PERCEPÇÕES DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE O CUIDADO PROFISSIONAL ÀS CRIANÇAS INDÍGENAS¹

Lucineia Ferraz*

Astrid Eggert Boehs**

Gisele Cristina Manfrini Fernandes***

RESUMO

Estudo qualitativo que objetivou conhecer as percepções dos profissionais das equipes de saúde da família sobre o cuidado que estes prestam às crianças indígenas. Foram realizadas entrevistas em profundidade com nove profissionais que atuam nas equipes de saúde, em duas Terras Indígenas de Santa Catarina, Brasil. Da análise de conteúdo emergiram as categorias, as quais foram discutidas à luz da Teoria de Madeleine Leininger. O perfil dos entrevistados se caracterizava pela idade jovem e pela falta de capacitação específica para trabalhar na atenção em saúde indígena e rotatividade no emprego. Duas categorias emergiram: maneiras de fazer o cuidado, e a relação da equipe com os líderes e comunidade indígena. As contradições entre o desejo de respeitar as práticas dos povos indígenas e a ansiedade em resolver as necessidades de saúde favorecem condutas impositivas do cuidado profissional. Obstáculos na comunicação estão entre as dificuldades encontradas pela equipe. O cuidado à criança segue um modelo coletivo nesta população, em que lideranças indígenas avaliam o trabalho dos profissionais.

Palavras-chave: População Indígena. Criança. Saúde da Família. Enfermagem em Saúde Comunitária.

INTRODUÇÃO

O cuidado com a saúde da criança é prioridade na política brasileira de Atenção Básica com o enfoque específico das ações, busca a mudança dos indicadores de saúde da criança no Brasil a partir do trabalho multiprofissional das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF). A atenção integral à saúde da criança é abordada na assistência às famílias visando a promoção da saúde, a prevenção dos agravos, e as ações curativas e de reabilitação⁽¹⁾.

Desde 1999 o Ministério da Saúde (MS) assumiu, por meio da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), a responsabilidade pela atenção integral à saúde das populações indígenas do território brasileiro, estruturando e operacionalizando o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Este está organizado em Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), os quais se articulam ao Sistema Único de Saúde (SUS)⁽²⁾.

Adicionalmente, houve mudanças no sistema

de saúde indígena com criação da Portaria do MS nº 2.656, de 17 de outubro de 2007, que define a composição das Equipes Multidisciplinares de Atenção Básica à Saúde Indígena (EMSI), a partir de dois núcleos: I) Núcleo Básico de Atenção à Saúde Indígena, responsável pela execução das ações básicas de atenção a esta população e composto por profissionais de saúde; II) Núcleo Distrital de Atenção à Saúde Indígena, responsável pela execução das ações de atenção integral à saúde da população indígena. Aos municípios coube definir em conjunto com a Funasa, o perfil dos profissionais para as EMSI⁽³⁾. Os profissionais que integram as EMSI e que atendem a população de determinadas terras indígenas estão também vinculados à ESF dos respectivos municípios, tendo recebido as capacitações introdutórias para este trabalho.

Um aspecto importante a considerar é que as equipes quando trabalham dentro das áreas indígenas, saem do espaço de trabalho de nossa sociedade para se integrar no espaço próprio destas populações. Neste sentido, os profissionais das equipes precisam conhecer as

¹Trabalho originário de dissertação de mestrado em enfermagem, defendida em fevereiro de 2010. Artigo original.

*Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina. E-mail: luferraz@unochapeco.edu.br

**Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: astridboehs@hotmail.com

***Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional de Blumenau - FURB. E-mail: gisamanfrini@terra.com.br

regras de convivência preexistentes neste diferente espaço de trabalho e criar novas regras de convivência da equipe⁽⁴⁾.

Os profissionais que integram a equipe de saúde da família em territórios indígenas, como o enfermeiro que em suas atribuições assistenciais e de liderança dos auxiliares e técnicos em enfermagem e agentes comunitários de saúde, deparam-se mais facilmente com as oportunidades de cuidado à criança e família na diversidade étnica. No entanto, apesar das pesquisas já empreendidas⁽⁵⁻¹⁰⁾, cujo tema está focado na cultura e saúde, ainda existe uma lacuna sobre como estes profissionais da ESF que trabalham nas Terras Indígenas (TIs) enfrentam e percebem seu trabalho.

