6 - Dimensões da saúde do adulto o cuidado à saúde da mulher indígena

Luiza Garnelo
Sully de Souza Sampaio
Ana Lúcia Pontes

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

GARNELO, L., SAMPAIO, S.S., and PONTES, A.L. Dimensões da saúde do adulto: o cuidado à saúde da mulher indígena. In: *Atenção diferenciada: a formação técnica de agentes indígenas de saúde do Alto Rio Negro* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2019, pp. 119-133. Fazer saúde collection. ISBN: 978-65-5708-011-5. <https://doi.org/10.7476/9786557080115.0007>.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Dimensões da saúde do adulto: o cuidado à saúde da mulher indígena

A abordagem da saúde do adulto não é tema recente em APS, mas existe um conjunto maior de ações direcionadas à saúde da mulher. Contudo, a revisão das rotinas de trabalho em APS no Brasil mostrou que, na temática de atenção à saúde da mulher, evidencia-se a absoluta prioridade dada à atenção materna, com ênfase em atenção pré-natal, prevenção de câncer de colo de útero, promoção do aleitamento materno e outras ações voltadas para a saúde reprodutiva, relegando a um plano secundário outras dimensões da saúde feminina.

A emergência de uma política específica para a saúde do homem é bastante recente no Brasil, pois somente em 2008 foi lançada a Política de Atenção Integral à Saúde do Homem. Suas diretrizes preconizam o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e proteção básica à saúde, além de prever a oferta de atenção integral e a facilitação do acesso masculino aos serviços de saúde (Brasil, 2008). Estudos (Leal *et al.*, 2012) vêm evidenciando dificuldades na implementação dessa política em unidades de atenção básica na rede do SUS, decorrentes da fragmentação e descontinuidade nas atividades ali desenvolvidas, inclusive no que diz respeito ao cuidado dirigido à população masculina. Predomina a oferta ao atendimento de hipertensão, diabetes e à detecção precoce de câncer de próstata, mas sem uma abordagem específica de gênero e sem efetivar uma adequação às necessidades e singularidades masculinas (Leal *et al.*, 2012).

Em resumo, o cuidado ofertado na rede de atenção básica ainda carece da amplitude demandada por uma abordagem integral da saúde do adulto. Não encontramos publicações que oferecessem um panorama da atenção à saúde do adulto e/ou do homem e da mulher indígena ofertada nos DSEI. A revisão de literatura encontrou somente publicações que refletem sobre os desafios à implantação dessa política (Ferreira, 2013) e sobre os direitos de gênero em contextos indígenas (Coimbra & Garnelo, 2004). Desse modo, o planejamento do curso técnico profissionalizante para AIS partiu do

pressuposto de que o cenário encontrado na rede de atenção básica ofertada aos não indígenas guarda similaridade com o perfil de atuação das equipes de saúde no DSEI onde ofertou-se o curso.

Em que pese o propósito inicial de ofertar capacitação dos AIS para uma atuação em saúde do adulto – respeitando seu perfil de atuação como técnico de nível médio –, não foi possível cumprir integralmente esse objetivo, já que a rede de atenção básica no Brasil ainda não atua de acordo com as premissas que orientam a saúde do adulto em geral e a saúde do homem em particular.

Assim, o processo formador optou por acompanhar o regime de atuação real das equipes multidisciplinares que atuam no DSEI, direcionando seus esforços para capacitar os estudantes para o desenvolvimento de atividades em saúde da mulher, enfatizando aquilo que as equipes fazem de modo mais frequente e regular, ou seja, ações de saúde reprodutiva, em particular o cuidado à gestação. Outros temas relativos à saúde do adulto, como o monitoramento das condições crônicas e de saúde do trabalhador rural foram trabalhados no processo formador, mas não serão analisados aqui.

Oferta de cuidados à saúde da mulher indígena

Na formação dos AIS um dos grandes desafios foi o desenvolvimento de estratégias pedagógicas que os qualificassem para desenvolver cuidados de saúde da mulher indígena, sem ignorar a existência de produções culturais que limitam a intervenção masculina no espaço reprodutivo feminino, restringindo, por exemplo, a abordagem de suas consanguíneas e das esposas de outros homens de seu grupo de parentesco.

