

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CINARA THAIS SILVA DE BRITO

**PROTOCOLO DE ATENÇÃO AO PORTADOR DE DOENÇAS CRÔNICAS
ADAPTADO ÀS VULNERABILIDADES DA SAÚDE INDÍGENA: REFLETINDO
SOBRE MULTICULTURALIDADE NO DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL
INDÍGENA (DSEI) CUIABÁ**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CINARA THAIS SILVA DE BRITO

**PROTOCOLO DE ATENÇÃO AO PORTADOR DE DOENÇAS CRÔNICAS
ADAPTADO ÀS VULNERABILIDADES DA SAÚDE INDÍGENA: REFLETINDO
SOBRE MULTICULTURALIDADE NO DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL
INDÍGENA (DSEI) CUIABÁ**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área: Doenças Crônicas Não Transmissíveis.- do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Professor Orientador:

M.Sc. Cláudio Claudino da Silva Filho

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado “**PROTOCOLO DE ATENÇÃO AO PORTADOR DE DOENÇAS CRÔNICAS ADAPTADO ÀS VULNERABILIDADES DA SAÚDE INDÍGENA: REFLETINDO SOBRE MULTICULTURALIDADE NO DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA (DSEI) CUIABÁ**” de autoria da aluna **CINARA THAIS SILVA DE BRITO** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Area: **Doenças Crônicas Não Transmissíveis**.

Prof. M.Sc. Cláudio Claudino da Silva Filho
Orientador da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	1
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	XX
3 MÉTODO.....	XX
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	XX
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	XX
REFERÊNCIAS.....	XX

RESUMO

Este trabalho possui como objetivo geral propor elementos constituintes de um protocolo de atenção aos pacientes portadores de doenças crônicas adaptadas às vulnerabilidades da saúde indígena. Como objetivos específicos, destacam-se: Identificar as demandas assistenciais aos pacientes portadores de doenças crônicas adaptado às vulnerabilidades da saúde indígena; e Descrever as intervenções por núcleo profissional e interdisciplinares voltadas para atenção aos pacientes portadores de doenças crônicas adaptado às vulnerabilidades da saúde indígena. Pensando ainda que a assistência prestada dentro das áreas indígenas é atenção básica, ou seja, muito mais voltada para promoção e prevenção. O Protocolo de atenção aos indígenas portadores de hipertensão e diabetes deverá respeitar a multiculturalidade desses povos. É considerável o desafio de implementar e consolidar um novo olhar e redirecionamento para a prática de atenção integral aos povos indígenas sob uma visão mais crítica e reflexiva de trabalho.

Descritores: Enfermagem; Atenção integral à saúde; Saúde indígena.

1 INTRODUÇÃO

A assistência da atenção básica prestada aos Povos Indígenas, realizada pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, é a porta de entrada para toda Rede de Atenção à Saúde. A presença do profissional enfermeiro nas equipes multidisciplinares de saúde indígena possibilita a implantação do Protocolo de atenção ao diabético/hipertenso adaptado às vulnerabilidades da saúde indígena. (BRASIL, 2007)

Os Povos Indígenas recebem atendimentos de Atenção Básica dentro das aldeias onde residem, por profissionais que compõe a EMSI (Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena). Entre os membros desta equipe encontra-se o enfermeiro, com papel fundamental para o desenvolvimento das atividades e também responsável pelo direcionamento dos trabalhos realizados por todos os membros da equipe. A demanda da atenção básica é significativa para as equipes de saúde. O atendimento ocorre em Postos de Saúde, Polos Base e outros locais de produção de saúde, por exemplo: domicílio, escolas, salões de reuniões e outros eventos. A EMSI trabalha com direcionamento de áreas programáticas do DSEI Cuiabá, que envolvem diferentes áreas de saúde, por exemplo: saúde da mulher, saúde da criança, imunização, saúde do idoso, saúde mental, saúde do homem, saúde do idoso, doenças crônicas, DST/AIDS, entre outras. As atividades realizadas na rotina de trabalho envolvem atenção básica e encaminhamentos para atenção de média complexidade. (BRASIL, 2002)

Porém, as EMSI's lidam, frequentemente, com situações de pacientes crônicos descompensados nas aldeias, onde temos apenas o atendimento primário. E devido a esta demanda, torna-se importante a inserção de um protocolo de atenção aos pacientes portadores de doenças crônicas adaptado às vulnerabilidades da saúde indígena, que possibilite um apoio e melhoria na qualidade dessa assistência. O Protocolo de Atenção ao diabético/hipertenso é um processo dinâmico de identificação dos pacientes, visando a prevenção de complicações futuras.

