

Crenças culturais que podem dificultar o trabalho do enfermeiro junto à mulher indígena guaraní

Tatiane Baratieri¹
Elizabeth Maria Lazzarotto²
Simone Roecker³

Resumo

A mulher indígena guarani vivencia inúmeras crenças culturais na adolescência, idade adulta e terceira idade. O objetivo foi identificar as crenças culturais que podem dificultar o trabalho do enfermeiro junto à mulher indígena guarani nas reservas Rio das Cobras (Nova Laranjeiras), Tekoha-Añetete (Diamante do Oeste) e Ocoy (São Miguel do Iguazu). A metodologia do estudo seguiu a abordagem qualitativa, sendo uma pesquisa de campo do tipo exploratório-descritiva. A população foi composta por três enfermeiras que atuam em unidades de saúde da Funasa, e a coleta de dados se deu por meio de entrevista, sendo os dados analisados pela análise de discurso. As dificuldades encontradas referem-se às crenças culturais, como a pouca aderência ao tratamento das doenças, o uso inadequado de medicamentos, o não entendimento das orientações, o idioma, a timidez, a falta de conhecimento, a interferência do pajé, a falta de apego aos bens e o uso exclusivo da medicina tradicional. Conclui-se que o trabalho deve ser centrado no conhecimento dos aspectos culturais e no desenvolvimento das ações junto à mulher, estabelecendo uma relação de confiança e credibilidade.

Palavras-chave: Saúde. Trabalho. Mulher Indígena.

Cultural beliefs that hinder the work of nurses with the Guarani indigenous women

Abstract

The woman indigenous guarani experience many cultural beliefs in adolescence, adulthood and old age. The objective was to identify the cultural beliefs that hinder the work of nurses with the indigenous guarani women in the reserves Rio das Cobras (Nova Laranjeiras), Tekoha-Añetete (Diamond do

¹ Mestranda em "Enfermagem e o processo do cuidado" pela Universidade Estadual de Maringá - UEM. email: thatybar@hotmail.com.

² Mestre, Enfermeira Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Unioeste/Cascavel-PR. e-mail: liza@certto.com.br.

³ Mestranda em "Enfermagem e o processo do cuidado" pela Universidade Estadual de Maringá - UEM. email: moneroecker@hotmail.com.

Recebido: 06/10/2008
Aprovado: 26/05/2009

Oeste) and Ocoy (São Miguel do Iguaçú). The methodology of the study follows a qualitative approach, and a field research of the exploratory-descriptive type. The population was composed of three nurses who work in units Funasa's health, and collecting data made through interviews, and the data analyzed by the analysis of speech. The difficulties encountered relate to cultural beliefs, such as low adherence to treatment of diseases, the inappropriate use of medicines, not understanding the guidelines, the language, the timidity, lack of knowledge, the interference of the witchdoctor, the lack of attachment to the property and exclusive use of traditional medicine. It was concluded that the work should be focused on the knowledge of cultural aspects and in the development of actions among the women, establishing a relationship of trust and credibility.

Key-words: Health. Work. Indigenous Women.

Introdução

A mulher indígena guarani vivencia inúmeras crenças culturais em todo o seu ciclo de vida, ou seja, desde o nascimento, adolescência, idade adulta, velhice até a morte. Essas crenças são caracterizadas pela cultura própria da população indígena e desse modo Dias (2004) considera que cultura é tudo aquilo que é aprendido e partilhado pelos indivíduos que compõe um grupo social, estando, portanto, inclusos em tal definição os conhecimentos, crenças, arte, moral, costumes, capacidades e hábitos que se adquirem na sociedade, e isso é conseguido por meio da socialização.

Nesse contexto pode-se afirmar que as crenças culturais que a mulher indígena guarani vivencia em seu contexto sociocultural é mais fortemente presente no período da adolescência, idade adulta e velhice. Sob essa perspectiva as crenças culturais referentes ao período da adolescência têm início com a ocorrência da menarca que recebe o nome de *ynhengue*, cujo significado é menarca ou primeiro sangrado. A partir deste evento a adolescente está, segundo as crenças guaranis, pronta para assumir compromisso matrimonial (LÓPEZ, 2000).

No período de ocorrência da menarca também existem crenças culturais em relação à educação das meninas. Schaden (1974) assinala que

durante o resguardo (tempo em que dura a menstruação) a menina adota comportamentos para se defender dos males que esta nova fase poderia lhe ocasionar. Não se pode entender o período do resguardo somente como um ritual para reconhecer a menina socialmente como mulher, mas para informar que atingiu a maturidade biológica e assim há a possibilidade de casamento.

O autor afirma que a prática da jovem no decorrer das primeiras regras é de cortar o cabelo em forma circular ou raspar a cabeça, mantendo-a coberta com um pano para evitar que os espíritos maus ataquem. A menina permanece isolada, podendo sair apenas para as necessidades fisiológicas, não recebe visitas, fica deitada em uma rede, sendo permitido contatar apenas com pessoas da família, mas com tom de voz reduzido e alimentando-se em pouca quantidade e sal. No período entre as primeiras e as segundas regras, a jovem permanece na sua casa, porém com rigor menor aos dias da menstruação.

Silva (2007:179) salienta que durante a adolescência as “crianças maiores” (*mitã guaçu*) devem dormir em camas altas do chão (*nhimbe*), construídas com varas de quase meio metro de altura, evitando haver contato direto do corpo com a terra. López (2000) aponta que a menina, durante o resguardo, tem aprendizagem sobre suas atitudes de mulher adulta. Quanto à cólica menstrual, esta significa ausência de menstruação, isso sem a mulher estar gesta, pois o sangue poluído está coalhado no útero da mulher, sendo isso muito perigoso.

A partir da ocorrência da menarca, há o início da sexualidade na vida da mulher indígena guarani, fenômeno também carregado de crenças culturais. Cada sociedade humana constrói seus próprios conceitos sobre a sexualidade, sendo “[...] este posicionamento polissêmico frente à vida, aparentemente programático e imediato, que rompe com a tradição de abordagens que naturalizam a sexualidade”, podendo ser determinada por modelos biológicos e ainda acentuada pela importância comportamental (BRASIL, 2005:27).

O assunto sexualidade é algo que provoca muitas discussões, reflexões e divergências de opiniões em todas as etnias, sendo que em

cada uma delas há uma maneira diferente de encará-la. Pensando nisso, é importante expor sobre a sexualidade da mulher indígena guarani, relatando o que é ou não aceitável para a mesma. Esta comparação é realizada por Chamorro (1996), que descreve ser aceitável: o homem que não conhece a mulher não pecou com ela; a mulher que é virgem; quem vive castamente, sem desejar a mulher; quem não vive pensando em mulher. Em contrapartida, não é aceitável: a mulher que pratica sexo; a mulher que se exhibe é uma armadilha do demônio; o homem que é muito chegado às mulheres; a mulher mal intencionada. Seguindo esse raciocínio, o autor afirma que a mulher virtuosa é quem não peca, é imaculada, não tem maus desejos e que foge das tentações.

Neste contexto, Chamorro (1996) ainda enfatiza que a respeito do caráter institucional do sexo, o jesuíta prescreveu para a mulher o casamento (*menda*) como um meio de conseguir o macho. O casamento pode ser um resultado da autoridade paterna, como deixa ver o exemplo *che membota havey che ru chemo menda* (caso-me meu pai por força). O casamento do homem linguisticamente corresponde a conseguir (*pysy*) uma coisa (*tembi*) que se deseja possuir (*guereko*). Ainda sobre o caráter institucional, destaca-se que o ato sexual está intimamente relacionado com a procriação.