Outra dificuldade decorreu da baixa inserção de mulheres no trabalho de agente de saúde no DSEI Alto Rio Negro. Na época de realização do curso, de um total de quase duzentos AIS que atuavam nas aldeias indígenas do Alto Rio Negro, somente vinte eram do sexo feminino, dadas as preferências das famílias em indicar jovens do sexo masculino para o desempenho de tarefas advindas do mundo não indígena.

Além disso, à época, a equipe multidisciplinar de saúde não dispunha, neste DSEI, de orientações específicas que direcionassem o trabalho do agente de saúde no campo da saúde da mulher indígena, o que gerou mais um desafio ao desenvolvimento da temática no processo formador.

Nesse cenário, priorizou-se um perfil de habilidades e competências, a serem desenvolvidas pelos estudantes, alinhadas às tarefas rotineiramente executadas pelos outros membros das equipes multiprofissionais na realização de ações dirigidas à saúde

da mulher, nas aldeias. Em outras palavras, trabalhou-se para produzir um perfil de atuação do AIS que fosse compatível com as especificidades culturais do meio em que atua e com as rotinas adotadas no DSEI, ainda que com certas adaptações.

O planejamento das atividades formativas contou com a revisão de relatórios e outros documentos institucionais que ofertassem à equipe de coordenação do curso uma visão global das atividades em saúde da mulher desenvolvidas no DSEI onde realizou-se o curso. O levantamento preliminar permitiu perceber que no Alto Rio Negro também se reproduziam práticas comuns em unidades de atenção básica para usuárias não indígenas, direcionando os cuidados à saúde da mulher à oferta de frações de atenção programática como vacinação, atenção ao pré-natal e prevenção de câncer do colo do útero.

Na busca de uma abordagem mais ampla e integral, as atividades pedagógicas iniciaram pela problematização de condições de vida da mulher indígena, enfatizando a vida e trabalho cotidiano e algumas dimensões culturalmente específicas como ritos femininos de passagem e o associativismo feminino indígena. A exploração desses temas visava estimular a reflexão sobre a relação entre os modos de vida e os níveis de saúde das mulheres. Em razão da ausência de informações locais sobre o tema, optou-se pelo uso de vídeos que tratassem do assunto em outras realidades indígenas, conduzindo, na sequência, a uma discussão coletiva voltada para o contexto rio-negrino.

O primeiro vídeo que versava sobre a vida comunal de grupos étnicos no parque do Xingu despertou reações de identificação com as cenas do cotidiano xinguno, como exemplificado nas avaliações feitas pelos estudantes: “[eles] fazem roça e pescam como nós”; “[lá] as mulheres ralam mandioca como acontece aqui”; “[no Xingu] as pessoas também fazem artesanato”; “[Eles] fazem benzimentos para proteger a saúde”. Também foi possível identificar reações de estranheza ante os modos de vida dos índios do Xingu: “um homem tinha três mulheres e muitos filhos”; “as famílias fazem ritual para menina-moça e nós não fazemos mais”; “eles moram em malocas como nossos antepassados”. Tais manifestações conduziram uma discussão sobre a importância de preservar modos tradicionais de vida como estratégias de manutenção da saúde das mulheres.

Os vídeos seguintes traziam um conjunto de depoimentos sobre associações de mulheres indígenas, inserindo a temática da luta pela terra entre grupos que não têm a garantia das áreas demarcadas. Os documentários também problematizavam a violência de gênero, pois um deles trazia depoimentos de mulheres indígenas que falavam de dificuldades domésticas decorrentes da atitude agressiva de seus parceiros. O teor dos vídeos favoreceu a politização da discussão e permitiu ampliar a abordagem da saúde da mulher para além das dimensões biológicas e das ações dos serviços de

saúde e redirecioná-la para o plano dos determinantes sociais. No caso indígena, os vídeos tanto remetem às contradições de gênero instituídas pelos acordos matrimoniais definidos pelas regras de parentesco e de afinidade quanto ao contexto das relações interétnicas que tendem a exacerbar conflitos eventualmente existentes no interior das sociedades indígenas.