As doenças crônicas constituem problema de saúde de grande magnitude, correspondendo a 72% das causas de mortes. Hoje, são responsáveis por 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo. No ano 2020, serão responsáveis por 80% da carga de doença dos países em desenvolvimento. Atualmente, nesses países, a aderência aos tratamentos chega a ser apenas de 20% (OMS, 2003).

A população indígena também está sofrendo com as DCNT, devido à rápida mudança em relação à alimentação, caracterizada por um ganho de peso generalizado. Acredita-se que a dieta cada vez mais ocidental e a redução da prática de atividades físicas por conta de mudanças macrosociais sejam as causas diretas desses níveis de obesidade. Consequentemente, obesidade, hipertensão e diabetes estão se tornando questões de saúde pública cada vez mais graves nessa população.

No passado, as sociedades indígenas viviam basicamente da agricultura, caça, pesca e coleta para a subsistência, porém, as relações de contato provocaram alterações drásticas nesse estilo de vida, como por exemplo, a redução de seus limites territoriais, e a consequente adaptação dessas populações a áreas urbanas, ou a viver em regiões nas quais as pressões populacionais, aliadas a ambientes degradados os levaram a abandonar a economia de subsistência, tornando-os sujeitos à uma maior carência alimentar (COIMBRA JR, SANTOS, 2001).

As mudanças ocorridas no modo de vida dos indígenas decorrentes de mudanças sócio-culturais e econômicas resultantes da interação com a sociedade não indígena provocou impactos na saúde desses povos e são associadas à emergência de doenças crônicas não transmissíveis, como obesidade, hipertensão arterial, diabetes mellitus, entre outras, podendo trazer modificações no perfil de morbimortalidade (COIMBRA JR, SANTOS, 2001).

O presente trabalho tem como objetivo elaborar um Protocolo de atenção ao paciente indígena portador de doenças crônicas não transmissíveis. A fim de minimizar as consequências trazidas pelas doenças crônicas quando não tratada e evidenciar que os profissionais que trabalham dentro das áreas indígenas devem ser de certa forma flexível, negociando sempre com os índios. É preciso conhecer as regras de convivência preexistentes, e criar novas regras da equipe. Sempre respeitando os saberes tradicionais dos grupos étnicos.

Este trabalho possui como objetivo geral propor elementos constituintes de um protocolo de atenção aos pacientes portadores de doenças crônicas adaptadas às vulnerabilidades da saúde indígena.

Como objetivos específicos, destacam-se:

- Identificar as demandas assistenciais aos pacientes portadores de doenças crônicas adaptado às vulnerabilidades da saúde indígena
- Descrever as intervenções por núcleo profissional e interdisciplinares voltadas para atenção aos pacientes portadores de doenças crônicas adaptado às vulnerabilidades da saúde indígena

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A Política Nacional de Atenção à Saúde das Populações Indígenas foi regulamentada pelo Decreto número 3.156 e “... requer a adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços – voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde – que garanta aos índios o exercício de sua cidadania nesse campo”. (BRASIL, 2002).

A história da assistência à saúde perpassa por diferentes estágios desde os primeiros contatos com as populações indígenas no nosso país. Já foram assistidas pelos missionários, pelo Serviço de Proteção ao Índio e Trabalhadores Nacionais (SPI), Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA), Fundação Nacional do Índio (FUNAI), Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) e atualmente são assistidos pela SESAI.