Quanto ao procedimento moral das mulheres, na opinião de Ciccarone (2004), as *mbyas* eram submissas, submetidas continuamente ao controle e a cobrança, em geral proveniente das anciãs. Ao haver exageros, as idosas os identificavam como degradação da vivência social. As mulheres enquanto pertencentes à sociedade precisavam ter controle e cuidados sobre seu corpo, tornando-o alvo de atenções contínuas e meio privilegiado de expressão e comunicação.

Ao tratar sobre o casamento, a pessoa que pretende unir-se a outra precisa se apressar, tendo em vista que a demora pode os tornar “irmão” (*pegue*), analisando a longa convivência, o que impede o casamento, salienta Silva (2007), em pesquisa realizada com guarani *mbya*. Afirma o autor que a mulher e o homem encontram formas para tentar continuar o namoro em segredo, até que possam divulgar o casamento. Um moço que possui interesse no sexo oposto tem possibilidade de estar na aldeia da moça várias

vezes por curtos períodos de tempo, e mantém uma relação rápida e discreta com a mesma, não alarmando os familiares desta. Dessa maneira, consegue manter uma distância física e geográfica viáveis para prosseguir o namoro sem ser consanguíneo da futura esposa.

Segundo o estudo de López (2000:85), com guaraní *mbya* de Paraty/RJ, as mulheres se casam com uma idade média de 14,9 anos, em geral pouco tempo após a menarca. Percebe-se, com isso, que “[...] a idade do primeiro matrimônio está diminuindo em concordância com a idade da menarca e, em resposta, também tem baixado a idade da primeira gravidez e do primeiro parto”. Esta redução, conforme as pessoas mais antigas/experientes, não acontece em decorrência da cultura, mas sim pela dificuldade em realizar o controle social do grupo.

A respeito do casamento e divórcio, estes são ocorrências “sociológicas, mas também são acontecimentos demográficos se a mulher ainda está em idade fértil, no sentido que cada um desses eventos repercute na fecundidade” (LÓPEZ, 2000:81).

No que concerne ao ato conceutivo, salienta López (2000:86) que este não tem relação apenas com a questão física e biológica; neste ato também se encontra a generosidade dos deuses guaranis. A mulher, sendo a reprodutora biológica, é encontrada historicamente entre os guaranis desde o tempo da criação do mundo.

A teoria da concepção *mbya* e *ñandéva*, descrita por Silva (2007), considera que o corpo do feto é constituído pelo sêmen do pai (*tyy*), e o útero materno é o recipiente da criança (*kyri va'e ryrut*), ou seja, é como se fosse uma cama em que o feto repousa e vai ganhando sua forma, conforme o pai promove a inseminação na mãe, por meio de relações sexuais no decorrer da gestação. Se durante a gestação a mulher for inseminada várias vezes pelo homem que a inseminou da primeira vez, este será o pai da criança. Porém, se a mulher for inseminada por um homem e no período da gestação outro homem oferecer seu sêmen, este será o pai, ou seja, aquele que com mais frequência contribuiu para a oferta do sêmen.

Sobre o assunto, Silva (2007) declara que a mulher não tem participação direta no ato da concepção, apenas alimenta o feto passando

seu alimento por meio do sangue, tendo em vista que tudo o que a mãe ingere transforma-se em sangue que, por sua vez, serve de alimento ao feto. O alimento faz o feto crescer, enquanto que o sêmen dá formato ao corpo, ou seja, aspecto de homem.

Em relação à gravidez, conforme a visão dos guaranis *mbya*, é uma maneira do mundo humano e sobrenatural se comunicar, afirma Verani, apud López (2000). Entende-se então que a concepção é a reencarnação, podendo-se concluir que, para o grupo guarani, é um fato essencial para que as gerações passadas e futuras se comuniquem.

A primeira gravidez é o momento em que a mulher expressa a todos do grupo a sua função de reprodutora biológica e, além disso, “é a expressão de *Nhanderí e Kunhankarai* sobre essa mulher, posto que são eles quem dão a vida através da mulher” (LÓPEZ, 2000:87).

No estudo de López (2000), realizado com guarani *mbya*, constatou-se que nesse grupo os indivíduos têm conhecimento de uma nova gravidez por meio de um sonho. É dessa maneira que um parente falecido, um herói do grupo ou mesmo um pássaro divulga a gestação. Esses sonhos ocorrem com aves, pois estas representam os espíritos inocentes, ou seja, as crianças, tendo em vista que os outros animais são considerados impuros.

Em relação às mulheres, Wakanã e Gil (2007) falam que geralmente estas não precisam tomar cuidados especiais no período de gestação. Hoje em dia, especialmente as jovens, realizam as consultas de pré-natal e ingerem medicamentos receitados por médicos, como por exemplo, o sulfato ferroso. Entretanto, precisam tomar cuidado para não sofrerem emoções fortes na gestação, por exemplo, susto ou raiva.

Estudo realizado por Gil (2007) apontou que a mulher grávida precisa evitar emoções intensas, como raiva, e algumas atitudes com o corpo, como permanecer muito tempo deitada ou sentada. Isso é necessário para que não haja conseqüências indesejadas no decorrer do parto ou puerpério. Ainda ressalta que o parto não promove muitas alterações de rotina, tampouco necessidade de recursos específicos, nas situações em que não ocorrem complicações.

A raiva, tristeza e inveja, durante a gestação, não são encaradas

com bons olhos para os guaranis. Segundo estudo de López (2000), estes comportamentos promovem coisas negativas ao feto, podendo causar o aborto. Salienta a autora que se a mulher vivenciar a preguiça ou vida sedentária terá um parto de risco. Quando os pais se comportam de forma inadequada, como manter relações extraconjugais ou não responsabilizar-se pela própria família, viabilizam a ocorrência do aborto. Quebrar tais regras pode comprometer a gestação e o parto, sendo que estes riscos atingem a mãe e o feto, ocasionando até o óbito.

Em relação aos cuidados durante a gravidez, López (2000) reporta que as regras relacionadas à alimentação e comportamento precisam ser seguidas tanto pela mulher como pelo homem, tendo em vista que na fecundação ambos aportaram seu sangue. Nesse relacionamento é estabelecida uma relação agradável entre o pai e a mãe e o feto e/ou criança dotada de determinada identidade. Neste caso, as normas devem ser cumpridas pelos pais, pois qualquer má conduta pode atingir o bebê ou os pais.

O consumo de alimentos hipersódicos, açucarados e gordurosos, considerados como alimentos do homem branco, é prejudicial à saúde da mulher. Durante a gestação da mulher guarani, existe a proibição de alimentos como o quati, por ser considerado lombriguento; o tatu, por ter casco de proteção, que faria com que o bebê no momento do parto ficasse preso no útero da mãe; não comem banha de coco pelo fato de estar trancada dentro do coco, o que levaria o bebê a permanecer no útero materno e tornar o parto de risco .

Quanto às crenças culturais da mulher indígena sobre parto, descreve-se que este é feito de cócoras. Paciornik (1981:11) menciona que quando essas mulheres praticam o parto de cócoras, geralmente têm seus filhos sem a presença de pessoas que as perturbem “com ensinamentos artificiais, assumem, automaticamente, a posição acocorada que para elas, é lógica e, sob o ponto de vista médico, certa, fisiológica”.

Sobre o exposto, o estudo de Wakanã e Gil (2007) faz referência aos povos indígenas de Alagoas e Pernambuco, relatando que no passado a maior parte dos partos acontecia nas aldeias, enquanto que hoje as mulheres

preferencialmente dão à luz em hospitais, prática esta recente. Os autores referem que as parteiras não querem mais atuar e as próprias gestantes, principalmente as jovens, têm preferência pelo hospital.

