

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

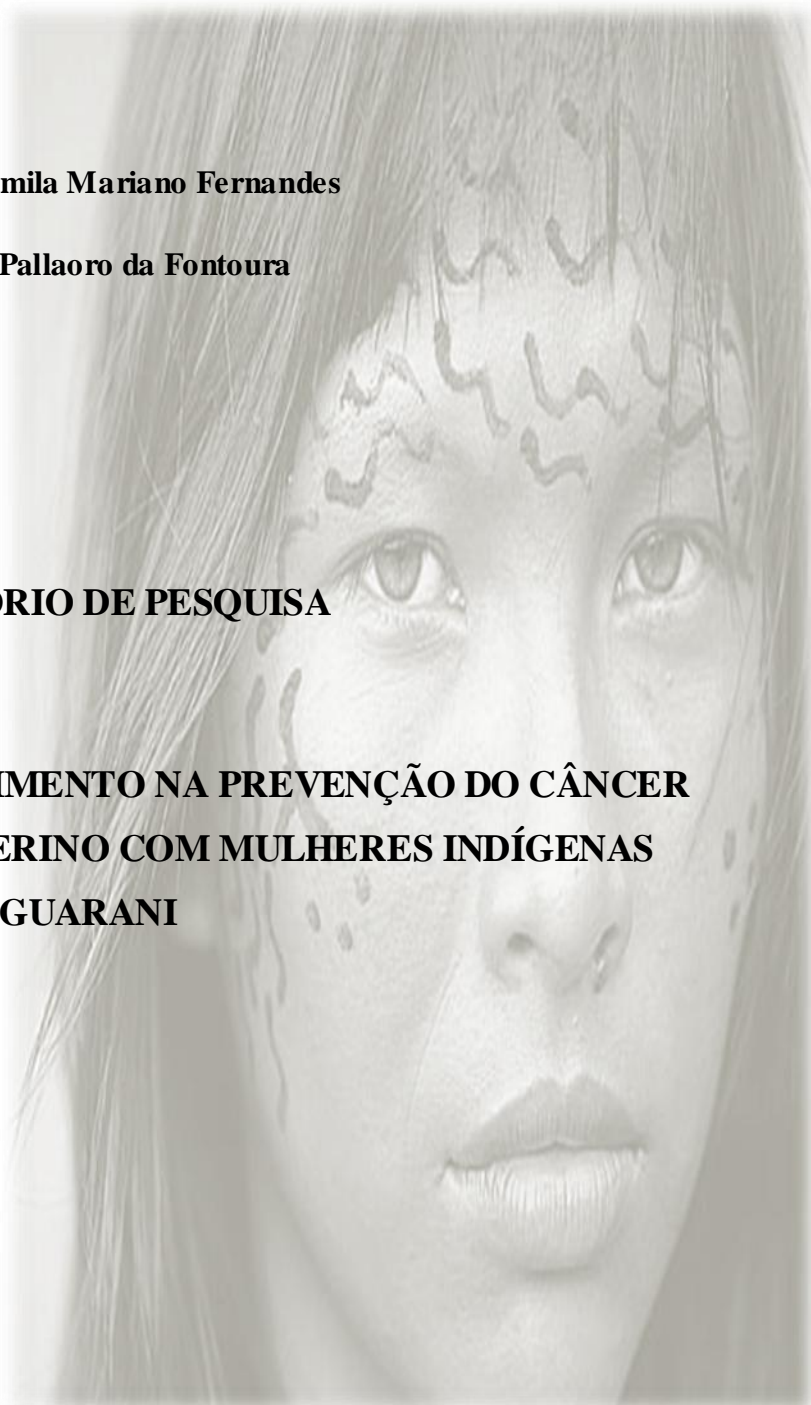
Autores: Camila Mariano Fernandes

Luciane Pallaoro da Fontoura

RELATÓRIO DE PESQUISA

**CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO NA PREVENÇÃO DO CÂNCER
DE MAMA E CÉRVICO UTERINO COM MULHERES INDÍGENAS
GUARANI**

FLORIANÓPOLIS, 2010.



Camila Mariano Fernandes

Luciane Pallaoro da Fontoura

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria do Horto Fontoura Cartana

**CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO NA PREVENÇÃO DO CÂNCER
DE MAMA E CÉRVICO UTERINO COM MULHERES INDÍGENAS
GUARANI**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) de
Graduação em Enfermagem da Universidade
Federal de Santa Catarina, desenvolvido na 8^a UC
na disciplina Estágio Supervisionado II.

FLORIANÓPOLIS, 2010.

**CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA
E CÉRVICO UTERINO COM MULHERES INDÍGENAS GUARANI**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado, adequado para obtenção do título de Graduação em Enfermagem e aprovado em sua forma final pelo Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Profª Dra. Sayonara de Fátima Faria Barbosa

Coordenador do Curso de Graduação em Enfermagem

Banca Examinadora

Profa. Dra. Maria do Horto Fontoura Cartana

Presidente

Profa. Dra. Astrid Eggert Boehs

Membro

Enfª. FUNASA Janete Ambrósio

Florianópolis, 2010.

FERNANDES, Camila Mariano; FONTOURA, Luciane Pallaoro. **Construção do Conhecimento na prevenção do Câncer de Mama e Cérvico Uterino com Mulheres Indígenas Guarani.** 2010. Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, 2010. 600 f.

RESUMO: Trata-se de uma pesquisa-ação desenvolvida como trabalho de conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC, com referencial teórico de Madeleine Leininger e Briceño Leon, tendo como objetivo sensibilizar mulheres de uma tribo indígena Guarani em Santa Catarina, acerca das ações necessárias para prevenção do câncer de mama e cérvico-uterino. Participaram 20 mulheres de faixas etárias heterogêneas. Os dados foram obtidos através de uma oficina de educação em saúde, antecedida por várias etapas de planejamento, acordos e detalhamento do processo, realizados com pessoas e instituições relacionadas à comunidade. Também foi utilizado um formulário semi-estruturado com perguntas abertas. Todas as etapas foram registradas em diário de campo e analisadas de forma qualitativa. Os resultados evidenciaram que as mulheres que participaram deste estudo, demonstraram falta de informação e baixa percepção acerca de questões do seu auto-cuidado e conhecimento referente ao câncer de mama e colo do útero, assim como em outras questões associadas ao cuidado com sua saúde, mostrando que existe risco nestas populações. Conclui-se que há necessidade de reflexão social e mobilização para incrementar o cuidado à saúde, a fim de traçar estratégias de serviços articulados, criação de políticas públicas específicas voltadas para atenção integral à saúde da mulher indígena culturalmente sensível e respeitando o saber popular.

Descritores: Grupos Étnicos, Educação em Saúde, Saúde da Mulher, Enfermagem.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	6
2. OBJETIVO	8
3. CONTRIBUIÇÕES DA LITERATURA	
3.1 População Indígena no Brasil	9
3.2 População Indígena em Santa Catarina – Comunidades Guarani	10
3.3 Atenção a Saúde Indígena: da história à contemporaneidade	11
3.4 Câncer ginecológico e a mulher indígena.....	14
3.5 Educação em Saúde: troca de saberes entre acadêmicas e mulheres guaranis	17
3.6 O cuidado transcultural de Leininger	18
4. METODOLOGIA	21
4.1 Delineamento do Estudo	21
4.2 População Alvo	22
4.3. Descrição local e do contexto da prática assistencial	22
4.4. Desenvolvimento da Ação	23
4.5 Operacionalização da Oficina	24
4.6 Coleta e Análise	28
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	28
6. CONCLUSÕES DO RELATÓRIO DE PESQUISA	54
7. REFERÊNCIAS	56
8. ANEXOS	60

1. INTRODUÇÃO

A população indígena brasileira, hoje estimada em 460 mil pessoas, esta dividida em 225 sociedades indígenas, possui um quadro de saúde heterogêneo e complexo, ligado a processos históricos de mudanças econômicas, sociais e ambientais, nas diversas regiões do país. O processo de colonização e a chegada do europeu levaram à extinção muitas das sociedades indígenas que viviam no território brasileiro, seja pela ação das armas, seja em decorrência do contágio por doenças trazidas dos países distantes, ou, ainda, pela aplicação de políticas visando à assimilação dos índios à nova sociedade implantada, com forte influência européia¹. Estes impactos favoreceram a mudança para a atual situação desta população, alterando seu estilo de vida e o aparecimento de problemas de saúde semelhantes aos da população não-indígena, relacionados à alimentação, hipertensão arterial, diabetes, câncer, alcoolismo, depressão e suicídio.

São muitos os desafios atuais no que diz respeito a atenção à saúde dos povos indígenas, ligados a doenças crônicas não-transmissíveis, doenças transmissíveis, contaminação ambiental, entre outros. Coimbra Jr, Santos e Escobar², alertam que o perfil epidemiológico da população indígena é pouco conhecido, em consequência da escassa investigação, da falta de inquéritos e censos, bem como da precariedade de informações sobre morbidade e mortalidade.

Nas pesquisas com abordagem étnica permanece como grande lacuna no conhecimento os determinantes socioculturais, ambientais e biológicos da saúde da mulher indígena no Brasil, em geral os estudos de orientação antropológica não tem abordado aspectos específicos da saúde. O desconhecimento acerca de questões básicas de saúde da mulher indígena, ausência de censos e de outros inquéritos regulares, aliadas a precariedade dos sistemas de informação (em especial registros de morbidade e de mortalidade), impossibilitam que se trace de forma satisfatória um perfil epidemiológico. Como consequência, são pouco eficazes as estratégias para melhorar a qualidade de vida dessa população e a preparação dos serviços de saúde para um cuidado culturalmente sensível.

A Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, inserida na Constituição Federal, em seu capítulo V, reconhece os povos indígenas nas suas especificidades étnicas e culturais e estabelece a adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços

– Subsistema de Atenção à Saúde Indígena – representado pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA).

A Política Nacional de Saúde integra a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNSPI), adota um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde, garantindo o exercício de cidadania destes povos (portaria 254 de 31 de janeiro de 2002 / Ministério da Saúde). No entanto, há uma carência de políticas públicas que promovam ações adequadas voltadas para atenção integral à saúde da mulher indígena, sendo necessária a existência de uma rede de apoio qualificada para assistência e o cuidado da população em questão. Nesta ótica, fico explícito a insuficiência na atual política PNSPI voltada especificamente a este grupo.

Nesta ótica, fica clara a importância de se conhecer mais detalhadamente a situação de saúde das mulheres indígenas no Brasil, como também os valores, costumes, crenças e conhecimentos empregados no seu autocuidado. Portanto, é essencial traçar a distribuição dos fatores de risco para as doenças e descrever a real situação de saúde deste grupo populacional, a fim de compreender a realidade e a partir desse conhecimento, elaborar uma abordagem diferenciada para as ações assistenciais.

Diante desta atual situação referente às condições de saúde a população indígena, faz-se necessário um maior envolvimento da enfermagem no planejamento de ações, implementação de políticas, ações de prevenção e promoção de saúde considerando as especificidades deste grupo populacional.

Este fato nos instigou a conhecer e pesquisar o assunto no nosso Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC, que realizamos no primeiro semestre letivo de 2010. A comunidade indígena que abrangemos com o projeto é a M'Biguaçu pertencente à etnia Guarani mbya, que vivem em terras indígenas dispostas ao litoral catarinense, especificamente na comunidade localizada nas proximidades da grande Florianópolis, no município de Biguaçu. Trabalhamos com um grupo de mulheres o tema: prevenção do câncer de mama e cérvico-uterino, assim como outros relevantes à saúde da mulher, com o intuito de sensibilizar, reforçar a participação das mulheres e realizar uma troca de saberes.

A partir destas vivências acreditamos ter contribuído para a melhoria da qualidade de vida da comunidade abrangida, fortalecendo a autonomia, a cultura e facilitando a divulgação e o acesso aos programas de saúde disponíveis na rede do Sistema Único de Saúde (SUS). Nos vimos como futuras enfermeiras numa realidade cultural e social diferenciada, vivenciando distintos cenários de cuidado. A troca das diferentes visões acerca de saúde favorece tanto a comunidade - pois proporciona a ela o acesso a novas informações, respeitando suas crenças, seu tempo, enfim, sua cultura, quanto para nós acadêmicas – em desenvolver habilidades de relacionamento pessoal e coletivo, conhecendo outras etnias formadoras da realidade nacional.

Tivemos como referencial os pressupostos da Teoria do Cuidado Transcultural e enfermagem citada por Leininger³ que enfatiza as diversidades no cuidado humano, com características que são identificáveis, que podem explicar e justificar a necessidade do cuidado transcultural de enfermagem, de forma que este se ajuste as crenças, valores e modos das culturas, para que um cuidado benéfico e significativo possa ser oferecido. Assim como as sete teses de Biceño Leon, como referencial ao trabalho de educação em saúde.

O Trabalho de Conclusão de Curso foi integrado ao Estágio Supervisionado, executado na Unidade de Saúde de Biguaçu referência das comunidades indígenas com que trabalhamos. Estivemos sob supervisão e acompanhamento de enfermeiros da unidade, de modo como é preconizado para o desenvolvimento de uma prática assistencial, considerado requisito obrigatório da disciplina ‘‘INT5162 – Estágio Supervisionado II’’ da Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Trabalhamos juntamente com os profissionais da unidade em todas as atividades da enfermagem no centro de saúde e apoiamos as equipes de Saúde da Família, inclusive nas atividades ligadas ao atendimento de saúde da população indígena. Assim, ao mesmo tempo aprofundamos o conhecimento sobre o assunto, como também prestamos assistência de saúde.

2. OBJETIVO

Sensibilizar mulheres de uma aldeia indígena Guarani, no município de Biguaçu em Santa Catarina, acerca das ações necessárias para prevenção do câncer de mama e cérvico-uterino.

3. CONTRIBUIÇÕES DA LITERATURA

3.1. População Indígena no Brasil

Os índios habitantes do Brasil, assim como na América do Sul são originários de povos caçadores que aqui se instalaram, vindo da América do Norte através do istmo do Panamá, e que ocuparam virtualmente toda a extensão do continente há milhares de anos¹. Estes habitantes das Américas foram chamados de índios pelos europeus que aqui chegaram, uma denominação genérica, provocada pela primeira impressão que eles tiveram de haverem chegado às Índias. Mesmo depois de descobrir que não estavam na Ásia, e sim em um continente até então desconhecido, os europeus continuaram a chamá-los assim, ignorando propositalmente as diferenças lingüístico-culturais. Era mais fácil tornar os nativos todos iguais, tratá-los de forma homogênea, já que o objetivo era um só: o domínio político, econômico e religioso¹.

Em cada século e em cada região, tribos indígenas virgens de contato e indenes de contágio foram experimentando, sucessivamente, os impactos das principais compulsões e pestes da civilização, e sofreram perdas em seu montante demográfico de que jamais se recuperaram. O efeito dizimador das enfermidades desconhecidas, somado ao engajamento compulsório da força de trabalho e ao da desculturação, conduziram a maior parte dos grupos indígenas à completa extinção⁴.

O impacto da conquista européia sobre as populações nativas das Américas foi imenso, no Brasil, a população indígena estimada em cinco milhões de pessoas no início do século XVI, foi dizimada pelas expedições e, principalmente, pelas epidemias de doenças infecciosas, cujo impacto era favorecido pelas mudanças no seu modo de vida, impostas pela colonização e cristianização, como a escravidão, o trabalho forçado, os maus tratos, o confinamento e a sedentarização compulsória em aldeamentos e internatos. Hoje vivem cerca de vivem cerca de 460 mil índios nos mais diversos pontos do território brasileiro, representando um pequeno percentual 0,25% da população brasileira¹.

De acordo a Lei n.º 6.001/73 que dispõe sobre o Estatuto do Índio é considerado índio todo indivíduo de origem e ascendência pré-colombiana que se identifica e é identificado como pertencente a um grupo étnico cujas características culturais o distinguem da sociedade nacional. Desta maneira também é nomeado comunidade indígena um conjunto de famílias ou

comunidades índias, quer vivendo em estado de completo isolamento em relação aos outros setores da comunhão nacional, quer em contatos intermitentes ou permanentes sem, contudo estarem neles integrados.

Os índios vivem nos mais diversos pontos do território brasileiro, sendo que mais da metade, cerca de 60% vivem na Amazônia legal. O país possui uma imensa diversidade étnica e lingüística, estando entre as maiores do mundo. São 215 sociedades indígenas, mais de 55 grupos de índios isolados, sobre os quais ainda não há informações objetivas. Pelo menos, 180 línguas são faladas pelos membros destas sociedades, as quais pertencem a mais de 30 famílias lingüísticas diferentes¹. Logo, cada um desses povos tem sua própria maneira de entender e se organizar diante do mundo, manifestada nas suas diferentes formas de organização social, política, econômica e de relação com o meio ambiente e ocupação de seu território⁵.

3.2. População indígena em Santa Catarina - Comunidades Guarani

Para Pancieri, Buogo e Gerber⁶, em Santa Catarina vivem aproximadamente 9.360 mil índios, das etnias Guarani, Xokleng e Kaingáng. A população Guarani no Brasil é de aproximadamente 44 mil índios e são divididos em três subgrupos: Mbyá, Kayowá e os Chiripá, diferenciados principalmente pelos dialetos.

