



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**ANA CARLA BORGHI**

**PERSPECTIVA DE IDOSOS KAINGANG DA TERRA INDÍGENA FAXINAL-  
PARANÁ SOBRE A ASSISTÊNCIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

**MARINGÁ**  
**2013**

**ANA CARLA BORGHI**

**PERSPECTIVA DE IDOSOS KAINGANG DA TERRA INDÍGENA FAXINAL-  
PARANÁ SOBRE A ASSISTÊNCIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem e o processo de cuidado. Linha de Pesquisa: O cuidado à saúde nos diferentes ciclos de vida.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Lígia Carreira

**MARINGÁ  
2013**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)  
(Biblioteca Central - UEM, Maringá – PR., Brasil)

B732p

Borghí, Ana Carla

Perspectiva de idosos Kaingang da terra indígena Faxinal-Paraná sobre a assistência no Sistema Único de Saúde / Ana Carla Borghi. -- Maringá, 2013.  
137 f. : il. col., figs., tabs., mapas

Orientador: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Lígia Carreira.  
Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013.

1. Idoso. 2. Saúde de Populações Indígenas. 3. Acesso aos Serviços de Saúde. 4. Serviços de Saúde. 4. Enfermagem transcultural. 5. Cultura - indígena. I. Carreira, Lígia, orient. II. Universidade Estadual de Maringá. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDD 21.ed. 610.7365

AHS

**ANA CARLA BORGHI**

**PERSPECTIVA DE IDOSOS KAINGANG DA TERRA INDÍGENA FAXINAL-  
PARANÁ SOBRE A ASSISTÊNCIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Aprovada em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Lígia Carreira (Orientadora)  
Universidade Estadual de Maringá

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Angela Maria Alvarez (Titular)  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Sonia Silva Marcon (Titular)  
Universidade Estadual de Maringá

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Neide Aparecida Titonelli Alvim (Suplente)  
Universidade Federal do Rio de Janeiro

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera (Suplente)  
Universidade Estadual de Maringá

## **DEDICO**

*Aos meus pais, Odenir, “in memoriam”, e Vilma, que me educaram, conduziram e apoiaram, sem medir esforços na construção da minha formação. A vocês dedico cada uma das minhas conquistas.*

*Ao meu amado, Gleberon, por estar presente em todos os momentos desta etapa.*

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, que me permitiu concretizar mais esta etapa.

À minha mãe, Vilma, por estar ao meu lado nos momentos em que mais precisei, mesmo que distante.

À minha irmã, Juliana, pelo seu apoio, carinho e amizade.

A todos da minha família, em especial, à tia Vera, que sempre esteve presente, incentivando-me a realizar esse sonho.

Ao meu amor, Gleberon, pelo carinho, apoio, companheirismo e por compartilhar as dificuldades e alegrias presentes nesse processo. Te amo!

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Lígia Carreira, não apenas pela dedicação e sabedoria nas orientações dessa pesquisa, mas pela confiança e amizade. Foi uma grande honra tê-la como orientadora.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, pelas imprescindíveis contribuições para o meu crescimento como pesquisadora.

Às Professoras Dr<sup>a</sup>. Angela Maria Alvarez e Dr<sup>a</sup>. Sonia Silva Marcon, pela importante contribuição no Exame de Qualificação e na finalização deste trabalho.

A todos os colegas e amigos da turma de mestrado, em especial, Camila, Vivian, Pâmela, Júlia e Marília, pelo companheirismo, gargalhadas e os encontros que tornaram este período especial.

Às minhas amigas e irmãs de pesquisa, Aline e Karina, pelo companheirismo e amizade, pelos choros, risos, noites em claro durante a coleta de dados e tantos outros momentos vividos e compartilhados ao longo desse processo. Ter amigas como vocês foi um grande apoio neste caminhar, obrigada!

Aos idosos Kaingang, que me receberam com muito carinho, dividindo seus conhecimentos e suas histórias, aceitando fazer parte da construção desta pesquisa.

À Fundação Araucária, pelo apoio financeiro ao projeto de pesquisa “Os Saberes e Práticas de saúde de Famílias de idosos Kaingang na Terra Indígena Faxinal-Pr”, o qual este estudo fez parte.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), pela concessão da bolsa de estudo.

E, por fim, a todos que direta e indiretamente colaboraram na realização deste estudo.

"A sabedoria é uma construção sólida e única, na qual cada parte tem seu lugar e deixa sua marca."

Michel de Montaigne



**BORGHI, A. C. Perspectiva de idosos Kaingang da Terra Indígena Faxinal-Paraná sobre a assistência no Sistema Único de Saúde.** 2013. 137f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Maringá. Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Lígia Carreira. Maringá, 2013.

## **RESUMO**

Frente a crescente preocupação com a saúde e bem-estar no envelhecimento, o crescimento da população idosa indígena incita o desenvolvimento de pesquisas que abordem essa temática, uma vez que são poucas as informações sobre o envelhecimento indígena. Os idosos indígenas compõem parte de uma população culturalmente diferenciada que demandam assistência à saúde adequada aos múltiplos contextos étnicos, que fazem parte. Diante do exposto, os objetivos do estudo foram descrever como idosos Kaingang e seus cuidadores principais experienciam o acesso aos serviços públicos de saúde e compreender como estes percebem a atuação dos serviços de atenção básica e da rede de referência do Sistema Único de Saúde. Trata-se de um estudo descrito de abordagem qualitativa apoiada na etnografia, realizado com 28 idosos e 19 cuidadores residentes na Terra Indígena Faxinal, Paraná, Brasil. A coleta de dados compreendeu o período de dezembro de 2010 a fevereiro de 2013, por meio de três viagens à Terra Indígena Faxinal, com a permanência em campo de sete dias em cada viagem. Os dados foram coletados por meio da observação participante e entrevistas etnográficas auxiliadas por dois instrumentos, roteiro de observação e entrevista. Foram utilizadas informações registradas em diário de campo e no banco de dados do projeto de pesquisa “Os Saberes e Práticas de saúde de Famílias de idosos Kaingang na Terra Indígena Faxinal-Pr”, vinculado a este estudo, além do auxílio de informantes-chave. Ressalta-se, ainda, que os pesquisadores tiveram auxílio de um intérprete bilíngue, pois a maioria dos idosos falava o idioma nativo, o Kaingang. A análise dos achados se deu por intermédio do referencial teórico de Madeleine Leininger. Os idosos estudados apresentavam idade entre 60 e 103 anos, com média de 72,9 anos. A faixa etária predominante foi a 60 a 69 anos, observando também a participação de idosos octogenários e nonagenários. Muitos dos idosos eram do sexo feminino, aposentados e sem nenhuma escolaridade. O acesso dos idosos Kaingang aos serviços públicos de saúde caracterizou-se pela facilidade para marcar consultas e obter recursos de saúde, como medicamentos e também no encaminhamento aos serviços especializados pela Unidade Básica de Saúde. Por outro lado, o acesso nos serviços da rede de referência do Sistema Único de Saúde foi marcado por demora no atendimento e no encaminhamento a outros serviços especializados quando necessário. Além disso, o horário de atendimento da unidade de saúde mostrou-se como um empecilho no acesso dos idosos aos serviços públicos de saúde. No que se refere à percepção dos idosos sobre a atuação dos serviços de saúde, observou a manifestação de satisfação com o trabalho da equipe de enfermagem, especificamente, no acompanhamento do tratamento medicamentoso e a proximidade do enfermeiro ao cotidiano dos idosos. Também apontaram algumas experiências negativas com discriminação, falta de conhecimento sobre procedimentos médicos e de enfermagem, exposição e manipulação do corpo e desvalorização das práticas tradicionais de cuidado. Conclui-se que há necessidade dos profissionais de saúde em conhecerem, compreenderem e valorizarem as especificidades culturais do grupo a fim de oferecerem maiores oportunidades de acesso do idoso indígena aos serviços de saúde, bem como cuidado integral e efetivo que respeite as diferenças culturais.

**Palavras-chave:** Idoso. Saúde de Populações Indígenas. Acesso aos Serviços de Saúde. Serviços de Saúde. Enfermagem Transcultural. Cultura.

**BORGHI, A. C. Perspective of Kaingang elders in the Indigenous Land Faxinal/Paraná/Brazil on the assistance in the Unified Health System.** 2013. 137f. Dissertation (Master's in Nursing) - State University of Maringá. Advisor: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Lígia Carreira. Maringá, 2013.

### **ABSTRACT**

Facing the growing concern about the health and well-being in aging, the growth of the indigenous elderly population stirs up the development of researches that address this issue, since there is little information about the indigenous aging. Indigenous elders make up part of a culturally differentiated population, that demands health care adequate to the multiple ethnic background that is part of it. In front of what was exposed, the objectives of the study were to describe how Kaingang elders and their main caregivers experience the access to public health services and to understand how they perceive the performance of basic care services and of the referral network of the Unified Health System. It is a study described as qualitative approach supported in ethnography, conducted with 28 elders and 19 caregivers resident in the Indigenous Land Faxinal, Paraná, Brazil. Data collection was done from December 2010 to February 2013, via three trips to Indigenous Land Faxinal, staying on the field seven days per trip. Data were collected through participant observation and ethnographic interviews aided by two instruments, observation script and interview. It was also used information recorded in field diary and in the database of the research project 'The health knowledge and practices of families of Kaingang elders in the Indigenous Land Faxinal - PR', linked to this study, in addition to the aid of key informers. It is also noteworthy that the researchers had the aid of a bilingual interpreter, since most elders speak the native language, Kaingang. The analysis of the findings was given through the theoretical framework of Madeleine Leininger. The studied elders were aged between 60 and 103 years, with 72.9 years as average. The predominant age group was from 60 to 69 years, also noting the participation of octogenarian and nonagenarians elders. Many of the elders were women, retirees and with no schooling. The access of the Kaingang elders to public health services was characterized by the ease of having medical appointments made and getting health resources, such as medicines, and also in referral to specialized services by the Basic Health Unit. On the other hand, access to the services of the reference network of the Unified Health System was marked by delays in care and referral to other specialized services when needed. Moreover, the opening hours of the health unit proved to be a hindrance to the access of older persons to public health services. With regard to the perception of the elders on the performance of health services, expressions of satisfaction with the work of the nursing team were observed, specifically, in the monitoring of drug treatment and the proximity of nurses to the daily lives of the elders. They also pointed out some negative experiences with discrimination, lack of knowledge about medical and nursing procedures, exposure and manipulation of the body and devaluation of traditional care practices. One concludes that there is a need for health professionals to know, understand and value the cultural specificities of the group, in order to provide greater opportunities for the indigenous elder of access to health services as well as comprehensive and effective care that respects the cultural differences.

**Keywords:** Aged. Health of Indigenous Peoples. Health Services Accessibility. Transcultural Nursing. Culture.

**BORGHI, A. C. Perspectiva de ancianos Kaingang de la Tierra Indígena Faxinal-Paraná sobre la asistencia en el Sistema Único de Salud.** 2013. 137f. Disertación (Máster en Enfermería) – Universidad Estatal de Maringá. Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Lígia Carreira. Maringá, 2013.

## **RESUMEN**

Delante de la creciente preocupación con la salud y bienestar en el envejecimiento, el crecimiento de la población anciana indígena estimula el desarrollo de investigaciones que aborden esta temática, una vez que son pocas las informaciones sobre el envejecimiento indígena. Los ancianos indígenas componen parte de una población culturalmente diferenciada, que demandan asistencia a la salud adecuada a los múltiples contextos étnicos, que hacen parte. Ante lo expuesto, los objetivos del estudio fueron describir cómo ancianos Kaingang y sus cuidadores principales experimentan el acceso a los servicios públicos de salud y comprender cómo éstos perciben la actuación de los servicios de atención básica y de la red de referencia del Sistema Único de Salud. Se trata de un estudio descriptivo de abordaje cualitativo apoyado en la etnografía, realizado con 28 ancianos y 19 cuidadores residentes en la Tierra Indígena Faxinal, Paraná, Brasil. La recolección de datos ocurrió en el período de diciembre de 2010 a febrero de 2013, por medio de tres viajes a la Tierra Indígena Faxinal, con la permanencia en campo de siete días en cada viaje. Los datos fueron recolectados por medio de la observación participante y entrevistas etnográficas auxiliadas por dos instrumentos, guión de observación y entrevista. Se utilizó aun, informaciones registradas en diario de campo y en el banco de datos del proyecto de investigación “Los Saberes y Prácticas de salud de Familias de ancianos Kaingang en la Tierra Indígena Faxinal-Pr”, vinculado a este estudio, además del auxilio de informantes-clave. Se resalta aun que los investigadores tuvieron auxilio de un intérprete bilingüe, pues la mayoría de los ancianos hablaban el idioma nativo, el Kaingang. El análisis de los hallazgos se dio por intermedio del referencial teórico de Madeleine Leininger. Los ancianos estudiados presentaban edad entre 60 y 103 años, con media de 72,9 años. La franja de edad predominante fue de 60 a 69 años, observando también la participación de ancianos octogenarios y nonagenarios. Muchos de los ancianos eran del sexo femenino, jubilados y sin ninguna escolaridad. El acceso de los ancianos Kaingang a los servicios públicos de salud se caracterizó por la facilidad para citar consultas y obtener recursos de salud, como medicamentos y también en el encaminamiento a los servicios especializados por la Unidad Básica de Salud. Por otro lado, el acceso a los servicios de la red de referencia del Sistema Único de Salud fue señalado por retraso en la atención y en el encaminamiento a otros servicios especializados cuando necesario. Además, el horario de atención de la unidad de salud se mostró como un impedimento en el acceso de los ancianos a los servicios públicos de salud. En lo que se refiere a la percepción de los ancianos sobre la actuación de los servicios de salud, observó la manifestación de satisfacción con el trabajo del equipo de enfermería, específicamente, en el acompañamiento del tratamiento medicamentoso y la proximidad del enfermero al cotidiano de los ancianos. También apuntaron algunas experiencias negativas con discriminación, falta de conocimiento sobre procedimientos médicos y de enfermería, exposición y manipulación del cuerpo y desvalorización de las prácticas tradicionales de cuidado. Se concluye que hay la necesidad de que los profesionales de salud conozcan, comprendan y valoricen las especificidades culturales del grupo, a fin de ofrecer mayores

oportunidades de acceso del anciano indígena a los servicios de salud, así como cuidado integral y efectivo que respete las diferencias culturales.

**Palabras-clave:** Anciano. Salud de Poblaciones Indígenas. Accesibilidad a los Servicios de Saúde. Enfermería Transcultural.

## APRESENTAÇÃO

Este estudo faz parte do projeto de pesquisa “Os Saberes e Práticas de saúde de Famílias de idosos Kaingang na Terra Indígena Faxinal-Pr”, financiado pela Fundação Araucária por meio do Programa de Pesquisa para o SUS: Gestão compartilhada em Saúde. O projeto de pesquisa mencionado busca descrever as condições de vida e saúde de idosos indígenas de etnia Kaingang, bem como investigar os saberes e práticas de cuidado tradicionais e profissionais junto às famílias dos idosos e a importância do significado cultural dessas práticas para os familiares; objetiva-se, ainda, avaliar as facilidades e dificuldades de acesso aos serviços públicos de saúde dessas famílias de idosos e, por fim, avaliar a atuação dos serviços de atenção básica e da rede de referência do SUS junto às famílias de idosos Kaingang, na perspectiva dessas famílias.

O projeto de pesquisa foi conduzido por uma equipe multidisciplinar de trabalho, formada por docentes do curso de graduação e Pós-Graduação em Enfermagem, Pedagogia e História da Universidade Estadual de Maringá – UEM, bem como por discentes dos referidos cursos, sendo que três eram bolsistas de Iniciação Científica do curso de Enfermagem. A equipe de coleta de dados era constituída por uma enfermeira apoio técnico e duas mestrandas em Enfermagem da referida universidade.

Do projeto mencionado, originaram-se três dissertações, contanto com o presente estudo. A primeira, “**O cuidado de saúde de famílias de idosos Kaingang na Terra Indígena Faxinal, PR**”, buscou a descrição dos saberes e das práticas tradicionais de cuidado à saúde mais utilizadas pelas famílias de idosos Kaingang da Terra Indígena de Faxinal-PR e a análise das práticas tradicionais de cuidado à saúde e dos cuidados provenientes do sistema profissional na vida dessas famílias de idosos, além da importância do significado cultural das práticas e dos saberes identificados e suas implicações para o cuidado à saúde dos idosos.

A segunda dissertação intitulada “**O cuidado profissional ao idoso Kaingang na Terra Indígena Faxinal, Paraná, Brasil**”, teve como objetivos conhecer e analisar as práticas de cuidado dos profissionais de saúde que assistem os idosos Kaingang da Terra Indígena Faxinal e descrever as fragilidades e potencialidades que envolvem a realização deste cuidado.

A terceira dissertação, aqui apresentada, buscou descrever as condições de vida e saúde de idosos indígenas de etnia Kaingang e descrever o acesso aos serviços públicos de

saúde experienciado por idosos Kaingang da Terra Indígena Faxinal-PR, na perspectiva deles próprios e de seus cuidadores principais, além de compreender como os idosos e seus cuidadores principais percebem a atuação dos serviços de atenção básica e da rede de referência do SUS.

Conforme modelo sugerido pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá-PR, os resultados que compõem esta dissertação estão apresentados em forma de artigos.

Os resultados permitiram contextualizar as condições de vida e saúde dos idosos indígenas da etnia Kaingang, apresentado por meio do primeiro artigo **“Caracterização das condições de vida e saúde de idosos kaingang de uma terra indígena”**.

O segundo artigo intitulado **“Singularidades culturais: o acesso do idoso indígena aos serviços públicos de saúde”** teve por objetivo descrever o acesso aos serviços públicos de saúde experienciado por idosos Kaingang da Terra Indígena Faxinal – PR na perspectiva deles próprios e de seus cuidadores principais.

O terceiro artigo, **“(In) congruências na atuação dos serviços de saúde: olhar do idoso indígena e seus cuidadores”**, contempla o objetivo de compreender como os idosos e seus cuidadores principais percebem a atuação dos serviços de atenção básica e da rede de referência do Sistema Único de Saúde, os quais se referem a esta dissertação.

Por fim, ressalta-se que as demais seções desta dissertação estão estruturadas em Introdução, Objetivos, Percurso Metodológico, Implicações para a Enfermagem, Considerações Finais e Referências, comuns a todo estudo.

## LISTA DE SIGLAS

AIS	Agente Indígena de Saúde
Aisan	Agente Indígena de Saneamento
APS	Atenção Primária de Saúde
Casai	Casa de Apoio à Saúde do Índio
Cohab-PR	Companhia de Habitação do Paraná
Conep	Conselho Nacional de Ética em Pesquisa
Desai	Departamento de Saúde Indígena
DSEI	Distrito Sanitário Especial Indígena
EMSI	Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena
EVS	Equipes Volantes de Saúde
Funai	Fundação Nacional do Índio
Funasa	Fundação Nacional de Saúde
Pnaspi	Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
SAS	Secretaria de Assistência de Saúde
Sesai	Secretaria Especial de Saúde Indígena
SPI	Serviço de Proteção ao Índio
SUS	Sistema Único de Saúde
Susa	Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas
TI	Terra Indígena
TIF	Terra Indígena Faxinal
UBS	Unidade Básica de Saúde



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e fluxo de referência e contrarreferência .....	34
Figura 2	Modelo explicativo de Sunrise proposto por Leininger .....	45
Figura 3	Mapa de Terras Indígenas Kaingang no Distrito Especial Indígena Interior Sul .....	50
Figura 4	Disposição da infraestrutura da Terra Indígena Faxinal de Catanduvas	51
Figura 5	Casa Indígena construída em 1980.....	52
Figura 6	Casa Indígena construída a partir de 2003, pela Companhia de Habitação do Paraná (Cohab-PR).....	52
Figura 7	Casas indígenas de madeira.....	52
Figura 8	Fluxograma da seleção dos sujeitos do estudo .....	53
Figura 9	Idosa Kaingang em frente a sua residência na Terra Indígena faxinal de Catanduvas Paraná.....	67
Figura 10	Unidade Básica de Saúde da Terra Indígena Faxinal de Catanduvas, Paraná.....	82
Figura 11	Aferição de pressão arterial em idosa Kaingang, Terra Indígena Faxinal de Catanduvas, Paraná .....	98

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Características sociodemográficas dos idosos Kaingang e de seus cuidadores. Terra Indígena Faxinal, PR, 2012-2013.....	65
----------	--	----

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	20
2. O ENVELHECER DA POPULAÇÃO INDÍGENA.....	23
2.1 O envelhecimento na cultura indígena.....	23
2.2 As políticas de saúde voltadas ao idoso e sua interface com o envelhecimento indígena.....	27
2.3 Política de saúde indígena: antecedentes e contexto atual.....	29
2.4 Modelo assistencial vigente na atenção à saúde dos povos indígenas.....	32
2.5 Os idosos Kaingang da Terra Indígena Faxinal.....	38
3. OBJETIVOS.....	42
4. PERCURSO METODOLÓGICO.....	43
4.1 Referencial teórico.....	43
4.2 Referencial metodológico.....	46
4.3 Local do estudo.....	49
4.4 Sujeitos do estudo.....	53
4.5 Coleta de dados.....	54
4.5.1 Estratégias de coleta.....	54
4.5.2 Atuação dos pesquisadores em campo.....	56
4.6 Análise dos dados.....	62
4.7 Aspectos éticos da pesquisa.....	63
5.RESULTADOS.....	65
5.1 BREVE CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DO ESTUDO.....	65
5.2 Artigo 1: Caracterização das condições de vida e saúde de idosos Kaingang de uma terra indígena no Paraná.....	67
5.3 Artigo 2: Singularidades culturais: o acesso do idoso indígena aos serviços públicos de saúde.....	82
5.4 Artigo 3: (In) congruências na atuação dos serviços de saúde: olhar do idoso indígena e seus cuidadores.....	98
6. IMPLICAÇÕES DO ESTUDO PARA O ENSINO, A PESQUISA E A PRÁTICA DA ENFERMAGEM.....	113
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	115
REFERÊNCIAS.....	118

APÊNDICES.....	128
ANEXO.....	133

## 1. INTRODUÇÃO

As questões referentes à velhice e ao processo de envelhecimento têm despertado cada vez mais interesse da sociedade, de modo geral, pela forma como vem ocorrendo em vários países, com destaque para o Brasil (HEIN; ARAGAKI, 2012). Este fato revela indicadores positivos de uma melhora na qualidade de vida da população. Apesar disso, faz surgir novas demandas para os serviços de saúde, como aumentos substanciais nos custos de programas médicos e sociais e, conseqüentemente, criam um novo desafio: assegurar à crescente população idosa a assistência de saúde que lhe é de direito (UCHÔA, 2003).

Ao se tratar da população idosa indígena, é possível observar, nos últimos censos demográficos, o aumento da população idosa. Nas últimas décadas, o número de idosos indígenas passou de 61 mil, em 2000, para 72 mil no ano de 2010 (IBGE, 2010).