A apresentação e discussão dos vídeos propiciou a introdução dos conceitos de “condições de vida” e de “modos de vida”, além de evidenciar nexos entre os perfis de saúde e de doença das mulheres indígenas e os modos como as pessoas vivem (costumes, rotinas familiares etc.). Também favoreceu o reconhecimento de situações de vulnerabilidade enfrentadas pelas mulheres, em contraponto à oferta de ações pelo sistema de saúde que, não raro, são pouco congruentes com as necessidades de saúde percebidas pelas famílias indígenas.

A temática seguinte trabalhada foi o *perfil epidemiológico da mulher e criança indígenas*. Ainda que a unidade pedagógica tratasse da saúde da mulher, os docentes optaram por discutir também o perfil epidemiológico das crianças menores de 5 anos, em virtude do reconhecimento da íntima interação entre um tema e o outro. A estratégia adotada foi a apresentação de um conjunto de *slides* em que foram sistematizados os resultados do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas no Brasil (Coimbra *et al.*, 2013), com ênfase nas informações relativas às mulheres e crianças menores de 5 anos.

A apresentação dialogada foi conduzida em ritmo pausado, preocupando-se em esclarecer a terminologia epidemiológica inerente ao tema, em responder as dúvidas dos estudantes sobre os conteúdos e em correlacionar os dados apresentados com situações concretas da vida nas aldeias. Ressalte-se que o principal objetivo dessa atividade não era ensinar terminologia e lógica epidemiológica, mas favorecer a compreensão de que existe uma frequência elevada de agravos à saúde entre as mulheres indígenas. Também buscava demonstrar a ocorrência de doenças e mortes que poderiam ser evitadas com a melhoria das condições de vida nas aldeias indígenas e o aprimoramento da qualidade e da frequência com que o sistema de saúde oferece cuidados às populações aldeadas. A última dimensão enfatizada nessa fase do processo formador foi a demonstração das desigualdades nos indicadores de saúde de mulheres e crianças indígenas, bastante desfavoráveis em comparação àqueles encontrados entre não indígenas.

A discussão sobre o perfil epidemiológico das mulheres indígenas propiciou o mote para introdução da temática *definição de prioridades em saúde da mulher*. A ideia nesse caso foi demonstrar para os estudantes que o perfil epidemiológico deve guiar a programação das ações de saúde, as quais devem ser dimensionadas para atender

aos principais problemas de saúde de uma população. No caso específico de saúde da mulher, os indicadores de gravidez de risco, morte materna e das principais doenças que ocorrem entre as mulheres deveriam guiar as atividades a serem priorizadas no sistema de saúde. Nessa fase, os estudantes também desenvolveram uma atividade de ensino pela pesquisa, levantando as necessidades de saúde da população feminina da aldeia sede do curso. A tabulação e a análise dos dados mostraram uma preponderância de queixas relacionadas ao sistema musculoesquelético e de agravos relacionados às concepções tradicionais de doença. Com base em tais resultados, instituiu-se um debate sobre as razões e consequências da baixa congruência entre as necessidades de saúde percebidas pelas pessoas e o perfil de ações priorizadas pela rede de serviços oficiais de saúde.

O passo seguinte foi a apresentação e discussão da Política Nacional de Saúde da Mulher, entendida como um conjunto de prioridades e diretrizes a serem adotadas em todo território nacional, cuja base de orientação volta-se para o ataque aos principais problemas de saúde que ocorrem na população de interesse. A finalização dessa fase permitiu demonstrar para os estudantes as correlações necessárias entre o perfil epidemiológico da população feminina e as atividades a serem priorizadas na política nacional de saúde da mulher, o que inclui a rede de unidades de saúde do DSEI. Também se discutiu a ausência de menções às condições de saúde da mulher indígena na política nacional, evidenciando o caráter etnocêntrico das grandes iniciativas governamentais, que se apresentam pouco sensíveis às necessidades e peculiaridades das minorias étnicas no país.