Durante o parto, crianças que moram na casa são levadas para outra residência, permanecendo somente a parteira e o marido da parturiente. Em geral, toda mulher que passou pela menopausa pode dar assistência ao parto, entretanto há mulheres que são especializadas e são denominadas parteiras (LÓPEZ, 2000).

Na ocorrência do parto no interior da residência, a placenta é enterrada no local, dispensando-se cuidados especiais com o umbigo. A parteira corta o cordão umbilical, com ajuda de uma lasca de bambu (*takúára*); utiliza-se da tesoura (*arruína*). Para que o umbigo seque com mais rapidez, coloca-se cinza como secante: obtida pela queima de coquinhos de *pindó*; os *kayová* e *ñandéva* queimam o estrume de cavalo ou sabugo de milho (SCHADEN, 1974).

Em relação à placenta, López (2000) também afirma que esta, por ter sido morada do feto que possuía alma divina, não pode ser desprezada ou ingerida por animais, mas sim enterrada em um buraco no interior da casa, de preferência sob o fogão. A autora relata que o cordão umbilical significa a união com *Nhanderú* que se perpetua ao ocorrer o nascimento, motivo este pelo qual a mãe o guarda e, quando o filho tem mau comportamento, coloca o cordão no peito do mesmo, promovendo o reforço da união do filho com *Nhanderú* e, conseqüentemente, a modificação de suas atitudes.

Sobre a prática do parto e pós-parto, Gil (2007) constata que as indígenas utilizam ervas medicinais no decorrer da gestação para que o parto seja mais ágil e para preservar a saúde da criança no pós-parto.

O sucesso do parto está na ingestão de chás de ervas ou sementes que têm consistência de deslizante, os quais promovem passagem da criança pelo canal vaginal. Também se faz uso do café amargo, por ser considerado quente. Os guaranis acreditam que durante o parto a mulher está quente, e assim deve continuar a criança após o nascimento. Se por acaso seu corpo esfriar, a placenta não sairá e a mulher pode ir a óbito. Por isso é oferecido café forte e sem açúcar e outros chás, garantido o estado quente, até que a

placenta saia do corpo (LÓPEZ, 2000).

Em relação aos cuidados no período de puerpério, estes são muito mais rigorosos do que durante a gestação. As principais precauções a serem tomadas são: “o repouso absoluto de três a cinco dias depois do parto; os cuidados com o asseio; as regras alimentares; evitar a exposição ao sol, ao vento e ao sereno; e não pegar peso” (WAKANÃ; GIL, 2007:42).

Sobre o propósito do resguardo após o parto, López (2000) expõe que a mulher precisa cumprir algumas regras, como a abstinência sexual, até que a mulher esteja sangrando não é permitido que saia da residência, pois pode ser atingida por espíritos que rodeiam a vida dos guaranis.

Se não houver o cumprimento do resguardo pela mulher, esta fica doente do que é conhecido como resguardo-quebrado, tendo como sintoma principal uma forte dor de cabeça junto com febres e delírios. Se não tratada, a mulher pode ficar louca. Para solucionar essa situação, “devem ser usadas as garrafadas, as regras ou os emplastos de folhas colocadas na cabeça, sendo impossível sua cura com remédios alopáticos” (WAKANÃ; GIL, 2007:43).

Outra crença cultural da mulher indígena guarani é com relação à esterilidade. Sobre o assunto, López (2000) constatou que em tal cultura a esterilidade é vista como castigo. Os guaranis *mbya* expressam que a esterilidade é um castigo de *Nhanderú*, ou seja, espécie de vingança do útero por algo errado que a mulher tenha cometido.

Sobre o aborto para os guaranis denomina-se: *daitxai*, que significa não vi; *kyringue roai*: *kyringue*, que significa criança; *roai*, que significa caiu; *nokãmbui idjevy*, que significa criança perdeu; *dojai*, que quer dizer que não nasceu. Quando há o nascimento de uma criança a termo e logo em seguida vai a óbito, pode-se dizer: *kiringue i' areko*; *areko vai kue i'*, quando morreu após o nascimento ou horas logo após; e por fim *kiringue oykovey vaikuey*, *oykoveivaikuy* e *kiringuei oikovey'omainoy* são termos que significam que nasceu vivo e ao outro dia a criança morreu, conforme descrito por López (2000).

O aborto, para os guaranis, é visto como um castigo divino, por conduta inadequada do pai ou da mãe, em certo sentido implica desprestígio,

porque faz público o mau comportamento. Outra explicação para este acontecimento é quando os desejos do feto não são satisfeitos, ou seja, os desejos que a mãe tem por determinados alimentos e outras coisas. Na cultura guarani, o feto é considerado como falante, que é capaz de julgar, castigar e premiar (LÓPEZ, 2000).

Sobre o intervalo entre as gestações da mulher indígena guarani *mbya* López (2000), constatou que esse período é em média de 19,7 meses para as mulheres que estão no período de vida fértil e de 23,4 meses para aquelas que cessaram o período fértil.

As mulheres guaranis, conforme afirma López (2000), não possuem materiais ocidentais ou culturais para tornar mais distantes os intervalos entre uma gestação e outra. Conforme a OMS, citada pela autora, o curto intervalo entre as gravidezes, a alimentação inadequada e a dupla jornada de trabalho levam à “síndrome de esgotamento materno”, que pode ter reflexos na saúde materna e da criança. A autora ainda evidenciou que 30% dessas mulheres, durante os primeiros meses de gestação, ainda amamentavam a outra criança, até que a gravidez foi constatada.

Existem poucas discussões sobre a saúde reprodutiva da mulher indígena, relatam Coimbra Jr e Garnelo (2003). São raras as informações demográficas disponíveis dos povos indígenas no Brasil, sendo que grande parte são de pouca confiabilidade, limitando-se a informar a quantidade populacional. Os estudos relacionados à fecundidade, mortalidade e migração dos povos indígenas são de difícil acesso. Apenas em 1991, o censo demográfico incluiu em suas pesquisas a categoria indígena, o item cor, sem dispor de dados relativos a etnia específica (COIMBRA JR; SANTOS, 2000).

Em relação ao planejamento familiar, Cadogan (1959), salienta que os guaranis entendem que um número grande de filhos causa prejuízos à mulher, por isso deveriam ser adotados meios para controlar o nascimento, como abstinência sexual, fricções com gordura de certo animal do mato e ingestão de chás de ervas. Para a autora, as crenças culturais dos guaranis *mbya* permitem a produção de remédio tradicional para o controle da natalidade, podendo ser com ervas do mato, com o tratamento do pajé ou

por meio da abstinência sexual.

Os tratamentos com ervas para evitar a concepção são de conhecimento tanto das mulheres como dos homens, e usados por ambos e, no período do tratamento, é necessário manter a abstinência sexual, afirma López (2000). Porém, os resultados do estudo de tal autora demonstraram que os guaranis *mbya*, em geral, não utilizam nenhum método contraceptivo, sendo a abstinência sexual a forma preferida e mais utilizada. Constatou também que não há a prática de extensos períodos de abstinência, sendo esta realizada após o terceiro ou quinto mês de gestação e se estende até três meses ou, dependendo dos casais, até doze meses após o parto.

A menopausa é conhecida como: *Daetxavei* - *dae* quer dizer não; *txa* significa veio; *vei* significa mais, sendo assim traduz-se, não veio mais. *Daekoguédjyvei*: *dae* quer dizer não; *ko* significa estou; *guê* expressa sim; *djy* significa *txereko*; *vei* indica mais. Traduzindo-se não estou vendo mais, *Nhanderú* já fechou ela. *Txe dajaryi* significa mulher velha. Quando a mulher chega à menopausa, pode, se assim desejar, conseguir o papel de parteira: “só quando já não tem mais *txerekó*’, que já parou, que *Nhanderú* já encerrou dela, já pode fazer parto” (LÓPEZ, 2000).