O direito à saúde das populações indígenas, sobretudo dos idosos, é garantido pela Política Nacional de Atenção a Saúde dos Povos Indígenas (Pnaspi). Esta política tem como propósito garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política, de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde (BRASIL, 2002a).

A Atenção Primária à Saúde constitui a porta de entrada do idoso indígena aos serviços de saúde, uma vez que a assistência à população indígena é de responsabilidade do Ministério da Saúde, como gestor do SUS (BRASIL, 2002a). Desta forma, as populações indígenas devem ter acesso garantido ao SUS, em âmbito local, regional e nos centros especializados, de acordo com suas necessidades, compreendendo todos os níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2002a). Ressalta-se, ainda, a necessidade de levar em consideração a organização do Subsistema de Atenção a Saúde Indígena na oferta de cuidados ao indígena (BRASIL, 2002a).

Nos estudos identificados na literatura brasileira, observou-se que ainda são poucas as informações sobre o envelhecimento indígena, de modo que não se dispõe de dados completos e fidedignos a respeito da situação de saúde desta população. Avaliações parciais do funcionamento do subsistema, a partir de análises situacionais de alguns dos distritos sanitários evidenciam a existência de problemas na gestão, organização e na oferta

dos serviços (COIMBRA; GARNELO; SANTOS, 2007; SANTOS et al., 2008), com poucas informações sobre a assistência de saúde dos idosos.

Com o envelhecimento surgem as patologias associadas à obesidade, diabetes *mellitus* e a problemas cardiovasculares, observados em indígenas com mais de 40 anos de idade (ROCHA et al., 2011). Inclui, ainda, no perfil de saúde do idoso indígena, doenças crônicas como hipertensão e diabetes, além do alto consumo de açúcares e gorduras, diminuição do apetite após internação e quadro de desnutrição (VIEIRA, 2013). Outros estudos evidenciam o cuidado familiar ao idoso indígena (MOLITERNO, 2011) e as práticas de cuidado profissional desenvolvidas na atenção à saúde desta parcela da população (RISSARDO, 2012).

Apesar do exposto, os estudos existentes ainda são incipientes e restritos a algumas etnias, os quais limitam as informações sobre o envelhecimento indígena e os aspectos epidemiológicos. Portanto, para que os gestores e profissionais de saúde possam desenvolver intervenções adequadas às características sociais e culturais desta parcela da população, é preciso conhecer um pouco mais sobre a maneira como os idosos indígenas envelhecem, como atribuem significado a este período de suas vidas ou ainda, como o integram à sua experiência. De maneira particular, conhecer a forma como o idoso percebe seus problemas de saúde, como procura resolvê-los e quais são as dificuldades que encontra nesse percurso.

Deste modo, ao considerar que a assistência à saúde do idoso indígena é prestada por meio do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, organizado na forma de Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), disposto de uma rede de serviços articulado com o SUS, este estudo teve como questões norteadoras: “Como se dá o acesso aos serviços de atenção básica e da rede de referência do SUS por idosos indígenas?” “Como os idosos indígenas e seus cuidadores percebem a atuação dos serviços de atenção básica e da rede de referência do SUS?”

Mediante tais questionamentos, este estudo propôs descrever o acesso do idoso indígena aos serviços públicos de saúde e também compreender as perspectivas deles e de seus cuidadores sobre a assistência no SUS. Esta pesquisa faz-se necessária, não só para gerar novas informações, mas também porque as pesquisas direcionadas às avaliações dos serviços de saúde subsidiada pela percepção do usuário são um importante instrumento na busca da qualidade destes serviços. As informações referentes às perspectivas do idoso indígena e seus cuidadores sobre a assistência no SUS, podem contribuir para os

profissionais que, em seu cotidiano de trabalho, prestam assistência ao idoso indígena, despertando-os para a importância de voltarem o olhar as crenças e valores culturais que permeiam a cultura indígena, para que seja possível oferecer assistência congruente às necessidades do idoso e, ainda, dar subsídio a pesquisas que almejam avaliar os serviços de saúde disponibilizados a esta parcela da população.

## **2. O ENVELHECER DA POPULAÇÃO INDÍGENA**

### **2.1 O envelhecimento na cultura indígena**

Os indígenas brasileiros correspondem a 817,9 mil pessoas, representando 0,4% da população total do Brasil (IBGE, 2010). Neste caso, o crescimento da população indígena ocorre principalmente nas faixas etárias de zero a 24 anos, evidenciando uma sociedade de indivíduos jovens. Mesmo assim, é possível observar o crescimento da população de idosos indígenas nas últimas décadas. Em 2000, os idosos correspondiam a aproximadamente 61 mil pessoas e, em 2010, a quase 72 mil indígenas (IBGE, 2000; IBGE, 2010). Ao considerar o censo de 2010, os idosos representam 8,8% da população indígena. Na região Sul do Brasil, os idosos indígenas correspondem a 7 mil pessoas, destas, 3 mil vivem no Estado do Paraná (IBGE, 2010).

O envelhecimento indígena também é observado em estudos demográficos e epidemiológicos específicos da população, como no caso da pesquisa realizada no Polo-base Bauru, no período de 1999 a 2008, que identificou o desencadeamento do processo de envelhecimento desse grupo populacional (BUCHALLA; PAGLIARO, 2010). O mesmo pode ser notado em estudo realizado por Pagliaro et al. (2008) no Parque Indígena do Xingu, Mato Grosso, com os indígenas Kamaiurá, povo Tupi, onde encontraram níveis de mortalidade relativamente baixa e estável associado à melhoria das condições de saúde, o que propiciou aumento da sobrevivência de crianças, jovens, adultos e idosos, assegurando maior longevidade à população e manutenção de sua organização social.

No entanto, pouco se conhece sobre os idosos indígenas, visto que é relativamente pequeno o número de estudos que abordem esta população em particular. O antropólogo americano Anthony Seeger (1980), em estudos realizados com indígenas brasileiros, identificou relatos de que, entre os índios, as pessoas são agrupadas de acordo com sua posição no ciclo da vida, ou seja, ser velho não é determinado por idade cronológica e sim pelo número de netos que esse indivíduo possui, portanto, em grande parte das etnias aqueles cujos filhos casaram e tiveram filhos, são elevados ao status de ancião (SEEGGER, 1980).

Nas sociedades indígenas, os idosos ocupam uma classe diferenciada cujo status social varia de acordo com a etnia. Entre algumas tribos, como os Guayaki, da família Guarani, encontrados no Paraguai, e os Cubeo, da família Tukano, residentes na região do



Alto Rio Negro, e na Colômbia, há relatos de abandono e desprezo dos mais velhos por parte da comunidade. Já entre as etnias da família Jê, que inclui os Kaingang, Kaiapó, Kricates, Xavantes e Suyá, os idosos são vistos como detentores de saber esotérico e importantes mediadores políticos (SEEGGER, 1980; HILL, 1983). Ainda neste sentido, há relatos entre os idosos Suyá, que é permitido fazer coisas que a nenhum outro indivíduo da tribo seria permitido, como comer determinados alimentos e cantar canções obscenas.

Erthal (1998) descreve que entre os índios Ticuna, na região do Alto Solimões no Amazonas, o indivíduo é considerado velho aos 25 anos, no sentido de ter mais experiência e poder aconselhar os mais novos. Já os *ói* (avós), segundo a autora, são os indivíduos com cerca de 60 anos que não trabalham mais para o sustento da família, ou seja, os idosos passam a ser sustentados pelos descendentes e, conforme a etnia, terão ou não o papel social de detentor dos costumes e da cultura da comunidade (ERTHAL, 1998).

Na cultura Kaingang, a escassez de recursos financeiros leva aqueles que recebem benefícios do governo (Bolsa-Família, salário de professor, agente de saúde e outros) a um status diferenciado dos demais, tornando-os responsáveis pelo sustento de toda a família. Pode-se observar isso entre índios que recebem o recurso Bolsa-Família do governo federal e entre os idosos aposentados (KÜHL et al., 2009). Na TIF, os idosos aposentados são responsáveis pelo sustento de suas famílias, as quais podem ter até 15 membros e, ainda, pela educação dos netos (LANÇA; NOVAK, 2011). Já aqueles que não são beneficiários do governo dependem da produção e venda de artesanato, que é a maior fonte de renda na aldeia (MOLITERNO, 2011).

Além da participação do idoso Kaingang no sustento das famílias, também exerce uma importante participação no cuidado e na educação das crianças, ensinando-lhes o idioma nativo e inserindo-os no mundo da cultura Kaingang (LANÇA; NOVAK, 2011; MOLITERNO, 2011).

Os idosos Kaingang também desempenham importante papel social, sobretudo os nominados Kujá ou xamãs. O Kujá é aquele que tem o “poder” da cura e a capacidade de ver o que irá acontecer com aqueles que vivem no grupo. No entanto, o conhecimento da cura não é restrito à atuação do Kujá, os idosos têm grande sabedoria e conhecimento das tradições culturais como os “remédios do mato” e rezas (ROSA, 2005). Segundo Marroni e Faro (2004), as intervenções terapêuticas tradicionais dos Kaingang ocorrem especialmente entre os mais idosos, utilizando ervas medicinais e rezas.

Faustino et al. (2010), em estudo realizado com a etnia Kaingang, relatam que em situações de adoecimento da criança, o familiar mais velho era informado para que pudesse providenciar ervas para curar a doença. As ervas eram buscadas no “mato”, sem que ninguém soubesse qual remédio era utilizado na cura, para evitar que “perdesse a força”, ou seja, o efeito terapêutico, e deixasse de ser remédio (FAUSTINO et al., 2010). Isto mostra que o conhecimento era mantido em segredo pelos idosos e repassado a outra pessoa quando entendessem que fosse o momento correto, permitindo a continuidade de práticas tradicionais de saúde entre as gerações (ROSA, 2005).

As especificidades culturais dos povos indígenas influenciam todos os aspectos de suas vidas, até mesmo hábitos de vida e a compreensão do processo saúde e doença (LAZZAROTTO et al., 2007). A cultura é um aspecto relevante no processo saúde e doença, conceituada de maneira ampla, engloba tecnologia e relações sociais ordenadas por meio de regras, crenças e rituais, enfim, como produto da vida do homem em sociedade (MALINOWSKI, 1986). Assim, os comportamentos de uma população em situações que envolvem saúde e doença, incluindo o acesso aos serviços de saúde e perspectivas sobre a assistência, são construídos e partilhados a partir de universos socioculturais específicos (COSTA; GUALDA, 2010).

Com isso é imprescindível considerar que o processo de envelhecimento apresenta mudanças especiais na saúde do idoso, que vão além dos fatores de origem fisiológica ou da decorrência de outros fatores externos, que podem interferir direta ou indiretamente na manutenção e promoção da saúde desta população (VIEIRA, 2013). Os idosos diferem conforme sua história de vida, seu nível de independência funcional e necessidade de serviços de saúde, onde a avaliação deve estar embasada no processo de envelhecimento e de suas particularidades de acordo com a realidade sociocultural em que vivem (BRASIL, 2006). No caso de idosos com culturas distintas, especialmente os indígenas, reconhecer as mudanças peculiares ao envelhecimento e aspectos inerentes à cultura é fundamental na prestação de assistência à saúde (VIEIRA, 2013). Isto porque o cuidado do idoso indígena envolve visão de mundo, crenças e valores culturais dos indivíduos e familiares, bem como a rede de serviços de saúde.

A família, na nossa sociedade, é, indubitavelmente, o pilar fundamental de apoio no cuidado ao idoso (ARAÚJO; PAÚL; MARTINS, 2011). Em estudo desenvolvido com indígenas Kaingang, cujo objetivo foi compreender como as famílias indígenas cuidavam dos idosos, Moliterno (2011) relata a existência de estratégias próprias das famílias para

cuidar do idoso. Revela ainda que, mesmo com estratégias próprias, o cuidado ao idoso Kaingang vai além da capacidade familiar, ressaltando a importância do serviço de saúde na assistência do idoso na terra indígena (MOLITERNO, 2011).

Em algumas situações de saúde e doença, a família não consegue dispor de cuidados eficientes e adequados, pois, muitas vezes a necessidade do indivíduo doente requer assistência técnica e especializada que foge ao domínio familiar (FAQUINELLO; CARREIRA; MARCON, 2011). Por isso, é nestes momentos que o apoio, advindo dos serviços de saúde representados pelos profissionais, demonstra ser relevante para melhora significativa na qualidade de vida dos idosos.

A enfermagem no âmbito de seu exercício profissional desempenha importante papel nos processos de manutenção e recuperação da saúde da população brasileira, por ser uma profissão privilegiada no sentido de reconhecer os diversos contextos de inserção dos indivíduos, seja de forma individual ou coletiva, evidenciando os conhecimentos relacionados a esta ciência, precisam ser amplamente difundidos e aprofundados a cada dia, considerando as diversidades culturais de cada povo.

Rissardo (2012), na busca de compreensão das práticas de cuidado dos profissionais de saúde aos idosos Kaingang, aponta estratégias que viabilizavam o acesso do idoso ao serviço e a continuidade da assistência. As principais estratégias utilizadas por esses profissionais eram o fortalecimento do vínculo com o idoso a partir da participação nas atividades corriqueiras da comunidade Kaingang e ações que visavam à parceria com a liderança Kaingang, no caso o cacique (RISSARDO, 2012).

Os profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, por estar em contato próximo à população, devem conhecer os aspectos que envolvem o processo de envelhecimento, para que seja garantido o cuidado integral ao idoso (ROMERO et al., 2010), especialmente em relação ao idoso indígena. Além disso, para que seja possível, é necessária a produção de conhecimento sobre esta parcela da população de forma a contribuir com novas metodologias de promoção da qualidade de vida e de assistência a estes idosos. Sendo assim, conhecer suas percepções sobre a atuação dos serviços de saúde e os aspectos que permeiam o acesso do idoso indígena no sistema público de saúde, contribuirá com informações relevantes para o planejamento de estratégias e ações de promoção e prevenção de doenças entre os idosos indígenas.

Por outro lado, o idoso indígena está amparado por políticas voltadas à atenção aos povos indígenas em geral (BRASIL, 2002a), pela Política Nacional do Idoso (BRASIL,

1994; BRASIL, 2010a) e pelo Estatuto do Idoso (BRASIL, 2010b), de acordo com as normas que regulamentam esta lei para o idoso brasileiro.

## **2.2 As políticas de saúde voltadas ao idoso e sua interface com o envelhecimento indígena**

O direito universal e integral à saúde foi conquistado pelos brasileiros na Constituição Federal de 1988 e reafirmado com a criação do SUS, por meio das Leis Orgânicas da Saúde (8080/90 e 8142/90) (BRASIL, 1988; BRASIL, 2010a). As políticas públicas de saúde têm o objetivo de assegurar atenção a toda população, por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como garantir a integralidade da atenção, indo ao encontro das diferentes realidades e necessidades de saúde da população e dos indivíduos (BRASIL, 2010a).

Diante a crescente demanda de uma população que envelhece e em acordo com os direitos previstos na Constituição de 1988, em 1994 foi promulgada a Política Nacional do Idoso, através da Lei 8.842/94, regulamentada em 1996 pelo Decreto 1.948/96. Esta política assegurou direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS (BRASIL, 1994; BRASIL, 1996; BRASIL, 2010a).

Com o propósito de melhorar a assistência ao idoso, após cinco anos da publicação da Política Nacional do Idoso, é promulgada a Portaria Ministerial nº 1.395/99 que estabelece a Política Nacional de Saúde do Idoso, na qual se determina que os órgãos do Ministério da Saúde relacionados ao tema promovam a elaboração ou a adequação de planos, projetos e ações em conformidade com as diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas (BRASIL, 1999; BRASIL, 2010a). Além disso, as diretrizes instituídas nessa política ressaltam a autonomia e a preservação da independência física e mental do idoso, define diretrizes para direcionar as ações e responsabilidades no que se refere à saúde desse grupo populacional e determina a cada instituição sua responsabilidade para viabilizar sua operacionalização (BRASIL, 1999; BRASIL, 2010a).

No ano de 2002 foi proposta a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso (Portaria GM/MS nº 702/2002) tendo como base a condição de gestão e a divisão de responsabilidades, definidas pela Norma Operacional de

Assistência à Saúde (BRASIL, 2002b; BRASIL, 2010a). Como parte de operacionalização das redes, foram criados os critérios para cadastramento dos Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso.

Em 2003, foi sancionado o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741), considerado uma das maiores conquistas sociais da população idosa em nosso país, ampliando a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa. Contudo, não traz consigo meios para financiar as ações propostas. O Capítulo IV do Estatuto que dispõe sobre a saúde, refere-se especificamente sobre o papel do SUS na garantia da atenção à saúde do idoso de forma integral e em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2010b).

Embora a legislação brasileira relativa aos cuidados da população idosa seja bastante avançada, a prática ainda é insatisfatória (BRASIL, 2006). A vigência do Estatuto do Idoso e seu uso como instrumento para a conquista de direitos dos idosos, a ampliação da Estratégia Saúde da Família e a inserção ainda incipiente das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, tornaram imprescindível à readequação da Política Nacional de Saúde do Idoso (BRASIL, 2006).

Neste sentido, a Portaria nº 399 de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde, estabelece diretrizes norteadoras para a reformulação da Política Nacional de Saúde do Idoso (BRASIL, 2006). Por meio desta é aprovada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, através da Portaria nº 2.528 em outubro de 2006 (BRASIL, 2010a). Esta Portaria trouxe um novo paradigma para a discussão da situação de saúde dos idosos e tem como finalidade primordial a recuperação, manutenção e promoção da autonomia e da independência da pessoa idosa, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, para a promoção do envelhecimento ativo e saudável (BRASIL, 2006; BRASIL, 2010a).

A abordagem do envelhecimento ativo baseia-se no reconhecimento dos direitos das pessoas idosas e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e autorrealização determinados pela Organização das Nações Unidas (WHO, 2002). No entanto, para que seja possível produzir políticas de saúde que respondam as necessidades desta parcela da população, deve levar em consideração que os idosos diferem de acordo com a história de vida, grau de independência funcional e demanda por serviços (BRASIL, 2006). Contudo, necessitam de uma avaliação pautada no conhecimento do processo de envelhecimento e de suas peculiaridades e adaptada à realidade sociocultural em que estão inseridos (BRASIL, 2006).

Essa multidimensionalidade envolvida no processo de envelhecimento determina que haja ampliação do campo de conhecimento dos profissionais, assim como ações interdisciplinares que contemplem a necessidade global do idoso (OMS, 2005), principalmente do idoso indígena. Desta forma, cabe aos serviços que prestam atendimento a idosos reconhecer e incorporar as crenças e modelos culturais em seus planos de cuidado, como forma de favorecer a adesão e a eficiência dos recursos e tratamentos disponíveis (BRASIL, 2006), uma vez que a cultura modela a forma de envelhecer e influencia todos os outros fatores determinantes do envelhecimento (BRASIL, 2010a).

Implementar as políticas públicas de atenção à saúde do idoso exige a compreensão da multidimensionalidade envolvida no processo de envelhecimento, e o cumprimento das diretrizes propostas. Mas, como implementar políticas de atenção à saúde do idoso em comunidades indígenas? Essas estabelecem a necessidade de incorporar as crenças e modelos culturais na assistência ao idoso. No entanto, no Brasil existem 305 etnias que apresentam particularidades culturais. Além do mais, pouco se conhece sobre as crenças e costumes do idoso indígena, já que poucos estudos retratam esta parcela da população.

Neste sentido, para que haja implementação e qualificação das ações de cuidado na assistência à saúde do idoso indígena, é necessário que os profissionais de saúde conheçam e respeitem as crenças e valores culturais da população a ser assistida, de modo a atender as especificidades que demandam o cuidado ao idoso.

### **2.3 Política de saúde indígena: antecedentes e contexto atual**

Desde o início da colonização portuguesa, os povos indígenas foram assistidos pelos missionários de forma integrada às políticas dos governos. No início do século XX, a expansão das fronteiras econômicas para o Centro-Oeste e a construção de linhas telegráficas e ferrovias provocaram numerosos massacres de índios e elevados índices de mortalidade por doenças transmissíveis que levaram, em 1910, à criação do Serviço de Proteção ao Índio e Trabalhadores Nacionais (SPI) (BRASIL, 2002a). A assistência à saúde dos povos indígenas, no entanto, continuou desorganizada e esporádica. Mesmo após a criação do SPI, não se instituiu qualquer forma de prestação de serviços sistemática, restringindo-se a ações emergenciais ou inseridas em processos de "pacificação" (BRASIL, 2002a).

Na década de 1950, foi criado o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (Susa), no Ministério da Saúde, com o objetivo de levar ações básicas de saúde às populações indígena e rural em áreas de difícil acesso. Essas ações eram essencialmente voltadas para a vacinação, atendimento odontológico, controle de tuberculose e outras doenças transmissíveis (BRASIL, 2002a).

Logo, em 1967, com a extinção do SPI, foi criada a Fundação Nacional do Índio (Funai) com base no modelo de atenção do Susa, criaram-se as Equipes Volantes de Saúde (EVS). Essas equipes realizavam atendimentos esporádicos às comunidades indígenas de sua área de atuação, prestando assistência médica, aplicando vacinas e supervisionando o trabalho do pessoal de saúde local, geralmente auxiliares ou atendentes de enfermagem (BRASIL, 2002a).

A Funai, após a crise financeira do Estado brasileiro pós-milagre econômico da década de 1970, teve dificuldades de diversas ordens para a organização de serviços de atenção à saúde que contemplassem a grande diversidade e dispersão geográfica das comunidades indígenas como, por exemplo, carência de suprimentos e de capacidade administrativa de recursos financeiros, precariedade da estrutura básica de saúde, falta de planejamento das ações e de organização de um sistema de informações em saúde adequado, além da falta de investimento na qualificação de seus funcionários para atuarem junto às comunidades culturalmente diferenciadas (BRASIL, 2002a).

Em 1988, a Constituição Federal estipulou o reconhecimento e respeito das organizações socioculturais dos povos indígenas, assegurando-lhes a capacidade civil plena - tornando obsoleta a instituição da tutela - e estabeleceu a competência privativa da União para legislar e tratar sobre a questão indígena (BRASIL, 1988). A Constituição também definiu os princípios gerais do SUS, posteriormente regulamentados pela Lei 8.080/90, e estabeleceu que a direção única e a responsabilidade da gestão federal do Sistema são do Ministério da Saúde (BRASIL, 1990).

Para debater a saúde indígena, especificamente, foram realizadas, em 1986 e 1993, a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio e a II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, por indicação da VIII e IX Conferências Nacionais de Saúde, respectivamente. Essas duas Conferências propuseram a estruturação de um modelo de atenção diferenciada, baseado na estratégia de Distritos Sanitários Especiais Indígenas, como forma de garantir aos povos indígenas o direito ao acesso universal e integral à

saúde, atendendo às necessidades percebidas pelas comunidades e envolvendo a população indígena em todas as etapas do processo de planejamento, execução e avaliação das ações.