A situação de calamidade, com indígenas desassistidos, levou a realização da I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio e a II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, realizadas em 1986 e 1993, respectivamente. Nestas Conferências surgiu a proposta de uma forma inovadora de assistir aos Povos Indígenas, sendo este um modelo diferenciado, baseado na estratégia de Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs). Neste processo de construção de um novo modelo de atenção as comunidades indígenas estiveram envolvidas em todas as etapas de planejamento, execução e avaliação das ações. (BRASIL, 2002)

Atualmente, gestão da atenção à saúde dos povos indígenas é realizada pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), dentro do Ministério da Saúde, constituindo um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no Sistema Único de Saúde (SASISUS). Este foi criado em 23 de setembro de 1999, pela Lei número 9.836, artigo 19-B, capítulo V, que foi acrescentado à Lei 8.080. O subsistema de Saúde Indígena, que integra o SUS, é constituído por uma rede de serviços de saúde que tem como missão a prestação de cuidados de atenção básica em saúde a população indígena.

A SESAI foi criada em outubro de 2010, a partir da necessidade de reformulação da gestão da saúde indígena no Brasil. A estrutura administrativa da SESAI conta com 3 departamentos: Departamento de Gestão da Saúde Indígena (DGESI), Departamento de Atenção à Saúde Indígena (DASI), Departamento de Saneamento e Edificações de Saúde (DSESI); 34

Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), além de Polos Base, Casas de Saúde Indígena (CASAIs), e postos de saúde. (FERREIRA L.; PORTILLO J; NASCIMENTO W., 2013)

“O DSEI será uma unidade organizacional da FNS/MS e deve ser entendido como uma base territorial e populacional sob responsabilidade sanitária claramente identificada, reunindo o conjunto de ações de saúde necessárias à atenção básica, articulada com a rede do SUS para referência e contra referência, com autonomia financeira/administrativa, composto por equipe mínima necessária para executar suas ações e com controle social através dos Controles Distritais”. (BRASIL, 1999)

Seu modelo de organização propõe uma organização de serviço com delimitação de espaço geográfico, populacional, administrativo e etno-cultural dinâmico. A rede de serviços de atenção básica dentro das aldeias indígenas deve ser organizada por cada Distrito, sendo esta integrada e hierarquizada com complexidade crescente e articulada com a rede do Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2002)

O DSEI Cuiabá segue a Política Nacional de Atenção à Saúde das Populações Indígenas. Possui em sua rede de serviços de atenção básica, Postos de Saúde, Polos Base, Casas de Saúde Indígena e equipes compostas por enfermeiros, médicos, odontólogos, agentes indígenas de saúde, agentes indígenas de saneamento, auxiliares de saúde bucal, técnicos e auxiliares de Enfermagem.

Segundo MENDONÇA “A implantação dos Distrito Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) tem contribuído para um olhar mais aprofundado sobre saúde indígena, que pressupõe convivência, dialogo e construção de outra relação intercultural.

..”.A clivagem da entre cultura de origem e a cultura de acolhimento, entre o mundo de dentro e mundo de fora e o rápido controlo de um universo duplo”. “Um fator que contribui na compreensão da diversidade cultural é um melhor auto conhecimento dos profissionais, sobretudo a nível das suas próprias identidades culturais, e dos seus preconceitos e estereótipos e das suas atitudes discriminatórias.” (RAMOS, 2007)

O interculturalismo foi definido por HORTA (2007) como sendo “o conceito que visa a aceitação e o respeito das diferenças culturais”. E continua dizendo que o interculturalismo “visa

a integração de indivíduos e grupos étnicos minoritários numa sociedade com uma cultura diferente”.

O Protocolo de Assistência aos indígenas portadores de doenças crônicas vem com a possibilidade de modificar o processo de atendimento respeitando as diferenças culturais, transformando a forma do profissional atender o portador, de forma que intervenha na situação antes mesmo de estar com problemas secundários, órgão comprometidos.