Existem muitas crenças culturais vivenciadas pela mulher indígena guarani, e desse modo, a compreensão pelos profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, sobre tais crenças é de suma importância, tendo em vista que estas informações possibilitam o entendimento dos determinantes de saúde e doença e das condições que favorecem as mesmas entre a população indígena e, ainda, o conhecimento do sistema político da comunidade e de sua autonomia pode evitar interferências indevidas na vida desta população, além de favorecer a implementação de políticas públicas que melhorem as condições de saúde e doença da população indígena.

Para implementar políticas de saúde junto às populações indígenas é preciso familiarizar-se com sua cultura, tendo assim uma melhor comunicação com tal população. Entende-se que o importante é aprender a ouvir, fazer perguntas, ter respeito quanto às normas a serem seguidas, com vistas a buscar a preservação das crenças culturais, sob a condição de que estas também respeitem a ética considerada pela sociedade brasileira, da

qual os índios também são integrantes (MINDLIN, apud BRASIL, 2005).

É de suma importância a reflexão sobre a saúde dos povos indígenas, que resulta de fatos originados dentro do grupo, da cultura e relações sociais ou também de forças externas do grupo, que terminam sendo vivenciadas pelo mesmo. Ao assumir este ponto de vista, é preciso enfrentar um desafio e instituir uma forma mais eficaz quando se busca a melhora da saúde indígena (LANGDON, 1995).

A saúde dos povos indígenas é determinada por variados aspectos, como posse de terras, nível de relacionamento com a civilização, liberdade para praticar suas crenças culturais, acessibilidade à vacinação e aos serviços de saúde. A saúde das populações indígenas é definida por meio de processo histórico e individual das comunidades com a sociedade nacional, assim como a maneira que ocupam suas terras (YAMAMOTO, 2004).

O direito à saúde relaciona-se em reconhecê-la pela cidadania das populações indígenas, assim como por formas que possam assegurar o direito a terra, a respeitabilidade, ao modo de se organizarem político e culturalmente, a acessibilidade às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde e a participação na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde. Para o autor, o estado é o responsável por garantir os direitos à saúde dos povos indígenas, por meio de uma política indigenista clara, que possa contemplar as necessidades étnicas e a localização geográfica das mesmas (YAMAMOTO, 2004).

As populações indígenas precisam que as ações de saúde para elas planejadas sejam desenvolvidas com respeito aos seus direitos, garantam a posse de seus territórios e respeitem a cultura, caso contrário essas ações não serão efetivas. Sob esse ponto de vista, o autor também salienta que, conforme a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, os Distritos Sanitários Especiais Indígenas, sendo um modo de organização de serviços, “estão orientados para um espaço etno-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado” (BRASIL, 2005).

Com base no exposto, o presente estudo tem por objetivo identificar as crenças culturais que podem dificultar o trabalho do enfermeiro junto

à mulher indígena guarani nas reservas Rio das Cobras, localizada no município de Nova Laranjeiras, Tekoha-Añetete, em Diamante do Oeste e Ocoy, em São Miguel do Iguaçu.

Material e Métodos

Trata-se de uma pesquisa que obedeceu a abordagem qualitativa que refere-se à interpretação das concepções e condutas das pessoas entrevistadas, tentando compreender detalhadamente o significado e características apresentadas pelos indivíduos entrevistados, não envolvendo dados estatísticos.

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa de campo, que para Fleming (2005:19), é o local onde “os fatos, fenômenos e processos ocorrem, podendo ocorrer observações diretas, levantamentos, estudos de outros”. A pesquisa de campo tem por objetivo conseguir informações e/ou conhecimentos sobre um problema, o qual se busca resposta, ou de uma hipótese, que se almeje comprovar, e também descobrir novos fenômenos ou as relações entre eles (MARCONI; LAKATOS, 2006).

No estudo utilizou-se a pesquisa de campo do tipo exploratório-descritivo, que objetiva descrever completamente determinado fenômeno e pode ser utilizada tanto para abordagens quantitativas, como para qualitativas, assim como para acumulação de informações detalhadas como as obtidas por intermédio da observação participante (MARCONI; LAKATOS, 2006). Com isso buscou-se ampliar os conhecimentos sobre um fenômeno pouco descrito, as crenças culturais que dificultam o trabalho do enfermeiro junto a mulher indígena guarani.

A população pesquisada foi composta por três enfermeiras que atuam nas Unidades de Saúde da Funasa, nos municípios de Nova Laranjeiras (Reserva indígena Rio das Cobras), Diamante do Oeste (Reserva indígena Tekoha-Añetete) e São Miguel do Iguaçu (Reserva indígena Ocoy), localizadas no Centro-sul e Oeste do estado do Paraná.

A coleta dos dados foi realizada por meio de uma entrevista que corresponde a um diálogo sistematizado entre entrevistado e entrevistador,

e tem como objetivo principal obter informações do pesquisado sobre algum tema e é mais freqüente no desenvolvimento do trabalho de campo e por meio da mesma, o pesquisador procura adquirir informações inclusas no discurso dos atores sociais (MINAYO, 2004; MARCONI; LAKATOS, 2006).

As entrevistas foram direcionadas por um roteiro semi-estruturado e realizadas na unidade de saúde de cada reserva indígena, durante os meses de janeiro a março de 2008. As entrevistas foram realizadas em uma sala reservada da unidade de saúde para a maior privacidade entre entrevistador e entrevistado, estabelecendo um ambiente tranqüilo e amistoso.

Como método de análise dos dados adotou-se a análise do discurso, em que foi captado o sentido principal do discurso dos sujeitos da pesquisa. A análise do discurso tem por objetivo realizar uma reflexão geral a respeito das condições de produção e apreensão da significação de textos produzidos nos mais diversos campos, para compreender o modo de funcionamento, os princípios de organização e as formas de produção social do sentido (MINAYO, 2004).

Por se tratar de uma pesquisa que envolve seres humanos, observaremos aspectos éticos da resolução 196/96 do CNS-MS (BRASIL, 1996). Assim o projeto foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, com parecer favorável. A solicitação de participação na pesquisa se deu por meio do termo de consentimento livre e esclarecido, do qual todas as participantes do estudo assinaram, após terem sido informadas sobre os objetivos do estudo, a forma de participação e o tempo provável de duração da entrevista.

Como ponto inicial deste trabalho, apresenta-se o perfil socio-demográfico dos enfermeiros pesquisados e no decorrer da análise dos dados os participantes da pesquisa são referidos como E1, E2 e E3, para uma melhor compreensão do contexto dos discursos. As palavras chaves dos discursos foram destacadas (negrito) no texto para melhor visualização do sentido do discurso e como facilitador para a leitura e compreensão da análise dos discursos dos sujeitos.

Resultados e Discussão

Sobre os dados socio-demográficos dos pesquisados os resultados apontaram que houve o predomínio absoluto do sexo feminino. As enfermeiras, em sua maioria, estão na faixa etária de 25 a 30 anos, e casadas. Dentre esses fatos, pode-se destacar que o universo feminino apoderou-se de novos papéis sociais no Brasil e aumentou sua atuação no mercado de trabalho, competindo dessa forma, com sua função doméstica e de reprodução. Também houve um aumento da escolarização e acesso às informações, promovendo o estímulo a um padrão de famílias menores (MONTEIRO, 2004).

A maioria das entrevistadas graduou-se em universidades públicas. Quanto ao tempo de formação acadêmica, todas concluíram a graduação entre os anos de 2002 a 2005. A pesquisa apontou que todas as enfermeiras são pós-graduadas. A renda mensal varia de três a seis salários mínimos. Nesse sentido, para haver motivação no trabalho é necessário considerar a autonomia do trabalhador, remuneração, as condições de trabalho ofertadas e carga horária. Dentre esses fatores, a remuneração, em geral, é o que mais gera insatisfação no trabalho do enfermeiro, tendo em vista que o salário, se comparado à responsabilidade, é baixo, havendo a necessidade do mesmo ser adequado às habilidades e ao conhecimento do enfermeiro.