As atividades continuaram com a discussão das *fases da vida da mulher*, abordando de modo equilibrado tanto as interpretações culturais sobre o assunto quanto as concepções biomédicas que orientam a produção de cuidados de acordo com as faixas etárias da população feminina. A busca de entendimento sobre as fases da vida da mulher indígena de acordo com o conhecimento tradicional gerou a necessidade de desenvolver estratégias de ensino pela pesquisa, pois os estudantes mostraram pouco domínio sobre o tema.

Em razão desse pouco domínio sobre o tema, os alunos foram encarregados de levantar informações com os conhecedores indígenas de ambos os gêneros, com o objetivo de compreender como se produz a feminilidade; como esta interatua com o regime de parentesco; e como é interpretada a vida reprodutiva nas culturas dos estudantes. As ações de ensino pela pesquisa também tiveram como missão aprender sobre doenças tradicionais específicas das mulheres e o significado desses eventos para os sujeitos. Tais iniciativas visavam adentrar ao mundo indígena sem se prender às categorias biomédicas que se limitam a estipular demarcadores biológicos e a prescrever as ações de saúde com base neles.

Pelo contrário, o que se buscava era remeter a abordagem da saúde da mulher às teorias e práticas nativas de produção de corpos e de gênero, que são centrais no ordenamento dos sistemas indígenas de cura e cuidados (Langdon, 2005).

O resultado desses levantamentos mostrou que, do ponto de vista indígena, os problemas de saúde e cuidados preconizados com a gravidez não se limitam ao período da gestação, mas devem se iniciar no nascimento da menina e continuar ao longo da vida. De acordo com essa lógica, a promoção da saúde reprodutiva deve se iniciar com um conjunto de ritos pós-natais que congregam pai, mãe e a recém-nascida. Os procedimentos rituais devem ser retomados em outros momentos-chave da vida da mulher, como a menarca, os ciclos menstruais e após cada parto.

As pesquisas dos estudantes evidenciam importante contradição: é intenso o ritmo de cuidados biomédicos instituídos durante a gestação pelo sistema oficial de saúde, mas eles se restringem aos meses da gravidez e puerpério imediato. Em contraste, as noções nativas sobre a saúde da mulher, cuja preservação pressupõe um conjunto de cuidados que deve perpassar longitudinalmente a vida, não se limitam à fase gestacional. No debate que permeou a análise dos procedimentos de ensino pela pesquisa, os estudantes entenderam que seria relevante partilhar seus achados com os profissionais não indígenas que atuam no DSEI, explicitando a diferença de perspectivas entre o sistema indígena de cura e cuidados e as rotinas adotadas pelo DSEI, de modo que os outros membros da Emsi pudessem apreender sobre a diversidade de sentidos dos determinantes sociais e culturais da saúde e dos agravos à reprodução humana.

A atenção pré-natal foi um dos tópicos ao qual se dedicou extensa carga horária do curso, tanto por ser uma atividade regularmente realizada no DSEI quanto pela suspeita de que haja elevados níveis de morte materna indígena, ainda que não se pudesse comprová-los, já que o DSEI não disponibilizou informações a esse respeito.

Nesse âmbito, temas como *detecção precoce da gravidez e evolução da gestação* foram tratados. O início do pré-natal no primeiro trimestre da gestação é um dos procedimentos apontados como relevantes para uma oferta adequada da atenção pré-natal. Entretanto, a literatura recorrentemente revela a dificuldade de captação precoce das gestantes pelo sistema de saúde, em todo território nacional. Não encontramos publicações que analisassem a ocorrência de problema em terras indígenas, porém os estudantes presentes no curso foram unânimes em apontar sua dificuldade de fazer busca ativa de grávidas em início de gestação, porque, sendo eles do sexo masculino, perguntas desse teor seriam consideradas infrações à etiqueta das relações entre gêneros.

Explicaram-se de forma bastante detalhada as razões pelas quais o início precoce do pré-natal é uma medida importante para a prevenção das doenças gestacionais e da

morte materna. Discutiram-se as implicações culturais do reconhecimento público da gravidez e construíram-se algumas estratégias de educação e comunicação em saúde apoiadas na distinção de gênero, que é bem marcada nas sociedades rio-negrinas.

