

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E
SOCIEDADE**

LUCINEIA FERRAZ

**O CUIDADO PRESTADO À CRIANÇA PELA FAMÍLIA
E COMUNIDADE INDÍGENA NA PERCEPÇÃO DOS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

**FLORIANÓPOLIS
2010**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

LUCINEIA FERRAZ

**O CUIDADO PRESTADO À CRIANÇA PELA FAMÍLIA
E COMUNIDADE INDÍGENA NA PERCEPÇÃO DOS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem - Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade. Linha de Pesquisa: O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer.

Orientadora: Profa. Dra. Astrid Eggert Boehs

Florianópolis-SC

2010

FICHA CATALOGRÁFICA

610.7362 Ferraz, Lucineia
F381c O cuidado prestado à criança pela família e comunidade
indígena na percepção dos profissionais de saúde / Lucineia
Ferraz. – Florianópolis, 2010.
121 f.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de
Santa Catarina, 2010
Orientadora: Prof^a. Astrid Eggert Boehs

1. Crianças indígenas - Saúde. 2. Crianças – Cuidados.
I. Astrid Eggert Boehs. II. Título.

CDD 610.7362

Catálogo Caroline Miotto CRB 14/1178

LUCINÉIA FERRAZ

**O CUIDADO PRESTADO À CRIANÇA PELA FAMÍLIA E
COMUNIDADE INDÍGENA NA PERCEPÇÃO DOS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca
Examinadora para obtenção do Título de:

MESTRE EM ENFERMAGEM

E aprovada a sua versão final em 25 de Fevereiro de 2010, atendendo as
normas de legislação vigente na Universidade Federal de Santa Catarina,
Programa de Pós-Graduação de Enfermagem, Área de Concentração:
Filosofia, Saúde e Sociedade.



Dr^a. Flávia Regina de Souza Ramos
Coordenadora do Programa

BANCA EXAMINADORA



Dr^a. Astrid Eggert Boels
Presidente



Dr^a. Marisa Monticelli
Membro



Dr^a. Maria de Lourdes D. Budó
Membro

Dr^a. Valéria S. F. Madureira
Membro Suplente

DEDICATÓRIA

A minha linda filha SOPHIA

Tão pequena e tão companheira, obrigada meu anjo por “colaborar” com a mamãe nessa trajetória, peço perdão pela ausência e por você ficar “para lá e para cá”. Agora teremos mais tempo para ficarmos juntas e brincar.

Não tenho palavras para expressar o amor que sinto por você, você é a luz da minha vida, te amo muito meu amor.

Ao meu maravilhoso marido JOEL

Pelo apoio incondicional, compreensão, paciência e tanto amor, que me fortaleceu e me encorajou a prosseguir nessa árdua caminhada Obrigada por existir na minha vida, amo você

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todas as pessoas e instituições que contribuíram para a realização deste trabalho tão especial e tão desejado.

À professora e orientadora, Dra. Astrid, por compartilhar sua experiência, conhecimento e sabedoria. Muito obrigada por tudo.

Aos profissionais das equipes que participaram deste estudo, pessoas especiais que me receberam com muito carinho e compartilharam seus valiosos conhecimentos.

Aos membros da Banca Examinadora Dra. Marisa, Dra. Maria de Lourdes, Dra Valéria e doutoranda Giseli, pela disponibilidade e pelas preciosas contribuições na qualificação deste trabalho.

A minha família, em especial minha mãe *Sinesia*, que foi mãe de minha filha nas minhas ausências, e minha irmã *Lucimare*, pelo exemplo, incentivo, e ajuda, a Sophia tem uma “dinda” muito especial. Muito obrigada, vou ser eternamente grata a vocês

FERRAZ, Lucineia. **O cuidado prestado à criança pela família e comunidade indígena na percepção dos profissionais de saúde**. 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 121. f.

Orientadora: Profa. Dra. Astrid Eggert Boehs

RESUMO

Este estudo teve como objetivos levantar as percepções dos profissionais das equipes de saúde da família sobre os cuidados que a família e comunidade indígena prestam às suas crianças e levantar as percepções dos profissionais das equipes de saúde da família sobre o cuidado profissional na assistência às crianças indígenas. Foram utilizados alguns conceitos do referencial teórico de Madeleine Leininger e as políticas nacionais relacionadas a saúde dos povos indígenas, saúde da criança e atenção básica. Trata-se de um estudo descritivo de natureza qualitativa do qual participaram nove profissionais de saúde de duas equipes da ESF atuantes em terras indígenas, no estado de Santa Catarina. Para a coleta dos dados, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas. Os dados foram analisados segundo a proposta de análise de Leininger. Os resultados apontam que os informantes são profissionais jovens e estão há pouco tempo nas equipes, o que evidencia uma alta rotatividade nas mesmas. Destaca-se a falta de formação específica para atender essa população. Na percepção dos profissionais sobre os cuidados prestados às crianças, identificam que o principal cuidador é a mãe, que conta com o apoio familiar e comunitário. O cuidado no qual há maior concordância entre os profissionais e a população atendida é o aleitamento materno. As crianças recebem mais cuidados nos primeiros meses de vida, entretanto, à medida que elas crescem precisam “se virar sozinhas”. Com relação a percepções sobre as suas próprias atividades no cuidado às crianças indígenas, destacaram-se as contradições entre o desejo de respeitar as crenças, as práticas e a ansiedade da resolutividade dos cuidados profissionais. Foram enfatizadas pelos informantes as dificuldades na comunicação entre trabalhador e população assistida. Os profissionais avaliam os cuidados familiares prestados à criança indígena na perspectiva de sua cultura profissional e demonstram dificuldades em avaliar esses cuidados na perspectiva da cultura das

famílias. Ao final, acredita-se que conhecer os sistemas de cuidado popular é uma estratégia importante para auxiliar o sistema profissional a planejar uma assistência sensível ao modelo transcultural do cuidado em saúde. Para tanto, a formação profissional em saúde deve considerar que, para uma assistência congruente, faz-se necessário o (re)conhecimento e valorização das diversidades culturais de viver e cuidar em saúde.

Palavras-chaves: Índios Sul-Americanos; cuidado da criança; percepção; pessoal de saúde; enfermagem.

FERRAZ, Lucineia. **Childcare provided by the family and the Indigenous Community in the health professionals' perception.** 2010. Dissertation (Master's Degree in Nursing) – Nursing Graduate Program, Federal University of Santa Catarina, Florianopolis. 121. f.

Adviser: Professor Astrid Eggert Boehs

ABSTRACT

This study aimed at raising the perceptions of the family health team professionals about the care provided to the children by the family and the indigenous community and also the perceptions of the family health team professionals about the professional care when assisting the indigenous children. Some concepts of Madeleine Leininger's theoretical referential were used as well as the national policies related to indigenous peoples' health, children health and basic attention. This study is a qualitative descriptive study, which had the participation of nine health professionals of two ESF teams who work with indigenous people, in the state of Santa Catarina. The data was collected through semi-structured interviews and was analyzed according to Leininger's analysis proposal. The results show that the informants are young professionals who are in the teams for a short period of time, which is an evidence of a high turnover of the teams. The lack of specific education to assist this population is highlighted. According to the professionals' perception about the care provided to the children, the mother is identified as the main caregiver, who counts on the family and community support. Breastfeeding is the care that the professionals and the assisted community most agree on. The children receive more care in their first months of life, however, as they get older they need to "get by on their own". Regarding the professionals' perceptions about their own activities when taking care of indigenous children, the contradictions among the desire of respecting the beliefs, the practices and the anxiety of case-resolving capacity of the professional cares were highlighted. The informants emphasized the difficulties in communication between the worker and the assisted population. The professionals evaluate the family cares provided to the indigenous children in the perspective of their professional culture and demonstrate difficulty in evaluating these cares according to the culture of the assisted families. In the end, it is believed that knowing the popular care systems is an important strategy to help the professional system plan an

assistance which is in accordance with the transcultural health care model. To such purpose, the professional training in health must consider that, for a congruent assistance, it is necessary to acknowledge and value the cultural diversities of living and providing health care.

Keywords: South American Indians; childcare; perception; health team; nursing.

FERRAZ, Lucineia. La atención prestada a los niños de la familia indígena y percepciones de la comunidad de profesionales de la salud 2010. Disertación (Maestría en Enfermería) - Curso de Postgrado en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 121.f.

Orientadora: Profa. Dra. Astrid Eggert Boehs

RESUMEN

Este estudio tuvo el objetivos a examinar las percepciones de los profesionales de la equipos atención de la salud, sobre lo cuidado que la familia y la comunidad indígena proporciona a sus hijos y las percepciones de los profesionales de la salud de la familia sobre lo cuidado profesional en la prestación de asistencia a los hijos indígenas. Se eligió el marco teórico de Madeleine Leininger. Este es un estudio descriptivo de una investigación cualitativa que participaron nueve profesionales de la salud de los dos equipos de trabajo del ESF en las tierras indígenas en el estado de Santa Catarina. Para recoger los datos, se realizó entrevistas semi-estructurada. Los datos fueron analizados utilizando el análisis propuesto por Leininger Los resultados muestran que los entrevistados son jóvenes profesionales y se hace muy poco tiempo en los equipos, lo que muestra una alta rotación en los mismos. Descarta la falta de formación específica para atender a esta población. En la percepción de los profesionales sobre el cuidado de los niños, identificar que el cuidador principal es la madre, que cuenta con el apoyo de la familia y la comunidad. El cuidado en el que hay mayor acuerdo entre los profesionales y la población servida es la lactancia materna. Los niños reciben más atención en los primeros meses de vida, sin embargo, a medida que crecen necesitan " se virar solas ". Con respecto a las percepciones acerca de sus propias actividades en el cuidado de los niños indígenas, destaca las contradicciones entre el deseo de respetar las creencias, las prácticas y la ansiedad de la solución de los profesionales de la salud. Fue enfatizada por los entrevistados las dificultades en la en la comunicación entre los trabajadores y la población asistida. Profesionales del cuidado de la familia evaluar prestan a los hijos de las perspectivas culturales indígenas y las dificultades de experiencia profesional en la evaluación de dichos servicios en la perspectiva cultural de las familias. Al final, se cree saber popular de los sistemas de atención es una estrategia importante para

ayudar al sistema profesional para planificar un servicio sensibles al modelo de lo cuidado de la salud transcultural. Con este fin, la formación en salud se debe considerar que, a un cuidado constante, es necesaria para (re) conocimiento y aprecio de la diversidad cultural de la vida y la salud.

Palabras claves: Indios Sudamericanos; Cuidado del Niño; Percepción; Personal de Salud, Enfermería.

SUMÁRIO

| | | |
|-------|--|----|
| 1 | INTRODUÇÃO..... | 19 |
| 2 | OBJETIVOS..... | 23 |
| 3 | CONTRIBUIÇÃO DA LITERATURA | 25 |
| 3.1 | Saúde, doença e o cuidado na cultura indígena..... | 25 |
| 3.2 | As condições de saúde da criança indígena | 28 |
| 3.3 | A Estratégia Saúde da Família no cuidado à criança . | 31 |
| 4 | REFERENCIAL TEÓRICO..... | 35 |
| 4.1 | Os conceitos de cuidado, sistemas de cuidado, cultura e saúde | 35 |
| 4.2 | Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas..... | 40 |
| 4.3 | 4.3 Política de atenção integral à saúde da criança | 41 |
| 4.4 | A Estratégia de Saúde da Família | 44 |
| 5 | PERCURSO METODOLÓGICO | 49 |
| 5.1 | Tipo de estudo..... | 49 |
| 5.2 | Descrição do local de estudo..... | 49 |
| 5.3 | Informantes do estudo..... | 51 |
| 5.4 | Saturação dos dados..... | 52 |
| 5.5 | Entrada no campo, técnicas de coleta e registro dos dados | 52 |
| 5.6 | Organização e análise dos dados..... | 54 |
| 5.7 | O rigor da pesquisa | 54 |
| 5.8 | Aspectos éticos da pesquisa | 55 |
| 6 | APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS | 57 |
| 6.1 | A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS SOBRE O CUIDADO POPULAR QUE A FAMÍLIA E A COMUNIDADE INDÍGENA PRESTAM ÀS SUAS CRIANÇAS | 58 |
| 6.1.1 | A percepção dos profissionais sobre o cuidado prestado à criança pela família indígena | 58 |
| 6.1.2 | A percepção dos profissionais sobre o cuidado da comunidade para com a criança..... | 75 |
| 6.1.3 | A percepção dos profissionais à busca pela unidade de saúde como forma de cuidado | 78 |
| 6.2 | PERCEPÇÕES SOBRE O CUIDADO PROFISSIONAL DAS EQUIPES DA ESF | 85 |

| | | |
|-------|---|-----|
| 6.2.1 | O cuidado profissional na unidade de saúde e no domicílio | 86 |
| 6.2.2 | Postura do profissional | 90 |
| 6.2.3 | A relação da equipe com os líderes e comunidade indígena | 95 |
| 7 | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 101 |
| | REFERÊNCIAS | 107 |
| | APÊNDICES | 113 |
| | ANEXOS | 119 |

1 INTRODUÇÃO

Essa dissertação aborda a temática do cuidado à criança indígena. O interesse por essa temática é fruto de um processo de vivência que se constituiu ao longo de minha formação profissional, e em torno da qual venho desenvolvendo um olhar mais crítico e reflexivo.

O processo de aproximação com esse tema iniciou na graduação em enfermagem, no ano de 1995. Em 1999 iniciei minhas atividades profissionais numa equipe da Estratégia da Saúde da Família (ESF), em um município do interior do Paraná. Como enfermeira da equipe, prestei cuidados terapêuticos e profiláticos na área da saúde infantil, e estas atividades me levaram a refletir sobre a influência do ambiente (sociocultural) no processo do crescimento e desenvolvimento infantil saudável, bem como o papel da equipe de saúde em considerar e preservar a cultura familiar durante as ações de cuidado à criança. Buscando a qualificação nesta área, no ano de 1999 iniciei minha especialização em Enfermagem Materno-Infantil, concluindo-a em 2002.

Em 2003 iniciei minha prática em docência, assumindo a disciplina de Enfermagem no Cuidado à Criança e do Adolescente, no Curso de Enfermagem da Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ). Para planejar a disciplina foi necessário conhecer o perfil das crianças que são assistidas pela enfermagem durante as aulas teórico-práticas. A partir desse levantamento, verifiquei que na região de atuação da universidade tínhamos um significativo número de crianças indígenas. Meu contato com essa população aconteceu durante as atividades de campo com os acadêmicos em um hospital público da cidade; em visitas a uma comunidade indígena e na supervisão de trabalho de conclusão de curso (TCC).

Quando em acompanhamento aos acadêmicos de enfermagem na pediatria de um hospital, tive a oportunidade de conversar com mães indígenas e verificar a tranquilidade e naturalidade delas em relação aos agravos de saúde de seus filhos. Relatavam que o cuidado à criança ocorria na família, na comunidade indígena e no sistema profissional.

Como docente e coordenadora do curso de graduação em enfermagem, e guiada pelo Projeto Político-Pedagógico (PPP) do curso, que está em sintonia com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e com o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em

Saúde (Pró-saúde), que visa “incentivar a transformação do processo de formação, geração de conhecimento e prestação de serviços à população para abordagem integral do processo saúde-doença” (BRASIL, 2007, p. 5), acredito que se faz necessária uma formação profissional de enfermagem voltada à realidade e especificidade de cada população. Assim, são necessários estudos que forneçam subsídios teóricos que possibilitem uma formação profissional capaz de identificar as necessidades de saúde e de atuar de acordo com o caráter histórico, social e cultural da região.

Vale ressaltar que a saúde da população indígena, de modo geral, é bastante precária, o que se identifica pelo aumento da incidência das doenças crônicas e transmissíveis, da contaminação ambiental, da urbanização, dos hábitos de vida advindos dos processos históricos de mudanças econômicas, sociais e culturais, nas diversas regiões do país. No que diz respeito às crianças, essas, quando comparadas às não indígenas, apresentam extrema fragilidade de saúde (SANTOS; COIMBRA JR., 2003).

Nesse sentido, é importante destacar que a mortalidade infantil para os autodeclarados indígenas nas áreas urbanas e rurais do país no ano de 2000 foi de 51,4 por mil, taxa bem acima da média nacional, que foi 30,1 por mil (IBGE, 2005). Esse dado reflete uma diferença significativa entre essas duas populações.

Em relação à situação atual de saúde da criança indígena, Serafim (2004) relata que as principais doenças diagnosticadas foram as doenças infecto-parasitárias (DIP), com 35,8%, entre as quais pode-se destacar as diarreias, pediculose, micose, tuberculose, entre outras, seguido pelas doenças do aparelho respiratório como pneumonia, bronquite e asma, representando 29,8%. Oliveira (2004), em seus estudos, também encontrou elevados índices de desnutrição infantil, e explica que esse fato vem em consequência das modificações de hábitos e da carência alimentar, das doenças infecto-contagiosas, infecto-respiratórias e parasitoses intestinais. O autor ressalta, ainda, que essa situação ocorre pelo aumento populacional e escassas condições socioeconômicas, o que expõe continuamente as crianças maiores de seis meses de idade (fase da introdução de alimentos sólidos e líquidos) ao risco de desnutrição, seja pela pouca variedade dos alimentos ou pela associação de outras doenças como as diarreias, verminoses e anemias.

Apesar desse quadro mórbido estar melhorando, ainda é necessário trilhar um longo caminho para alcançar, no mínimo, uma equivalência entre os indicadores de saúde da população indígena e não indígena, objetivo este ainda não alcançado (SERAFIM, 2004).

No processo saúde-doença entre os índios, Nötzold et al (2004) descreve que essa sociedade estabelece seu próprio sistema de cuidado em saúde, baseado em diversas práticas e rituais ligados diretamente à natureza e à religião, bem como à maneira de ver o ser humano e a sua interação com o ambiente. Porém, alguns desses hábitos foram repadronizados a partir do convívio com outros sistemas de saúde, oferecidos pelos não indígenas ou pelo sistema de saúde formal.

Portanto, é imprescindível que os profissionais de saúde considerem o contexto cultural dos indivíduos, famílias e grupos, pois, conforme afirma Leininger (1991), o cuidado humano é universal e praticado em todas as culturas, e as equipes de saúde devem conhecer e apreciar as diversidades culturais daqueles a quem cuidam.

Cabe salientar que, para o Ministério da Saúde (MS) do Brasil, o cuidado com a saúde da criança é prioridade, de modo que a assistência deve ser universal, igualitária e equitativa. Nesse sentido, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) se constitui num eixo norteador para a atenção à saúde infantil, pois além de propiciar a assistência, busca cuidar as crianças com uma abordagem centrada na família. De acordo com o governo federal, a ESF deve ser entendida como o conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, desempenhadas para a promoção da saúde e a prevenção dos agravos, bem como para as ações de assistência aos problemas de saúde (BRASIL, 2000 a).

Em relação aos povos indígenas, o Ministério da Saúde, em agosto de 1999, assumiu, por meio da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), a responsabilidade de estruturar e operacionalizar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, que está organizado em 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), articulado com o Sistema Único de Saúde (SUS), respondendo pelas ações de saúde preventivas, assistenciais e pela promoção à saúde (BRASIL, 2001 a).

Mendonça (2004) afirma que a implantação dos DSEI tem levado a um olhar mais profundo em relação à saúde indígena, mas se essa nova política, por um lado torna mais acessíveis os recursos dos serviços de saúde, por outro lado amplia a rede de interlocutores, de novos personagens e papéis sociais nas aldeias, forçando a medicalização. Desse modo, os saberes e cuidados com o próprio corpo e com as crianças tem se perdido, o que os torna reféns do sistema de saúde oficial.

Portanto, um sistema de saúde deve incluir um modelo em que as crenças sejam consideradas e as decisões sejam estabelecidas em três âmbitos: o familiar, o popular e o da equipe de saúde (FASSHEBER, 2003).

Diante do exposto, e considerando que o cuidado familiar e comunitário dispensado à criança interfere no seu crescimento e desenvolvimento saudável, desenvolveu-se essa pesquisa com o intuito de responder as seguintes questões:

Quais são as percepções dos profissionais das equipes de saúde da família sobre os cuidados que a família e a comunidade indígena na prestam às suas crianças?

Quais são as percepções dos profissionais das equipes de saúde da família sobre o cuidado profissional na assistência às crianças indígenas?

Considerando que a equipe da ESF deve realizar assistência integral, em todas as fases do desenvolvimento humano, em especial à infância, a relevância deste estudo está justamente na possibilidade de se constituir num referencial sobre as práticas de cuidado à criança indígena na sua estrutura social, para auxiliar os profissionais que trabalham com essa população.

Importante dizer que na busca de publicações nesta temática, identifica-se uma lacuna na produção científica sobre a saúde da criança indígena, em especial na enfermagem. Vale registrar que em relação ao cuidado prestado pelos profissionais atuantes na Estratégia Saúde da Família à criança indígena, não encontrou-se publicações específicas.

Diante disso, acredita-se que o processo do cuidado atinge sua finalidade quando esse é compartilhado entre cuidador e o sujeito cuidado. Desse modo “o profissional de saúde deve aprender a visualizar além de sua própria cultura, estendendo seu olhar e seu entendimento ao sujeito cuidado por ele, sua família e seu contexto de vida”, valorizando a diversidade cultural que permeia o cuidado (BUDÓ et al., 2008, p.95).

Para guiar a discussão teórica deste estudo foi escolhido o referencial da diversidade e universalidade do cuidado cultural de Madeleine Leininger (1991, 2002, 2006) e as políticas públicas brasileiras para a saúde da população indígena. Leininger considera como conceito central de sua teoria “o cuidado”, que pode ser popular ou profissional, o que vem ao encontro do pressuposto de que as comunidades indígenas lançam mão desses sistemas de cuidado no que diz respeito à saúde da criança, ressaltando que a cultura é a mais ampla, completa, holística e universal característica dos seres humanos e o cuidado é visto como estando envolto pela cultura (LEININGER; McFARLAND, 2002).

2 OBJETIVOS

Levantar as percepções dos profissionais das equipes de saúde da família sobre os cuidados que a família e comunidade indígena prestam às suas crianças.

Levantar as percepções dos profissionais das equipes de saúde da família sobre o cuidado profissional na assistência às crianças indígenas.

3 CONTRIBUIÇÃO DA LITERATURA

O levantamento da literatura foi construída, a partir da busca na Biblioteca Virtual em Saúde – BVS e portal de periódicos da CAPES. Os descritores utilizados foram: índios sul-americanos, saúde indígena, cuidado da criança, cuidado do lactente e programa saúde da família. Como critérios de inclusão os artigos com descritores listados e publicados em periódicos científicos no período de 2000 a 2010, com textos completos. Como critérios de exclusão os manuais; os artigos de opinião; os editoriais; os comentários; as cartas; os ensaios; as notas prévias; teses e dissertações.

3.1 Saúde, doença e o cuidado na cultura indígena

Garnelo e Wrigth (2001) revelaram que existem muitos mitos que tentam explicar a origem das doenças e que também orientam as práticas tradicionais de cura. Segundo os pesquisadores, o pensamento mítico opera como núcleo central, ordenando e atribuindo significado às ideias e práticas referentes à saúde, doença e cura. A memória coletiva reproduz certos níveis de consenso sobre o tema, apesar dos obstáculos do contato e das mudanças introduzidas pela modernidade no modo indígena de viver. A produção mítica do povo indígena acabou por agregar tanto as informações oriundas da cultura tradicional quanto às de biomedicina.

Investigando as representações sobre o processo saúde-doença dos povos indígenas de um município do Amazonas, Giatti et al., (2007) revelaram que as mesmas estão muito relacionadas à disposição para o trabalho, possivelmente porque grande parte dessa população vive da economia tradicional de subsistência e depende do seu labor diário para se alimentar e viver com saúde. A manifestação de doenças e a contaminação ambiental são reportadas a aspectos mitológicos. No que diz respeito à prevenção e tratamento das morbidades, utilizam as práticas da medicina moderna e tradicional, porém priorizam essa última, como se observa na citação a seguir:

A melhoria do estado de saúde dos povos indígenas não ocorre pela simples transferência de conhecimentos e tecnologias da biomedicina. Os sistemas tradicionais indígenas de saúde são

baseados em uma abordagem holística, que considera as relações individuais, familiares e comunitários com o universo que rodeia as comunidades. As suas práticas de cura conceituam uma lógica interna de cada comunidade e sua relação com o mundo espiritual e os seres do ambiente em que vivem (SERAFIM, 2004, p. 26).

Yamamoto (2004) explica que os fatores causais para as doenças na cultura indígena, geralmente, são classificados em dois grupos: os místicos e os naturais. As questões místicas se expressam pelo fato de os índios compreenderem que as doenças estão relacionadas a crenças religiosas, e o sofrimento humano está associado a possessões espirituais e alteração da alma. Em relação às causas naturais, eles incluem fatores relacionados ao ambiente, como a chuva, a seca e a estação do ano e a aspectos individuais, como o cansaço físico, estresse ou alimentação inadequada. Portanto, segundo a autora, na crença indígena, um tratamento bem-sucedido deve levar em conta os recursos terapêuticos naturais e místicos, e destaca que:

Quando um índio é acometido por uma doença e começa a apresentar sintomas, vai buscar, caso haja disponibilidade em suas terras, remédios à base de ervas conhecidas por sua família para o alívio sintomático e se possível a cura da doença. Caso não haja a esperada resposta terapêutica instituída, por ausência de melhora ou agravamento do quadro clínico, são procurados os especialistas da comunidade na cura das doenças (Pajés ou Xamãs), para realizar o rito, com a finalidade de desvendar a causa mística (fazer o diagnóstico) e contrariar ou neutralizar esta causa por meio dos processos de tratamento (rituais de magia). Remédios e especialistas devem apresentar índices aceitáveis de cura em sua comunidade, entre as doenças que lhes digam respeito (YAMAMOTO, 2004, p. 10).