Ao tratar sobre as crenças culturais que podem dificultar o trabalho do enfermeiro junto à mulher indígena guarani, o **tratamento das doenças** aparece no discurso das enfermeiras como uma dificuldade, tendo em vista que a população indígena faz uso em primeira instância de recursos próprios, e no caso de não resolutividade procuram a unidade de saúde.

Todas as entrevistadas, E1, E2 e E3, relataram que *há dificuldades, pois a população indígena procura antes o pajé; caso este não resolva, buscam a unidade de saúde. Existem casos em que utilizam ervas e medicamentos em conjunto. As entrevistadas declararam que permitem o uso concomitante entre medicina tradicional e medicina ocidental, e até incentivam, pois eles precisam manter as crenças culturais. A entrevistada E2 informou que, muitas vezes, os indígenas pedem para levar o pajé ao*

hospital; isso, dentro das possibilidades, é permitido.

O profissional que trabalha com a população indígena deve possuir conhecimentos próprios para tratar os agravos à saúde. A medicina tradicional precisa ser respeitada e incentivada, porém o profissional também deve esclarecer, junto às mulheres, a importância do uso concomitante dos medicamentos laboratoriais e a necessidade de seguir o tratamento prescrito pelo médico, tendo em vista que atualmente existem doenças que atingem os povos indígenas pela ocorrência do contato destes com o homem branco e, nesses casos, a medicina tradicional não apresenta efetividade adequada.

A medicina tradicional indígena, que está com muita força aderida na cultura dos países sul-americanos, resistiu como pôde à degradação cultural ocorrida durante a colonização e a ocorrência da modernização no século XIX. Nesse sentido, são caracterizados como “sistemas de cura nos quais a integração ou harmonia homem/natureza, e natureza/cultura é um sinônimo do que designariamos, em nossa cultura, de equilíbrio para os indivíduos, e uma garantia de saúde para a comunidade” (LUZ, 2005:155).

Outro ponto importante que aparece no discurso das pesquisadas é em relação ao uso de medicamentos, tendo em vista que os indígenas, de uma maneira geral tem dificuldade na compreensão do uso e da necessidade dos medicamentos, não aderindo satisfatoriamente ao tratamento medicamentoso.

As entrevistadas E1, E2 e E3 relataram que *encontram muitos medicamentos espalhados pelo domicílio e peridomicílio. Os indígenas não têm costume de concluir o tratamento; quando os sintomas começam a desaparecer, já suspendem o uso dos medicamentos; outros nem mesmo iniciam o uso e em poucos dias retornam à unidade com os mesmos sintomas.* Relataram que, *muitas vezes, é necessário assustá-los, dizer que vão ficar muitos dias internados no hospital. É necessária muita orientação e, mesmo assim, muitas vezes não entendem ou não acatam as orientações.*

O profissional precisa deixar clara a importância do uso adequado dos medicamentos, além de explicar, quantas vezes forem necessárias, a quantidade e o tempo do tratamento. Também é viável estabelecer, junto ao médico, a necessidade de receitar o menor número possível de

medicamentos, assim como um número mínimos de doses, para que a efetividade do tratamento seja melhor, tendo em vista que a população indígena tem dificuldade, tanto na compreensão do uso do medicamento, como na adesão ao tratamento.

Em estudo realizado por Leite e Vasconcellos (2003:781), identificou-se que a falta de adesão ao tratamento medicamentoso decorre da maneira com que é encarado o processo saúde-doença-tratamento, visto que em muitos casos o paciente é desconsiderado como ser social, que possui expectativas, conhecimentos, interesses e valores socioculturais.

Outros pontos considerados pelos autores quando da não adesão ao tratamento são: inacessibilidade ao medicamento, alto número de doses, existência de efeitos colaterais, maneira com que o paciente enfrenta a doença e sua sintomatologia, assim como a forma com que o profissional de saúde o influencia na adesão, “na medida em que atingir o universo cultural do paciente e estabelecer com este comunicação e relacionamento efetivos, incluindo valorização do consumo como benefício em seu corrente cotidiano, [...]”. Portanto, a adesão ao tratamento se dá em dependência do contexto individual, familiar e social do paciente, assim como das expectativas e opinião dos profissionais de saúde (LEITE; VASCONCELLOS, 2003:781).

No discurso das entrevistadas a dificuldade na compreensão das orientações e a dificuldade de comunicação junto às mulheres são fatores que contribuem para dificultar a execução do trabalho do enfermeiro.

Sobre o tema as pesquisadas relatam que: *as mulheres aparentam entender, porém acabam usando os medicamentos inadequadamente. Muitas vezes, afirmam ter compreendido, porém isso não aconteceu. Nesse sentido, declararam as pesquisadas que é necessária muita insistência; tem que explicar várias vezes e fazer com que elas respeitem as explicações para avaliar o nível de entendimento.*

É importante que o enfermeiro trabalhe a educação em saúde de maneira acessível às usuárias, ou seja, utilize linguagem simples, sem termos técnicos, repita as explicações, atente para as expressões verbais e não verbais das mulheres, faça questionamentos às mesmas para identificar o

nível de sua compreensão e, se necessário, explique também a outro membro da família, para que ajude a paciente no seguimento das orientações.

O trabalho educativo em saúde junto à comunidade, desenvolvido pelo enfermeiro, objetiva elaborar atividades na assistência primária e capacitação de indivíduos da sociedade para auxiliar na identificação de problemas de saúde, permitindo o desenvolver a consciência crítica e a atitude de participação, buscando soluções para os problemas (DILLY; JESUS, 1995).

As entrevistadas E1 e E3 apontaram que *muitas vezes, a linguagem deles não é compreendida, assim como a população indígena não compreende a linguagem do homem branco*. E3 informou que *as mais velhas não falam o português. Outras entendem, mas não conversam. Tem que ter muita paciência, falar devagar, baixo, explicar quantas vezes for preciso*.

A dificuldade de comunicação impõe algumas limitações na execução do trabalho do enfermeiro. Ao desenvolver uma ação junto à mulher indígena que não compreende a linguagem do homem branco, é viável haver uma pessoa que possa traduzir o diálogo, o Agente Indígena de Saúde (AIS).

Outro ponto que está evidente no discurso das enfermeiras é que as mulheres indígenas guaranis são muito tímidas, o que dificulta o trabalho do profissional, tendo em vista que não é tarefa fácil fazer com essas mulheres exponham seus sentimentos, relatem seus problemas.

Sobre a timidez as entrevistadas E1 e E2 relataram que *as mulheres indígenas guaranis são muito restritas e tímidas, é necessário estabelecer um alto nível de confiança com a mulher para que esta relate seus problemas, assim como prestar uma assistência individual, pois se fizer perguntas na frente de outras pessoas, isso se torna motivo de riso e a mulher fica ainda mais retraída*.

É fundamental, para a efetividade da atuação do enfermeiro, que este conheça as características da população com a qual está trabalhando. No caso das mulheres indígenas guaranis, há a questão da timidez, que o profissional deve ser respeitar, procurando expor o mínimo possível a

mulher.

A pessoa tímida tem medo dos outros indivíduos, em especial dos que lhe constituem ameaça no plano emocional, como por exemplo: os estranhos, por serem uma novidade e incerteza; as autoridades, por exercerem o poder; os membros do sexo oposto, por representarem a possibilidade de encontros íntimos (ZIMBARDO, 1972).