Dentre os produtos da discussão, aponta-se a recomendação de que os agentes de saúde devem sensibilizar os esposos que vivem na comunidade, motivando-os a convencer suas esposas a buscar a atenção ao pré-natal logo que suspeitem estar grávidas. Trata-se de uma medida que visa contornar – sem ferir – as interdições que tradicionalmente envolvem as interações entre homens e mulheres, direcionando o esforço dos AIS para seus homólogos de gênero. Os estudantes também produziram material educativo em suas línguas nativas dirigido ao uso no espaço comunitário, com explicações sobre a importância do início precoce do pré-natal, na tentativa de estimular a busca desses cuidados na gestação.

Tema correlato foi o ensino do cálculo da idade gestacional (IG) em semanas e trimestres. Tal estratégia se fez necessária por percebermos que os estudantes tinham dificuldade de entender a terminologia utilizada para efetuar o cálculo da idade gestacional e que poucos conseguiam realizar os cálculos necessários para obtê-la. Esse raciocínio matemático mostrou-se de difícil compreensão pelos estudantes, pouco familiarizados com a evolução em semanas, em vez de meses, da gravidez. Também foram orientados sobre o cálculo da data da última menstruação (DUM) e data provável do parto (DPP).

Porém, mais importante do que efetuar com perfeição esses cálculos – principalmente porque são informações rotineiramente disponíveis no cartão/caderneta da gestante – foi o entendimento de seu significado para a identificação precoce da gravidez e seu uso potencial para monitorar atentamente a gestação, em particular no terceiro trimestre. Como atividade sequencial elaborou-se um quadro de sinais e sintomas que expressam complicações na gravidez, visando auxiliar os agentes indígenas a reconhecer intercorrências que geram risco à mãe e à criança e subsidiar os encaminhamentos de tais situações aos outros membros da equipe de saúde.

As atividades pedagógicas avançaram para uma discussão detalhada, mediada por dramatizações, sobre o conjunto de atividades rotineiramente desenvolvidas pela equipe multiprofissional do DSEI na realização do pré-natal nas aldeias. As cenas reconstituídas pelas dramatizações possibilitaram a percepção de que, além de conduzirem as gestantes às consultas e de eventualmente atuarem como tradutor, não havia tarefas específicas a serem realizadas pelos AIS, seja no pré-natal, seja em outros aspectos da saúde da mulher. Com base nessa constatação, os professores aprofundaram os esforços para sistematizar, juntamente com os estudantes, um conjunto de atribuições específicas a serem desenvolvidas pelos AIS no polo feminino de suas comunidades.

Nesse âmbito, duas estratégias se mostraram prioritárias: a exploração minuciosa dos registros contidos no cartão da gestante e o manejo do Sisvan. Investiu-se em muitas horas de aulas para promover o entendimento de todos os campos do cartão da gestante, a fim de que os estudantes aprendessem a revisá-lo, compreendessem o significado das informações ali contidas e, sobretudo, entendessem que as lacunas representam cuidados não efetivados, seja por falha no atendimento ou no registro, seja por estarem programadas para futura realização.

A exploração da temática do cartão da gestante desenvolveu-se inicialmente por meio da projeção, em sala de aula, de um cartão de gestante não preenchido. Na sequência, cada campo do cartão foi apresentado e teve seu conteúdo explicado e devidamente correlacionado com as ações de rotina desenvolvidas no pré-natal. O passo seguinte foi estimular os estudantes a buscar cartões de gestantes da comunidade, fazer a revisão de cartões já preenchidos e analisar o registro de cuidados anteriormente prestados e/ou o agendamento feito. O processo incentivou a formulação de um juízo crítico dos estudantes sobre o desempenho das ações de pré-natal no DSEI, permitindo distinguir um pré-natal com adequada realização das ações daquele em que os procedimentos requeridos estavam em atraso ou não tinham sido realizados.

A análise de registro da vacinação também é um tópico de importância, promovendo não apenas a discussão sobre as doses aplicadas e as faltantes, mas também informação sistemática sobre o esquema vacinal na gravidez e realizando estudos de caso que permitiram aos estudantes avaliar a situação vacinal de gestantes, dimensionar necessidades de agendamento futuro, reconhecer esquemas vacinais em dia e/ou completos e identificar grávidas que necessitam completar sua vacinação.