Em fevereiro de 1991, o Decreto Presidencial nº 23 transferiu para o Ministério da Saúde a responsabilidade pela coordenação das ações de saúde destinadas aos povos indígenas, estabelecendo os DSEIs como base da organização dos serviços de saúde. Foi então criada, no Ministério da Saúde, a Coordenação de Saúde do Índio (Cosai), subordinada ao Departamento de Operações (Deope) da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), com a atribuição de implementar o novo modelo de atenção à saúde indígena (BRASIL, 2002a).

No ano de 1999, em reconhecimento às especificidades étnicas e culturais dos povos indígenas, o Ministério da Saúde, por meio da Lei 9.836/99, conhecida como Lei Arouca, acrescentou um dispositivo à Lei 8.080 de 1990, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, consolidado pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Pnaspi), Portaria 254/2002 (BRASIL, 1999; BRASIL, 2002a).

A Pnaspi tem o propósito de garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, considerando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde (BRASIL, 1999; BRASIL, 2002a).

Após a promulgação da Lei Arouca, a Funasa, órgão do Ministério da Saúde, recebeu a responsabilidade de coordenar e executar as ações de saúde indígena. Sendo um órgão do governo federal, essa entidade tinha pouco pessoal para desenvolver suas tarefas; assim, optou por subcontratar municípios e organizações não governamentais para realizar ações de saúde em aldeias onde a Funasa não contasse com rede própria. A coordenação nacional do subsistema passou a ser feita pelo Departamento de Saúde Indígena (Desai), um setor da Funasa sediado em Brasília (GARNELO; MACEDO; BRANDÃO, 2003).

O Desai é responsável pela gestão central do Subsistema de Saúde Indígena e a quem compete o desenvolvimento de atividades com o objetivo de racionalizar as ações implementadas pelos DSEIs, que incluem a promoção de encontros macrorregionais e nacionais para avaliar o processo de implantação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (BRASIL, 2009).

Entretanto, a delegação da operacionalização das ações de saúde indígena para a Funasa não eximiu o Ministério da Saúde da responsabilidade mais ampla de gerir essa



política pública. Em função disso, parte desse monitoramento ficou a cargo da Secretaria de Assistência a Saúde (SAS), a qual, além da responsabilidade em coordenar a assistência à saúde da população brasileira como um todo, também passou a exercer este papel junto à população indígena, principalmente na interlocução com os sistemas municipais de saúde (GARNELO, 2012). Por meio da Portaria GM/MS nº 2656, de 17 de outubro de 2007, são definidas as responsabilidades do Ministério da Saúde na prestação da atenção à saúde dos povos indígenas e regulamentados os incentivos da Atenção Básica e Especializada aos Povos Indígenas (BRASIL, 2007).

No ano de 2010, foi publicado o Decreto nº 7.336/MS que formalizou a decisão governamental de repassar a gestão do Subsistema de Saúde Indígena para a Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai) que recebeu as atribuições anteriormente desenvolvidas pela Funasa (BRASIL, 2010c). A criação da Sesai não retirou as atribuições que a SAS já desenvolvia junto aos sistemas municipais de saúde no âmbito da saúde indígena (GARNELO, 2012).

O modelo de gestão de um sistema de saúde é um meio para prover atendimento adequado à população. Em saúde pública, é praxe que a programação das ações de atendimento seja ordenada, segundo um modelo de assistência que oriente seu desenvolvimento no plano local (GARNELO, 2012), os DSEIs.

#### **2.4 Modelo assistencial vigente na atenção à saúde dos povos indígenas**

Implantado oficialmente em 1999, com a responsabilidade de prestar atendimento a toda população indígena, o subsistema organizou suas unidades de ação segundo a proposta dos DSEIs (BRASIL, 2002a; BRASIL, 2009; GARNELO, 2012). Estes se caracterizam como uma rede interconectada de serviços de saúde, capaz de oferecer cuidados de atenção primária, adequados às necessidades sanitárias da maioria da população.

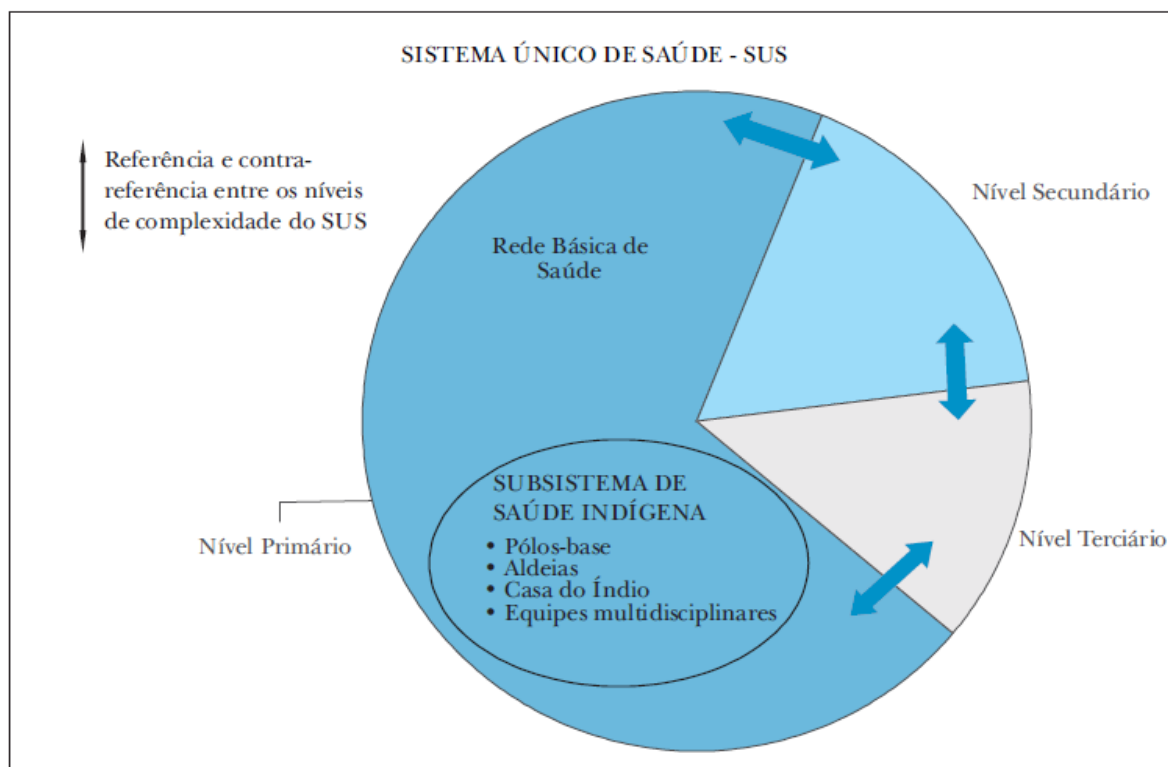
A partir de 2000 foram publicadas diversas portarias governamentais que tiveram por objetivo regulamentar aspectos específicos do funcionamento do atual modelo de atenção à saúde indígena. Nesse sentido, a Portaria nº 70/2004 do Ministério da Saúde aprovou as Diretrizes da Gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena, segundo as quais se deve assegurar aos povos indígenas o acesso à atenção integral à

saúde, de modo a favorecer a superação dos fatores que os tornam mais vulneráveis aos agravos à saúde (BRASIL, 2004; SANTOS et al., 2008).

Para isto, o gestor federal deve considerar as realidades locais e as especificidades da cultura dos povos indígenas para organizar o modelo de atenção, orientado por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional (BRASIL, 2009; SANTOS et al., 2008).

A distribuição dos distritos sanitários nas unidades federadas obedeceu às características culturais e distribuição das terras indígenas, bem como a critérios demográficos que contribuíram para a definição de suas localizações e áreas de abrangência (BRASIL, 2002a; BRASIL, 2009). Assim, foram implantados 34 Distritos Sanitários, localizados em diversas regiões do território nacional, sendo que a população indígena paranaense pertence ao distrito sanitário Interior Sul, que abrange, ainda, parte do Estado de São Paulo, Santa Catarina e Rio Grande do Sul (BRASIL, 2002a; BRASIL, 2009).

Como um subsistema, deve funcionar articulado ao SUS, atendendo às seguintes condições: considerar os conceitos de saúde e doença próprios dos povos indígenas e os aspectos intersetoriais de seus determinantes; ser construído coletivamente a partir de um processo de planejamento participativo; possuir instâncias de controle social formalizadas em todos os níveis de gestão (SANTOS et al., 2008). Cada DSEI dispõe de uma rede de serviços de saúde dentro de seu território, que deve funcionar de forma integrada e hierarquizada, com complexidade crescente e articulada com a rede do SUS (Figura 1).



**Figura 1** - Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e fluxo de referência e contrarreferência.

Observação: Trata-se de um modelo geral, que pode não se aplicar exatamente a todas as realidades existentes no país, já que o SUS (subsistema de saúde indígena e redes municipais e estaduais de saúde) possui distintos graus de implementação, organização e integração da rede de serviços, a depender da localidade.

Fonte: Modelo elaborado com base no documento Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (BRASIL, 2002a) e na Portaria 1.088/2005 do Ministério da Saúde, 2005 In Santos et al., 2008.

A rede de serviços de um DSEI prevê a existência de UBS nas aldeias ou em Polos-base. De acordo com este modelo, nas aldeias, a atenção básica deve ser realizada por intermédio dos Agentes Indígenas de Saúde (AISs), nas unidades básicas, e pelas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) periodicamente, conforme planejamento das suas ações (BRASIL, 2002a; BRASIL, 2009).

Com relação à organização dos serviços de saúde, os Polos-base representam outra importante instância de atendimento aos índios brasileiros. Eles são a primeira referência para os AISs e EMSI que atuam nas aldeias, tanto na atenção primária como nos serviços de referência (BRASIL, 2002a; BRASIL, 2009).

Cada Polo-base cobre um conjunto de aldeias e sua equipe, além de prestar assistência à saúde, realiza a capacitação e supervisão dos AISs. Esses Polos estão estruturados como Unidades Básicas de Saúde (UBS) e contam com a atuação das EMSI para atender os casos de baixa complexidade (BRASIL, 2002a; BRASIL, 2009). Estas equipes são compostas, principalmente, por médico, enfermeiro, odontólogo, técnico e/ou auxiliar de enfermagem, auxiliar de consultório dentário, agente indígena de saúde e agente indígena de saneamento (AISAN) (BRASIL, 2002a; BRASIL, 2005; BRASIL, 2009).

Segundo o modelo do subsistema de saúde indígena, a EMSI, preferencialmente sediada no interior das TIs, deve prover atenção básica à saúde da população sob sua responsabilidade, atuando de modo articulado ao trabalho do agente de saúde e efetuando visitas periódicas de atendimento (BRASIL, 2002a; GARNELO, 2012).

Os agravos à saúde não atendidos nessas unidades, em função do grau de resolutividade ou de complexidade, são encaminhados para a rede de serviços do SUS mais próxima, por intermédio de parcerias firmadas por convênios. Essa rede já tem sua localização geográfica definida e é articulada e incentivada a atender os indígenas, levando em consideração a realidade socioeconômica e cultural de cada povo (BRASIL, 2009; GARNELO, 2012).

Com o objetivo de garantir o acesso à atenção de média e alta complexidade, há a necessidade de definir procedimentos de referência e contrarreferência e, ainda incentivo às unidades de saúde para oferta de serviços diferenciados com influência sobre o processo de recuperação e cura dos pacientes indígenas (BRASIL, 2002a). Estes serviços são relativos à restrições/prescrições alimentares, acompanhamento por parentes e/ou intérprete, visita de terapeutas tradicionais e instalação de redes, quando considerados necessários pelos próprios usuários e negociados com o prestador de serviço (BRASIL, 2002a). Nos casos que houver necessidade de permanecer no município de referência, há disponibilidade de Casas de Apoio à Saúde do Índio (Casais) (BRASIL, 2002a; BRASIL, 2009).

As Casais estão localizadas em diversos municípios brasileiros e atualmente existem 75, o DSEI Interior Sul possui uma Casai localizada no Estado de São Paulo, e apesar do Estado do Paraná possuir uma Casai, localizada em Curitiba, esta faz parte do DSEI Litoral Sul. Vale ressaltar que o município de Maringá possui uma Associação Indigenista de Maringá (Assindi), criada em 23 de março de 2001, cuja finalidade é hospedar os artesãos indígenas, que antes passavam a sua permanência na cidade em

estado de abandono em ruas e calçadas. Além da hospedagem, a Assindi tem como prática o encaminhamento informal à unidade em que será realizado o atendimento de saúde necessário. No entanto, essa associação não se caracteriza como Casai, uma vez que a principal atribuição das Casais é o apoio ao paciente indígena em trânsito, para exames ou tratamento, substituindo o suporte familiar ou social com que os indígenas não contam quando se deslocam para o espaço urbano (BRASIL, 2009; GARNELO, 2012).

As Casais têm condições de receber, alojar e alimentar pacientes encaminhados e acompanhantes; prestar assistência de enfermagem 24h por dia; marcar consultas, exames complementares ou internação hospitalar; providenciar o acompanhamento dos pacientes nessas ocasiões e o seu retorno às comunidades de origem (BRASIL, 2002a; BRASIL, 2009).

Por fim, o modelo de organização do Subsistema de Saúde Indígena dispõe dos serviços de referência, sediado, em geral, nas grandes cidades, para onde o paciente indígena é encaminhado para receber tratamento médico mais complexo, que não pode ser ofertado no DSEI. Segundo este modelo, as unidades especializadas de referência representam um nível organizativo que já está fora do Distrito Sanitário, ou seja, essas unidades já são parte dos sistemas municipais e estaduais de saúde que devem interatuar com o subsistema de saúde indígena (GARNELO, 2012). É importante ressaltar que as Casais, integram a rede de referência do subsistema, servindo para abrigar e cuidar dos pacientes e seus acompanhantes durante períodos de tratamento em serviços de referência fora das aldeias (SANTOS et al., 2008).

Essas diretrizes técnicas orientam a operacionalização dos DSEI, porém, um modelo não pode, por si só, garantir a qualidade do cuidado em saúde prestado nas unidades de saúde, pois a qualidade da assistência é influenciada por muitas outras variáveis que têm igual peso no produto final das ações distritais (GARNELO, 2012).

Apesar dos avanços na extensão da cobertura e no financiamento das ações de saúde indígena ainda existem problemas na gestão, organização e na oferta dos serviços (GARNELO; SAMPAIO, 2005; CHAVES; CARDOSO; ALMEIDA, 2006; SANTOS et al., 2008). O modelo atual apresenta deficiências, como dificuldade de recrutamento de pessoal capacitado para trabalhar no contexto intercultural (NOVO, 2011) e ausência de mecanismos eficientes para garantir a participação dos indígenas na avaliação dos serviços (CRUZ; COELHO, 2012; BERTOLANI, 2008; LANGDON; DIEHL, 2007).

É notório que o modelo assistencial executado na atenção primária, na maioria das vezes, não apresenta uma assistência diferenciada, pois não estabelece diálogo com as especificidades culturais de cada grupo étnico (GIL, 2007; LANGDON; DIEHL, 2007). O êxito em oferecer serviços que respeitem e se articulem com as práticas tradicionais depende muito do compromisso e dos esforços para capacitar todos os membros da EMSI, inclusive os AIS, para a atenção diferenciada (DIEHL; LANGDON; DIAS-SCOPEL, 2012).

A alta rotatividade dos profissionais de saúde das EMSI, destacando o AIS (LANGDON; DIEHL, 2007), também é visto como um fator que interfere na atenção diferenciada e de qualidade aos povos indígenas. A capacitação de forma contínua é um pilar da preparação dos membros das EMSIs para o trabalho, no entanto, poucos cursos são oferecidos aos AISs e outros profissionais (LANGDON; DIEHL, 2007). Esse fato, somado à alta rotatividade, resulta em despreparo significativo para o serviço (LANGDON; DIEHL, 2007; NOVO, 2011), oferecendo assistência descontinuada e de baixa qualidade (COIMBRA; GARNELO; SANTOS, 2007; SANTOS et al., 2008).

A descontinuidade no fluxo de recursos financeiros repassados para os DSEI e os problemas logísticos que dificultam o deslocamento dos profissionais para atuar com regularidade nas aldeias também foram apontados em estudos realizados com a população indígena, como problemas de gestão, organização e de oferta dos serviços (COIMBRA et al., 2006; COIMBRA; GARNELO; SANTOS, 2007; SANTOS et al., 2008). Somando-se a isto, o isolamento geográfico, a ausência de serviços disponíveis nas aldeias e a localização dos serviços de referência afastados das comunidades surgem como principais barreiras para o acesso limitado dos indígenas aos serviços de saúde (FERREIRA, 2012).

Ainda sobre este aspecto, destacam-se as desigualdades no acesso aos serviços de saúde pela população indígena, principalmente por apresentar trabalhos incipientes que analisam o acesso aos serviços de saúde pelos grupos indígenas brasileiros, e por sua vez, em sua maioria, restringem-se a algumas etnias (DIEHL, 2001; ESCOBAR et al., 2003; ERRICO, 2011; FERREIRA, 2012).

Em geral, os serviços ofertados nas áreas indígenas apresentam variabilidade na qualidade e na efetividade, com fragmentação da assistência associada às dificuldades no sistema de referência e contrarreferência para a atenção de média e alta complexidade (GARNELO; BRANDÃO, 2003; CARDOSO; COIMBRA Jr.; TAVARES, 2010). As unidades de referência que ofertam tratamento especializado nas cidades também oferecem

serviços de baixa qualidade, que apresentam longas filas de espera para obtenção de tratamento, o que dificulta a obtenção de consultas, internações e exames nesses estabelecimentos (SANTOS et al., 2008; CARDOSO; COIMBRA Jr.; TAVARES, 2010; GARNELO, 2012).

Além disso, há fornecimento insuficiente dos insumos e dificuldades no registro e disponibilização dos dados epidemiológicos, o que leva a uma deficiência na caracterização epidemiológica das necessidades de saúde de cada povo (LUNARDI; SANTOS; COIMBRA Jr., 2007; SOUSA; SCATENA; SANTOS, 2007).

Visto as dificuldades que perpassam a política de atenção aos povos indígenas, é necessário realizar pesquisas direcionadas à obtenção de informações que possibilitem instrumentalizar futuras avaliações dos serviços de saúde, subsidiada pela percepção dos usuários, considerado importante instrumento na busca da qualidade dos serviços de saúde.

Apesar das pesquisas já empreendidas cujo tema está focado na cultura de saúde e doença dos povos indígenas, ainda existem lacunas do conhecimento sobre como o idoso indígena percebe os serviços de saúde oferecidos a eles. Assim, no intuito de obter informações, que agrupadas, gerem posicionamentos adequados, esta pesquisa propõe-se identificar e descrever a atuação dos serviços de saúde por meio da perspectiva do idoso indígena e seu cuidador.

Frente a tal realidade, é indispensável realizar estudos que possam ampliar o campo do conhecimento dirigido, a fim de disponibilizar informações relevantes para a avaliação e o aprimoramento dos serviços de saúde prestados às populações indígenas, bem como fornecer elementos que poderão ser utilizados na formulação ou melhoria de projetos destinados a responder as demandas dessa população.

## **2.5 Os idosos Kaingang da Terra Indígena Faxinal**

Entre os estudos realizados com a população Kaingang na TIF, destacam-se duas dissertações que tiveram como objeto de interesse o cuidado familiar e profissional aos idosos. Estes estudos evidenciam o cuidado familiar ao idoso indígena (MOLITERNO, 2011) e as práticas de cuidado profissional desenvolvidas na atenção à saúde desta parcela da população (RISSARDO, 2012).

As primeiras evidências de cuidado familiar identificadas nesta TI se referiram a situações de adoecimento dos idosos (MOLITERNO, 2011). Entre esses indígenas, há o

entendimento de que a doença está presente quando há rompimento na harmonia do *kumbã* (espírito) e do *hã* (corpo), sendo o primeiro elemento o determinante deste equilíbrio. Desse modo, o comprometimento do *kumbã* os deixam doentes (MOLITERNO, 2011). Por acreditar tanto em poderes sobrenaturais, esses indivíduos se sentem mais vulneráveis às feitiçarias, cuja cura é obtida por meio da figura do *kujá* (curandeiro), que é capaz de identificar qual a origem do rompimento do *kumbã* com o *hã*, por meio de sonhos e inspirações, prescrevendo assim os cuidados a serem tomados para cura, que é representada pela volta do espírito ao corpo (MOLITERNO, 2011).

Dessa forma, por ser o adoecimento uma situação sobrenatural, em primeira instância são observadas entre as famílias ações de cuidado místico, no sentido de garantir a harmonia do *kumbã* e do *hã* (MOLITERNO, 2011). Nesse tipo de cuidado, a autora observou o uso de orações, *remédios do mato*, seguimento às condutas sociais em vigor na comunidade e às dietas especiais que restringem a alimentação desses indivíduos.

Identificou-se, ainda, a necessidade dos familiares sair em viagens para a comercialização do artesanato, principal fonte de renda dessa população. Diante de tal situação, foram observados dois comportamentos distintos entre as famílias da TIF: eleger-se, entre algumas famílias, um membro para permanecer na TI, enquanto os demais comercializavam os produtos de todos, inclusive daquele que não pode viajar. Outras famílias solicitavam aos vizinhos que acompanhassem os idosos, que permaneceriam na aldeia, garantindo-lhes o cuidado na ausência dos familiares, sem expor o idoso a riscos (MOLITERNO, 2011).

Moliterno (2011) relata que a autonomia observada entre os idosos Kaingang não excluiu a necessidade de auxílio nas atividades da vida diária, em especial naquelas em que é requerida maior força física, a execução de tais atividades pelos familiares é compreendida como manifestação de afeto, o mesmo se observou em relação às práticas alimentares.

A mulher foi considerada a principal cuidadora, assim, algumas índias, que residiam apenas com indivíduos do sexo masculino, atribuíram a essa condição o fato de não se sentirem cuidadas, responsabilizando-se tanto pelo cuidado ao outro, quanto a si própria (MOLITERNO, 2011).

Já em relação às práticas de cuidado profissional desenvolvidas na atenção à saúde do idoso Kaingang, Rissardo (2012) observou que os profissionais de saúde utilizam no processo de cuidado os serviços disponíveis da UBS, como a medicação, imunização,



realização de curativos, exames laboratoriais e inalação. Todavia, a autora identificou que os medicamentos apresentam ampla utilização nas práticas curativas.