As entrevistadas descaram em seus discursos que também existem algumas dificuldades relacionadas ao uso de métodos contraceptivos, tendo em vista que as mulheres guaranis são submissas aos seus maridos e desse modo dependem muitas vezes de sua autorização para o uso de tais métodos.

Sobre o tema as pesquisadas E1 e E2 relataram que, *em alguns casos, há dificuldades para usar anticoncepcionais, pois, ou marido não permite, ou mesmo o pajé forneceu alguma erva contraceptiva e as mulheres optam por ela.* Nesse sentido, *é necessária muita orientação, explicação em conjunto com o marido, para que haja o uso adequado dos métodos contraceptivos.*

O enfermeiro precisa fazer o uso adequado da educação em saúde, sem desconsiderar o conhecimento e as crenças do povo indígena. É preciso explicar ao casal que é possível fazer uso dos remédios do pajé, porém, é necessário usar os métodos fornecidos pela unidade de saúde para haver maior efetividade no controle da natalidade.

O método contraceptivo mais adequado é entendido como o que promove maior segurança, eficiência e acessibilidade, sem interferir no ato sexual e que não precise de motivação especial para ser usado. Às classes de maior risco, faz-se necessário também o combate às DSTs. Os autores salientam que o saber sobre o efeito e implicação/riscos colaterais é indicativo para o uso do método mais adequado para determinado grupo populacional. Atualmente, no Brasil, os métodos contraceptivos em uso mais freqüente pelas mulheres são a esterilização e os anticoncepcionais orais combinados, com prevalência de 40,1% e 20,7%, respectivamente. Outros métodos utilizados, em ordem decrescente de freqüência, são: a camisinha, a abstinência, o coito interrompido, a esterilização masculina,

os contraceptivos injetáveis, o DIU (dispositivo intra-uterino) e outros (OPPERMANN; OPPERMANN, 2004).

As entrevistadas apontam que a vacinação é algo difícil de ser mantida em dia, sendo que o sentido de seus discursos aponta para a irresponsabilidade por parte da população indígena. Nesse caso, denomina-se irresponsabilidade, porém para os indígenas as questões preventivas não são importantes, eles tratam apenas quando já estão doentes, o que é considerado irresponsabilidade para o homem branco, pelo indígena é visto como algo que não há necessidade de ser realizado.

As pesquisadas E2 e E3 confirmaram *os indígenas não comparecem na unidade para se vacinarem; é necessário ir ao domicílio*. Relatam que *a carteira de vacinação precisa ficar na unidade, senão eles perdem. Além disso, muitas vezes, as mulheres vão passear no dia da vacinação e é difícil encontrá-las, também existindo casos de pessoas que vêm de outras aldeias sem a carteira de vacinação*.

No tocante à vacinação, é necessário imenso esforço do enfermeiro para que toda a população indígena esteja em dia com o calendário vacinal, tendo em vista a sua grande efetividade na prevenção de doenças infecto-contagiosas. Para tanto, se faz necessária à busca ativa, um adequado aprazamento do cartão de vacinas de cada indivíduo na unidade, além de haver comunicação entre as unidades de saúde das demais aldeias, para que não haja excesso de vacinação em um indivíduo, nem administração de doses incompletas.

No entender de Yamamoto e Serafin (2004:65), as vacinas, ou imunizações ativas, estimulam o sistema imunológico a produzir anticorpos contra as principais doenças “infecciosas relacionadas a mortes, seqüelas, internações e outros eventos graves, particularmente em menores de cinco anos de idade. Assim, as vacinas colaboram para reduzir a incidência de mortes e de internações por doenças imunopreveníveis”.

O discurso de uma enfermeira pesquisada apontou para o respeito à cultura indígena, considerando que é preciso que a população queira ser atendida, caso contrário dificilmente as ações do profissional terão efetividade.

E1 informou que *não adianta interferir antes da vontade deles; se estiverem incomodados com a situação, não procuram, nem querem ajuda. Somente interfiro se eles permitem; não abro mão do pajé*. O enfermeiro precisa saber lidar com as dificuldades com as quais se depara e compreender os costumes e hábitos da população indígena, para atuar conforme esse povo abre espaço e demonstra confiança em suas atividades.

O índio brasileiro, assim como o espaço ocupado por ele, sofreu alterações no decorrer dos anos na sociedade nacional. Tal figura é encarada como parte da formação da sociedade brasileira, sendo tratado como importante, no passado, para haver uma constituição da “singularidade nacional: o foco está, assim, no índio como nosso antepassado, nas heranças que deles recebemos, seja genética, seja cultural, seja na importância que ele teve para a adaptação do colonizador europeu ao novo meio” (COHN, 2001:37).

Aparece também nos discursos que a **micromobilidade** da população indígena é um fator que promove algumas dificuldades, tendo em vista que os indígenas não têm a preocupação de levar a documentação consigo, gerando alguns transtornos principalmente na questão da vacinação, além de não terem moradia fixa, sendo difícil localizar a pessoa na aldeia.

A entrevistada E2 relatou: *os indígenas que vêm de outras aldeias não trazem documentação, como carteira de vacinas e de gestante. Declarou que, às vezes, eles vão passear e ficam 3 ou 4 meses em outra aldeia e vice-versa. A gente está conscientizando para que, quando forem passear, passem no posto e peguem um xérox da carteira de vacina para levarem para outra aldeia. Quando vão para aldeias do Brasil, é fácil da gente se comunicar; pior é quando vão ou vem do Paraguai, aí a gente não consegue os dados sobre a pessoa.*

Além disso, é encontrada dificuldade na realização de procedimentos em indivíduos que vêm de outras aldeias, pois eles nunca têm lugar fixo para ficar. *Um dia a gente vai à casa de um, dizem que está na roça; a gente vai à roça, falam que foi pra casa de outra pessoa; às vezes o indivíduo fala que vai embora e de repente está ali de novo, dizendo que vai morar no local. O passear deles é engraçado, pois, às vezes, ficam durante ano na*

aldeia e ainda dizem que estão passeando.

Quanto às questões de mobilidade entre os indígenas guaranis, em pesquisa realizada por Pissolato (2006:107), com guarani *mbya*, constatou-se que uma visita,

ao que parece, merece ser considerada enquanto possibilidade forte para alguma mudança residencial, seja por parte do(s) visitante(s), seja por moradores da aldeia visitada que decidam acompanhar o(s) primeiro(s) no retorno ao local de origem. Se a possibilidade de alteração da residência, e, com ela, do contexto de relações e das situações de vida, com tudo o que está aí implicado – as especificidades do ambiente, as formas particulares adotadas para subsistência, as oportunidades de trabalho, a característica da liderança local etc. –, se esta possibilidade é algo que parece estar sempre no horizonte de cada pessoa, contextos de visita são momentos particularmente intensos no sentido de colocarem efetivamente em questão, ao que parece, as oportunidades de alteração do modo atual de vida.

No discurso das entrevistadas aparece à questão do planejamento, considerando que a maioria das ações são realizadas por meio da visita domiciliar, quando sai para essa atividade é preciso realizar tudo o que consegue com a família, não se pode perder o tempo saindo para uma atividade em específico.

A entrevistada E2 referiu que: *tem dificuldade no planejamento das atividades. Por exemplo, se hoje vou sair para vacinar todo mundo, tenho que ir fazendo tudo o que dá durante uma visita domiciliar.* Vale destacar a indiscutível importância de o enfermeiro realizar um adequado planejamento de suas ações, pois somente desta forma todas as atividades serão desenvolvidas de maneira completa. Porém, no caso da população indígena, em que a visita domiciliar é o meio mais eficaz de garantir o atendimento a toda população, é preciso aproveitar a oportunidade da visita para executar todas as atividades pendentes e, nesse caso, é fundamental ter um controle das ações por meio de anotações e registros.