Entretanto, de maneira geral, os saberes e cuidados com o corpo têm se modificado entre os índios, segundo a ótica de Mendonça (2004), que chama a atenção para as alterações do estilo de vida, nos últimos

anos, entre os povos indígenas. Para o autor, esse fato se dá pela limitação dos territórios, pelo sedentarismo, pela diminuição dos recursos naturais, pela introdução de novos hábitos alimentares, pelas mudanças na estrutura familiar e pelo aumento da natalidade indígena.

O autor ainda explica que com relação à saúde e doença da criança indígena, muitas tribos acreditam que o adoecimento infantil é desencadeado pelo rompimento dos pais com as crenças, as regras sociais da tribo, pelas mudanças de hábitos alimentares, pelo comportamento sexual do casal, ou ainda ao tipo de trabalho que os pais desenvolvem na fase de maior vulnerabilidade das crianças. Além disso, é comum atribuir as doenças das crianças maiores aos espíritos (brincalhões) que entram no corpo, materializando-se em forma de dentes de macaco ou espinhos, que agredem determinadas partes do corpo. Uma evolução clínica muito severa é comumente atribuída a feitiços (Op cit, 2004).

Quando os indígenas percebem que a criança necessita de uma abordagem terapêutica especializada, estes procuram um serviço de saúde para aliviar e tratar os sintomas. A equipe de saúde necessita tomar decisões sem desconsiderar o cuidado prestado e valorizado por seus pais. Muitas vezes, os pajés da tribo orientam que os pais não deixem que a criança doente seja removida de sua casa, ou de sua aldeia. Eles explicam que ao saírem de suas casas, as crianças ficam mais vulneráveis aos espíritos ruins ou aos feitiços. Portanto, o diálogo entre pais, pajés e profissional de saúde é imprescindível na tomada de decisões terapêuticas, em que cada um deve apontar os riscos e possibilidades de cura (MENDONÇA, 2004).

Pícoli e Adorno (2008) realizaram um estudo sobre as práticas de saúde e cuidados utilizados pelos Kaiowá e Guaraní da Terra Indígena de Caarapó (MS) no enfrentamento das doenças diarreicas na infância. Os pesquisadores identificaram que, por ser uma sociedade que vivencia infindáveis mudanças sociais provenientes das relações interétnicas e da contínua presença dos serviços oficiais de saúde, o significado de diarreia infantil, bem como as decisões relativas à prevenção e ao seu tratamento, demonstram condutas diferenciadas. As múltiplas causas das doenças diarreicas entre as crianças indígenas refletem na decisão do processo terapêutico, que inclui desde a procura por um especialista tradicional, a preparação de chás e infusões, até a procura pelos serviços oficiais de saúde.

3.2 As condições de saúde da criança indígena

Ao longo da busca de publicações relacionadas ao tema, percebeu-se que o conhecimento produzido sobre a saúde indígena, mais especificamente sobre a saúde da criança indígena, ainda é muito escasso. Nesse sentido, Santos e Coimbra Jr. (2003) referem que pouco se conhece sobre a saúde dos povos indígenas, principalmente pela sua diversidade sociocultural no Brasil. A falta de dados fiéis em relação aos povos indígenas brasileiros nas bases de dados oficiais confere “uma danosa invisibilidade demográfica e epidemiológica” (COIMBRA JR; SANTOS, 2000, p. 131).

Todavia, Escobar, Santos e Coimbra Jr. (2003) sinalizam que as modificações socioeconômicas e ambientais às quais a população nativa brasileira está exposta estão relacionadas às crescentes taxas de morbidade e mortalidade causadas por doenças infecciosas, os limites territoriais e extrema utilização dos recursos naturais, entre outras.

Sobre esses condicionantes do processo saúde-doença, Giatti et al. (2007) alertam que a maioria das áreas indígenas tem revelado situações precárias de saneamento, o que juntamente com a degradação socioambiental agrava as condições de saúde desta população. Identificaram também que a falta de ações do poder público sobre questões que dizem respeito ao meio ambiente faz com que os cenários insalubres para a saúde coletiva desses indígenas se mantenham, tendo ainda como agravante a falta de iniciativa e a acomodação dessa população com a situação. Os pesquisadores destacam ainda a ausência de sensibilização e desmotivação dos mesmos para alternativas sanitárias domiciliares, como por exemplo, o tratamento doméstico de água, já que verificaram que 89,2% das amostras de águas analisadas apresentaram coliformes fecais.

Esses aspectos levam a presumir que a criança indígena está bastante suscetível a diversas doenças infecto-contagiosas, corroborando com os dados do censo demográfico de 2000, que revelou níveis altos relacionados à mortalidade infantil indígena do Brasil: de 51,4/1.000; muito mais alta que a taxa nacional, que foi de 30,1/1.000. Segundo Orellana et al. (2006), os coeficientes de morbimortalidade por doenças infecciosas e parasitárias, desnutrição e anemia, normalmente são maiores nas crianças indígenas. Os autores destacam que a criança indígena apresenta condições de saúde e de nutrição mais precária do que as crianças não indígenas brasileiras.

Entretanto, os estudos encontrados na literatura brasileira sobre morbidades infantis da população indígena são bastante escassos. A

maioria está direcionado a descrever e avaliar ao estado nutricional e segurança alimentar desses indivíduos.

Cabe apresentar que segurança alimentar, segundo o Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA, 2004), é definida como o acesso permanente e regular a alimentos de qualidade e em quantidade adequadas, não comprometendo o acesso a outras necessidades básicas. Tem como preceito hábitos alimentares que promovam a saúde, que respeitem as diferenças culturais, sociais, econômicas e ambientalmente sustentáveis.

Sobre esse assunto, Favaro et al. (2007) buscaram retratar a situação de segurança alimentar vivenciada por famílias indígenas “Terena” do Mato Grosso do Sul, nas quais a prevalência de segurança alimentar foi de 24,5%, de insegurança alimentar leve 22,4%, moderada 32,7% e grave 20,4%. Para os autores, as famílias com *segurança alimentar* são aquelas que não apresentaram dificuldades em manter o consumo alimentar em qualidade e quantidade suficientes; *insegurança alimentar leve* estava relacionada a famílias preocupadas com a falta de alimentos e com comprometimento quanto à qualidade da dieta; *insegurança alimentar moderada* apresentava-se quando, além de problemas com a qualidade da dieta, existia ainda a restrição em relação à quantidade no consumo de adultos, e *insegurança alimentar grave* correspondia à forma mais crítica, em que crianças passavam por restrições alimentares, tanto em qualidade quanto em quantidade.

Considerando a necessidade e a importância de monitorar o estado nutricional de uma população indígena brasileira, pesquisadores da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), na década de 1970, iniciaram um programa de avaliação das condições nutricionais de crianças do Alto Xingu. Essa série de estudos revelou uma baixa prevalência de desnutrição aguda e obesidade naquela população, nas últimas três décadas,. A avaliação do estado nutricional de crianças indígenas do Parque Nacional do Xingu, desenvolvida no ano de 2000, confirmou baixos índices de desnutrição e obesidade (FAGUNDES, 2004).

Em outra pesquisa sobre a avaliação nutricional, agora entre a população indígena infantil Pakaanóva de Rondônia, Escobar, Santos e Coimbra Jr. (2003) revelaram que a desnutrição é de ampla ocorrência nessa população indígena. Identificaram que 45% das crianças tinham baixa estatura e 26% baixa massa corporal para a idade.

Com o objetivo de comparar o peso e a estatura de crianças indígenas Terenas menores de 10 anos, avaliadas em dois períodos diferentes (1995 e 2002) e verificar a prevalência de anemia nessa

população no ano de 2002, Morais, Alves e Neto (2005) desenvolveram uma pesquisa em que descobriram que as proporções de crianças com déficit de peso para a idade foram de 4% em 1995 e 2,9% em 2002. Os déficits de peso para a estatura foram 3,6 e 0,8%, respectivamente. Os déficits de estatura para a idade foram 15% em 1995 e 11,1% em 2002. Esses dados demonstram que com a passar dos anos houve uma melhora nos índices de peso e estatura das crianças Terenas.

Em outro estudo semelhante, que buscou traçar o perfil nutricional e prevalência de anemias na população infantil Suruí, Orellana et al. (2006) identificaram uma alta prevalência de desnutrição e anemia entre essa população. Os pesquisadores explicam que houve uma melhora no perfil antropométrico dessas crianças, porém, a prevalência de déficit nutricionais ainda continuam muito mais elevadas se comparadas à população infantil brasileira não indígena.

Menegolla et al. (2006) realizaram uma pesquisa que buscou caracterizar o estado nutricional das crianças menores de cinco anos da Terra Indígena Guarita, no sul do Brasil, no período de setembro de 2001 a novembro de 2002. Tal estudo revelou que as crianças maiores de um ano apresentaram maior prevalência de desnutrição crônica; e a maior taxa de desnutrição aguda ocorreu em crianças entre um e dois anos de idade. Os autores, apesar da inexistência de dados sobre aleitamento materno e dieta nessa faixa etária nas tribos Kaingang, pressupõem que as menores taxas de desnutrição entre as crianças com menos de um ano sejam em consequência da manutenção do aleitamento e, em parte, ao menor contato com o meio ambiente imediato, porque no momento em que a criança começa a caminhar e explorar o ambiente fica mais exposta às parasitoses, a desenvolver infecções e receber alimento insuficiente ou deficiente na dieta. A pesquisa também identificou uma prevalência de quase 10% de excesso de peso, para altura, em crianças menores de cinco anos, dado esse que merece ser objeto de estudo.

Leite, Santos e Coimbra Jr (2007) demonstraram preocupação com os achados do estudo que realizaram com famílias e crianças indígenas do sudoeste amazônico, pois encontraram uma prevalência (61,7%) de baixa estatura e de (51,7%) de baixo-peso, entre as crianças menores de cinco anos. Esses resultados foram classificados como os altos já registrados na literatura sobre povos indígenas brasileiros. Ainda nessa investigação, os autores identificaram que as condições nutricionais dessa população agravava-se durante a estação chuvosa, o que mostra a necessidade de ser considerada a sazonalidade quando se

definem rotinas de vigilância nutricional e quando se analisam os perfis nutricionais indígenas para diagnóstico populacionais.

Estudar o estado nutricional de crianças indígenas Kaiowá e Guaraní que vivem na aldeia Caarapó (MS) e conhecer as condições de saúde materno-infantil foi foco da pesquisa de Pícoli, Carandina e Ribas (2006). Os pesquisadores revelaram que 19,7% das mães não realizaram o pré-natal e 53,3% tiveram parto domiciliar. A ocorrência de desnutrição para o índice peso/idade foi de 18,2% e para o índice altura/idade foi de 34,1%. A proporção de crianças desnutridas, quando analisadas por sexo, faixa etária e escolaridade materna, não apresentaram diferença estatisticamente significativa para ambos os índices (peso/idade e altura/idade).

De modo geral, as pesquisas realizadas com crianças indígenas revelam que as mesmas apresentam elevada prevalência de déficits de massa corporal e de estatura. Tal situação tem como fatores condicionantes as inadequações no consumo alimentar e as precárias condições de vida, as quais as crianças indígenas estão submetidas (FAVARO et al. 2007; ESCOBAR, SANTOS, COIMBRA JR, 2003; PÍCOLI, CARANDINA, RIBAS, 2006).

Estas pesquisas mostram claramente o olhar do sistema oficial de saúde, com base nos parâmetros de saúde da população, sobre a realidade de saúde das crianças nas diferentes terras indígenas brasileiras. É difícil produzir ciência com julgamento que precisa considerar as especificidades desta população, e ao mesmo tempo, “generalizar”.

3.3 A Estratégia Saúde da Família no cuidado à criança

Com relação ao cuidado prestado pelos profissionais atuantes na Estratégia Saúde da Família à criança indígena, não foram encontrados publicações específicas. Portanto, serão apresentados estudos referentes à assistência da equipe da ESF à saúde da criança, de modo geral.

Pensando em dar subsídios teóricos para os profissionais da ESF, Souza et al. (2006) realizaram um estudo com o objetivo de identificar quais os principais recursos populares que mães, pais ou responsáveis utilizam nos cuidados em saúde de seus respectivos filhos, ou tutelados, menores de um ano de idade, atendidos em uma unidade de saúde da ESF, bem como investigar a credibilidade depositada nos recursos populares de cuidado, diante dos que são oferecidos pelo sistema biomédico. O estudo concluiu que os principais recursos populares são as benzeduras e o uso de chás caseiros de ervas, e que

essas práticas estão solidificadas entre os indígenas, porém com significativa influência da alopatia. Quanto à credibilidade nesses recursos, esta se baseia em processo empírico que se projeta na sucessão de gerações.

Uma pesquisa semelhante realizada por Siqueira et al. (2006) demonstrou que antes de procurar os serviços profissionais, os indivíduos utilizam-se de recursos populares como chás caseiros, benzeduras, banhos e emplastos para prevenção e tratamento de doenças. Os resultados desse estudo evidenciaram a determinação, por parte dos pesquisados, de não abandonar a prática popular, mesmo diante de orientações de profissionais de saúde, porque os mesmos acreditam em sua eficácia. Tal achado evidencia que as mudanças de hábitos relacionados à saúde correspondem a um processo complexo, sendo necessário que a equipe de saúde respeite as tradições e opiniões nas decisões das condutas e tratamentos.

Prado e Fujimori (2006), por sua vez, desenvolveram um estudo que identificou os conhecimentos maternos em relação ao cuidado prestado à criança com infecção respiratória aguda ou com diarreia, em unidades de saúde com modelos assistenciais distintos, ESF e outros. Os resultados apontaram que o grau de conhecimento da mãe e/ou familiares era semelhante nos dois modelos assistenciais. No entanto, com relação à diarreia, ainda persistiam conhecimentos superados do ponto de vista científico, mostrando que a ação dos serviços profissionais sobre o conhecimento materno/familiar ainda não se traduz de forma efetiva na realidade encontrada.

Nessa mesma linha de pesquisa, Roncalli e Lima (2006) realizaram um estudo para avaliar o impacto do PSF sobre os indicadores relacionados à saúde da criança em municípios de grande porte da região Nordeste. Os resultados revelaram que, na maior parte dos indicadores, não se observam diferenças significativas entre os resultados de áreas cobertas e não cobertas pelo PSF, destacando-se apenas a redução na taxa de internação por diarreia. Torna-se portanto necessário levar em conta a análise do contexto da implantação e condução do PSF, além de suas características mais gerais relativas ao campo socioeconômico e de políticas públicas.

Ainda sobre a saúde da criança, Azeredo et al. (2008) buscaram identificar as vantagens do aleitamento materno e as causas de desmame precoce, segundo a percepção de mães e profissionais do PSF do município de Teixeira – MG. Nesse estudo concluíram que a percepção das mães e dos profissionais sobre a amamentação mostrou-se polarizada em dois aspectos importantes: por um lado houve

concordância quanto aos benefícios do aleitamento materno, com vantagens relacionas à saúde e ao bem-estar da criança; por outro, observou-se um distanciamento entre o olhar do profissional de saúde e o relato das mães em relação às causas do desmame precoce. Nesse sentido essas divergências precisam ser trabalhadas, a fim de promover a amamentação de forma mais efetiva.

Saparolli e Adami (2006), com o objetivo de avaliar o processo desenvolvido nas consultas de enfermagem prestadas às crianças até um ano de idade em Unidades Básicas de Saúde na ESF do Município de São Paulo, desenvolveram um estudo que possibilitou verificar as enfermeiras implementando ações de cuidado, no entanto perceberam a carência, de complementações nos aspectos educativos, pois o processo assistencial, embora desenvolvido adequadamente, sempre requer ajustes em alguns procedimentos, aprimorando assim a qualidade da consulta de enfermagem prestada às crianças.

Refletindo sobre a atenção materno-infantil, Mello e Andrade (2006) destacam alguns fatores limitantes na qualidade da assistência prestada, como: grande número de pessoas cadastradas nas unidades de saúde da família, área territorial vasta e dispersa, o que dificulta o acesso, elevado número de atividades de responsabilidade do enfermeiro, tornando a disponibilidade de tempo insuficiente para um atendimento integral, humanizado e personalizado a essa população. Portanto, na busca de caminhos e alternativas, encontram-se recursos na equipe e nas parcerias intersetoriais, procurando assistir a criança e sua família de forma menos normatizadora e mais vinculada a um conceito amplo de saúde.

Com o intuito de compreender como médicos de uma equipe da ESF percebem sua atuação no âmbito da saúde da criança, em contraponto com os princípios norteadores da portaria 648 do Ministério da Saúde e da Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, Silva *et al.* (2009) revelaram que, de um modo geral, a agenda está sendo contemplada. Todavia, há limitações para a realização de referência e contra-referência; a infraestrutura precária, assim como os insumos e o treinamento insuficientemente dos médicos para uma abordagem mais global. Sendo assim, conclui-se que o modelo de assistência básica no Brasil precisa de ajustes para se adequar à realidade do país, e que parcerias, transcendententes ao sistema necessitam ser feitas.

Com o final do levantamento da literatura, pode-se concluir que existe uma lacuna significativa de estudos sobre o cuidado da criança indígena, bem como as atuações das equipes de saúde que atendem essa

população. Na busca de artigos para compor a mesma, o que tinha mais publicações eram estudos sobre as condições nutricionais das crianças indígenas, suas condições de vida e saúde, porém, provenientes de estudos realizados com povos indígenas das regiões Centro-oeste e Amazônica. Sendo assim, existe muito ainda a se pesquisar sobre a temática, cuidado a saúde da criança indígena.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

Para fundamentar teoricamente os resultados do estudo utilizou-se alguns conceitos da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger, como cuidado, cultura, saúde e sistemas de cuidado, bem como o modelo do sol nascente. Sobre o conceito de cultura, foi utilizado também os conceitos de Langdon (2003) e Boehs (2001). Como esse estudo aborda também a atuação das equipes de ESF que atendem a população indígena, foi escolhido como referencial a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, a Política de Atenção Integral à Saúde da Criança e a Política Nacional de Atenção Básica – Estratégia Saúde da Família.

4.1 Os conceitos de cuidado, sistemas de cuidado, cultura e saúde

Leininger construiu sua teoria com base na crença de que os indivíduos de cada cultura possuem a capacidade de conhecer e definir as maneiras pelas quais experimentam e percebem seu cuidado, bem como relacionando essas experiências às suas crenças e práticas de saúde. Assim, a teórica considera o indivíduo no seu contexto, de modo que não pode ser separado de seu ambiente social e cultural (LEININGER, 1991).

O conceito central da teoria de Leininger é o **cuidado**, e esse é um metaparadigma que deve ser utilizado na assistência em saúde. O cuidado é conceituado por Leininger como sendo “[...] as atividades de assistência, de apoio, ou facilitadoras para com outro indivíduo ou grupo com necessidades evidentes ou previstas, para amenizar ou melhorar a condição humana de vida” (LEININGER, 1985, p. 261).

Os cuidados baseados culturalmente foram sendo reconhecidos como influência mediante as expressões humanas relacionadas com saúde, doença, bem-estar, deficiência ou face à morte. A teoria se tornou significativa e um guia para as ideias, práticas e investigação em saúde. O processo de visualização e reconceituação do cuidado, numa perspectiva de cuidado holístico, foi uma nova e importante maneira de conhecer e compreender as pessoas (LEININGER, 2006).

Nesse sentido, Leininger reforça que o cuidado será culturalmente congruente ou benéfico quando o profissional de saúde conhecer e direcionar a sua prática aos padrões, estilos de vida, crenças e valores culturais dos indivíduos assistidos (LEININGER, 1991).

A teórica também presumiu que cuidado é o que torna as pessoas “humanas”, dá dignidade aos seres humanos e motiva as pessoas a obter o bem e ajudar aos outros. Leininger defende que não há possibilidade de cura sem cuidado, porém existe a possibilidade de cuidar sem cura, apoiando que o cuidado é uma força dominante, poderosa e central para a cura e bem-estar (LEININGER; McFARLAND, 2002; 2006).

O cuidado, para se tornar significativo, explícito e benéfico, deve ser compreendido e demonstrado na inter-relação de cuidados à cultura e para diferentes culturas – com foco transcultural. Nesse sentido, Leininger e Macfarland (2002) colocam que o cuidado é universal e diversificado, e explicam que a **diversidade** se refere à variabilidade e/ou diferenças de significados, padrões, valores, modos de vida, ou símbolos de cuidado dentro ou entre as coletividades, e está relacionada com a assistência e suporte ao cuidado humano. Quanto à **universalidade**, os autores referem que o cuidado é comum em todas as culturas, apesar de cada uma ter significados, padrões, valores, modos de vida ou símbolos culturais próprios que irão refletir nas formas de apoio e assistência.

O cuidado é uma influência dinâmica e poderosa para entender a totalidade do comportamento humano na sua saúde e doença. Diante disso, as pesquisas relacionadas ao tema devem levar em conta o cuidado cultural como um fenômeno inter-relacionado. Pois as ações relacionadas aos cuidados devem estar baseadas e sustentadas culturalmente, sendo necessárias para obter resultados benéficos de saúde nos diversos e específicos contextos culturais (LEININGER; MACFARLAND, 2006).

Leininger coloca que o cuidado pode se desenvolver no sistema popular: o local, nativo que presta cuidados de cura tradicionais ou familiares; e no sistema profissional: que consiste em cuidados organizados e interdependentes, prestados por diversos profissionais de saúde (LEININGER, 1985).

O **sistema de cuidado popular** é apresentado pela teórica como aquele que desenvolve habilidades e conhecimentos tradicionais que são adquiridos e transmitidos culturalmente, utilizando ações apoiadoras, capacitadoras, facilitadoras e de assistência para indivíduos ou grupos, para melhorar as condições de saúde. Já o **sistema de cuidado profissional** se refere ao cuidado profissional adquirido, transmitido e formalmente ensinado sobre saúde, doença e habilidades práticas adquiridas para assistir os indivíduos (LEININGER, 1991).

Leininger propôs em sua teoria o modelo conceitual do Sol Nascente, que contém as principais dimensões da estrutura cultural e social e do contexto ambiental, tais como: estilo de vida e valores culturais; fatores familiares, econômicos, religiosos, filosóficos, políticos, legais, tecnológicos e educacionais. Ainda nesse modelo, a teórica demonstra os indivíduos, famílias, grupos comunidades e instituições em sistemas de saúde diversos: profissional, popular e cuidado de enfermagem. O ultimo nível do modelo do sol nascente representa as ações e decisões no cuidado de enfermagem. Leininger (1991), Leininger e Macfarland (2002) explicam os três modos de ações e decisões do cuidado, da seguinte maneira:

- *preservação/manutenção do cuidado cultural* – apresenta-se quando ações e decisões profissionais de assistência, apoio, facilitadoras ou de capacitação ajudam aos indivíduos de uma determinada cultura a preservar e/ou manter valores culturais importantes acerca de cuidado à sua saúde e bem-estar, a recuperar-se das doenças ou enfrentar as incapacidades e/ou morte.

- *acomodação/negociação do cuidado cultural* – refere-se às ações assistenciais profissionais capacitadoras, apoiadoras e facilitadoras que auxiliam as de uma determinada cultura a adaptarem-se ou a negociarem com as outras um resultado de saúde favorável com profissionais fornecedores de cuidado.

- *repadronização/reestruturação do cuidado cultural* – ações e decisões profissionais assistenciais, apoiadoras, capacitadoras e facilitadoras que ajudam os indivíduos reorganizar, modificar grandemente sua forma de vida para um padrão de atendimento a saúde novo e benéfico, respeitando suas crenças e valores culturais, fornecendo um modo de vida mais benéfico do que o anterior às mudanças a serem compartilhadas com os indivíduos.

Boehs (2002) desenvolveu um estudo com o objetivo de diferenciar os termos *acomodação/negociação no cuidado*. Inicialmente a autora buscou definir esses conceitos através de fontes da literatura geral (dicionários da língua portuguesa, obras da administração e trabalhistas), das obras publicadas por Leininger e dos estudos que tiveram como referencial essa teórica. Em sua investigação, a autora constatou que Leininger acrescentou o termo negociação em suas publicações somente a partir de 1991, sem esclarecer ou clarear tal inclusão. No final do estudo, Boehs conclui que existe diferença entre esses conceitos, pois a acomodação define a ideia de enquadramento, de algo passivo, enquanto que na negociação cada parte (indivíduo e cuidador) apresenta recurso e necessidades a serem satisfeitas.

Porém, na prática da enfermagem, na ótica da autora, a acomodação é mais aplicada do que a negociação. A autora chama a atenção para o fato de que, muitas vezes, os profissionais de enfermagem não fazem negociação e sim imposição do cuidado, ressaltando, ainda, a necessidade de que os profissionais de saúde considerem a real negociação do cuidado e não apenas a acomodação.

Outra ideia central da teoria de Leininger é a **cultura**, que tem sido igualmente importante, como o conceito de cuidado, e é definido pela teórica como “[...] os valores, crenças, normas e estilos de vida aprendidos, compartilhados e transmitidos de um grupo social, que norteiam suas ideias, pensamentos, decisões e ações de maneira padronizada e frequentemente intergeracionais” (LEININGER, 1991, p. 47).

Leininger sugere que há padronização nas ações do cuidado, entretanto, a autora Langdon (2003) afirma que existe uma dinâmica cultural e que a cultura não é mais encarada como um sistema homogêneo e fixo; modelo em que todas as pessoas de um grupo cultural possuem comportamentos e ideias padronizadas, pois, a partir da antropologia simbólica, o conceito de cultura sofreu uma redefinição importante. Tal redefinição passou a considerar que o indivíduo faz sua própria interpretação de mundo e define seu modo de agir, formulando e compartilhando os significados de suas experiências através da interação social. Logo, a cultura não é algo fixo, pois há possibilidade de se recriar novos significados, sendo um sistema fluído e aberto, não apenas porque as diferentes culturas estão sempre em contato, mas também pelo fato de os sujeitos dentro de uma mesma cultura, terem percepções heterogêneas devido a sua singularidade e experiência.