Desta forma, a atenção básica também teria ganhos e aperfeiçoamentos dentro das aldeias indígenas. O Protocolo teria como seus principais objetivos: garantia de qualidade de vida do paciente; acompanhamento contínuo do portador, subsidiar o enfermeiro no atendimento, reorganizar a atenção ao indígenas, Detectar, estabelecer diagnóstico, identificar lesões em órgãos-alvo e/ou complicações crônicas .

O cuidado de usuários com doenças crônicas deve se dar de forma integral. O modelo vigente, que utiliza propostas de cuidado formatadas a priori, não tem obtido sucesso e suas condutas por não conseguir chegar ao singular de cada indivíduo e por impor olhares e fazeres que nada têm a ver com o usuário real, que está necessitando de atenção e de cuidado. (MALTA;MERHY,2010).

A estrutura da Rede de Atenção Básica tem caráter estratégico na atenção as pessoas com doenças crônicas, por ser o ponto de atenção com maior capilaridade e potencial para identificar as necessidades de saúde da população e realizar a estratificação de riscos que subsidiará a organização do cuidado em toda a rede. É responsável também por realizar as ações de promoção e de proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde. (BRASIL,2011)

3 MÉTODO

Tipo de estudo

Para o alcance dos objetivos foi utilizado o método descritivo exploratório, com abordagem metodológica qualitativa.

Segundo LoBiondo – Wood e Haber (2001), os estudos descritivo/ exploratório buscam informações precisas sobre as características dos sujeitos de pesquisa, grupos, instituições ou situações, ou sobre a frequência de ocorrência de um fenômeno.

A pesquisa exploratória não requer a elaboração de hipóteses a serem testadas durante o estudo, limitando-se a definir objetivos e buscar mais informações sobre determinado assunto de interesse. Tais estudos têm por objetivo familiarizar-se com o fenômeno ou obter uma nova percepção dele, assim como descobrir novas idéias (CERVO; BERVIAN; DA SILVA, 2006).

Segundo Minayo (2006), o método qualitativo “... se aplica ao estudo da história, das relações, das representações e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem...” e busca a revisão de conceitos e possibilita a criação de categorias durante a investigação.

Pesquisa Qualitativa: considera que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indis-sociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números. A interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são básicas no processo de pesquisa qualitativa. Não requer o uso de métodos e técnicas estatísticas. O ambiente natural é a fonte direta para coleta de dados e o pesquisador é o instrumen-to-chave. É descritiva. Os pesquisadores tendem a analisar seus dados indutivamente. O processo e seu significado são os focos principais de abordagem. (SILVA E MENEZES, 2005)

Fonte de dados

A seleção das fontes foi realizada a partir de busca na base de dados eletrônica SCIELO, Bireme e Google acadêmico. O período da coleta de dados se deu nos meses de Março a Maio de 2014. As fontes de dados principais foram artigos, periódicos científicos e anais de encontros científicos .

Foram utilizadas unitermos, como: Saúde indígena, Povos Indígenas, Políticas de saúde indígenas, Doenças Crônicas, Hipertensão, Diabetes, entre outras.

Segundo Silva e Menezes (2005) a definição do instrumento de coleta de dados dependerá dos objetivos que se pretende alcançar com a pesquisa e do universo a ser investigado. Os instrumentos de coleta de dados tradicionais são: Observação, quando se utilizam os sentidos na obtenção de dados de determinados aspectos da realidade.

E a observação utilizada foi assistemática, que não tem planejamento e controle previamente elaborados. (SILVA E MENEZE,2005)

O produto deste trabalho tem a intenção de subsidiar os enfermeiros do DSEI Cuiabá, na assistência realizada aos pacientes hipertensos e diabéticos na atenção básica. O espaço onde devem se desenvolver as ações deste projeto são os Atendimento domiciliares, Postos de Saúde, Polos Base e CASAI, que são os locais de atuação dos enfermeiros.

A composição das EMSI varia de acordo com o número de população assistida, espaço geográfico e condições etno-culturais. Todas as equipes possuem enfermeiros, que podem implantar o protocolo na assistência à saúde dos povos indígenas, realizando o atendimento diferenciado.