Desta forma, considerando a alta incidência de automedicação entre os Kaingang, os profissionais de saúde da TIF centralizaram a administração dos medicamentos na UBS, sendo solicitado ao indígena que compareça diariamente ao serviço, conforme os horários prescritos para a medicação (RISSARDO, 2012). Para os profissionais de saúde, este cuidado em centralizar a medicação na UBS, além de diminuir os equívocos na ingestão dos fármacos pelos indígenas, favorece maior acompanhamento da evolução clínica dos casos (RISSARDO, 2012).

Os profissionais de saúde, além de realizarem o tratamento medicamentoso aos idosos, utilizam algumas práticas de cuidado da cultura Kaingang, como o uso de chás e fitoterápicos (RISSARDO, 2012). Neste contexto, o AIS apareceu como profissional essencial para a execução e articulação dos cuidados tradicionais da população, uma vez que este indivíduo faz parte da tradição cultural, conhecendo os costumes, valores, mitos e ritos da população assistida (RISSARDO, 2012).

Em seu estudo, Rissardo (2012) também identificou alguns fatores da cultura Kaingang que, segundo os profissionais, interferem no cuidado ao idoso indígena. Entre esses fatores destacou-se o fato de os indígenas falarem o idioma nativo desta etnia, o Kaingang, o que dificulta a comunicação entre estes.

Além dos impasses linguísticos, observaram-se costumes culturalmente aprendidos e executados que se evidenciam, em um primeiro momento como fatores de risco às condições de saúde dos idosos Kaingang (RISSARDO, 2012). Entre os costumes culturais dos idosos Kaingang que os profissionais de saúde relataram, é possível destacar: manutenção de uma pequena fogueira ao centro de suas residências; utilização dos dentes apontados de forma que fiquem bem afiados; diversidade dos hábitos alimentares; posicionamento do idoso Kaingang quanto ao processo de cuidado e atribuição do poder de cura ao branco (RISSARDO, 2012).

Constatou também uma diversidade de fatores que dificultam a assistência aos idosos, tais como: limitação de recursos humanos, falta de capacitação profissional, falta de estrutura física compatível para prestar um acolhimento que englobe as necessidades dos idosos, limitação de profissionais para cuidarem dos aspectos sociais do idoso, o trabalho burocrático - que acaba tomando grande parte do tempo e sobrecarregando o

trabalho diário -, falta de recursos materiais e a rotatividade dos profissionais decorrente da influência do cacique na organização do serviço de saúde da TIF (RISSARDO, 2012).

Por outro lado, Rissardo (2012) relata que os profissionais tentam trabalhar em equipe, no intuito de minimizar tais obstáculos. Vale dizer que o meio de transporte com o motorista disponível em tempo integral na UBS foi considerado um ponto positivo pelos profissionais na organização do serviço (RISSARDO, 2012).

Os estudos descritos acima mostraram algumas peculiaridades que envolvem o cuidado ao idoso Kaingang. Os resultados apresentados por Moliterno (2011) possibilitaram a descrição do fenômeno do cuidar entre as famílias Kaingang e os descritos por Rissardo (2012) o cuidado profissional com os idosos indígenas da TIF, permeado por saberes científico e saberes tradicionais. Perante tais informações e conhecimentos, fez-se necessário descrever o acesso do idoso indígena aos serviços públicos de saúde e também compreender as perspectivas deles e de seus cuidadores sobre a assistência no SUS, a fim de complementar o arcabouço de conhecimento referente à assistência aos idosos indígenas.

Além disso, por meio de tais informações, os profissionais de saúde que, em seu cotidiano, prestam assistência ao idoso indígena, possam atentar para a importância das crenças e valores culturais que permeiam a cultura indígena, para que seja possível oferecer assistência congruente às necessidades do idoso. E subsidiar pesquisas que almejam avaliar os serviços de saúde disponibilizados a esta parcela da população.

### **3. OBJETIVOS:**

- descrever as condições de vida e saúde de idosos Kaingang da Terra Indígena Faxinal - PR, enfatizando os comportamentos em saúde, morbidades existentes, uso de medicamentos e condições de saneamento;
- descrever como os idosos Kaingang e seus cuidadores principais experienciam o acesso aos serviços públicos de saúde;
- compreender como os idosos Kaingang e seus cuidadores principais percebem a atuação dos serviços de atenção básica e da rede de referência do Sistema Único de Saúde.

## 4. PERCURSO METODOLÓGICO

### 4.1 Referencial teórico

Corroborando com o pensamento da necessidade e importância de contextualizar a assistência profissional de saúde prestada ao idoso indígena, incluindo o acesso destes aos serviços de saúde voltados para as questões culturais, torna-se imprescindível empregar neste estudo a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural proposta pela enfermeira norte-americana, Madeleine Leininger. A teoria de Leininger foi desenvolvida a partir da Antropologia, porém, reformulada para Enfermagem Transcultural com perspectiva do cuidar humano (LEININGER, 1991).

Em meio aos estudos realizados, Leininger observou influência da cultura dos indivíduos no modo de cuidar, propondo assim sua teoria com o objetivo de descobrir, documentar, conhecer e explicar a interdependência existente entre o cuidado e a cultura, considerando-o como um fenômeno que apresenta semelhanças e singularidades entre os diversos povos (GEORGE, 2000; LEININGER; MCFARLAND, 2006; SILVA, 1996).

A Teoria Transcultural foi definida por Leininger como o estudo de crenças, valores e práticas de cuidados de enfermagem, tal como percebidas e conhecidas cognitivamente por uma determinada cultura, através de sua experiência direta, crenças e sistema de valores (LEININGER, 1991). A autora observou que a falta de reconhecimento da importância que os fatores culturais exercem no ser humano, resultam em uma lacuna no planejamento do cuidado de enfermagem, como se houvesse falta de um elo entre a vida passada do indivíduo com a vida atual (SOUZA; ZAGONEL; MAFTUM, 2007).

Leininger, por meio da Teoria do Cuidado Transcultural, recomenda observar e ponderar quão relevante é a percepção cultural do cuidado para aperfeiçoar as ações de saúde, de modo a conseguir a humanização do cuidado e a legitimação do conhecimento de enfermagem (GEORGE, 2000; LEININGER; MCFARLAND, 2006). Entretanto, o questionamento que se faz é referente ao significado do cuidado proferido por esta teoria. Para Leininger (2002), cuidado são ações, atitudes e prática da assistência ao outro que visam à cura ou à promoção do bem-estar. Já a cultura são valores, crenças e modo de vida de uma determinada sociedade que são percebidos, partilhados e transmitidos entre gerações de forma a influenciar os pensamentos, as decisões bem como as ações de modo igual (LEININGER; MCFARLAND, 2006).

De acordo com Leininger (1991), o cuidado humano é universal, porém seu significado é diversificado e permeia as diversas culturas. Leininger e Mcfarland (2006) relatam que o cuidado é percebido, conhecido e praticado de maneiras diferentes entre as diversas culturas, apesar de haver pontos comuns no cuidado de todas as culturas do mundo e declaram ainda os pontos comuns como universalidade e as diferenças como diversidade. Por isso, as equipes de saúde devem conhecer e apreciar as diversidades culturais do cuidado de seus clientes e respectivas famílias, para que possam compreender as variações no cuidado à saúde e assim desenvolver uma assistência eficaz, que atenda às reais necessidades do indivíduo e sua família de determinada etnia ou sociedade (LEININGER, 1991).

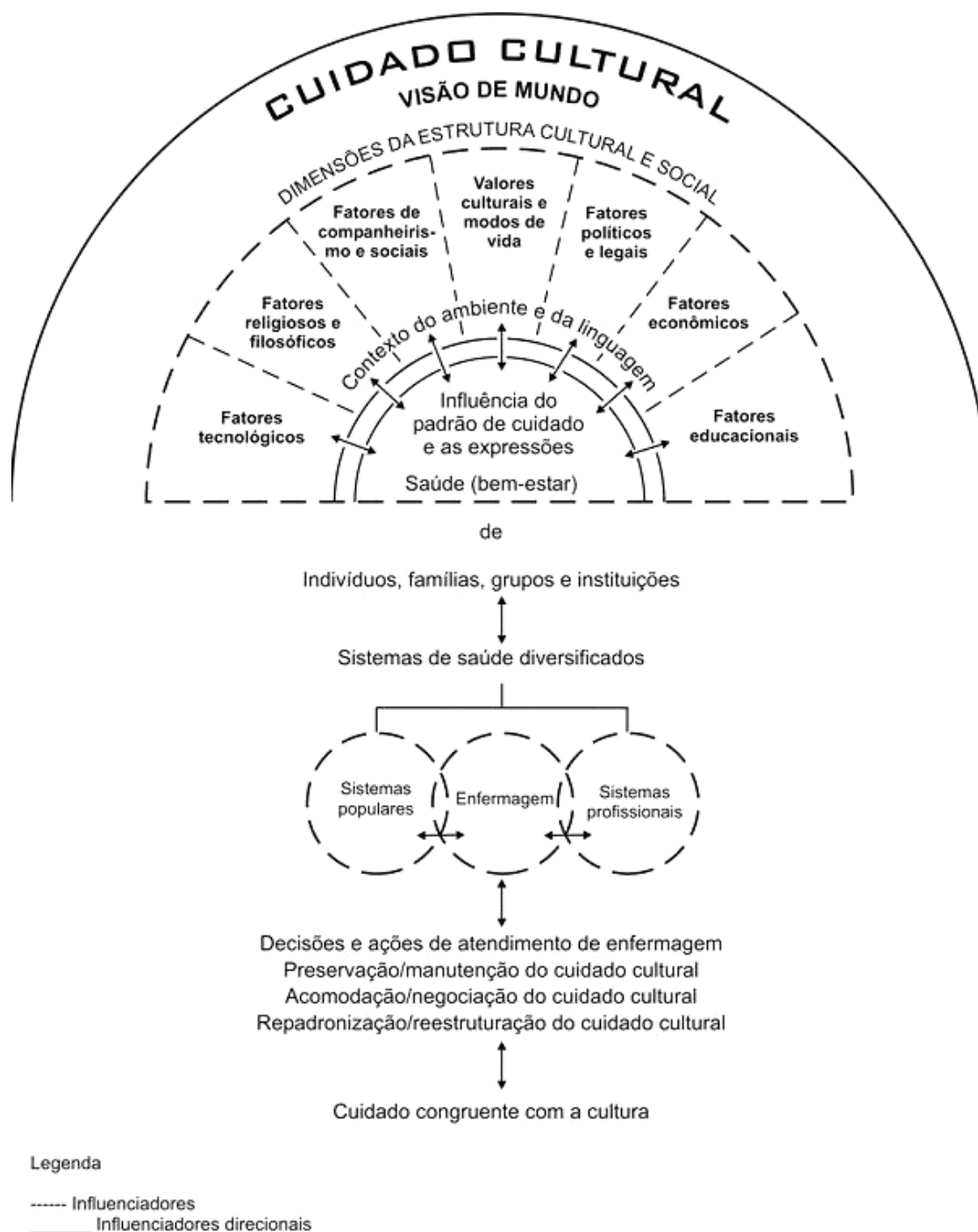
É importante que os profissionais de saúde descubram o significado das práticas de cuidado específicas de cada cultura e como os fatores culturais, especialmente religião, política, economia, visão de mundo, ambiente, gênero, dentre outros fatores, podem influenciar no cuidado ao ser humano (SOARES; KLERING; SCHWARTZ, 2009).

De forma a contribuir para que os profissionais de saúde entendam e contemple o cuidado culturalmente congruente, Leininger (2002) propôs um modelo teórico-conceitual denominado de *Sunrise*, simbolizado pelo “Sol Nascente”, como um guia para os profissionais atuarem na assistência em saúde em busca desta congruência do cuidado (Figura 2).

Este modelo corresponde ao universo e ilustra uma descrição dos componentes de sua teoria, indicando a estrutura cultural e social do sistema popular e profissional para a orientação da operacionalização do cuidado nas diferentes culturas. Esta estrutura do “Sol Nascente” representa a descoberta do cuidado por meio da visão do mundo e de outras variáveis como, por exemplo, a estrutura social e os fatores ambientais. Foi desenvolvido pela autora para embasar o atendimento de enfermagem na tentativa de preservar, acomodar ou repadronizar o cuidado cultural.

A parte superior do modelo “Sol Nascente” descreve a visão do mundo e as dimensões da estrutura cultural e social que influenciam o sistema de saúde, incluindo os fatores tecnológicos, religiosos e filosóficos, de companheirismo e sociais, valores culturais e modos de vida, fatores políticos e legais, econômicos e educacionais.

Na porção inferior, estão os sistemas de saúde formados por indivíduos, famílias, grupos e instituições, que a autora denomina de sistemas populares e profissionais, com o subsistema de enfermagem centrado entre eles.



**Figura 2** - Modelo explicativo de Sunrise, proposto por Leininger.

Fonte: George (2000).

Logo abaixo, no modelo, estão as decisões e ações da assistência de enfermagem que influenciam e direcionam o cuidado congruente com a cultura, distinguindo-se sob três formas específicas: preservação do cuidado, acomodação e repadronização. A preservação consiste na manutenção das práticas já realizadas pelos sujeitos, família ou grupo e que são

benéficos à saúde dos mesmos. A acomodação são as decisões tomadas para viabilizar uma determinada cultura na adaptação de alguma prática de cuidado. Já a repadronização são as ações que propõe a readequação, troca ou alteração de algumas práticas, favorecendo os padrões de cuidado à saúde (LEININGER, 2002).

Santos (2009), quando se refere à Teoria Transcultural de Leininger, relata que esta propicia à enfermagem o respeito pela autonomia e individualidade do cliente, fazendo-o refletir sobre as crenças, valores e necessidades de quem cuida e de quem é cuidado, superando os velhos paradigmas, deixando de levar em conta apenas as suas próprias convicções e filosofias. Desta forma, os enfermeiro e todos os outros profissionais da saúde precisam conhecer as dimensões culturais e sociais que envolvem o cuidado à saúde do idoso indígena e, assim corresponder às expectativas e aos anseios da população assistida com uma assistência congruente às necessidades do idoso indígena.

Pois, o cuidado apenas será culturalmente congruente ou benéfico quando o profissional de saúde conhecer a cultura do cliente e suas formas de cuidar e direcionar a sua prática aos padrões, estilos de vida, crenças e valores culturais dos indivíduos assistidos, considerando o indivíduo como participante no planejamento e ações do seu próprio cuidado (LEININGER; MCFARLAND, 2006).

Vale ressaltar, ainda, que as várias estratégias e técnicas propostas por Leininger auxiliam na interação espontânea da equipe de saúde com os informantes, ajudando-a a documentar, preservar e interpretar o significado do cuidado e experiência de grupos culturais diversos, além de capacitar estes profissionais na obtenção de maior compreensão sobre os significados das experiências do dia a dia das pessoas, em diferentes ou iguais contextos ambientais.

## **4.2 Referencial metodológico**

Utilizou-se como referencial metodológico a etnografia, fundamentada no método etnográfico, proposto por Malinowski (1986). A etnografia tem por finalidade estudar uma sociedade ou uma cultura em sua totalidade, compreendendo o que sentem os indivíduos pertencentes à mesma (MALINOWSKI, 1990).

Em um dos seus estudos, Malinowski (1976) detalha os princípios fundamentais que compõem o método de pesquisa etnográfica. O primeiro refere-se à busca pela organização da sociedade estudada e pela anatomia de sua cultura, que devem ser

delineadas através do método da documentação. Por isso, torna-se importante observar todos os aspectos da cultura nativa e anotar o maior número possível de manifestações concretas do que é observado em um diário de campo (MALINOWSKI, 1976).

Nesta etapa é realizada uma descrição minuciosa do arcabouço cultural envolvendo todos os fenômenos. Para Malinowski (1986), não existem aspectos que não sejam relevantes e essenciais, no entanto, o foco aos objetivos deve ser constante no esquema mental do pesquisador. Mesmo os aspectos considerados corriqueiros ou exóticos precisam ser registrados sem julgamentos ou preconceitos, lembrando sempre que o etnográfico busca a descrição e não o julgamento de tais fenômenos. O pesquisador assume o papel de cronista e historiador, documentando os fatos e os relatando (GEERTZ, 1989).

O segundo caminho completa o primeiro, ao tratar dos *imponderáveis* da vida real, referido aos fenômenos cotidianos que devem ser observados por meio do acompanhamento da vida do grupo estudado. Assim, os diversos tipos de comportamentos podem ser coletados através de observações detalhadas e minuciosas, possibilitadas apenas pelo contato íntimo com a vida nativa (MALINOWSKI, 1976).

Fundamentada em uma observação sistematizada, a etnografia exige que o pesquisador não olhe simplesmente o que está acontecendo, mas observe com detalhes as interações sociais do grupo em busca de certos acontecimentos específicos (QUEIROZ et al., 2007). Segundo Geertz (1989), o olhar do pesquisador deve estar atento a todos os detalhes para que este consiga perceber o ambiente e as interações com todos os sentidos e apreendê-lo nas diversas dimensões possíveis. Nesta perspectiva, é solicitado um cuidado minucioso ao posicionamento do pesquisador em campo, cuja neutralidade é vista como alternativa eficaz em discussões que requerem opiniões pessoais (FOOTE-WHYTE, 1990). Isto contribui para a coleta de dados por meio de observações, fazendo-se necessária a participação do etnógrafo no cotidiano dos sujeitos pesquisados, ainda que em alguns momentos os instrumentos de coleta de dados tenham que ser afastados do campo de pesquisa, como gravadores, lápis e caderno de notas (MALINOWSKI, 1986), de modo a possibilitar a interação do pesquisador com os observados.

Ao se inserir na rotina dos sujeitos estudados, o pesquisador deixa de ser visto como estranho e as atividades se aproximam bastante daquilo que realmente são quando ninguém está observando (MALINOWSKI, 1986). Esta aproximação conduz ao aumento da confiança, que é observada com o fornecimento de explicações e informações mais fidedignas (FOOTE-WHYTE, 1990).



A busca das informações etnográficas ocorre principalmente por intermédio de observação participante e entrevistas. A observação participante é uma das técnicas muito utilizada pelos pesquisadores que adotam a abordagem qualitativa e consiste na inserção do pesquisador no interior do grupo observado, tornando-se parte dele, interagindo com os sujeitos, buscando partilhar o seu cotidiano para sentir o que significa estar naquela situação (QUEIROZ et al., 2007). A observação participante se realiza por meio do contato direto do pesquisador com o fenômeno estudado, com a finalidade de obter informações sobre a realidade das pessoas em seus próprios contextos (GUALDA; HOGA, 1997).

A observação participante se torna presente, com trocas de informações e envolvimento com a população de estudo, pois, conforme Schwartz e Schwartz (1955), a observação participante é um processo pelo qual se mantém a presença do observador numa situação social com a finalidade de realizar uma investigação científica. O observador está em relação face a face com os observados e, ao participar da vida deles no seu cenário natural, colhe os dados. Assim, o observador é parte do contexto em observação, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado por este contexto (CICOUREL, 1990).

O diálogo aparece como forma essencial para o detalhamento da observação participante e para riqueza das informações da descrição do arcabouço cultural, na qual, muitas vezes, não seriam contempladas apenas com entrevistas formais (FOOTE-WHYTE, 1990). A observação participante, segundo Cicourel (1992), pode complementar a análise de conversa, de modo a cobrir a lacuna da gravação.

Por fim, o terceiro passo é denominado de *corpus inscriptionum*, referido à coleta de narrativas típicas, palavras e expressões características dos nativos que contribuem para a compreensão da sua visão de mundo. Procurando descobrir os modos de pensar e sentir típicos à cultura estudada (MALINOWSKI, 1976).

Na etnografia, o pesquisador dispõe de informantes-chave para ajudá-lo na compreensão dos achados, aprofundando os conhecimentos da cultura e sua visão de mundo do cenário estudado. Os informantes, na maioria das vezes, são conhecedores da cultura e costumes locais, com bagagem indescritível de experiência neste ambiente, sendo, muitas vezes, um membro muito respeitado na sociedade. Cabe ao pesquisador definir seus informantes-chave, no entanto, a tendência é que os próprios indivíduos estudados indiquem a pessoa adequada, respeitando o código de ética daquele ambiente. Assim, o pesquisador necessita de muita atenção e tato na abordagem dos informantes

indicados, principalmente ao fato de estarem naturalmente inclinados a guardar informações importantes da organização e estrutura dos indivíduos a serem pesquisados (MALINOWSKI, 1986).

A partir da aplicação prática destes princípios, pautado em um constante diálogo entre a observação participante e as descrições etnográficas, o método proposto por Malinowski compreende uma investigação aprofundada da vida nativa de modo que o etnógrafo possa compreender a organização social da vida tribal, sintetizados através da compreensão do ponto de vista nativo (MALINOWSKI, 1986, LARGE, 2009). A descrição detalhada do objeto estudado que o método etnográfico proporciona, busca revelar o mundo do outro através do olhar do pesquisador, pois, o objetivo principal é captar a percepção do grupo estudado, sua relação com a vida e apreender a sua visão de mundo e só então apresentar os resultados (CICOUREL, 1990; GEERTZ, 2011).

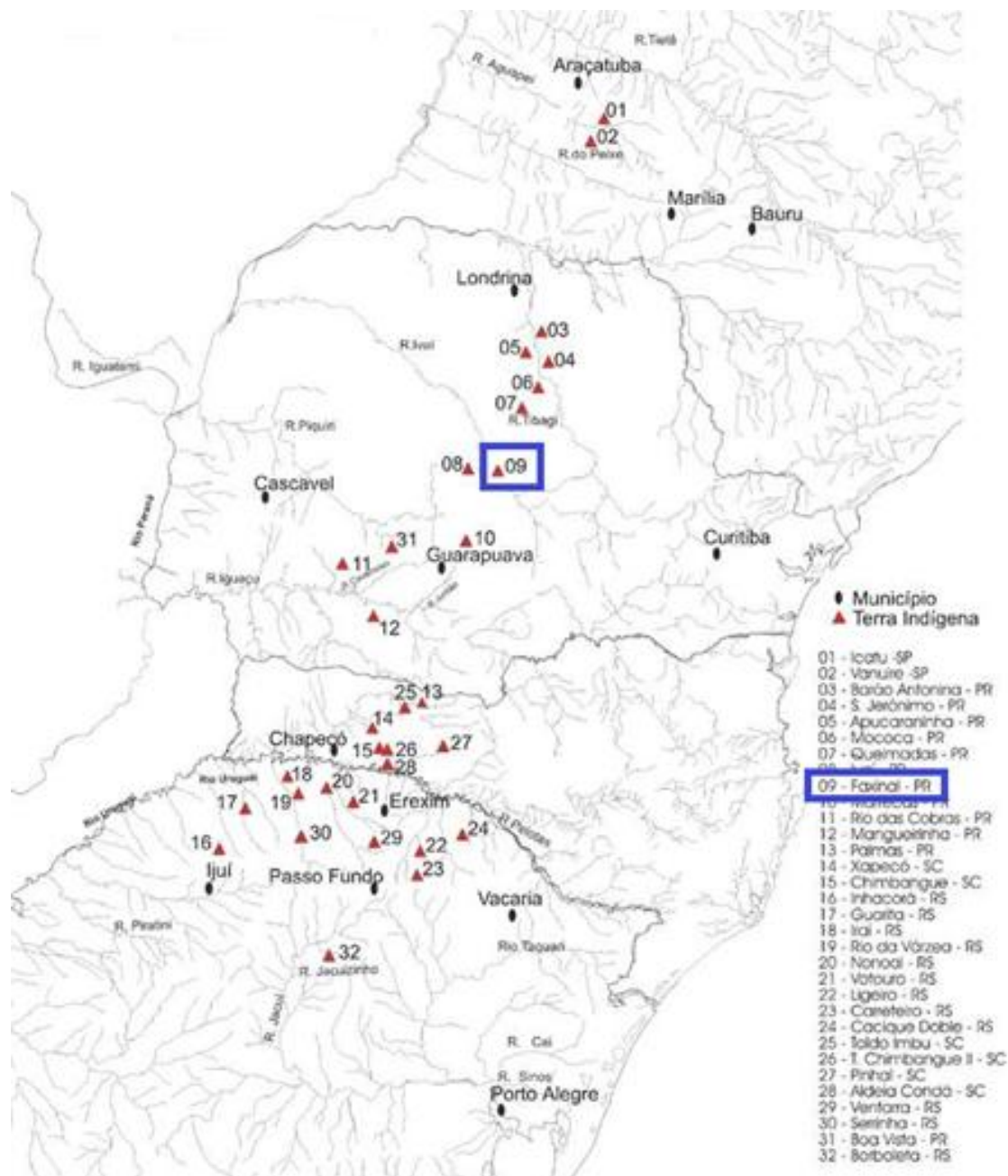
Quando em posse de algumas informações, cabe ao etnógrafo uma sistematização dos achados, para que consiga permear a identificação dos dados relevantes, desvendando, assim, os fenômenos propostos no estudo (GEERTZ, 1989; MALINOWSKI, 1986).