O aprendizado das ações do Sisvan seguiu molde similar ao adotado no curso para o tema de saúde da criança, compreendendo a tomada de medidas antropométricas, cálculo de índice de massa corporal (IMC), reconhecimento e classificação de risco nutricional, reconhecimento de situações de risco, manejo e registro de informações no formulário do Sisvan e orientação alimentar. Dessa forma, os estudantes obtiveram um manejo adequado das normas técnicas e procedimentos de vigilância nutricional requeridos pelo Sisvan para o acompanhamento das gestantes e, simultaneamente, oportunizaram a revisão e consolidação do aprendizado sobre a vigilância alimentar e nutricional feito anteriormente no estudo de saúde da criança.

O trabalho pedagógico dirigido aos cuidados pré-natais – tanto do ponto de vista da tradição quanto do ponto de vista da saúde pública – buscou subsidiar os AIS para entender o conjunto de cuidados preconizados para o acompanhamento da gestação e monitorar o seu desenvolvimento, sensibilizando as gestantes e suas famílias para

buscarem, precoce e regularmente as consultas por ocasião da presença da equipe nas aldeias e para valorizar os cuidados tradicionais direcionados à promoção da saúde da mulher. Além disso, qualificar os agentes de saúde para monitoramento das ações de atenção pré-natal favorece sua interação com os outros membros da equipe de saúde, apontando necessidades de encaminhamento das grávidas para o atendimento por ocasião da presença da equipe na aldeia, além de gerar alertas e pedidos tempestivos de remoção em casos de intercorrências clínicas que ameacem a gestante e a criança.

Fiel à ideia de propor no pré-natal um conjunto de ações específicas para os AIS, mas integrado às atividades dos outros membros da equipe, o curso desenvolveu um fluxograma no qual as suas responsabilidades e a dos demais estavam dispostas de forma articulada (Figura 14).

Figura 14 – Fluxograma de Organização das Consultas de Pré-Natal, com definição de atribuições do AIS

Figura 14 – Fluxograma de Organização das Consultas de Pré-Natal, com definição de atribuições do AIS (continuação)

Acervo CTACIS (2009-2015).

Na região do Alto Rio Negro, o AIS tem uma importante participação na tomada de decisão para solicitar a remoção de pacientes para atenção de segundo nível na sede municipal. Na busca de qualificar a tomada de decisão para pedido de remoção de gestantes em situações de risco, ofertou-se um panorama simples, mas objetivo, dos sinais e sintomas das doenças que ocorrem na gravidez, do abortamento e outras situações de risco clínico característico desse período. Também se apresentou o conceito de gravidez de risco, visando auxiliar os estudantes a reconhecer casos de complicação

na gravidez, a fim de que pudessem emitir ou solicitar avaliações e remoções de urgência para proteção da gestante e da criança. Subsidiariamente elaborou-se e disponibilizou-se para todos os estudantes um glossário de termos mais comuns utilizados em saúde da mulher, visando facilitar o domínio vocabular desse campo de atuação.

Para além da temática da gravidez e suas complicações, mas com a mesma finalidade de reconhecer e prevenir complicações, discutiram-se as manifestações fisiológicas do parto normal e as intercorrências clínicas que caracterizam as complicações no parto. Também se problematizaram as ideias e práticas tradicionais relativas ao parto, sendo instituído um denso debate sobre a hospitalização do parto normal. Essa é uma prática recentemente instituída pelos profissionais do DSEI, que vem crescendo, pois, a remoção de gestantes indígenas para o parto hospitalar na cidade tem sido frequente. O debate estimulou os estudantes a refletirem sobre os prós e contras de cada opção, sem a preocupação de optar por nenhuma delas, mas conduzindo-os a compreenderem as consequências potenciais de cada uma das escolhas.

Uma das pré-condições para o reconhecimento de sinais de risco na gestação e no parto foi o aprendizado da avaliação dos sinais vitais (pulso, temperatura, pressão arterial e ritmo respiratório), ao lado do reconhecimento de manifestações físicas que expressam condições de risco à vida. Esses conteúdos foram desenvolvidos essencialmente por meio de atividades práticas em que o domínio de tais técnicas foi exercitado à exaustão, durante essa fase do curso e nos seus momentos finais em que foram trabalhadas ações de suporte à vida.