Boehs (2001), com base no referencial de Geertz, reforça que a cultura enquanto conceito é definido como sendo um sistema de símbolos que nos dá um mapa para as ações, provocando um dinamismo na cultura, em consequência das contínuas interações, nas quais a todo instante se interpretam os símbolos e se criam ações. Sendo assim, a cultura é o fruto das interações que vivenciamos, e destaca:

Sob o olhar de um conceito que leva em conta o dinamismo da cultura, no qual esta é o resultado das interações e as constantes interpretações dos significados levam a ressignificações, o conceito de Leininger, de acordo com a época em que foi concebido e as influências recebidas, constitui-se

em um conceito estático, em que há crenças, valores arraigados (Boehs, 2001, p. 48).

Recentemente, Leininger afirma que, do ponto de vista antropológico, cultura é geralmente vista como um meio amplo e abrangente, para saber explicar e prever os modos de vida das pessoas ao longo do tempo e nas diferentes localizações geográficas. Além disso, cultura é mais do que interação social e símbolos. Pode ser vista como um desenho que guia ações e decisões humanas, tanto materiais quanto espirituais, que inclui e descreve sobre qualquer grupo ou indivíduo. Cultura é mais do que etnia ou relações sociais, cultura é um fenômeno que diferencia seres humanos de não humanos. Infelizmente, e até a enfermagem transcultural começar, esses fenômenos não tinham sido estudados e valorizados explicitamente na enfermagem (LEININGER; MACFARLAND, 2006).

Sobre esse aspecto, Leininger (1991) afirma que as enfermeiras devem compreender a diferentes culturas para que assim possam proporcionar cuidados aos indivíduos de maneira mais efetiva, considerando suas crenças, valores e opiniões sobre a enfermagem, cuidado, bem-estar, saúde, doença e morte.

Leininger e Macfarlan (2006) ressaltam que o fenômeno de cultura e cuidado articulado e concebido tem grande poder para explicar a saúde e/ou doença, e acreditam que pesquisas utilizando a teoria do cuidado cultural levaram à descoberta de importantes resultados do fenômeno do cuidado cultural. Esses resultados são o começo para transformar a educação e as práticas em saúde.

Contudo, Leininger expõe que há diferenças e semelhanças entre as culturas e dentro de uma mesma cultura. Para elucidar tal diferença, a teórica reconceituou os termos *emic* e *etic*. O termo *emic* se refere à cultura interna, natural, nativa ou local; enquanto *etic* se refere à cultura externa, estranha e muitas vezes é a visão profissional e institucional do fenômeno. Os termos *emic* e *etic* foram apresentados por Leininger e Macfarland (2006) dentro de uma perspectiva teórica, para descobrir contrastes dos fenômenos de cuidado cultural. Essas duas construções, *emic* e *etic*, têm sido inestimáveis na explicação de diferenças e interdependências entre a cultura dos informantes e conhecimentos e práticas em saúde ao longo das últimas décadas, sendo utilizado para conhecer o que é universal ou comum e o que é diferente ou diverso entre as culturas com relação ao cuidado.

Neste estudo, a investigação sobre o cuidado à saúde da criança indígena teve como base o conceito de saúde também proposto por Leininger. Segundo a teórica, “**saúde** é um estado de bem-estar culturalmente definido, valorizado e praticado, que reflete a capacidade dos indivíduos ou grupo, para desempenhar suas atividades diárias em modos de vida culturalmente expressos, benéficos e padronizados” (Leininger, 1991, p.48). A autora destaca que em todas as culturas há semelhantes e diferentes padrões e formas para manter a saúde, e é culturalmente reconhecido observar e seguir regras culturais para a manutenção da mesma (LEININGER; MACFARLAND, 2006).

4.2 Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

No sistema de cuidado profissional, a população indígena possui, desde o ano de 2002, uma Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, como essa não faz elucidações específicas à criança, apresentamo-la de forma sucinta.

Após a criação do Sistema Único de Saúde - SUS foram estabelecidas as condições de assistência à saúde dos povos indígenas e o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do SUS, pelo Decreto nº 3.156, de 27 de agosto de 1999 e a Lei nº 9.836 de 23 de setembro de 1999, respectivamente, considerando as históricas desigualdades e iniquidades vividas por essa população no Brasil. Posteriormente, a referida legislação regulamentou a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), integrante da Política Nacional de Saúde, compatibilizando as determinações das Leis Orgânicas da Saúde com as da Constituição Federal, que reconhecem aos povos indígenas suas especificidades étnicas e culturais e seus direitos territoriais (BRASIL, 2002).

Pela primeira vez, é garantido aos povos indígenas o acesso à: “[...] atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura (BRASIL, 2004, p. 26).

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena é composto por Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) e possui unidades de saúde nas Terras Indígenas – (TI), que contam com o trabalho dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e dos Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN). Compõem ainda o subsistema, os polos-base, com Equipes Multiprofissionais de Saúde Indígena (EMSI); e as Casas do Índio (Casai), que apoiam os serviços de média e alta complexidade referenciados na rede do SUS. A Fundação Nacional de Saúde (Funasa) é o órgão encarregado pela coordenação, normatização e execução das ações de atenção à saúde indígena. Aos estados e municípios, cabe atuar complementarmente na execução das ações (BRASIL, 2004).

É importante destacar que

O princípio que permeia todas as diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas é o respeito às concepções, [aos] valores e [às] práticas relativos ao processo saúde-doença próprios a cada sociedade indígena e a seus diversos especialistas (BRASIL, 2002, p. 18).

A Política Nacional de Atenção a Saúde dos Povos Indígenas foi considerada como parte do referencial teórico, pois serve de base para a atuação das equipes que atendem populações indígenas e ainda para contextualizar os resultados da realidade das equipes pesquisadas neste estudo.

4.3 4.3 Política de atenção integral à saúde da criança

No Brasil, a área da saúde, na década de 70, era marcada por indicadores tão graves que foram necessárias medidas governamentais para o enfrentamento de seus determinantes de saúde; período no qual foram constatados altos índices de mortalidade e desnutrição infantil, desmame precoce, baixa cobertura vacinal, precária assistência prestada à criança e baixíssima qualidade de vida. A gravidade da realidade epidemiológica, a pressão social e os compromissos assumidos pelo governo durante a Cúpula Mundial em Favor da Infância em 1990, quando foi assinado, com mais 158 países, a Declaração Mundial sobre Sobrevivência, Proteção e Desenvolvimento da Criança. Isto contribuiu para que fosse implantado um conjunto de ações e programas envolvendo a área de educação, saúde, nutrição, saneamento e

cidadania, bem como de políticas voltadas à saúde da mulher, da criança e do adolescente (ALVES; VIANA, 2006).

A legislação brasileira, por meio do Estatuto da Criança e do Adolescente, reforça o compromisso pela promoção do bem-estar das crianças. Essa responsabilidade não é apenas da família, mas um dever do Estado e da sociedade. Nesse sentido, os cuidados com a saúde infantil estão entre as ações essenciais do Ministério da Saúde, e os programas desenvolvidos buscam oferecer um atendimento à saúde mais humano e de melhor qualidade para todas as crianças (BRASIL, 2005).

O Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança – PAISC, criado pelo Ministério da Saúde, em 1984, foi destinado a combater as desfavoráveis condições de saúde da população infantil, e tem como objetivo principal a redução da morbimortalidade na faixa etária de 0-5 anos, considerando as seguintes ações: acompanhar o crescimento e desenvolvimento (ACD) como metodologia de assistência; promover o aleitamento materno (por meio do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno – PNIAM) e orientar a alimentação no 1º ano de vida; aumentar os níveis da cobertura vacinal; identificar precocemente as patologias (através da Estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância – AIDPI), prevenindo e tratando adequadamente as infecções respiratórias e as diarreias agudas; promover a educação para a saúde, destacando a importância da participação da família (BRASIL, 2002).

Todas as ações do PAISC se caracterizavam pelo forte caráter educativo e preconizava a indissociabilidade entre a ação da assistência e a educação para a saúde. Como consequência das novas demandas ocorridas pelas mudanças epidemiológicas na saúde infantil, novas estratégias foram anexadas às originais, servindo assim para o desenvolvimento da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (ALVES; VIANA, 2006).

O Ministério da Saúde, por meio da Coordenação de atenção à Criança, criou a “Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil”, na qual estão organizadas as principais diretrizes para o desenvolvimento de políticas de atenção à criança. Esse documento é um guia para o processo de reorganização da rede de assistência à infância nos seus diversos níveis. Assim, a criança pode se beneficiar de um cuidado integral e multiprofissional, que compreenda todas as suas necessidades e direitos como cidadão. Como **cuidado integral** entende-se:

a responsabilidade de disponibilizar a atenção necessária em todos os níveis: da promoção à saúde ao nível mais complexo de assistência, do *locus* próprio da atenção à saúde aos demais setores que têm interface estreita e fundamental com a saúde (moradia, água tratada, educação, etc.) (BRASIL, 2005, p. 7).

As linhas de cuidado da atenção integral da saúde da criança e redução da mortalidade infantil presentes nessa agenda são: ações da saúde da mulher; atenção humanizada e qualificada; atenção humanizada e qualificada à gestante e ao recém-nascido; triagem neonatal; teste do pezinho; incentivo ao aleitamento materno; incentivo e qualificação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (CD); alimentação saudável e prevenção do sobrepeso e obesidade infantil; combate à desnutrição e anemias carenciais; imunização; atenção às doenças prevalentes; atenção à saúde bucal; atenção à saúde mental; prevenção de acidentes, maus-tratos/violência e trabalho infantil; atenção à criança portadora de deficiência. Entre as estratégias de ação preconizadas estão: a vigilância à saúde pela equipe de atenção básica; a vigilância da mortalidade materna e infantil; educação continuada das equipes de atenção à criança; organização das linhas de cuidado (BRASIL, 2005).

Essa política também protege a criança indígena, pois a mesma também tem garantido direito ao acesso à atenção integral à saúde, como toda criança brasileira, bem como o direito às ações de saúde priorizadas à criança, a saber: promoção do nascimento saudável; acompanhamento do recém-nascido de risco; acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e imunização (o esquema vacinal da criança indígena difere do esquema básico da criança não indígena, no que diz respeito a vacina contra Influenza, Pneumococos e Varicela); promoção do aleitamento materno e alimentação saudável; atenção aos distúrbios nutricionais e anemias carenciais e abordagem das doenças respiratórias e infecciosas.

Para reorientar as ações voltadas à saúde da criança indígena, além dos protocolos de padrão nacional, foi criado em 2004, o Manual de Atenção à Saúde da Criança Indígena Brasileira. Uma iniciativa da FUNASA e elaborado pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), que desde 2000 organiza anualmente Fóruns sobre a saúde da criança indígena, com o objetivo de levantar os principais agravos dessa

população e propor ações que visem melhorar a atenção à saúde das crianças (BRASIL, 2004).

A Política Nacional de Atenção à Saúde Integral da Criança não estabelece, especificamente, os cuidados segundo as fases do ciclo vital infantil. Entretanto, acredita-se ser importante conhecer cada etapa, para que os cuidados atendam às reais necessidades de cada uma. Nesse sentido, buscou-se as demarcações das fases infantis na cultura indígena, todavia não foram encontradas, por isso, apresenta-se a classificação de Marcondes (2003):

- Recém-nascido: a criança, do nascimento até os vinte e oito dias de vida, e recém-nascido normal a termo quando nascido com 37 à 42 semanas de idade gestacional. O autor esclarece que nessa conceituação de recém-nascido normal, não estão sendo consideradas as condições materna ou fetal, apenas a neonatal.

- Lactente: a fase que vai desde os vinte e nove dias de vida até dois anos de idade.

- Pré-escolar: fase compreendida entre os dois e seis anos de idade. O autor relata que a classificação por faixa-etária não coincide com o conceito sociocultural que o nome sugere, pois o ingresso da criança na escola ou creche acontece antes ou durante este período, de acordo com a cultura de cada comunidade.

- Escolar: é a criança que se encontra na faixa-etária entre sete e dez anos de idade.

4.4 A Estratégia de Saúde da Família

O Programa de Saúde da Família (PSF), mais tarde denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF), foi adotado no Brasil em 1994 como um modelo para a atenção básica, recebendo como herança o sucesso das políticas de saúde da criança, iniciadas nos anos 80, e os desafios apresentados pelo perfil sociodemográfico, epidemiológico e político atual do país. O programa tem por missão dar continuidade às ações básicas que permitiram aumentar a sobrevivência infantil, mas com foco na qualidade de vida das crianças e adolescentes (ALVES, VIANA, 2006).

Segundo o Ministério da Saúde, os princípios que regem a estratégia são a integralidade, hierarquização, territorialização e trabalho em equipe multiprofissional, os quais podem fortalecer e viabilizar as ações de promoção, prevenção e reabilitação determinadas em todos os programas vigentes direcionados à criança, adolescente e à mulher. A ESF é uma alternativa para diminuir as desigualdades regionais, ao

passo em que se propõe a encarar os problemas próprios de cada área de responsabilidade, tornando sua assistência personalizada e individualizada (BRASIL, 2000).

Pela normatização vigente, a Equipe de Saúde da Família que compõe a ESF deve ser constituída, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e entre quatro e seis agentes comunitários de saúde (ACS). Outros profissionais de saúde poderão ser incorporados a estas unidades básicas, de acordo com as demandas e características da organização dos serviços de saúde (Portaria NASF 154/2008).

A área de abrangência por equipe deveria conter entre 800 e 1000 famílias. A equipe deve conhecer a realidade das famílias de sua área de abrangência, suas características socioeconômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas, procurando reconhecer os problemas de saúde mais comuns, bem como as situações de risco às quais estão expostas e promover, através da educação continuada, a qualidade de vida da comunidade (BRASIL, 2000).

A Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, edição número 61 de 29/03/2006 do Ministério da Saúde, descreve as seguintes características de trabalho das equipes de Saúde da Família, a saber:

- I - manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território;
- II - definição precisa do território de atuação, mapeamento e reconhecimento da área adstrita, que compreenda o segmento populacional determinado, com atualização contínua;
- III - diagnóstico, programação e implementação das atividades segundo critérios de risco à saúde, priorizando solução dos problemas de saúde mais frequentes;
- IV - prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias, que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade;

V - trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;

VI - promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais, buscando parcerias e integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde, de acordo com prioridades e sob a coordenação da gestão municipal;

VII - valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito;

VIII - promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações; e

IX - acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho.

Cabe salientar que a ESF também estabelece atribuições comuns a todos os profissionais atuantes no programa, contudo elas podem ser complementadas com diretrizes e normas da gestão e das necessidades locais. São elas:

I -participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

II - realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário;

III - realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;

IV - garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; e da garantia de

atendimento à demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde;

V - realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;

VI - realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

VII - responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando essa necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde;

VIII - participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;

IX - promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;

X - identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, sob coordenação da SMS;

XI - garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica;

XII - participar das atividades de educação permanente; e

XIII - realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.

Como já mencionado, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é o eixo norteador para a organização da atenção básica nas unidades de saúde, sendo a porta de entrada do sistema. Também é a oportunidade para a comunidade, junto com a equipe de saúde, desenvolver ações resolutivas que englobem integralmente e de forma mais abrangente as necessidades territoriais (BRASIL, 2005).

Quanto ao cuidado infantil, não se pode perder de vista que qualquer sistema de saúde e outros espaços sociais devem prestar atenção integral à criança, buscando todas as possibilidades de cuidado. Cabe reforçar que as unidades básicas de saúde devem aderir à agenda de compromissos supracitada, bem como colocar em prática suas linhas de cuidado. Além disso, em algumas situações de maior risco poderá ser necessária a atuação de outros profissionais para dar apoio à equipe de saúde da família, para o acompanhamento da criança mais grave, dentro

das possibilidades de referência e contra-referência. Porém, deve ser mantido o compromisso de acompanhamento da criança pela equipe de saúde da família para proporcionar a continuidade da assistência (BRASIL, 2005).

Convém reforçar, que a Estratégia de Saúde da Família também foi considerada como parte do referencial teórico, para assim orientar a análise dos resultados, no que se refere ao trabalho das equipes, pois os profissionais participantes deste estudo fazem parte de duas equipes de ESF que atendem populações indígenas.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

5.1 Tipo de estudo

Este estudo se constitui em uma pesquisa descritiva de natureza qualitativa. A pesquisa descritiva, segundo Polit, Beck e Hungler (2004), considera a observação, a descrição e a documentação de um fato como ele naturalmente acontece. É delineada para caracterizar um fenômeno social de interesse, buscando descrevê-lo e servindo de base para sua compreensão.

Segundo Gil (2002), a pesquisa descritiva tem como objetivo primordial descrever características de grupos, conhecer processos e levantar opiniões, atitudes e crenças de uma população específica. Alves et al. (2002) destacam que as pesquisas descritivas são essenciais para a compreensão da realidade cotidiana.

5.2 Descrição do local de estudo

O estudo foi desenvolvido junto a duas equipes de ESF que atuam em Terras Indígenas (TI) de etnias Kaingang e Guarani, em dois municípios do Estado de Santa Catarina – Brasil. Essas TIs estão localizadas a uma distância aproximadamente de 600 km da capital do estado.

Sobre as Terras Indígenas, convém contextualizar que a Constituição Federal do Brasil (1988), considera que os indígenas são os primeiros e naturais senhores da terra e esta é a fonte primária de seu direito, que é anterior a qualquer outro. Em consequência, o direito dos mesmos a uma terra determinada independe de reconhecimento formal. Encontramos a definição de terras ocupadas pelos povos indígenas no parágrafo primeiro do artigo 231 da Constituição Federal (1988), aonde determina que são aquelas por eles habitadas em caráter permanente, as utilizadas para suas atividades produtivas, as imprescindíveis à preservação dos recursos ambientais necessários a seu bem-estar e as necessárias a sua reprodução física e cultural, segundo seus usos, costumes e tradições. Terras que, segundo o inciso XI do artigo 20 da referida constituição, são bens da União, sendo reconhecidos aos indígenas a posse permanente e o usufruto exclusivo das riquezas do solo, dos rios e dos lagos nelas existentes.

Segunda dados da Fundação Nacional do Índio (FUNAI), existem no Brasil, aproximadamente 610 terras indígenas, com área total de 109.741.229 hectares (1.097.412 km²), o que representa 13% da área do país. Na Amazônia, situam-se 98,61% das terras indígenas do país em 422 áreas. Os 1,39% restantes estão distribuídos entre as regiões Nordeste, Sudeste, Sul e Mato Grosso do Sul. As terras indígenas passam por um processo de demarcação, que é o meio administrativo para explicitar os limites do território tradicionalmente ocupado pelos povos indígenas. Em Santa Catarina encontram-se 16 áreas sendo: 8 a demarcar, 6 demarcadas e 2 em demarcação (BRASIL, 2010).

De maneira geral as TI em questão se assemelham, ambas localizadas em áreas rurais dos dois municípios, sendo constituídas por um aglomerado de casas, em sua maioria, próximas as unidades de ESF local, Centro de Educação Infantil Municipal – CEIM, escolas e das igrejas católica e evangélica. A maioria das residências é de madeira, algumas possuindo banheiro, todas com luz elétrica, e água potável que é captada através de poços artesianos (a maioria) ou fontes tratadas com cloro. Como principais meios de comunicação e informação utilizados por estas populações, podemos destacar a televisão, o rádio, o telefone público e o telefone celular. As etnias Kaingang e Guarani, dividem a mesmas terras indígenas.

Há nessas TIs, segundo dados da Secretaria de Estado da Saúde de SC, aproximadamente 5.900 índios. Em relação ao sistema profissional oficial, essa população está sendo assistida por duas equipes da Estratégia Saúde da Família, sendo que atendem somente a população indígena (BRASIL, 2009).

Atualmente, uma das equipes possui um enfermeiro, um médico, um dentista, três técnicos de enfermagem e 12 agentes indígenas de saúde. A outra equipe conta com um enfermeiro, um médico, um dentista, dois técnicos de enfermagem e 10 agentes indígenas de saúde. As equipes de ESF que atuam nessas TIs são contratadas pelas Secretarias de Saúde dos municípios, normalmente por concursos públicos, sendo gerenciadas pela FUNASA.

As unidades de saúde localizadas nessas TI apresentam estruturas físicas diferenciadas. Variam desde salas improvisadas (salão comunitário, escolas, etc) cedidas pela comunidade, como construções para esse fim, as quais dispõem de toda a estrutura necessária para a atuação das equipes da ESF, como consultório médico e odontológico, sala de espera, sala de procedimentos e banheiros.

As unidades de saúde localizadas nessas TIs dispõem de atendimentos de atenção básica à população indígena como: vigilância

nutricional; atendimento odontológico preventivo e curativo; atenção integrada às doenças prevalentes na infância; atenção à saúde da mulher, incluindo pré-natal de baixo risco; identificação e encaminhamentos dos casos de alto risco; atendimento ao adolescente, adulto e idoso; programa de tuberculose, hanseníase; programa de saúde mental; programa de DST/AIDS e hepatites virais; manutenção do sistema ativo de vigilância em saúde e meio ambiente; monitoramento dos pacientes crônicos; ações de imunização; assistência farmacêutica; procedimentos para primeiros socorros, curativos e medicação; ações de educação em saúde e ambiental; coleta de material para exame; alimentação dos sistemas de informação em conformidade com os sistemas do SUS. As unidades ainda fazem procedimentos de referência para atendimento de média e alta complexidade, caso essa população necessite.

5.3 Informantes do estudo

Leininger (1991) nos diz que o termo informante é utilizado para os sujeitos que compartilham informações sobre os estilos de vida, costumes e as crenças da população estudada, assim desvelando a identidade cultural de um grupo.

Diante disso, participaram como informantes desse estudo profissionais que presenciam o cotidiano da população indígena através da assistência profissional oficial em saúde, a saber: dois enfermeiros, um médico, um dentista e cinco técnicos de enfermagem, destes, três são indígenas. Não aceitaram participar da pesquisa um profissional médico (por falta de disponibilidade de tempo) e um profissional dentista (que por estar a menos de 60 dias na equipe, referiu não se sentir apto a participar). Nesse caso, a autonomia dos sujeitos em participar ou não da pesquisa foi respeitada, conforme resolução CNS 196/96. Então, no total, participaram nove profissionais de saúde.

Os agentes comunitários de saúde não participaram desse estudo, porque o interesse era o de desvelar o olhar dos profissionais com formação técnica/científica na área da saúde, sobre o cuidado à criança. E ainda pelo grande número de agentes comunitários de saúde, aproximadamente 25, e ao pouco tempo da pesquisadora para realizar o estudo.

Cabe esclarecer que a escolha dessas duas equipes, se deu por sugestão do responsável pelo pólo-base local, bem como pelo tempo disponível para o estudo, pela facilidade de acesso às mesmas e pela disponibilidade dos profissionais envolvidos.

Leininger e Macfarland (2006) esclarecem que num estudo qualitativo, o pesquisador pode estudar um fenômeno com um número reduzido de informantes, justificando que o importante não é a quantidade, mas sim o significado e profundidade das informações colhidas.

5.4 Saturação dos dados

A saturação dos dados, segundo Leininger (1991), ocorre quando as informações obtidas se encontram numa amplitude satisfatória para compreender o fenômeno sob estudo. Para tanto, a pesquisadora explorou em profundidade os dados no universo pesquisado e identificou que as informações dos profissionais das equipes de saúde eram repetidas ou similares. No entanto, devido a limitação do tempo em desenvolver este estudo, não foram procurados mais informantes.

5.5 Entrada no campo, técnicas de coleta e registro dos dados

A coleta de dados se deu no período de junho a dezembro de 2009. A inserção no campo de estudo ocorreu inicialmente com o contato com o responsável pelo Polo Base da FUNASA da região. Nesse encontro foi apresentado o objetivo da pesquisa, bem como discutidas e estabelecidas as formas de aproximação com as ESFs participantes. Como meio de contato, foi-me repassado o telefone das enfermeiras. A partir desse momento foram realizadas ligações para as mesmas, nas quais houve a apresentação da pesquisadora, do projeto e da intencionalidade do estudo, bem como a solicitação de uma visita à equipe.

As visitas aconteceram uma a duas semanas após esse contato prévio. Vale ressaltar que as enfermeiras, em uma reunião anterior à visita, comunicaram às equipes sobre o estudo, fato esse que facilitou o diálogo entre a pesquisadora e os membros das ESFs. Nesse momento, além de apresentar o objetivo do estudo, foi acordado o processo de coleta de dados.

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas individuais para cada informante, em locais e horários escolhidos por eles. Ocorreram entrevistas no ambiente de trabalho dos informantes, nas

residências dos informantes e em recintos comunitários das TI (salão comunitário, escola).

Nesse estudo foi utilizada a entrevista como um guia habilitador, que é aplicado por Leininger para dar suporte à pesquisa qualitativa, dentro de seu modelo teórico. Os principais e mais utilizados guias habilitadores são: observação participante, a entrevista, instrumento para avaliar aculturação, história de vida sobre o cuidado à saúde, entre outros. (Leininger, 1991; Leininger e Macfarland, 2002). Sobre os guias habilitadores, Leininger e Macfarland (2006) enfatizam que os mesmos têm sido extremamente valiosos para revelar dados complexos, pois facilitam para que os informantes dividam suas ideias de forma natural e casual, sendo os mesmos encorajados a dividir de forma espontânea seus conhecimentos e práticas.