O objetivo desta pesquisa é conhecer as percepções dos profissionais das equipes de saúde da família sobre o cuidado que estes prestam às crianças indígenas.

O referencial teórico foi embasado nos conceitos da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural da enfermeira e antropóloga Madeleine Leininger, complementado por outros autores.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo de natureza qualitativa, desenvolvido com duas equipes de ESF que atuam em Terras Indígenas (TI) de etnias Kaingang e Guarani, no sul do Brasil.

Tais TIs têm características gerais semelhantes, ambas estão localizadas em áreas rurais de dois municípios, sendo divididas pelas etnias Kaingang e Guarani. A população indígena em Santa Catarina é de 16.041 pessoas, sendo 7.680 residentes em área urbana e 8.361 em área rural, segundo resultados preliminares do Universo do Censo Demográfico de 2010⁽¹¹⁾.

As unidades básicas de saúde apresentam estruturas físicas diferenciadas, pois variam quanto ao tipo de sede, as quais vão desde salas improvisadas (no salão comunitário, nas escolas) cedidas pela comunidade, a construções apropriadas e que dispõem de toda a estrutura material necessária para a atuação das equipes da ESF (consultórios médico e odontológico, sala de espera, sala de procedimentos e banheiros).

A coleta de dados ocorreu no período de junho a dezembro de 2009, através de entrevistas

individuais em profundidade, nos locais e nos horários escolhidos pelos informantes. Os informantes que consentiram participar do estudo foram nove profissionais de saúde. As entrevistas tiveram duração média de uma hora e meia e foram gravadas sob autorização dos participantes. O formulário-guia da entrevista tinha uma parte destinada à identificação dos entrevistados, e outra com uma pergunta inicial, desencadeadora dos depoimentos. As demais perguntas foram focadas no aprofundamento dos dados relacionados ao objetivo do estudo.

A análise dos dados ocorreu concomitante à coleta e seguiu a proposta de Leininger^(12,13) nas duas primeiras fases: descrição, organização dos dados brutos e identificação de subcategorias e categorias.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com o registro de nº 041/09. Para garantir o anonimato dos informantes foram utilizadas apenas abreviações de cada profissão, seguida do número correspondente à ordem de informantes entrevistados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Perfil dos profissionais de saúde

Dentre os nove profissionais das duas equipes de ESF, participaram: um médico, um dentista, dois enfermeiros e cinco técnicos de enfermagem (três deles de origem indígena). Quanto ao gênero os informantes eram oito mulheres e um homem. Trata-se de profissionais jovens, com idade de 20 a 49 anos. Os três técnicos de enfermagem de origem indígena tinham idade acima de 33 anos. O tempo médio de atuação na área da saúde entre os entrevistados era de oito anos, e na assistência à população indígena era de dois anos e seis meses.

Com relação à capacitação que os profissionais receberam para trabalhar com a população indígena, constatou-se que somente três técnicos de enfermagem tiveram formação específica, isto é, o curso técnico de enfermagem para povos indígenas. Quanto aos demais profissionais enfermeiros, dentista, médico e técnicos de enfermagem, relataram que apenas receberam cursos de atualização de curta duração promovidos pela FUNASA. Segundo os informantes, nessas capacitações foram

abordados temas gerais voltados para o desenvolvimento dos programas de saúde como: vacinação, saúde da criança, saúde da mulher para a população em geral, sem abordar especificamente a abordagem a população indígena.

O foco do modelo da ESF é a assistência integral a família e a comunidade, o que necessita um forte vínculo entre os profissionais e a população assistida. Consta-se nos dados que o tempo médio dos profissionais nas TIS é de 2 anos e meio, mostrando que existe uma rotatividade destes profissionais, tal qual é apresentado na literatura com relação a ESF que é alta, principalmente entre os médicos. Em relação aos enfermeiros esta rotatividade também ocorre, mas é menor. Quanto aos motivos dessa rotatividade, destacam-se o vínculo precário na contratação dos profissionais, problemas políticos entre profissionais e os gestores, bem como a falta de satisfação profissional nas atividades desenvolvidas no âmbito dessa política⁽¹⁴⁾.

