



O CUIDAR DA SAÚDE PARA A MULHER INDÍGENA HALITI-PARESI CARE FOR THE HEALTH OF HALITI-PARESI INDIGENOUS WOMEN

CUIDAR DE LA SALUD PARA LA MUJER INDÍGENA HALITI-PARESI

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

RESUMO

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

ABSTRACT

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

RESUMEN

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

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

INTRODUÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

OBJETIVO

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

MÉTODO

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

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

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

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

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

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

RESULTADOS E DISCUSSÃO

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

◆ Percepção das mulheres indígenas quanto à saúde

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ter uma saúde é não ficar doente (M9).

Saúde é a pessoa ser sadia (M10).

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

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

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

O cuidar da saúde para a mulher indígena...

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

♦ Autocuidado para promover a saúde e prevenir doenças

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

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

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

O cuidar da saúde para a mulher indígena...

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

◆ Comportamento adotado perante o agravo à saúde

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CONCLUSÃO

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

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

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

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

FINANCIAMENTO

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Mato Grosso.

Bolsa PROBIC, Universidade do Estado de Mato Grosso.

AGRADECIMENTOS

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

REFERÊNCIAS

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

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

O cuidar da saúde para a mulher indígena...

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Submissão: 16/06/2017

Aceito: 23/11/2017

Publicado: 01/03/2017

Correspondência

Érica Baggio

Av. Papa Paulo VI, 85

Bairro Bela Vista

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



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

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

ABSTRACT

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

RESUMO

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

RESUMEN

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

¹Nurse, University of the State of Mato Grosso/UNEMAT. Arenápolis (MT), Brazil. E-mail: baggio.1994@hotmail.com <https://orcid.org/0000-002-7895-5435>; ²Nurse, MsC Professor, University of the State of Mato Grosso/UNEMAT, Tangará da Serra (MT), Brazil. E-mail: vagnerschon@hotmail.com <https://orcid.org/0000-0001-8761-3325>; ³Nurse, PhD Professor, University of the State of Mato Grosso/UNEMAT. Tangará da Serra (MT), Brazil. E-mail: ana.claudia@unemat.br <https://orcid.org/0000-0001-8761-3325>; ⁴Nurse, MsC Professor, State University of Mato Grosso/UNEMAT. Cuiabá (MT), Brazil. E-mail: thalisehattori@gmail.com <https://orcid.org/0000-0003-4491-0375>; ⁵Nurse, Professor, Federal University of Mato Grosso/UFMT. Cuiabá (MT), Brazil. E-mail: marina.atanaka@gmail.com <https://orcid.org/0000-0003-3543-3837>; ⁶Physician, PhD Professor, Oswaldo Cruz Institute/IOC. Rio de Janeiro (RJ), Brazil. E-mail: elemos@ioc.fiocruz.com <https://orcid.org/0000-0003-3761-0200>

INTRODUCTION

Brazil is considered a country with a wide cultural diversity that currently faces very challenging intercultural issues, especially concerning the health of indigenous peoples. According to the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE), 896,917 thousand people declared or considered themselves indigenous, 572,083 thousand were living in rural areas and 324,834 thousand were living in cities. Based on these results, there has been a significant demographic growth that deserves attention from the administrative and management bodies that care for this Brazilian population segment.¹

A historical retrospective of indigenous health shows that only in the 1990s this became the responsibility of the Ministry of Health (MOH). Through the National Health Foundation (Funasa), the MOH created the Special Indigenous Sanitary Districts (SISDs) to improve health care, assuring them a holistic attention with respect to their ethnic and cultural differences, with actions necessarily integrated into the Unified Health System (SUS).²

In 2010, through the Special Secretariat of Indigenous Health (SESAI), the MOH assumed the execution and coordination of the Subsystem of Indigenous Health Care throughout the national territory, with the responsibility of developing and prioritizing actions for health promotion and prevention and recovery of diseases, in line with public policies and programs established by the SUS. As a result, specific policies were created, such as the 2002 National Indigenous Peoples Health Care Policy (PNASPI), which came to ensure a better quality of care provided, and to ensure the integrity and equity of health services, especially the articulation of native therapeutic practices and Western medicine that have repercussions on a new model of health care.^{2,3}

However, in the practice, the proposed health model has several administrative and assistance failures, raising a concern for the health of indigenous women.^{3,4} The transformations of the female figure in contemporary society, the recognition and conquest of their spaces have strengthened some characteristics that may make them more vulnerable, with consequent abandonment and/or loss of cultural identity with the need also for a confrontation in the management of a new social profile. This situation affects the health and quality of life of different social groups, especially

indigenous women, who represent a segment of the population that has had a notable growth.