Nos anos setenta e oitenta alguns textos antropológicos, escritos por Rosa Maria Bott, Silvio Coelho dos Santos e Ligia Simonian, davam conta da ocupação Guarani no Morro dos Cavalos no município de Palhoça. Posteriormente, o primeiro relatório sobre as aldeias Guarani no litoral de Santa Catarina, elaborado por Maria Inês Ladeira no início da década de 1990, menciona locais ocupados e desocupados nos municípios de São Francisco do Sul, Barra do Sul, Araquari, Itajaí, Guabiruba, Biguaçu e Palhoça⁷.

Atualmente aqui vivem várias famílias, grupos, em aldeamentos ou não, perfazendo uma população aproximada de 650 pessoas, localizadas nas seguintes áreas: Marangatu (Imaruí), Massiambu, Morro dos Cavalos, Cambirela e Praia de Fora Palhoça, M'Biguaçu (Biguaçu), Tarumã, Piraí, Pindoty, Jabuticabeira e Ilha do Mel (Araquari), Araçá e Morro Alto (São Francisco do Sul), Conquista (Barra do Sul) e Três Barras (Garuva). Dessas áreas, duas estão demarcadas, uma identificada, várias em identificação e algumas sem providências. Hoje, os Guaranis são os eixos de alguns projetos de atuação de órgãos

governamentais e não-governamentais nas áreas de educação, saúde, sustentabilidade, regularização fundiária, dentre outros e procuram, com todas as dificuldades relativas à compreensão da língua portuguesa, da legislação, dos projetos de desenvolvimento, enfim, do contato com a sociedade envolvente, ser protagonistas de políticas públicas voltadas para os interesses de sua existência⁷.

O litoral de Santa Catarina é parte integrante do território tradicional Guarani-mbyá, que se estende pelo litoral do Espírito Santo ao Rio Grande do Sul, junto à Mata Atlântica⁸. Os Guarani-Mbyá são profundos conhecedores do ambiente em que vivem, por meio da ampla observação dos fenômenos e dos cosmos como um todo. As aldeias Mbyá são geralmente formadas por pequenas habitações divididas em núcleos diminutos, em cujo centro localiza-se a residência do cacique e a *Opy* (lê-se Opã), a casa de reza comunitária⁷.

O Pólo-Base da Funasa de Florianópolis do Distrito de Saúde Especial Indígena (Dsei) Litoral-Sul, atende oito aldeias Guarani-Mbyá: Tekoá Marangatu, Morro dos Cavalos, Massiambu, Terra indígena Canelinha (antiga Comunidade Cambirela), Itanhaé, Kuri'y (lê-se Kuri-ã), M'Biguaçu e Comunidade Amâncio em Biguaçu estão as aldeias M'Biguaçu e Amâncio.

A comunidade M'Biguaçu, onde realizou-se a assistência localiza-se próxima a Rodovia BR 101, ao norte de Florianópolis e possui pouco mais de 100 índios. A aldeia de M'Biguaçu surgiu em 1987, por descendentes dos Chiripás fugidos da Ilha de Santa Catarina no século XVIII. Devido ao processo de ocupação que além de contribuir com o surgimento de doenças (tuberculose, bronquite, etc.), começaram as matanças para a conquista das terras. Nos últimos anos, as residências dos índios de M'Biguaçu foram modernizadas com a instalação da energia elétrica, abastecimento de água e escola. Além disso, os índios fizeram amizades com o povo do município⁷. Verificando-se assim que, cada vez mais, a população desta aldeia está se abrindo à sociedade não-indígena em busca de apoio para melhorar a condição de vida, mas jamais esquecendo as tradições⁹.

3.3. Atenção a Saúde Indígena: da história à contemporaneidade

Desde o início da colonização portuguesa, os povos indígenas foram assistidos por missionários de forma integrada às políticas de governo. No início do Século XX, a expansão das fronteiras econômicas para o Centro-Oeste e a construção de linhas telegráficas e

ferrovias provocaram numerosos massacres de índios e elevados índices de mortalidade por doenças transmissíveis. Logo, inicia-se no Brasil em 1910 a política indigenista, com a criação do Serviço de Proteção ao Índio e Trabalhadores Nacionais (SPI), vinculado ao Ministério da Agricultura. O objetivo era em minimizar os conflitos gerados pela ocupação de seus territórios por diversos agentes econômicos em expansão, tais como fazendeiros, mineradoras, madeireiras e outras empresas, procurando o seu enquadramento progressivo e o de suas terras ao sistema produtivo nacional.

A assistência à saúde dos povos indígenas continuou, no entanto, desorganizada e esporádica. Mesmo após a criação do SPI, não se instituiu qualquer forma de prestação de serviços sistemática, restringindo-se a ações emergenciais ou inseridas em processos de pacificação. No entanto, na década de 1950, foi criado o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA), no Ministério da Saúde, com o objetivo de levar ações básicas de saúde às populações indígena e rural, em áreas de difícil acesso. Essas ações eram essencialmente voltadas para a vacinação, atendimento odontológico, controle de tuberculose e outras doenças transmissíveis.

Em 1967, o SPI foi substituído por a Fundação Nacional do Índio (FUNAI) sem ter ocorrido mudanças significativas na política tutelar e na falta de sensibilidade aos direitos culturais específicos dos povos indígenas¹⁰. O novo modelo se baseou no antigo SUSA criando equipes volantes de saúde (EVSs), que, sediadas em espaços urbanos, realizavam deslocamentos periódicos às aldeias onde atendiam as demandas espontâneas dos índios doentes.

As iniciativas de atenção à saúde indígena geralmente ignoravam os sistemas de representações, valores e práticas relativas ao adoecer e à busca de tratamento, característicos da cultura dos povos indígenas, bem como seus próprios especialistas. O novo órgão indigenista continuou centralizando toda a ação do governo junto aos povos indígenas, sem nenhum controle e participação destes. Além disso, estas equipes de saúde da FUNAI mantiveram-se em geral distantes das discussões sobre atenção primária à saúde, e suas práticas não incorporaram nem os avanços simples, baratos e eficazes de cuidados primários de saúde e nem os novos modelos de assistência, pautados na prevenção de doenças e na organização de sistemas locais de saúde¹⁰.

Este fato só começaria a mudar a partir de 1988, com a promulgação da nova Constituição Federal que aboliu o monopólio do órgão indigenista, superando a idéia preconceituosa de sua incapacidade e estipulou o reconhecimento e o respeito das organizações socioculturais dos povos indígenas, assegurando-lhes a capacidade civil plena – tornando obsoleta a instituição tutela -, e estabeleceu como privativa da União a competência para legislar e tratar a questão indígena¹².

Assim, em 1991, ocorreu a transferência da gestão da saúde indígena da FUNAI para o Ministério da Saúde. A Política Nacional de Saúde dos Povos Indígenas (PNAPI) integra a Política Nacional de Saúde, compatibilizando as determinações da Lei Orgânica da Saúde com as da Constituição Federal, que reconhece aos povos indígenas suas especificidades étnicas e culturais bem como estabelece seus direitos culturais.

Para debater especificamente a saúde indígena, foram realizadas em 1986, 1993 e 2001 a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, a II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas e a III Conferência Nacional de Saúde Indígena, respectivamente. As duas primeiras resultaram de indicação da VIII e IX Conferências Nacionais de Saúde, tendo sido proposto, em ambas, a estruturação de um modelo de atenção diferenciado, baseado na estratégia de Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), como forma de garantir aos povos indígenas o direito ao acesso universal e integral à saúde, atendendo às necessidades percebidas pelas comunidades e envolvendo-as em todas as etapas do processo de planejamento, execução e avaliação das ações.

A implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) teve início em 1991, com o decreto n.23 do governo Collor, e consolidou-se com a Lei 9.836 de 23 de setembro de 1999, a qual acrescentou dispositivo à Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena enquanto componente do Sistema Único de Saúde (SUS), reconhecendo as especificidades étnicas e culturais dos povos indígenas.

Nos 24 estados brasileiros estão organizados 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), que consiste em um espaço étnico-cultural que visa promover a reordenação da rede de saúde e práticas sanitárias. Contemplam atividades técnicas e administrativas a fim de prover medidas racionais e qualificadas de atenção, necessárias à prestação da assistência com controle social e, ainda, alcançar mudanças significativas nas

políticas de saúde indígena e na gestão de projetos direcionados ao atendimento integral dessas populações⁵.

Uma comunidade indígena deve dispor da atuação do agente indígena de saúde (AIS), cujas atividades estão vinculadas ao Pólo-base (primeira referência), que corresponde à Unidade Básica de Saúde, com equipe multidisciplinar composta por médico, dentista, enfermeiro e auxiliar de enfermagem, onde realiza capacitação e supervisão dos AIS além de prestar assistência à saúde. Cada pólo-base cobre um conjunto de aldeias e está integrado a uma rede de referência e contra-referência (hospitais e serviços especializados) para quando a demanda supera a capacidade de resolução na sua esfera⁵.

Em Santa Catarina, o Pólo-base Florianópolis está localizado dentro da sede da FUNASA, na capital do Estado. Cada comunidade indígena possui um posto de atendimento local para a equipe atuar durante as visitas semanais realizadas nas aldeias. As aldeias M'Biguaçu, Tekoá Marangatu e Morro dos Cavalos ainda possuem um equipamento odontológico instalado em cada um dos respectivos postos de atendimento¹³.

A equipe da FUNASA realiza atendimento nas nove comunidades indígenas existentes na região da grande Florianópolis. Na aldeia de M'Biguaçu o posto de atendimento está fechado, sendo que o atendimento médico, odontológico e de enfermagem é realizado em salas de aula na escola indígena. Os indígenas que necessitam de atendimento especializado são encaminhados a Unidade Central de Saúde de Biguaçu – onde são referenciados – realizam exames e consultam com especialistas.

3.4. Câncer ginecológico e a mulher indígena

O câncer do colo uterino e o câncer de mama são os tipos de carcinomas de maior incidência entre as mulheres brasileiras e em todo o mundo. Além disso, pacientes de estratos sociais mais baixos têm, conseqüentemente, menores taxas de sobrevivência do que aqueles de classes sociais mais elevadas¹⁴. Como se sabe, a doença surge principalmente como conseqüência da exposição a agentes carcinogênicos com os quais as pessoas têm contato, hábitos pessoais, fatores genéticos, todos têm um grande papel na etiologia do câncer¹⁵.

Para o Instituto Nacional do Câncer¹⁶, o câncer de mama é o segundo tipo mais freqüente, respondendo por 22% dos casos novos a cada ano e a neoplasia mais comum entre as mulheres. Abreu¹⁷, refere que no Brasil o câncer da mama feminina que se constitui na

patologia maligna, tem o seu quadro agravado pelo fato do diagnóstico ainda ser estabelecido, na maioria das vezes, numa fase tardia da doença, em especial junto às classes com menor poder aquisitivo.

A causa da doença ainda não é totalmente conhecida, mas sabe-se que alguns fatores estão associados ao risco: idade, menarca precoce, menopausa tardia, história familiar, radiação ionizante, contraceptivos orais, terapia hormonal, mutação genética e condições clínicas tais como doença benigna da mama, paridade, amamentação e ingestão aumentada de álcool¹⁸. O diagnóstico precoce é a estratégia mais eficaz para prevenção do câncer de mama, já que a prevenção primária dessa neoplasia ainda não é totalmente possível devido à variação dos fatores de risco e as características genéticas que estão envolvidas na sua etiologia¹⁹.

Já no caso do câncer de colo do útero, também chamado de cervical demora muitos anos para se desenvolver e representa um importante problema de saúde pública em países em desenvolvimento, chegando a ser em algumas regiões o tipo de câncer mais comum na população feminina²⁰. O colo uterino é frequentemente acometido por infecções, sendo também alvo de carcinógenos virais e de outros tipos de agentes agressores. Isto torna a região mais susceptível ao desenvolvimento de neoplasias. No Brasil, é a quarta causa de morte por câncer em mulheres, sendo o tipo mais comum em algumas áreas menos desenvolvidas do país²¹. A patologia está altamente associada com o status social e econômico; os fatores de risco são mais intensos nos grupos de menor nível educacional. Sua ocorrência se concentra principalmente em mulheres acima dos 35 anos de idade²².

Existem vários fatores que se relacionam à patogênese do câncer cervical, todos eles encontrados com maior frequência na população pobre, desinformada e desassistida²². São descritos como fatores predisponentes: baixas condições sócio-econômicas, início precoce da atividade sexual, multiplicidade de parceiros sexuais, tabagismo (diretamente relacionados à quantidade de cigarros fumados), higiene íntima inadequada e uso prolongado de contraceptivos orais. Doenças sexualmente transmissíveis, principalmente o Papiloma Vírus Humano (HPV), infecções genitais associadas ao precário hábito de higiene²³.

Entre a população propensa aos fatores de risco para o desenvolvimento de câncer de mama e cérvico-uterino encontram-se as mulheres indígenas. Atualmente, as poucas informações em saúde da mulher indígena, dificultam a construção do perfil epidemiológico e criam dificuldades para as ações voltadas à atenção à mulher indígena brasileira. Os poucos

dados sobre a situação de saúde dessa mulher têm sido reportados nos pouquíssimos estudos disponíveis²⁴.

Uma das principais dificuldades enfrentadas para um estudo mais aprimorado sobre a saúde da mulher indígena é que na concepção indígena, a percepção do significado de saúde e doença tem características místicas e simbólicas, relacionadas às interações sociais e sobrenaturais em desequilíbrio, diferente daquela apontada pela medicina ocidental²⁴. Entretanto, a saúde da população indígena, no Brasil, atravessa uma fase caracterizada por alterações que vão desde transformações no perfil epidemiológico até a reestruturação do sistema de assistência à saúde indígena. Por outro lado, muito pouco se conhece sobre as condições de saúde da mulher entre os povos indígenas no Brasil, incluindo aspectos relativos à epidemiologia de certas neoplasias.

Nesta ótica, a limitada evidência de índices de risco para desenvolvimento de câncer cervical e de mama em mulheres indígenas sugere que a utilização de programas de rastreamento em populações indígenas pode levar a uma expectativa de altas incidência e mortalidade por câncer nessa população²⁴.

O controle do câncer em nosso país representa, atualmente, um dos grandes desafios que a saúde pública enfrenta. Isto porque, além de ser a segunda causa de morte por doenças, ele demanda a realização de ações de variados graus de complexidade, acopladas à necessidade de recursos humanos oriundos de diversas áreas do conhecimento¹⁶. Tanto o câncer de mama quanto o câncer do colo do útero são considerados de bom prognóstico, se diagnosticados e tratados precocemente. Porém, o diagnóstico realizado em fase avançada da doença pode ser o maior responsável pela manutenção das taxas de mortalidade elevadas, sugerindo que as pacientes não têm sido beneficiadas pelos procedimentos terapêuticos que podem de fato reverter o curso clínico da doença²⁵.

Sendo assim, evidencia-se a necessidade em investimentos no desenvolvimento de ações abrangentes para o controle do câncer, nos diferentes níveis de atuação, como: na promoção da saúde, na detecção precoce, na assistência aos pacientes, na vigilância, na formação de recursos humanos, na comunicação e mobilização social, na pesquisa e na gestão do SUS¹⁹.

3.5. Educação em Saúde: troca de saberes entre acadêmicas e mulheres guaranis

Conforme a Fundação Nacional de Saúde²⁶, a Educação em Saúde é uma prática social, cujo processo contribui para a formação da consciência crítica das pessoas a respeito de seus problemas de saúde, a partir da sua realidade, e estimula a busca de soluções e organização para a ação individual e coletiva. Nesta ótica, a fim de promover educação em saúde frente a realidade da saúde da mulher indígena, adotamos as Sete Teses de Briceño-Léon²⁷. Este autor propõe dois princípios de trabalho – é necessário conhecer e contar com o ser humano – que se expressam em duas premissas: "Só conhecendo o indivíduo e suas circunstâncias são possíveis uma ação eficiente e permanente em saúde" e "Ninguém pode cuidar da saúde de outro se este não quer fazê-lo por si próprio". Desta forma fica exposto a necessidade do querer individual do aprendiz trazido pelo conhecimento acadêmico e a relevância disso no cotidiano e auto cuidado a saúde.

Para conhecer o ser humano é importante levar em consideração três pontos importantes: sua crença, seus hábitos e papéis e as circunstâncias no qual está inserido. As crenças se tornam importantes porque a realidade é como as pessoas acreditam que seja - muitas vezes não coincide com as crenças ou conhecimento científico de outras - desta forma levar em consideração a crença é levar em consideração um conhecimento muitas vezes divergente do esperado. O hábito apresentado por cada indivíduo significa a maneira de viver (aquilo que acreditam que deva ser feito) e os papéis estão relacionados aos hábitos do indivíduo, sendo assim os hábitos estão associados às condições de vida e crenças. As circunstâncias são as condições objetivas na qual vivem as pessoas que podem ser da pessoa, da família, da comunidade ou da sociedade na qual se encontram²⁷.

Para contar com o ser humano é necessário que ele queira este conhecimento, pois não adianta que o conhecimento seja imposto, mas que seja ser compartilhado. Do ponto de vista ético é importante a liberdade individual ou da comunidade para decidir sobre seu destino, saúde e risco da doença. Destacamos a importância e relevância dos dois princípios de trabalho proposto, pois a realidade sobre determinadas doenças ou possíveis doenças só será mudada se houver um consentimento individual ou coletivo de sua importância²⁷.

Assim, para que ocorra uma mudança de comportamento frente ao processo saúde doença mostra-se a importância da cultura, crença e papel desempenhado pelo indivíduo e a partir daí moldar ao conhecimento científico. Na comunidade indígena muitas vezes a doença é vista como algo místico e de forças ocultas. Desta forma é necessário compreender a realidade existente e as percepções das mulheres indígenas frente a este processo para que a

educação em saúde aconteça de maneira participativa, respeitando crenças e valores já existentes e mesclando conhecimentos.