A opção pela entrevista se deu pelo fato de que essa abordagem permite investigar assuntos em profundidade. Além disso, essa técnica permite correções e esclarecimentos que possibilitam maior segurança e fidedignidade das informações coletadas (LEININGER, 1985).

As entrevistas seguiram um formulário-guia, contendo uma parte destinada à identificação dos entrevistados, e outra parte, com uma pergunta inicial (Apêndice A), desencadeadora dos depoimentos. Os demais questionamentos foram realizados a partir das respostas dos informantes, sempre focados nos objetivos do estudo. Tiveram uma duração entre 30min e 1h15min e foram registradas num gravador digital, mediante a concordância dos informantes (Apêndice C), e depois transcritas.

Após as entrevistas, a pesquisadora registrava suas percepções e sensações relativas àquele momento em notas de campo. Nesse estudo foram aplicadas as seguintes notas: - *pessoais*, que se referem aos sentimentos da pesquisadora frente a vivência da entrevista; - *metodológicas*, que se referem às reflexões sobre o processo de coleta de informações com base no referencial metodológico e teórico.

Esses registros eram revistos e analisados continuamente, buscando-se, a partir dessa análise, refletir sobre as potencialidades e fragilidades existentes na relação pesquisador e informante. Vale constar que essa estratégia de leituras-constatações-reflexões foi importante para a qualificação da coleta de dados, pois como pesquisadora, sentia-me cada vez mais habilitada a desenvolvê-la.

5.6 Organização e análise dos dados

A análise dos dados obtidos neste estudo ocorreu concomitante com a coleta dos mesmos e foi guiado pela proposta de análise apresentada por Leininger (1991; 1997). Tal proposta se desenvolve em quatro fases, que não são estanques, são inter-relacionadas e acontecem em um movimento de ida e vinda, bem como se utiliza de critérios específicos e congruentes com o paradigma qualitativo. Neste estudo a análise se limitou as duas primeiras fases. A seguir apresentamos o processo de análise realizado em nosso estudo:

Coleta, descrição e documentação dos dados brutos: nessa primeira fase foram realizados os registros de dados obtidos dos informantes por meio das entrevistas. Já na descrição inicia-se uma pré-análise dos dados relacionados ao fenômeno de interesse. Nessa fase foi necessário ler e reler os dados obtidos para realizar interpretações e atribuir significados ao fenômeno em estudo.

Identificação e categorização dos descritores e dos componentes: na segunda etapa ocorreu o agrupamento dos dados colhidos para responder à questão de pesquisa. Este agrupamento ocorreu de acordo com as respostas as perguntas guias e também de acordo com dados que emergiram espontaneamente, identificando-se as categorias e subcategorias.

5.7 O rigor da pesquisa

Este estudo adotou alguns critérios de rigor da pesquisa recomendados por Leininger (1991; 1997), a saber: credibilidade e saturação:

- o de credibilidade: se refere a confiabilidade da pesquisa, nesse aspecto, buscou-se reproduzir e apresentar os fenômenos em estudo, de modo que a verdade fosse explicitada sob o ponto de vista dos informantes.

- o de saturação: nesse aspecto, buscou-se confirmar os dados obtidos pelo esgotamento de tema durante as entrevistas, reiterando-se alguns questionamentos, os quais eram feitos por perguntas encadeadas até a compreensão das informações, como por exemplo: 'gostaria que explicasse mais detalhadamente'; 'voltando àquela questão'; 'por que isso ocorre...'

Esses critérios foram considerados e contribuíram para a confiabilidade e consistência dos resultados, estando congruentes com os propósitos e objetivos filosóficos das pesquisas qualitativas.

5.8 Aspectos éticos da pesquisa

Esse estudo atendeu as questões éticas contidas na Resolução nº 196/96 de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde – CNS. Portanto, e atendo à resolução, o projeto foi encaminhado para análise e aprovação das instituições envolvidas: Fundação Nacional da Saúde (FUNASA) e para Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Comunitária da Região de Chapecó – UNOCHAPECÓ (Anexo A). Para essas instituições, além do projeto, foi encaminhando uma carta explicando os objetivos do estudo e solicitando autorização para a sua realização (Anexo B). Somente iniciamos a entrada em campo do estudo após a autorização das referidas instituições.

Em relação aos participantes do estudo, foram explicados os objetivos e os procedimentos da pesquisa e somente participaram os que aceitaram voluntariamente e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE (Apêndice B), em duas vias, das quais uma ficou com o participante e outra arquivada pela pesquisadora. Nesse termo foi explicado que, caso não quisessem participar do estudo, isso não traria nenhum prejuízo a esses profissionais. Também foi garantido o direito de retirarem-se da pesquisa caso assim desejassem, bem como a proteção da identidade, o respeito à individualidade e privacidade. Cabe destacar que o TCLE garantia também o resguardo do anonimato dos participantes, e os mesmos tinham o direito de esclarecimentos antes, durante e após o estudo.

Para preservar a identidade nos depoimentos dos informantes, foram utilizadas as seguintes siglas: ENF 1 ou 2, para os enfermeiros; outro profissional 1 ou 2, para o médico e o dentista; TE 1, 2, 3, 4 ou 5, para os técnicos de enfermagem.

6 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo será apresentado, primeiramente, um breve perfil dos entrevistados, a seguir serão descritos os resultados referentes aos objetivos do estudo: a) a percepção dos profissionais sobre os cuidados que a família e a comunidade indígena prestam às suas crianças; b) a percepção dos profissionais sobre o trabalho da equipe da ESF à saúde das crianças indígenas.

O perfil dos informantes

Participaram do estudo nove profissionais de duas equipes da Estratégia da Saúde da Família que assistem à população indígena das etnias Kaingang e Guarani, que atendem em diferentes terras indígenas, sendo uma equipe por município. Entre os profissionais: um médico, um dentista, dois enfermeiros e cinco técnicos de enfermagem (três deles de origem indígena). Quanto ao gênero: oito mulheres e um homem.

Os informantes são profissionais jovens, com idade mínima de 20 anos e máxima de 49 anos. Entre os informantes com maior idade, foram encontrados três técnicos de enfermagem de origem indígena, com idade acima de 33 anos. O tempo médio de atuação desses profissionais na área da saúde é de 8 anos e na assistência à população indígena, a média de tempo é de 2 anos e seis meses.

Em relação ao preparo que esses profissionais receberam para trabalhar com essa população, constatou-se que somente três deles tiveram formação direcionada à saúde indígena, que são os técnicos de enfermagem de origem indígena. Quanto aos demais profissionais: enfermeiros, dentista, médico e técnicos de enfermagem, os mesmos relataram que apenas receberam cursos de atualização de curta duração promovidos pela FUNASA. Segundo os informantes, nessas capacitações são abordados temas pontuais, voltados para o desenvolvimento dos programas de saúde, como: vacinação, saúde da criança, saúde da mulher, etc. Relataram que não foi trabalhado, até o momento, conteúdos de antropologia, nas capacitações.

Sobre o perfil dos informantes é importante destacar que são adultos jovens, com exceção de três técnicos de enfermagem, de origem indígena, com idade acima de 33 anos. Os mesmos estão atuando a pouco tempo nas terras indígenas, já que cinco anos foi o maior período encontrado de atuação, sendo que a média de tempo entre os

profissionais foi de dois anos e seis meses. Outro fator marcante encontrado é a alta rotatividade desses profissionais nas equipes, o que dificulta o conhecimento da cultura da população sob seus cuidados, o que pode influenciar diretamente na assistência prestada. Ainda foi citada pelos informantes a falta de preparo específico para atuar com a população indígena, já que somente os três técnicos indígenas de saúde possuem essa capacitação, os demais profissionais só receberam cursos de preparo para atuação na estratégia de saúde da família.

6.1 A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS SOBRE O CUIDADO POPULAR QUE A FAMÍLIA E A COMUNIDADE INDÍGENA PRESTAM ÀS SUAS CRIANÇAS

Na exploração e análise dos dados identificamos a presença de três categorias sobre o fenômeno em estudo, a saber: a percepção dos profissionais sobre o cuidado prestado à criança pela família indígena; a percepção dos profissionais sobre o cuidado prestado à criança pela comunidade indígena e a percepção dos profissionais sobre a busca pela unidade de saúde como forma de cuidado.

6.1.1 A percepção dos profissionais sobre o cuidado prestado à criança pela família indígena

Os cuidadores da criança

Segundo os informantes do estudo, a família nuclear, aquela composta por pai, mãe e filhos, é a principal responsável pelo cuidado à criança. Nela, diversos membros desenvolvem o cuidado infantil, entretanto constatou-se que o cuidador mais significativo se apresenta na figura materna, como se observa nos depoimentos a seguir:

*“O principal cuidador é a **mãe**” (Outro profissional 2).*

*“É sempre a **mulher** que cuida” (ENF 2).*

*“O **pai** sempre está junto, mas é a mãe que cuida” (TE 1)*

Apesar dos informantes relatarem que a mãe é cuidadora principal, eles perceberam que o pai também exerce esse papel. Contudo, ele aparece como um apoiador do cuidado seja em casa, ou na busca pelo atendimento profissional. Mas, no entendimento de alguns informantes, tanto os pais quanto as mães cuidam de forma igualitária, como mostra os relatos abaixo:

“O pai sempre está junto, auxiliando, na unidade e na casa também” (TE 1)

“Então aquele pai ajuda um pouco, traz para vacinar, mas são exceções, mas não é um hábito deles cuidar não” (ENF 1).

Também, segundo os informantes, outros membros da família extensa participam do cuidado, geralmente uma mulher, como as avós e tias. Dessas, a figura mais marcante do cuidado infantil é a avó. De acordo com os informantes, ela assume o cuidado de seus netos quando as mães saem para trabalhar, ou quando as mesmas transferem a elas o cuidado dos filhos:

“Se a mãe não pode, a avó cuida, a tia cuida. Então, eles têm sempre alguém da família que fica com as crianças” (Outro profissional 2)

“Elas [mães] sempre acompanham o marido, então para acompanhar o marido elas deixam o filho para trás, a vó que cuida (...). A avó assume bastante, ou até o irmão mais velho” (ENF 1).

Outro integrante da família nuclear com o papel de cuidador da criança, segundo os informantes, são os irmãos mais velhos, mesmo que ainda não tenham idade apropriada para assumir tal responsabilidade: *“A criança, ou o irmão mais velho, também cuida do menor” (TE 5).*

De acordo com os informantes, a criança indígena também é cuidada por membros de sua comunidade. Esses estão representados na figura dos vizinhos, lideranças indígenas, agentes sociais (voluntários da Pastoral da Saúde) e educadores escolares. Os relatos a seguir ilustram como os membros da comunidade indígena se envolvem com o cuidado infantil:

“Eles [vizinhos] tem esse cuidado com as crianças. Tem nenê, o vizinho sempre está lá junto, ajudando. (...) sempre estão se oferecendo para ajudar” (TE 5)

“As lideranças também ajudam no cuidado [da criança], elas estão atentas” (TE 4)

“A pastoral da criança também ajuda a cuidar, ajudam a orientar na pesagem das crianças” (TE 2)

A partir destas falas é possível prever que há formas diferentes de cuidar da criança pelos indígenas: o tomar conta, o estar atento, o orientar, o ajudar, dentre outros.

A concepção sobre saúde, doença, crescimento e desenvolvimento infantil

Os informantes apontaram que a população indígena, na maioria dos casos, não percebe os fatores que determinam ou condicionam os processos de saúde, crescimento e desenvolvimento, limitando-se a conceber que a saúde é ausência de doença. Relatam também que as famílias apontam algumas condições necessárias para as crianças terem saúde, como o fato dessas executarem habilidades próprias da idade, o estarem dispostas a brincadeiras e de “se virarem”. Como observamos nas falas a seguir:

“Para eles, saúde é a ausência de doença, não tem essa parte de cuidar para não ter doença, eles só tem o cuidado de tratar e são imediatistas” (Outro profissional 1).

“Uma professora, da creche, disse que ela mesma tira piolho, porque as mães não percebem que o filhinho está com piolho. Ela [professora] lava o pé, escova os dentes das crianças” (Outro profissional 1).

“Morreu porque tinha que morrer, ficou doente porque tinha que ficar doente” (Outro profissional 2).

Através dos relatos dos informantes, evidencia-se que as famílias, apesar de não relacionarem os determinantes que geram estados mórbidos em seus filhos como fazem os profissionais deste sistema, identificam o estado de saúde-doença de suas crianças pelos seguintes aspectos: atividade física/psíquica, ingestão alimentar e pelas queixas, conforme se pode observar nos relatos a seguir:

“Eles [pais] observam bastante a criatividade da criança. Dá para a gente ver que eles observam se a criança está disposta para brincar, para estudar (...) se a criança não quer se alimentar, se a criança reclama de alguma dor” (TE 4).

“Para ter saúde a criança não precisa estar gorda (...) a criança precisa estar brincando, disposta, se virando (...), a criança tem que estar andando, isso é criança com saúde para ele (...). Quando a criança está assim: paradinha, ela está mal. Para eles, se ela está quieta, está mal” (ENF 2).

“Olha, as mães, principalmente, sabem quando a criança está bem, com saúde, ou quando ela está doente. Mas assim, qualquer coriza, qualquer tossezinha ela diz: está com febre. (...) tudo é febre para eles” (ENF 1).

Para os informantes, os pais/família, muitas vezes, não fazem a prevenção porque não a consideram importante ou por desconhecimento dos fatores de risco. Segundo os mesmos, os indígenas são mais ligados à cura do que na prevenção:

“Eles não tem essa ideia de prevenção. (...) Eles tem ideia de cura” (Outro profissional 2).

“Eles não tem muita preocupação com a saúde e a saúde bucal, não tem o hábito da prevenção, só a parte curativa” (Outro profissional 1).

Por outro lado, os informantes estão percebendo, mudanças nos hábitos dos indígenas, pois alguns deles já começam a considerar a prevenção como um meio de adquirir e manter a saúde:

“Agora eles já estão vendo que ter saúde é melhor, do que não se cuidar e ficar doente, estão querendo se cuidar, já começam a pensar na prevenção, mas pouca coisa”. (ENF 1)

Quanto aos fatores envolvidos no crescimento e desenvolvimento infantil, os informantes percebem que os indígenas os relacionam com os aspectos ambientais, como: alimentação, recreação e contato com a natureza, como se pode evidenciar nos depoimentos a seguir:

“Para criança crescer com saúde tem que pisar na terra, comer comida forte, é o dizer deles. Eles acham assim: quanto mais a criança ficar dentro de casa, mais fraco se cria. (...) Tem que estar pisando na terra, tem que estar brincando. Tem que ter contato com a terra, com o mato” (TE 3).

“Para eles, uma criança saudável precisa de uma boa alimentação” (TE 5).

Os pais, segundo os informantes, não reconhecem outros fatores envolvidos nesse processo, como a genética, o estímulo psicossocial e doenças. Como destaca esse informante:

“Eles [familiares] não tem essa ideia de desenvolvimento. Por exemplo: uma criancinha de 6, 7 meses, tem que estimular, conversar, para que a criança tenha um desenvolvimento melhor” (Outro profissional 2).

Os informantes percebem que o fato dos pais trazerem seus filhos à unidade de saúde para serem pesados demonstra a preocupação da família com o crescimento e desenvolvimento saudável da criança:

“Elas têm consciência que se acompanharem o peso, elas vão estar sabendo se a criança está crescendo, se desenvolvendo” (TEI 2).

“Para o crescimento e desenvolvimento da criança eles trazem para o posto” (ENF 2).

Apesar do comprometimento dos pais com o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento dos seus filhos, os informantes, notam contudo, que nem todos os indígenas encaram essa avaliação e acompanhamento como importante. Segundo eles, algumas famílias

trazem seus filhos na unidade de saúde apenas por compromisso com o programa de puericultura:

“Eles [indígenas] não pensam no crescimento e desenvolvimento saudável da criança, não sabem desse desenvolvimento. (ENF 1).

“Eles não pensam no ACD como parte do crescimento e desenvolvimento saudável das crianças, é apenas compromisso da família” (Outro profissional 2).

Percebe-se pela fala acima que o sistema popular não reconhece o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança (ACD) como importante, porém cabe esclarecer que o ACD, é parte do programa de assistência a saúde da criança, portanto é importante para o sistema profissional. Há assim uma visão discordante entre os sistemas, sobre o programa a frequência a unidade de saúde para este acompanhamento.

As famílias, segundo os informantes, cuidam de suas crianças de diversas formas, e esse cuidado ocorre precocemente, quando a mãe inicia o Pré-natal.

O Cuidado no ciclo gravídico-puerperal

De acordo com os informantes, assim que a gravidez é diagnosticada, as mães iniciam o processo de avaliação e acompanhamento da gestação, inclusive com assiduidade. Esse dado mostra que a família inicia seus cuidados à criança na época considerada adequada para o sistema profissional. Os relatos a seguir, exemplificam esse achado:

“Elas [mães] fazem todo pré-natal (...) então a partir daquele momento elas começam a ter o cuidado” (ENF 1).

“Ela [mãe] faz o pré-natal, durante os nove meses a médica faz todo mês a consulta de pré-natal, aonde a gente dá a nossa palestra também. Então, elas tem bastante cuidado. Elas sabem, elas têm noção” (ENF 2).

Apesar de haver mães que buscam realizar o pré-natal satisfatoriamente, do ponto de vista profissional, na compreensão dos informantes, essas, muitas vezes, não possuem o entendimento da importância da assistência em saúde no pré-natal:

“É bem complicado, eles [indígenas] não têm muita noção que tem que se fazer o pré-natal; que tem que se prevenir de uma doença futuramente na criança. Eles não têm muito conhecimento, muito

entendimento disso. A maioria acha que não precisa, que não tem necessidade desses exames” (TE 3).

“Tem umas [gestantes] que vêm. Mas a maioria a agente de saúde tem que ver se está gestante e trazer no posto, acompanhar nas primeiras consultas (...) no começo é bem difícil, tem mãe que esconde [gravidez] até aonde dá” (TE 5).

Com relação ao parto, os informantes mencionaram que este ocorre no ambiente hospitalar, não havendo partos no domicílio. Não souberam informar que cuidados imediatos são prestados à criança indígena por seus familiares: *“Está em trabalho de parto, vai direto para o hospital” (TE 2).*

Já no período puerperal, os informantes percebem que as famílias prestam o cuidado à criança principalmente através da alimentação e da higiene:

“O puerpério é bem efetivo, elas [mães] vêm mesmo. A gente marca, e elas vem com o bebezinho pequenininho, a gente acompanha as mamadas, vamos na casa. Então, não tem problema de elas não quererem amamentar” (Enf 1).

“A gente vai lá fazer a visita, vê que a mãe está dando direitinho de mamar, que está cuidando direitinho do umbiguinho, está fazendo o curativinho direitinho” (ENF 2).

Segundo os informantes, os cuidados prestados por algumas famílias nos primeiros meses de vida da criança, ou ainda, na gestação, estão embasados em crenças, como por exemplo: de que a produção do leite materno advém da ingestão de chás; de que a proteção de infecção no coto umbilical pode ser prevenida por borra de café e ervas; que a hérnia umbilical pode ser fechada com a compressão de objetos (moeda):

“Tem algumas [mães] que têm o hábito, ainda, de não tomar o banho, aquele banho total, de lavar o cabelo, antes dos quarenta dias. Daí se é piá, é quarenta dias, se é menina, é quarenta e cinco dias (...). Tem algumas que tem o hábito de tomar o chá de ervas, raiz pra estimular o leite. Durante a dieta algumas fazem as garrafadas que elas usam para não recair” (TE 2).

“Eles [indígenas] ainda tem aquela cultura de ponhá as coisas no umbigo. Por isso que quando nasce uma criança a gente procura dar mais atenção para aquela família, fazer várias visitas, porque eles têm aquela cultura de estar colocando moeda, café, erva, essas coisas” (TE 3).

Os informantes referem que os indígenas mais velhos procuram preservar suas crenças e costumes, chamando a atenção dos mais novos:

“Para manter as crenças, os mais velhos chamam a atenção dos mais novos” (TEI 2).

Amamentação como forma de cuidado

De acordo com os informantes, a amamentação é um cuidado muito valorizado pela comunidade indígena, uma prática desenvolvida por um período prolongado, por todas as mães. Referem que a amamentação ocorre até que a criança queira, e dificilmente é interrompida. As falas a seguir demonstram essa percepção:

“Elas [mãe] vão amamentando até a criança querer, até começar a nascer o dentinho (...). Geralmente elas amamentam bastante” (TE 3).

“Eles [crianças] mamam até dois, três anos eles estão mamando no seio. É incrível, eles mamam, é aquela criança gorda, bonita” (TE 1).

Outra informação importante, expressada pelos informantes, é de que as mães indígenas se dedicam intensivamente ao aleitamento materno. Para manter a amamentação, elas adotam medidas de preservação da lactação como o não uso de chupetas e de mamadeiras, a não ingestão de outros alimentos e de chás etc. Os depoimentos a seguir evidenciam tais práticas:

“Bico não vi eles [indígenas] darem para a criança. Mamadeira, só mesmo os que são preconizados, tipo os de baixo peso, que o doutor orienta para dar leite, daí sim” (TE 1).

“Eles não usam chá, não tem habito do chá, até essa idade é só o mamar [no peito] mesmo” (Outro profissional 2).

Vale ressaltar que, segundo os informantes, as puérperas recebem incentivos e apoio de suas famílias e da comunidade para desenvolverem a prática do aleitamento materno, conforme relato:

“A pastoral da criança incentiva a amamentação, o aleitamento materno e as líderes estão sempre orientando, desde a gestação. Se ela [puérpera] tem a mãe por perto, ela vai amamentar. A mãe faz o estímulo: - 'se, eu criei você no peito, você vai ter que criar o teu filho no peito também” (TE 2).

Os informantes mencionam não perceberem dificuldades na prática do aleitamento materno na comunidade indígena. A única dificuldade é a persistência das mães em amamentar além do período considerado benéfico, para o sistema profissional:

“Costumam [mães] dizer que enquanto tiver leite [materno] ela tem que dar. Não tem idade certa para o desmame” (TE 2).

“Com a amamentação não temos problema aqui. Às vezes, é complicado de tirar aquelas crianças de cinco anos lá grudadas no peito da mãe. Às vezes, é difícil de tirar, a gente tem que orientar para elas que amamentar é importante, mas que nessa idade não é mais, tem que comer” (Outro profissional 2).

Alimentação versus cuidado

Com relação à alimentação da criança, os informantes relatam que esse cuidado é diferenciado de acordo com a fase da criança, que foram classificadas pelos informantes como: criança pequena e criança maior.

Quanto à criança pequena, os informantes identificam que essas, mesmo depois da introdução de alimentos sólidos, continuam sendo amamentadas no peito: *“Elas [mães] continuam amamentando e dando comida, elas levam bem certinho, comida só depois dos seis meses” (TE 5).*

Outra prática de cuidado alimentar que os informantes consideram também importante é o fato de que as mães indígenas adicionam a multimistura ao alimento da criança: *“Elas [as mães] usam a multimistura. Depois dos seis meses, já começam a dar para a criança, na papinha, no caldinho” (TEI 5).*

Todavia, na percepção dos informantes, existem falhas na fase de transição entre o aleitamento materno exclusivo e a introdução de outros alimentos. Na visão dos informantes, as famílias indígenas não estão alimentando corretamente seus filhos, pois não fornecem nutrientes em consistência e quantidade adequada para a idade da criança:

“Quando inicia a alimentação, é bem complicado, porque eles querem dar salgadinho, bolachinha, tudo que está ali muito próximo, pronto, e não dê trabalho. Tem muitas mães que dizem: ‘não vou cozinhar uma batatinha, cenoura, uma beterraba, esmagar?’ Elas não dão aquela comidinha de bebê. Não tem paciência” (Outro profissional 2).

“Aos quatro ou cinco meses elas já começam a dar feijão, dar uma banana, alimento da cultura que eles têm ali, a comida que eles tem em casa. (...) Não usam [a família] outro leite após o leite materno” (TE 1).

Outro aspecto importante, mencionado pelos informantes, é a forma/modo como a alimentação é oferecida à criança, pois na ótica dos

mesmos, a falta de atenção e manejo no momento da alimentação, interferem na nutrição infantil:

“A criança não para pra comer. Você tem que insistir, e elas [mães] não têm essa paciência de ir atrás da criança, de segurar. Elas não têm aquelas cadeirinhas de bebê, elas seguram no colo, mas não insistem, não. (...) A alimentação é muito distante uma da outra, a criança fica muitas horas sem alimentação” (ENF 1).

Na percepção dos informantes, as inadequações do processo de alimentar/nutrir as crianças pelas famílias indígenas são fatores de risco tanto para desnutrição, como para a obesidade infantil:

“Em função da obesidade, a gente tem falado muito de comer a comida salgada, para eles mudarem um pouco. Porque eles comem polenta e arroz tudo no mesmo dia, na mesma refeição. Então, a gente tem falado para eles comerem mais fruta e verdura”. (ENF 1).

“Eles [indígenas] não tem falta de alimentação, falta é conhecimento para preparar a alimentação” (ENF 1).

Com relação às crianças maiores, além de não receberem uma alimentação adequada por parte de suas famílias, essas, em alguns casos, são responsáveis por buscarem seus alimentos. Segundo o que foi relatado pelos informantes:

“Os alimentos ficam lá nas panelas o dia inteiro e cada pouco elas [crianças] vão lá, e comem um pouco” (ENF 1).

“Nessa idade [escolar] não tem muito cuidado [familiar], eles [crianças] se viram com as roupas, calçados, e até com a comida” (Outro profissional 2).

“Eles tem o hábito de açúcar, bala de chocolate, tudo o que tu pensar eles comem, e daí a criança começa a desenvolver nível de cárie muito elevado” (Outro profissional 1).