The World Health Organization (WHO) defines health as complete physical, mental and social well-being and not merely as the absence of diseases, and also established that health should be a right guaranteed by the State. However, the behaviors of a population in face of their health problems, including the use of therapeutic resources, are built in the intimacy of their daily life, as result of the contact with their people, rising from their socio-cultural context.⁵

Several scholars, such as Leininger,⁶ have highlighted and emphasized the importance of associating cultural anthropology with the health area, because they consider this link to be fundamental to the understanding of the health-disease process. For example, indigenous peoples have their own concepts and perceptions of health and illness.

Therefore, prior knowledge of the signification of health in this community that determines the thinking and attitudes of the population towards the health-disease process is fundamental for the efficiency and quality of the health care actions of health professionals that assist these people.

OBJECTIVE

- To verify how indigenous women define and promote health.

METHOD

Qualitative, descriptive and exploratory study,⁷ held in the Wazare indigenous village, located in the so-called Chapadão do Parecis, in the municipality of Campo Novo do Parecis/MT, Brazil. The choice of the place was based on its geographical location in the indigenous land of Utiariti, a large indigenous settlement in Mato Grosso. The subjects of the research were 12 women who met the inclusion and exclusion criteria. The inclusion criteria were: being over 18 years of age, belonging to the Haliti-Paresí ethnic group, and understanding and speaking Portuguese (Brazil). The exclusion criteria were: women who were not present at the first moment of data collection. The determination of the sample size was based on the data saturation method.

Data collection took place in December 2015, in two moments conveniently established by the researcher herself. The first moment was intended for the presentation of the research to the women of the village and the second, for the realization

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

of the semi-structured interviews guided by a script prepared by the researcher including closed questions (sociodemographic aspects) and open questions (perception about health, health promotion and disease prevention and therapeutic practices used to restore health). The interviews were recorded with aid of a digital device only after authorization of the indigenous participant during the average period of 35 minutes. The questionnaire was applied individually in a reserved environment chosen by the participants.

The technique of content analysis in the Thematic modality was used to analyze the data,⁷ based on the Theory of Diversity and Universality of Cultural Care (TDUCC) by Madeleine Leininger (1925-2012). This theory recognizes that cultural factors influence the health-disease process and, as a tool, it makes professional knowledge and practice to become culturally grounded, conceptualized, planned and operationalized in the complex context of indigenous and non-indigenous peoples. For this, this theory uses an interrelated set of nursing concepts and hypotheses based on individual and social needs, including manifestations of behaviors related to care, beliefs and values, with the purpose of performing effective and satisfactory care.

Thus, upon completion of social interactions, the empirical material was read and transcribed verbatim. An alphanumeric coding was used for organizing the results and preserving the anonymity of participants. The letter W indicates woman and the numerical element only indicates the order of the discourse in the development of the analysis. Three categories stemmed from this analysis: 1) Perception of health of indigenous women; 2) Self-care to promote health and prevent diseases; and 3) Behavior adopted before health problems.

This study is part of a matrix study entitled "Health Situation of the Paresí" which is approved by the National Ethics Research Council (CONEP) under n° 819.939/2014 and Presentation Certificate for Ethical Assessment (CAAE): 04647412.0.1001.5541. All those involved agreed to voluntarily participate in the research and read and signed Informed Consent Terms (ICT).

RESULTS AND DISCUSSION

Twelve indigenous women aged between 20 and 59 years, with 2 to 7 children, participated in the study. Most of them had complete elementary school, were common-law married, and lived in a traditional Indian home. Most interviewees spent their time

Care for the health of Haliti-paresí indigenous...

caring for their families, their children and household chores, as well as handicrafts.