Cabe dizer que a capacitação dos profissionais, feita somente com cursos gerais da ESF sem abordar conteúdos focados na diversidade cultural, contribui para a imposição cultural. Sobre a falta de capacitação dos profissionais que trabalham com a população indígena, outros estudos⁽¹⁵⁾ também obtiveram esse resultado, referindo que frente à ausência de capacitação adequada, seja esta de forma contínua, como recomendado pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas - PNASPI, ou de cursos pontuais, resulta na falta de preparação por parte dos profissionais para o trabalho em contextos étnicos específicos.

Analisando os dados sobre a rotatividade dos profissionais e a falta de noção antropológica para assistir essa população, infere-se que há dificuldade na aplicação dos três modos de ações e decisões no cuidado, proposto pela teoria de Leininger, a saber: preservação/manutenção, acomodação/negociação, padronização/reestruturação do cuidado, o que é fundamental para evitar o etnocentrismo e prestar um cuidado culturalmente congruente⁽¹⁶⁾.

No que se refere a percepção dos profissionais sobre seu trabalho, emergiram duas categorias: maneiras de fazer o cuidado e a

relação da equipe com os líderes e comunidade indígena.

Maneiras dos profissionais realizarem o cuidado

São descritas duas subcategorias que representam os achados desta categoria: a postura dos profissionais frente aos cuidados populares do povo indígena e a comunicação.

No tocante à postura dos profissionais frente aos cuidados diretos e de educação em saúde, os resultados mostram que esta não é fixa ou rígida e difere entre os profissionais. Referem que procuram respeitar a cultura da população, mas se confrontam com o dever profissional, o que necessita diferentes posturas em suas ações. Os informantes referem que é necessário conhecer e respeitar os cuidados realizados pela população indígena:

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

Embora tenham mencionado respeito aos cuidados indígenas, procuram supervisionar os tratamentos prescritos e coibir o que os profissionais consideram prejudicial, através das visitas domiciliares.

Eu andei recolhendo medicamentos, casa por casa. Ia lá na prateleira e olhava: ah! Este aqui você pegou aquele dia tal, então esse você não vai mais usar (TE 2).

Nas ações de cuidado realizadas pelos profissionais na assistência à criança há dificuldade em descobrirem um ponto de equilíbrio entre os deveres de sua cultura profissional e o respeito à cultura da população a quem prestam o cuidado. Quando os informantes descrevem o cuidado, deixam transparecer o poder do dever profissional, e conseqüentemente a imposição do cuidado profissional. A imposição do cuidado se dá quando os profissionais de saúde colocam seus valores, suas crenças e práticas, sobre outras culturas, acreditando que suas ideias são as mais adequadas ou verdadeiras e, assim, superiores às do outro grupo, postura essa, embasada na orientação cultural dominante. Deste modo, fica evidente a imposição do modelo explicativo científico, do sistema profissional de saúde sobre

o sistema popular de cuidado, com o qual a população está mais habituada⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

Outro dado que merece destaque é que a proximidade territorial das equipes de saúde com os domicílios e favorecidos pela política da ESF têm livre trânsito nos domicílios, o que lhes permite exercer uma vigilância direta, tal qual mencionada acima.

Igualmente nas ações de educação à saúde da população indígena, os informantes referem que consideram relevante o saber popular, e buscam não impor seus conceitos. Relatam também que é necessária persistência para ensinar os cuidados.

Às vezes, tem que entender a forma deles, e tu não podes ir muito além do que pode fazer [...]. Eu cheguei lá e fui conhecendo eles devagarzinho, a família, o meio deles [...] eu não cheguei impondo (TE 1).

Por outro lado, nota-se no depoimento dos informantes, que existe concordância com o saber e a prática popular, desde que este esteja de acordo com o saber profissional.

A médica não proíbe a cultura [...] ela respeita, desde que tenha os cuidados que deve ser (TE 5).

Revelam que é preciso explicar diversas vezes o cuidado a ser realizado, necessitando insistir e repetir muito a mesma informação:

[...] de vagarinho a gente foi conversando, meio que se igualando a eles, dando exemplo [...]. A gente repete e repete e quando a gente nota que a resistência é maior, a gente continua repetindo (ENF 1).