A ciência da enfermagem vem passando por intensas e importantes alterações em suas relações sociais e políticas, tanto na tecnologia e relações interpessoais, como na organização do serviço, visando atender às novas demandas no campo gerencial e científico. Desde o ano de 1950, tem havido uma crescente tendência na profissão “pela busca de procedimentos/

métodos de organização e planejamento dos serviços de enfermagem que sejam mais eficientes e se traduzam numa assistência de enfermagem mais qualificada” (KOERICH; BACKES; NASCIMENTO et al., 2007:447).

Nos discursos também fica evidente a **vergonha, o medo e o caráter não preventivo** dos indígenas, o que torna as ações difíceis, pois por essas características as mulheres acabam por não comparecerem na unidade de saúde.

A entrevistada E3 afirma que *há dificuldade em relação ao pré-natal, pois as solteiras não comparecem, têm vergonha e medo do pai. Até as casadas, às vezes, não fazem. As mais velhas falam que nunca faziam e as crianças nasciam igual, então acham que não precisam fazer*. Cabe ao enfermeiro trabalhar a conscientização, junto às mulheres e familiares, sobre a importância da realização do pré-natal, tanto para a mãe, quanto para o feto. Com o passar dos anos, os hábitos da população indígena se modificaram pelo contato com a população branca, assim como novas doenças surgiram, além do desenvolvimento no setor da saúde. Tais fatores influenciam para que haja um acompanhamento cada vez mais adequado da gestante. Nesse sentido, o enfermeiro deve fornecer informações às mulheres e apresentar os riscos potenciais de um inadequado acompanhamento durante a gravidez.

Nesse sentido, “a atenção ao pré-natal é importante para diminuir os riscos de complicações da gravidez, do parto e do puerpério, protegendo a saúde das mães, garantindo a higiene do concepto, evitando agravos à saúde dos recém-nascidos”, como baixo peso ao nascer, tendo como causa o crescimento fetal retardado, má nutrição fetal ou prematuridade (MONTEIRO, 2004:174).

As entrevistadas apontam nos discursos a questão da **higiene**, tendo em vista que os indígenas não têm hábitos saudáveis de higiene, e isso é algo culturalmente construído, toda a população atua de forma semelhante, o que pode favorecer o aparecimento de inúmeros agravos à saúde.

E3 relatou que *a gente orienta, dá sabonete, xampu, faz palestras na escola; também teve o mutirão da dengue. Nem todos acatam; isso é uma coisa em longo prazo, mas a gente vê que já teve resultado. Há também a questão do lixo, pois os indígenas não têm o hábito de realizar a*

disposição correta do mesmo. E3 declarou que: a Funasa comprou lixeiras e vai instalá-las para fazer a coleta seletiva; mas vai ser difícil de aderirem, pois são três lixeiras diferentes pra separar o lixo. Orientamos, às vezes, apesar de não ser certo, para queimar o lixo ao invés de deixar jogado.

O enfermeiro precisa trabalhar junto à população, conscientizando quanto à importância de um adequado asseio corporal, assim como a limpeza do domicílio e peridomicílio, com adequada disposição final do lixo. É preciso esclarecer todos os agravos à saúde ocasionados pela falta de higiene, bem como a melhor forma de mantê-la, considerando as especificidades culturais e a realidade social do grupo.

A idéia de higiene é de que prevenir é melhor do que remediar, isso para a prevenção de doenças e preservação da saúde. Assim, não é apenas a higiene pessoal que garante a saúde (hábitos saudáveis), é necessário também saneamento básico (VASCONCELLOS; GEWANDSZNAJDCR, 1982).

Considerações finais

O trabalho do enfermeiro junto à mulher indígena guarani é determinado pelas crenças culturais por elas vivenciadas. Todavia, muitas vezes, estas mesmas crenças culturais resultam em dificuldades no desenvolvimento do trabalho do enfermeiro, visto que impedem a aderência ao tratamento das doenças, uso correto de medicamentos e compreensão das orientações. Outra dificuldade é ocasionada pelo idioma e timidez das mulheres quando da procura pelos programas de saúde. Em síntese, pode-se dizer que as ações assistenciais do enfermeiro são dificultadas pela falta de conhecimento e timidez da mulher indígena, interferência do pajé, falta de apego aos bens e uso exclusivo da medicina tradicional.

As crenças culturais vivenciadas pela mulher indígena guarani em parte dificultam as ações profissionais, mas por outro lado compreendem um desafio para o enfermeiro, tendo em vista a rica diversidade cultural que é de suma importância para identificar os determinantes, não somente de doença, mas principalmente de saúde. Não se pode considerar a cultura indígena unicamente como dificuldade, mas sim pensar nos aspectos que

dificultam o trabalho e promover ações alternativas, para que com a cultura possa se promover saúde, e não doença.

O profissional, para atuar junto a esta população, precisa ter conhecimento dos aspectos culturais e desenvolver seu trabalho junto à mulher estabelecendo uma relação de confiança e credibilidade, além da boa relação com a família, comunidade e lideranças. A superação dessas dificuldades depende também da formação profissional, que precisa abordar a cultura como uma riqueza de saber, fazendo uso desta para promover saúde.

A diversidade cultural é um tema que gera grandes discussões, principalmente no que tange a cultura indígena, e desse modo o presente estudo apontou que determinados aspectos culturais da mulher guarani refletem em dificuldades para o trabalho do enfermeiro, assim como foram abordados pontos para superar essas dificuldades, promovendo a saúde. No entanto, existem muitos outros questionamentos que precisam ser discutidos, refletidos e pesquisados, sendo este estudo o ponto de partida para futuras pesquisas na área.

Referências bibliográficas

- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONESP. *Normas para pesquisas envolvendo seres humanos*. Resolução CNS 196/96. Série Cadernos Técnicos. Brasília: MS, 1996. 138 p.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. Distritos sanitários especiais indígenas. Diretrizes para implantar o Programa de DST/Aids. Brasília: MS, 2005.
- CADOGAN, L. *Ayvu rapyta, textos míticos de los mbya – guarani del Guairá*. Boletim n. 227, Antropologia, n. 5, Universidade de São Paulo. São Paulo: USP, 1959.
- CHAMORRO, G. Expresiones del erotismo y de la sexualidad guaraní. *Suplemento antropológico*, v. XXXI, ns. 1-2. Asunción: Paraguay, dic. 1996.

CICCARONE, C. Drama e sensibilidade: migração, xamanismo e mulheres *mbya*. *Revista de Índias*, v. LXIV, n. 230. Madrid, enero-abril, 2004.

COHN, C. Culturas em transformação: os índios e a civilização. *São Paulo em perspectiva*. São Paulo: Departamento de Antropologia da USP. v. 15, n. 2, 2001, p. 36-42.

COIMBRA JR, C. E. A.; GARNELO, L. *Questões de saúde reprodutiva da mulher indígena no Brasil*. Universidade Federal de Rondônia. Escola Nacional de Saúde Pública. Centro de Estudos em Saúde do Índio de Rondônia Departamento de Endemias S. Pessoa. Porto Velho, fev. 2003 (Documento de Trabalho n. 7).

COIMBRA JR, E. A. C.; SANTOS, R.V. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 5, n. 1, 2000, p. 125-132.

DIAS, R. *Sociologia e administração*. 3. ed. Campinas: Alínea, 2004.

GIL, L. P. Possibilidades de articulação entre os sistemas de parto tradicionais indígenas e o sistema oficial de saúde no Alto Juruá. In: FERREIRA, L. O.; OSORIO, P. S. (Orgs.). *Medicina tradicional indígena em contextos*. Anais da I Reunião de Monitoramento. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de saúde. Projeto Vigisus II. Coordenação técnica. Área de Medicina Tradicional Indígena. Brasília: Projeto Vigisus II/Funasa, 2007. Cap. 1, p. 37-47.