◆ Perception of health of indigenous women

The perceptions about the health-disease process of indigenous women deserve special attention because of the transformation in the roles assumed by women in society, which has a consequent reflection especially in their internal environment, with their people.⁸

In the study, the mention that health gives meaning to life reveals that they understand health as a social issue that goes beyond the biological dimension. Health is intrinsically related to personal and family well-being, and reported as a primordial thing that gives meaning to life.

Having the energy to do the tasks, to do everything. It is to live well (W1).

Health is to feel good, lighter, happier (W4).

[...] It is to be happy with life, to be good with myself (W7).

As the discourses show, the women attribute to the term health meanings that are associated with a set of health promotion actions of psychological and social dimensions. Thus, these expressions constitute a form of social representation of the way of understanding the health-disease process.

The representations of health and disease are not only cultural practices that allow the creation of knowledge, but also the interpretation of the society that produces them. Therefore, knowing the thoughts of an ethnic group make it possible to explain their attitudes, as well as raise possibilities to rethink more effective and strategic health actions, which are often different from those offered by health professionals in the indigenous context.⁹

In this perception, it is clear that the understanding of health is permeated by concepts legitimized and disseminated by science, as well as those legitimized by the tradition of the people.

In this way, each culturally established person or social group can not only know and define the ways in which they experience and perceive their world, but also relate those experiences and perceptions to their beliefs and health practices, which can consequently strengthen the prediction and planning of nursing care.⁵

In this study, although health perception was predominantly seen as essential to living well, some discourses supported the limited concept of health.

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

Health is to be without headache, pain in the body, without muscular pain (W3).

To have health is not to get sick (W9).

Health means the person to be healthy (W10).

This thought of health as an absence of disease, widely disseminated among the Western culture, can be observed in other ethnic groups, especially those located near urban areas. These ideas can continue to be fed in an indigenous community that is assisted by professionals with few technical skills and limited perspectives of social anthropology and health. Thus, in a scenario in which the professionals do not have the competence to deal with the vulnerabilities of this group, the consequences can be disastrous, and may influence the emergence or even the lack of perception of new problems.⁴

One of the main obstacles faced in the health care for this population is the non-indigenous assistive culture reproduced by many professionals and managers,⁴ who do not recognize the integrality of the indigenous people within their territory of values, remaining unrelated or in conflict with this plurality. For Cardoso,³ the problems of indigenous health are related to the low resolution of health actions in the local districts, high turnover of professionals, lack of infrastructure, resources and equipment for certain procedures and actions offered by SISDs, as well as the relative lack of integration and of an effective communication system with the other SUS care networks.

Although not enough to prevent recurrence of the various problems faced by the indigenous population in Brazil, the restructuring of indigenous health policies over the last 20 years and the consequent creation of SISDs since 1999 have not only brought the proposal of differentiated attention as one of the basic pillars in the formulation of health care models for indigenous peoples, but also the establishment of how services should be organized in order to ensure such differentiation.²

In the Funasa documents, especially in PNASPI (2002), differentiated attention is defined based on the cultural, epidemiological and operational specificities of this population, considering both traditional therapeutic practices and their articulation with the western biomedical practice.¹⁰

As a way of strengthening cultural aspects, this policy has as one of its guidelines the preparation of human resources to act in the intercultural context, with a special emphasis

Care for the health of Haliti-paresí indigenous...

on the training of Indigenous Health Agents (IHAs) as a strategy to improve the health care for this population. The purpose would not be to replace indigenous practices by Westerners, but to increase the indigenous collection of therapies and health care with articulation between different sets of knowledge and aiming, therefore, to improve the quality of life.^{4,10}

However, an evaluative report published on the health policy for indigenous populations in Brazil also indicates that despite the process of districting resulting from the creation of SISDs, the care model implemented in the districts follows the logic of service production. The topographic-bureaucratic concept of health districts as geographic, populational and administrative spaces where the units and services are coordinated still prevails to the detriment of the logic of health demands and problems and the need to reorganize work practices and processes. That is, the model is conceived more as an organizational model than as a care model.^{3,11}

In some speeches, also became apparent health binding care with hygiene, children, food and home.

[...] Having hygiene in the house, especially when it comes to eating. Mainly in the case of people who live in the village, taking care of the garbage around the house, in the village courtyard, taking care especially with the garbage inside the house. Then when my house is clean, I have the house clean, the canister clean (W3).