Com o objetivo de compreender a realidade de uma determinada sociedade, o autor levanta duas correntes que baseiam as atitudes humanas. A primeira afirma que são as circunstâncias que fazem com que o homem atue de determinada maneira, ou seja, que alguém agirá ou escolherá seu comportamento de acordo com as circunstâncias. E, a segunda que o fundamental é os valores, que a situação tem pouca importância, que o mais importante é em que o homem acredita, o que o indivíduo pensa, são seus hábitos, suas crenças²⁷.

A fim de buscar ferramentas para poder trabalhar com a união de ambas as teorias e propor um modelo de transformação do ser humano e suas circunstâncias, Briceño-Léon propôs setes teses²⁷:

I - Não há um que sabe e outro que não sabe, mas dois que sabem coisas distintas;

II - A educação não ocorre só nos programas educacionais, mas em toda a ação sanitária;

III - A ignorância não é um vazio a ser preenchido, mas um cheio a ser transformado;

IV - A educação deve ser dialogada e participativa;

V - A educação deve reforçar a confiança das pessoas em si mesmas;

VI - A educação deve procurar reforçar o modelo de conhecimento: esforço – recompensa;

VII - A educação deve fomentar a responsabilidade individual e a cooperação coletiva.

Briceño-Léon mostra o quanto é importante, no processo educativo, conhecer o ser humano, contar com o ser humano e entender a sua lógica própria de pensamento e ação. Assim, a partir das sete teses podemos fundamentar a necessidade da educação em saúde, levando em consideração a realidade existente e a necessidade da troca entre o científico e o cultural²⁸.

3.6. O Cuidado Transcultural de Leininger

A enfermagem é vista como ciência em constante processo evolutivo, e vem a algum tempo reelaborando seu conhecimento no intuito de aprimorar o cuidado e contemplar as mais diversas dimensões do ser humano. Esse processo inclui um novo olhar que busca valorizar

aspectos relacionados ao subjetivismo²⁹. Assim, podemos compreender que a cultura também faz parte do subjetivo sendo que o estudo desta constitui peça chave, uma vez que influencia o comportamento humano. A fim de sensibilizar as mulheres indígenas frente a prevenção do câncer de colo de útero e câncer de mama se tornou necessário elaborar e direcionar as ações de Enfermagem baseadas na cultura, experiências e modo de vida, valores, crenças, sentimentos e visão de mundo.

O conceito central da teoria de Leininger é o cuidado e este é conceituado como “[...] as atividades de assistência, de apoio, ou facilitadoras para com outro indivíduo ou grupo com as necessidades evidentes ou previstas, para amenizar ou melhorar a condição humana de vida”. Leininger defende que não há possibilidade de cura sem cuidado, porém existe a possibilidade de cuidar sem cura, apoiando que o cuidado é uma força dominante, poderosa e central para a cura e bem-estar³⁰.

Desta forma, na Teoria do Cuidado Transcultural citada por LEININGER, há diversas características do cuidado humano que são identificáveis, que podem explicar e justificar a necessidade do cuidado em enfermagem para que este seja benéfico e significativo³.

Sendo assim, o objetivo da enfermagem transcultural vai além da apreciação de culturas diferentes, e torna o conhecimento e a prática profissional culturalmente embasada, conceituada, planejada e operacionalizada. Se aqueles que praticam a enfermagem não considerarem os aspectos culturais como necessidade humana, suas ações poderão ser ineficazes e trazer conseqüências desfavoráveis para os assistidos³. Desta forma, as ações de enfermagem devem ser baseadas na cultura, para que os conhecimentos sejam socialmente aceitos pela comunidade, havendo assim, mudanças planejadas e necessárias através da troca de conhecimentos.

Para LEININGER, um dos conceitos que baseiam este cuidado é a cultura, sendo vista como valores, crenças, normas de comportamento e práticas relativas ao estilo de vida, aprendidos, compartilhados e transmitidos por um grupo específico, que orientam o pensamento, as decisões e ações dos elementos pertencentes à estrutura de um grupo social³.

A estrutura social é vista como um processo dinâmico e de natureza interdependente, compreendendo elementos estruturais ou organizacionais da sociedade que interatuam e funcionam. Incluem os sistemas religiosos, familiar, político, econômico, educacional, tecnológico e cultural, delimitados pelo contexto lingüístico e ambiental³.

Desta forma, para que ocorra o cuidado é importante que a cultura e a estrutura social sejam levadas em conta. Neste estudo, o modo cultural se baseia nos conhecimentos e práticas

das mulheres indígenas e a estrutura social organizacional torna-se importante pelo papel da mulher na sociedade, bem como o ambiente em que está inserida.

A teoria transcultural é capaz de prever e explicar os padrões de cuidado humano das diversas culturas, bem como possibilitar a identificação de valores, crenças e práticas populares pelos profissionais de enfermagem³. Desta forma o cuidado é cultural, pois cada povo tem seu próprio jeito de cuidar. O cuidado pode se desenvolver no sistema popular: o local, nativo que presta cuidados de cura tradicionais ou familiares; e no sistema profissional: que consiste em cuidados organizados e interdependentes, prestados por diversos profissionais de saúde³⁰.

O sistema de cuidado popular é apresentado pela teórica como aquele que desenvolve habilidades e conhecimentos tradicionais que são adquiridos e transmitidos culturalmente, utilizando ações apoiadoras, capacitadoras, facilitadoras e de assistência para indivíduos ou grupos, para melhorar as condições de saúde. Já o sistema de cuidado profissional se refere ao cuidado profissional adquirido, transmitido e formalmente ensina sobre saúde, doença e habilidades práticas adquiridas para assistir aos indivíduos³⁰.

Desta forma há três modos atuação do profissional para exercer o cuidado³⁰:

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

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

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

Assim, para que ocorra uma assistência adequada o profissional enfermeiro deve avaliar se os comportamentos são preserváveis mutáveis ou negociáveis. Destaca-se como preserváveis aqueles cuidados já praticados por um indivíduo, família ou grupo, benéficos ou

mesmo inócuos para a saúde. No entanto, na negociação entre profissionais e indivíduos, habilitam as ações e decisões, facilitando a assistência das pessoas de uma determinada cultura, além de promover a adaptação ou acomodação com os provedores de saúde. Por outro lado a repadronização constitui ações e decisões que auxiliam os indivíduos ou grupos a reordenar, trocar ou em grande parte modificar seus modos de vida para o novo, o diferente, beneficiando os padrões de cuidado à saúde³. Assim, pretendemos preservar o auto-cuidado já existente e repadronizar os conhecimentos necessários para que estas mulheres sejam sensibilizadas quanto à prevenção do câncer de colo de útero e mama.

4. METODOLOGIA

4.1. Delineamento do estudo

Trata-se de uma pesquisa-ação de análise qualitativa, cujo modelo assistencial adotado para a prática foi o proposto por Madeleine Leininger e Briceño Leon, que serviram como guia para a atuação da enfermagem durante o convívio com a população alvo deste estudo. A outra opção metodológica que tínhamos – a pesquisa convergente assistencial – não foi escolhida pelas condições especiais quanto à coleta de dados, feita em apenas um momento, por conta dos trâmites burocráticos envolvidos em pesquisa com povos indígenas, sendo que esta modalidade de pesquisa requer contatos mais frequentes e continuados com a população em atendimento.

Quanto à pesquisa ação é aquela que, além de compreender, visa intervir na situação, com vistas a modificá-la. O conhecimento visado articula-se a uma finalidade intencional de alteração da situação pesquisada. Assim, ao mesmo tempo, que realiza um diagnóstico e a análise de uma determinada situação, a pesquisa ação propõe ao conjunto de sujeitos envolvidos mudanças que levam a um aprimoramento de práticas analisadas³¹. Portanto, ocorre uma oscilação sistemática entre agir no campo da prática e investigar a respeito dela.

Os passos que compõe este processo podem ser resumidos da seguinte maneira: identificação do problema, planejamento de uma solução, implementação, monitoramento e avaliação da eficácia.

A metodologia proposta por Leininger e Briceño Leon influenciaram na abordagem e no processo de coleta de dados referentes à saúde da população alvo, implementando uma

assistência devida e uma avaliação constante desta intervenção. Em um dos trechos da sua teoria Leininger afirma que, para prestar um cuidado de enfermagem eficiente e resolutivo, estes devem estar de acordo com as crenças, valores e modos de vida da população e ela propõe formas de intervenções. De acordo com a proposta metodológica deste trabalho, foi praticado um cuidado cultural de repadronização ou reestruturação, com ações educativas para promoção da saúde e manutenção do auto-cuidado, com a execução de assistência, apoio e capacitação.

4.2. População alvo

A população participante de nossa prática assistencial foi composta por 20 mulheres indígenas, de etnia Guarani com idades variadas. Os critérios de inclusão das participantes do grupo foram todas as mulheres da comunidade que já tinham passado pela menarca, inclusive aquelas que já estariam na menopausa e quisessem participar.

As decisões foram discutidas conjuntamente com equipe da FUNASA, agentes indígenas de saúde, diretor da escola, cacique da tribo e acadêmicas. Houve uma reunião específica para tratar sobre o assunto deste trabalho na tribo, com o objetivo de que todas as ações seriam coletivamente definidas antes de serem postas em prática. Discutimos como direcionaríamos os convites e decidiu-se que seria realizado oralmente pelas agentes indígenas de saúde em domicílio.

4.3. Descrição local e do contexto da prática assistencial

O projeto proposto foi colocado em prática tribo M'Biguaçu na aldeia *Yynn Moroti Wherá* de etnia Guarani, situada na região litorânea da Grande Florianópolis, no Km 190 da BR 101, do Balneário de São Miguel no Município de Biguaçu – SC. Esta população indígena pertence ao Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) do Litoral Sul, cobertas pelo Pólo-Base (FUNASA – MS) de Florianópolis.

A comunidade indígena M'Biguaçu é composta por casas de famílias indígenas, opy – local sagrado conhecido como casa de reza, escola indígena e casa de artesanato – onde vende-se os artesanatos produzidos pela comunidade. A comunidade sobrevive principalmente da venda de artesanatos, agricultura praticada nas terras delimitadas e auxílios recebidos pelos órgãos governamentais.

A aldeia *Yynn Moroti Wherá* é habitada por cerca de 30 famílias indígenas Guaranis. Esta Terra Indígena que conta com 59 hectares, sendo 60% da área utilizados para a preservação ambiental. A aldeia de Biguaçu é hoje a única deste povo indígena com terras demarcadas no Estado. A demarcação confere aos seus habitantes, segurança e autonomia, que se refletem nas mais diversas atividades desenvolvidas no seu cotidiano³².

A aldeia *Yynn Moroti Wherá* tem buscado resgatar sua cultura e crenças que mantêm através da língua, mitos, organização social e cultural material. A aliança entre a busca do diálogo com os mais velhos e as atividades desenvolvidas na escola vêm proporcionando aos habitantes da aldeia a oportunidade de discutir questões referentes à sua tradição, lembrando, recriando e vivenciando diferentes aspectos da “cultura guarani”. Desta forma, tanto os homens quanto as mulheres durante as fases da vida passam por uma série de rituais, onde seguem as regras estabelecidas na tentativa de continuação de sua cultura e crenças³².

4.4. Desenvolvimento da ação

O processo para realização deste trabalho e sua concretização contemplou várias etapas distintas. Primeiramente, efetuamos um contato inicial com a comunidade, com a realização de algumas visitas ao local. Foi mantido contato constante, em conversas informais com cacique da tribo, alunos da escola, agentes indígenas de saúde e por todos os profissionais que trabalham na escola, como diretor e professoras. A equipe de saúde da FUNASA desenvolveu um papel muito importante durante todo este trajeto, nos abrindo caminhos e contribuindo para nossa ambientalização com a comunidade e a realidade local.

O exercício de ter realizado algumas visitas à aldeia nos permitiu, além de reconhecer o ambiente e se interar da rotina local, a estabelecer uma relação de confiança e proximidade entre as partes.

Um das etapas que fazem parte do desenvolvimento metodológico da pesquisa-ação é a exploração, com diagnóstico da realidade e levantamento da situação para a realização das eventuais ações. Esta etapa se iniciou com um rigoroso estudo e pesquisa sobre a cultura Guarani- Mbyá e as tribos indígenas do sul do Brasil. Posteriormente, solicitamos dados demográficos e epidemiológicos da população da aldeia que iríamos trabalhar no Pólo-Base da FUNASA de Florianópolis, sendo que os mesmos nos foram fornecidos. Na escola, alguns

materiais repassados, também nos auxiliaram para este processo de compreensão da realidade e diagnóstico situacional.

Acreditamos que a utilização destes materiais, aliados ao processo de observação realizado concomitante as visitas prévias à aldeia, nos deram um bom embasamento para delimitar nosso plano de ação.

No momento da prática utilizamos um diário de campo, onde foram registrados todos os momentos e falas dos participantes por uma terceira pessoa presente na atividade, com a função especial para tal tarefa orientada pelas pesquisadoras. Utilizamos dois gravadores, os quais ficaram ligados durante todo o tempo com o conhecimento e autorização das participantes.

4.5. Operacionalização da oficina

Segundo o material técnico da FUNASA³³ a realização de oficinas de educação em saúde devem ter duas etapas distintas: pré-oficina e oficina.

Pré-oficina:

O momento da pré-oficina consiste na sua montagem e requer negociações prévias com o pessoal técnico-político. Este momento é a base para a realização da oficina, pois a negociação prévia com as partes envolvidas e a visita de reconhecimento e diagnóstica local dá sustentabilidade ao processo³⁴.

Seguindo esta perspectiva, o planejamento das ações e a construção das oficinas educativas foram de acordo com a realidade das deficiências existentes neste grupo populacional, a partir dos levantamentos de dados.

As Sete Teses de Briceño Leon e a Teoria do Cuidado Transcultural de Leininger fortaleceram a importância da Educação em Saúde que deve ocorrer através de um diálogo entre saberes de forma participativa entre as mulheres guaranis e acadêmicas, implicando um processo de negociação e compromisso entre as partes e permitindo a troca de informações importantes e cruciais. Conhecer quais são os conhecimentos, as crenças e os hábitos que as mulheres têm sobre sua saúde e de forma bidirecional trabalhar sobre eles. Sendo assim,

acreditamos que reforça a confiança frente seus conhecimentos e as necessidades coletivas e individuais, pois não há certo e errado, há maneiras diferentes de vivenciar o existente.

Durante todo o processo, conversas informais com a equipe da FUNASA, funcionários da escola, cacique da tribo e agente indígena de saúde foram mantidas, sendo que os mesmos contribuiriam acerca de todas as decisões tomadas como, o que seria ou não ser usado, incluído e estratégias a serem adotadas para solucionar as dificuldades existentes. Logo, houve envolvimento e contribuição de todos os envolvidos. Conhecer o fluxo dos serviços de saúde que lhes são oferecidos também foi necessário para orientar às ações.

Sendo assim, explicitamos nossa proposta de trabalho e materiais confeccionados que seriam usados na oficina, para que fossem avaliados e aprovados. Decidiu-se que o grupo seria constituído apenas por mulheres, visto que, se houvesse a presença de algum homem poderia ocasionar constrangimento e inibição no grupo. Houve também a preocupação com relação à linguagem, pois algumas mulheres, principalmente as mais velhas, não falam português, apenas guarani. Uma solução encontrada foi solicitar a presença de duas mulheres membros da aldeia, que dominam as duas línguas, o português e o guarani, de modo que poderiam ser interlocutoras e realizar a tradução no momento da oficina, caso fosse necessário.

Em relação aos temas, o eixo principal da oficina foi a prevenção do câncer de mama e colo do útero. Outros relevantes à saúde da mulher, que estão interligados ao tema principal ou que foram solicitados para serem abordados, também entraram na lista: desenvolvimento do corpo da mulher, menstruação, concepção, desenvolvimento no bebê no útero, gravidez, sinais de trabalho de parto, doenças sexualmente transmissíveis e planejamento familiar. Enfatizar o tema gravidez na adolescência foi uma solicitação quase que em “caráter emergencial” pelas professoras da escola, devido à grande frequência de adolescentes grávidas na comunidade. Acreditamos que a participação da escola na escolha dos temas foi essencial, pois o dia-dia de muitas delas que participaram do grupo se dá neste local.

Ao longo do processo de confecção dos materiais e escolha da metodologia a ser adotada para o momento da prática, houve a preocupação constante em adaptá-los de uma maneira que as participantes pudessem ter um bom entendimento e compreensão, além da manutenção da dinamicidade e alcance dos objetivos.

Oficina:

A oficina foi dirigida através de um planejamento, gravada em áudio e registrada em diário de campo. Todas as mulheres autorizaram a sua participação no estudo concordando com os termos estabelecidos de forma livre e voluntária, cientes do direito a desistência em qualquer momento da prática.

A atividade ocorreu em um momento único, sendo dividida em três partes com a realização de intervalos para lanche e almoço. A proposta inicial era dividir os assuntos em dias diferentes, porém por incompatibilidade de horários dos profissionais da FUNASA, isto não foi possível. O local escolhido para a realização da prática foi a escola da tribo, em uma sala de aula reservada para este momento, pois é a referência de encontro da comunidade.