Um problema a considerar na imposição cultural é a existência de um viés cultural também denominada de etnocentrismo, isto é, 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⁽¹⁷⁾. Cabe destacar que essa imposição do cuidado profissional pode gerar ainda dificuldades na comunicação com a população, podendo interferir de forma significativa na assistência prestada. Essa postura vem de encontro à posição de Leininger⁽¹⁴⁾ que enfatiza a necessidade de conhecer e valorizar a cultura do outro, para que o cuidado prestado seja congruente.

Conflitos culturais podem ser minimizados pelos profissionais de saúde ao reconhecerem os

diferentes sistemas de cuidado e as práticas de saúde existentes entre as culturas. Todavia, não impor um sistema de saúde numa relação dominante com outra cultura, requer que se conheça profundamente o sistema de saúde para, desta maneira, evitar mudanças indesejadas à cultura de cuidado do outro. Ademais, muito pode ser aprendido com os diferentes sistemas de saúde, e assim, aprender novas maneiras de cuidar⁽¹⁶⁾.

Ainda sobre a postura profissional na educação em saúde, os informantes também relatam que a equipe deve acompanhar os indígenas após as orientações profissionais, sempre que possível demonstrar as práticas de cuidado, e após isso, observar as famílias executarem-nas.

Examina-se a criança: se está com sobrepeso, ou se está começando a ficar em risco nutricional, a gente já fala para eles {pais} e mostra a carteirinha, mostra o pontinho na curva de peso (ENF 2).

Os informantes que já têm maior experiência avaliam que a prática da educação em saúde tem um impacto positivo na vida da criança, 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.

Tinha muita criança com baixo peso, 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).

Observa-se que o conhecimento indígena é dinâmico, criativo e sujeito às influências, perfazendo negociações e renegociações constantes entre as diferentes formas de saber médico⁽¹⁸⁾.

Apesar dos resultados positivos mencionam encontrar dificuldades em desenvolver tal prática, por conta da fragilidade na comunicação com as mães, pela influência negativa das crenças geracionais, pela valorização da medicalização, pelas condições precárias de moradia muito diferentes e outros motivos.

No que tange à subcategoria comunicação com a população indígena, os informantes revelam que vivenciam situações de difícil

comunicação nas ações de cuidado, sobretudo pela diferença da linguagem. Diante disso, as equipes buscam o apoio de membros da comunidade que falam a língua portuguesa para auxiliá-los, traduzindo a conversa da equipe com a população assistida.

As palestras lá na creche, a professora tem que estar traduzindo {para as crianças}. As crianças conversam entre elas, mas você 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.

Às vezes a gente nota que eles {indígenas} não querem conversar [...]. Já aconteceu várias vezes de eu atender uma pessoa e ela não falar uma palavra, só respondia com a cabeça, sim e não” (Outro profissional 1).

As percepções dos profissionais direcionam para uma sensibilidade cultural frente aos cuidados populares do povo indígena e estratégias para lidar com as diferenças culturais nesta relação assistencial.

Em relação à comunicação, percebe-se que são marcantes as dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde, seja pela linguagem, como também na falta de diálogo e de interação dos profissionais e da população indígena. Supõe-se que essa fragilidade no diálogo possivelmente esteja relacionada ao fato de alguns profissionais estarem há pouco tempo atuando nas terras indígenas e, conseqüentemente, não compreenderem as expressões linguísticas e culturais dessa população, ou por não compreenderem que o tempo para se expressar e adquirir confiança na equipe pode ser diferente entre as culturas. Há de se considerar também que o poder permeia a postura e as condutas do profissional de saúde exercendo grande influencia sobre a população e sobre o acolhimento da mesma^(19,20).

Diante disso, ressalta-se que a comunicação depende também da compreensão da equipe de saúde sobre a visão de mundo, as crenças, os valores e costumes da população que está sob seus cuidados. Contudo há a necessidade de os profissionais adquirirem uma noção melhor do conceito de cultura, considerando a dinâmica cultural e ainda a utilização de uma teoria

norteadora para o alcance da congruência do cuidado. A Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger fornece uma estrutura conceitual suficientemente clara para a prática de enfermagem, possibilitando a aproximação desejada entre os diferentes sistemas culturais de cuidado à saúde, e um importante guia para enfermeiros assistenciais e líderes de equipes em terras indígenas.