[Health] is to have a healthy diet, then personal hygiene, of the environment where one lives, is prevention (W5).

Taking good care of the house, of the children, having a good diet (W8).

The concern with basic sanitation, throughout history, has almost always been related to the transmission of diseases, justifying the discourses that emphasized sanitation to obtain health.³ The importance of basic sanitation services in disease prevention is undeniable, especially considering the current scenario marked by serious disparities between indigenous children and other Brazilian children, with a high mortality rate among the first linked to a high prevalence of infectious diseases, nutritional deficits, and poor access to health care services.¹²

However, although sanitation services are fundamental, this is not the only factor to improve the living conditions of the population. Sanitation should be incorporated into a development model that also addresses social issues. The way of living and interacting in this population contributes to the change of

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

this scenario, but attitudes such as the incentive to exclusive and prolonged breastfeeding, besides the consumption of indigenous traditional foods and preservation of the environment are often ignored in health care.¹³

Therefore, in the care for this population, the providers should be caution about the frequent actions rooted in the western culture and avoid to exclude the ways in which these subjects care and preserve their health within the community and that are determinant for their health-disease process. Thus, a nursing care aligned with the indigenous culture minimizes violence and violations against the inheritance and patrimony of these peoples.⁹

Therefore, a cross-cultural approach requires mutual learning in which all learn, transform and renew themselves in respect for each other and in the appreciation of human beings in their peculiarities. For this, it is essential the training and improvement of health professionals aiming at actions that articulate the open and participative dialogue focused on the care of the community into the managerial and assistance actions.^{4,14}

◆ Self-care to promote health and prevent diseases

The self-care developed by indigenous populations can be understood through social representations that, in the view of Durkheim,¹⁵ reflect how the group itself thinks about its relations with the objects that affect them.

In this study, although these representations demonstrated care in diverse extensions, their meanings presented some similarity and got closer when they put in evidence the health of the children.

I take care of the children really [...] I avoid that he [son] stays in the river for too long time or that he gets a cold, take the necessary precautions even, so they do not get sick (W1).

[...] I keep the house clean, I make food, I want them [children] to be well fed, so they do not get sick, well, healthier (W9).

Concern about caring for children may be related to maternal sensitivity and protection, as observed in some indigenous peoples who believe that parents are responsible for the disease process of their children, and that illness is a form of punishment in the face of possible failings of the parents.¹⁶

It was also observed that hygiene and cleanliness were mentioned as measures to promote health and prevent disease. Thus, these findings, coupled with the fact that most of the study participants are mothers who dedicate their time to caring for the

Care for the health of Haliti-paresí indigenous...

family and the house, refer to the traditional family model in which the woman has clearly defined roles. They, therefore, take on the role of good mothers, always willing, dedicated and responsible for the family space.⁴

Furthermore, the participants recognized that non-indigenous living habits are present in the daily lives of the community, and many of these contribute negatively to the health of their people.

For my daughter I always say, you have to eat little, because it is good for health, although everything that is bad we like, just like she likes a lot of soda. [...] I avoid too much soda for the kids, for my daughter, and that's no use, she likes skinny, but I try to control it, even for us, there at home (W4).

What is the main thing here is soda, right? that's what I said, let's drink it only on weekends (W11).

In some studies it is possible to notice that the westernization of the indigenous culture has caused great impact on the profile of these peoples and has contributed to the epidemic picture of obesity, anemia and hypovitaminoses.^{17,18} Nevertheless, in this study it was possible to verify that the indigenous people are aware and recognize these transformations as a problem and show concern for the search of means to promote health in their families.

Baggio et al.¹⁶ found in their research indicatives of nutritional deficiencies among Brazilian indigenous children in the last years, especially as a result of the incorporation of inappropriate life habits. These findings were confirmed in the present study. Women considered feeding as a fundamental care for health maintenance, and admitted the incorporation of low-nutrient foods and concern with their consumption. It is worth emphasizing that eating habits are learned early in life and that the type of food consumed is strongly influenced by cultural variables.