### **4.3 Local do estudo**

Os Kaingang estão entre os mais numerosos povos indígenas do Brasil e falam uma língua pertencente à família linguística Jê, integrando, junto com os Xoklêng, os povos Jê Meridionais (MOTA, 2009). Atualmente, os Kaingang ocupam pouco mais de 30 áreas indígenas representando cerca de 33.064 habitantes espalhados principalmente no Sul do Brasil, distribuídos nos Estados do Paraná, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e São Paulo (FAUSTINO et al., 2010; LANÇA; NOVAK, 2011).

No Estado do Paraná há 18 Terras Indígenas (TIs), com 9.015 indígenas espalhados por todo seu território. As TIs ocupam uma área de 85.264,30 hectares abrigando as etnias Kaingáng, Guaraní e alguns remanescentes do povo Xetá (MOTA, 2003).

O presente estudo foi realizado na Terra Indígena Faxinal (TIF), localizada no município de Cândido de Abreu, região Centro-Sul do Estado do Paraná, sob jurisdição do DSEI Interior Sul, cujo Polo-base localiza-se no município de Guarapuava (Figura 3). A TIF encontra-se a 6 km de distância da área urbana e possui uma extensão de território de 2.043,89 hectares, tendo aproximadamente 600 habitantes no local, todos predominantemente da etnia Kaingang (FAUSTINO et al., 2010).



**Figura 3** - Mapa de Terras Indígenas Kaingang no Distrito Especial Indígena Interior Sul.  
 Fonte: ISA (2001).

Majoritariamente, as famílias Kaingang residem na sede da TIF, área próxima à Escola Estadual Indígena Professor Sergio Krigriava Lucas e da UBS, a qual é mantida pela Sesai, assemelhando-se a um pequeno vilarejo (Figura 4). Observou-se, no entanto, que algumas famílias, principalmente as constituídas por casais de idosos, mantinham suas residências afastadas da sede da TIF. Identificou-se, também, outros serviços sociais

disponíveis aos indígenas como, o escritório da Funai, duas Igrejas, uma Católica e outra Evangélica, cadeia indígena e Centro de Memória e Cultura da Comunidade Kaingang, os quais podem ser visualizados na Figura 4.



**Figura 4** – Disposição da infraestrutura da Terra Indígena Faxinal de Catanduvas.

Fonte: Google earth, 2013.

Na TIF, a maioria das residências foi construída a partir de recursos do governo estadual e seguem padrões distintos, conforme a época em que foram construídas. Na década de 1980, o governo do Paraná construiu casas pré-moldadas sem repartimentos (Figura 5). A partir de 2003, a Companhia de Habitação do Paraná (Cohab-PR), por meio do programa de construção de casas em comunidades indígenas, nominado ‘Casa da Família Indígena’, foram construídas novas casas na TIF. As casas possuem 52 m<sup>2</sup>, são construídas em alvenaria com esquadrias em madeira, dois quartos, sala, cozinha, banheiro externo, varanda e cobertura em telhas de cerâmicas (Figura 6).





**Figura 5** – Casa indígena construída em 1980.

Fonte: Coleta de dados 2012-2013.



**Figura 6** – Casa indígena construída a partir de 2003 pela Companhia de Habitação do Paraná (Cohab-PR).

Fonte: Coleta de dados 2012-2013.

Ressalta-se, ainda, que alguns idosos, principalmente aqueles com idade mais avançada, optam por residir em casas de madeira, sem repartimento, geralmente construída ao lado das casas de alvenaria, de chão batido e cobertas de telhas ou lona (Figura 7).



**Figura 7** – Casas indígenas de madeira.

Fonte: Coleta de dados 2012-2013.

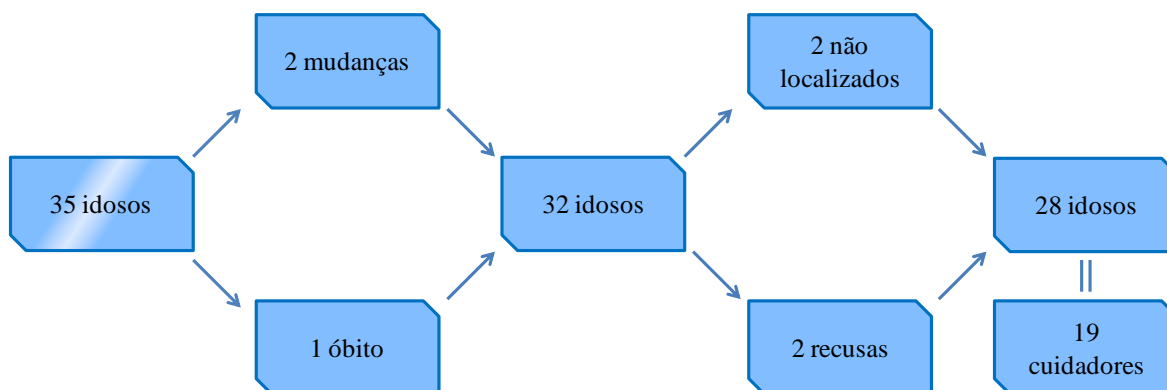
Vale ressaltar que as casas construídas com recursos do governo estadual possuem água encanada e luz elétrica. Como já mencionado, as casas construídas pela Cohab-PR dispõem de banheiro externo, e as demais contam com banheiros coletivos disponibilizados para, aproximadamente um conjunto de quatro casas. No entanto, o uso de instalações sanitárias não constitui uma regra para esta população, que prefere satisfazer suas necessidades fisiológicas na natureza.

#### 4.4 Sujeitos do estudo

Fizeram parte do estudo idosos e seus cuidadores principais residentes na Terra Indígena Faxinal. Considerou-se idoso o sujeito com idade igual ou superior a 60 anos, conforme denominação da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005) para países em desenvolvimento, ainda que o conceito de idoso para os indígenas seja por classe social e não por grupo etário. Adotou-se esse conceito por considerar que, independente de etnia, os índios são brasileiros, ou seja, fazem parte da população de país em desenvolvimento. Esse critério possibilitou, ainda, a discussão dos resultados obtidos com a literatura científica disponível relacionada à saúde do idoso.

Por esta dissertação fazer parte de um projeto de pesquisa maior, a seleção dos idosos ocorreu por meio da listagem com todos os residentes da comunidade, fornecida ao grupo de pesquisa em novembro de 2010 pela UBS da TIF e da lista de beneficiários do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e da Bolsa-Família disponibilizadas no mesmo período pelo escritório da Funai. Neste período, os pesquisadores excluíram das listas os nomes coincidentes e selecionaram os indivíduos com 60 anos ou mais, identificando a princípio 41 idosos. Destes, verificou que cinco tinham falecido e quatro não residiam mais na TIF.

Assim, em dezembro de 2012, após nova consulta as listas atualizados pela UBS e escritório da Funai, identificaram-se 35 indivíduos com 60 anos ou mais. Destes foram excluídos os idosos que haviam mudado para outras TIs e os óbitos. O fluxograma da seleção dos sujeitos do estudo está apresentado na Figura 8.



**Figura 8** - Fluxograma da seleção dos sujeitos do estudo.

Fonte: Coleta de dados (2012 – 2013)

No decorrer da coleta de dados, tiveram duas recusas e dois idosos foram excluídos por não serem localizados no período em que foram realizadas as entrevistas. Os cuidadores, por sua vez, foram identificados por meio da indicação dos idosos. Considerou-se como cuidador aquela pessoa que acompanhava ou prestava cuidados ao idoso, podendo ser familiar ou não.

Como a pesquisa etnográfica permite utilizar informantes para auxiliar na obtenção e validação dos dados, além dos idosos e seus cuidadores, foram selecionados na comunidade dois informantes-chave, observando os critérios mencionados por Rosa, Lucena e Crossetti (2003), de identificar pessoas que representam e conheçam a cultura e demonstrem potencial para revelar as informações.

Os informantes eram um do sexo feminino e um do sexo masculino. A mulher é indígena, tem 45 anos de idade e reside na TIF desde seu nascimento, sendo neta de um antigo cacique muito importante, segundo a população, para a história dessa comunidade. O segundo informante não é indígena, tem 68 anos e trabalhou com indígenas Kaingang durante toda sua vida adulta, permanecendo na TIF por 31 anos, período em que também residiu nesta TI, demonstrando profundo conhecimento da cultura.

## **4.5 Coleta de dados**

### **4.5.1 Estratégias de coleta**

Por se tratar de uma pesquisa pautada na etnografia, foi possível utilizar vários recursos para a coleta de dados, como a observação participante, diário de campo, informantes-chave e entrevista.

Foram utilizados para a coleta de dados três instrumentos. O primeiro referente à caracterização dos idosos e seus cuidadores (idade, sexo, escolaridade, renda, benefícios, atividade laboral, composição familiar e número de moradores) e a caracterização do domicílio (material, presença de banheiros, números de cômodos, energia elétrica, água encanada e peridomicílio) (APÊNDICE A). O segundo instrumento consistiu no roteiro de observação com questões a serem observadas junto aos sujeitos do estudo, abrangendo questões relacionadas às percepções dos idosos e seus cuidadores principais sobre a atuação dos serviços de atenção básica e o acesso a estes serviços (APÊNDICE B). Por

último, o terceiro constituiu-se um roteiro para a entrevista com os idosos e os cuidadores abordando questões semelhantes às do roteiro de observação (APÊNDICE C).

Na entrevista foram abordadas questões referentes aos objetivos do estudo, as percepções em relação à atuação dos serviços de saúde na TIF e nos serviços de atenção secundária e terciária, experiências vivenciadas pelo idoso e/ou cuidador no atendimento à saúde. A abordagem ao idoso e de seu cuidador ocorreu em vários momentos, permitindo contatos individuais para ampliar as oportunidades de expressão dos pensamentos.

Para complementar os dados e compreender os aspectos relacionados aos objetivos propostos, os pesquisadores abordaram os membros da família, provedores de cuidado ao idoso e pessoas consideradas significantes para a família e a comunidade, elencando assim, os informantes-chave do estudo, considerando os critérios já descritos anteriormente de conhecimento da cultura e disponibilidade de fornecer informações mais detalhadas.

Utilizou-se ainda como fonte de informação o diário etnográfico, no qual foram anotadas as percepções e reflexões dos fatos ocorridos com a população no decorrer da coleta de dados. Conforme Malinowski (1986), a utilização de diários etnográficos pelo pesquisador permite o registro adequado das observações realizadas, viabilizando um material expressivo e fidedigno por meio das notas.

Os instrumentos foram elaborados na língua portuguesa e traduzidos por um intérprete da língua nativa no decorrer da entrevista, conforme a necessidade dos sujeitos. O uso do intérprete foi necessário visto que muitos idosos falavam o idioma nativo da etnia, o Kaingang. Para melhor adequação dos instrumentos, estes foram avaliados por quatro enfermeiros doutores em áreas afins ao estudo.

As visitas domiciliares e as entrevistas foram realizadas, em sua maioria, com a colaboração de um Agente de Saúde Indígena que atuou como intérprete bilíngue, considerando que a maioria da população fala sua língua nativa, o Kaingang, a qual é filiada do tronco linguístico Macro-Jê. Dentre os 28 idosos entrevistados, oito indivíduos falavam exclusivamente a língua Kaingang e 20 eram bilíngues, contudo, observou-se a dificuldade de compreensão destes mediante a utilização de vocabulários mais complexos.

Os informantes-chave eram todos bilíngues, inclusive aquele não indígena, o que permitiu que os diálogos ocorressem sem problemas na comunicação com os pesquisadores.

As entrevistas foram gravadas em aparelho MP3 e transcritas. Nessa etapa de transcrição foi solicitado o auxílio do segundo tradutor do idioma Kaingang para validação



do conteúdo das falas. Esse tradutor foi uma indígena Kaingang, acadêmica do curso de enfermagem e participante do projeto de pesquisa, a qual não participou da coleta de dados. Os mesmos procedimentos foram seguidos para entrevistas com familiares e/ou demais informantes-chave identificados no decorrer do estudo. Nos casos em que o indivíduo compreendia bem o português e foi capaz de se expressar sem dificuldade, foram realizadas entrevistas e visitas sem a presença do intérprete.

Ao longo da permanência do pesquisador em campo, todas as percepções e os acontecimentos foram registrados em seu diário de campo, inclusive as reflexões decorrentes das situações observadas, sendo que em alguns momentos mediante a leitura dos registros de diário de campo surgiram dúvidas em relação à interpretação das reflexões, que foram esclarecidas em retornos aos domicílios dos sujeitos pesquisados; agiu-se da mesma forma nas situações em que se identificou alguma lacuna na descrição do fenômeno estudado.

Assim, a coleta de dados foi encerrada quando o objetivo do estudo foi alcançado e os dados coletados puderam ser descritos sem dúvidas por parte da pesquisadora.

#### 4.5.2 Atuação dos pesquisadores em campo

Como já mencionado anteriormente, este estudo faz parte do projeto de pesquisa **“Os Saberes e Práticas de saúde de Famílias de idosos Kaingang na Terra Indígena Faxinal-PR”**, financiado pela Fundação Araucária por meio do Programa de Pesquisa para o SUS: Gestão compartilhada em Saúde.

O projeto de pesquisa mencionado busca descrever as condições de vida e saúde de idosos indígenas de etnia Kaingang, bem como investigar os saberes e práticas de cuidado tradicionais e profissionais junto às famílias dos idosos e a importância do significado cultural dessas práticas para os familiares; objetiva-se, ainda, avaliar as facilidades e dificuldades de acesso aos serviços públicos de saúde dessas famílias de idosos e, por fim, avaliar a atuação dos serviços de atenção básica e da rede de referência do SUS junto às famílias de idosos Kaingang, na perspectiva dessas famílias.

Para sua realização, constituiu uma equipe de trabalho, formada por docentes do curso de graduação e Pós-Graduação em Enfermagem, Pedagogia e História da Universidade Estadual de Maringá – UEM, bem como por discentes dos referidos cursos, sendo que três eram bolsistas de Iniciação Científica do curso de Enfermagem. A equipe de

coleta de dados era constituída por uma enfermeira apoio técnico e duas mestrandas em Enfermagem da referida universidade.

O projeto de pesquisa teve início em junho de 2010 com final em setembro de 2013. No período de junho de 2010 a fevereiro de 2012, a pesquisadora foi bolsista apoio técnico do projeto de pesquisa em questão, participando de todas as viagens à TIF, cuja finalidade era coletar dados.

Do referido projeto originaram-se três dissertações, contanto com o presente estudo, a primeira, **“O cuidado de saúde de famílias de idosos Kaingang na Terra Indígena Faxinal, PR”** e a segunda dissertação intitulada **“O cuidado profissional ao idoso Kaingang na Terra Indígena Faxinal, Paraná, Brasil”**, ambas já descritas.

Desta forma, para realizar a terceira dissertação e alcançar os objetivos propostos, utilizou-se o banco de dados do projeto de pesquisa. Estes dados compreendem o período de novembro de 2010 a fevereiro de 2012, referentes a oito viagens a campo na TIF, com permanência de aproximadamente sete dias em cada viagem. Para além do banco de dados, foram realizados outros momentos de inserção no campo com a finalidade de aprofundar os aspectos investigados nesta pesquisa, os quais ocorreram no período de dezembro de 2012 a fevereiro de 2013, mediante três viagens à TIF. A permanência dos pesquisadores em campo, tanto nas viagens anteriores à coleta de dados como nas específicas para este estudo, foi possível parceria existente entre as lideranças da TIF e a UEM, instituição a qual o projeto está vinculado.

Nas primeiras viagens, os pesquisadores permaneceram em campo mediante à disponibilização de uma casa na TIF utilizada por outros pesquisadores e a equipe de saúde. Após a inauguração do Centro de Memória e Cultura da Comunidade Kaingang, em novembro de 2011, os pesquisadores passaram a se hospedar neste local, onde eram disponibilizados os alojamentos. A permanência na aldeia durante as viagens de coleta de dados possibilitou a aproximação dos pesquisadores aos sujeitos estudados, que por meio das conversas informais revelaram detalhes relevantes da pesquisa. Algumas refeições eram realizadas em companhia dos idosos e alguns cuidadores.

O primeiro contato com a população em estudo teve a finalidade de apresentar o projeto de pesquisa às lideranças da comunidade, esclarecendo os objetivos propostos, forma de pesquisa e apresentação da equipe de pesquisadores que participariam do trabalho de campo, já descrita. Neste primeiro contato, a liderança indígena nos orientou sobre as regras da comunidade e a necessidade de respeitá-las. As viagens foram comunicadas com

antecedência ao cacique, que autorizou ou sugeriu outro momento para o desenvolvimento das atividades na TI, ao chefe da Funai responsável pela TIF, estendendo-se à equipe de saúde.

Neste período os pesquisadores foram convidados pelo enfermeiro da UBS a programar uma atividade voltada a orientações e esclarecimentos sobre o parto hospitalar. Esta atividade possibilitou a aproximação com os sujeitos a serem estudados, de forma a construir uma relação de confiança entre pesquisadores e pesquisados, para, posteriormente, identificar a atuação dos serviços de saúde e o acesso dos idosos indígenas aos serviços oferecidos à população em estudo a partir das percepções dos mesmos e de seus cuidadores.

A etnografia, segundo Malinowski (1986), tem início a partir do conhecimento da dinâmica local em que a população a ser estudada está inserida, visto que as questões levantadas necessitam de um arcabouço de informações vivenciadas pelos pesquisadores para serem compreendidas. Assim, para que a pesquisa fosse construída em conformidade ao referencial metodológico escolhido, em novembro de 2010, a pesquisa deu enfoque à organização social do grupo Kaingang, com a finalidade de compreender a dinâmica social dos indígenas.

Esta viagem permitiu que os pesquisadores tivessem maior aproximação com as regras sociais deste grupo, as quais deveriam ser consideradas para a permanência em campo de pesquisa, sendo que a transgressão das mesmas poderia comprometer o vínculo, ainda em construção, com os Kaingang.

De posse de diversas anotações e registros, os pesquisadores retornavam ao município de origem para leitura e início das reflexões e análise dos dados referentes à cultura Kaingang e aos objetivos do estudo. As interrupções na coleta de dados se mostraram relevantes e essenciais para que as dúvidas advindas da pesquisa fossem organizadas e buscadas na literatura, de forma a elaborar inferências a serem confirmadas na próxima etapa de coleta de dados, bem como contribuíram para a adequação de estratégias de abordagem à população.

A partir das primeiras inferências, os pesquisadores sentiram necessidade de conhecer os aspectos relacionados ao cuidado tradicional das famílias Kaingang ao idoso, antes de iniciar a observação das percepções dos idosos e cuidadores sobre a atuação dos serviços de saúde e o acesso a estes serviços. O *lócus* se fez na dinâmica do cuidado tradicional aos idosos. A observação dos idosos indígenas proporcionou o entendimento

sobre o seu papel na sociedade e no âmbito familiar, a compreensão sobre a dinâmica do processo de cuidar entre famílias e a importância dos profissionais de saúde perante este processo da família.

A princípio, as interações com os idosos foram permeadas de insegurança e atitudes de desconfiança, comum ao processo de formação de vínculo com a comunidade. Assim, com o intuito de fortalecer a relação, ainda em construção, os pesquisadores utilizaram como estratégia a aferição da pressão arterial e glicemia capilar, ações valorizadas pela comunidade indígena. Estas aferições foram realizadas nos domicílios, por meio de visitas, que além de proporcionar a observação da relação intrafamiliar, contribuiu para que os pesquisadores analisassem as condições de moradia desta população. Os resultados de tais aferições foram repassados à equipe de saúde, colaborando com a qualidade da assistência prestada pelo serviço de saúde local.

O fato de os idosos falarem o seu idioma tradicional, o Kaingang, necessitou que os pesquisadores fossem acompanhados por intérprete bilíngue, cuja finalidade era de facilitar o diálogo com os idosos. Os intérpretes eram AIS, membros da equipe de saúde da TIF, os quais constituíam elemento essencial nos aspectos relacionados com saúde na comunidade estudada e que os idosos respeitavam e confiavam nas informações oferecidas por este profissional.

Neste período, os pesquisadores iniciaram a observação primária, voltada aos idosos e seus cuidadores, com finalidade de compreender as práticas de cuidado das famílias Kaingang ao idoso. Nesta fase, os pesquisadores adentraram no mundo dos indígenas, obtendo informações importantes, estabelecendo uma relação mais consistente de confiança com os idosos e cuidadores, colocando-se disponíveis para ouvi-los. Essa fase possibilitou a organização e o planejamento de estratégias para a coleta de dados nas próximas viagens (ROSA; LUCENA; CROSSETTI, 2003).

Dando continuidade à observação primária, os pesquisadores permaneceram na UBS, de forma a observar a assistência prestada ao idoso Kaingang pelos profissionais de saúde que atuavam na TIF, bem como o relacionamento entre paciente e profissional, motivos que levavam os idosos a procurar a UBS. Neste período, evidenciou que o enfoque da assistência dos profissionais era voltado à saúde da criança com pouca ênfase na assistência ao idoso. O enfermeiro se mostrou bastante dinâmico; no entanto, percebeu-se que a assistência direta deste profissional para a comunidade indígena era limitada, uma vez que os trâmites burocráticos e organizacionais ocupava grande parte de seu tempo.