Chegamos à escola, arrumamos a sala, procurando dispor as cadeiras em forma de círculo, sendo que desta forma romperia com a imagem condicionada de que aquele momento seria uma espécie de aula. Assim também manteríamos uma aproximação física maior, estimulando a interação e participação mais efetiva, propondo a troca de saberes. Procuramos utilizar materiais de apoio e técnicas que facilitassem a explanação e não tornasse estes momentos cansativos, fazendo com que elas perdessem o interesse ou se dispersassem com facilidade.

Sua organização foi de acordo com os temas e dirigida em uma linguagem simples de modo que as participantes pudessem ter um bom entendimento, buscando-se adotar uma metodologia adequada para construção de novos conhecimentos na comunidade. Contamos com a presença de uma professora indígena - que realizou a tradução do guarani para o português bem como do português para o guarani. Também estavam presentes enfermeira da FUNASA, agente indígena de saúde, a qual também desempenha função temporária de cacique e professora orientadora do projeto.

A apresentação iniciou por meio da dinâmica do novelo de lã. Dispomos as participantes em círculo. Uma das acadêmicas tomou nas mãos um novelo de lã. Em seguida, prendeu a ponta do mesmo em um dos dedos de sua mão. Logo após, a primeira apresentou-se dizendo: nome, idade, atividades que faz no dia-dia, o que esperava aprender no grupo e depois jogou o novelo para uma das pessoas à sua frente. Essa segunda pessoa apanhou o novelo e, após enrolar a linha em um dos dedos, apresentou-se da mesma forma anterior,

jogando o novelo para uma das pessoas à sua frente, e assim sucessivamente. A intenção foi iniciar a criação de um vínculo com o grupo, mostrando que todas são importantes na imensa teia que é a vida.

Em seguida foi realizada a dinâmica da família, baseada no módulo: Educação Profissional Básica para Agentes Indígenas de Saúde³³, então pedimos para as participantes desenharem a sua família e todos que a compunham. Neste aspecto, a cultura da etnia e a composição familiar seriam trabalhadas. Logo após, discutimos sobre: quem são os membros da família? Qual o papel da mulher na família e na comunidade? Continuamos o debate na roda estendendo a discussão: Quais são os problemas de saúde mais comuns entre as mulheres?

Organizamos a discussão em um único grupo, coordenando o debate sobre a mudança do perfil epidemiológico e o surgimento de novas doenças. Através desta dinâmica, pretendíamos compreender a organização das famílias, o contexto da mulher na família e na comunidade indígena e o conhecimento das participantes acerca das questões de saúde.

Iniciamos a oficina abordando assuntos introdutórios ao tema central e também relevantes: anatomia do corpo feminino, menstruação, concepção, desenvolvimento no bebê no útero, gravidez, gravidez na adolescência, sinais de trabalho de parto, DST's/AIDS e métodos anticoncepcionais. Utilizamos recursos para facilitar a comunicação e o entendimento como: vídeos, folders, cartazes, manequins, pelve, fotos e materiais ilustrativos.

Em uma segunda etapa, iniciamos os debates sobre câncer de mama e câncer de colo de útero. Como recursos pedagógicos, adotamos o uso de folder explicativo (em anexo), jogo de perguntas e respostas, mama de alpiste, cartaz mostrando as fases evolutivas do câncer cérvico-uterino, fotos ilustrativas e kit para coleta de material para o exame citopatológico.

Também foi utilizado um formulário semi-estruturado com perguntas abertas, contendo as seguintes variáveis: **I- Variáveis demográfico-sócio-culturais**: Idade em anos completos; Escolaridade; Profissão; Situação Marital. **II- Variáveis Obstétricas**: Número de gestações; Idade da primeira gestação; Prática do aleitamento materno. **III- Variáveis Ginecológicas**: Realização e regularidade do exame preventivo; Conhecimentos acerca câncer mama e cérvico-uterino. O mesmo foi aplicado no final da oficina, com auxílio e esclarecimento de dúvidas às participantes para o preenchimento.

4.6. Coleta e análise dos dados

A pesquisa ação requer o registro rigoroso e metódico dos dados³⁶. Leininger³ inclui que o referido pelos informantes e observado, gestos, sentimentos, compreensão de valores que guiam as ações desenvolvidas, todas as informações reunidas para obter uma visão global do fenômeno.

Nesta perspectiva, os dados foram obtidos através da observação das participantes em uma oficina com mulheres indígenas, antecedido por várias etapas de planejamento, acordos e detalhamento do processo, realizados com pessoas e instituições relacionados à comunidade. Todas as etapas foram registradas em diário de campo, sendo que o momento da oficina foi também gravado em áudio. Posteriormente, os dados obtidos foram integralmente transcritos e procedeu-se a análise temática dos aspectos relacionados à: perfil das participantes, conhecimento delas acerca do seu corpo, presença de fatores de risco para o câncer ginecológico, atividades preventivas, características culturais e comunicação. As respostas do formulário foram distribuídas em tabelas e calculadas as frequências em porcentagem. Também foi utilizado um formulário semi-estruturado com perguntas abertas, cujas respostas foram distribuídas em tabelas e calculadas as frequências em porcentagem.

4.7. Aspectos éticos da pesquisa

O projeto de pesquisa foi submetido aos trâmites exigidos dentro das instituições governamentais da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA e Fundação Nacional do Índio – FUNAI com exposição dos objetivos, fundamentos, estratégias e finalidades. Os aspectos que envolvem a pesquisa estão de acordo com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. A coleta de dados foi iniciada após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) sob protocolo nº 673/10.

Os participantes foram esclarecidos sobre o projeto, formalizados os procedimentos respectivos de aceite e confirmação através das assinaturas do termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE (Em anexo). Foi solicitada a permissão para gravar o momento de coleta de dados. Todos os nomes dos participantes foram preservados na forma de anonimato.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foi acordado pelo Colegiado da 8ª fase do Curso de Graduação em Enfermagem que o capítulo de resultados do RELATÓRIO DA PESQUISA desenvolvido como TRABALHO

DE CONCLUSÃO DO CURSO DE GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, seja a apresentação de um artigo, elaborado conforme as normas de uma revista da escolha dos alunos e orientador. Esta decisão objetiva estimular a pronta publicação das pesquisas desenvolvidas.

Chamamos atenção para o fato de que somente uma parte do “corpo de dados” obtidos é apresentada, discutida e analisada, dada a impossibilidade de construção de todos os artigos possíveis, no curto espaço de um semestre letivo. A seguir apresenta-se o artigo elaborado.

CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA E CÉRVICO UTERINO COM MULHERES INDÍGENAS GUARANI

Camila Mariano Fernandes¹

Luciane Pallaoro Da Fontoura²

Maria do Horto Fontoura Cartana³

RESUMO: Trata-se de uma pesquisa-ação desenvolvida como trabalho de conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC, com referencial teórico de Madeleine Leininger e Briceño Leon, tendo como objetivo sensibilizar mulheres de uma tribo indígena Guarani em Santa Catarina, acerca das ações necessárias para prevenção do câncer de mama e cérvico-uterino. Participaram 20 mulheres de faixas etárias heterogêneas. Os dados foram obtidos através de uma oficina de educação em saúde, antecedida por várias etapas de planejamento, acordos e detalhamento do processo, realizados com pessoas e instituições relacionadas à comunidade. Também foi utilizado um questionário semi-estruturado com perguntas abertas. Todas as etapas foram registradas em diário de campo e analisadas de forma qualitativa. Os resultados evidenciaram que as mulheres participantes deste estudo, demonstraram falta de informação e baixa percepção acerca de questões do seu auto-cuidado e conhecimento referente ao câncer de mama e colo do útero, assim como em outras questões associadas ao cuidado com sua saúde, mostrando que existe risco nestas populações. Concluiu-se que há necessidade de reflexão social e mobilização para incrementar o cuidado à saúde, a fim de traçar estratégias de serviços articulados, criação de políticas públicas específicas voltadas para atenção integral à saúde da mulher indígena culturalmente sensível e respeitando o saber popular.

Descritores: Grupos Étnicos, Educação em Saúde, Saúde da Mulher, Enfermagem.

¹ Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC. Membro do Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-Nascido – GRUPESMUR - PEN/UFSC. E-mail: Camila-mf@hotmail.com

² Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC. E-mail: lupoh@gmail.com

³ Doutora em Enfermagem na Universidade Federal de Santa Catarina UFSC; Enfermeira, Docente do Departamento de Enfermagem da UFSC. Membro do Grupo Educação em Enfermagem e Saúde – EDEN - PEN/UFSC. E-mail: horto@ccs.ufsc.br.

1. INTRODUÇÃO

A população indígena brasileira, hoje estimada em 460 mil pessoas, esta dividida em 225 sociedades indígenas, possui um quadro de saúde heterogêneo e complexo, ligado a processos históricos de mudanças econômicas, sociais e ambientais, nas diversas regiões do país. O processo de colonização e a chegada do europeu levaram à extinção muitas das sociedades indígenas que viviam no território brasileiro, seja pela ação das armas, seja em decorrência do contágio por doenças trazidas dos países distantes, ou, ainda, pela aplicação de políticas visando à assimilação dos índios à nova sociedade implantada, com forte influência européia¹. Estes impactos favoreceram a mudança para a atual situação desta população, alterando seu estilo de vida e o aparecimento de problemas de saúde semelhantes aos da população não-indígena, relacionados à alimentação, hipertensão arterial, diabetes, câncer, alcoolismo, depressão e suicídio.

São muitos os desafios atuais no que diz respeito a atenção à saúde dos povos indígenas, ligados a doenças crônicas não-transmissíveis, doenças transmissíveis, contaminação ambiental, entre outros. Coimbra Jr, Santos e Escobar², alertam que o perfil epidemiológico da população indígena é pouco conhecido, em consequência da escassa investigação, da falta de inquéritos e censos, bem como da precariedade de informações sobre morbidade e mortalidade.

Nas pesquisas com abordagem étnica permanece como grande lacuna no conhecimento os determinantes socioculturais, ambientais e biológicos da saúde da mulher indígena no Brasil, em geral os estudos de orientação antropológica não tem abordado aspectos específicos da saúde. O desconhecimento acerca de questões básicas de saúde da mulher indígena, ausência de censos e de outros inquéritos regulares, aliadas a precariedade dos sistemas de informação (em especial registros de morbidade e de mortalidade), impossibilitam que se trace de forma satisfatória um perfil epidemiológico. Como consequência, são pouco eficazes as estratégias para melhorar a qualidade de vida dessa população e a preparação dos serviços de saúde para um cuidado culturalmente sensível.

A Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, inserida na Constituição Federal, em seu capítulo V, reconhece os povos indígenas nas suas especificidades étnicas e culturais e estabelece a adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços

– Subsistema de Atenção à Saúde Indígena – representado pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA).

A Política Nacional de Saúde integra a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNSPI), adota um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde, garantindo o exercício de cidadania destes povos (portaria 254 de 31 de janeiro de 2002 / Ministério da Saúde). No entanto, há uma carência de políticas públicas que promovam ações adequadas voltadas para atenção integral à saúde da mulher indígena, sendo necessária a existência de uma rede de apoio qualificada para assistência e o cuidado da população em questão. Nesta ótica, fica explícito a insuficiência na atual política PNSPI na atenção voltada especificamente a este grupo.

Nesta ótica, fica clara a importância de se conhecer mais detalhadamente a situação de saúde das mulheres indígenas no Brasil, como também os valores, costumes, crenças e conhecimentos empregados no seu autocuidado. Portanto, é essencial traçar a distribuição dos fatores de risco para as doenças e descrever a real situação de saúde deste grupo populacional, a fim de compreender a realidade e a partir desse conhecimento, elaborar uma abordagem diferenciada para as ações assistenciais.

Diante desta atual situação referente às condições de saúde a população indígena, faz-se necessário um maior envolvimento da enfermagem no planejamento de ações, implementação de políticas, ações de prevenção e promoção de saúde considerando as especificidades deste grupo populacional.

Este foi um Trabalho de Conclusão de Curso, integrado ao Estágio Supervisionado, considerado como um requisito obrigatório, executado na Unidade de Saúde de Biguaçu referência das comunidades indígenas com que trabalhamos. Tivemos como referencial os pressupostos da Teoria do Cuidado Transcultural citada por Leiniger³ que enfatiza as diversidades no cuidado humano, com características que são identificáveis, que podem explicar e justificar a necessidade do cuidado transcultural de enfermagem, de forma que este se ajuste as crenças, valores e modos das culturas, para que um cuidado benéfico e significativo possa ser oferecido. O trabalho de educação em saúde foi baseado nas teses de Briceño-Léon.

A realização deste estudo visou contribuir para a melhoria da qualidade de vida nas comunidades que foram abrangidas, fortalecendo a autonomia, a cultura e facilitando a divulgação e o acesso aos programas de saúde disponíveis na rede do Sistema Único de Saúde. A troca das diferentes visões acerca de saúde favoreceu tanto a comunidade - pois proporcionou a ela o acesso a novas informações, respeitando suas crenças, seu tempo, enfim, sua cultura, quanto a nós acadêmicas – em desenvolver habilidades de relacionamento pessoal e coletivo. Deste modo, conhecemos a assistência de saúde prestada nas comunidades, colaborando para sua autonomia e nos capacitando como futuros profissionais a lidar com as diversidades culturais que permeiam nosso país.

Desta forma, o presente trabalho traz a realidade vivenciada pelas mulheres da tribo indígena guarani M'Biguaçu pertencente à etnia Guarani mbya, que vivem em terras indígenas dispostas ao litoral catarinense, especificamente na comunidade localizada nas proximidades da grande Florianópolis, no município de Biguaçu. A abordagem se fez por meio de uma oficina de educação em saúde, sendo utilizados recursos áudio visuais, na qual o objetivo foi sensibilizar as mulheres Guaranis participantes acerca das ações necessárias para prevenção do câncer de colo de útero e mama.

2- CONTRIBUIÇÕES DA LITERATURA

Atualmente, os índios vivem nos mais diversos pontos do território brasileiro, sendo que mais da metade, cerca de 60% vivem na Amazônia legal. O país possui uma imensa diversidade étnica e lingüística, estando entre as maiores do mundo. São 215 sociedades indígenas, mais de 55 grupos de índios isolados, sobre os quais ainda não há informações objetivas. Pelo menos, 180 línguas são faladas pelos membros destas sociedades, as quais pertencem a mais de 30 famílias lingüísticas diferentes¹. Logo, cada um desses povos tem sua própria maneira de entender e se organizar diante do mundo, manifestada nas suas diferentes formas de organização social, política, econômica e de relação com o meio ambiente e ocupação de seu território⁴.

Para Pancieri, Buogo e Gerber⁵, em Santa Catarina vivem aproximadamente 6 mil índios, das etnias Guarani, Xokleng e Kaingáng. A população Guarani no Brasil é de aproximadamente 44 mil índios e são divididos em três subgrupos: Mbyá, Kayowá e os Chiripá, diferenciados principalmente pelos dialetos¹.

A comunidade M'Biguaçu, localiza-se próxima a Rodovia BR 101, ao norte de Florianópolis, com pouco mais de 100 índios, surgiu em 1987. Foi colonizada por

descendentes dos Chiripás fugidos da Ilha de Santa Catarina no século XVIII, devido ao processo de ocupação que além de contribuir com o surgimento de doenças (tuberculose, bronquite, etc.), começaram as matanças para a conquista das terras. Nos últimos anos, as residências dos índios de M'Biguaçu foram modernizadas com a instalação da energia elétrica, abastecimento de água e escola. Além disso, os índios fizeram amizades com o povo do município⁶. Verificando-se assim que, cada vez mais, a população desta aldeia está se abrindo à sociedade não-indígena em busca de apoio para melhorar a condição de vida, mas jamais esquecendo as tradições⁷.

Na saúde, a comunidade indígena deve dispor da atuação do agente indígena de saúde (AIS), cujas atividades estão vinculadas ao Pólo-base (primeira referência), que corresponde à Unidade Básica de Saúde, com equipe multidisciplinar composta por médico, dentista, enfermeiro e auxiliar de enfermagem, que realiza capacitação e supervisão dos AIS além de prestar assistência à saúde. Cada pólo-base cobre um conjunto de aldeias e está integrado a uma rede de referência e contra-referência (hospitais e serviços especializados) para quando a demanda supera a capacidade de resolução na sua esfera. As Casas de Saúde do Índio funcionam basicamente como local de recepção e apoio entre aldeia e rede de serviços do SUS, localizadas em municípios de referência e não executam ações médico-assistenciais⁴.

3.4. Câncer ginecológico e a mulher indígena

O câncer do colo uterino e o câncer de mama são os tipos de carcinomas de maior incidência entre as mulheres brasileiras e em todo o mundo. Além disso, pacientes de estratos sociais mais baixos têm, conseqüentemente, menores taxas de sobrevivência do que aqueles de classes sociais mais elevadas¹⁵. Como se sabe, a doença surge principalmente como conseqüência da exposição a agentes carcinogênicos com os quais as pessoas têm contato, hábitos pessoais, fatores genéticos, todos têm um grande papel na etiologia do câncer¹⁶.

Para o Instituto Nacional do Câncer¹⁷, o câncer de mama é o segundo tipo mais freqüente, respondendo por 22% dos casos novos a cada ano e a neoplasia mais comum entre as mulheres. Abreu¹⁸, refere que no Brasil o câncer da mama feminina que se constitui na patologia maligna, tem o seu quadro agravado pelo fato do diagnóstico ainda ser estabelecido, na maioria das vezes, numa fase tardia da doença, em especial junto às classes com menor poder aquisitivo.