Apesar desse comportamento descrito, os informantes têm notado que as crianças maiores estão começando a adquirir hábitos alimentares mais saudáveis, e que isso talvez ocorra pelo trabalho de educação alimentar realizado nas escolas:

“Eles [indígenas] estão começando a se preocupar (...) a gente percebe, que as crianças já estão aceitando [outros alimentos]. Outro dia, fui à escola conversar com o professor e ele falou que elas [crianças] estão aceitando as verduras que estão vindo [na merenda], antes eles faziam a sopa com a cenoura e elas tiravam a cenoura. Hoje já estão aprendendo a comer (...) .Então está mudando o tipo da alimentação deles” (TE 5).

A higiene das crianças

De acordo com os informantes, o cuidado familiar no que diz respeito à higiene das crianças, é percebido em dois diferentes aspectos, a saber: a deficiência da higiene pessoal e do ambiente; e o não reconhecimento, por parte da família, de que a falta desse cuidado expõe às crianças a morbidades:

“Esse lado [higiene] é bem complicado. Eles têm uma mania de juntar lixo na casa. (...) a menina que trabalha aqui [unidade de saúde] diz: ‘ah, nós temos uma cultura de não estar se importando com isso, por mais que a gente sabe que é errado, mas a gente acostumou desse jeito’. Quase ninguém tem esgoto e banheiro dentro de casa com chuveiro (...) e isso vai interferir na higiene e na saúde da criança. (...) ainda tem os animais, gato, cachorro, em volta da casa, dentro da casa” (TE 3).

“As roupas delas [crianças] é de dar pena, eles estão sempre sujos (...). As mães não têm o hábito de lavar as roupas das crianças, depois que elas ficam muito sujas, elas jogam fora. (...) Os pais não se preocupam com a higiene das crianças” (Outro profissional 1).

“A higiene das crianças não é muito boa. (...) É cultural manter lixo perto de casa. (...) às vezes, as crianças brincam na terra com aquele lixo (...) eles [pais] não tem essa noção de que aquilo [lixo] é prejudicial pra saúde. A criança brinca com aquele lixo, vai no rio e toma aquela água que esta contaminada (...). Às vezes a criança adoece por causa disso, e eles [pais] não sabem o porque” (ENF 2).

Os informantes acreditam que, em parte, essa falta de hábitos de higiene também se deve ao fato de as crianças, muitas vezes, serem responsáveis pelo seu próprio asseio: *“As crianças se viram com sua higiene, se viram com o banho” (Outro profissional 2).*

Mas há também, segundo os informantes, mães que já estão mais preocupadas com a higiene, e crianças indo mais limpas para a escola: *“As mães são bem mais preocupadas com a higiene das crianças. (...) A gente vê as crianças em idade escolar bem mais limpinha, para ir à escola (TEI 5)”.*

Os e informantes frisaram, também, que as crianças indígenas não realizam, e nem recebem (de seus pais/familiares), os cuidados de higiene bucal, e por isso têm um alto índice de cárie e problemas gengivais/dentários.

Segundo os informantes, é geralmente na escola que as crianças passam a desenvolver, efetivamente, o hábito da higiene oral:

“Comecei a notar que os pais não dão muita atenção para a saúde bucal dos filhos (...). É um índice de cárie muito grande, eu acho

que elas [mães] não conseguem colocar o hábito da escovação na criança pequena, então a criança acaba não escovando os dentes. (...) aquela boca com quantidade de placa enorme (...). Quando afetou [a cárie] um dente da frente, a mãe quer resolver logo o problema da criança (...) elas dão muita importância para a parte estética. (...) As mães não têm o hábito de estimular a criança a escovar, elas deixam como se fosse responsabilidade só da criança, não tem aquele hábito de olhar a boquinha da criança de vez em quando para ver se está tudo bem. (...) Quando a criança está frequentando a escola, começa daí um trabalho de prevenção, melhora um pouquinho” (Outro profissional 1).

A proteção corporal da criança

Na visão dos informantes, as famílias indígenas não cuidam satisfatoriamente de suas crianças no que diz respeito à proteção corporal. Segundo os mesmos, a maioria dos pais não agasalha adequadamente suas crianças e nem demonstram tal preocupação:

“Eles [os pais] não tem a preocupação de agasalhar a criança. (...) Às vezes, eles [crianças] vêm para a consulta, a mãe super encasacada, e a criança quase sem roupa” (ENF 1).

Para os informantes, essas crianças são desprotegidas, porque estão expostas às adversidades ambientais, como frio, chuva, umidade etc.:

“A gente acaba olhando eles estão lá [casa/ruas] sem roupa, sem blusa, na garoa. Esse lado é bem complicado, eles não têm muito essa prevenção” (TE 3).

“Não usam guarda-chuva, andam no tempo com a criança. Às vezes botam um cobertorzinho, mas não adianta, estão no tempo, vai ficar úmido o dia todo. Às vezes saem aqui [até a cidade] a pé, no sol, na chuva, no sereno. Por causa desses fatores, às crianças adquirem doenças respiratórias (...) mas é tudo questão de cuidado também, é a casa, é o ambiente, é no andar com a criança no tempo. Tu vê que eles [crianças] não usam muito calçado fechado, eles usam chinelinho, tanto em dia de chuva e frio” (ENF 2).

Percebe-se pelos depoimentos acima que a diferença do cuidado profissional e familiar, em relação à proteção corporal da criança, é traduzida pelos informantes como complicado. Por outro lado, os informantes reconhecem que alguns hábitos dos indígenas estão mudando nesse aspecto, porque há mães que começaram a agasalhar melhor seus filhos:

“Agora a mãe agasalha melhor a criança” (ENF 1).

“Hoje os bebês são melhor agasalhados” (Outro profissional 1).

As percepções das equipes a respeito do cuidado familiar prestado às crianças

A respeito do cuidado prestado pelas famílias indígenas às suas crianças, os informantes percebem que há aspectos positivos e negativos nesse cuidado. Cabe ressaltar que as opiniões desses profissionais estão embasadas em seus valores pessoais e da cultura profissional.

Com relação aos pontos positivos, os informantes consideram que as famílias cuidam bem de seus filhos pelo fato de buscarem atendimento profissional ou os serviços da unidade de saúde, quando as crianças necessitam:

“Eles [pais] estão preocupados com a criança, porque eles procuram a unidade e também participam dos programas” (TE 1).

“O cuidado [da criança] pela família não digo nem que é ruim, nem ótimo. Dentro dos padrões deles é bom, porque eles procuram [a unidade de saúde]. (...) A gente vê que na casa eles cuidam, claro que tem certos pontos, como higiene, saneamento, questões alimentares, precisam melhorar” (ENF 2).

Também foi destacado como ponto positivo a atenção e o afeto prestados pelos pais às crianças na fase de menor idade:

“O cuidado com bebês é bem diferente do que com a criança mais velha, os bebês são bem cuidados, bem vestidos; elas [mães] levam seguidamente a criança no consultório” (Outro profissional 1).

“Tem umas mães que são bem cuidadosas, dão atenção total para a criança” (TE 2).

Outro fato importante do cuidado indígena percebido pelos informantes refere-se às diferentes ações prestadas às crianças entre as comunidades Guarani e Kaingang:

“Os Guarani cuidam melhor que os Kaingang, mesmo com menos condições” (Outro profissional 2).

“Existe diferença no cuidado nas aldeias, em uma delas eles tem uma visão um pouquinho diferente, um pouquinho melhor para cuidar da criança” (Outro profissional 1).

Com relação aos aspectos considerados negativos no cuidado à criança indígena, os informantes consideram o fato de que as famílias deixam a desejar na atenção prestada à criança. Isso ocorre, porque não as protegem como deveriam, demonstrando desleixo no cuidado infantil. Outro ponto negativo percebido, é a falta de preocupação dos pais em

ficarem perto das crianças, as deixam largadas, sozinhas. As falas dos informantes evidenciam tal percepção:

“Eles [pais] cometem alguns erros [no cuidado], mais por desleixo (...) eu não consigo entender se falta noção da gravidade de algumas coisas, ou se eles sabem, mas mesmo assim não mudam a maneira de cuidar da criança. (...) Deixam [familiares] a desejar no cuidado, por exemplo assim: de mãe que deixa a mamadeira para o filho, como se ele pudesse segurar sozinho, abandona o bebê com a mamadeira” (Outro profissional 1).

“A gente na verdade tem uma percepção, o branco tem uma proteção maior com a criança, o índio não. O índio deixa a criança solta, ele não tem aquela preocupação que vai se machucar, vai cair (...) eles não tem essa proteção, é mais jogado mais largado” (Outro profissional 2).

“Dentro do cuidado eu acredito que eles poderiam se doar mais” (ENF 2).

Os informantes relataram que o fato de os pais não prestarem o cuidado necessário às crianças tem como consequência a ocorrência de algumas doenças que poderiam ser evitadas, caso as crianças fossem melhor cuidadas:

“Às vezes não tem o cuidado. Algumas doenças poderiam ser evitadas, que eles [pais] acabam deixando que aconteça” (Outro profissional 2)

“Tem uma criancinha aqui também, que está sempre com pneumonia. Já está com um ano e quatro meses e já foi internada 3 ou 4 vezes, então tu imagina! Mas é tudo questão de cuidado” (ENF 2).

“As crianças tomando banho no rio (...) lá na sanga, tipo meio frio, daí pega resfriado” (TE 5).

Ainda sobre os aspectos considerados negativos em relação ao cuidado familiar às crianças, os informantes evidenciam que algumas mães transferem parte da sua responsabilidade para com seus filhos a outros membros da família. Entre esses cuidadores, os informantes apontam que há crianças cuidando de crianças:

“A criança mais velha ajuda a cuidar dos menores, quando ela está em casa (...) quando está no colégio os avós cuidam” (TE 4)

“Os irmãos mais velhos, cuidam dos menores (...). Às vezes, os irmãos mais velhos são mais responsáveis que os pais. (...) às vezes, os irmãos são mais responsáveis, são mais pais que os próprios pais” (ENF 2).

Os informantes mencionam que as famílias também transferem a responsabilidade do cuidado infantil a outras instituições da

comunidade, como a creche e a escola: *“Começa a largar [o cuidado], como se fosse responsabilidade da professora da creche ou da escola” (Outro profissional 1).*

Os informantes acreditam que as famílias, apesar do trabalho de educação em saúde desenvolvido nas terras indígenas, possuem um baixo grau de conhecimento e de conscientização sobre os fatores que podem prejudicar a saúde, o crescimento e desenvolvimento de seus filhos:

“A maioria não sabe a forma certa de cuidar. Precisam de mais informação, entrar na cabeça deles, de civilizar eles. (...) eles [pais] não tem muito conhecimento sobre a saúde, higiene” (TE 3).

“Elas [mães] não sabem, por exemplo, que a criança quando começam a nascer os dentinhos já tem que fazer a escovação (...). Eles [familiares] não têm preparo para cuidar (...) não tem conhecimento de cuidados básicos” (Outro profissional 1).

Na ótica dos informantes, alguns pais acreditam que estão cuidando bem, e não percebem que estão sendo, muitas vezes, negligentes no cuidado, mesmo em necessidades básicas como na alimentação e em agasalhar adequadamente as crianças:

“Mas assim, acho que a mãe peca ali [no cuidado] por achar que está acertando, e não está. (...) de achar que a criança pode se virar (...). Eles pecam nessa questão do agasalho, da alimentação [da criança]” (ENF 1).

“Eles [pais] acham que estão cuidando bem (...) mas a gente sabe que fica a desejar o cuidado” (TE 3)

Os informantes percebem, ainda, que os pais têm pouca preocupação com a educação e estudos dos filhos, pois não demonstram grandes perspectivas de futuro:

“Vão levando a educação [os pais] como podem, sem se preocupar muito” (Outro profissional 1).

“Eles [os pais] não têm preocupação dos filhos estudarem, ser alguém na vida, não tem nenhuma expectativa” (TE 1).

Com relação aos cuidados voltados às questões emocionais/afetivas das crianças, os informantes percebem pontos positivos e negativos, bem como diferenças entre as etnias: *“Os guarani cuidam melhor que os Kaingang. (...) têm menos condições, são mais índios mesmo, mas cuidam melhor, tem mais afeto parece, e isso faz diferença no cuidado. Os Kaingang são mais largadão, menos amorosos” (Outro profissional 1).*

Nesse aspecto, entre os pontos positivos, os informantes percebem que alguns pais são carinhosos, afetuosos, atenciosos com as crianças, conforme demonstram nos relatos a seguir:

“Eles [pais] são amorosos [com a criança], nesse lado a gente pode ver” (TE 3).

“Os pais, em primeiro momento, até a gente fica bem contente com isso, porque eles são bem atenciosos [com as crianças]” (TE 1).

“Acho que em partes ela [criança] é bem cuidada. Como vou te dizer: essa criança recebe amor e carinho, o que é fundamental” (ENF 1).

Entre os pontos negativos sobre o afeto dispensado às crianças, os informantes destacam a falta de vínculo afetivo, de demonstração de amor e da falta de paciência com a criança:

“Me parece que eles [pais] não têm vínculo afetivo tão grande [com a criança]. Tu nota até na maneira de carregar a criança, de conversar, eles xingam se a criança chorar, eles são rígidos, não tem paciência (...). Eu não vejo aquela demonstração de carinho, aquela coisa de pegar o filho pela mão, de dar beijinho, a gente não enxerga muito isso” (Outro profissional 2).

Os informantes também notam que além da ausência de um cuidado mais afetuoso por parte de alguns pais, esses, às vezes, praticam atitudes violentas, como as mencionadas a seguir:

“Um menino com três aninhos chegou no posto, eu olhei no rostinho dele; três marcas, aí eu perguntei o que tinha acontecido – ah, a mãe bateu com uma varinha - [nesse momento a entrevistada enche os olhos de lágrimas, e continua....] é uma coisa que me chocou, que eu nunca vou esquecer, uma criancinha de três anos com marca de varinha no rosto, eu acho uma coisa muito agressiva. Claro que é o jeito deles, é a cultura deles, mas choca com a minha, isso eu acho que é complicado” (Outro profissional 2).

“Tem caso de violência em casa (...) aí a gente comunica a liderança, daí eles [lideranças] vão procurar saber se a criança está envolvida, daí a liderança vai chamar a atenção dos pais. Espancamento a gente já teve, não é grande o número, mas uns dois, já aconteceu de ter que levar para frente [o líder indígena comunica o Conselho Tutelar]” (TE 2).

Um fato interessante apontado pelos informantes é que à medida que a criança cresce, os pais passam a cuidar menos dos seus filhos. Os mesmos percebem que o cuidado é bom enquanto as crianças são menores, mas conforme a criança vai crescendo, o cuidado piora muito, como destacado nos relatos a seguir:

“Quando começa a ficar um pouquinho maior [a criança], em idade escolar, lá pelos seis anos, então o cuidado piora muito” (Outro profissional 1).

“Eles [pais] tem até uma preocupação quando pequenos [as crianças], de estarem trazendo, de estarem tomando os devidos cuidados, mamam, vacinam, pesam (...). Depois de dois a seis, nessa idade de creche, é bem complicado [o cuidado], ficam por conta própria [a criança]” (TE 1).

Os informantes também ressaltam que apesar de identificarem deficiências no cuidado familiar à criança, estão percebendo que, em algumas famílias, esse cuidado está melhorando, pois os pais estão apresentando maior interesse em ficar mais tempo junto, e cuidando dos seus filhos. De acordo com os informantes, parte dessa aproximação se deve à atuação da equipe de saúde em promover o fortalecimento dessa relação.

“Quando a criança começava a engatinhar ou andar ela mesma já tinha que pegar o que ela queria comer (...). Então, isso foi mudando, foi aumentando o cuidado deles [pais] com as crianças (...). Tem aumentado bastante o interesse delas [mães] em querer cuidar da criança. (...). Elas estão com uma visão mais aberta, elas aceitam bem o trabalho da equipe” (ENF 1).

“Agora se interessam [mães] em estar aprendendo o novo, de estar indo a busca (...) ela procura saber e também estar presentes quando a gente marca alguma coisa, para orientação (...). Algumas mães agora têm preocupação com os filhos, desde saúde, crescimento, desenvolvimento, educação” (TE 2).

As crianças precisam se ‘virar sozinhas’

Segundo os informantes, à medida que as crianças indígenas crescem, “são deixadas de lado” pelos seus familiares, necessitando ‘se virar sozinhas’, mesmo estando numa faixa-etária em que necessitam de muitos cuidados. De acordo com os informantes, isso ocorre até mesmo com lactentes:

“Com seis, sete meses, eles [as crianças] já são deixados de lado, não recebem muito cuidado” (ENF 1).

“As crianças se criam sozinhas. Parece que os pais não estão preocupados” (Outro profissional 2).

“Eles [pais] deixam as crianças se virarem, são mais independentes, elas [as crianças] se cuidam sozinhas” (Outro profissional 1).

Esse “se virar”, pode estar relacionado com a autonomia que a criança adquire com o passar dos anos para se alimentar, cuidar da higiene e do seu conforto:

“Os lactentes e pré-escolares, ficam soltos (...) não tem muito cuidado dos pais, eles se viram com o banho, as roupas, calçados, e até comida” (Outro profissional 2).

“As crianças em idade escolar são bem independentes mesmo, eles se cuidam, se viram sozinhos em casa ou para ir para a escola” (TE 5).

Além dos cuidados domiciliares, os informantes relataram que há casos em que crianças, ainda muito pequenas, buscam sozinhas por atendimento na unidade de saúde:

“Às vezes, uma criancinha de quatro ou cinco anos está lá no posto, sozinha: ‘ah tia, eu quero um remedinho’” (Outro profissional 2).

Os informantes identificam que há crianças que, além do seu próprio cuidado, também são responsáveis pelos cuidados com a casa, fato esse que pode acelerar o processo de adultização dessas crianças:

“A criança maior, fica mais por conta própria, fica mais solta, ela tem que se virar. A partir de uns dez anos, ele já é um adulto em miniatura. Entre seis e dez anos, eles são bem largados” (ENF 1).

“Às vezes quem cuida das tarefas, do serviço da casa, é o irmãozinho mais velho” (TE 2).

Para os informantes, outro lado negativo de “se virar sozinho” é o fato de que alguns pais não estão impondo limites para seus filhos. Assim, as crianças acabam fazendo o que querem, como por exemplo frequentar a escola quando quiserem:

“Os pais não estão impondo limites para os filhos, então eles tão meio que soltos” (ENF 2).

“A criança maior, se não quer ir à aula, ela não vai, se não quer ir ao dentista, ela não vai” (ENF 1).

Apesar dos profissionais, na maioria das vezes, terem percebido o “se virar” como um aspecto negativo, em algumas situações reconhecem essa situação como algo positivo para o desenvolvimento da criança. Eles explicam que o fato de a criança precisar “se virar sozinha”, a leva a aprender e aperfeiçoar habilidades, que podem ser estímulos para o seu desenvolvimento, o que a criança com mais proteção e cuidado, não teria:

“Essa super proteção que a gente tem, eles [indígenas] não tem (...) não posso dizer que está errado. Porque como eles têm que se virar, eles [crianças] acabam se virando (...) eles vão aprender outros

estímulos, que a gente na verdade não aprenderia, com excesso de proteção” (Outro profissional 2).

“Como as crianças tem que se virar, eles acabam se virando, né?” (ENF 2).

Na percepção dos informantes, existem diferenças no fenômeno ‘se virar sozinhas’ entre as etnias Kaingang e Guarani. Para os mesmos, os pais Guaranis ficam mais com os filhos, não permitido que as crianças tenham muito contato com outras pessoas, o que pode gerar maior dependência da criança de seu cuidador:

“As crianças kaingang se viram mais sozinhas, com dois anos eles estão bem mais soltos. Os guaranis são bem mais dependentes da mãe, do professor, da pessoa que está cuidando, eles se viram menos sozinhos” (TE 5).

6.1.2 A percepção dos profissionais sobre o cuidado da comunidade para com a criança

Segundo os informantes, além da família, a comunidade indígena exerce papel importante no cuidado das crianças. Esse cuidado é prestado pelos professores da escola, vizinhos e lideranças indígenas.

A escola

Os informantes percebem a escola como aliada no cuidado infantil. Segundo eles, os professores, que são todos indígenas, se preocupam, são atentos e realmente se envolvem no cuidado das crianças indígenas. Como é descrito nas falas a seguir:

“Na escola o cuidado é bem maior, eles [educadores] tem uma visão bem diferente, principalmente na creche, elas cuidam, levam a sério a saúde” (Outro profissional 1).

“Os professores são bem atentos, atenciosos, envolvidos. Se as crianças estão com algum problema, ou ficam doentes, eles trazem no posto, chamam a mãe, ou levam pra casa se precisar” (ENF 1)

Os informantes percebem que os professores, ao cuidarem da saúde das crianças, indiretamente auxiliam a equipe de saúde. Os educadores ajudam os profissionais de saúde nas orientações e agendamentos; levam as crianças para a pesagem, para a vacinação, para o dentista e incentivam a saúde bucal das mesmas:

“Os professores até trazem para pesagem, para vacinar” (TE 1).

“Os professores levam para o dentista. A escola incentiva a escovação, ajudam a fazer a educação de saúde bucal nas crianças” (Outro profissional 1).

Os informantes consideram que a escola tem um papel positivo na promoção da saúde na comunidade indígena, já que o trabalho educativo realizado nos espaços escolares chega até as famílias das crianças: *“A escola ajuda no cuidado, a criança chega em casa e diz: - oh pai, isso não está certo, eu aprendi que não é assim que se faz” (ENF 2).*

As lideranças

Além dos educadores escolares, os informantes percebem que as lideranças, na figura dos caciques, exercem o papel de cuidadores da criança indígena. Elas observam, identificam e denunciam os problemas de saúde, bem como mediam a relação entre a família e a equipe de saúde:

“As lideranças influenciam no cuidado, elas são autoridades e estão atentos, ficam observando” (TE 1).

“As lideranças levam informações das crianças quando estão doentes para a equipe ou para a família. (...) buscam ajudar nós da saúde, trazendo coisas que eles veem, ou um problema na saúde” (TEI 4).

Os informantes relatam que as lideranças, pelo fato de serem autoridades, potencializam as ações da equipe de saúde e intervêm nos casos em que a equipe não consegue atingir/atuar efetivamente.

“O cacique, os capitães, quando precisa, vão fazer as visitas com a gente, (...) para eles poderem intervir, eles tem mais autoridade” (Outro profissional 2).

“[as lideranças] ajudam a equipe na resolução de problemas, chamam atenção dos pais, cobram responsabilidade deles, conversam quando os pais não têm mais domínio sobre os filhos” (TEI 2).

Os vizinhos

Para os informantes, os vizinhos se ajudam cuidando uns dos outros, independentemente de serem parentes ou não. Vale ressaltar que, comumente, as terras indígenas são constituídas de pequenos aglomerados, em que as casas são muito próximas uma das outras, o que facilita o cuidado, tanto das casas, quanto das crianças. Tal cuidado é

percebido pelo fato dos vizinhos serem atentos aos perigos e por prestarem assistência:

“Aqui tem casa muito próxima, então a entrada de pessoas estranhas é mais difícil (...) sempre tem alguém observando” (TE 3).

“Os vizinhos sempre estão atentos no cuidar. Um cuida da família do outro. (...) tem neném, o vizinho sempre está lá junto (...). Os vizinhos mesmo não sendo de sangue, se precisar cuidar da criança, eles cuidam” (TEI 5).

“Não que o vizinho vai ser responsável por aquela criança, mas como eles se conhecem, se ela [criança] se machucar, ela vai pra casa do fulaninho [vizinho] que vai socorrer” (Outro profissional 2).

As voluntárias da pastoral da criança

Segundo os informantes, as voluntárias que atuam na pastoral da criança também participam dos cuidados das crianças. Elas são agentes importantes no cuidado infantil, uma vez que participam dos grupos de gestante e da criança, sendo muito atuantes nas orientações e no acompanhamento das famílias, exercendo, assim, um papel de referência para a comunidade indígena:

“As líderes da pastoral são bem atuantes, estão sempre orientando na gestação, na pesagem, principalmente as mais novinhas [mães]” (TE 2).

Além disso, os informantes destacam outras ações importantes no trabalho desenvolvido por essas mulheres no cuidado à criança, a saber: preparo e fornecimento de recursos naturais como fortificantes, pomadas, sabão neutro para higiene dos bebês, xarope para tosse, remédios para dor de cabeça, dor de barriga, multimistura, entre outros:

“Faz [a pastoral] os medicamentos naturais, um sabãozinho para lavar as crianças, outro para tratamento de pele, um fortificante para as crianças, um xaropinho” (TE 5).

A benzedeira

Outro cuidador comunitário destacado pelos informantes é a benzedeira. Essa pessoa fornece ervas, chás e orienta as famílias para o cuidado: *“A benzedeira faz o benzimento e vê se ela vai dar a volta com chá ou alguma coisa, senão ela manda para a unidade [de saúde]” (TE 2).*

6.1.3 A percepção dos profissionais à busca pela unidade de saúde como forma de cuidado

Na percepção dos informantes, a mãe é a principal responsável por buscar atendimento à criança na unidade de saúde e é, também, a que mais participa dos programas desenvolvidos pela equipe da ESF. Porém, como já foi mencionado neste estudo, existem outros cuidadores que desempenham essa função, como a avó, a tia, os professores e até mesmo o irmão mais velho da criança. Além de, muitas vezes, a própria criança buscar atendimento.

“Principalmente a mãe que traz [a criança] para a unidade, às vezes o pai vem junto” (TE 1).

“A avó traz, a tia traz o bebê aqui no posto para consultar e participar dos programas” (ENF 2).

“Às vezes as crianças vêm sozinhas aqui na unidade. Os professores também trazem” (Outro profissional 1).