Destaca-se ainda que os pesquisadores realizaram observação primária com participação limitada, como é proposto em estudos etnográficos (LEININGER, 1985; LEININGER, 2002; MALINOWSKI, 1986). Nesta fase, a pesquisadora começa a interagir com os sujeitos em estudo e observar suas respostas (ROSA; LUCENA; CROSSETTI, 2003).

Neste período da coleta foi possível que os pesquisadores participassem de cerimônias religiosas, em torneios de futebol realizados na TIF, permitindo maior aproximação com a população estudada fortalecendo as relações de confiança. Além da participação nestas atividades, a pesquisadora pode acompanhar alguns informantes em consultas, procedimentos na UBS e no processo de encaminhamento aos serviços de referências do SUS, bem como no atendimento hospitalar, contribuindo para a realização de inferências referentes aos atendimentos no nível secundário, implicando a importância de estudos acerca dos serviços secundários e terciários de saúde indígena. Isto permitiu a pesquisadora permanecer mais tempo com o participante, possibilitando maior aproximação e observação detalhada. Também iniciou as conversas informais, de modo a identificar e buscar compreender como estes percebem a atuação dos serviços de saúde (SILVEIRA et al., 2009; ROSA; LUCENA; CROSSETTI, 2003).

Na terceira fase de observação, a pesquisadora torna-se participante mais ativo e a observação tende a diminuir pelo fato de perceber a dificuldade de observar com frequência todos os aspectos que estão ocorrendo enquanto se participa das atividades dos informantes, no entanto, é necessário que a pesquisadora se mantenha atenta à condição de observadora (LEININGER, 1991; LEININGER, 2002; MALINOWSKI, 1990).

Nesta fase, durante a realização de ações conjuntas, os pesquisadores tornaram-se participantes mais ativas nas vidas dos idosos e seus cuidadoras, embora se mantendo atentos à condição de observação. Segundo Silveira et al., (2009), esta etapa favorece o envolvimento entre pesquisador e sujeitos estudados, o qual permite não apenas apreender as visões de mundo, sentimentos, significados atribuídos e suas vivências como sujeitos. Além disso, possibilita comprovar que a participação direta associada à continuidade da observação, favorece a aproximação com os sentimentos e com as experiências vividas dos informantes, além de fortalecer os vínculos e a relação de confiança (ROSA; LUCENA; CROSSETTI, 2003).

Além das interações nas mais diversas atividades do cotidiano dos idosos, como acompanhá-los no atendimento na UBS, existiram momentos em que os pesquisadores

eram incitados a emitir opiniões sobre aspectos relacionados ao atendimento de saúde. No entanto, os pesquisadores optaram pela neutralidade para observar as percepções dos informantes.

De tal modo, em dezembro de 2012, voltou-se à coleta de dados para os objetivos do presente estudo, descrever o acesso do idoso indígena aos serviços públicos de saúde e também compreender as perspectivas deles e de seus cuidadores sobre a assistência no SUS. Assim, deu-se início às entrevistas com os idosos e cuidadores, e continuidade as observações. Estes foram abordados em momentos diferentes, para evitar possíveis constrangimentos, e assim perda de informações que poderiam ser relevantes ao estudo. Vale ressaltar que o desenvolvimento do método etnográfico permite a flexibilidade das etapas propostas em cada fase da coleta de dados, uma vez que estas se inter-relacionam, não ocorrendo de maneira estanque (ROSA; LUCENA; CROSSETTI, 2003).

As entrevistas foram realizadas nos domicílios dos idosos, sendo abordadas questões sobre o objetivo do estudo e aprofundado aspectos observados, possibilitando assim correções, esclarecimentos e também confirmação de impressões e inferências realizadas a partir da observação participante realizada pela pesquisadora no projeto de pesquisa.

No final de janeiro de 2013, segundo momento da coleta de dados, deu-se início às entrevistas, porém a pesquisadora voltou seu olhar para a observação dos idosos durante a procura dos serviços de saúde, acompanhando os mesmos à UBS da TI e serviços de referência. Foram observadas, no entanto, as reações e expectativas dos idosos e cuidadores frente à assistência profissional.

Em fevereiro de 2013, último momento de coleta de dados, os pesquisadores finalizaram as entrevistas e realizaram observações reflexivas sobre o que já tinha sido vivenciado e também sobre o que estava acontecendo. A observação reflexiva é olhar para trás reflexivamente sobre o que aconteceu e recapturar a situação e o processo total do que aconteceu, avaliando as informações encontradas (LEININGER, 1991), tal qual na prática isto ocorre durante todo o processo de coleta de dados, porém determinar um período específico para sua realização dá maior credibilidade às inferências formuladas pelos pesquisadores (SILVEIRA et al., 2009).

A observação reflexiva permitiu à pesquisadora avaliar suas próprias influências, sua evolução no processo de aprendizagem do saber ouvir e observar, obter uma ideia mais completa sobre os acontecimentos e o processo de pesquisa como um todo, rever situação,

redirecionar o olhar e reavaliar os dados encontrados, procurando analisar o comportamento e ações globais dos pesquisados, como: postura, gestos, mímicas, mudanças no tom da voz, sorriso, modos de agir, percepções de como os profissionais agem frente às situações vivenciadas no contexto de trabalho; o que é dito ou não dito, o que é feito ou não é feito frente às situações, quais as reações diante das ações de outros (LEININGER, 1985; LEININGER; MCFARLAND, 2006). Para contribuir nas reflexões, os pesquisadores buscaram manter constantes diálogos com os informantes-chave escolhidos.

#### **4.6 Análise dos dados**

A análise das informações da pesquisa ocorre por meio da etnoenfermagem, proposta por Madeleine Leininger, constituída por quatro fases, a qual deve ocorrer em simultaneidade à coleta de dados, num movimento crescente de complexidade (LEININGER, 1985). Na etnoenfermagem, ainda que a análise seja dividida em fases, estas não são estanques: inter-relacionam-se, num movimento de ida e vinda de modo imbricado, ou seja, a análise dos dados acontece concomitantemente às técnicas de observação e entrevista, a partir do início do processo de coleta de dados até o seu final (LEININGER, 1985; SILVEIRA, et al., 2009).

No decorrer das diversas fases, surgem novas dimensões do conhecimento, dando origem a questionamentos que viabilizam a ampliação das informações encontradas (ROSA; LUCENA; CROSSETTI, 2003). Isso é possível porque o método utilizado permite à pesquisadora esclarecer os aspectos que expõem dúvidas junto aos seus informantes, possibilitando a confirmação e validação das formulações teóricas ainda na coleta de dados.

O processo de análise envolve o que é dito e observado, posturas, gestos, sentimentos, a compreensão de valores que norteiam as ações dos sujeitos, reunidos para obter uma visão total do fenômeno (LEININGER, 1985; LEININGER, 2002). Assim, procurou-se atentar para similaridades e diferenças, abarcando aspectos de estruturas sociais: valores políticos, familiares, sociais, econômicos, religiosos e práticas de cuidados das famílias e dos idosos Kaingang.

Leininger (1985) propõe a análise das informações em quatro fases: 1) a coleta e documentação dos dados brutos; 2) a identificação de descritores e componentes; 3) a

análise contextual e de padrão e 4) a identificação dos temas, achados relevantes e formulações teóricas, descritas a seguir:

- a primeira fase constitui-se da coleta, registro e organização das informações. Esta etapa da pesquisa teve como finalidade compreender e reconhecer o conteúdo da informação colhida, facilitando a compreensão dos dados. Para tanto, fez-se necessário ler, reler e refletir sobre os achados, utilizando-se dos registros realizados no diário de campo, sendo analisados os dados relacionados com os informantes. Assim, procurou-se realizar interpretações e atribuir significados frente às percepções dos idosos Kaingang e seus cuidadores principais sobre assistência profissional recebida e o acesso aos serviços de saúde.

- na segunda fase identificaram-se as categorias e seus componentes. Nesta fase, as informações, destacadas na fase anterior, foram estudadas para identificar as diferenças e semelhanças entre os comportamentos dos idosos e cuidadores, correspondentes à questão de pesquisa. A partir dos significados e comportamentos definidos, os dados começaram a ser organizados em categorias e subcategorias, as quais passaram a caracterizar os componentes da análise. Também foi reestruturado o roteiro de entrevista com alguns enfoques gerais e contempladas situações específicas a cada informante-chave, de acordo com observações pontuais em particular, dando-se início às entrevistas.

- a terceira fase caracterizou-se pela análise do contexto e dos padrões. Os dados obtidos nas entrevistas, após serem transcritos, foram minuciosamente analisados, comparados e organizados concomitantemente com as subcategorias anteriores para descobrir padrões de comportamento e significados do contexto. Posteriormente a isto, as informações foram validadas mediante a apresentação das informações para os entrevistados e informantes-chave, de modo a resgatá-las e aprofundá-las.

Por fim, na quarta fase realizou-se a abstração das categorias, dos resultados encontrados e as formulações teóricas. Esta fase exigiu síntese de pensamento, abstração e descoberta de temáticas importantes, com análise criativa de dados das fases anteriores.

#### **4.7 Aspectos éticos da pesquisa**

Esta dissertação fez parte do projeto de pesquisa maior intitulado: *Os Saberes e Práticas de saúde de Famílias de idosos Kaingang na Terra Indígena Faxinal – PR*,



realizado por pesquisadores da Universidade Estadual de Maringá e autorizado pelo Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (Conep) sob o Parecer nº 760/2010 (ANEXO A).

O estudo foi realizado considerando todos os preceitos éticos disciplinados pela Resolução nº 196/96 do Ministério da Saúde, sendo que, após explicação dos objetivos da pesquisa, da forma de participação e dos direitos, realizados pela pesquisadora e por intermédio dos intérpretes, os sujeitos puderam optar ou não pela participação na pesquisa. Aceitando participar, assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias, ficando uma para a pesquisadora e outra para o pesquisado (APÊNDICE D).

Para resguardar a identidade dos pesquisados e garantir o anonimato, os idosos foram codificados por meio de números arábicos precedidos da letra I e os cuidadores principais pelas letras C, ambos foram identificados pela letra F para o sexo feminino e M para o sexo masculino, seguido da idade. O mesmo sistema de codificação foi utilizado para os informantes-chave, utilizando a sigla IC. Assim, foram codificados como IC;M68 e IC;F45.

## 5.RESULTADOS

### 5.1 Breve caracterização dos sujeitos do estudo

Os idosos selecionados apresentavam idade entre 60 e 103 anos com média de 72.9 anos. A faixa etária predominante foi a de 60 a 69 anos (50%) seguido pela faixa etária de 70 a 79 anos (21,43%). Identificaram-se, ainda, idosos octogenários e nonagenários, representando 14,29% da população estudada, respectivamente. Observa-se na Tabela 1 que 60,71% dos idosos eram do sexo feminino, 57,14% casados e todos não tinham escolaridade.

**Tabela 1** – Características sociodemográficas dos idosos Kaingang e de seus cuidadores. Terra Indígena Faxinal, PR, 2012-2013.

Variáveis	Idoso		Cuidador	
	N	%	N	%
<b>Sexo</b>				
Masculino	11	39,29	6	31,58
Feminino	17	60,71	13	68,42
<b>Estado Civil</b>				
Casado	16	57,14	13	68,42
Solteiro	-	-	3	15,79
Viúvo	10	35,71	1	5,26
Separado/Desquitado	2	7,14	2	10,53
<b>Escolaridade</b>				
Sem escolaridade	28	100,00	4	21,05
1º Grau incompleto	-	-	7	36,84
1º Grau completo	-	-	4	21,05
2º Grau incompleto	-	-	3	15,79
2º Grau completo	-	-	1	5,26
<b>Renda (salário mínimo)</b>				
Menos de 1 salário	2	7,14	15	78,95
1 salário	26	92,86	3	15,79
Mais de 1 salário	-	-	1	5,26
<b>Beneficiários do governo</b>				
Aposentadoria	23	82,14	-	-
Pensão	3	10,71	-	-
Bolsa-Família	-	-	16	84,21
<b>Atividade Laboral*</b>				
Artesanato	26	92,86	19	100,00
Agricultura familiar	9	32,14	4	21,05
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100,00</b>	<b>19</b>	<b>100,00</b>

\*Mais de uma opção

Os resultados apresentados sugerem que o envelhecimento indígena ocorre em similaridade à população brasileira em geral, caracterizado pela predominância de idosos jovens do sexo feminino (SILVA; PEIXOTO, 2008; ALVARENGA et al., 2011).

Os cuidadores tinham idade entre 22 e 53 anos, média de 32,1 anos. A faixa etária predominante foi a de 40 a 49 anos (47,37%), seguido pela faixa etária de 30 a 39 anos (26,325). Os demais cuidadores estavam nas faixas etárias de 20 a 29 anos e 50 a 59 anos (15,79% e 10,53%, respectivamente). Observa-se na Tabela 1 que a maioria dos cuidadores era do sexo feminino (68,42%), casados (68,42%) e apresentavam baixa escolaridade.

Os idosos viviam em famílias extensas (n=14), situação comumente observada entre os indígenas Kaingang (MOLITERNO et al., 2011). No entanto, havia famílias constituídas apenas por casais de idosos (n=4) e idosos residindo sozinhos (n=3). Apesar de morarem sozinhos, é notória a interação mantida por esses idosos com o grupo familiar: *[...] ele (o filho) corta a lenha para fazer o fogo à noite [...] eles (os filhos) moram todos aqui pertinho [...] sempre estamos juntos [...]* (I2;F101). As relações sociais mantidas por esses idosos com sua família e comunidade são essenciais para manter e promover a saúde física e mental desses indivíduos, proporcionando um envelhecimento saudável (ALVARENGA et al., 2011).

A maioria dos idosos era aposentada (82,14%) e representavam a principal fonte de renda das famílias indígenas, uma vez observado que os cuidadores tinham renda inferior a um salário mínimo. A limitação de recursos financeiros na população indígena leva àqueles que recebem benefícios do governo a se tornarem responsáveis pelo sustento de toda a família (MOLITERNO et al., 2011). Estudos mostram que a participação financeira do idoso na renda familiar é cada vez mais observada (SILVA; PEIXOTO, 2008; ALVARENGA et al., 2011), principalmente, em classes econômicas mais desfavoráveis (ALVARENGA et al., 2011), como a população estudada.

Os demais resultados referentes aos objetivos do estudo serão apresentados em formato de três artigos científicos, a seguir.

## 5.2 Artigo 1: Caracterização das condições de vida e saúde de idosos Kaingang de uma terra indígena no Paraná



**Figura 9** - Idosa Kaingang em frente a sua residência na Terra Indígena faxinal de Catanduvas, Paraná.

**Fonte:** Coleta de dados 2012-2013.

### **CARACTERIZAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE DE IDOSOS KAINGANG DE UMA TERRA INDÍGENA NO PARANÁ**

**RESUMO:** Objetivou-se descrever as condições de vida e saúde de idosos Kaingang da Terra Indígena Faxinal – PR. Estudo qualitativo apoiado no método etnográfico e realizado com 28 idosos Kaingang. Os dados foram coletados no período de dezembro de 2012 a fevereiro de 2013 mediante entrevista semiestruturada, complementado por informações do banco de dados do projeto de pesquisa e analisados por meio da etnografia. A faixa etária predominante foi a 60 a 69 anos, observando também a participação de idosos octogenários e nonagenários. Muitos dos idosos eram do sexo feminino, aposentados e sem nenhuma escolaridade. Eram idosos fisicamente ativos e independentes. Os comportamentos influenciadores na saúde identificados foram dieta rica em carboidratos e gorduras saturadas, tabagismo e abuso do álcool. Identificou-se, ainda, precariedade no saneamento básico e a manutenção de hábitos sanitários tradicionais. Conclui-se que as informações expostas podem subsidiar novas estratégias de assistência à saúde que considerem os hábitos de saúde descritos e os aspectos culturais que permeiam a saúde do idoso indígena Kaingang.

**Descritores:** Condição de saúde, Idoso, População indígena.

## **CHARACTERIZATION OF LIVING AND HEALTH CONDITIONS OF KAINGANG ELDERS FROM AN INDIGENOUS LAND IN PARANÁ**

**ABSTRACT:** We aimed to describe the living and health conditions of Kaingang elders from Indigenous Land Faxinal - PR. Qualitative study supported in the ethnographic method, it was conducted with 28 Kaingang elders. Data were collected from December 2012 to February 2013 through semi-structured interview, supplemented by information from the database of the research project and analyzed by means of ethnography. The predominant age group was 60 to 69 years, also noting the participation of octogenarians and nonagenarians elders. Many of the elders were women, retirees and with no schooling. They were physically active and independent elders. Health influencer behaviors identified were diet rich in carbohydrates and saturated fats, smoking and alcohol abuse. Precarious basic sanitation and maintenance of traditional sanitary habits were identified. One concludes that the exposed information may subsidize new health care strategies that consider the health habits described and the cultural aspects that permeate the health of the indigenous Kaingang elder.

**Descriptors:** Health Status, Aged, Indigenous Population.

## **CARACTERIZACIÓN DE LAS CONDICIONES DE VIDA Y SALUD DE ANCIANOS KAINGANG DE UNA TIERRA INDÍGENA EN PARANÁ**

**RESUMEN:** Estudio cualitativo apoyado en el método etnográfico, realizado con 28 ancianos Kaingang, con el objetivo de describir las condiciones de vida y salud de ancianos Kaingang de la Tierra Indígena Faxinal – PR. Los datos fueron recolectados en el período de diciembre de 2012 a febrero de 2013 mediante entrevista semiestructurada, complementado por informaciones del banco de datos del proyecto de investigación y analizados por medio de la etnografía. La franja de edad predominante fue de 60 a 69 años, observando también la participación de ancianos octogenarios y nonagenarios. Muchos de los ancianos eran del sexo femenino, jubilados y sin ninguna escolaridad. Eran ancianos físicamente activos e independientes. Los comportamientos identificados que influyeron en la salud fueron: dieta rica en carbohidratos y grasas saturadas, tabaquismo y abuso del alcohol. Se identificó aun, precariedad en el saneamiento básico y el mantenimiento de hábitos sanitarios tradicionales. Se concluye que las informaciones expuestas pueden contribuir para nuevas estrategias de asistencia a la salud que consideren los hábitos de salud descriptos y los aspectos culturales que permean la salud del anciano indígena Kaingang.

**Descriptorios:** Estado de Salud, Anciano, Población Indígena.

## **INTRODUÇÃO**

Segundo o último censo demográfico, a população indígena corresponde a 817,9 mil pessoas, representando 0,4% da população brasileira (IBGE, 2010)<sup>(1)</sup>. Apesar de evidenciar uma sociedade jovem, a estrutura etária já aponta para o aumento do número de

idosos, observado nas últimas décadas, uma vez que, em 2000, havia aproximadamente 61 mil idosos e, em 2010, este número passou para 72 mil idosos indígenas (IBGE, 2010)<sup>(1)</sup>.

Mesmo com as melhorias na assistência à saúde indígena, a desigualdade nas taxas de mortalidade entre esses povos e a população brasileira em geral evidenciam precárias condições de saúde dos indígenas. Os estudos sobre morbidade dos povos indígenas são recentes no Brasil (CARDOSO; COIMBRA Jr.; TAVARES, 2010; DIEHL, 2001; FERREIRA; MATSUO; SOUZA, 2011)<sup>(2-4)</sup>. As poucas publicações disponibilizadas apresentam perfil de morbimortalidade indígena semelhantes aos verificados entre outros grupos sociais mais vulneráveis do país, caracterizados pelo baixo nível de escolaridade, condições inadequadas de habitação e saneamento e dificuldades de acesso a serviços de saúde (CARDOSO; COIMBRA Jr.; TAVARES, 2010; DIEHL, 2001; FERREIRA; MATSUO; SOUZA, 2011)<sup>(2-4)</sup>. Outros estudos reportam-se aos aspectos nutricionais dos indígenas (CARAMONI; LONGHI, 2008; LEITE et al., 2006)<sup>(5-6)</sup>, condições ambientais e sanitárias (TOLEDO et al., 2009; GIATTI et al., 2007; FAUSTINO et al., 2007)<sup>(7-9)</sup> e problemas comportamentais, como o alcoolismo (MELO et al., 2011; VIANNA; CEDARO, 2012)<sup>(10-11)</sup>.

Sabendo que o crescimento da população indígena está acontecendo e, relativamente, esta população tende a envelhecer, necessita-se conhecer os aspectos que envolvem idosos em comunidades indígenas. Ainda assim, este é um campo do conhecimento que precisa de maior investigação, em especial, no que tange às condições de vida e saúde do idoso indígena. Entre as pesquisas que tiveram como objeto de estudo os idosos, pode ser citada a realizada com índios Kaingang, que aborda a dinâmica social deste povo e suas características (MOLITERNO et al., 2011)<sup>(12)</sup>. A maior parte dos estudos sobre morbimortalidade indígena conduzidos no Brasil prioriza crianças, jovens e adultos como população pesquisada, e pouco destaque tem sido dado quanto a este tema entre idosos (CARDOSO; COIMBRA Jr.; TAVARES, 2010; DIEHL, 2001; FERREIRA; MATSUO; SOUZA, 2011)<sup>(2-4)</sup>.

A falta de informações sobre o perfil de morbimortalidade da população indígena, em particular do idoso indígena, ainda existente nas bases de dados oficiais brasileiras, a diversidade cultural e étnica do povo indígena, bem como de estudos sobre as condições de vida em que esses indígenas têm e suas condições de saúde, buscou-se neste estudo descrever as condições de vida e saúde de idosos Kaingang da Terra Indígena Faxinal - PR,

enfatizando os comportamentos em saúde, morbidades existentes, uso de medicamentos e condições de saneamento.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem etnográfica realizada na Terra Indígena Faxinal de Catanduvas (TIF), localizada no município de Cândido de Abreu, na região Centro-Sul do Paraná. A TIF possui cerca de 600 pessoas residentes, distribuídas em aproximadamente 120 famílias. A etnografia é um método de pesquisa proposto por Malinowski (1986)<sup>(13)</sup>, que tem por finalidade estudar uma sociedade ou uma cultura em sua totalidade, compreendendo-a de dentro, o que sentem os indivíduos pertencentes à mesma.

Fizeram parte do estudo sujeitos com idade igual ou superior a 60 anos, identificados através de listagens da população fornecida pela UBS da TIF e pelo escritório da Fundação Nacional do Índio (Funai) em dezembro de 2012. Dos 35 idosos identificados nas listas, um faleceu e dois mudaram-se para outra Terra Indígena (TI). Ainda, durante a coleta de dados, registrou-se a recusa de dois idosos e dois não foram localizados no período de coleta de dados. Assim, fizeram parte do estudo 28 idosos.