Outros agravos à saúde da mulher também foram trabalhados, ainda que de modo mais breve, com a finalidade de aprimorar a capacidade de reconhecer tais situações e melhor subsidiar os encaminhamentos para outros membros da equipe. Discutiram-se temas como câncer de mama e de colo do útero, sangramento vaginal, corrimentos e agravos musculoesqueléticos decorrentes do trabalho feminino. Não se pretendeu que o AIS prescrevesse ou manejasse clinicamente tais casos, nem atendessem às mulheres nas intercorrências gestacionais. O objetivo era responder à necessidade de os estudantes compreenderem tais eventos, para que aprendessem a reconhecer os sinais de alerta e pudessem acionar, sem delongas, os outros membros da equipe em busca de orientações ou de remoção da pessoa doente em caso de sinais de gravidade e comprometimento do suporte à vida. Um conteúdo relevante, que foi trabalhado em detalhe, visou ao apoio às ações de controle do câncer de colo do útero (PCCU) e ao planejamento familiar. No caso do PCCU, o esforço docente direcionou-se ao entendimento do que é o câncer de colo do útero e quais são as finalidades do exame. A prospecção sobre o tema no início do curso evidenciou que os estudantes tinham ideias vagas e confusas sobre o

que seria câncer, onde ocorreria e como se manifestaria, bem como sobre as razões para realização do exame de rastreamento. A condição masculina da maioria dos agentes de saúde dificultava o acesso à observação *in loco* de tais situações, gerando interpretações imprecisas que, em consequência, impossibilitavam a realização de ações educativas e motivacionais para adesão ao PCCU.

Na busca de suprir tal lacuna de conhecimento preparou-se uma apresentação clara e objetiva sobre a anatomia e fisiologia do aparelho reprodutor feminino, bem como da fisiopatogenia e manifestações clínicas do câncer de colo do útero. Também se apresentou um vídeo demonstrando a técnica de coleta de material biológico para a realização do exame de colpocitologia oncótica. A pretensão pedagógica não objetivava envolver os agentes de saúde na coleta de material para realizar o exame colpocitológico, mas sim que entendessem as propostas de prevenção desse agravo, possibilitando o desenvolvimento de atividades educativas com membros da comunidade, capazes de ampliar a adesão aos procedimentos preventivos.

Ao final dessa temática, solicitou-se que os estudantes preparassem material educativo sobre o câncer de colo de útero e suas medidas de prevenção, visando a futura apresentação na aldeia. Após elaborados, textos e cartazes – produzidos originalmente em suas línguas indígenas – foram traduzidos para o português para que se aferisse a precisão do conteúdo e se corrigissem eventuais problemas de tradução e/ou interpretação do assunto. Solicitou-se que o material fosse produzido em língua nativa porque havia a necessidade de fixar o aprendizado dessa temática, que é bastante complexa, a fim de levar o estudante a refletir com profundidade sobre o assunto, e porque era necessário dispor de um conteúdo sobre o câncer de colo do útero enunciado em língua falada na comunidade, para facilitar o acesso à informação pelas mulheres indígenas que têm menor domínio da língua portuguesa na região do Alto Rio Negro. O caminho inverso exigiria grande esforço para traduzir do português noções que não existem no universo cognitivo dos indígenas; esse procedimento implicaria a reelaboração de conceitos técnicos sobre o câncer de colo do útero, a fim de expressá-los em língua nativa.

A exploração da temática do planejamento familiar surgiu como necessidade identificada no próprio curso, pois inicialmente não se planejava adentrar nesse assunto. Entretanto, depoimentos dos estudantes deixaram clara a existência de muitas mulheres fazendo uso de anticoncepcionais em regime de automedicação, utilizando comprimidos e injetáveis comprados nas farmácias da cidade, sem prescrição médica e sem orientação adequada. Nessas circunstâncias, optamos por explorar a temática mediante o reconhecimento dos principais tipos de contraceptivos disponíveis no SUS e nas farmácias da sede municipal. Assim, os estudantes puderam entender os modos de

utilizar tais medicamentos, qualificando-se para monitorar o uso feito pelas mulheres da comunidade e manter os outros membros da equipe informados sobre datas de vencimento, de renovação de prescrição e queixas femininas sobre efeitos colaterais, além de alertar as famílias sobre eventuais efeitos adversos e riscos da automedicação.