A relação da equipe com os líderes e comunidade indígena

Nesta categoria, evidencia-se que as equipes de saúde têm o apoio da comunidade indígena no cuidado à criança, sendo que o cuidado não se constitui apenas na forma individual e familiar, mas também uma tarefa coletiva. Entre os participantes da rede de proteção infantil, além dos profissionais de saúde, destacaram-se os líderes, professores e voluntárias da Pastoral da Criança.

Os líderes, que são os denominados caciques das comunidades indígenas, fiscalizam o trabalho da equipe de saúde, formulando juízo sobre as atividades desenvolvidas:

Se eu faço a avaliação de uma criança [...] tenho que dar uma boa orientação, justificar, porque senão a liderança vem cobrar (ENF 1).

Ainda, os informantes revelam que, os líderes e a comunidade também fiscalizam e impõem mudanças de profissionais de saúde nas equipes, quando não se sentem satisfeitas.

Se eles {comunidade indígena} não gostarem do meu trabalho, a comunidade pede para a liderança me tirar {da equipe}. (Outro profissional 1).

Além do papel de controlador das equipes de saúde, as lideranças exercem uma função importante de apoio e de ajuda aos profissionais quando necessário:

Quando uma criança sempre volta de baixo peso, a gente leva para a liderança [...]. Então a gente nota que a liderança tem um domínio em cima deles [...] (ENF 1).

Os professores da escola exercem um papel fundamental de apoio à equipe de saúde nos cuidados às crianças indígenas. Os professores identificam as crianças que necessitam de assistência e as levam ou as encaminham à unidade de saúde.

Na escola as professoras são bem atenciosas. As crianças ficam doentes elas trazem até no posto (TE 3).

De acordo com os informantes, a escola faz a intermediação do cuidado prestado pela equipe às crianças, por meio da participação nas ações de promoção à saúde que são desenvolvidas:

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, no qual se trabalha com os professores, desenvolvendo a saúde dos alunos (ENF 2).

Contam também com o apoio das mulheres voluntárias da Pastoral da Criança, as quais são indígenas e moradoras das comunidades, para acompanhar o crescimento/desenvolvimento infantil e promover ações de prevenção de agravos de saúde.

A pastoral da criança faz o lanche {no dia da pesagem}. Bolo com multimistura, suco, leite, bolacha [...] e ajudam nas orientações e na pesagem (TE 5).

Na percepção dos profissionais, a presença, o intermédio e o apoio de líderes indígenas e outros agentes da comunidade ajudam a legitimar as ações e cuidados oficiais de saúde, interferindo de certa forma na cultura, ao tentar sincronizar o popular com o profissional.

Assim, o papel do agente de saúde na equipe de Saúde da Família é essencial, pois o mesmo pertence àquela comunidade, conhece as potencialidades e necessidades de saúde e cultura da população e os desafios para enfrentá-los⁽²¹⁾.

Cabe lembrar, que a ESF tem em seus princípios de atuação, a integração e o vínculo com a comunidade, a humanização do cuidado, a integralidade, bem como o desenvolvimento de ações intersetoriais. De acordo com o Ministério da Saúde, os profissionais das equipes da ESF devem planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às reais necessidades da comunidade, articulando os diversos setores, estabelecendo uma permanente interação com a comunidade, no sentido de mobilizá-la, estimular sua participação e envolvê-la nas atividades de promoção à saúde, para que as ações de saúde sejam mais acolhedoras e resolutivas^(20,21).

Mediante a análise dos resultados desta pesquisa, é possível dizer quão desafiante é 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, as diferenças de valores, crenças e hábitos culturais devem ser reconhecidos e respeitados, sem que haja imposições dos valores por parte dos profissionais de saúde, e sim manejo e habilidades para lidar com tais diferenças na prestação dos cuidados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Retornando ao objetivo deste estudo cumpre enfatizar que os profissionais encontram obstáculos na comunicação, pela dificuldade de entender a linguagem, pelo silêncio e pouca interação das famílias indígenas. Pesquisas futuras poderão aprofundar conhecimentos sobre as reais dificuldades neste encontro intercultural, buscando tecnologias para um diálogo efetivo.