A causa da doença ainda não é totalmente conhecida, mas sabe-se que alguns fatores estão associados ao risco: idade, menarca precoce, menopausa tardia, história familiar, radiação ionizante, contraceptivos orais, terapia hormonal, mutação genética e condições clínicas tais como doença benigna da mama, paridade, amamentação e ingestão aumentada de álcool¹⁹. O diagnóstico precoce é a estratégia mais eficaz para prevenção do câncer de mama, já que a prevenção primária dessa neoplasia ainda não é totalmente possível devido à variação dos fatores de risco e as características genéticas que estão envolvidas na sua etiologia²⁰.

Já no caso do câncer de colo do útero, também chamado de cervical demora muitos anos para se desenvolver e representa um importante problema de saúde pública em países em desenvolvimento, chegando a ser em algumas regiões o tipo de câncer mais comum na população feminina²¹. O colo uterino é frequentemente acometido por infecções, sendo também alvo de carcinógenos virais e de outros tipos de agentes agressores. Isto torna a região mais susceptível ao desenvolvimento de neoplasias. No Brasil, é a quarta causa de morte por câncer em mulheres, sendo o tipo mais comum em algumas áreas menos desenvolvidas do país. Segundo Gurcel¹⁴, a patologia está altamente associada com o status social e econômico; os fatores de risco são mais intensos nos grupos de menor nível educacional. Sua ocorrência se concentra principalmente em mulheres acima dos 35 anos de idade²².

Existem vários fatores que se relacionam à patogênese do câncer cervical, todos eles encontrados com maior frequência na população pobre, desinformada e desassistida²². São descritos como fatores predisponentes: baixas condições sócio-econômicas, início precoce da atividade sexual, multiplicidade de parceiros sexuais, tabagismo (diretamente relacionados à quantidade de cigarros fumados), higiene íntima inadequada e uso prolongado de contraceptivos orais. Doenças sexualmente transmissíveis, principalmente o Papiloma Vírus Humano (HPV), infecções genitais associadas ao precário hábito de higiene²².

Entre a população propensa aos fatores de risco para o desenvolvimento de câncer de mama e cérvico-uterino encontram-se as mulheres indígenas. Atualmente, as poucas informações em saúde da mulher indígena, dificultam a construção do perfil epidemiológico e criam dificuldades para as ações voltadas à atenção à mulher indígena brasileira. Os poucos dados sobre a situação de saúde dessa mulher têm sido reportados nos pouquíssimos estudos disponíveis²³.

Uma das principais dificuldades enfrentadas para um estudo mais aprimorado sobre a saúde da mulher indígena é que na concepção indígena, a percepção do significado de saúde e doença tem características místicas e simbólicas, relacionadas às interações sociais e sobrenaturais em desequilíbrio, diferente daquela apontada pela medicina ocidental²⁴. Entretanto, a saúde da população indígena, no Brasil, atravessa uma fase caracterizada por alterações que vão desde transformações no perfil epidemiológico até a reestruturação do sistema de assistência à saúde indígena. Por outro lado, muito pouco se conhece sobre as condições de saúde da mulher entre os povos indígenas no Brasil, incluindo aspectos relativos à epidemiologia de certas neoplasias.

Nesta ótica, a limitada evidência de índices de risco para desenvolvimento de câncer cervical e de mama em mulheres indígenas sugere que a utilização de programas de rastreamento em populações indígenas pode levar a uma expectativa de altas incidência e mortalidade por câncer nessa população²⁴.

O controle do câncer em nosso país representa, atualmente, um dos grandes desafios que a saúde pública enfrenta. Isto porque, além de ser a segunda causa de morte por doenças, ele demanda a realização de ações de variados graus de complexidade, acopladas à necessidade de recursos humanos oriundos de diversas áreas do conhecimento¹⁶. Tanto o câncer de mama quanto o câncer do colo do útero são considerados de bom prognóstico, se diagnosticados e tratados precocemente. Porém, o diagnóstico realizado em fase avançada da doença pode ser o maior responsável pela manutenção das taxas de mortalidade elevadas, sugerindo que as pacientes não têm sido beneficiadas pelos procedimentos terapêuticos que podem de fato reverter o curso clínico da doença²⁵.

Sendo assim, evidencia-se a necessidade em investimentos no desenvolvimento de ações abrangentes para o controle do câncer, nos diferentes níveis de atuação, como: na promoção da saúde, na detecção precoce, na assistência aos pacientes, na vigilância, na formação de recursos humanos, na comunicação e mobilização social, na pesquisa e na gestão do SUS²⁰.

3.5. Educação em Saúde: as Sete Teses de Briceño-Léon

Conforme a Fundação Nacional de Saúde²⁶, a Educação em Saúde é uma prática social, cujo processo contribui para a formação da consciência crítica das pessoas a respeito

de seus problemas de saúde, a partir da sua realidade, e estimula a busca de soluções e organização para a ação individual e coletiva. Nesta ótica, a fim de promover educação em saúde frente a realidade da saúde da mulher indígena, adotamos as Sete Teses de Briceño-Léon²⁷. Este autor propõe dois princípios de trabalho – é necessário conhecer e contar com o ser humano – que se expressam em duas premissas: "Só conhecendo o indivíduo e suas circunstâncias é possível uma ação eficiente e permanente em saúde" e "Ninguém pode cuidar da saúde de outro se este não quer fazê-lo por si próprio". Desta forma fica exposto a necessidade do querer individual do aprendiz trazido pelo conhecimento acadêmico e a relevância disso no cotidiano e auto cuidado a saúde.

Para conhecer o ser humano é importante levar em consideração três pontos importantes: sua crença, seus hábitos e papéis e as circunstâncias no qual está inserido. As crenças se tornam importantes porque a realidade é como as pessoas acreditam que seja - muitas vezes não coincide com as crenças ou conhecimento científico de outras - desta forma levar em consideração a crença é levar em consideração um conhecimento muitas vezes divergente do esperado. O hábito apresentado por cada indivíduo significa a maneira de viver (aquilo que acreditam que deva ser feito) e os papéis estão relacionados aos hábitos do indivíduo, sendo assim os hábitos estão associados às condições de vida e crenças. As circunstâncias são as condições objetivas na qual vivem as pessoas que podem ser da pessoa, da família, da comunidade ou da sociedade na qual se encontram²⁷.

Para contar com o ser humano é necessário que ele queira este conhecimento, pois não adianta que o conhecimento seja imposto, mas que seja ser compartilhado. Do ponto de vista ético é importante a liberdade individual ou da comunidade para decidir sobre seu destino, saúde e risco da doença. Destacamos a importância e relevância dos dois princípios de trabalho proposto, pois a realidade sobre determinadas doenças ou possíveis doenças só será mudada se houver um consentimento individual ou coletivo de sua importância²⁷.

Assim, para que ocorra uma mudança de comportamento frente ao processo saúde doença mostra-se a importância da cultura, crença e papel desempenhado pelo indivíduo e a partir daí moldar ao conhecimento científico. Na comunidade indígena muitas vezes a doença é vista como algo místico e de forças ocultas. Desta forma é necessário compreender a realidade existente e as percepções das mulheres indígenas frente a este processo para que a educação em saúde aconteça de maneira participativa, respeitando crenças e valores já existentes e mesclando conhecimentos.

Com o objetivo de compreender a realidade de uma determinada sociedade, o autor levanta duas correntes que baseiam as atitudes humanas. A primeira afirma que são as circunstâncias que fazem com que o homem atue de determinada maneira, ou seja, que alguém agirá ou escolherá seu comportamento de acordo com as circunstâncias. E, a segunda que o fundamental é os valores, que a situação tem pouca importância, que o mais importante é em que o homem acredita, o que o indivíduo pensa, são seus hábitos, suas crenças²⁷.

A fim de buscar ferramentas para poder trabalhar com a união de ambas as teorias e propor um modelo de transformação do ser humano e suas circunstâncias, Briceño-Léon propôs setes teses²⁷:

I - Não há um que sabe e outro que não sabe, mas dois que sabem coisas distintas;

II - A educação não ocorre só nos programas educacionais, mas em toda a ação sanitária;

III - A ignorância não é um vazio a ser preenchido, mas um cheio a ser transformado;

IV - A educação deve ser dialogada e participativa;

V - A educação deve reforçar a confiança das pessoas em si mesmas;

VI - A educação deve procurar reforçar o modelo de conhecimento: esforço – recompensa;

VII - A educação deve fomentar a responsabilidade individual e a cooperação coletiva.

Briceño-Léon mostra o quanto é importante, no processo educativo, conhecer o ser humano, contar com o ser humano e entender a sua lógica própria de pensamento e ação. Assim, a partir das sete teses podemos fundamentar a necessidade da educação em saúde, levando em consideração a realidade existente e a necessidade da troca entre o científico e o cultural²⁸.

3.6. O Cuidado Transcultural de Leininger

A enfermagem é vista como ciência em constante processo e evolutivo, e vem há algum tempo reelaborando seu conhecimento no intuito de aprimorar o cuidado e contemplar as mais diversas dimensões do ser humano. Esse processo inclui um novo olhar que busca valorizar aspectos relacionados ao subjetivismo²⁷. Assim, podemos compreender que a cultura também faz parte do subjetivo sendo que o estudo desta constitui peça chave, uma vez que influencia o comportamento humano. A fim de sensibilizar as mulheres indígenas frente a prevenção do

câncer de colo de útero e câncer de mama se tornou necessário elaborar e direcionar as ações de Enfermagem baseadas na cultura, experiências e modo de vida, valores, crenças, sentimentos e visão de mundo.

Para FERRAZ *apud* LEININGER o conceito central da teoria de Leininger é o cuidado e este é conceituado como “[...] as atividades de assistência, de apoio, ou facilitadoras para com outro indivíduo ou grupo com as necessidades evidentes ou previstas, para amenizar ou melhorar a condição humana de vida”. Leininger defende que não há possibilidade de cura sem cuidado, porém existe a possibilidades de cuidar sem cura, apoiando que o cuidado é uma força dominante, poderosa e central para a cura e bem-estar.

Desta forma, na Teoria do Cuidado Transcultural citada por LEININGER, há diversas características do cuidado humano que são identificáveis, que podem explicar e justificar a necessidade do cuidado em enfermagem para que este seja benéfico e significativo³.

Sendo assim, o objetivo da enfermagem transcultural vai além da apreciação de culturas diferentes, e torna o conhecimento e a prática profissional culturalmente embasada, conceituada, planejada e operacionalizada. Se aqueles que praticam a enfermagem não considerarem os aspectos culturais como necessidade humana, suas ações poderão ser ineficazes e trazer conseqüências desfavoráveis para os assistidos³. Desta forma, as ações de enfermagem devem ser baseadas na cultura, para que os conhecimentos sejam socialmente aceitos pela comunidade, havendo assim, mudanças planejadas e necessárias através da troca de conhecimentos.

Para LEININGER, um dos conceitos que baseiam este cuidado é a cultura, sendo vista como valores, crenças, normas de comportamento e práticas relativas ao estilo de vida, aprendidos, compartilhados e transmitidos por um grupo específico, que orientam o pensamento, as decisões e ações dos elementos pertencentes a estrutura de um grupo social.

A estrutura social é vista como um processo dinâmico e de natureza interdependente, compreendendo elementos estruturais ou organizacionais da sociedade que interatuam e funcionam. Incluem os sistemas religioso, familiar, político, econômico, educacional, tecnológico e cultural, delimitados pelo contexto lingüístico e ambiental³.

Desta forma, para que ocorra o cuidado é importante que a cultura e a estrutura social sejam levados em conta. Neste estudo, o modo cultural se baseia nos conhecimentos e práticas das mulheres indígenas e a estrutura social organizacional torna-se importante pelo papel da mulher na sociedade, bem como o ambiente em que está inserida.

A teoria transcultural é capaz de prever e explicar os padrões de cuidado humano das diversas culturas, bem como possibilitar a identificação de valores, crenças e práticas populares pelos profissionais de enfermagem³. Desta forma o cuidado é cultural pois cada povo tem seu próprio jeito de cuidar. FERRAZ *apud* LEININGER coloca que o cuidado pode se desenvolver no sistema popular: o local, nativo que presta cuidados de cura tradicionais ou familiares; e no sistema profissional: que consiste em cuidados organizados e interdependentes, prestados por diversos profissionais de saúde.

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

Desta forma FERRAZ *apud* LIENINGER; MACFARLAND explicam que há três modos atuação do profissional para exercer o cuidado:

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

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

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

Assim, para que ocorra uma assistência adequada o profissional enfermeiro deve avaliar se os comportamentos são preserváveis, mutáveis ou negociáveis. Destaca-se como preserváveis aqueles cuidados já praticados por um indivíduo, família ou grupo, benéficos ou mesmo inócuos para a saúde. No entanto, na negociação entre profissionais e indivíduos,

habilitam as ações e decisões, facilitando a assistência das pessoas de uma determinada cultura, além de promover a adaptação ou acomodação com os provedores de saúde. Por outro lado a repadronização constitui ações e decisões que auxiliam os indivíduos ou grupos a reordenar, trocar ou em grande parte modificar seus modos de vida para o novo, o diferente, beneficiando os padrões de cuidado à saúde. Assim, pretendemos preservar o auto-cuidado já existente e repadronizar os conhecimentos necessários para que estas mulheres sejam sensibilizadas quanto a prevenção do câncer de colo de útero e mama.

3- METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa-ação de análise qualitativa, cujo modelo assistencial adotado para a prática foi o proposto por Madeleine Leininger e Briceño Leon, que serviram como guia para a atuação da enfermagem durante o convívio com a população alvo deste estudo. A metodologia proposta por Leininger e Briceño Leon influenciaram na abordagem e no processo de coleta de dados referentes à saúde da população alvo, implementando uma assistência devida e uma avaliação constante desta intervenção.

Os passos que compõe esta modalidade de pesquisa podem ser resumidos da seguinte forma: identificação do problema, planejamento de uma solução, implementação, monitoramento e avaliação da eficácia.

O local do estudo ocorreu na comunidade indígena M'Biguaçu da aldeia *Yynn Moroti Wherá* instalada no Balneário de São Miguel no município de Biguaçu em Santa Catarina, sendo que esta população indígena pertence ao Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) do Litoral Sul, cobertas pelo Pólo-Base de Florianópolis.

A população participante desta prática assistencial foi composta por 20 mulheres indígenas de etnia Guarani mbya com idades variadas. Os critérios de inclusão das participantes do grupo foram todas as mulheres da comunidade que já tinham passado pela menarca, inclusive aquelas que já estariam na menopausa e quisessem participar.

Os dados foram obtidos como um processo contínuo, que contemplou várias etapas distintas. Primeiramente, efetuou-se um contato inicial com a comunidade, com a realização de visitas ao local. Foi mantido contato constante com a aldeia e equipe e saúde da FUNASA. Executou-se um levantamento de dados demográficos e epidemiológicos da população da aldeia. Este processo permitiu uma compreensão da realidade e diagnóstico situacional.

A operacionalização da oficina deu-se em duas etapas distintas: pré-oficina e oficina. O momento da pré-oficina consistiu em negociações prévias com o pessoal técnico-político, planejamento das ações e sua montagem, que foram de acordo com a realidade existente neste grupo populacional, conhecida a partir dos levantamentos de dados. Conhecer o fluxo dos serviços de saúde que lhes são oferecidos também foi necessário para orientar às ações. Houve a participação e contribuição da equipe de saúde da FUNASA, funcionários da escola, cacique da tribo e agente indígena de saúde nas tomadas de decisões, avaliação, aprovação dos materiais e metodologias a serem adotadas.

A oficina ocorreu em um momento único, cujo eixo principal trabalhado foi a prevenção do câncer de mama e colo do útero. Outros relevantes à saúde da mulher, os quais estão interligados ao tema principal ou solicitados para serem abordados, também entraram na lista: desenvolvimento do corpo da mulher, menstruação, concepção, desenvolvimento no bebê no útero, gravidez, gravidez na adolescência, sinais de trabalho de parto, doenças sexualmente transmissíveis e planejamento familiar. Recursos foram utilizados para facilitar a comunicação e o entendimento como: dinâmicas, vídeos, folders, cartazes, manequins, pelve, mama de alpiste pedagógica, fotos e materiais ilustrativos. Houve a presença de duas mulheres membros a comunidade que dominavam as duas línguas, o português e o guarani, para fazer a tradução das falas no momento da oficina, caso fosse necessário.

Foi utilizado também um formulário semi-estruturado com perguntas abertas contendo as seguintes variáveis: **I- Variáveis demográfico-sócio-culturais:** Idade em anos completos; Escolaridade; Profissão; Situação Marital. **II- Variáveis Obstétricas:** Número de gestações; Idade da primeira gestação; Prática do aleitamento materno. **III- Variáveis Ginecológicas:** Realização e regularidade do exame preventivo; Conhecimentos acerca câncer mama e cérvico-uterino. O mesmo foi aplicado no final da oficina, com auxílio e esclarecimento de dúvidas às participantes para o preenchimento. As etapas que fizeram parte deste processo foram registradas em diário de campo, sendo que o momento da oficina foi também gravado em áudio.

Todas as mulheres autorizaram a sua participação no estudo concordando com os termos estabelecidos de forma livre e voluntária, cientes do direito a desistência em qualquer momento da prática.

A organização e análise dos dados obtidos ocorreram por meio de transcrição do conteúdo registrado em diário de campo e gravado em áudio, assim como, dos dados obtidos

pelas variáveis do estudo. Posteriormente, procedeu-se a análise temática dos aspectos relacionados à: perfil das participantes, conhecimento delas acerca do seu corpo, presença de fatores de risco para o câncer ginecológico, atividades preventivas, características culturais e comunicação. As respostas do formulário foram distribuídas em tabelas e calculadas as frequências em porcentagem.