KOERICH, M. S.; BACKES, D. S.; NASCIMENTO, K. C. et al. *Sistematização da assistência: aproximando o saber acadêmico, o saber-fazer e o legislar em saúde*. *Acta paul. enferm.*, v. 20, n. 4, out/dez, 2007, p. 446-51.

LANGDON, J. A doença como experiência: a construção da doença e seu desafio para a prática médica. *Conferência 30 Anos Xingu*, Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 23 ago. 1995. Disponível em: <<http://www.cfh.ufsc.br/~nessi/A%20Doenca%20como%20Experiencia.htm>>. Acesso em: 10 nov. 2007.

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. P. C. *Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura*. Ciência e saúde coletiva, v. 8, n. 3, 2003, p. 775-82.

LÓPEZ, G. M. A. *A fecundidade entre os guarani: um legado kunhankarai*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, dez. 2000. Disponível em: <<http://teses.cict.fiocruz.br/pdf/lopezgmad.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2007.

LUZ, M. T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis: Revista Saúde Coletiva*, v. 15 suppl, 2005, p. 145-76.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. *Fundamentos de metodologia científica*. 6 ed. São Paulo: Atlas S.A. 2006.

MINAYO, M. C. S. *Teoria, método e criatividade*. 6. ed. São Paulo: Vozes, 1996.

MONTEIRO, M. F. G. Saúde reprodutiva. In: KALOUSTIAN, S. M. (Org.). *Família brasileira: a base de tudo*. 6. ed. São Paulo: Cortez; Brasília/DF: Unicef, 2004. Parte II, cap. 6, p. 172-83.

OPPERMANN, R.; OPPERMANN, M. L. R. Anticoncepção. In: DUNCAN, B. B.; SCHIMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. e cols. *Medicina ambulatorial: conceitos de Atenção Primária Baseados em Evidências*. 3. ed. São Paulo: Artmed, 2004. Parte IV, cap. 1, p. 343-56.

PACIORNIK, M. *O parto de cócoras: aprenda a nascer com os índios*. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1981.

PISSOLATO, E. P. *A duração da pessoa: mobilidade, parentesco e xamanismo mbya (guarani)*. (Tese). Programa de Pós Graduação em Antropologia Social do Museu Nacional da UFRJ, 2006, 366p.

SCHADEN, E. *Aspectos fundamentais da cultura guarani*. 3 ed. São Paulo: EPU, 1974.

Crenças culturais que podem dificultar o trabalho do enfermeiro junto à mulher indígena guarani

SILVA, E. M. *Folhas ao evento: a micromobilidade de grupos Mbya e Nhandéva (Guarani) na Tríplice Fronteira. (Tese)*. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social do Museu Nacional da UFRJ: Rio de Janeiro, UFRJ, 2007.

VASCONCELLOS, J. L. GEWANDSZNAJDCR, F. *Programas de saúde: segundo grau*. São Paulo: Ática, 1982.

WAKANÃ, G. S.; GIL, L. P. Caracterização dos sistemas de parto tradicionais entre os povos indígenas de Alagoas e Pernambuco: resultados da primeira etapa. In: FERREIRA, L. O.; OSORIO, P. S. (Orgs.). *Medicina tradicional indígena em contextos. Anais da I Reunião de Monitoramento*. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de saúde. Projeto Vigisus II. Área de Medicina Tradicional Indígena. Brasília: Projeto Vigisus II/Funasa, 2007. Cap. 1, p. 37-47.

YAMAMOTO, R. M.; SERAFIN, M. G. Vigilância da situação vacinal. In: YAMAMOTO, R. M. (Org.). *Manual de atenção à saúde da criança indígena brasileira*. Orientações técnicas. Brasília: Funasa, 2004. Parte 1, p. 65-77.

YAMAMOTO, R. M. Introdução à saúde indígena. In: _____. (Org.). *Manual de atenção à saúde da criança indígena brasileira*. Orientações técnicas. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2004. Parte 1, p. 9-22.

ZIMBARDO, P. G. *A timidez*. São Paulo: Edições 70, 1972.

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

- A Revista Faz Ciência tem caráter multidisciplinar e publica trabalhos na forma de artigos científicos nas áreas de Administração, Ciências Econômicas, Direito, Economia Doméstica, Geografia e Pedagogia.

- Os trabalhos encaminhados à Revista, após analisados quanto ao enquadramento nas normas (etapa desclassificatória), são enviados a dois consultores. Caso receba dois pareceres favoráveis, a proposta é aprovada para publicação. Se um ou os dois pareceres forem favoráveis com alterações, o artigo retorna ao autor para correções. No caso de um parecer favorável e um desfavorável, é remetido a um terceiro consultor. De posse dos pareceres, os autores são comunicados sobre o aceite ou não dos artigos.

- Os artigos deverão ser enviados após revisão gramatical e ortográfica, e seguir a normatização explicitada:

Editor de textos: Word (7.0 ou posterior) Nº de laudas: 15 (quinze) a 20 (vinte) Tamanho do papel: A4 (21 x 29,7 cm) Parágrafo: 1,25 cm Espaço entre linhas: 1.5cm	Margens: superior 2,0 cm; inferior 2,0 cm; esquerda 2,5 cm, direita 2,0 cm Alinhamento do texto: justificado Fonte do texto: Times New Roman (tamanho 12)
---	--

TÍTULO: letra maiúscula, centralizado, fonte tamanho 14;

IDENTIFICAÇÃO DOS AUTORES: abaixo do título, fonte tamanho 12, com nota de rodapé contendo formação, instituição a que pertence, função exercida, e-mail;

NOTAS: citadas no rodapé (evitar utilização excessiva);

RESUMO: em português, fonte em itálico tamanho 10, espaçamento simples, alinhamento justificado sem parágrafo, no máximo de 10 linhas;

PALAVRAS-CHAVE: mínimo três e máximo cinco;

TÍTULO EM INGLÊS: reprodução, em inglês, do título em português;

ABSTRACT: reprodução, em inglês, do resumo em português;

KEY-WORDS: reprodução, em inglês, das palavras-chave em português;

- Os gráficos, figuras, tabelas e quadros, assim como as citações ao longo do texto e as referências bibliográficas devem seguir as normas da ABNT. No caso de subtítulos, não utilizar numeração (maiores especificações em <http://erevista.unioeste.br/index.php/fazciencia>).

- As propostas submetidas à publicação devem respeitar o período estabelecido pelo Conselho Editorial da Revista para recebimento de trabalhos, o qual é divulgado no início de cada semestre letivo, via edital, na seção “Unioeste Manchetes” da página da Unioeste (www.unioeste.br).

- Os artigos deverão ser enviados ao Editor Científico, em versão eletrônica, com identificação do(s) autor(es) e em três cópias impressas, uma com identificação do(s) autor(s) e duas sem identificação. Juntamente, deverá constar a área de conhecimento do trabalho (CNPq).

- Os trabalhos poderão ser protocolados na Unioeste – Campus de Francisco Beltrão ou enviados pelo correio, até a data limite do edital, endereçados a:

UNIOESTE – Campus de Francisco Beltrão
Revista Faz Ciência, A/C Adilson Francelino Alves (editor científico)
Rua Maringá, nº 1200 Bairro Vila Nova
Francisco Beltrão – PR CEP: 85605-010
Fone: (46) 3520-4841 ou (46) 3520-4848
E-mail: fazciencia@yahoo.com.br

Solicita-se permuta/Se solicita intercâmbio/We ask for exchange/On demande l'échange/Si richiede lo scambio/Mann bitted um austausch.