The change in food consumption among indigenous people towards a sugar-rich and salty diet can be explained, for the most part, by the proximity of the communities to the urban area. This aspect facilitates the access to industrialized products as well as the territorial restriction of these peoples. All these factors have contributed to the substitution of their way of subsistence that included hunting, planting and fishing, as pointed out by the I National Survey of Health and Nutrition of Indigenous Peoples conducted in 2008/2009.¹⁹ It is also possible to see that this new way of life in some ethnicities bring

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

risks to future generations, such as dissolution or abandonment of cultural aspects that maintains the roots and balance with nature.^{17,18}

Therefore, nursing professionals play a fundamental role, since they are more present and closer to these territories and have innumerable potentialities for the operationalization of care. In this sense, studies by the American nurse and anthropologist Madeleine Leininger are of paramount importance for the strengthening of nursing, as science and art, appreciating the beliefs, values and practices of the most diverse social groups during their professional assistance, insofar as it offers respectful and meaningful care to individuals within their diversity.²⁰

Transcultural Nursing provides a holistic and comprehensive framework for the coherent care of diverse cultures. A social group is believed to be able to guide the professionals to provide the type of care that they want and need, a fact that requires, therefore, knowledge of the cultural background, besides sufficient training for its effective application.^{21,9}

Thus, it is possible to promote health by adopting practices that are consistent with the beliefs and behaviors of the indigenous community, aiming at a therapeutic care based on the harmony of the popular and the technical-scientific spheres, thus forming a transcultural care.²⁰

◆ Behavior adopted before health problems

Indigenous peoples have peculiar perceptions about health, illness and treatment that are intrinsic to their culture. Their health problems are routinely treated with experienced people from their own community who hold knowledge of the history of the group and have the ability to deal with supernatural forces, the power of healing and prevention, called by many Indians as Shaman or Pajé.¹⁰ Thus, often their ills are taken to the care of this social representative.

The shaman always has their medicines, the pray, they pray at night, there is a leaf that they pass, it indicates the herbs that are right for people [...] (W9).

[...] When we need we give medicine, otherwise we will always treat it with medicine from here. Tea, we bathe with some grasses of the bush that the pajé tells us (W11).

As noted in the speeches, these women continue to use traditional practices, many of which are handed down from generation to generation. They are recognized by the

Care for the health of Haliti-paresi indigenous...

community as having the power to restore physical and spiritual health through the use of herbal teas and prayers.

They often choose to be treated first within the community and if the problem is not solved they seek a representative from the group to go the referral health service to receive care from doctors and/or nurses.

Oh, a lot of times, before going to the doctor, we try to give a natural remedy, that we do ourselves, and then if that doesn't solve the problem, we have to take him to the doctor (W5).

Look, here we use some traditional medicines that we, the mother of the people or even we know, and when we need it, we call health professionals, the health base (W3).

[...] We try to solve here in the village; if we can not cure the person, we communicate the pole and then go to town (W8).

These discourses reveal the distinct model of organization and assistance of the indigenous services proposed by the PNASPI that strengthens the ethnic-cultural preservation of this population. This new care model, which can be called "differentiated attention", takes into account cultural, epidemiological and daily specificities, with respect to the system of social representations, values and practices related to becoming ill.³

In this sense, the concept of inter-medicalization was observed. This is considered fundamental for the consolidation of the principles that govern the creation of the sub-system of attention to indigenous health: the recognition of indigenous therapeutic practices, including promoting the articulation of these practices with those of Western medicine.

[...] Here in the village is more the flu, right? Because of this drought, then we have homemade tea, along with the medicine, paracetamol, these basic things (M4).

Oh, a lot of times, before going to the doctor, we try to give a natural remedy, that we do ourselves, and then if that doesn't solve the problem, we have to take him to the doctor (W5).

When there is a need, we give medicine from the city, when that is not needed, we always get medicine from here, tea, we bathe with some weed (W7).

Although the interaction and use of both traditional indigenous medicine and western biomedical knowledge is common, there is still a lack of appreciation of indigenous traditional knowledge in the practices. An example of this is the study by Rissardo et al.²³ in which the practices of care for

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

newborns, from the point of view of Kaingang indigenous women, were analyzed and the author was able to conclusively demonstrate a devaluation of native cultural practices, even though the medical knowledge did not replace traditional indigenous care.