Quanto à postura no desenvolvimento de suas ações, há vontade dos profissionais em respeitar o cuidado efetuado pelas famílias e a comunidade indígena, no entanto, há dificuldade em realizar uma escuta atenta e despida de sua cultura pessoal e profissional, o que pode estar levando à inibição e ao silêncio das mães das crianças quando estão no ambiente da unidade de saúde. A rotatividade dos profissionais e a falta de uma capacitação mais sólida com bases na antropologia dificultam o cuidado culturalmente congruente. Desta forma, há necessidade de novas pesquisas, entre as quais, sugere-se conhecer mais acerca das diferenças existentes na relação da população indígena com os profissionais.

Para a Enfermagem é necessário conhecimento de como os profissionais de nível médio procedentes dos povos indígenas realizam seu cuidado e como enfrentam as diferenças entre o conhecimento profissional e as práticas populares. Os conflitos culturais existentes na prática de profissionais sem descendência indígena estão fortemente presentes neste estudo, porém pouco se sabe sobre as formas em que se expressam os conflitos culturais nos profissionais indígenas. Também se devem

buscar mais dados sobre a relação dos enfermeiros com os agentes de saúde moradores e integrantes destes povos. O controle das lideranças indígenas sobre os profissionais de saúde, relatada de forma ainda incipiente nos dados desta pesquisa, também merece aprofundamento.

Com relação à assistência propriamente dita, os dados mostram que há tendência dos profissionais de impor as suas crenças, práticas e

valores sobre outra cultura, pela própria formação acadêmica onde é incutida a hegemonia profissional nos seus cuidados à saúde. Desta forma, iniciativas e projetos dos gestores municipais devem incluir a educação permanente dos profissionais em terras indígenas, no sentido de trabalhar com um conceito de cultura que os ajude a refletir sobre suas ações e reconhecer seus valores culturais dominantes e tendências etnocêntricas.

PERCEPTIONS OF FAMILY HEALTH TEAMS ON PROFESSIONAL CARE FOR INDIGENOUS CHILDREN

ABSTRACT

This qualitative study aimed to identify the professionals' perceptions of family health teams on the care provided for indigenous children. Depth interviews have been conducted with nine professionals who work in the health teams in two Indigenous Settlements of Santa Catarina, Brazil. Data content analysis has been discussed in the light of Madeleine Leininger's Theory. Young adults have characterized the interviewees' profile, lack of specific training to work with indigenous health care and job turnover. Two categories have come up: ways to develop care and relationship between the team leaders and indigenous community. Contradictions between the desire to respect indigenous costumes and the anxiety to solve their health needs have favored the necessary behavior on professional care. Communication obstacles are among the difficulties encountered by the team. Childcare has followed a collective model on that population, in which indigenous leaders evaluate the professionals work.

Keywords: Indigenous Population. Child. Family Health. Community Health Nursing.

PERCEPCIONES DE LOS EQUIPOS DE SALUD DE LA FAMILIA SOBRE EL CUIDADO PROFESIONAL DE LOS NIÑOS INDÍGENAS

RESUMEN

Estudio cualitativo que tuvo por objeto conocer las percepciones de los profesionales de los equipos de salud para la familia, sobre el cuidado que los mismos ofrecen a los niños indígenas. Fueron realizadas entrevistas completas con nueve profesionales que actúan en los equipos de salud, en dos Poblaciones Indígenas de Santa Catarina, Brasil. El análisis de los datos fue discutido con base a la Teoría de Madeleine Leininger. El perfil de los entrevistados se caracterizaba por la edad joven y por la falta de capacitación específica para trabajar atendiendo a la salud indígena y la rotación en el empleo. Así, aparecieron dos categorías: la manera de realizar el cuidado y la relación del equipo con los líderes y la comunidad indígena. Las contradicciones entre el deseo de respetar las prácticas de los pueblos indígenas y la ansiedad por resolver las necesidades de la salud favorecen las conductas impositivas sobre el cuidado profesional. Los obstáculos en la comunicación aparecen entre las dificultades encontradas por el equipo. El cuidado de los niños sigue un modelo colectivo en esa población y los líderes indígenas evalúan el trabajo de los profesionales.