Na visão dos informantes, há vários motivos que levam esses sujeitos a buscarem atendimento à criança na unidade de saúde além das consultas, a participação nos programas de saúde, a busca de informação ou orientação, a busca de medicamentos, entre outros:

“Elas [as mães] buscam o posto para participar dos programas da unidade” (Outro profissional 2).

“Eles [a família] vem para nós [profissionais] para buscar informações/orientações. (...) Procuram o posto para pegar um xaropinho natural, uma oline natural, uma pomada natural” (TEI 4).

“Eles [os cuidadores] vão para a unidade para nebulizar, para fazer curativo” (ENF 1).

Essa busca da família pela unidade de saúde, segundo os informantes, varia com a faixa etária da criança e com a percepção que os pais têm sobre a gravidade da doença. Os informantes explicam que as crianças menores vão à unidade de saúde com maior frequência. Os indígenas identificam que a criança não está bem por sinais e sintomas ou por queixas, mas pode ser por qualquer motivo de mal-estar, mesmo não sendo situações graves ou urgentes:

“Quando a criança é pequena, elas [as mães] estão sempre procurando a unidade. (...) Às vezes por uma gripe, uma tosse qualquer da criança, estão na unidade” (TE 1).

“Tendo qualquer sintoma vão para unidade, qualquer coisa que comprometa a saúde deles [das crianças]. (...) Não esperam adoecer muito para vir para o posto, quando aparecem sintomas de doenças na criança, eles [os pais] buscam a unidade” (ENF 1).

“Quando os pais notam que a criança não está bem, trazem para nós [unidade de saúde]. (...) Se a criança não quer se alimentar, brincar, se reclama de alguma dor, eles [pais] buscam atendimento [profissional]” (TEI 4)

Os informantes percebem ainda que a busca pela unidade de saúde acontece muitas vezes sem motivo justificável. Notam que os indígenas gostam de ir ao posto, ou que, talvez, isso ocorra porque existe medo da doença evoluir na criança:

“Elas [as mães] têm vontade de vir para o médico, ficou doente vem para o medico, às vezes nem terminou um tratamento já está lá de volta porque não melhorou, mas ainda nem terminou o tratamento” (TE 2).

“Às vezes nem é nada, é um denguinho da criança, eles [pais] correm para o posto. Eles têm bastante medo” (TE 3).

“Tem vezes que eles [os pais] trazem para nós [na unidade de saúde] sem necessidade. (...) Vem à busca, nem que seja por algum problema que não teria que ser na hora” (TEI 4).

Cabe refletir se o levar a criança para o posto de saúde, não significa um cuidado para os pais. Assim, podemos perceber novamente um choque cultural entre os sistemas popular e profissional, ou seja, quando é a hora certa de levar a criança para atendimento profissional para a família e para a equipe?

Em contraste, os informantes relataram que algumas famílias não buscam desnecessariamente por atendimento profissional, procurando pela unidade de saúde quando realmente precisam: *“Eles [as famílias] não vem para o posto sem motivo. A maioria só vem se vê que precisa, se está com febre, diarreia mais grave, uma tosse mais feia. (...) Quando eles vêem que o problema não dá volta” (TEI 5).*

Os informantes vêem essa busca da família pelo atendimento profissional muitas vezes relacionada à parte curativa, e pouco como forma de prevenção. Segundo eles, a comunidade indígena busca uma melhora rápida, quando estão doentes.

“Às vezes elas [as crianças] chegam no posto muito tarde. Eles [os indígenas] não tem o hábito da prevenção bucal, chegam mais para fazer só a parte curativa, e daí a criança já chegou muito tarde” (Outro profissional I).

“Hoje em dia, os índios não esperam adoecer muito para vir procurar o posto. Ele sentiu qualquer dor, qualquer coisa que comprometa a saúde, eles já vêm, eles cobram assim uma melhora muito rápida” (ENF I).

De acordo com os informantes, existem diferenças entre as etnias na busca ou não por atendimento profissional. Segundo eles, os Guaranis procuram menos a unidade de saúde, tentando tratar mais em casa, diferente dos Kaingang, que procuram a unidade de saúde por qualquer alteração do estado da criança:

“Os guaranis são mais de tentar tratamento em casa. Não deu mais, vai procurar o posto. Os Kaingang buscam mais a unidade, às vezes, espirrou estão lá consultando. Os Kaingang levam demais [à unidade de saúde] e os Guarani levam de menos” (Outro profissional 2).

Segundo os informantes, um dos fatores que os leva a não buscar pela unidade, é o clima. Fato esse é mais percebido nos atendimentos odontológicos, que diminuem muito quando chove:

“Eles [os indígenas] não procuram a unidade de saúde quando chove ou está muito frio, pelo menos na parte odontológica isso é bem presente” (Outro profissional 1).

Com relação à participação de programas direcionados à saúde criança desenvolvidos nas ESF, os informantes destacam que as mulheres são as que mais participam:

“Elas [as mães] participam dos programas que tem para criança (TE 3).

“Os grupos da gestante e pré-natal, elas estão frequentando, estão se interessando” (Outro profissional 1).

A inserção das mães no Programa de Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento da Criança – ACD é considerada boa pelos informantes. Segundo eles, existe uma boa participação nas consultas de puericultura, na pesagem mensal e na vacinação:

“Elas [as mães] trazem para o acompanhamento da criança. Elas participam da puericultura e da pesagem. (...) Temos uma boa cobertura de vacinação, eles aceitam bem as vacinas, nunca tivemos recusa” (Outro profissional 2).

“Elas [mães] trazem todo mês na puericultura e na pesagem, dificilmente faltam. Elas têm preocupação se a criança aumentou ou não o peso” (TEI 2).

Apesar de a participação das indígenas nos programas oferecidos pela unidade de saúde ser considerada boa, os informantes notam que há algumas mães que não participam dos programas, como evidenciado nas falas a seguir:

“Às vezes acontece delas [as mães] faltarem nos programas. E sempre tem aquela que não vem” (TE 3).

“Algumas famílias são bem criteriosas, vão levar [as crianças] nas vacinas, fazem teste do pezinho, não deixam passar o prazo, mas têm algumas [famílias] que não são assim” (ENF 2).

Ainda na questão da participação das famílias indígenas nos programas de saúde, os informantes percebem casos em que essa adesão ocorre pela exigência do programa bolsa família, fato esse identificado nos relatos a seguir:

“Tem cobertura boa de vacina, por causa do programa bolsa família” (TEI 5).

“A bolsa família é uma forma de eles [famílias] virem pesar a criança, se não tivesse isso, seria bem difícil” (TE 1).

“Por causa do bolsa família, elas [mães] procuram estar presentes quando a gente [equipe de saúde] marca alguma coisa, como orientação” (TEI 2).

Os informantes também notam que a participação de algumas famílias indígenas nos programas não é tão produtiva, pois não se estabelece um dialogo efetivo entre profissional e o cuidador indígena. Os indígenas interagem pouco com a equipe, dificultando a comunicação e encaminhamentos necessários. Esse fato fica mais evidente quando os profissionais comparam as famílias indígenas com as não indígenas:

“Na puericultura, as mães não indígenas perguntam: ‘ah, meu filhinho está se desenvolvendo bem? Ele não faz isso é normal?’. Na aldeia, eles [indígenas] não perguntam, vão e me jogam a criança, e eu avalio. Tem umas [mães] que não falam, às vezes é difícil tirar alguma coisa delas” (Outro profissional 2).

Analisando os resultados referentes ao primeiro objetivo desse estudo, vale resgatar Leininger, quando, através do seu modelo do sol nascente, explica que a visão do mundo vai ser influenciada, pela estrutura social na qual o indivíduo está inserido (Leininger e Macfarland, 2006). Cabe salientar que essa visão vai moldar suas concepções acerca da saúde, a doença, o crescimento e desenvolvimento infantil e o cuidado.

Em todas as culturas há uma estrutura social, que consiste em elementos e/ou organizações delimitadas pelo contexto ambiental e cultural, que interagem de forma dinâmica. Tal estrutura desenvolve uma rede de cuidados culturalmente apropriada para a comunidade (Leininger, 1991). Retornando ao conceito de cultura, segundo Langdon (2003) cultura não é mais encarada como um sistema homogêneo e fixo, modelo em que todas as pessoas de um grupo cultural possuem comportamentos e ideias padronizadas, pois considera que o indivíduo

faz sua própria interpretação de mundo e define seu modo de agir, formulando e compartilhando os significados de suas experiências através da interação social.

Sendo assim, a percepção dos profissionais de saúde sobre os cuidados que a família e comunidade indígena prestam as suas crianças, está diretamente relacionada com sua visão profissional e pessoal. Esta visão vai influenciar na percepção de como os outros cuidam, porém, os profissionais ao olhar esse cuidado, devem compreender não só a estrutura social dos sujeitos assistidos, mas também, olhar sua própria cultura.

Os resultados dessa pesquisa apontam que, na visão dos profissionais, a família não percebe a saúde e o crescimento e o desenvolvimento infantil como resultado da dinâmica entre fatores condicionantes do processo saúde-doença presentes do ambiente (físico/social/cultural). Para eles, as famílias relacionam o ser saudável com o ser ativo, isso quer dizer: enquanto a criança brinca e não se queixa de mal-estar, ela está com saúde. Para os informantes, essa concepção que os indígenas possuem, faz com que não haja a devida proteção dessas crianças. Percebe-se aqui, um distanciamento nos conceitos de saúde e doença, entre os profissionais e a população assistida, já que as concepções dos profissionais estão embasadas nos saberes da biomedicina e dos indígenas no saber popular.

No que se refere à percepção dos profissionais de saúde sobre os cuidados que a família e a comunidade indígena prestam as suas crianças, os resultados mostram que a família nuclear é a principal fonte de cuidados a criança, e destacam que a mulher é a principal cuidadora. Na família extensa, a mãe e a avó foram apontadas como as cuidadoras mais significativas. Esses achados não se diferenciam de outras populações, pois, de acordo com Neves e Cabral (2008), a mulher é o membro da família que recebe a responsabilidade do cuidado, como uma obrigação moral e socialmente constituída. Valores que são culturalmente transmitidos para as meninas, contribuindo assim para que elas internalizassem a função de cuidadoras.

Com relação ao aleitamento materno, os informantes reconhecem que essa prática acontece conforme preconiza o ministério da saúde: *“Eles [crianças] mamam até dois, três anos eles estão mamando no seio.* Assim pode – se dizer que os profissionais avaliam positivamente o fato das mães amamentarem seus filhos.

Já o aleitamento prolongado é visto como um cuidado não benéfico, porque essa prática interfere na alimentação/nutrição da criança (*“A gente tem que orientar para elas que amamentar é*

importante, mas que nessa idade não é mais, tem que comer (Outro profissional 2)”). Segundo os informantes, a alimentação das crianças indígenas não é satisfatoriamente adequada (“Quando inicia a alimentação, é bem complicado, porque eles querem dar salgadinho, bolachinha, tudo que está ali muito próximo, pronto, e não dê trabalho (...) (Outro profissional 2)”), o que requer reestruturação nos hábitos alimentares dessa população.

Na visão dos profissionais, as famílias indígenas não contemplam plenamente os aspectos de higiene e cuidados corporais, comprometendo assim a saúde de suas crianças: *“A higiene das crianças não é muito boa. (...) É cultural manter lixo perto de casa. (...) às vezes, as crianças brincam na terra com aquele lixo” (ENF 2).* Nesse caso, pode-se perceber que há choques de concepções, pois o sistema profissional se estrutura com bases em fundamentos higienistas, e a população indígena em suas crenças, valores e relações próprias com a natureza. A preocupação dos profissionais com a higiene das crianças indígenas está relacionada com a vulnerabilidade das mesmas em adoecer, de acordo com as bases da biomedicina.

Um dado a ser destacado, e que foi reiteradamente mencionado pelos informantes, é que a medida que as crianças indígenas crescem, ‘são deixadas de lado’, necessitando ‘se virar sozinha’, mesmo em idade que necessitam de muitos cuidados. *“Os lactentes e pré-escolares, ficam soltos (...) não tem muito cuidado dos pais, eles se viram com o banho, as roupas, calçados, e até comida” (Outro profissional 2).* E esse fato é percebido pelos profissionais como *falta de cuidado*, pois pode acelerar o processo de adultização dessas crianças, mas por outro lado consideram também positivo uma vez que a criança adquire habilidades de auto-cuidado. Nesse reconhecimento, os profissionais conseguem se descolar dos valores de sua cultura, fazendo até uma crítica à forma de como a sociedade dos chamados brancos educa seus filhos com mais dependência dos adultos.

A partir do exposto, observamos que os informantes avaliam que o cuidado prestado às crianças por suas famílias em muitos aspectos não é satisfatório (*“A maioria não sabe a forma certa de cuidar. Eles precisam de mais informação, entrar na cabeça deles, de civilizar eles. (...) eles [pais] não tem muito conhecimento sobre a saúde, higiene” (TE 3)*). Nesse caso, pode-se analisar que há uma divergência entre os olhares dos profissionais de saúde e pais, família e comunidade sobre o fenômeno: o cuidado infantil. De acordo com Leininger e Macfarland (2006), existe um viés etnocêntrico, ou uma imposição cultural do cuidado. Esta imposição é fruto de sua cultura profissional e pessoal, em

que consideram ser os seus saberes superiores a “dos outros” ou seja, a população indígena que assistem.

Nesse sentido, vale relembrar Leininger (2002) que diz que as concepções sobre o cuidado apresentam diversidades, portanto os membros dos sistemas profissionais e populares do cuidado devem negociar suas atividades para uma assistência mais efetiva. Ainda, Monticelli e Elsen (2006) alertam que é preciso valorizar e ser sensível ao conhecimento cultural da população assistida, pois pode levar a idéias preconcebidas sobre o cuidado, bem como conduzir a imposição cultural, ou ações que são impostas a partir da visão etic do que é melhor para o outro. Para reduzir os conflitos culturais e práticas de imposição cultural, os profissionais de saúde precisam reconhecer as diferentes práticas de cuidado existentes, entre as culturas. Então, em vez de impor um sistema de saúde dominante sobre outra cultura, é importante compreender o sistema de saúde de uma cultura, à medida que se proponha mudanças (LEININGER, 1991).

Acredita-se que os profissionais necessitam de tempo para conhecer, compreender e considerar a cultura na prestação do cuidado. Porem, nesse estudo, os dados apontam que os profissionais estão atuando há pouco tempo nas terras indígenas, já que a média de tempo de trabalho entre os profissionais foi de dois anos e seis meses. A alta rotatividade desses profissionais nessas equipes pode influenciar para que haja uma assistência, ainda com dificuldades, dentro de uma realidade de grande diversidade cultural. Vale citar que essa alta rotatividade de profissionais nas equipes de ESF, não acontece apenas com as equipes que atendem populações indígenas.

Este dado vem de encontro ao estudo desenvolvido por Langdon et al (2006), onde constataram, nas terras indígenas pesquisadas, uma alta rotatividade dos membros das equipes multidisciplinar de saúde indígena. Segundo os autores, somente um profissional, permanecia na mesma equipe a mais de quatro anos, realidade essa encontrada pelos autores, também em outros estudos semelhantes. Essa alta rotatividade estava relacionada com os esquemas de contratação (anualmente), e também os arranjos sócio-políticos intra e extra T.I que podiam definir a indicação e a permanência ou não do profissional, de acordo com interesses que extrapolam o cenário da saúde.

A falta de preparo dos profissionais, feita somente com cursos gerais da ESF sem conteúdos focado na diversidade cultural e conteúdos específicos focados no conceito de cultura, para dar base à assistência, contribuem para a imposição cultural dos profissionais.

No entanto, a presença de três técnicos de enfermagem indígenas demonstra que já está havendo sensibilidade para a necessidade de um cuidado culturalmente congruente. Esses técnicos de enfermagem tiveram sua formação dentro do Programa de Formação dos Agentes Indígenas de Saúde – AIS, o qual compõe a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas - PNASPI, que em suas diretrizes reconhecem a necessidade de priorizar a capacitação de recursos humanos indígenas nas diversas áreas da saúde, com ênfase nos programas de agentes de saúde e técnicos de enfermagem, pelo papel fundamental que assumem no desenvolvimento das ações de saúde nas comunidades (BRASIL, 2002).

Sobre a falta de capacitação dos profissionais que trabalham com a população indígena, Langdon et al (2006) também tiveram esse achado em seu estudo, e colocam que frente à ausência de capacitação adequada, seja esta de forma contínua, como recomendado pela PNASPI, ou de cursos pontuais, resulta na falta de preparação por parte dos profissionais para o trabalho em contextos étnicos específicos.

Analisando os resultados do presente estudo, pode-se dizer que a falta de preparo antropológico dos profissionais para assistir essa população, bem como a alta rotatividade dos mesmos, dificulta a aplicação dos três modos de ações e decisões no cuidado, proposto por Leininger (preservação/manutenção, acomodação/negociação, repadronização/reestruturação do cuidado cultural), o que é fundamental para prestar um cuidado culturalmente congruente (Leininger e Macfarland, 2006).

É importante destacar que a teoria de Leininger (1991) traz como propósito fundamental identificar os significados, usos e funções do cuidado humano e usar este conhecimento para prestar um cuidado significativo nas diferentes culturas. Sua finalidade é desenvolver e melhorar o cuidado em saúde. Entretanto, cada contexto cultural possui seus significados próprios para saúde, doença, fatores de riscos, prevenção e promoção da saúde e cabe aos profissionais de saúde o reconhecerem e valorizarem, quando assistirem uma população.

6.2 PERCEPÇÕES SOBRE O CUIDADO PROFISSIONAL DAS EQUIPES DA ESF

Na análise dos dados coletados emergiram três grupos de categorias sobre a organização do sistema profissional no cuidado à criança indígena, a saber: como a equipe organiza seu trabalho; a

postura do profissional e a relação da equipe com os líderes e a comunidade indígena.

Com relação aos cuidados prestados pelas equipes de saúde às crianças, os informantes relatam que a assistência é iniciada antes mesmo do nascimento, e são acompanhadas ao longo do seu crescimento e desenvolvimento. Esse atendimento é prestado nas unidades de saúde e no domicílio.

6.2.1 O cuidado profissional na unidade de saúde e no domicílio

O atendimento na Unidade de Saúde

Segundo relatos dos informantes, os atendimentos que acontecem nas unidades de saúde nas terras indígenas são organizados de acordo com as realidades de cada comunidade atendida. Todas as unidades funcionam das 7h30min às 17h, com um intervalo de almoço de 1h30min às 13h. As unidades atuam de acordo com a Estratégia de Saúde da Família, oferecendo programas de saúde, - consultas médicas, odontológicas e de enfermagem, com agendamento e com livre demanda:

“Nós aqui distribuimos as fichas até as nove e meia, depois, os casos que chegarem a enfermeira avalia (...). Então assim, tem que ter regras, senão vira uma bagunça” (Outro profissional 2).

“Às vezes tem dias que não dá para seguir uma agenda de consulta, tu tem que ver quem que está ali, a gente vai por ordem, criança, idoso, gestante, a gente não deixa sem atender, então, entre eles se conversam: ‘não vai você que tu está mais’ (...) e não dá briga, então a agenda é desse jeito” (ENF 1).

“Eles [indígenas] sabem que se precisar, tem motorista de plantão dentro da aldeia ou que leva até o hospital” (TE 4)

Os informantes relataram que as unidades de saúde indígenas possuem estrutura física diferente de outras unidades: algumas são improvisadas (em espaços adaptados) e outras foram construídas para esse fim: *“A estrutura física [da unidade de saúde] para trabalhar lá é terrível, tem posto que não tem uma cozinha para tomar uma água, é mal cuidada a unidade, ela é pequena, é deficiente” (Outro profissional 1).*

Atendimento da Unidade de saúde após as 18 horas e feriados

Os informantes revelaram que todos os membros das equipes de saúde cumprem carga horária semanal de 40h, mas quando a unidade de saúde está fechada, seja no período noturno, nos finais de semana ou nos feriados, um motorista fica de plantão nas comunidades para levar os indígenas para atendimento no hospital. Essas idas ao hospital, na percepção dos informantes, muitas vezes são desnecessárias:

“Deu seis horas [da tarde] eles estão indo para o hospital. Fica um motorista plantonista aqui na unidade para levar para o hospital, mas seria só para emergência. (...) Chegou aqui vai para o hospital, às vezes por nada” (TE 3).

Acompanhamento do Crescimento/Desenvolvimento e Vacinação

Os informantes relataram que o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança – ACD é realizado por toda a equipe de saúde, seja através da consulta de puericultura, ou através da pesagem mensal das crianças e das orientações em grupos para os familiares. Ainda segundo os informantes, a vacinação também segue agendamento e dias de campanha. Os depoimentos a seguir exemplificam como se dá esse acompanhamento à criança indígena:

“A partir do momento que essa criança nasceu, a gente também faz o acompanhamento da saúde deles, conversa com a mãe orientando quanto as vacinas da criança no primeiro ano de vida” (TE 3).

“A pesagem é feita no sábado, todo mês a gente pesa pra FUNASA e para Secretaria de Saúde. (...) Uma vez ao mês, vai à equipe para fazer a vacinação, tem um dia agendado por mês e nesse dia as mães trazem as crianças para vacinar e recebem orientações” (TE 1).

Sobre a análise do crescimento da criança, os informantes esclarecem que essa é feita a partir de uma curva de avaliação criada especificamente para a criança indígena, a saber:

“A criança indígena é menor que a criança branca, porque o pai e a mãe são miudinhos. (...) A curva do crescimento deles [crianças indígenas] é diferenciada. Aqui, se eu fizer [análise do peso] numa curva de crescimento normal da criança, ela [a criança indígena] vai dar baixo-peso e na curva de crescimento deles vai dar normal, então a gente tem que observar isso também” (ENF 2).

Outro esclarecimento dos informantes é que no dia da avaliação do crescimento e desenvolvimento, as famílias são separadas pelas suas etnias Kaingang e Guarani: *“A gente [equipe] faz a pesagem separado*

[guarani e Kaingang], porque os kaingang têm um tipo de costume, eles têm uma cultura, e os guaranis tem outra cultura. (...) Desde as brincadeiras das crianças, a alimentação que os kaingang gostam, os guarani não gostam” (TE 5).

Atendimento odontológico

Os p informantes relataram encontrar dificuldades em relação ao atendimento odontológico, uma vez que as famílias procuram pouco esse atendimento, por isso, em algumas unidades, esse serviço não funciona por agendamento, mas sim por livre demanda:

“Cem por cento da população passa por consulta médica e de enfermagem, mas não é essa percentagem que passa pelo consultório odontológico. A gente tenta pegar eles ali na frente do postinho, e encaminhar para o consultório odontológico, mas às vezes, eles [indígenas] têm resistência em entrar lá, aí eles dão um jeito de fugir e fogem mesmo. (...) No início eu tentei impor umas regras [agendamento], mas tinha dias que eu não atendia nenhum [paciente]” (Outro profissional 1).

Maneiras de garantir o comparecimento aos programas

Os informantes, segundo relatos, contam com o apoio da comunidade para tentar garantir o comparecimento das crianças nos programas desenvolvidos pelas equipes de saúde:

“Contam [a equipe] com ajuda dos professores da creche e escola para trazerem [as crianças] na unidade de saúde. (...) Desenvolvemos um trabalho na escola, mas mais da metade das crianças não está, daí tu tem que voltar outro dia [na escola] para tentar pegar aquelas que faltaram. (...) Eu pedi para a Funasa autorizar que eu atendesse as crianças, sem autorização dos pais, e a diretora da escola também concordou” (Outro profissional 1).

Outra forma de conseguir a participação dos pais e crianças nos programas é fazer busca ativa nas residências e trazê-los para as unidades de saúde:

“A gente tem agendado as crianças que participam da puericultura, se essa criança não veio na consulta mensal, a gente procura por meio do agente de saúde, o porquê que essa criança não veio, se precisar a gente vai lá [na casa] pra atender e traz pra unidade” (TE 4).

A comunicação

Os informantes relataram que encontram situações de comunicação difícil com a população assistida, principalmente pela linguagem dos indígenas. Diante disso, as equipes buscam o apoio de um membro da comunidade indígena para auxiliá-los traduzindo a conversa da equipe com a população assistida:

“Tem até a própria língua, dos guaranis, daí depende de um agente de saúde, alguém da família, pra acompanhar a consulta, ou até mesmo se precisar, levar no hospital” (TE 5).

“Nós contamos com o apoio de uma funcionária indígena, para facilitar a comunicação. Têm a funcionaria índia que está junto, que serve de porta voz, então, elas conversam entre elas” (ENF 1).

“As palestras lá na creche a professora tem que estar traduzindo [para as crianças]. É ruim de trabalhar assim, porque daí as crianças conversam entre elas e de repente elas estão conversando alguma coisa que eu poderia interromper e explicar alguma coisa, mas tu não sabe o que elas estão falando” (Outro profissional 1).

Outra dificuldade encontrada na comunicação, segundo os informantes, é o fato de muitos indígenas conversarem pouco com a equipe de saúde, seja nas consultas ou nas atividades educativa:

“Às vezes a gente nota que eles [indígenas] não querem conversar, alguns prestam atenção e questionam e têm outras que tu vai explicar e elas não prestam atenção, como se fosse vergonha de conversar com pessoal do posto (...). Já aconteceu varias vezes de eu atender uma pessoa e ela não falar uma palavra, só respondia com a cabeça, sim e não” (Outro profissional 1).

Os informantes relatam que a comunicação com os indígenas também ocorre por meio da linguagem não verbal: *“Eles [indígenas] quando estão satisfeitos, que eles entenderam, eles dão um sorriso, então tu consegue entender, que eles te entenderam” (ENF 1)*

O relato a seguir mostra o que os informantes pensam sobre a barreira da comunicação com alguns membros da comunidade indígena:

“A parte da linguagem é complicado, eu acho que as mães deveriam ter a preocupação de ensinar as duas línguas [para as crianças], não é para perder a cultura deles (...). É para ensinar as duas” (Outro profissional 1).