Lima et al.²⁴ also found a similar result when analyzing the performance of Family Health Strategy (FHS) nurses in the northeast of Paraíba regarding self-care practices of indigenous origin. According to this author, nurses were unaware of the historical and traditional context of the ethnic groups they assisted and underestimated their practices, vertically dictating other health behaviors from the non-indigenous culture.

Although the evolution of science and its importance in human development can not be denied, one can not fail to see that this is not the only truth to guide human life in society which, before the process of disease, is often mistakenly based in the exclusive strategy of therapeutic processes. Thus, it is necessary to consider that health is not reduced to the field of scientific medical knowledge and that its prospection must take into account the human being in all its historical and cultural context.^{20, 25}

CONCLUSION

This study allowed us to know the perceptions of Haliti-Paresí women on health, evidenced by the adoption of traditional indigenous and biomedical knowledge in the everyday life, which commonly occurs together with a greater appreciation of the popular knowledge applied within the community itself.

The cross-cultural approach of professionals with this population allows preserving indigenous traditions without ignoring scientific advances to improve the health condition, valuing the diversity of beliefs and cultures in the care process. Thus, professionals of different services must be prepared to assist this population that is vulnerable to contact with non-Indian ways and experiences.

Thus, preserving and respecting the traditional practices of these peoples is still a challenge for the health system and entities, which requires further discussion. Therefore, it is essential to know the cultural and social context and the real daily life of indigenous people and their families from the perspective of building a new paradigm to approach the health-disease process. It should be emphasized that training health professionals in higher education institutions regarding anthropological, philosophical and social

Care for the health of Haliti-paresí indigenous...

disciplines is still done in a timid manner, and not as something very important. In turn, in the practice, this brings as a result the desensitization and restricted view of a merely biomedical assistance.

Finally, some limitations were observed in this study, among them the sample size and the discussion of a single ethnicity. The authors highlight the need for further investigations on the theme to identify the similarities and differences on the care and relative behaviors to provide new information to guide health managers and practitioners in the planning of actions directed at indigenous people.

FINANCIAL SUPPORT

Foundation for Research Support of the State of Mato Grosso.

PROBIC scholarship, State University of Mato Grosso.

ACKNOWLEDGMENTS

The authors thank all members of the team from the State University of Mato Grosso, Federal University of Mato Grosso, Health Department of the State of Mato Grosso, the SISD-Cuiabá and the Oswaldo Cruz Foundation. They thank in special the Municipal Council of Campo Novo do Parecis-MT for facilitating access to the community and to all Haliti-Paresí women for their participation and for welcoming us in their territory.

REFERENCES

1. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Instituto Brasileiro de Pesquisa e Geografia. Os indígenas no censo demográfico 2010 [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2012 [cited 2018 Feb 06]. Available from: https://ww2.ibge.gov.br/indigenas/indigena_censo2010.pdf
2. Diehl EE, Langdon EJ. Transformations in the Indigenous Health Care: Tensions and Negotiations in a Brazilian Indigenous Context. *Universitas Humanística*. 2015 July/Dec;80:213-36. Available from: <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.UH80.tasi>
3. Cardoso MD. Health and indigenous peoples in Brazil: notes on some current policy mistakes. *Cad Saúde Pública*. 2014 Apr;30(4):860-6. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00027814>
4. Marinho G, Pontes ALM. Saúde indígena: políticas comparadas na América Latina. *Cad Saúde Pública*. 2017 Apr;33(3):e00024117.

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

Care for the health of Haliti-paresí indigenous...

Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00024117>

2015;28(3):241-52.

Doi:

<http://dx.doi.org/10.1590/1415-52732015000300002>

5. Terças ACP, Nascimento VF, Hattori TY, Zenazokenae LE, Atanaka M, Lemos ERS. Os haliti-paresí: uma reflexão sobre saúde e demografia da população residente nas terras indígenas paresí. Espaço Ameríndio. 2016;10(1):226-53. Doi:

<http://dx.doi.org/10.22456/1982-6524.60301>

6. Leininger M. Culture care theory: a major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. J Transcult Nurs. 2002 July;13(3):189-92. Doi:

[10.1177/10459602013003005](http://dx.doi.org/10.1177/10459602013003005)

7. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13th ed. São Paulo: Hucitec; 2013.