Palabras clave: Población Indígena. Niño. Salud de la Familia. Enfermería en la Salud Comunitaria.

REFERÊNCIAS

1. Roncalli AG, Lima KC. 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* 2006; 11:713-24.
2. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Programa saúde indígena: etnodesenvolvimento das sociedades indígenas. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.
3. Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Atenção básica e especializada aos povos indígenas: regulamentação dos incentivos. Brasília (DF): Fundação Nacional de Saúde; 2007.

4. Mendonça SBM. Relação médico-paciente: valorizando os aspectos culturais x medicina tradicional. In: Yamamoto, RM, organizador. Manual de atenção à saúde da criança indígena. Sociedade Brasileira de Pediatria. Brasília (DF): Fundação Nacional de Saúde; 2004.
5. Orellana JDY. Estado nutricional e anemia em crianças Suruí, Amazônia, Brasil. *J Pediatr*. 2006 Out; 82(5):383-8.
6. Langdon EJ, Wiik FB. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. *Rev. Latino-am Enfermagem*. 2010 Jun [cited 2010 Dec 22]; 18(3):459-66.
7. Leite MS, Santos RV, Coimbra Júnior CEA. Sazonalidade e estado nutricional de populações indígenas: o caso Wari', Rondônia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2007 Nov; 23(11):2631-42.

8. Picoli RP, Adorno RCF. Cuidado à saúde de crianças kaiowá e guarani: notas de observação de campo. *Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Humano*. 2008 Abr; 18(1):35-45.
9. Figueiredo GLA, Mello DF. Atenção à saúde da criança no Brasil: aspectos da vulnerabilidade programática e dos direitos humanos. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2007 Nov-Dez; 15(6):1171-6.
10. Monticelli M, Boehs AE, Guesser JC, Gehrman T, Paiva K. Perfil de dissertações que utilizam a Teoria de Leininger vinculadas a um programa de mestrado em enfermagem do sul do país. *Cienc Cuid Saúde*. 2008 Out-Dez; 7(4):439-46.
11. IBGE. Resultados Preliminares do Universo do Censo Demográfico 2010 [acesso 2011 Mai 20]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/preliminar_tab_zip.shtm
12. Leininger MM. *Culture care diversity and universality: a theory of nursing*. New York: National League for Nursing Press; 1991.
13. Leininger MM. Overview of the theory of culture care with the ethnonursing research method. *J Transcult Nurs*. 1997 Jan-Jun; 8(2):32-52.
14. Medeiros CRG, Junqueira ÁGW, Schwingel G, Carreno I, Jungles LAP, Saldanha OMFL. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva* [serial on the Internet]. 2010 Jun [cited 2010 Dec 22]; 15(Supl1): Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700064
15. Langdon EJ, Diehl EE, Wiik FB, Dias-Scopel RP. A participação dos agentes indígenas de saúde nos serviços de atenção à saúde: a experiência em Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [serial on the Internet]. 2006 Dec [cited 2010 Dec 22]; 22(12):2637-46. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v22n12/12.pdf>
16. Leininger MM, Mcfarland MR. *Culture care diversity and niversality: a Worldwide Nursing Theory*. New York (NY): McGraw-Hill; 2006.
17. Leininger MM, Mcfarland MR. *Transcultural nursing: concepts, theories, research & practice*. New York: McGraw-Hill; 2002.
18. PEREIRA, Pedro Paulo Gomes. Limites, traduções e afetos: profissionais de saúde em contextos indígenas. *Mana* [online]. 2012, vol.18, n.3 [cited 2013-03-22], pp. 511-538.
19. Monticelli M, Boehs AE. A família na unidade de internação hospitalar: entre o informal e o instituído. *Rev. esc. enferm. USP*. 2007 Set; 41(3):468-77.
20. Coelho MO, Jorge MSB. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. *Ciênc. saúde coletiva*. 2009; 14(Supl1):1523-31.
21. Alves GG, Aerts D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011 Jan; 16(1):319-25.

Endereço para correspondência: Lucineia Ferraz, Rua Condá 530E, apartamento 101, CEP 89801-130, Chapecó, Santa Catarina.

Data de recebimento: 15/05/2012

Data de aprovação: 15/03/2013