6.2.2 Postura do profissional

Nos depoimentos dos informantes identificamos que os cuidados à criança indígena são desenvolvidos de diferentes maneiras pelos profissionais, o que exige deles a adoção de diferentes posturas.

Maneiras de fazer o cuidado

Respeitam o cuidado efetuado: Na prática do cuidado profissional, segundo os informantes, é necessário conhecer e respeitar as ações executadas pela família, mostrando sensibilidade com as ações de cuidados realizadas pela população indígena:

“A gente [equipe] dá orientação [profissional], de como eu sei, mas não interrompo o que a mãe está fazendo” (TE 3).

“Como a gente já estudou, a gente quer transferir para a população indígena aquela informação. Mas a gente [equipe] procura trabalhar muitas vezes como um membro da família deles [indígenas], e não como um profissional da área de saúde. (...) Tem pessoas [indígenas] que acreditam, levam lá para benzer, diz que é bom para tal coisa, exemplo assim: quando dá uma dor de barriga na criança, ‘a deve ser bicha que meu filho está sofrendo, vamos levar na benzedeira’. A gente [profissional] sempre aceita que eles façam isso e continuem na tradição deles” (TE 5).

Fazem ações práticas: Apesar de mencionarem que respeitam o cuidado realizado pela população indígena, os profissionais utilizam as visitas domiciliares para resolverem de forma imediata o que consideram prejudicial à saúde dessa população e fazer a vigilância sobre tratamentos prescritos. Assim, nas visitas domiciliares são realizadas, além de orientações, também procedimentos:

“Eu andei recolhendo medicamentos, casa por casa, ia lá na prateleira: ‘esse aqui, ah esse aqui você pegou aquele dia tal, então esse você não vai mais usar’” (TE 2).

“Quando sai o tratamento aqui do posto, quando é antibiótico, a gente anota o nome [da pessoa] e já passa para o agente de saúde estar acompanhando todo dia [na casa], porque é tudo famílias perto. A gente vai também pelo menos duas vezes durante o tratamento” (TE 5).

“A gente já procura desde o primeiro mês de gestação fazer o acompanhamento e orientação a essa futura mamãe. Nasceu a gente também faz o acompanhamento da saúde deles, conversa com a mãe

orientando quanto as vacinas, teste do pezinho, teste da orelhinha” (TE 4).

“A gente orienta, a gente procura acompanhar eles também para ver se está correto a medicação, e às vezes quando elas têm dúvidas” (TE 2).

A via de administração de medicamentos também é escolhida para garantir a efetividade do trabalho profissional. Auxiliados pela proximidade com os domicílios e favorecidos pela política da ESF, muitas vezes não esperam a busca do serviço, pela população:

“A gente ficou sabendo que a fulaninha se juntou com beltrano, a gente não espera que eles venham, quando a gente fica sabendo, a gente vai. Como ali é pequenininho é fácil da gente saber. (...) Normalmente a gente faz injeção, não é o ideal para as jovens, mas eu vou deixar comprimido? Todo mundo engravida, então a gente inicia com injetável, aí se engravidar, a gente faz o pré-natal ali mesmo” (Outro profissional 2).

Também a creche e a escola são recursos utilizados para propiciar uma vigilância maior dos profissionais.

“A gente [equipe] até pede pra elas [mães] participarem da creche, olhar a merendeira, ver como que ela está preparando, como que ela está cozinhando aquele alimento, aquela sopa que a criança gosta (...) que elas tomem esse conhecimento” (ENF 1).

Postura do profissional na educação em saúde

Quando realizam as ações educativas prestadas à população indígena, os profissionais da saúde referem que consideram o conhecimento prévio dos pais sobre a temática abordada, bem como respeitam à cultura vigente, buscando não impor seus conceitos. Os informantes relatam também, que é necessário persistência para negociar ou repadronizar as atitudes em relação aos cuidados em saúde prestados pela família à criança. Portanto, eles procuram não impor suas orientações ou conhecimentos profissionais na educação em saúde:

“Às vezes tem que entender a forma deles, e tu não pode ir muito além do que pode fazer (...). Eu cheguei lá, fui conhecendo eles devagarinho, eu não cheguei impondo, conhecendo a família, o meio deles (...), devagarzinho você vai conseguindo fazer um trabalho legal” (TE 1).

“A gente não tem o poder de chegar lá e dizer você não pode usar, não posso chegar lá e dizer ‘oh você não pode usar isso’ (...) Eu oriento elas assim: colocar a gasesinha dobrada, aí colocar a ervinha

no meio da gasesinha, para daí colocar em cima do umbigo, negociando” (TE 2).

“A médica não proíbe a cultura, se eles têm uma cultura, ela respeita, desde que tenha os cuidados que deve ser” (TE 5).

Os informantes revelam em seus depoimentos que é preciso, ao desenvolver a educação em saúde com a população indígena, explicar diversas vezes as orientações, necessitando insistir e repetir muito a mesma informação. Citam, ainda, que é necessário dar exemplos para a comunicação ficar mais efetiva:

“Tem que esclarecer muito lá, é um trabalho muito repetitivo, por isso que se torna cansativo, porque tem que repetir muito. (...) De vagarinho a gente foi conversando, meio que se igualando a elas, dando exemplo (...). A gente repete e repete e quando a gente nota que a resistência é maior, a gente continua repetindo” (ENF 1).

“A gente ensina, explica que tem que deixar a criança fazer a escovação e a mãe deve complementar” (Outro profissional 1).

“Eu dou muito exemplo relacionado [ao tema], por exemplo: ‘a minha mãe também é hipertensa, e eu falo para ela fazer assim, que é melhor’. Então, fica interessante e eles veem que a gente não é diferente deles” (ENF 1).

Ainda em relação à postura profissional na educação em saúde, os informantes também relatam que a equipe deve acompanhar os indígenas após as orientações profissionais, bem como, sempre que possível, demonstrar as práticas de cuidado, e após isso, observar as famílias executarem as mesmas:

“Se a gente vê se a criança: ou está sobre peso, ou está começando a ficar em risco nutricional, a gente já fala para eles [pais] e mostra a carteirinha, mostra o pontinho: - olha, teu filho está aqui. Tem que começar observar o que ele está comendo- (...) As gestantes, que tem o bebê, no puerpério, a gente faz as visitas e dá uma observada se elas estão cuidando bem” (ENF 2).

“A gente mostra no espelho [para a mãe] como tem que fazer para limpar [os dentes]” (Outro profissional 1).

Outro dado importante presente nos depoimentos dos profissionais é a postura destes em manter e resgatar costumes indígenas, como o uso de ervas e chás:

“Quando dá algum probleminha a gente tem xarope de ervas, que é da pastoral, eles não gostam muito. Então tu vê que alguns gostam muito mais do industrializado, do que das coisas naturais. A gente tenta sensibilizar eles que o natural é o melhor” (ENF 2).

“É uma cobrança minha [do profissional] de que esses agentes de saúde resgatem essa cultura dos chás. (...) A gente vem falando, até para resgatar a cultura deles, de que os chás têm valor sim e que é bom para a saúde, então está bem pequenininho, assim, engatinhando isso” (ENF 1).

Os informantes referem que o trabalho educativo ocorre tanto individualmente, para os pais e mães, como nas reuniões de grupos:

“Orientamos muito tanto nas consultas de puericultura, quanto nas reuniões do peso” (Outro profissional 2).

“A gente faz palestra [para as famílias], a doutora orienta, nós orientamos” (TE 3).

“A gente faz essa orientação coletiva, porque surtiu mais efeito do que individual. No individual às vezes elas não entendem e elas não falam, então fica o dito pelo não dito, elas fazem sem entender. (...) A gente pega um foco [assunto] só para não misturar, porque elas se confundem muito. Cada encontro é um assunto só” (ENF 1).

Por meio dos relatos dos informantes, percebe-se que diversos temas são abordados na educação em saúde voltada para os cuidados às crianças e suas famílias. Os assuntos mais mencionados foram os que dizem a respeito à higiene (corporal, bucal e ambiental), à alimentação, à imunização, à prevenção de agravos infantis e riscos e acidentes na infância:

“Falamos nos encontros sobre as doenças, como prevenir e os cuidados. A gente fala sobre diarreia e as doenças que são mais comuns lá [Comunidade Indígena]. (...) o dentista atua bastante orientando a higiene bucal, a gente já orienta uma higiene maior ali” (ENF 1).

“Elas [enfermagem] fazem orientação para tudo, até para trocar uma fralda, como vestir, como dar banho, como limpar a criança” (Outro profissional 1).

“A gente fala para eles sobre o aleitamento exclusivo até os seis meses, e que não tem o porquê introduzir outro tipo de alimento. A gente fala das doenças (...). Sobre a introdução dos alimentos” (ENF 2).

“Sempre estou orientando as mães para estarem conversando com as crianças sobre os perigos” (TE 2).

Resultados da educação em saúde

Segundo os informantes, há aspectos positivos no trabalho de educação em saúde desenvolvido, mas também dificuldades nessa ação. Os informantes comentam que a prática da educação em saúde tem um

impacto positivo na saúde da criança indígena, pois percebem que há mudanças de hábitos e comportamentos das famílias, bem como a aquisição de novas habilidades para a prevenção de doenças e do cuidado infantil.

“Eles estão começando a se preocupar. Se você vai às casas você já vê as hortas. (...) então eu creio que agora está melhorando” (TE 5)

“Tinha muita criança com baixo-peso, até desnutrida, então a gente foi orientando que para a criança tem que se oferecer o que ela deve comer, pegar no colo. Com isso [orientações] a criança foi ganhando mais peso e a mãe foi desenvolvendo esse querer cuidar da criança até mais tarde” (ENF 1).

“É bom ver que a mãe está dando direitinho de mamar, que está cuidando direitinho, está cuidando do umbiguinho, está fazendo o curativinho direitinho. Nas palestras a gente ensina, e fica bem feliz porque tu vê, que o trabalho que tu realizou durante meses, está funcionando” (ENF 2).

Apesar dos resultados positivos há dificuldades em desenvolver tal prática, por conta da fragilidade na comunicação com as mães; pela influência negativa das crenças geracionais, pela valorização da medicalização e o fato desta população (sobre)viver há muito tempo em condições precárias de moradia, o que faz com que naturalizem sua exposição ao risco, não percebendo sua vulnerabilidade em adoecer. Os relatos a seguir demonstram os condicionantes que interferem negativamente na educação em saúde prestada à população indígena pela equipe da ESF:

“Lá [comunidade indígena], eles não perguntam, vão e me jogam a criança, e eu avalio, às vezes é difícil tirar alguma coisa delas, pergunto: o nenenzinho está engatinhando? O nenenzinho está sentando? Sim ou não com a cabeça. (...) A gente orienta, mas com as mães muito jovens é difícil. Até porque vai da avó, aí a avó não teve orientação, aí fica complicado” (Outro profissional 2)

“A gente vem falando muito do medicamento, do quanto é forte o paracetamol para dar para um recém nascido (...). Daí a gente tem que sentar com aquela mãe e orientar que não é uma gripe é só um resfriado e que vai passar, que às vezes não precisa de uma medicação” (ENF 1).

6.2.3 A relação da equipe com os líderes e comunidade indígena

Nos relatos prestados pelos informantes, evidencia-se que as equipes de saúde têm o apoio da comunidade indígena no cuidado à criança. Entre os indivíduos participantes da rede de proteção infantil, destacaram: o cacique, professores e voluntárias da Pastoral da Criança.

Os líderes

Os líderes, que são os denominados caciques das comunidades indígenas, como já mencionado pelos informantes, têm um papel fiscalizador do trabalho da equipe de saúde, bem como possuem a autoridade em aprovar, ou não, as atividades desenvolvidas:

“Tudo que tu faça tem que ser aprovado pelas lideranças. Eles interferem em algumas coisas sim, na escolha dos funcionários eles interferem” (Outro profissional 1).

“Eles [caciques] são bem observadores, eles observam se a equipe está trabalhando bem, se precisar chegar e falar eles falam (...).se trabalhar bem certinho, até te elogiar eles te elogiam” (TE 3).

“Se eu tenho uma criança que vai passar por uma avaliação minha, eu tenho que ter muito cuidado para mandar para casa, tenho que dar uma boa orientação, justificar, porque senão a liderança vem cobrar” (ENF 1).

Além do papel de controlador das equipes de saúde, as lideranças exercem uma função importante de apoio e de ajuda aos profissionais, tanto que não houve relatos de desavenças ou conflitos com as lideranças, pelo contrário, os profissionais percebem os líderes como uma fonte potencial do cuidado infantil e apoio para o cuidado profissional:

“Quando uma criança que a gente pesa, orienta a mãe e a criança sempre de baixo peso, a gente leva para a liderança (...). Então a gente nota assim, que a liderança tem um domínio em cima deles, isso já flui algum cuidado, alguma coisa já acontece” (ENF 1).

“Muitas vezes a liderança busca ajudar nós da saúde, coisas que eles veem (...) Seja um problema na saúde, eles procuram falar com nós. As lideranças ajudam nesse sentido. (...). A liderança sempre dá o maior apoio para nós” (TE 4).

A escola

Segundo os informantes, a escola exerce um papel fundamental de apoio à equipe de saúde nos cuidados às crianças indígenas. Os professores identificam as crianças que necessitam de assistência à saúde e as levam, ou encaminham, à unidade de saúde:

“Quando tem uma criança doente na escola, o professor já traz aqui [unidade de saúde] pra nós, ou manda a criança com um bilhetinho” (TE 5).

“Na escola, as professoras são bem atenciosas. As crianças ficam doentes elas trazem até no posto, a gente atende, procura com a professora mandar um bilhete para o pai, para voltar no posto com a criança” (TE 3).

De acordo com os informantes, a escola também intermedia o cuidado prestado pela equipe de saúde às crianças, por meio da participação das ações de promoção à saúde desenvolvidas com os seus alunos:

“A gente faz essa sensibilização na escola para favorecer o crescimento e desenvolvimento da criança. (...) Na escola, a gente tem o PSE, que é o Programa de Saúde na Escola, que a gente trabalha com os professores, desenvolvendo a saúde dos alunos” (ENF 2).

“Então a equipe atua bastante na escola e também na creche. Na escola eles [crianças] ficam meio período, e na creche o dia todo, então dá para trabalhar bastante com eles” (ENF 1).

Outros membros da comunidade indígena

Além do cacique e dos professores, os profissionais também contam com o apoio das mulheres voluntárias da Pastoral da Criança para acompanhar o crescimento/desenvolvimento infantil e promover ações de prevenção de agravos de saúde:

“A pastoral da criança faz o lanche para a criança [no dia da pesagem]. Bolo com multimistura, suco, leite, bolacha. Então chegou o dia do peso, elas [crianças] estão ansiosas pra vim para ganhar um lanchinho” (TE 5).

Assim como a comunidade auxilia os profissionais de saúde em suas atividades, ela também fiscaliza e solicita mudanças na equipe quando não se sentem satisfeitas: *“Se eles [comunidade indígena] não gostarem do meu trabalho, a comunidade pede para a liderança me tirar [da equipe]. Fazem uma cobrança bem grande” (Outro profissional 1).*

Nota-se pelos relatos que, felizmente, as equipes de saúde do estudo, atuantes nas comunidades indígenas têm uma boa relação com

as lideranças da comunidade indígena. Esse fato leva a acreditar que o trabalho desenvolvido na assistência à saúde da criança seja facilitado pelos atores sociais presentes na sociedade indígena.

Além das percepções dos profissionais sobre o cuidado familiar e comunitário dispensado a criança, os resultados apontam também as percepções desses profissionais acerca de seu próprio trabalho. Sendo assim, através dos depoimentos pode-se perceber que as crianças indígenas, são assistidas pelo sistema popular e pelo sistema profissional.

Nesse sentido, Leininger afirma que o cuidado pode se desenvolver no sistema popular, que é o sistema local, nativo ou indígena, que presta cuidados de cura tradicionais ou familiares; e no sistema profissional, que refere-se ao cuidado profissional adquirido, transmitido e formalmente ensinado, sobre saúde, doença e habilidades práticas para assistir os indivíduos (LEININGER, 1991; LEININGER e MACFARLAND, 2002).

Analisando o segundo objetivo desse estudo, os resultados revelam que os profissionais cuidam das crianças indígenas embasados nos princípios, normas e rotinas da Política Nacional de Atenção Básica em Saúde Estratégia da Saúde da Família. Para tanto são responsáveis por um dado território, sendo que as unidades de saúde são próximas das moradias permitindo a realização de visitas ao domicílio com certa facilidade, meio pelo qual a equipe tenta garantir o comparecimento das famílias nos programas de saúde.

Os resultados também evidenciam que os profissionais desenvolvem, além de cuidados terapêuticos a nível da Unidade de Saúde e domicílios, ações intersetoriais com as escolas (*“Na escola, a gente tem o PSE, que é o Programa de Saúde na Escola, que a gente trabalha com os professores, desenvolvendo a saúde dos alunos (Enf 2)”*), e com as voluntárias da Pastoral da Criança (*“A pastoral faz os medicamentos naturais (...) (TE 5)”*). Esse fato desvela que ações dos profissionais das ESFs extrapolam os muros da unidade e que, dessa forma, defrontam de forma intensa com seus conhecimentos científicos frente ao conhecimento e práticas da população indígena.

Com relação às ações de cuidado realizadas pelos profissionais no cuidado a criança, os dados apontam as contradições existentes entre o desejo manifestado de respeitar as crenças e as práticas dos indígenas e os cuidados realizados de fato, pelos profissionais. Importante destacar aqui a grande dificuldade dos profissionais descobrirem o equilíbrio entre os deveres de sua cultura profissional e o respeito à cultura do outro. Quando os informantes descrevem o cuidado, percebe-se que o

dever profissional acaba prevalecendo, e assim ocorrendo a imposição cultural do cuidado. De acordo com Leininger, imposição do cuidado é quando os profissionais de saúde impõem seus valores, suas crenças e práticas, sobre outras culturas, acreditando que suas idéias são as mais adequadas ou verdadeiras e, assim, superiores às do outro grupo, postura essa, embasada na orientação unicultural dominante. Deste modo, fica evidente a imposição do modelo explicativo científico, do profissional de saúde sobre o modelo popular, com o qual a população está mais habituada. (Leininger 1991; Leininger e Macfarland, 2002).

Um problema a considerar na imposição cultural é a existência de um viés cultural (a posição convicta de que seus próprios valores e práticas são superiores aos dos outros), o que pode levar a uma falta de cooperação, coesão, ou uma assistência eficaz (Leininger e Macfarland, 2006). Cabe destacar aqui que essa imposição pode gerar ainda dificuldades na comunicação com a população, podendo interferir de forma significativa na assistência prestada. O depoimento a seguir exemplifica a postura da imposição do cuidado profissional prestado a população: *“A gente ficou sabendo que a fulaninha se juntou com beltrano, a gente não espera que eles venham, quando a gente fica sabendo, a gente vai. (...) Normalmente a gente faz injeção, não é o ideal para as jovens, mas eu vou deixar comprimido? Todo mundo engravida (...) (Outro profissional 2)”*.

Quando analisa-se a postura desses profissionais na assistência prestada, os resultados evidenciam que essa postura não é fixa ou rígida. Os informantes referem que procuram respeitar a cultura da população (*“A gente [equipe] dá orientação [profissional], de como eu sei, mas não interrompo o que a mãe está fazendo” (TE 3)*), mas se confrontam com o dever profissional, o que necessita de diferentes posturas em suas ações (*“Eu andei recolhendo medicamentos, casa por casa, ia lá na prateleira: ‘esse aqui, ah esse aqui você pegou aquele dia tal, então esse você não vai mais usar’” (TE 2)*).

Em relação a postura do profissional na educação em saúde os informantes relatam que consideram e buscam respeitar o saber popular (*“A gente não tem o poder de chegar lá e dizer você não pode usar, não posso chegar lá e dizer ‘oh você não pode usar isso’ (TE 2)”*). Essa postura vem de encontro a posição de Leininger (1991), que coloca que é preciso conhecer e valorizar a cultura do outro, para que o cuidado prestado seja congruente. Por outro lado, também nota-se no depoimento dos informantes, práticas onde só se considera o cuidado cultural, quando este está de acordo com o saber profissional (*“A*

médica não proíbe a cultura, se eles têm uma cultura, ela respeita, desde que tenha os cuidados que deve ser (TE 5)”).

Para reduzir os conflitos culturais, os profissionais de saúde precisam reconhecer os diferentes sistemas de cuidados de saúde e as práticas existentes entre as culturas. Deste modo, em vez de impor um sistema de saúde dominante sobre outra cultura, é importante conhecer profundamente o sistema de saúde de uma cultura, antes da introdução de mudanças. Também, deve-se considerar que muito pode ser aprendido com os diferentes sistemas de saúde, e assim, ganhar novos insights sobre os cuidados de saúde (Leininger, 1991).

Em relação a comunicação, os informantes revelam que, são marcantes as dificuldades encontradas. Essas dificuldades estão relacionadas tanto pela linguagem (*“As palestras lá na creche a professora tem que estar traduzindo [para as crianças] (Outro profissional 1)”*), como também com a falta de diálogo e interação entre os profissionais e a população indígena (*“Às vezes a gente nota que eles [indígenas] não querem conversar, alguns prestam atenção e questionam e têm outras que não, como se fosse vergonha de conversar (Outro profissional 1)”*). É possível supor que essa fragilidade no diálogo, se dê pelo fato de alguns profissionais estarem há pouco tempo atuando nas terras indígenas e, conseqüentemente, não dominarem/compreenderem as expressões linguísticas/culturais dessa população. Por outro lado há de se considerar a questão do poder que a postura do profissional de saúde principalmente o médico exercem sobre a população. Porém, apesar dessas relações de poder estarem presentes, os profissionais precisam reconhecer que a família é a agência central de cuidado à saúde a seus membros (BOEHS, 2001).

Diante disso, ressalta-se que para se comunicar efetivamente é necessário que a equipe de saúde entenda a visão de mundo, crenças, valores e costumes da população sob seus cuidados. Daí há necessidade de os profissionais terem uma noção maior do conceito de cultura, que considere a dinâmica cultural, e ainda a utilização de uma teoria como a proposta por Madeleine Leininger, mostrando possibilidades de realizar a congruência do cuidado.

Após a análise dos resultados dessa pesquisa, permite-se dizer que é desafiante para o sistema profissional reconhecer e atuar nas diferenças étnicas, uma vez que se constata que os mesmos não tiveram formação acadêmica nem capacitações a respeito da prática do cuidado cultural. Nessa perspectiva, quando há diferenças de valores, crenças e hábitos culturais, essas devem ser (re)conhecidos e respeitados, sem que haja imposições de valores por parte dos profissionais de saúde.

Sendo assim, os profissionais de saúde, em especial da Enfermagem, necessitam ser pedagogicamente preparados para promover e prestar cuidados de saúde culturalmente congruentes. (Douglas et al, 2009) esclarecem que a educação para o cuidado culturalmente competente engloba o conhecimento da cultura valores, crenças e práticas de saúde dos indivíduos e/ou grupos a quem prestam cuidados.

Nessa perspectiva, segundo Leininger, a congruência dos valores *êmic* (sistema popular) é essencial para o *etic* (sistema profissional) ajudar os indivíduos a adquirirem ou permanecerem com saúde. Portanto, cabe ao sistema profissional atuante em terras indígenas desenvolver os modelos de ações e decisão do cuidado proposto por Leininger (1991), que nesse caso consistem em: a) preservar e/ou manter o cuidado cultural, em que não haja conflitos entre o *êmic* e *étic* na sociedade indígena; b) acomodar e/ou negociar o cuidado cultural, situação em que as práticas de cuidados são ajustadas para atender às necessidades da criança indígena; e c) repadronizar e/ou reestruturar o cuidado cultural, no qual o sistema profissional desenvolva a sensibilidade para trabalhar com famílias e comunidade indígena, para reprogramar um modo de vida que seja prejudicial, ou que possa trazer efeitos indesejados à saúde das crianças indígenas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Retomando o primeiro objetivo desta pesquisa, que foi levantar as percepções dos profissionais das equipes de saúde da família sobre os cuidados que a família e comunidade indígena prestam às suas crianças, é importante assinalar que dentre os cuidadores das crianças, a principal figura é a mãe, que conta com o apoio de outros membros femininos da família como a avós e as tias. Cabe destacar que na comunidade, os educadores, os líderes indígenas e as voluntárias da Pastoral da Criança, também prestam cuidado infantil. O que chama a atenção desses profissionais, baseados em seus valores profissionais, é a participação de crianças, ainda em idade precoce, realizando cuidado de seus irmãos menores. Na visão desses profissionais, os irmãos não possuem competência/responsabilidade para o cuidado, e ao desenvolverem essa prática estão se privando de viverem situações lúdicas próprias da sua infância.

Os profissionais de saúde, com o olhar da biomedicina, percebem que a maioria das famílias indígenas não consideram os fatores condicionantes dos processos de saúde e doença para o crescimento e desenvolvimento das crianças, mas sim, algumas condições necessárias para as crianças crescerem saudáveis como a alimentação, estarem dispostas a brincar e se virarem sozinhas com seus cuidados.

Convém dizer que a saúde e a doença são em grande parte culturalmente definidas dentro do seu sistema de cuidado popular, porém, o sistema de cuidado profissional, tende a ajustar com os seus valores e práticas. Sendo assim, o desafio para os profissionais de saúde é identificar os valores dominantes de uma cultura, evitar o etnocentrismo e as práticas de imposição cultural e usar a estrutura local de referência, para desenvolver uma assistência significativa, congruente e benéfica para a população. Assim, para prestação de cuidados culturalmente congruentes, os profissionais de saúde precisam entender a saúde e doença a partir da cultura do outro, considerando os fatores da estrutura social, que muito influenciam os comportamentos e práticas de saúde.