8. Ferreira MEV, Matsuo T, Souza RKT. Demographic characteristics and mortality among indigenous peoples in Mato Grosso do Sul State, Brazil. Cad Saúde Pública. 2011 Dec; 27(12):2327-39. Doi:

<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011001200005>

9. Langdon EJ, Wiik FB. Anthropology, health and illness: an introduction to the concept of culture applied to the health sciences. Rev Latino-Am Enfermagem. 2010 May/June;18(3):459-66. Doi:

<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000300023>

10. Silva CB. Profissionais de saúde em contexto indígena: os desafios para uma atuação intercultural e dialógica. Antropos [Internet]. 2013 [cited 2017 Aug 18];5(6):3-36. Available from:

<http://revista.antropos.com.br/downloads/dez2013/Artigo-1-Profissionais-de-saude-em-contexto-indigena-Cleonice-Barbosa-da-Silva.pdf>

11. Fundação Nacional de Saúde. Diagnóstico Situacional do Subsistema de Saúde Indígena: relatório inicial (revisado). Brasília: FUNASA; 2010.

12. Presidência da República (BR), Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Secretaria de Planejamento e Investimento Estratégico. Objetivos de desenvolvimento do milênio: relatório nacional de acompanhamento [Internet]. Brasília: IPEA; 2014 [cited 2017 Aug 19]. Available from:

<http://www.portalodm.com.br/publicacao/594/objetivos-de-desenvolvimento-do-milenio---relatorio-nacional-de-acompanhamento>

13. Sírio MAO, Freitas SN, Figueiredo AM, Gouvêa GDR, Pena JL, Machado-Coelho GLL. Duration of breastfeeding among the indigenous Xakriabá people living in the Minas Gerais state, Southeast Brazil. Rev Nutr.

14. Vilelas JMS, Janeiro SID. Transculturality: the nurse with skills in cultural competency. REME rev min enferm. 2012;16(1):120-7. Doi: <http://www.dx.doi.org/S1415-27622012000100017>

15. Valle IR. Concept reinterpreted during the century: from durkheim's individualist intellectual to bourdieu's collective intellectual. Rev Inter Educ Sup. 2017;4(1):95-111. Doi:

<http://dx.doi.org/10.22348/riesup.v4i1.8650711>

16. Baggio E, Grein TAD, Demarchi RF, Mariano MM, Nascimento VF, Hattori TY, et al. Disease process of the indigenous child and its implications for infant mortality. J Manag Prim Heal Care. 2015;6(1):134-47. Available from:

https://www.researchgate.net/publication/314108154_Processo_de_adoecimento_da_crianca_indigena_e_suas_implicacoes_para_a_mortalidade_infantil_Disease_process_of_the_indigenous_child_and_its_implications_for_infant_mortality_Proceso_de_la_enfermedad_de

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

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

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

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

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

<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rnufen/v4n2/a03.pdf>

21. Henckemaier L, Siewert JS, Tonnera LCJ, Alvarez AM, Meirelles BHS, Nitschke RG.

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

Care for the health of Haliti-paresí indigenous...

Leininger's transcultural care from the perspective of postgraduate programs in nursing: integrative review. *Ciênc Saúde*. 2014 Sept;7(2):85-91. Doi: 10.15448/1983-652X.2014.2.15772

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

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

24. Lima MRA, Nunes MLA, Klüppel BLP, Medeiros SM, Sá LD. Nurses' performance on indigenous and African-Brazilian health care practices. *Rev Bras Enferm*. 2016 Sept/Oct;69(5):840-6. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690504>

25. Ferreira LO. The emergence of traditional indigenous medicine in the public policy field. *Hist Ciênc Saúde - Manguinhos*. 2013 Jan/Mar;20(1):203-19. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702013000100011>

Submission: 2017/06/16

Accepted: 2017/11/23

Publishing: 2018/03/01

Corresponding Address

Érica Baggio
Av. Papa Paulo VI, 85
Bairro Bela Vista
CEP? 78420-000 – Arenópolis (MT), Brazil

Copyright of Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE is the property of Revista de Enfermagem UFPE and its content may not be copied or emailed to multiple sites or posted to a listserv without the copyright holder's express written permission. However, users may print, download, or email articles for individual use.