O projeto de pesquisa foi submetido aos trâmites exigidos dentro das instituições governamentais da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA e Fundação Nacional do Índio – FUNAI com exposição dos objetivos, fundamentos, estratégias e finalidades. Os aspectos que envolvem a pesquisa estão de acordo com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. A coleta de dados foi iniciada após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) sob protocolo nº 673/10.

4- RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1- Perfil das participantes do estudo

A análise foi constituída por uma amostra de 20 mulheres entre faixas etárias heterogenias, composto majoritariamente por adolescentes (70%) e mulheres em idade adulta (30%). Todas se encontravam em idade reprodutiva, implicando na necessidade de abordar questões como: anatomia do corpo feminino, menstruação, concepção, desenvolvimento no bebê no útero, gravidez, gravidez na adolescência, sinais de trabalho de parto, doenças sexualmente transmissíveis, métodos anticoncepcionais e prevenção do câncer ginecológico. Havia grupos de mães e filhas no grupo, sendo que os temas relacionados à sexualidade foram debatidos abertamente entre elas.

Quanto à situação sócio-demográfica a maioria delas referiu ser solteira (65%) e casada/união estável (35%). No que se refere ao grau de escolaridade (60%) possuía ensino fundamental incompleto, sendo que (15%) delas eram analfabetas. Grande parte das participantes relatou ser estudante (60%) e dentro deste percentual encontrava-se o grupo das adolescentes. A profissão que predominou foi a prática de artesanato (20%). Importante salientar que muitas das quais referiram ser estudantes, também contribuíam com a renda familiar praticando o artesanato, atividade principal de subsistência da comunidade.

Tabela 1. Características sócio-demográficas das mulheres participantes da tribo M'Biguaçu

IDADE (ANOS)	N	%
< 15	9	45
15 - 19	5	25
20 – 30	3	15
30- 40	3	15
TOTAL	20	100

SITUAÇÃO MARITAL	N	%
Casada/ União estável	7	35
Solteiras	13	65
TOTAL	20	100

ESCOLARIDADE	N	%
Ensino fundamental incompleto	12	60
Ensino fundamental completo	3	15
Ensino médio completo	2	10
Nenhuma	3	15
TOTAL	20	100

PROFISSÃO	N	%
Agente comunitária	1	5
Artesã	4	20
Professora	1	5
Dona de casa	2	10
Estudante	13	65
TOTAL	20	100

Em relação às características obstétricas das mulheres participantes eram (55%) nuligestas, (15%) primigestas, (30%) multigestas. Entre às que têm filhos (15%) tiveram três ou mais gestações. A idade da primeira gestação predominou < 15 anos (25%), sendo que a média de idade foi de 15,5 anos. Não houve relato de gestação antes dos 12 anos de idade. No que se refere à prática do aleitamento materno todas as mulheres das que tiveram filhos referiu ter amamentado, sendo este também um fator protetor contra o desenvolvimento do câncer de mama.

No que diz respeito aos aspectos sociodemográficos relacionados à gravidez na adolescência, Camarano¹⁷ destaca a interferência no percurso acadêmico, em que tem sido verificado altos índices da baixa escolaridade entre mães adolescentes, em decorrência da evasão, abandono e dificuldade de retorno à escola. Os resultados deste presente estudo concordam com este fator, sendo esta uma das explicações para o baixo nível de escolaridade encontrado, como mostra a tabela 1. Além disso, destacamos associação deste dado como o fator de risco para câncer de colo no útero, relacionado ao início da atividade sexual precoce.

Tabela 2. Características obstétricas das mulheres participantes da tribo M'Biguaçu

NÚMERO DE GESTAÇÕES	N	%
0	11	55
1	3	15
2	3	15
3	1	5
>4	2	10

IDADE DA PRIMEIRA GESTAÇÃO	N	%
<15	5	25
15-19	3	15
20-30	1	5

4.2- Resultado das atividades

Com as oficinas, conseguimos envolver as mulheres, de uma forma dinâmica, reforçando o processo participativo e problematizador, mantendo uma troca de experiências, visto que em alguns momentos esta era uma tarefa difícil, pois elas estavam muito inibidas, principalmente no início. Com o transcorrer da prática, fomos conquistando confiança, resultando em uma maior participação, fato que auxiliou para o alcance de melhores resultados.

No momento da apresentação, com a dinâmica do novelo, à medida que íamos jogando o novelo uma as outras, formava-se uma teia, que as indígenas chamavam de estrela, ficando admiradas com a forma geométrica que a teia (estrela) estava tomando.

“Olha a estrela que linda que está ficando”. (Begônia)

Muitas não falavam e apenas atiravam o novelo, umas davam risadas, algumas falavam em tupi entre si, e envergonhadas outras afirmaram que estavam ali para aprender.

Todas as mulheres participantes falavam o português, no entanto, com a presença da interprete, professora e membro da comunidade, nossas falas em vários momentos da prática foram sendo traduzidas do português para o guarani. Esta foi uma preferência das participantes, não expressa, porém algo que aconteceu de uma maneira natural. A maioria das perguntas que surgiu pelas participantes, também foi realizada em guarani, dirigidas a interprete e a mesma nos reportava. E assim, fomos falando pausadamente, para dar tempo à tradução. Percebemos que esta estratégia colaborou para o entrosamento, quebrando a timidez do grupo, bem como facilitadora para o andamento das atividades e compreensão das participantes.

Ao iniciar a oficina, falando sobre o corpo feminino, uma das jovens pergunta:

“Vocês vão falar sobre sexo?” (Rosa)

Percebemos, portanto, a expectativa no olhar das participantes a espera do que iriam encontrar naquele momento. Ao falar sobre menstruação, período fértil, gravidez, trabalho de parto, algumas falas interessantes foram surgindo...

“Quando tive meu primeiro filho há 17 anos, fiquei muito assustada imaginando por onde iria sair o bebê, fiquei imaginando que o bebê poderia sair pela boca ou que ele

simplesmente rasgava a barriga e saia ou que depois daquela dor toda alguém vinha e colocava ele do meu lado no bercinho”. (Tulipa)

“Eu era solteira, quando tive minha primeira filha, tinha 14 anos, ela nasceu antes do tempo com 1 quilo, deu problema nos pulmão e ela ficou mais três meses lá no hospital. Porque eu descobri que estava grávida quando eu já estava com quatro meses de gravidez, eu fumava, bebia e não me cuidava. Pulava o tempo inteiro, não sei como não perdi minha filha”.(Girassol)

“Não pode ter vergonha lá no hospital, eles colocam camisola.” (Acácia, comentando sobre o trabalho de parto)

“Não tive dilatação e eles fizeram operação, eu não sabia o que era. Aí quando vi o corte na minha barriga que descobri por onde saiu o bebê”. (Camélia, falando sobre a cesariana)

Ao perguntarmos sobre o que era feito com a placenta nos partos realizados pela parteira na tribo:

“Enterra ou às vezes faz remédio. É o mais sagrado...” (Crisantêmo, respondendo a pergunta que nós fizemos a elas sobre o que era feito com a placenta nos partos realizados pela parteira na tribo)

“Quando elas duas ali tiveram filho no hospital receberam um corte na tapiá”. (Dália, falando sobre a episiotomia)

“Tem que ser no sentido da tapiá para o teriquá é assim que a mulher deve se limpa, as sujeiras do teriquá não vão para a tapiá”. (Íris, explicando como a mulher deve realizar a higiene nos genitais)

Ao entrarmos no tema dos métodos contraceptivos, percebemos que elas se mostraram muito interessadas, fizeram mais perguntas, houve até momentos de conversas paralelas.

“Como coloco a camisinha para não ficar grávida?”. (Magnólia)

“Minha mãe dizia que 7 dias depois da menstruação a mulher que tem relações sexuais fica grávida e toda a vez que fiz isso engravidei, aqui na tribo as mulheres sempre seguem esta regra”. (Orquídea)

“Aqui na tribo a gente usa uma erva para não ficar grávida, muitas só usa ela...”
(Girassol, falando sobre métodos contraceptivos tradicionais usados por eles, sendo que o nome da erva deve ser mantido em segredo)

As realizações das dinâmicas favoreceram um maior entendimento acerca das percepções dessas mulheres frente aos temas que foram trabalhados. Observamos que alguns recursos adotados como uso de manequins, vídeos, fotos, cartazes e outros, contribuíram positivamente para manter a atenção do grupo. As mulheres se mostraram muito curiosas, interessadas e impressionadas com os materiais, o que as aguçou em se manterem ali, esperando para ouvir o que tínhamos a falar e mostrar.

4.3- Ação na educação em saúde: Construção do conhecimento na prevenção do câncer de mama e cérvico-uterino

Priorizou-se as atividades relacionadas à prevenção do câncer cérvico-uterino e mama na atividade de educação em saúde por serem estes os tipos de câncer de maior incidência entre as mulheres no Brasil¹⁴.

Entre as mulheres participantes, (70%) delas referiu nunca ter realizado exame preventivo de câncer do colo de útero. Apenas (30%) já havia realizado, sendo que (25%) foi há mais de 3 anos. Quando questionado se conheciam alguma coisa sobre o câncer de mama e de colo do útero (75%) disseram que não e (25%) disseram que sim. Dentre as que afirmaram ter algum conhecimento, (15%) nos relataram ter lido sobre o assunto em livros.

Tabela 3. Características ginecológicas das mulheres participantes da tribo M'Biguaçu

Já realizou o preventivo?	N	%
Sim	6	30
Não	14	70

Conhece alguma coisa sobre câncer de mama e de colo do útero?	N	%
Sim	5	25
Não	15	75

Quando abordado as questões referentes ao câncer de colo, identificou-se que as indígenas, mesmo reconhecendo o grau de gravidade e os impactos negativos da doença à saúde, ainda não haviam incorporado esse conhecimento na vida cotidiana. Demonstraram também o desejo de aprender.

Nas atividades realizadas em grupo que envolvia as participantes a relatarem o que sabiam acerca do assunto, observamos que a grande maioria apresentou desconhecimento sobre os aspectos de prevenção, finalidade e importância da realização do exame preventivo, bem como a localização do colo do útero, infecção pelo HPV e sua associação com o desenvolvimento do câncer de colo do útero.

Estudos demonstram que a ocorrência de doenças sexualmente transmissíveis (DST), particularmente de infecções pelo papilomavírus humano (HPV), representa um importante fator de risco adicional de carcinogênese cervical¹⁷. O vírus está presente em mais de 90% dos casos de câncer cervical. A prevenção pode ser feita usando-se preservativos durante a relação sexual, para evitar o contágio pelo HPV. Os principais fatores de risco estão relacionados ao início precoce da atividade sexual e múltiplos parceiros. Deve-se evitar o tabagismo, o uso prolongado de pílulas anticoncepcionais, hábitos também associados ao maior risco de desenvolvimento deste tipo de câncer¹⁴.

Os presentes fatores de risco observados entre as mulheres indígenas foram atividade sexual precoce, relações conjugais instáveis, número de parceiros sexuais e multiparidade. De acordo com suas crenças, a menina após a sua primeira menstruação, já encontra-se pronta para casar e ter filhos, muitas iniciando a atividade sexual por volta de 10 a 12 anos de idade. A gravidez precoce também ocorre muito frequentemente, assim como evidencia a tabela 2. Outro fator é uso do tabaco faz parte do ritual indígena, como na roda do *Petyngua*.

Escobar¹⁸ afirma que a ocorrência do câncer de colo do útero está fortemente ligada a fatores de desenvolvimento, portanto, socioeconômicos da sociedade. Da mesma forma, outros acometimentos ginecológicos podem apresentar a mesma associação, seja por dificuldade de acesso aos serviços de atenção à saúde ou mesmo por deficiência de informação. A infecção pelo HPV ou por outros agentes infecciosos, esta por sua vez ligada ao comportamento na atividade sexual e possivelmente, no caso de populações indígenas, também a ocorrência de relações sexuais com parceiros de outras sociedades. Apesar deste

fator também estar intimamente relacionado com o fator educacional e conseqüentemente com os problemas de informação, sem dúvida, as formas que cada sociedade tem de lidar com isso são relevantes.

Quando abordados o assunto câncer e mama, no momento da prática, em uma atividade de simulação para realização do auto-exame, na mama de alpiste, percebemos que muitas mulheres não realizavam a palpação de forma correta. Observamos que pegavam a mama na forma de pinça. Mesmo após termos demonstrado a maneira correta, com dedos de pianista, elas ainda apresentavam dificuldades, evidenciando o déficit de conhecimento para realização do auto-exame.

De acordo com Pirhardt e Mercês¹⁹, sendo o câncer de mama um agravo crônico e não transmissível, a educação, tendo em vista a sua prevenção e detecção precoce, não deve se constituir na simples transmissão de informação, mas ter por base o contexto sociocultural, seus valores, crenças e conhecimento.

No entanto, verificou-se neste estudo que às práticas que auxiliam na prevenção da letalidade por neoplasia mamária como o exame clínico, a mamografia e a realização do auto-exame das mamas, que são procedimentos de detecção precoce, não são realizadas de forma satisfatória pela equipe de saúde e nem pelas mulheres Guarani participantes do estudo.

Por essas razões, o profissional de saúde deve estar preparado e buscar um maior conhecimento sobre os costumes, valores, crenças e demais características da comunidade em que atua.

De acordo com a Fundação Nacional de Saúde²⁰ as práticas de saúde são práticas educativas por que se estruturam como um processo de trabalho. E, na medida do nível de comprometimento dos trabalhadores da saúde e do projeto de sociedade que estão supostos nas suas ações, coloca-se uma gama variada de possibilidades de prática educativa em saúde.

Sendo assim, para que ocorra uma mudança no paradigma existente frente a saúde da mulher indígena fica evidente a necessidade de ações educativas por parte dos profissionais da saúde responsáveis por esta população. Fato este, que encontramos como defasado pela política e organização do serviço de saúde vigente. Não há infra-estrutura local que ofereça um serviço suficiente para garantir a saúde integral da população abrangida.

Conforme informações de Santa Catarina²¹, conforme a distribuição dos postos de saúde no estado, parcela da comunidade indígena fica descoberta. Nestes locais o atendimento se dá nos domicílios ou em espaços coletivos dentro das aldeias. Observa-se ainda disparidades regionais quanto a disponibilização de estrutura física adequado para o atendimento da população, reflexo da distribuição espacial da população. Outro aspecto importante é a relação profissional/habitante. Considerando que cada posto de saúde possui um profissional médico, cirurgião-dentista e enfermeiro, a população indígena dispõe de 1 profissional para cada 465 pessoas, superior ao que preconiza a Organização Mundial de Saúde .

A equipe de saúde que atende a população da tribo M'Biguaçu fica também responsável por mais oito aldeias, de acordo com informações da FUNASA. Nesta perspectiva, a qualidade do serviço no que se refere a recursos humanos e infra-estrutura local esta comprometida, resultando na baixa qualidade de assistência à saúde prestada e educação em saúde aos índios Guarani do Litoral Sul de Santa Catarina.

5- CONSIDERAÇÕES FINAIS

As mulheres participantes deste estudo demonstraram percepção diferentes acerca do seu auto-cuidado e conhecimento referente ao câncer de mama e colo do útero, mostrando que existe risco nestas populações e, portanto, devem ser feitos acompanhamento e repadronização do trabalho de promoção de saúde.

Retomando o objetivo desta pesquisa, que foi sensibilizar as mulheres participantes acerca da prevenção do câncer de mama e cérvico-uterino, é possível afirmar que tal objetivo foi alcançado, no entanto ressalta-se a necessidade de continuar esta ação na aldeia, como uma tarefa constante por parte da equipe de enfermagem, bem como pelos outros profissionais de saúde. Sendo assim, fica o desafio para estes profissionais de saúde, em realizar uma assistência culturalmente congruente, considerando os aspectos relacionados à percepção destas mulheres, comportamento, cultura e crenças no que se refere ao processo saúde e doença.

Além disso, cabe destacar que fatores de desenvolvimento em uma sociedade, como socioeconômicos, estão fortemente relacionados com a ocorrência do câncer de colo do útero e mama assim como outras doenças, seja por dificuldade de acesso aos serviços de atenção à saúde ou mesmo por deficiência de informação. Conseqüentemente os problemas de

informação, sem dúvida, interferem na forma que cada sociedade tem de lidar com as questões de saúde, sendo extremamente relevantes.

Neste trabalho, alcançamos uma perspectiva intercultural de investigação, permitindo identificar particularidades deste contexto social. No entanto, a nós, buscar o conhecimento destas particularidades e trabalhar estas questões foi inicialmente difícil, pois somos dotadas não apenas de conhecimentos científicos, mas também de estilos de vida culturalmente divergentes.