Um cuidado prestado pela família, que foi muito valorizado pelos profissionais é a prática do aleitamento materno entre as mães indígenas. Segundo os mesmos, esse cuidado também é muito valorizado e presente na cultura indígena, sendo uma prática

desenvolvida por um período prolongado, pela maioria das mães. Porém, os profissionais referem que ainda não conseguiram reestruturar o período da amamentação, considerado pela medicina como benéfico, pois identificam muitos casos de crianças que ficam restritas a essa alimentação, sendo que nessa fase necessitariam da introdução de outros alimentos. Assim, também consideram que o cuidado com a alimentação das crianças possui falhas, desde a falta de preparo adequado dos alimentos, bem como o manejo, e a falta da oferta desses em qualidade, lançando mão de alimentos prontos e industrializados e sem valor nutritivo.

Em relação aos cuidados de higiene, os informantes revelam que na maioria dos casos, existe falta de higiene pessoal e do ambiente em que a criança vive. Contudo, preocupa os profissionais, o fato das famílias indígenas, não reconhecerem que as falhas na higiene podem expor as crianças a diversas doenças. Esse hábito, segundo os profissionais, não se consegue modificar plenamente.

Vale destacar um aspecto apontado como negativo, pelos profissionais, no cuidado familiar infantil, é de que a criança indígena precisa se ‘virar sozinha’. Embora um dos valores indígenas destacados como protetor às crianças, tenha sido o afeto e a proximidade que os filhos pequenos têm das mães durante o aleitamento materno, esse cuidado vai sendo deixado de lado à medida que a criança cresce. Deste modo, além da criança precisar se cuidar sozinha, em muitos casos, também necessitam cuidar da casa e dos irmãos mais novos, e isso é considerado preocupante pelos profissionais, pois além dos riscos envolvidos no autocuidado infantil, as crianças se privam das atividades próprias da idade, como o brincar. Na visão profissional, essa ‘falta de cuidado’ dos pais, expõe as crianças a morbidades que poderiam ser evitadas, caso as crianças fossem melhor cuidadas ou protegidas.

Embora esse fato seja visto como um aspecto negativo do cuidado, os profissionais reconhecem o lado positivo do “se virar sozinho”, pois a criança vai adquirir habilidades de autocuidado e subsistência, que talvez na cultura do branco, da super proteção à criança, aconteceria mais tardiamente.

No modo de viver na comunidade indígena, um aspecto considerado protetor às crianças, na visão dos profissionais, é o fato dos vizinhos e membros da estrutura social das terras indígenas se co-responsabilizarem pelo cuidado infantil, tronando-se um cuidado coletivo. Essa condição, além de auxiliar as famílias, apoia e facilita o cuidado à criança pelo sistema profissional. Pôde notar nos resultados que a equipe de saúde conta com o apoio dos educadores, das

voluntárias da pastoral da criança e das lideranças indígenas (na figura dos Caciques) para a assistência à saúde da criança. Essa colaboração auxilia no desenvolvimento de um cuidado integral e efetivo.

Vale ressaltar que, segundo os entrevistados, há diferenças no cuidado da família à criança entre as etnias indígenas. Essa evidência demonstra que os profissionais de saúde percebem a diversidade cultural da população assistida por eles. Esse reconhecimento da heterogeneidade é imprescindível para uma assistência congruente. No entanto, de modo geral, há grande dificuldade dos profissionais reconhecerem seus próprios valores profissionais em relação ao cuidado, ou seja, o sistema profissional como um sistema cultural.

Com relação ao segundo objetivo do estudo, sobre percepções acerca do cuidado profissional das equipes da ESF, os informantes revelam prestar cuidados a criança desde antes do nascimento, recebendo acompanhamento durante toda a sua infância, através dos programas desenvolvidos pela estratégia saúde da família. Os profissionais destacam que esse atendimento é prestado nas unidades de saúde localizadas nas terras indígenas, bem como nos domicílios, e contam com o apoio da comunidade para tentar garantir a presença das famílias nos programas oferecidos.

No desenvolvimento do seu trabalho, os profissionais encontram obstáculos na comunicação com a população indígena, seja pela dificuldade de entender a linguagem, como pela ausência de diálogo efetivo com os mesmos. Por outro lado, sempre que for necessário, contam com o apoio de membros da comunidade indígena que ajudam na comunicação, seja nas consultas, como nas atividades educativas. Cabe destacar que a alta rotatividade dos profissionais nas equipes pode contribuir para a fragilidade na comunicação, pois aos mesmos acabam não criando vínculo com a comunidade, e ainda não (re) conhecendo suas expressões lingüísticas e culturais, o que irá influenciar para uma assistência congruente.

É importante alertar que falhas na comunicação podem ser interpretadas como preconceitos, estereótipos, e posteriormente, influenciar na qualidade do atendimento. Sendo assim, é importante que os profissionais de saúde atuantes em terras indígenas se instrumentalizem para a comunicação transcultural, utilizando a escuta eficaz, estando atentos à linguagem e comportamentos e utilizando clareza nos diálogos. Caso não se domine a lingüística, é importante que o sistema de saúde ofereça recursos de interpretação, quando apropriado.

Quanto à postura dos profissionais no desenvolvimento de suas ações, ficou evidente pelos depoimentos, a vontade desses em respeitar o cuidado efetuado pelas famílias e a necessidade profissional de modificar algumas práticas que consideram prejudicial à saúde infantil. Esse etnocentrismo e imposição cultural é muito presente nas ações das equipes. É oportuno refletir, que boa parte da assistência profissional está baseada em crenças etnocêntricas, ou seja, achar que o seu conhecimento é melhor ou superior aos outros, e, essa postura conduz à imposição cultural do cuidado, ou ações que são impostas a partir da visão etic do que é melhor para o outro, o que pode levar a uma falta de cooperação, coesão ou uma assistência ineficaz.

Essa imposição cultural continua sendo um problema freqüente na área da saúde, ao mesmo tempo, limitadamente reconhecido pelos profissionais. A tendência dos profissionais de impor as suas crenças, práticas e valores sobre outra cultura, acontecem porque eles assumem que têm as melhores respostas e decisões para os indivíduos sob seus cuidados. Vale destacar, a necessidade de que os profissionais reconheçam os próprios valores culturais dominantes e as tendências etnocêntricas, para assim prestar um cuidado bem sucedido. Convém salientar que há muito ainda a ser descoberto sobre o impacto da imposição cultural e etnocentrismo do profissional de saúde sobre as diferentes culturas.

Buscou-se neste estudo apresentar as percepções que os trabalhadores do sistema profissional de saúde possuem sobre a cultura, os valores, as crenças e as praticas do cuidado infantil pela população indígena, bem como as percepções sobre seu próprio trabalho. Assim, acredita-se que esse estudo, possa se constituir um subsídio para as práticas do cuidado culturalmente competente. Desse modo, ressalta-se que é necessário a equipe de saúde estar ciente de sua própria cultura profissional, aceitando e respeitando as diferenças culturais daqueles que cuida, reconhecendo que a cultura norteia as práticas de saúde e, a partir dessa compreensão, desenvolver ações congruentes para atender às necessidades das pessoas e comunidade. Desse modo, quando o cuidador familiar, ou comunitário da criança percebe que existe interesse dos profissionais de saúde pela sua cultura, esses possam se sentir respeitados e mais confortáveis para negociar suas práticas de saúde.

Ao final dessa pesquisa, é possível afirmar que, possibilitou uma aproximação significativa das percepções dos profissionais de saúde das equipes da ESF sobre os cuidados que a família e a comunidade indígena prestam às suas crianças. Entretanto, não se pode

afirmar que a realidade foi totalmente contemplada, pois o olhar que investigou não está isento de vieses, que se constituem pelo processo histórico, cultural e profissional da pesquisadora, e essa, talvez, seja uma das limitações do estudo. As outras, limitações advêm do pouco tempo permanecido no campo do universo pesquisado, em função dos compromissos profissionais, bem como do fato de não se poder buscar uma confirmação definitiva dos achados do estudo junto aos informantes. No entanto, acredita-se que tais limitações não obscureceram os resultados apresentados nessa dissertação.

Como recomendações para enfermagem, a partir dos dados da presente pesquisa, poderia se aprofundar a busca da compreensão do trabalho dos enfermeiros nas equipes de ESF sobre seu papel dentro da equipe de enfermagem de origem indígena e com os agentes de saúde indígenas. Outras pesquisas na área da enfermagem poderiam focar a percepção dos profissionais acerca de como manejam as diferentes maneiras de cuidar da saúde das crianças entre as etnias Kaingang e Guarani.

Para o ensino da enfermagem, recomenda-se uma formação que aborde as variações culturais do cuidado, os valores, as crenças e as práticas de saúde de diferentes grupos étnicos ou não, para orientar os enfermeiros a desenvolver cuidados de saúde culturalmente congruentes. A formação profissional em saúde deve considerar que, para uma assistência eficaz, faz-se necessário o (re)conhecimento e valorização das diversidades culturais de viver e cuidar em saúde.

Para as políticas públicas de saúde, as recomendações são favorecer a interiorização dos profissionais, diminuir a rotatividade dos mesmos nas equipes de saúde, possibilitar a formação continuada desses profissionais, preparando-os com conhecimentos e habilidades específicas para prestar cuidados também culturalmente competentes.

REFERÊNCIAS

ALVES, P. B. et al. Atividades cotidianas de crianças em situação de rua. **Psicologia: teoria e pesquisa**. Brasília, v. 18, n. 3, Dez. 2002.

ALVES, C. R. L; VIANA, M. R. A. **Saúde da família**: cuidando de crianças e adolescentes. Belo Horizonte: COOPMED, 2006.

AZEREDO, Catarina Machado et al . Percepção de mães e profissionais de saúde sobre o aleitamento materno: encontros e desencontros. **Revista paulista de pediatria**. São Paulo, v. 26, n. 4, Dez. 2008.

BOEHS, A E. Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. **Os movimentos de aproximação e distanciamento entre os sistemas de cuidado familiar e profissional**. Florianópolis, Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, 2001.

_____. **A Família e a equipe de enfermagem no hospital pediátrico**: movimentos de aproximação e distanciamento. Série Teses em Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis: UFSC, 2002. 35 p.

_____. Análise dos conceitos de negociação/acomodação da teoria de Madeleine Leininger. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 1, Jan. 2002

BRASIL. Constituição Federal (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

_____.Ministério da Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres Humanos**. Brasília: MS, 1996.

_____.Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, v. 34 n. 3, São Paulo, Jun. 2000 a.

_____.Ministério da Saúde. **Portaria 648 de 28 de março de 2006**. Disponível em

<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao/portaria64828032006.pdf>.

Acessado em: 20 de dezembro de 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM Nº 154, de 24 de janeiro de 2008.** Disponível em <http://www.saude.ba.gov.br/dab/arquivos/portaria154.2008.pdf>.

Acessado em 21 de dezembro de 2009.

_____. Ministério da Justiça. **Fundação Nacional do Índio (FUNAI)** on-line 2009. Disponível em: <http://www.funai.gov.br>. Acesso em 14 de dezembro de 2009.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró- Saúde:** objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília : Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Agenda de compromissos para a saúde integral a criança e redução da mortalidade infantil.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília/DF: MS, 2005.

_____. **Programa saúde indígena:** etnodesenvolvimento das sociedades indígenas/Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2001 a.

_____. Fundação Nacional de Saúde. **Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas.** 2. ed. Brasília/DF: MS, 2002 a.

_____. Portaria nº 70/GM, de 20 de janeiro de 2004. Aprova as diretrizes da gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena. Brasília, DF, 2004.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica: programa saúde da família.** 1ªed. Brasília, 2000 b.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Criança:** acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília, 2002 b.

_____. Manual de condutas para agentes comunitários de saúde: atenção integrada às doenças prevalentes na infância - **AIDP: Procedimentos para crianças de 2 meses a 5 anos de idade.** Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas públicas, departamento de

Atenção Básica, Instituto Materno Infantil de Pernambuco. — Brasília. 2001 b.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional da Saúde. **Manual de atenção à saúde da criança indígena brasileira.** Orientações técnicas. Brasília, 2004.

BUDÓ, M L D et al. Práticas de cuidado em relação à dor - a cultura e as alternativas populares. **Esc. Anna Nery Rev. Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, Mar. 2008.

COIMBRA, J. R.; C. E. A.; SANTOS, R. V. Saúde, minorias e desigualdades: Algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 2000.

CONSEA. Conselho Nacional de Segurança Alimentar. **Princípios e diretrizes de uma política de segurança alimentar.** Brasília: Editora Positiva; 2004.

ESCOBAR, A. L.; SANTOS, R. V.; COIMBRA, C. E. A. Avaliação nutricional de crianças indígenas Pakaanóva (Warí), Rondônia, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 3, n. 4, Dez. 2003.

FAGUNDES, U. Avaliação do estado nutricional e da composição corporal das crianças índias do Alto Xingu e da etnia Ikpeng. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 80, n. 6, Dez. 2004.

FAVARO, T. et al. Segurança alimentar em famílias indígenas Teréna, Mato Grosso do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, Abr. 2007.

FASSHEBER, J. R. **Cultura corporal indígena.** Guarapuava: Ed. UNICENTRO, 2003.

GARNELO L, WRIGHT R. Doença, cura e serviços de saúde. Representações, práticas e demandas Baniwa. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, Mar. 2001.

GIATTI, L. L. et al. Condições sanitárias e socioambientais em Iauaretê, área indígena em São Gabriel da Cachoeira, AM. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, Dez. 2007.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002. 175 p.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Tendências demográficas**: uma análise dos indígenas com base nos resultados da amostra dos censos demográficos 1991 e 2000. Rio de Janeiro, 2005.

LANGDON, E. J. Cultura e processos de saúde e doença. In: **Anais do 1º seminário sobre cultura, saúde e doença**. Londrina, 2003. p. 91-107.

LEININGER, M. M., McFARLAND, M. R. **Culture care diversity and universality**: a Worldwide Nursing Theory. New York (NY): McGraw-Hill, 2006.

_____. **Transcultural nursing**: concepts, theories, research & practice. New York: McGraw-Hill, 2002.

LEININGER, M. M. **Culture care diversity and universality**: a theory of nursing. New York: National League for Nursing Press, 1991.

_____. Overview of the theory of culture care with the ethnonursing research method. **Journal of Transc. Nurs.**, Michigan, v. 8, n.2, 1997. p. 32-52.

_____. Teoria do cuidado transcultural: Diversidade e Universidade. In: Anais do Simpósio Brasileiro de Teorias de Enfermagem. Florianópolis: UFSC, 1985. p. 255-288.

LEITE, M. S.; SANTOS, R. V.; COIMBRA JR, C. E. A.; Sazonalidade e estado nutricional de populações indígenas: o caso Wari', Rondônia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, Nov. 2007.

MARCONDES, Eduardo. **Pediatria básica**. 9. ed. 2. v. São Paulo: Sarvier, 2003.

MELLO, D. F. de; ANDRADE, R. D.; Atuação do enfermeiro junto à população materno-infantil em uma unidade de saúde da família, no município de Passos-MG. **Remex: Rev. Min. Enferm.** v. 10, n. 1, Mar. 2006.

MENDONÇA, S. B. M. de. Relação médico-paciente: valorizando os aspectos culturais x medicina tradicional. IN: Yamamoto, Renato Minoru (Org.). **Manual de atenção à saúde da criança indígena**. Sociedade Brasileira de Pediatria. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2004.

MENEGOLLA, I. A. et al; Estado nutricional e fatores associados à estatura de crianças da Terra Indígena Guarita, Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, Fev. 2006.

MORAIS, M. B.; ALVES, G. M. S.; NETO, U. F. Estado nutricional de crianças índias terenas: evolução do peso e estatura e prevalência atual de anemia. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 8, n. 5, Out. 2005.

NEVES, E. T.; CABRAL, I. E. Empoderamento da mulher cuidadora de crianças com necessidades especiais de saúde. **Texto contexto-enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 3, Set. 2008 .

NÖTZOLD, A. L. V. et al. **O Ciclo de Vida Kaingang**. Florianópolis: Imprensa Universitária da UFSC, 2004.

OLIVEIRA, M. de. A intervenção como um processo de construção: notas para a redução do uso de bebidas alcoólicas e alcoolismo entre os Kaingang. In: LANGDON, E. J.; GARNELLO, L. (org). **Saúde dos povos indígenas**: reflexão sobre a antropologia participativa. Contra Capa/ABA, 2004.

ORELLANA, J. D. Y. Estado nutricional e anemia em crianças Suruí, Amazônia, Brasil. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 82, n. 5, Out. 2006.

PICOLI, R. P.; CARANDINA, L.; RIBAS, D. L. B. Saúde materno-infantil e nutrição de crianças Kaiowá e Guaraní, Área Indígena de Caarapó, Mato Grosso do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, Jan, 2006.

PICOLI, R. P.; ADORNO, R. C. F. Cuidado à saúde de crianças kaiowá e guarani: notas de observação de campo. **Rev. bras. crescimento desenvolvimento humano**, v. 18, n. 1, abr. 2008.

POLIT, D.F; BECK. C.T.; HUNGLER. B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação e utilização.5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PRADO, S R L A; FUJIMORI, E. Conhecimento materno/familiar sobre o cuidado prestado à criança doente. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 59, n. 4, Ago. 2006.

RONCALLI, A. G.; LIMA, K. C. de. Impacto do Programa Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da região Nordeste do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, Set. 2006.

SANTOS, R. V.; COIMBRA JR, C. E. A. Cenários e tendências da saúde e da epidemiologia dos povos indígenas no Brasil. In: COIMBRA JR, C. E. A.; SANTOS, R. V.; ESCOBAR, A. L. (Org.). **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz: Abrasco, 2003. p. 13-47.

SAPAROLLI, E. C. L.; ADAMI, N. P. Avaliação da qualidade da consulta de enfermagem à criança no Programa de Saúde da Família. **Acta paul. Enferm.**, São Paulo, v. 20, n. 1, Mar. 2007.

SERAFIM, M. G. Política nacional de atenção aos povos indígenas. IN: Yamamoto, Renato Minoru (Org.). **Manual de atenção a saúde da criança indígena**. Sociedade Brasileira de Pediatria. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2004.

SILVA, A. C. M. A. et al. Perspectivas de médicos do Programa Saúde da Família acerca das linhas de cuidado propostas pela Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, Fev. 2009.

SIQUEIRA, K. M. et al. Crenças populares referentes à saúde: apropriação de saberes sócio-culturais. **Texto contexto-enferm.** Florianópolis, v. 15, n. 1, Mar. 2006.

SOUZA, M. A. de, et al. Práticas populares adotadas nos cuidados em saúde da criança. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, vol.14, n. 4, Dez. 2006.

YAMAMOTO, Renato Minoru (Org.). Medicina ocidental e medicina Indígena: a favor da criança indígena brasileira. In: **Manual de atenção a saúde da criança indígena**. promovido pela Sociedade Brasileira de Pediatria. Brasília: Funasa, 2004. 239 p.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro-guia

1. Dados de identificação do profissional:

1.1. Data da entrevista:

1.2. Nome:

1.3. Entrevistado nº:

1.4. Equipe de PSF:

1.5. A quanto tempo:

1.6. Etnia atendida pela equipe de saúde:

1.7. Idade:

1.8. Profissão:

() enfermeiro () médico () dentista () Téc/aux. Enfermagem

1.9. Tempo de formação:

1.10. Escola de formação:

1.11. Especialização: () sim () não () não se aplica

Qual:

1.12. Tempo de atuação na atenção básica:

1.13. Atua em outras áreas de atenção: () sim () não

Qual:

1.14. Já trabalhou com saúde indígena antes: () sim () não

Onde

Quanto tempo trabalhou:

1.15. Teve algum curso ou preparo específico: () sim () não

Qual:

2. Qual é a sua percepção sobre os cuidados que a família e a comunidade indígena prestam às suas crianças?

- O que você conhece sobre como as famílias e a comunidade compreendem a saúde e doença da criança indígena?

- Como que as crianças em diferentes idades são cuidadas pela família e comunidade indígena? O que eles fazem?

- O que você pode me dizer sobre como que as famílias e a comunidade cuidam para os filhos crescerem bem ou com saúde?

- Você pode nos explicar como as famílias e a comunidade indígena previnem e buscam a cura das doenças infantis?

3. Notas:

3.1. Notas teóricas:

3.2. Notas metodológicas:

APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine no final deste documento, que está em duas vias. Uma dela é sua e outra é do pesquisador.

Título do projeto: O cuidado prestado à criança pela família e comunidade indígena na percepção dos profissionais de saúde

Pesquisador: Lucinéia Ferraz

Telefone para contato: 49-33291733 ou 9994-4242

Orientador: Prof^ª Dr^ª Enf^ª Astrid Eggert Boehs

Telefone: 48- 37219480

O **objetivo** desta pesquisa é compreender quais as percepções das equipes de saúde da família sobre os cuidados que a família e comunidade indígena prestam às suas crianças.

A sua participação na pesquisa consiste em responder um questionário através de entrevista que será realizado pela própria pesquisadora, sem qualquer prejuízo ou constrangimento para o pesquisado. Os procedimentos aplicados por esta pesquisa não oferecem risco a sua integridade moral, física, mental ou efeitos colaterais. As informações obtidas através da coleta de dados serão utilizadas para alcançar o objetivo acima proposto, e para a composição do relatório de pesquisa, resguardando sempre sua identidade.

Caso não queira mais fazer parte da pesquisa, favor entrar em contato pelos telefones acima citados. Este termo de consentimento livre e esclarecido é feito em duas vias, sendo que uma delas ficará em poder do pesquisador e outra com o sujeito participante da pesquisa.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____,
RG _____ CPF _____,
abaixo assinado, concordo em participar do estudo como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora Lucinéia Ferraz

sobre a pesquisa e, os procedimentos nela envolvidos, bem como os benefícios decorrentes da minha participação. Foi me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento.

Local: _____ Data ____/____/____.

Nome e assinatura do sujeito: _____

APÊNDICE C – Autorização para gravação e divulgação

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM - MINTER UFSC/UNOCHAPECÓ

Título da pesquisa: **O cuidado prestado à criança pela família e comunidade indígena na percepção dos profissionais de saúde**

Pesquisador: Lucineia Ferraz

Orientador: Profa Dra Astrid Eggert Bochs

Eu, _____,

permito que o pesquisador relacionado acima obtenha fotografia, filmagem ou gravação de minha pessoa para fins de pesquisa científica/ educacional. Concordo que o material e as informações obtidas relacionadas a minha pessoa possam ser publicados em aulas, congressos, eventos científicos, palestras ou periódicos científicos. Porém, minha pessoa não deve ser identificada, tanto quanto possível, por nome ou qualquer outra forma. As fotografias, vídeos e gravações ficarão sob a propriedade do grupo de pesquisadores pertinentes ao estudo e sob sua guarda.

Assinatura _____

ANEXOS

ANEXO A – Parecer do comitê de ética



UNIVERSIDADE COMUNITÁRIA REGIONAL DE CHAPECÓ
CAMPUS BOM FIM - CENTRO EDUCACIONAL
R. L. S. 271, DE 27 DE AGOSTO DE 2002
PUBLICADO NO DIÁRIO OFICIAL DE SANTA CATARINA DE 28/08/2002

AVENIDA SENADOR AITULO FONTANA, 591-E
TEL: (49) 3321-8000 / FAX (49) 3321-5203
CAIXA POSTAL 747
CHAPECÓ / SC | CEP 89809-000

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER CONSUBSTANCIADO

Pesquisador (a) Responsável: **Lucineia Ferraz**
Registro do CEP: **041/09**
Situação: **APROVADO**

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Comunitária Regional de Chapecó – UNOCHAPECÓ – analisou na reunião do dia **26.05.2009** o protocolo de pesquisa Nº. **041/09**, referente ao projeto de pesquisa: **“O CUIDADO PRESTADO A CRIANÇA PELA FAMÍLIA E COMUNIDADE INDÍGENA NA VISÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE”**.

Assim, mediante a importância social e científica que o projeto apresenta, a sua aplicabilidade e conformidade com os requisitos éticos, somos de parecer favorável à realização do projeto classificando-o como **APROVADO** – pois o mesmo atende aos requisitos fundamentais da Resolução 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/MS.

Solicita-se ao pesquisador o envio a este CEP, de relatórios parciais sempre quando houver alguma alteração no projeto, bem como o relatório final gravado em CD-ROM.

Chapecó, 27 de maio de 2009.

Jorge Luis Mattias

Coordenador do Comitê de Ética.


UNIVERSIDADE COMUNITÁRIA REGIONAL DE CHAPECÓ – UNOCHAPECÓ
End: Av. Sem. Atilio Fontana, 591-E, Bairro Itapirí- Cep: 89809-000 – Caixa Postal: 747- Chapecó – SC,
Email: cep@unochapeco.edu.br


ANEXO B – Termo concordância instituição envolvida

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DAS INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

Local e data: Chapecó, 20 de março de 2009.

Com o objetivo de atender às exigências para obtenção de parecer da Comissão de Ética em Pesquisa – CEP - UNOCHAPECÓ, os representantes legais das instituições envolvidas no projeto de pesquisa intitulado: **O cuidado prestado a criança pela família e comunidade indígena na visão dos profissionais de saúde**, declaram estar cientes e de acordo com seu desenvolvimento nos termos prepostos, salientando que os pesquisadores deverão cumprir os termos da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.


Assinatura Pesquisador


Assinatura e Carimbo do responsável da Instituição
Olívete Frazco Machado
Enfermeira nº 22652 - COREN/SC
DEI Interior - Saúde - Polo Santa Catarina
FUNASA/SC

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)