A ampla variedade de temas que o cuidado à saúde da mulher assumiu durante o processo formador apontou a necessidade de os AIS disporem de um formulário – inexistente no sistema de registros do DSEI – no qual pudessem registrar e sistematizar as atividades realizadas com as mulheres indígenas. O produto dessa iniciativa está disposto na Figura 15.

Figura 15 – Formulário de acompanhamento da saúde da mulher indígena

Vigilância Nutricional e Atenção à Saúde da Mulher Indígena

DSEI: Rio Negro Polo-base: _____ Aldeia/comunidade: _____ Mês/Ano: _____

Nome do Profissional responsável pelo acompanhamento: _____

Código do estabelecimento de Saúde (CNES): _____

FORMULÁRIO DE ACOMPANHAMENTO DA SAÚDE DA MULHER INDÍGENA PELO AIS

IDENTIFICAÇÃO E SINAIS VITAIS							ATENÇÃO PRÉ-NATAL						PLAFAM			PCCU				
Data do atendimento	Nome	Data do atendimento (dia/mês/ano)	Idade	Peso	Altura (cm)	PA	Pulso	DUM	DPP	Vacina			N. Cons. APN	Clas. Nutricional	Cons. Puerpério (S/N)	Data início cartela	Data última aplicação	Data próxima aplicação/cartela	Data última coleta	Data próxima coleta
										DT	HB	INF								

Siglas para classificação nutricional: muito baixo peso = MBP; baixo peso = BP; peso normal = PN; sobrepeso = SP.

Figura 15 – Formulário de acompanhamento da saúde da mulher indígena (continuação)

FORMULÁRIO DE ACOMPANHAMENTO DA SAÚDE DA MULHER INDÍGENA PELO AIS (VERSO)		
Informações adicionais		
Nome da mulher	Data da visita	Observações sobre situações observadas na visita

Acervo CTACIS (2009-2015).

A última atividade relativa ao tema saúde da mulher indígena foi a criação de um roteiro detalhado de *visita domiciliar em saúde da mulher*, no qual se sistematizaram todas as atividades que o AIS pode desenvolver cotidianamente na comunidade para realizar as ações de monitoramento aprendidas no curso e colocar em prática as habilidades e competências desenvolvidas.

Novas atribuições do AIS em saúde da mulher

O desenvolvimento das atividades pedagógicas direcionadas à saúde da mulher indígena produziu um amplo e variado conjunto de informações e atribuições dos AIS, criando condições para que eles superassem a situação anterior, em que não desempenhavam papel relevante nesse campo de atuação. Além disso, seu conhecimento sobre as relações sociofamiliares tradicionais era pouco valorizado e não era levado em consideração nas atividades educativas e de promoção à saúde sexual e reprodutiva. O amplo leque de ações dirigidas às mulheres indígenas deixou clara a complexidade desse campo de ação na rede de APS, na qual a saúde da mulher ganha um espaço destacado.

Ferreira (2013) reflete sobre as contradições e dificuldades para se instituir uma política de saúde da mulher indígena e recomenda que tais abordagens a reconheçam como sujeitos relacionais, incluídos em estruturas sociais ordenadas segundo grupos de parentesco, em que são instituídos modos específicos de feminilidade que não devem ser desconsiderados pelas políticas públicas, em particular pela política de

saúde indígena. Tais considerações ofertaram importante balizamento das atividades formativas, buscando equilibrar o domínio de ações técnicas resolutivas com uma abordagem humanizada e culturalmente sensível do cuidado ofertado às mulheres indígenas. Porém, o processo formador não descurou a abordagem do contexto em que as mulheres indígenas vivem, se constituem como sujeitos e reproduzem suas famílias perseguindo a especificidade cultural que a política de saúde indígena anuncia, mas que tem dificuldade de convertê-la em práxis.