Organização e análise dos dados

Os artigos foram utilizados de forma assistemática. Os artigos foram selecionados, lidos e analisados. Não houve a intenção de avaliar o artigo no sentido de determinar a qualidade dos estudos realizados. A busca foi por variáveis que pudessem trazer informações.

Conforme Silva e Menezes (2001, p. 33) “a definição do instrumento de coleta de dados dependerá dos objetivos que se pretende alcançar com a pesquisa e do universo a ser investigado”.

4 RESULTADO E ANÁLISE

A presença do profissional enfermeiro na EMSI associado às demandas de acompanhamento aos pacientes portadores de doenças crônicas mensalmente, fará com que o Protocolo seja uma ferramenta importante para melhoria da qualidade de vida do indivíduo juntamente com os outros membros da equipe como os Agentes de Saúde Indígena (AIS), Técnicos de Enfermagem e Médicos.

Pois estamos acostumados a trabalhar com os programas de Atenção Básica do Ministério da Saúde, onde é para ser aplicado de maneira geral, e quando tem que se aplicar nas populações indígenas, depara com algumas dificuldades, fazendo com que muitas vezes o indígena não tenha boa aceitação ao tratamento, sendo este um dos maiores gargalos para o cuidado ao paciente crônico.

Portando pensando se nisso é essencial considerar a multiculturalidade desses povos, ou seja que respeitamos a existência de variadas culturas em um mesmo espaço até, sem que nenhuma dessa culturas predomine sobre as outras. Cada povo possui formas próprias de organização, compartilham culturas e línguas diferenciadas, tem sua maneira de se relacionar com o mundo e sua própria visão sobre o processo saúde, doença, alimentação, nutrição. (SCHAPER)

Pensando ainda que a assistência prestada dentro das áreas indígenas é atenção básica, ou seja, muito mais voltada para promoção e prevenção. O Protocolo de atenção aos indígenas portadores de hipertensão e diabetes deverá respeitar a multiculturalidade desses povos.

A assistência prestada a esses pacientes deverá ser respeitada os seguintes pontos:

Cultura do Sujeito

Para os povos indígenas, a construção do corpo é fruto de uma relação com seu ambiente material, social e cultural. O corpo é nutrido, modelado, cresce por várias intervenções dentro e fora dele, como pinturas, amarrações em partes do corpo, escarificações, perfuração das orelhas, uso de ervas, participação em rituais, etc.

Então durante essa assistência deve se respeitar os costumes dos pacientes e de forma integrada com os familiares ir inserindo as orientações necessárias para melhor sobrevida, ao falar do tratamento e as restrições alimentares quanto a prevenção e promoção das DCNT.

No decorrer das décadas os povos foram passando por mudanças culturais, sociais, econômicas e ambientais. Que foi decorrente em especial de suas desprotegidas interações com a sociedade não indígena. A atividade de subsistência por meio das roças, coleta, pesca e caça veio se modificando ao longo do tempo. O confinamento em pequenos territórios e a instalação de regimes socioeconômicos, entre outros fatores, levaram muitos povos indígenas a situação de vulnerabilidade alimentar e nutricional.

Alguns estudos já sugerem que as alterações do estilo de vida dos indígenas com a mudança da dieta tradicional com carboidratos complexos pelos de absorção rápida dos alimentos industrializados e a diminuição da atividade física levaram ao surgimento de DCNT, como a obesidade, diabetes tipo II e Hipertensão.

É muito comum que os pais, orientados pelos pajés, não deixem que a criança doente seja removida de sua casa, ou de sua aldeia. Segundo os pajés, se as crianças saírem de sua casa, ficarão mais vulneráveis aos espíritos ruins ou aos feitiços. Já dentro da casa, existe uma proteção maior dos espíritos guardiões, chamados pelos pajés. Nestes casos, é fundamental que haja um bom diálogo, no qual se coloquem todas as informações sobre o caso, as possibilidades e riscos. Outros interlocutores como os agentes de saúde, lideranças e mesmo os pajés podem auxiliar na tomada de decisão. (MENDONÇA).