Acreditamos que há necessidade de uma reflexão social interdisciplinar e multiprofissional para discussão de alternativas de cuidado deste grupo populacional. Que se tracem estratégias de serviços articulados, culturalmente pertinente e respeitando o saber popular. Além de aplicabilidade das políticas públicas já existentes, participação em programas de prevenção, apoio à educação diferenciada e criação de novas políticas públicas específicas voltadas para atenção integral à saúde da mulher indígena.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Justiça. **Fundação Nacional do Índio (FUNAI)**. 2009. Disponível em: <http://www.funai.gov.br/indios/conteudo.htm>. Acessado em 12 de novembro 2009.
2. COIMBRA Jr; SANTOS, R. V; ESCOBAR, A.L. **Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz/Abrasco, 2003.
3. LEININGER, M. **Culture Care Diversity And Universality: a theory of nursing**. New York: National League for Nursing Press, 1991.
4. BRASIL. Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2ª Ed. Brasília: 2002.
5. PANCERI, B.; BUOGO, G.; GERBER, R.M. Etnodesenvolvimento para as Populações Indígenas. **Projeto Microbacias 3**. Florianópolis, 2007. Disponível em: <http://www.microbacias.sc.gov.br/visualizarArquivo.do?entity.arquivoPK.cdProjeto=1&entity.arquivoPK.cdArquivo=7734>. Acessado em 21 de novembro de 2009.
6. ALVES JR. Os últimos Carijós. In: **A história dos Guaranis de Santa Catarina**. 2006. Disponível em: <http://www.staff.uni-mainz.de/lustig/guarani/loripa>. Acessado em 22 de novembro de 2009.
7. VIEIRA, I. D. F. Conhecendo jeito guarani. **Tempos Históricos**. Ed. Unioeste, v.9, n.2, p.187-214, 2006.
8. GURCEL, M.S.C; et al. **Controvérsias a respeito do tratamento do câncer micro invasor do colo uterino**. Feminina. São Paulo, v. 26, n.2, p105-107, mar. 1998.

9. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo de Útero e de Mama - Viva Mulher**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
10. TIEZZI, D.G. Epidemiologia do câncer de mama. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, 27(8): 485-92, 2009.
11. ALBRING, L; BRENTANO, J.E; VARGAS, V.R.A. **O câncer do colo do útero, o Papiloma vírus Humano (HPV) e seus fatores de risco e as mulheres indígenas Guarani: estudo de revisão**. 2005. Disponível em: www.sbac.org.br/pt/pdfs/rbac/rbac_38_02/rbac3802_05.pdf. Acessado em 21 de novembro de 2009.
12. WILSON, A. Servicios de salud, pueblos indígenas y prácticas médicas. **Revista Salud Pública**; 3:68-70, 2001.
13. MARTINS, L.F; THULER, L.C.S; VALENTE, J. G. Cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática da literatura. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, 2005.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Incentivo a prevenção do Câncer de colo do útero e a detecção precoce do câncer de mama**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009. Disponível em: http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/index.asp?link=conteudo_view.asp&ID=5 Acessado em 17 de fevereiro de 2010.
15. BRICEÑO-LÉON, Roberto. **Sete teses sobre a educação sanitária para a participação comunitária**. 1993. Disponível em: http://74.125.155.132/scholar?q=cache:gBRfI9asY6YJ:scholar.google.com/+Brice%C3%B1o+Le%C3%B3n+-+Sete+Teses&hl=pt-BR&as_sdt=2000&as_vis=1, acessado em 19 de junho de 2010.
16. MINAYO, M. C. S. **Debate sobre el artículo de Briceño-León**. 1996. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1996000100005. Acessado em 19 de junho de 2010.
17. CAMARANO, A.A. **Fecundidade e Anticoncepção da População Jovem**. In: **Comissão Nacional de População e Desenvolvimento**. Jovens Acontecendo nas Trilhas das Políticas Públicas. Brasília: CNPD; 1998 P.109-134.
18. TABORDA, W.C; FERREIRA, S.C; RODRIGUES, D; STÁVALE, J.N; BARUZZI, R.G. Rastreamento do câncer de colo uterino em índias do Parque Indígena do Xingu, Brasil central. **Revista Panamericana Salud Publica**. 7(2), 2000.
19. ESCOBAR, A. L; RODRIGUES, D. E; MARQUES, R.C; **Prevalência do Câncer cérvico-uterino em mulheres indígenas Suruí e Cinta larga**; Congresso Mundial de Saúde Publica: Ciência & Saúde Coletiva, 2006.

20. PIRHARDT, C. R. MERCÊS, M. A. Fatores de Risco para Câncer de Mama: nível de conhecimento dos acadêmicos de uma Universidade. **Revista Enfermagem – UERJ** - Rio de Janeiro, 2009 jan/mar; 17(1):102-6.
21. BRASIL. Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). **Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde**: documento base - documento I/Fundação Nacional de Saúde - Brasília: Funasa, 2007. 70 p.
22. SANTA CATARINA. Secretária de Estado da Saúde. **Atenção à Saúde da população Indígena: Uma proposta de integração ao Sistema Único de Saúde em Santa Catarina**. Florianópolis – SC. 2006.

6. CONCLUSÕES DO RELATÓRIO DE PESQUISA

Para processo de construção deste trabalho, o percurso burocrático para sua realização foi longo e desafiador. Houve alguns entraves políticos e longa espera para avaliações e autorizações, tais que em alguns momentos desanimam e intimidam os pesquisadores, dificultando que se tracem estratégias para melhoria da assistência e promoção a saúde a esta população.

Contudo, com muita persistência, podemos afirmar que atingimos nosso objetivo de iniciar a sensibilização destas mulheres participantes da aldeia M'Biguaçu acerca das ações necessárias para prevenção do câncer de mama e cérvico-uterino. A teoria do cuidado transcultural de Enfermagem proposto por Leininger, bem como pelas sete teses de Briceño-Léon para o trabalho de educação em saúde foram essenciais para guiarem nossas ações de enfermagem.

A saúde é um estado de bem-estar culturalmente definido, valorizado e praticado, que reflete a capacidade dos indivíduos ou grupo, para desempenhar suas atividades diárias em modos de vida culturalmente expressos, benéfico e padronizados. (LEININGER, 1991)

Para que ocorra uma mudança de comportamento frente ao processo saúde doença mostra-se a importância da cultura, crença e papel desempenhado pelo indivíduo e a partir daí moldar ao conhecimento científico. (BRICEÑO-LÉON, 1993)

Assim, para que haja um cuidado de enfermagem culturalmente sensível é necessário compreender com mais profundidade a realidade existente e as percepções das mulheres indígenas frente a este processo, respeitando suas crenças e valores já existentes, resultando em uma mescla de conhecimentos.

Importante ressaltar que situações abusivas relacionadas a pesquisas e intervenções com grupos indígenas são marcantes na história. Este grupo populacional é extremamente vulnerável e merece políticas públicas específicas. No entanto, a adequação das questões de saúde em comunidades indígenas ainda carece de mais pesquisas e estudos, já que a grande maioria não vive mais como vivia há quinhentos anos. Assim como toda sociedade, as indígenas também se transformam. Porém, compreender as condições de vida dos povos indígenas ainda tem se deparado com alguns entraves e se apresentado como um desafio na atualidade.

Tínhamos a consciência de que estabelecer uma parceria entre a universidade e a FUNASA seria vantajoso a nós acadêmicas, por estar contribuindo para nossa formação, a FUNASA, por dispor de ajuda em relação a recursos humanos e por fim, a sociedade

indígena, na contribuição para melhoria da qualidade da assistência a saúde. Estudos e o uso de dados coletados por eles podem funcionar como ferramenta importante para o planejamento de ações de saúde nas áreas indígenas brasileiras e por todas estas razões nos motivamos a seguir em frente e não desistir.

Neste trabalho, alcançamos uma perspectiva intercultural de investigação, permitindo identificar particularidades deste contexto social. No entanto, a nós, buscar o conhecimento destas particularidades e trabalhar estas questões foi também inicialmente difícil, pois somos dotadas não apenas de conhecimentos científicos, mas também de estilos de vida culturalmente divergentes.

Para enfermagem recomenda-se a busca de um maior conhecimento e compreensão da população trabalhada, buscando traçar um cuidado mais congruente com os aspectos culturais, valores e crenças, respeitando-os em todos os aspectos. Desta maneira, haverá maior facilidade para a repadronização de pontos que ainda necessitam ser trabalhados e negociação de práticas mais saudáveis.

7. REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Justiça. **Fundação Nacional do Índio (FUNAI)**. 2009. Disponível em: http://www.funai.gov.br/indios/fr_conteudo.htm. Acessado em 12 de novembro 2009.
2. COIMBRA Jr, Carlos E.A; SANTOS, Ricardo Ventura; ESCOBAR, Ana Lúcia. **Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz/Abrasco, 2003.
3. LEININGER, Madeleine, M. Culture Care Diversity And Universality: a theory of nursing. New York: National League for Nursing Press, 1991.
4. RIBEIRO, Darcy. **O Povo Brasileiro: a formação e o sentido do Brasil**. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas**. 2ª Ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde; 2002.
6. PANCERI, B.; BUOGO, G.; GERBER, R.M. Etnodesenvolvimento para as Populações Indígenas. **Projeto Microbacias 3**. Florianópolis, 2007. Disponível em: <http://www.microbacias.sc.gov.br/visualizarArquivo.do?entity.arquivoPK.cdProjeto=1&entity.arquivoPK.cdArquivo=7734>. Acessado em 21 de novembro de 2009.
7. ALVES JR, O. D. Os últimos Carijós. In: **A história dos Guaranis de Santa Catarina**. 2006. Disponível em: <http://www.staff.uni-mainz.de/lustig/guarani/floripa>. Acessado em 22 de novembro de 2009.
8. MOURA, P.G. **População indígena: condição bucal e estado nutricional materno infantil**. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia. UFSC, 2007.
9. VIEIRA, I. D. F. **Conhecendo jeito guarani**. Tempos Históricos. Ed. Unioeste, v.9, n.2, p.187-214, 2006.
10. LUCIANO, Gersem dos Santos. **O índio brasileiro: O que você precisa saber sobre povos indígenas no Brasil de hoje**. Coleção Educação para Todos; 12. 5: 177-187. Brasília – DF, 2006.
11. BRASIL, Ministério da Saúde. **FUNASA – Boletim Informativo Especial**. Ed. nº 8. Brasília – DF, 2009.
12. RAMOS, A.R. Projeto Indigenista no Brasil Independente. **Série Antropologia**. Brasília, 1999. Disponível: <http://vsites.unb.br/ics/dan/Serie267empdf.pdf>. Acessado em 12 de novembro de 2009.
13. SANTA CATARINA. Secretária de Estado da Saúde. **Atenção à Saúde da população Indígena: Uma proposta de integração ao Sistema Único de Saúde em Santa Catarina**. Florianópolis – SC. 2006.

14. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo de Útero e de Mama - Viva Mulher**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
15. TIEZZI, D.G. Epidemiologia do câncer de mama. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, 27(8): 485-92, 2009.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Incentivo a prevenção do Câncer de colo do útero e a detecção precoce do câncer de mama**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009. Disponível em: http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/index.asp?link=conteudo_view.asp&ID=5
Acessado em 17 de fevereiro de 2010.
17. ABREU, Evaldo; KOIFMAN, Sergio. **Fatores prognósticos do câncer de mama feminino**. Revista Brasileira de Cancerologia; 48(1): 113-31; 2002. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_48/v01/revisao.html. Acessado em 15 de novembro de 2009.
18. LUCARELLI *et al.* **Fatores de Risco para o Câncer de Mama**. 2008. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/resources/resources/lil-493961>. Acessado em 24 de novembro de 2009.
19. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa 2010**. Disponível em: http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/index.asp?link=conteudo_view.asp&ID=5. Acessado em 17 de fevereiro de 2010.
20. SILVA DW, ANDRADE SM, SOARES DA, TURINI B, Schneck CA, Lopes MLS. **Cobertura e fatores associados com a realização do exame Papanicolaou em município do Sul do Brasil**. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 28: 24-31. 2006.
21. FLORIANO, M. I.; ARAÚJO, C. S. A.; RIBEIRO, M. A. Conhecimento sobre fatores de risco associados ao câncer do colo uterino em idosas em Umuarama-PR. **Arquivo de Ciências e Saúde Unipar- Umuarama**, v. 11, n. 3, p. 199-203, set/dez. 2007.
22. GURCEL, M.S.C; et al. **Controvérsias a respeito do tratamento do câncer microinvasor do colo uterino**. Feminina. São Paulo, v. 26, n.2, p105-107, mar. 1998.
23. ALBRING, Luciana; BRENTANO, Jaime Ebert; VARGAS; Vera Regina Andrade. **O câncer do colo do útero, o Papiloma vírus Humano (HPV) e seus fatores de risco e as mulheres indígenas Guarani: estudo de revisão**. 2005. Disponível em: www.sbac.org.br/pt/pdfs/rbac/rbac_38_02/rbac3802_05.pdf. Acessado em 21 de novembro de 2009.
24. WILSON, A. Servicios de salud, pueblos indígenas y prácticas médicas. **Revista Salud Pública**; 3:68-70, 2001.

25. MARTINS, L.F; THULER, L.C.S; VALENTE, J. G. Cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática da literatura. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, 2005.
26. BRASIL. Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). **Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde**: documento base - documento I/Fundação Nacional de Saúde - Brasília: Funasa, 2007. 70 p.
27. BRICEÑO-LEÓN, Roberto. **Sete teses sobre a educação sanitária para a participação comunitária**. 1993. Disponível em: http://74.125.155.132/scholar?q=cache:gBRfl9asY6YJ:scholar.google.com/+Brice%C3%B1o+Le%C3%B3n+-+Sete+Teses&hl=pt-BR&as_sdt=2000&as_vis=1, acessado em 19 de junho de 2010.
28. MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Debate sobre el artículo de Briceño-León**. 1996. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1996000100005. Acessado em 19 de junho de 2010.
29. Mathias JJS, Zagonel IPS, Lacerda MR. Processo clínico caritativo: novos rumos para o cuidado de enfermagem transpessoal. **Acta Paul Enferm** 2006; 19 (3): 332-37.
30. FERRAZ, L. *apud* LEININGER, M.M. O cuidado prestado à criança pela família e comunidade indígena na percepção dos profissionais e saúde. **Dissertação de mestrado**. UFSC, 2009.
31. SEVERINO, A.J; **Metodologia do Trabalho Científico**. 23^a. ed. p. 120. São Paulo: Cortez, 2007.
32. EICHENBERGER, Andrea. ROSE, Isabel Santana de. **TEKOA YNN MOROTI WHERÁ – Os Guarani de Biguaçu – resistência e revitalização cultural**. Tellus. Campo Grande, ano 7, n. 13, p. 165-174, out. 2007.
33. BRASIL. Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). **Formação inicial para agentes indígenas de saúde: módulo promovendo a saúde do adulto e atendendo urgências** / Fundação Nacional de Saúde. - Brasília : Fundação Nacional de Saúde, 2005. 32 p.
34. BRASIL. Ministério da Saúde. **Oficinas de educação em saúde e comunicação**. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2001.
35. FRANCO, Maria Amélia Santoro. **Pedagogia da Pesquisa-Ação**. Educação e Pesquisa. São Paulo, v. 31, n. 3, p. 483-502, set./dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ep/v31n3/a11v31n3.pdf>. Acessado em: 19 de novembro de 2009.

36. FRANCO, M.A.S. **Pedagogia da Pesquisa-Ação**. Educação e Pesquisa. São Paulo, v. 31, n. 3, p. 483-502, set./dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ep/v31n3/a11v31n3.pdf>. Acessado em: 19 de novembro de 2009.

8. ANEXOS

8.1. ANEXO I – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CCS-CENTRO DE CIENCIAS DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

A acadêmica de Enfermagem Camila Mariano Fernandes e Luciane Pallaoro da Fontoura, juntamente com a orientadora Prof^a Dr^a Maria do Horto Fontoura Cartana, estão desenvolvendo uma pesquisa denominada **FATORES DE RISCO PARA O CÂNCER DE MAMA E CÉRVICO UTERINO EM MULHERES INDÍGENAS GUARANI DA TRIBO M'BIGUAÇU NO MUNICÍPIO DE BIGUAÇU-SC**, que faz parte do Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, com objetivo de Sensibilizar mulheres de uma tribo indígena Guarani, no município de Biguaçu em Santa Catarina, acerca das ações necessárias para prevenção do câncer de mama e cérvico uterino.

Por isso solicitamos sua colaboração participando desta **Pesquisa** que se desenvolve na tribo M'Biguaçu de etnia Guarani, que está situadas na região litorânea da Grande Florianópolis, no Município de Biguaçu do estado de Santa Catarina. A pesquisa está vinculada à UFSC e irá se desenvolver neste 1º semestre de 2010. As participações deverão acontecer de forma livre e voluntária, assegurando o direito da desistência em qualquer momento da prática.

Para facilitar a coleta de informações estas entrevistas serão gravadas e redigidas, sendo que o anonimato será mantido. Espera-se com esta pesquisa obter **benefícios** para elaborar o Trabalho de Conclusão do Curso atingindo os seus objetivos. Informamos, ainda, a **garantia** que você terá de receber respostas a qualquer esclarecimento acerca dos procedimentos e outros assuntos relacionados à pesquisa, como também a liberdade em qualquer momento de desistir de sua participação.

Se você tiver alguma dúvida ou necessidade de mais informações em relação à pesquisa ou não quiser mais fazer parte dela, poderá entrar em contato pelos telefones abaixo. Se você estiver de acordo em participar dela, lhe serão garantidas todas as informações requisitadas, bem como assegurada a **confidencialidade** de seus dados pessoais no relatório de pesquisa.

Camila Mariano Fernandes

Telefone para contato: (48) 8407-4158 / 3365-1008

Luciane Pallaoro da Fontoura

Telefone para contato: (48) 8471-2524 / 3025-5075

Consentimento Pós – Informação

Eu,....., fui esclarecido(a) sobre a pesquisa acima e concordo em colaborar voluntariamente.

Florianópolis,..... de de 2010.

NOTA: Este consentimento terá duas vias: uma ficará com a pesquisadora e outra com o próprio participante.