Os dados foram coletados entre dezembro de 2012 a fevereiro de 2013, sendo realizada por meio da observação participante e entrevistas, as quais foram intermediadas por visitas domiciliares. Foi utilizado para coleta de dados instrumento que abordou três aspectos: a caracterização dos idosos (sexo, idade, estado civil, escolaridade, renda e atividade laboral), a estrutura da residência (material, presença de banheiros, número de cômodos, energia elétrica, água encanada e peridomicílio), comportamentos em saúde (atividade física, hábitos alimentares, consumo de bebidas alcoólicas e tabagismo), além de problemas de saúde referidos e uso de medicamentos.

As visitas domiciliares e as entrevistas foram acompanhadas por um Agente Indígena de Saúde (AIS), o qual atuou como intérprete bilíngue, considerando que a maioria da população fala a sua língua nativa, o Kaingang, pertencente do tronco linguístico Macro-Jê. Dentre os 28 idosos entrevistados, oito indivíduos falavam somente a língua Kaingang e 20 eram bilíngues, entretanto, verificou-se que estes tinham dificuldade em compreender vocabulários mais complexos. Mediante essa dificuldade de comunicação

com os idosos, foram avaliados os prontuários dos sujeitos com informações relativas à frequência em consultas médicas e as queixas recorrentes.

Vale ressaltar que os dados foram complementados com informações do banco de dados do projeto de pesquisa “Os Saberes e Práticas de saúde de Famílias de idosos Kaingang na Terra Indígena Faxinal-PR”, ao qual este estudo está vinculado.

Os dados foram analisados por meio da etnografia e as informações complementadas por registros em diário de campo. Os idosos participantes desta pesquisa foram codificados por meio de números arábicos precedidos da letra I e são identificados pela letra F para o sexo feminino e M para o sexo masculino, seguido da idade.

O projeto do estudo foi aprovado pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa, obtendo parecer favorável do Conep (Parecer nº 760/2010). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **Caracterizando os sujeitos do estudo**

Muitos dos idosos indígenas eram do sexo feminino (n=17), apresentaram idade entre 60 e 103 anos com média de 72,9 anos. A faixa etária predominante foi a de 60 a 69 anos (n=14), seguido por idosos na faixa etária de 70 a 79 anos (n=6). Esses dados sugerem que o envelhecimento indígena ocorre em similaridade à população brasileira em geral, caracterizado pela predominância de idosos jovens, do sexo feminino (SILVA; PEIXOTO, 2008; ALVARENGA et al., 2011)<sup>(14-15)</sup>. Foram identificados também idosos indígenas octogenários e nonagenários (quatro idosos, respectivamente).

A maioria dos sujeitos estudados era casada (n=16) e vivia em famílias extensas (n=14), comumente observada entre os Kaingang (MOLITERNO et al., 2011)<sup>(12)</sup>. Observaram-se, ainda, famílias constituídas apenas por casais de idosos (n=4) e idosos residindo sozinhos (n=3). Apesar de morarem sozinhos, é notória a interação mantida por esses idosos com o grupo familiar: *[...] ele (o filho) corta a lenha para fazer o fogo à noite [...] eles (os filhos) moram todos aqui pertinho [...] sempre estamos juntos [...]* (I2;F101). As relações sociais mantidas por esses idosos com sua família e comunidade são essenciais para manter e promover a saúde física e mental desses indivíduos, proporcionando o envelhecimento saudável (ALVARENGA et al., 2011)<sup>(15)</sup>.



Observou-se, ainda, predomínio de idosos sem escolaridade (n=28). O baixo nível de instrução verificado nesta amostra corrobora com o descrito na literatura sobre a população indígena (MELO et al., 2011)<sup>(10)</sup>. Estudos afirmam que a baixa escolaridade dos indígenas reflete no acesso desigual e limitado aos recursos produtivos, a escassa participação nas instituições sociais e políticas e no mercado de trabalho (FAUSTINO et al., 2007; MELO et al., 2011)<sup>(9-10)</sup>, o que contribui para precárias condições de vida.

A limitação de recursos financeiros na população indígena leva aqueles que recebem benefícios do governo a se tornarem responsáveis pelo sustento de toda a família (MOLITERNO et al., 2011)<sup>(12)</sup>, fato também observado entre os idosos indígenas aposentados (n=26). Estudos mostram que a participação financeira do idoso na renda familiar é cada vez mais observada (SILVA; PEIXOTO, 2008; ALVARENGA et al., 2011)<sup>(14-15)</sup>, principalmente, em classes econômicas mais desfavoráveis (ALVARENGA et al., 2011)<sup>(15)</sup>, como entre a população estudada.

### **A saúde do idoso Kaingang**

A atividade física é o fator que prediz de forma mais consistente o envelhecimento saudável, uma vez que a redução da prática de atividade física com o aumento da idade pode estar relacionada à maior perda funcional e dependência para atividades básicas de vida diária (ORSI; XAVIER; RAMOS, 2011)<sup>(16)</sup>. Para muitos idosos Kaingang (n=19), a prática de atividade física está presente no seu dia a dia, sendo esta considerada necessária para a manutenção da capacidade funcional, como mostram as falas abaixo:

*Acabei de chegar lá da roça, andei um monte [...]. Fui lá (na roça) buscar taquara para fazer artesanato. A gente tem sempre que andar bastante, se movimentar [...] é tão ruim depender dos outros para tudo [...] a minha mãe (I8;F82) não pode andar mais, precisa de ajuda pra tomar banho, ir ao banheiro, pegar água [...]. É muito triste ficar assim (I7;F62).*

*[...] eu ainda planto um pouco de milho, batata, lá na minha roça, mas é só para comer. Também faço artesanato com a taquara que busco. [...] tem que fazer essas coisas porque se não fica dependente dos outros [...]* (I5;F62).

A participação nas atividades de subsistência desta comunidade, como a produção de artesanato e agricultura familiar, é essencial para a manutenção de idosos fisicamente ativos e independentes. Realizar atividades manuais, como o artesanato feito pelos idosos Kaingang, e manter o trabalho após a aposentadoria tem efeito protetor da capacidade funcional (ORSI; XAVIER; RAMOS, 2011)<sup>(16)</sup>. Na comunidade pesquisada, além da prática de atividade física, os idosos trabalham em seus lares nos afazeres domésticos, cuidam de suas casas, caminham, fazem compras e administram suas vidas, o que pode contribuir para o envelhecimento ativo.

Quando se trata da população indígena, há poucos estudos publicados sobre a prática de atividade física (LEITE et al., 2006)<sup>(6)</sup>, que aponta modificações no padrão de atividade física entre os indígenas, sem fazer menção aos idosos. Assim, são necessárias pesquisas que abarquem informações sobre as atividades físicas desenvolvidas pelos idosos indígenas, bem como os aspectos da capacidade funcional.

Em outros grupos indígenas, como entre os Xavantes no Mato Grosso, as dificuldades na sustentabilidade das atividades de subsistência e a facilidade de acesso a centros urbanos e o recebimento de salários, como a aposentadoria, trouxeram mudanças no estilo de vida do grupo, principalmente no padrão de atividade física e hábitos alimentares, que favorece o surgimento de sobrepeso e obesidade (LEITE et al., 2006)<sup>(6)</sup>.

No que se refere aos hábitos alimentares dos idosos Kaingang, verificou-se que a alimentação deles é rica em carboidratos e gorduras.

*Hoje eu fiz carne de porco para o almoço [...] fui ontem à venda e comprei a barriga do porco [...] é bom porque da para fritar e tirar a gordura para por no arroz, no feijão e depois de tirado a gordura salga e defuma na fumaça (I5;F62).*

*[...] ontem na janta eu comi arroz, feijão e frango feito na brasa [...] hoje vai ser virado (feijão e farinha de mandioca) (I23;F75).*

Como apresentado nas falas acima e observado nas visitas domiciliares, a alimentação básica do idoso indígena é composta por fubá, quirera, feijão, carne, em especial o dorso do frango e a carne de porco, mandioca e milho corroborando o descrito em outro estudo realizado com Kaingang (FAUSTINO et al., 2007)<sup>(9)</sup>. Evidencia-se alimentação rica em amidos e carboidratos, havendo ainda grande consumo de gordura animal no preparo das refeições, como observado no estudo de avaliação nutricional dos Kaingang no Rio Grande do Sul (CARAMORI; LONGHI, 2008)<sup>(5)</sup>.

Os dados disponíveis na literatura sobre os aspectos alimentares da população indígena têm apontado mudanças no hábito alimentar nas últimas décadas (CARAMORI; LONGHI, 2008; LEITE et al., 2006)<sup>(5-6)</sup>. Estes mesmos autores relatam que os indígenas passaram a consumir maior quantidade de alimentos calóricos, refinados, ricos em açúcar e sal e pouca quantidade de alimentos naturais e ricos em fibras, como frutas, legumes e verduras, como verificado entre os idosos que fizeram parte do presente estudo.

Outro comportamento de saúde referido com bastante frequência (n=10) foi o consumo de bebidas alcoólicas, havendo ainda o relato de consumo do álcool e episódios de violência.

*[...] quando ele (I6;M68) bebe umas pingas ele fica nervoso [...] uma vez ele me bateu [...] e às vezes tenho que sair de casa [...], eu fico com medo dele [...] (I5;F62).*

A manifestação da violência impulsionada pelo consumo do álcool retrata episódios de agressões físicas, quase sempre, contra as mulheres. A violência conjugal e os atritos constantes entre membros da comunidade por abuso de álcool são frequentemente relatados entre os povos indígenas (MELO et al., 2011; VIANNA; CEDARO, 2012)<sup>(10-11)</sup>. O alcoolismo nas áreas indígenas, apesar de não haver dados epidemiológicos precisos, está sendo considerado, por alguns autores, como um grande problema social (MELO et al., 2011; VIANNA; CEDARO, 2012)<sup>(10-11)</sup>.

Além da violência, o consumo de bebida alcoólica associada ao tabagismo são fatores de risco para as doenças cardiovasculares. O hábito de fumar foi relatado por grande parte dos entrevistados (n=17), da mesma forma que observado entre os idosos não indígenas (ZAITUNE et al., 2012)<sup>(17)</sup>. O tabagismo tende a ocorrer na concomitância de vários outros comportamentos não saudáveis como inatividade física, ingestão insuficiente de frutas e hortaliças, consumo excessivo de bebidas alcoólicas e de gorduras saturadas de origem animal, elevando ainda mais a probabilidade do indivíduo desenvolver doenças crônicas (ZAITUNE et al., 2012)<sup>(17)</sup>.

As doenças crônicas, como a hipertensão arterial referida por quatro idosos, podem ser relacionadas aos comportamentos em saúde praticados por estes indígenas. Uma vez que as mudanças nos padrões alimentares e atividades físicas são relacionadas ao surgimento de doenças crônicas não transmissíveis na população indígena (FERREIRA; MATSUO; SOUZA, 2011)<sup>(4)</sup>. A influência dos hábitos alimentares na morbimortalidade

cardiovascular é amplamente reconhecida (ZAITUNE et al., 2012)<sup>(17)</sup>, fazendo-se necessária a adoção de hábitos mais saudáveis.

Por outro lado, verificou-se que as doenças respiratórias estão em evidência na população estudada, assim como referido em outros estudos (CARDOSO; COIMBRA Jr.; TAVARES, 2010; DIEHL, 2001)<sup>(2-3)</sup>. Dentre as doenças respiratórias referidas com maior frequência, destaca-se a gripe (n=16), resfriado (n=7), bronquite (n=5) e doença pulmonar obstrutiva crônica (n=1). Muito dos agravos respiratórios referidos podem estar relacionados à exposição à fumaça dos fogões e fogueiras que os idosos mantêm em suas casas.

*[...] índio velho gosta de fogo [...] essa noite eu coloquei um papelão no chão, joguei um pano por cima e dormi perto do fogo, é maisquentinho. [...] tem cama, tem colchão, mas, é gostoso dormi no chão [...] é o costume do índio (I15;F61).*

*[...] a gente tem o costume de cozinhar no fogo feito no chão [...] vocês não gostam né! [...] O enfermeiro sempre fala que a fumaça faz mal pra saúde, e que por isso ficamos doentes [...] (I9;M62).*

Os idosos reconhecem que permanecer próximos à fumaça é prejudicial à saúde, porém, mesmo cientes dos riscos oferecidos continuam a fazer seus fogos, pois é um hábito com significados culturais. Este achado confirma o descrito em outro estudo realizado com esta etnia, que relacionou a ocorrência de doenças respiratórias à fumaça (DIEHL, 2001)<sup>(3)</sup>. As doenças do aparelho respiratório também estão entre as principais causas de óbitos entre os grupos indígenas do Mato Grosso do Sul (FERREIRA; MATSUO; SOUZA, 2011)<sup>(4)</sup>.

Neste contexto, observa-se a utilização dos medicamentos disponíveis na Unidade Básica de Saúde (UBS) no tratamento das doenças, os quais são bastante aceitos pela maioria dos sujeitos pesquisados.

*[...] quando tenho alguma dor, o corpo ruim eu vou ao postinho para consultar [...] depois pego o remédio com o enfermeiro. Mas quando precisa fazer algum tratamento tem que ir todos os dias, para poder tomar o remédio (I24;M94).*

*Esses dias eu pedi para minha filha pegar o remédio para mim [...] tinha acabado e o médico disse que eu preciso tomar para não ficar fraca (I11;F63).*

A melhoria do acesso às ações assistenciais com a criação do subsistema de saúde específico para esta população tem facilitado o acesso aos recursos de saúde, sobretudo, aos medicamentos. O uso de medicamentos industrializados é cada vez mais frequente nas comunidades indígenas, como é o caso dos Guarani (DIEHL; GRASSI, 2010)<sup>(18)</sup>. Ainda assim, há relatos de práticas tradicionais para curar.

*Eu machuquei o meu braço e fui ao hospital, lá eles cuidaram do machucado e me deram remédio. Eles me deram remédio para tomar e disseram que era para não arruinar o ferimento. Eu tomei o remédio, mas também peguei umas plantas para fazer remédio caseiro para passar no machucado (I5;F62).*

Os idosos Kaingang adicionam às suas práticas elementos tradicionais e da modernidade, sem deixar de fazer uso dos ensinamentos de seus ancestrais. Porém, observou-se a diminuição da utilização dos remédios tradicionais como relata o idoso: “hoje quase não tem mais remédio do mato (I24;M94)”. Os indígenas Guarani do Litoral de Santa Catarina referem-se à redução dos recursos naturais da área de mata das reservas indígenas e a disponibilização dos medicamentos na UBS como motivos para o uso de medicamentos (DIEHL; GRASSI, 2010)<sup>(18)</sup>. O medicamento industrializado também representa uma comodidade quando comparado às terapêuticas tradicionais, pois o uso do mesmo possibilita a resolução do problema sem a necessidade de sacrifícios e restrições inerentes às prescrições nativas.

Pelas modificações no perfil epidemiológico dos povos indígenas, com o surgimento das doenças crônicas, a assistência farmacêutica tem grande importância nos grupos indígenas. Estudo realizado com os Pankararu (OLIVEIRA; AQUINO; MONTEIRO, 2012)<sup>(19)</sup> evidenciou o desrespeito nas ações que envolvem, direta ou indiretamente, a assistência farmacêutica na atenção à saúde indígena Pankararu, tais como controle, programação, seleção, aquisição, prescrição e distribuição, pela escassez de medicamentos essenciais no tratamento de doenças crônicas.

### **Condições de moradia: reflexo na saúde do idoso**

Nesta TI, todos os domicílios foram classificados como casas, assim como observado em 58,7% das TIs pesquisadas pelo censo 2010 (IBGE, 2012)<sup>(20)</sup>. Muitas destas casas eram de alvenaria (n=16), construídas com recursos do governo estadual.

As áreas indígenas brasileiras têm apresentado condições precárias de saneamento (GIATTI et al., 2007; IBGE, 2012)<sup>(8,20)</sup>, o que junto à degradação socioambiental vem agravar as condições de saúde desta população. Observou-se nos domicílios pesquisados que 57,1% (n=16) não possuíam banheiros, no entanto, haviam sanitários coletivos, disponibilizados para um agrupamento de aproximadamente quatro casas. Em 2010, 36,1% dos domicílios indígenas não tinham banheiro; nas áreas urbanas estas habitações representavam apenas 8,3% e nas áreas rurais 68,8% (IBGE, 2012)<sup>(20)</sup>.

Os domicílios indígenas, principalmente nas áreas rurais, apresentaram os maiores déficits em esgotamento sanitário, com predominância do uso da fossa rudimentar (65,7%) (IBGE, 2012)<sup>(20)</sup>. Neste estudo predominou o uso de fossas sépticas, as quais foram construídas no ano de 2003, quando se iniciaram ações de saneamento nesta TI, com melhorias sanitárias residenciais e construção das fossas (TOLEDO et al., 2009)<sup>(7)</sup>. Destaca-se, ainda, que apenas em 2,2% das terras indígenas os domicílios estavam ligados à rede de esgoto ou fluvial ou tinham fossa séptica (IBGE, 2012)<sup>(20)</sup>, corroborando a precariedade no fornecimento de saneamento básico em que vive a população indígena.

Vale ressaltar que mesmo com as ações de saneamento realizado, a TI não dispõe de serviços adequados, os dejetos provenientes dos sanitários são armazenados em fossas sépticas, juntando-se a isso o comportamento apresentado por esses indivíduos em não utilizarem as instalações sanitárias, comprometem o entorno de suas habitações. Comportamento semelhante foi verificado na população indígena do distrito de Iauaretê, Amazônia, incluindo a falta de saneamento básico e a manutenção de alguns hábitos sanitários tradicionais, como a disposição de dejetos humanos e de resíduos sólidos em áreas peridomiciliares e nas nascentes dos rios (GIATTI et al., 2007)<sup>(8)</sup>. Essa conduta é descrita por alguns autores como relevante na propagação de doenças parasitárias por meio da contaminação do solo e da água dos rios por dejetos humanos (GIATTI et al., 2007; FAUSTINO et al., 2007)<sup>(8-9)</sup>.

Quanto aos resíduos sólidos, encontravam-se, na maioria das vezes, dispersos no ambiente de forma irregular, como sobre o solo, por não haver sistema de coleta de resíduos adequado que atendesse esta população. Por esta razão, os idosos referiram dar destinação precária ao material gerado, que na maioria das vezes incluía a queima. Pesquisas realizadas em outra TI descrevem a mesma situação, a queima e o enterramento como procedimento mais utilizado para o destino final dos resíduos sólidos (GIATTI et al., 2007; FAUSTINO et al., 2007)<sup>(8-9)</sup>. A falta ou precariedade dos serviços de saneamento é

apontada como fator determinante do adoecimento da população nos países em desenvolvimento, elevando os índices de morbidade e mortalidade.

Nos domicílios pesquisados, 78,5% (n=22) contavam com rede de abastecimento de água, proveniente de poço. Segundo os resultados do censo 2010, no Brasil, 60,3% das habitações indígenas contavam com rede geral de abastecimento de água (IBGE, 2012)<sup>(20)</sup>. Ao analisar apenas os domicílios das terras indígenas, 33,6% tinham rede de abastecimento de água, a maioria usava poço ou nascente (IBGE, 2012)<sup>(20)</sup>. Na TI em estudo, o tratamento da água teve início em 2004 com a construção de um poço artesiano, antes disso a população utilizava a água do rio mais próximo, a qual era contaminada (TOLEDO et al., 2009)<sup>(7)</sup>.

A disponibilidade de energia elétrica foi observada em 78,5% (n=22) das residências estudadas, as demais apresentavam outros tipos de iluminação como velas, lamparinas e o próprio fogo. O censo 2010 mostrou que 70,1% dos domicílios nas TIs tinham energia elétrica, proveniente de companhia distribuidora ou outras fontes, 10,3% não tinham qualquer tipo de energia elétrica e em 10,9% todos os domicílios tinham algum tipo (IBGE, 2012)<sup>(20)</sup>.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A população indígena está envelhecendo à semelhança de outros grupos sociais mais vulneráveis do país, porém, é possível observar nos resultados apresentados que as diferenças existentes vão além dos aspectos quantitativos e dimensionais, apontando para uma realidade onde predomina baixos níveis educacionais e residências precárias. Essas características são fortes indicadores da precariedade das condições e da qualidade de vida para a grande maioria dos idosos no país, em especial nas áreas indígenas.

Os comportamentos e estilos de vida também influenciam a saúde dos idosos, destes destacam-se a dieta rica em carboidrato e gordura animal, tabagismo e abuso do álcool, que determinam diretamente a ocorrência das doenças não transmissíveis como a hipertensão. Assim, circunstâncias sociais e econômicas determinam condições de vida desiguais com acesso diferenciado aos alimentos, habitação, educação, entre outros aspectos, influenciando nos comportamentos e estilos de vida.

Desse modo, o conhecimento produzido pela pesquisa permite identificar as condições de vida e saúde dos idosos Kaingang, possibilitando aos profissionais de saúde,

em especial ao enfermeiro, criar estratégias de assistência à saúde para este grupo levando em consideração os aspectos culturais que permeiam a saúde do idoso indígena. Pode também subsidiar a iniciativa de repensar o modelo assistencial vigente nas TIs, como o aperfeiçoamento da política de atenção à saúde indígena.

A autorreferencia das morbidades pode ser uma limitação do estudo, uma vez que possibilita viés de informação. Além desse aspecto, não ter utilizado instrumentos de avaliação da capacidade funcional e detalhamento dos aspectos nutricionais da população estudada. Porém, acredita-se que estes fatos não interferiram nos resultados encontrados.

Assim, sugere-se que pesquisas futuras devem voltar-se ao estudo da capacidade funcional deste grupo populacional, bem como as condições nutricionais, ressaltando se os comportamentos em saúde como alimentação e atividade física estão relacionados ao surgimento de doenças crônicas, sobrepeso e obesidade entre estes idosos. Além disso, faz-se necessária a reprodução desse estudo com os demais grupos étnicos no Brasil a fim de conhecer as reais condições de vida e saúde que vivem os povos indígenas, levando em considerações suas particularidades culturais.

## REFERÊNCIAS

1. IBGE. Censo Demográfico 2010: Características gerais dos indígenas. Resultados do universo. 2010. Disponível em: <<http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela/listabl.asp?c=3452&z=cd&o=10>>. Acesso em: 12 jan. 2013.
2. Cardoso AM, Coimbra Jr. CEA, Tavares FG. Morbidade Hospitalar Indígena Guarani no Sul e Sudeste do Brasil. *Rev. bras. epidemiol.* 2010; 13(1): 21-34.
3. Diehl EE. Agravos na saúde Kaingáng (Terra Indígena Xapecó, Santa Catarina) e a estrutura dos serviços de atenção biomédica. *Cad. saude publica.* 2001; 17(2): 439-445.
4. Ferreira MEV, Matsuo T, Souza RKT de. Aspectos demográficos e mortalidade de populações indígenas do estado do Mato Grosso do Sul, Brasil. *Cad. saude publica.* 2011; 27(12): 2327-2339.
5. Caramori JE, Longhi EG. Avaliação do estado nutricional da comunidade indígena Kaingang Área Monte Caseiros - Muliterno RS. *Rev Bras Med Fam e Com.* 2008; 4(15): 173-78.