É preciso em qualquer processo de formação considerar que.

“A cultura que vivenciamos, o conhecimento cultural que acumulamos vai construir a caixa de ferramentas com que, ao longo da vida, construiremos significados, saberes, valores e condutas, com os quais faremos escolhas, participaremos da vida social e política, produziremos e reproduziremos nossa existência. As representações da escola, do trabalho, da saúde, do corpo, com que lidam os profissionais de saúde são produzidas culturalmente. Mexer com culturas exige artes e competências profissionais refinadas.

Que teoria pedagógica dará conta da compreensão, acompanhamento e cuidado dessas travessias humanas, deste espaço de interlocução entre culturas distintas, entre caixas de ferramentas distintas?” (ARROYO, 2003, p 64-80)

Muitas vezes o profissional irá se deparar com situações em que em seu modo de vida, é extremamente inusitada, se tornando conflitantes com normas e valores da sua cultura. Portanto é importante nessas situações usar o dialogo a fim de definir um cuidado necessário para o individuo de forma que respeite os seus princípios. Estes são momentos muito delicados em que a negociação é necessária, a intervenção pactuada e respeitosa com os profissionais da medicina indígena é fundamental.

Visita Domiciliares

O diferencial da saúde indígena são as visitas domiciliares que devem acontecer cotidianamente, porque alguns povos acreditam que a unidade de saúde é o lugar onde tem doença. Então ficam em suas casas, para receber atendimentos.

São momentos de possíveis cumplicidades, nos quais pode haver a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado, ou mesmo de momentos de confiabilidade e esperança nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação.

A atenção centrada na pessoa e na família baseia-se em dignidade e respeito; compartilhamento de informações completas entre os envolvidos (usuário, família e profissionais); participação e colaboração de todos nas decisões; implementação e monitoramento sobre a atenção a saúde prestada (JOHNSON, et al., 2008)

A visita domiciliar é entendida como um método, entendida como método, técnica e instrumento, constitui-se como um momento rico, no qual se estabelece o movimento das relações, ou seja a escuta qualificada, o vinculo e o acolhimento favorecendo que os grupo familiares ou comunidades se constituem e se torna o momento de realizar orientações, educação em saúde, a partir das dúvidas referidas das questões conversadas.

Importante ressaltar também que a visita se estabelece *in loco*, permeando o lugar do seu cotidiano, do seu mundo vivido e enfrentado, de acordo com sua visão de mundo. Atualmente, a visita domiciliar é utilizada pelos mais diversos profissionais, objetivando atender o indivíduo na

sua integralidade. Daí decorre a importância de, nesta abordagem, trabalhar a interdisciplinaridade das profissões de forma fundamentada. É preciso desconstruir a imagem estereotipada de que visita é coisa de leigos, cristalizada num empirismo desprovido de fundamentos. A visita domiciliar pode ser classificada com uma tecnologia leve-dura, ou seja, leve por conter um saber que as pessoas adquiriram e que está inscrito na sua forma de pensar as situações de saúde e na sua maneira de organizar uma atuação sobre elas; e dura na medida em que é um saber-fazer bem estruturado, bem-normalizado e bem protocolado.

A visita domiciliar reúne pelo menos três tecnologias leves a serem aprendidas e desenvolvidas, as quais são: a observação, indicando a atenção aos detalhes dos fatos e relatos apresentados durante a visita; a entrevista, implicando o diálogo com a sua devida finalidade e não apenas uma conversa empírica; e o relato oral ou história, espaço onde as pessoas revelam como dão sentido às suas vidas, dentro dos limites e da liberdade que lhes são concedidos.

Integração das lideranças com as EMSI

Emponderar as comunidades, lideranças, professores, mulheres por meio da divulgação das informações relacionadas a situação saúde das comunidade e seus determinantes, revitalizando seus conhecimentos e valorizando os conhecimentos e cuidados tradicionais. Desenvolver ações efetivas para a melhoria das condições de vida dessa população, a fim de diminuir os índices de doenças crônicas. Desta forma acredito que a EMSI deve se integrar com as lideranças e promover rodas de troca de saberes.