8.2. ANEXO II – FOLDERS

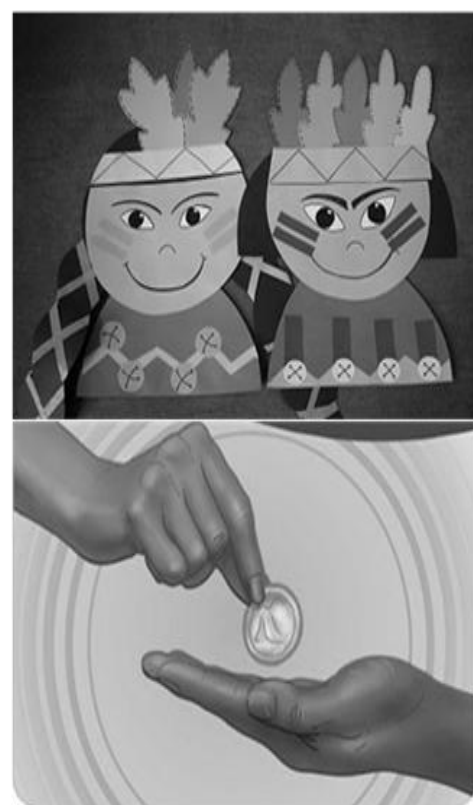
Como usar a camisinha



Elaborado no contexto da prática assistencial referente ao trabalho de conclusão de curso de graduação em enfermagem UFSC 2010/2.

Autoria: Acad. Enf. Camila Mariano Fernandes
Acad. Enf. Luciane Pallaoro da Fontoura

DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS



Seja esperto use camisinha!

O que são doenças sexualmente transmissíveis?

Doenças transmitidas pela relação sexual sem proteção ou por objetos contaminados. São causadas por vírus, bactérias e outros micróbios.

Quais as conseqüências das doenças sexualmente transmissíveis?

Quando não tratadas adequadamente, as doenças sexualmente transmissíveis podem causar sérias complicações, como:

- A pessoa pode não poder ter mais filhos;
- Impotência sexual;
- Nas mulheres, pode causar câncer de útero.

Quando posso suspeitar que estou com algumas doenças sexualmente transmissíveis?

Estas doenças aparecem geralmente por meio de feridas, bolhas, corrimentos e verrugas nos órgãos genitais ou também em outras partes do corpo. Pode ser também que você não tenha sintoma, mas, possa ter. Se algum destes sinais estiver acontecendo com você procure um profissional de saúde.

Como se faz a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e do vírus da AIDS?

A melhor forma de evitar estas doenças é usando sempre camisinha em todas as relações sexuais.

Evite o uso compartilhamento de seringas e agulhas.

Evitar amamentar filho de outras mulheres;

Como se pega AIDS?

Por meio de relações sexuais sem proteção, contato com sangue de pessoa infectada, uso objetos contaminados como, por exemplo, agulha, seringa e alicate de unha.

Como se transmite a AIDS?

Transmitida principalmente pela relação sexual feita sem uso de camisinha com uma pessoa infectada pelo vírus da AIDS. Também pode ser transmitida pelo sangue, objetos contaminados e aleitamento materno.

Existe tratamento para AIDS?

Sim, mas não para curar, apenas para controlar.

SAÚDE DA MULHER



- 1 • Em pé, em frente ao espelho.
- Observe o bico dos seios, a superfície e o contorno das mamas.



- 2 • Em pé, em frente ao espelho, levante os braços.
- Observe se com o movimento aparecem alterações de contorno e superfície das mamas.



- 3 • Deitada, a mão direita apalpa a mama esquerda.
- Faça movimentos circulares suaves apertando levemente com as pontas dos dedos.



- 4 • Deitada, a mão esquerda apalpa a mama direita.
- Repita deste lado movimentos circulares apertando levemente com as pontas dos dedos.



Cuide de sua saúde!

*Trabalho de conclusão de curso de graduação em enfermagem UFSC 2010/2. Elaborado por:
Acad. Enf. Camila Mariano Fernandes
Acad. Enf. Luciane Pallaoro da Fontoura*

CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

O que é o câncer de colo de útero?

É o câncer que atinge o útero e pode se estender até a vagina. No início esta doença não tem sintomas.

Como se evita?

Fazendo o exame preventivo de câncer de colo de útero ou Papanicolau. Este exame é a coleta de células do colo do útero para pesquisa em laboratório.

Quem deve fazer o exame?

Todas as mulheres com vida sexual ativa.

Como a mulher deve se preparar para fazer o exame?

- 2 dias sem ter relações sexuais;
- Não usar pomadas dentro da vagina;
- Não fazer ducha dentro da vagina;
- Fazer higiene íntima no dia do exame.

CÂNCER DE MAMA

O que é?

O Câncer de Mama é uma doença grave, mas, que se descoberto a tempo, tem tratamento e cura na maioria dos casos. Por isso é importante sempre que notar algo diferente no seio procurar o profissional de saúde e realizar o auto-exame.

Quando deve ser feito?

Todo o mês, após o final da menstruação. Quando as mamas estão desinchadas. Caso esteja na menopausa (sem menstruação), poderá ser feito no primeiro dia de cada mês.



8.3- ANEXO III - DOCUMENTOS

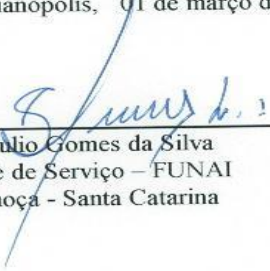


MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO
COORDENAÇÃO REGIONAL LITORAL SUL - SC

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: *Construção do Conhecimento Necessário para a Prevenção do Câncer de Mama e Cérvico Uterino em Mulheres Indígenas Guarani*, e cumprirei os termos da Resolução CNS 196/96 combinado com o parágrafo único da Instrução Normativa nº 01/PRESI/FUNAI de 29/11/1995 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Florianópolis, 01 de março de 2010.



Getúlio Gomes da Silva
Chefe de Serviço – FUNAI
Palhoça - Santa Catarina

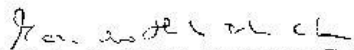


UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

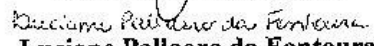
DECLARAÇÃO

Declaro que no desenvolvimento do projeto de pesquisa *Fatores de risco para o câncer de mama e cérvico-uterino em mulheres indígenas guarani da tribo M'Biguaçu do Município de Biguaçu – Santa Catarina* cumprirei os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Declaro, ainda, que não há conflitos de interesses entre a pesquisadora e participantes da pesquisa. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto em questão.

Florianópolis, 25.1.2010


Maria do Horto Fontoura Cartana
(Orientadora/ Pesquisadora)


Camila Marinho Fernandes
(Pesquisadora principal)


Luciane Pallaoro da Fontoura
(Pesquisadora principal)



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS				FR - 320005	
Projeto de Pesquisa					
Fatores de risco para o câncer de mama e cervico-uterino em mulheres indígenas guarani da tribo M'Biguaçu do município de Biguaçu/Santa Catarina					
Área de Conhecimento				Grupo	Nível
4.00 - Ciências da Saúde - 4.04 - Enfermagem - Preve.				Grupo I	Prevenção
Área(s) Temática(s) Especial(s)				Fase	
Populações Indígenas.				Não se Aplica	
Unitermos					
mulheres indígenas, enfermagem, câncer de mama e cervico-uterino					
Sujeitos na Pesquisa					
Nº de Sujeitos no Centro	Total Brasil	Nº de Sujeitos Total	Grupos Especiais		
50	50	50	Pessoas numa relação de dependência como presidiários, militares, alunos, funcionários, etc		
Placebo	Medicamentos	Wash-out	Sem Tratamento Especifico	Banco de Materiais Biológicos	
NAO	HIV / AIDS NAO	NAO	NAO	NAO	
Pesquisador Responsável					
Pesquisador Responsável		CPF	Identidade		
Maria do Horto Cartana		243.669.190-87	7002446156 (RG)		
Área de Especialização		Maiores Titulação	Nacionalidade		
Enfermagem		Doutora	BRASIL		
Endereço		Bairro	Cidade		
Rua José Cherm 342		Carianos	Florianópolis - SC		
Código Postal	Telefone	Fax	Email		
88047-55	48 3319480 / 48 2360148	48 3319787	horto@nfr.ufsc.br		
Termo de Compromisso					
Declaro que conheço e cumpro os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não.					
Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima.					
Data: 25 / 2 / 2010				Assinatura	
Instituição Onde Será Realizado					
Nome		CNPJ	Nacional/Internacional		
Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC		83.899.526/0001-82	Nacional		
Unidade/Orgão		Participação Estrangeira	Projeto Multicêntrico		
Departamento de Enfermagem		NAO	NAO		
Endereço		Bairro	Cidade		
Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima		Trindade	Florianópolis - SC		
Código Postal	Telefone	Fax	Email		
88040-900	48 3319206	48 3319599	cep@reitoria.ufsc.br		
Termo de Compromisso					
Declaro que conheço e cumpro os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.					
Nome: _____					
Data: ____/____/____				Assinatura	
Vinculada					
Nome		CNPJ	Nacional/Internacional		
Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC		CN.P.J.: 83/8995-26	Nacional		
Unidade/Orgão		Participação Estrangeira	Projeto Multicêntrico		
Coordenação do curso de graduação de Enfermagem		NAO	NAO		
Endereço		Bairro	Cidade		
		Trindade	Florianópolis - SC		
Código Postal	Telefone	Fax	Email		
88040-970	48) 3721-9000	(48) 3234-4069			
Termo de Compromisso					

25/02/2010

Planos de Saúde - Servidor

Declaro que conheço e cumprir os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares.

Nome: LUCIA NAZARETH AMANTE

Data: 25/02/2010

Luciana

Assinatura

Proj. de
Sub-Coordenadora do Curso de
Enfermagem da UFS
por...

O Projeto deverá ser entregue no CEP em até 30 dias a partir de 25/02/2010. Não sendo entregue nesse prazo esta Folha de Rosto será INVALIDADA.

[Voltar](#)

IMPRIMIR

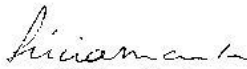


UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA


DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: *Fatores de risco para o câncer de mama e cérvico-uterino em mulheres indígenas guarani da tribo M'Biguaçu do Município de Biguaçu – Santa Catarina*, e cumprirei os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Florianópolis, 25/02/2010


p/ Sayonara de Fátima Farias Barbosa
(Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem)

Prof.^a Dr.^a Lucina Nazareth Amante
Sub-Coordenadora do Curso de
Graduação em Enfermagem da UFSC
Portaria n. 478/GR/2009


Camila Mariano Fernandes
(Pesquisadora principal)

Luciane Pallaoro da Fontoura
(Pesquisadora principal)

SCDWEB FUNASA/MS
UP CORE-SC
25295 022.313/2005-78

Ao coordenador Regional da Funasa SC
Marcos José Medeiros Fernandes

OFÍCIO

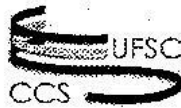
Solicitamos através deste a autorização para o realização de estágio supervisionado na Prefeitura Municipal de Biguaçu- Unidade Básica de Saúde de Biguaçu e estágio/pesquisa junto a equipe do pólo base da Funasa de Florianópolis SC, na aldeia M Biguaçu, em Biguaçu SC, no prazo de 6 meses(primeiro semestre de 2010). E após a pesquisa futura publicação de resultados obtidos.


Atenciosamente

Bruna Fiuza de Carvalho e Camila Mariano Fernandes
Acadêmica de Enfermagem da UFSC.

De acordo
Recomendo a não utilização de carro oficial.
Serem acompanhados por um representante da
Funasa nos autos.
L 28/10/09


Nilo Lemos Loro
Coordenador Regional Funasa SC
SUBSTITUTO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS
Campus Universitário – Trindade
Fone: (48) 3721.9394 – FAX (48) 3721.9542

Solicitação

Solicito, como orientadora do trabalho de conclusão do Curso intitulado: “Construção do Conhecimento Necessário para Prevenção do Câncer de Mama e Cérvico Uterino em Mulheres Indígenas Guarani” do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina a substituição do nome da acadêmica Bruna Fiúza de Carvalho por Luciane Pallaoro da Fontoura, mantendo os mesmos objetivos e metodologia já acertados com a FUNASA e comunidade Indígena.

Profª Drª Maria do Horto Fontoura Cartana

Florianópolis, 23 de fevereiro de 2010.

8.4- ANEXO IV- RITUAIS E CRENÇAS

Conforme o Projeto Político Pedagógico encaminhado as acadêmicas pelo diretor da escola, os hábitos de vida das mulheres são desde o nascimento, desenvolvimento, maternidade e envelhecimento cheios de rituais, afim de evitar maus espíritos, doenças e ter boa saúde. Neste cultura temos o vínculo familiar muito forte, principalmente nos primeiros meses de vida, pois segundo suas crenças os pais devem proteger a criança. Assim, quando a criança fica doente, ela toma banho de ervas que espanta os maus espíritos.

No decorrer de seu desenvolvimento ela aprender o artesanato, como utilizar ervas medicinais, tecer as roupas, fazer comidas, plantar, colher e armazenar. Depois da primeira menstruação ocorre uma série de rituais e após estes, a mulher está pronta para casar. Nos primeiros dois anos o marido vai morar com os sogros para depois o casal irem morar sozinhos.

Durante o período menstrual é seguido uma série de regras e rituais. No período fértil, é onde ela está pronta para ser mãe e já pode engravidar. Quando engravida as mulheres e seus maridos seguem uma série de rituais para que a criança nasça com boa saúde. Existe também um cuidado com a alimentação e corpo da mulher.

A amamentação ocorre até quando a criança completa uns quatro ou cinco anos, neste período a mulher toma remédio para não engravidar, pelo menos por sete anos. Quando fica mais velha, começa a tomar remédio para retardar a menopausa.

Após a menopausa a mulher é tida como ansiã e repassa seus conhecimentos para as mulheres mais jovens. Assim, quando morre é feita uma cerimônia de passagem que dura a noite inteira, no dia seguinte é enterrada. Acreditam que depois que morre, o espírito sai do corpo e leva sete dias para andar pela terra e assim saudar as quatro direções antes de atravessar para o outro mundo.

PAPEL DA MULHER NA SOCIEDADE

Casamento (mulher e esposa)

Depois do segundo ciclo a mulher já está pronta para se casar. A partir do momento em que ela encontra seu companheiro, começa o preparo para o casamento, das obrigações de esposa, como deveres domésticos e vida sexual.

Também é feito um ritual no dia do casamento, nesse dia os noivos recebem conselho dos mais velhos e do líder espiritual.

Depois que os noivos se casam, há primeira semana é acompanhado pelos mais velhos, onde eles vão ensinar tudo para o casal, principalmente o ato sexual. Esse não é feito de qualquer maneira também é um ritual com ervas para banho, chás e alimentos. Após o casamento vem a maternidade.

Maternidade (mãe e educadora)

Quando a mulher engravida é o processo mais delicado onde tem que se cumprirem muitas regras, mas agora também com a participação do marido.

O papel da mulher depois que o filho nasce é de educar, pois é ela que fica integralmente com ele. Porque o pai sempre está fazendo seus deveres (trabalhando).

O pai tem o papel de passar os ensinamentos dele para a mãe e ela repassa para o filho, sendo que a educação é diferente entre meninos e meninas.

Kunha karáí (liderança por idade e espiritualidade)

Quando a mulher fica com uma idade mais elevada ela passa a ser Kanha Karáí (liderança) ela é ouvida por todos, aconselha, manda, lidera.

Mas também existem as Kunha Karáí (lideranças espirituais) que não são todas que vem com este dom, ela trabalha na Opy, pode coletar ervas medicinais, preparar remédios e fazer curas.

SAÚDE DA MULHER

Resguardo

O resguardo da mulher ocorre quando ela está na lua, que é o momento que ela está em contato com seu mundo espiritual. Na cultura guarani é respeitado este momento, pois elas ficam isoladas, não pode ter contato com os homens pelo bem da saúde deles e da própria. Da mesma forma são cumpridas estas regras após o parto.

Parteira

Não é qualquer mulher que tem o dom de se tornar parteira. A mulher parteira tem todos os conhecimentos de como tratar de uma grávida, fazer remédios, técnicas de como se faz o parto, acompanha todas as grávidas do início até o nascimento do filho. Ela é quem vai explicar como vai ser o resguardo, que alimentos que pode comer e o que não pode, e ela respeita o tempo solicitado pela parteira.

Produção muã (remédios naturais)

A produção de muã é feita pela mulher que tem o dom, que trabalha com todos os tipos de remédios, desta forma é a pessoa que possui todos os conhecimentos de manejo, preparos e uso. É feita somente pelas Kunha Karaí (mulher de idade) e Kunha Karaí (líder espiritual)

Males

A mulher quando não tem cuidado quando está na lua ou após o parto, pode complicar sua saúde espiritual. Passará a sentir dores, cólicas, tonturas, até distúrbios psicológicos.

Doenças

Se a mulher não cumprir as dietas após o parto. Pode ficar doente, sentir cólicas, tonturas e *djepota* (quando o espírito é tomado por outros seres). Na cultura guarani a menstruação é considerada doenças da mulher, nesse momento se não for cumprida as dietas e regras culturais, ela pode ficar doente e se ocorrer contato sexual com o homem ele pode ter câimbras e DSTs.

8.5. ANEXO V – DESENHOS SOBRE COMPOSICAO DA FAMÍLIA

***DESENHOS ELABORADOS PELAS
MULHERES PARTICIPANTES NA OFICINA***

8.6 ANEXO