Deve-se realizar as orientações alimentares em cima dos alimentos que os mesmo tem acesso, e durante essas orientações seja respeitado os hábitos alimentares, culturais, custo e disponibilidade dos alimentos. Pois os povos indígenas vem apresentando condições precárias de vida. Consequência dos impactos ambientais provocados pela ocupação do entorno de Terras Indígenas (TI) com fazendas para criação e gados, produção de soja e a exploração da madeira. Muitas vezes provocando o assoreamento dos rios. E esses fatores levam a diminuição de peixes, animais, qual são as principais fontes de proteína e alto valor biológico para esses povos, e a piora da qualidade de água dos rios que são utilizadas por eles.

A atenção para as pessoas com doenças crônicas envolve, necessariamente, a atenção multiprofissional. A equipe deve ser entendida enquanto agrupamento de profissionais que atende uma determinada população e que se reúne periodicamente e discute os problemas de saúde dessa população e dos indivíduos. Nesse sentido o trabalho se torna efetivo na articulação de profissionais de distintos núcleos, com seus saberes e práticas específicos, no campo único de atuação para construção de estratégias conjuntas de intervenção. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Acho de suma importância citar aqui parte de um artigo do Rinaldo S. V. Arruda, onde ele conta um trabalho que foi realizado em 2010 na CASAI, onde teve em torno de 30 participantes sendo eles profissionais que trabalham com saúde indígena, foi construído um boneco que deveria conter todas as características do profissional da saúde que lida com populações indígenas deveria ter ou desenvolver. O boneco recebeu o nome de “Persisberto Motivado Flex”, segundo o grupo, os profissionais de saúde que atuam na saúde indígena têm que ser persistentes frente às adversidades, sempre estarem motivados para o trabalho e serem flexíveis, ou seja, abertos às diferentes visões de mundo. O Persisberto possui como características marcantes a orelha bem grande, para aprender a ouvir e ouvir muito, olhos esbugalhados, para enxergar coisas que parecem não existirem (enxergar além), um coração com uma porta, simbolizando que esteja sempre com o coração aberto, e uma bolsinha onde estão virtudes, habilidades ou atitudes que ele precisa possuir para realizar seu trabalho da melhor maneira, sendo elas: técnica, olhar clínico, persistência e abertura.

O que confirma vários artigos lidos, a união entre as esferas faz o trabalho acontecer. O mesmo acontece no trabalho nas aldeias, os profissionais deve sempre procurar as lideranças indígenas como os pajé, raizeiros, caciques, AIS, benzedeiros para a tentativa de melhores soluções para o processo saúde doença desse povo. Portanto resalto a integração das equipes de saúde com as lideranças indígenas é muito importante para as melhorias de saúde desse público.

Saber tradicional X Científico: Fitoterapia

Há também uma diferença grande entre os espaços de trabalho dos médicos alopatas/ocidentais e os médicos indígenas. Por exemplo, os pajés precisam da sombra para conversar com os espíritos, da fumaça para evocá-los. Já os médicos ocidentais precisam da luz, da razão.

Dentro do sistema de cura dos povos indígenas existem diferentes tipos de intervenção, dependendo da interpretação do problema. Entre os pajés, por exemplo, existem diferentes graduações e poderes, existem os grandes pajés, os auxiliares, os fazedores de bonecos, os donos de determinado espírito, como do gavião, da onça, entre outros. Existem ainda os raizeiros ou “donos de ervas”, os rezadores, as parteiras, e, de maneira geral, há um conhecimento coletivo sobre determinadas ervas, banhos, massagens e rituais, para os problemas cotidianos. Assim como em todas as culturas, o itinerário terapêutico dos portadores de doenças vai depender da história e da evolução de seu quadro.

Após o contato desprotegido dos indígenas com “o branco”, como ele se refere à população não indígena. Houve muitas mudanças, e uma delas foi relacionada aos saberes tradicionais, como os mais antigos dizem que antes não existiam essas doenças, hipertensão, diabetes, obesidade e hoje existe, porque hoje o índio come tudo industrializado, não caça, não pesca.

Hoje buscam as medicações industrializadas também, mas porque as equipes muitas vezes já vão instaurando tratamento sem antes perguntarem o que eles usavam antes quando sentiam determinadas dores. E portadores de doenças crônicas não aderem ao tratamento porque muitas vezes querem os resultados imediatos. O uso de fitoterápicos com finalidade profilática, curativa, paliativa ou com fins de diagnóstico passou a ser oficialmente reconhecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

O conhecimento hoje hegemônico partiu da prática, porém dela se distanciou. Da mesma maneira, a ciência médica emergiu da prática, a partir de vários sistemas de cura tradicionais e populares, e dessa prática se afastou. Assim como aconteceu com outras ciências, o modelo biomédico, positivista, destacou o homem de seu contexto cultural, social e psíquico. Passou a valorizar apenas o aspecto biológico das doenças e do funcionamento do corpo. Com a divisão entre mente/alma e o corpo, a ciência médica passa a cuidar apenas do corpo, colocando o sagrado, o subjetivo absolutamente à margem da abordagem do doente (SANTOS B., 1991).

Importante às rodas de conversas entre a equipe e os curandeiros, raizeiros das comunidades, para que possam utilizar os seus próprios conhecimentos para a integração do conhecimento utilizado pelo sistema de saúde oficial ao popular, pois as terapias alternativas têm muito a oferecer, podendo contribuir com as ciências da saúde, além de possibilitar ao indivíduo relativa autonomia em relação ao cuidado com a sua saúde.

Buscar medidas dentro da própria aldeia, como muitas vezes citamos a falta de algumas vitaminas no corpo do indivíduo, onde podemos verificar o que tem plantado e mostrar as fontes de vitaminas. Como por exemplo, na maioria das aldeias pertencentes ao DSEI Cuiabá onde a vegetação é o cerrado, encontramos pé de caju que é fonte de vitamina A.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa permitiu identificar que é necessário a realização outros estudos científicos sobre as vulnerabilidades dos povos indígenas, a fim de podermos realizar um cuidado integral desse povos, a fim de prevenir a inserção de outras doenças nessa população.

É considerável o desafio de implementar e consolidar um novo olhar e redirecionamento para a prática de atenção integral aos povos indígenas sob uma visão mais crítica e reflexiva de trabalho. É neste movimento - de ensino e aprendizagem, instrumentalização, reflexão sobre modos de trabalhar, investigação - que vimos ser extremamente necessário que os profissionais de saúde se proponham a rever e repensar a atenção prestada às populações indígenas portadores de doenças crônicas, deve se repensar os diferentes modos de se organizar os processos de nosso agir em saúde.

É perceptível a importância de medidas rápidas em relação a esse contato rápidos dos indígenas com os não indígenas, de forma a inibir o surgimento de doenças crônicas, e aos já portadores dessas doenças ser realizadas orientação de forma integralizada entre as diversas lideranças dentro das Terras Indígenas para a melhor adesão aos tratamentos instaurados após a soma de saberes científicos e tradicionais. É necessária a ampliação da atuação da Atenção Básica nesse sentido, orientando, promovendo o acesso dessa clientela as atividades físicas necessárias e que já realizavam no passado, acompanhamento dos Agentes Indígenas de Saúde principalmente no que se refere à alimentação e nutrição, pois por ser membro da comunidade e também profissional pode ser um membro chave na reinserção de seus alimentos tradicionais no cotidiano.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS – humanização com acolhimento e classificação de risco: um paradigma ético e estético no fazer em saúde**. Brasília-DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde das Populações Indígenas**. Brasília-DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Proposta do Ministério da Saúde para reorganização da atenção a saúde dos povos indígenas**. Brasília-DF, 1999.

MENDONÇA, Sofia – *Relação médico-paciente: valorizando os aspectos culturais e a medicina tradicional* in **Manual de Atenção à Saúde da Criança Indígena Brasileira**, FUNASA, Brasília, 2004.