6. Leite MS, Santos RV, Gugelmin AS, Coimbra Jr. CEA. Crescimento físico e perfil nutricional da população indígena Xavante de Sangradouro-Volta Grande, Mato Grosso, Brasil. *Cad. saude publica.* 2006; 22(2): 265-276.
7. Toledo MJO, Paludetto AW, Moura FT, Nascimento ES do, Chaves M, Araújo SM de, Mota LT. Avaliação de atividades de controle para enteroparasitos em uma aldeia Kaingáng do Paraná. *Rev Saúde Pública* 2009; 43(6): 981-90.
8. Giatti LL, Rocha AA, Toledo RF de, Barreira LP, Rios L, Pelicioni MCF et al. Condições sanitárias e socioambientais em Iauaretê, área indígena em São Gabriel da Cachoeira, AM. *Cienc. Saúde colet.* 2007; 12(6): 1711-1723.
9. Faustino RC, Chaves M, Toledo MJO, Mota LT, Neto GA, Nanni MR. Intervenções pedagógicas em educação para a saúde realizadas junto aos grupos indígenas kaingang de Ivaí e Faxinal no Paraná. *Cienc Cuid Saude.* 2007; 6(Supl. 2): 433-441.
10. Melo JRF de, Maciel SC, Oliveira RCC de, Silva AO. Implicações do uso do álcool na comunidade indígena Potiguara. *Revista de Saúde Coletiva.* 2011; 21(1): 319-333.
11. Vianna JJB, Cedaro JJ, Ott AMT. Aspectos psicológicos na utilização de bebidas alcoólicas entre os Karitiana. *Psicol. soc.* 2012; 24(1), 94-103.
12. Moliterno ACM, Padilha AM, Célia Faustino RC, Mota LT, Carreira L. Dinâmica social e familiar: uma descrição etnográfica de famílias de idosos Kaingang. *Cienc Cuid Saude.* 2011; 10(4): 836-844.
13. Malinowski B. *Malinowski: Antropologia.* São Paulo: Ática, 1986.
14. Silva MJ da, Peixoto BME. Conceitos de saúde e doença segundo a óptica dos idosos de baixa renda. *Cienc. enferm.* 2008; 14(1): 23-31.
15. Alvarenga MRM, Oliveira MAC, Domingues MAR, Amendola F, Faccenda O. Rede de suporte social do idoso atendido por equipes de Saúde da Família. *Cienc. Saúde colet.* 2011; 16(5): 2603-2611.
16. Orsi E, Xavier AJ, Ramos LR, Trabalho, suporte social e lazer protegem idosos da perda funcional: Estudo Epidoso. *Rev Saúde Pública.* 2011; 45(4): 685-92.
17. Zaitune MPA, Barros MBA, Lima MG, César CLG, Carandina L, Goldbaum M, et al. Fatores associados ao tabagismo em idosos: Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP). *Cad. saude publica.* 2012; 28(3): 583-595.
18. Diehl EE, Grassi F. Uso de medicamentos em uma aldeia Guaraní do litoral de Santa Catarina, Brasil. *Cad. saude publica.* 2010; 26(8): 1549-1560.

19. Oliveira JWB, Aquino JM, Monteiro EMLM. Promoção da saúde na comunidade indígena Pankararu. Rev. bras. enferm. 2012; 65(3): 437-444.
20. IBGE. Censo 2010: Características Gerais dos Indígenas – Resultados do Universo. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_visualiza.php?id\\_noticia=2194&id\\_pagina=1](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=2194&id_pagina=1)>. Acesso em: 28 de jan. de 2013.

### 5.3 Artigo 2: Singularidades culturais: o acesso do idoso indígena aos serviços públicos de saúde



**Figura 10** - Unidade Básica de Saúde da Terra Indígena Faxinal de Catanduvas, Paraná.

Fonte: Coleta de dados 2012-2013.

#### **SINGULARIDADES CULTURAIS: O ACESSO DO IDOSO INDÍGENA AOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE**

**RESUMO:** Objetivo: descrever como idosos Kaingang e seus cuidadores principais experienciam o acesso aos serviços públicos de saúde. Método: pesquisa de abordagem qualitativa, norteadas pela etnografia, junto a 28 idosos e 19 cuidadores. Os dados foram coletados no período de dezembro de 2012 a fevereiro de 2013 por meio de entrevistas e observação participante, sendo analisados à luz da Teoria Transcultural do Cuidado. Resultados: a faixa etária predominante foi a 60 a 69 anos, observando também a participação de idosos octogenários e nonagenários. Muitos dos idosos eram do sexo feminino, aposentados e sem nenhuma escolaridade. O acesso aos serviços de saúde caracterizou pela agilidade no atendimento na unidade básica de saúde, demora no atendimento e encaminhamento a outros serviços especializados, na rede de referência do Sistema Único de Saúde. A análise realizada demonstrou a existência de falhas no serviço de saúde para o atendimento diferenciado e dificuldades dos profissionais de saúde em se comunicar na língua nativa. Conclusão: tais constatações reforçam a importância de conhecer e compreender as especificidades culturais do grupo, a fim de oferecer maiores oportunidades de acesso do idoso ao serviço de saúde, bem como um cuidado integral e efetivo que respeite as diferenças culturais.

**Descritores:** Acesso aos Serviços de Saúde; Saúde de Populações Indígenas; Idoso; Enfermagem Transcultural.

### **CULTURAL SINGULARITIES: THE ACCESS OF THE INDIGENOUS ELDER TO PUBLIC HEALTH SERVICES**

**ABSTRACT:** Objective: To describe how Kaingang elders and their main caregivers experience the access to the public health services. Method: qualitative approach research, guided by ethnography, along with 28 elders and 19 caregivers. Data were collected from November 2010 to February 2013 through interviews and participant observation, being analyzed at the light of Transcultural Nursing Theory. Results: The predominant age group was 60 to 69 years, also noting the participation of octogenarians and nonagenarians elders. Many of the elders were women, retirees and with no schooling. Access to health services was characterized by attendance agility in the basic health unit, delay in attendance and referral to other specialized services in the reference network of the Unified Health System. The analysis performed showed the existence of failures in the health service for the differentiated attendance and difficulties of health professionals to communicate in the native language. Conclusion: Such findings reinforce the importance of knowing and understanding the cultural specificities of the group, in order to provide greater opportunities for the access of the elders to the health service, as well as a comprehensive and effective care that respects cultural differences.

**Descriptors:** Health Services Accessibility; Health of Indigenous Peoples; Aged; Transcultural Nursing.

### **SINGULARIDADES CULTURALES: EL ACCESO DEL ANCIANO INDÍGENA A LOS SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD**

**RESUMEN:** Objetivo: describir cómo ancianos Kaingang y sus cuidadores principales experimentan el acceso a los servicios públicos de salud. Método: investigación de abordaje cualitativo, basada por la etnografía, junto a 28 ancianos y 19 cuidadores. Los datos fueron recolectados en el período de noviembre de 2010 a febrero de 2013 por medio de entrevistas y observación participante, siendo analizados a la luz de la Teoría Transcultural del Cuidado. Resultados: la franja de edad predominante fue de 60 a 69 años, observando también la participación de ancianos octogenarios y nonagenarios. Muchos de los ancianos eran del sexo femenino, jubilados y sin ninguna escolaridad. El acceso a los servicios de salud se caracterizó por la agilidad en la atención en la unidad básica de salud, retraso en la atención y encaminamiento a otros servicios especializados en la red de referencia del Sistema Único de Salud. El análisis realizado demostró la existencia de fallas en el servicio de salud para la atención diferenciada y dificultades de los profesionales de salud en comunicarse en la lengua nativa. Conclusión: Tales constataciones refuerzan la importancia de conocer y comprender las especificidades culturales del grupo, a fin de ofrecer mayores oportunidades de acceso del anciano al servicio de salud, así como un cuidado integral y efectivo que respete las diferencias culturales.

**Descriptor:** Accesibilidad a los Servicios de Salud; Salud de Poblaciones Indígenas; Anciano; Enfermería Transcultural.

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional decorre de mudanças em alguns indicadores de saúde, sobretudo a queda da fecundidade e mortalidade. Entre os povos indígenas, além das mudanças nos indicadores de saúde, o aumento, ainda que tímido, do número de idosos nas últimas décadas, pode estar relacionado à melhora dos parâmetros de saúde desta população, o que contribui para o aumento da esperança de vida.

Esse processo de envelhecimento implica na necessidade de ampliação do acesso aos serviços de saúde, uma vez que os idosos apresentam maior prevalência de doenças e incapacidades (TAVASSOS; VIACAVA, 2007)<sup>(1)</sup>. Os idosos indígenas partilham daquelas necessidades que são universais do processo de envelhecer, diferenciando dos outros grupos populacionais, principalmente, quanto aos aspectos culturais do cuidado. Nas populações indígenas, o idoso é aquele que detém conhecimento das práticas tradicionais do cuidado cultural e, por isso, suas crenças e saberes podem influenciar o acesso aos serviços de saúde.

Ao idoso indígena é garantido o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica, política e reconhecendo o direito desses povos à sua cultura (BRASIL, 2002)<sup>(2)</sup>. Contudo, mesmo garantido por lei, a população indígena ainda enfrenta dificuldades de acesso aos serviços de saúde (CARDOSO; COIMBRA-Jr; TAVARES, 2010)<sup>(3)</sup>. Mesmo com a implantação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no Brasil e investimento na estruturação de serviços de saúde locais em Terras Indígenas (TIs) por todo o país, com forte ampliação da cobertura da atenção primária, as barreiras de acesso dos indígenas ao SUS não foram superadas (CARDOSO; COIMBRA-Jr; TAVARES, 2010; ERRICO, 2011)<sup>(3-4)</sup>.

O acesso do indígena nos serviços de saúde é pouco retratado nas pesquisas, com números insuficientes de trabalhos científicos publicados que analisam o tema nos grupos indígenas brasileiros e, estes, em sua maioria, restringem-se a algumas etnias (ERRICO, 2011)<sup>(4)</sup>, ou ainda, o acesso não é o objeto central da discussão (GARNELO, 2011; FERREIRA, 2012)<sup>(5-6)</sup>. Nas bases de dados nacionais, até o momento não foram identificados estudos que retratassem o acesso do idoso indígena aos serviços de saúde, em contrapartida o tema já vem sendo abordado em pesquisas internacionais (HABJAN; PRINCE; KELLEY, 2012)<sup>(7)</sup>.

O acesso aos serviços de saúde pode ser identificado em dois componentes, acesso geográfico e socio-organizacional (BRASIL, 2011)<sup>(8)</sup>. O primeiro envolve características relacionadas à distância e aos meios de transporte a serem utilizados para obter o cuidado (BRASIL, 2011)<sup>(8)</sup>. Já o segundo inclui aquelas características e recursos que facilitam ou impedem os esforços das pessoas em receber os cuidados de uma equipe de saúde, por exemplo, horário de funcionamento, forma de marcação de consulta, presença de longas filas, oferta de cobertura após o horário de funcionamento e a explicitação dos serviços a serem utilizados pela população quando a UBS não está disponível, além da aceitabilidade das diferenças culturais (BRASIL, 2011)<sup>(8)</sup>.

Por se tratar de uma população indígena, os aspectos culturais devem ser levados em consideração, uma vez que a cultura influencia pensamentos, decisões e ações de maneira uniforme (LEININGER; MACFARLAND, 2006)<sup>(9)</sup>. Com base no exposto, e considerando os pressupostos apresentados sobre o acesso do usuário ao serviço de saúde, esta pesquisa norteou-se pela seguinte pergunta: como ocorre o acesso do idoso indígena aos serviços de saúde? Busca-se portanto descrever como os idosos Kaingang e seus cuidadores principais experienciam o acesso aos serviços públicos de saúde.

## **METODOLOGIA**

Utilizou-se a abordagem qualitativa, norteada pela etnografia que é um processo sistemático de observar, detalhar, descrever, documentar e analisar o estilo de vida ou padrões específicos de uma cultura ou subcultura, para apreender o seu modo de viver no seu ambiente natural (LEININGER; MCFARLAND, 2006; MALINOWSKI, 1986)<sup>(9-10)</sup>.

O estudo foi realizado na Terra Indígena Faxinal (TIF), localizada no município de Cândido de Abreu, Paraná, Brasil, onde habitam cerca de 600 indígenas, predominantemente da etnia Kaingang. Participaram do estudo os indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos e seus principais cuidadores, definidos neste estudo como aquela pessoa que acompanhava ou prestava cuidados ao idoso, podendo ser familiar ou não. Desta forma, fizeram parte do estudo 28 idosos e 19 cuidadores.

Os dados foram coletados no período de dezembro de 2012 a fevereiro de 2013, por meio de três viagens à TIF, nas quais os pesquisadores permaneceram em campo, em média, setes dias em cada viagem. Utilizou-se, como técnicas de coleta de dados, a observação participante e a entrevista. Para melhor abordagem desta investigação, foram

elaborados dois instrumentos auxiliares à coleta de dados, o primeiro foi observação em campo, e o outro foi o roteiro para a entrevista.

Por se tratar de um estudo etnográfico, elegeram-se dois informantes-chave para auxiliar os pesquisadores na compreensão dos achados, aprofundando os conhecimentos da cultura e sua visão de mundo do cenário estudado. Ressalta-se, ainda, que os dados foram complementados com informações do banco de dados do projeto de pesquisa “Os Saberes e Práticas de saúde de Famílias de idosos Kaingang na Terra Indígena Faxinal-Pr” vinculado a este estudo.

Os dados foram analisados pela etnoenfermagem, proposta por Madeleine Leininger, em sua Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado. Esta análise consiste na leitura aprofundada dos dados em busca de divergências e convergências e de afirmações e comportamentos, que são categorizados conforme a identificação de padrões recorrentes. Foram utilizados tanto dados resultantes das entrevistas dos pesquisados quanto das anotações em diário de campo. A manipulação dos achados permite a elaboração de inferências que foram confirmadas ainda no decorrer da coleta de dados junto aos pesquisados e informantes-chave, sendo que a partir desta confirmação é possível a abstração das categorias e formulações teóricas (LEININGER; MCFARLAND, 2006)<sup>(9)</sup>.

O estudo foi realizado de acordo com as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, com aprovação do projeto pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa - Conep - mediante o Parecer n.º 760/2010. Para resguardar a identidade dos pesquisados, os idosos foram codificados por meio de números arábicos precedidos da letra I e os cuidadores principais pelas letras C, ambos foram identificados pela letra F para o sexo feminino e M para o sexo masculino, seguido da idade. Os informantes-chave foram identificados com as letras IC, seguindo o mesmo padrão de identificação dos idosos e cuidadores.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **Conhecendo os sujeitos do estudo**

Observou-se entre os idosos indígenas que muitos eram do sexo feminino (n=17), apresentaram idade entre 60 e 103 anos, com média de 72,9 anos. A faixa etária predominante foi a de 60 a 69 anos (n=14), seguido por idosos na faixa etária de 70 a 79

anos (n=6). Identificaram-se, ainda, idosos indígenas octogenários e nonagenários (4 idosos, respectivamente).

Entre os idosos Kaingang, 16 eram casados e 14 viviam em famílias extensas, constituídas por até sete pessoas. No entanto, observaram-se famílias constituídas apenas por casais de idosos (n=4) e idosos residindo sozinhos (n=3). Quanto à escolaridade, nenhum dos idosos era alfabetizado na língua portuguesa (n=28), demonstrando baixo nível de instrução. Majoritariamente eram aposentados (n=26), com renda mínima de um salário mínimo.

Os cuidadores, predominantemente do sexo feminino (n=13), tinham idade entre 22 e 53 anos, média de 32,1 anos. A maioria era casada (n=13) e residia com os idosos (n=14). Vale ressaltar que apenas dois cuidadores não tinham parentesco com o idoso. Estes apresentaram baixa escolaridade, a maioria tinha quatro anos de estudo (n=16). A principal fonte de renda dos cuidadores era o artesanato.

Com a análise dos dados, identificou-se que o acesso do idoso indígena aos serviços públicos de saúde é influenciado tanto por informações oriundas da cultura tradicional quanto das obtidas nos serviços de saúde e que a partilha de ideias a respeito do sistema tradicional e do sistema profissional de cuidado permitiu que os idosos Kaingang expressassem diferentes formas possíveis de apropriação dos saberes tradicionais e daqueles decorrentes das relações de contato interétnico no acesso aos serviços de saúde, discutidos em duas categorias: “Aspectos inerentes do acesso aos serviços públicos de saúde: as experiências dos idosos Kaingang” e “Contrastes culturais: como os idosos Kaingang vivenciam o acesso aos serviços de saúde”.

### **Aspectos inerentes do acesso aos serviços públicos de saúde: as experiências dos idosos Kaingang**

Os serviços de assistência à saúde estão presentes no cotidiano dos idosos e cuidadores principais de várias maneiras como, por exemplo, através do fornecimento de medicamentos e trabalho da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI), a qual realiza consultas, procedimentos como administração de medicamentos, inalação e curativos, encaminhamento a serviços especializados e campanhas de imunização.

Percebe-se que a agilidade no atendimento vivenciada por idosos indígenas contribui para a maior confiabilidade na EMSI, facilitando o acesso. Os depoimentos de



alguns idosos reforçam essa proposição e revelam a facilidade em conseguir marcar consultas na Unidade Básica de Saúde (UBS), uma vez que o agendamento é por livre demanda e não possui filas de espera para o atendimento nem para serem encaminhados aos serviços de referência do SUS.

*No postinho é rápido para ser atendido. Esses dias eu estava me sentindo mal, fui ao posto e já fui atendida. [...] o enfermeiro viu a minha pressão que estava alta [...] fiz a consulta e o médico me encaminhou para o hospital, porque a minha pressão não baixava (I7;F62).*

*O enfermeiro sempre dá um jeitinho de encaixar as consultas. [...] o médico só vem à tarde e se precisar consultar, ele atende sem ter marcado antes (I17;M65).*

*Já fui com febre e vômito ao postinho, o enfermeiro me consultou e me mandou para o hospital, porque o médico só vinha à tarde e eu esta muito ruim (I10;F64).*

A percepção positiva do serviço de saúde se deve à agilidade dos profissionais de saúde em resolver e atender a maioria dos problemas de saúde do idoso indígena, filtrando o acesso a níveis de maior complexidade de assistência através da realização de encaminhamentos para a atenção especializada, utilização do serviço sempre que necessário. A implementação das UBS nas TIs permitiu maior agilidade no acesso dos indígenas aos serviços de saúde (LANGDON; DIEHL, 2007)<sup>(11)</sup> e utilização dos recursos de saúde oferecidos como consulta médicas, de enfermagem e odontológicas, hospitalizações, exames e procedimentos, configurando como porta de entrada para os serviços da rede de referência do SUS.

No entanto, esta não é a realidade de muitas TIs, os indígenas enfrentam dificuldades em marcar consultas e obter atendimento na UBS, uma vez que os serviços possuem filas de espera (ERRICO, 2011)<sup>(4)</sup>. Esta situação se agrava nas TIs onde não há serviços de atenção primária de saúde (FERREIRA, 2012; WELCH; COIMBRA Jr, 2011)<sup>(6,12)</sup>, onde o acesso geográfico representa uma barreira para a assistência profissional.

Diferente disso, na TIF, o aspecto geográfico, mesmo que se apresente como um limitador para o acesso de alguns idosos à UBS, não representa uma barreira para a assistência profissional.

*[...] sempre o I24;M94 vai ao postinho fazer inalação [...] hoje ele não foi, porque estava muito cansado. [...] ele vai a pé com o apoio da bengala, mas é longe para ele ir e tem essa subida no caminho, como hoje ele esta se sentindo muito cansado ficou em casa [...]* (I23;F75).

O depoimento mostra que alguns idosos têm dificuldades em ir à UBS pela distância de suas residências e o serviço de saúde. O distanciamento geográfico não representa apenas uma dificuldade de acesso a serviços de saúde vivenciada por Kaingang, mas também por idosos da etnia Xakriabá (ERRICO, 2011)<sup>(4)</sup>. Na população indígena os aspectos geográficos como o isolamento da algumas etnias, o afastamento das comunidades dos centros urbanos, bem como a baixa disponibilidade de serviços nas aldeias são as principais barreiras que contribuem para o acesso limitado dos indígenas aos serviços de saúde (FERREIRA, 2012; HABJAN; PRINCE; KELLEY, 2012; McBAING-RIGG; VEITCH, 2011)<sup>(6-7,13)</sup>.

Por sua vez, a distância dificulta, mas não impede o acesso do idoso Kaingang ao serviço, já que a equipe de saúde, em especial os profissionais da enfermagem, utilizam o veículo disponibilizado pela Secretária Especial de Saúde Indígena (Sesai), que tem a função de transportar pacientes indígenas a outros serviços de referência do SUS, localizados nos municípios de Cândido de Abreu e Ivaiporã – Paraná, para o deslocamento do idoso no ambiente interno da aldeia, por exemplo, levá-lo à UBS. O que é percebido pelos idosos como uma atenção diferenciada, embora esta não seja sua principal função.

Ainda que tenha uma UBS inserida da TIF como facilitadora no acesso dos idosos aos serviços de saúde, o seu horário de funcionamento apresenta-se como barreira em alguns momentos, pois quando não está no período de funcionamento, é necessário o deslocamento de pacientes aos serviços de emergência, tornando-se a busca pelo cuidado um ato cansativo e estressante. Isto porque as condições econômicas desses indivíduos os fazem dependentes dos serviços públicos de saúde.

*[...] nos finais de semana se você precisar de atendimento do serviço de saúde a AIS (Agente Indígena de Saúde) tem que ligar para o motorista vir buscar [...] não temos outro carro para levar, dependemos do motorista vir nos buscar [...]* (I15;F61).

*Às vezes acontece do carro não estar aqui quando alguém precisa. Já aconteceu comigo. Eu precisei ir para o hospital e o carro não estava*

*aqui (na Terra Indígena), tinha ido levar outro doente [...] fiquei esperando o carro voltar (I28;M72).*

A busca dos idosos e cuidadores por assistência evidenciou a dificuldade na oferta de cobertura assistencial fora do horário de funcionamento da UBS, uma vez que o veículo para o deslocamento dos pacientes aos serviços de emergência fica na cidade de Cândido de Abreu, sendo necessária a solicitação de tal serviço quando há uma intercorrência na TIF.

Desta forma, o transporte se apresentou em alguns momentos como um obstáculo para o acesso, pois, pelas dificuldades socioeconômicas, os indígenas dependem exclusivamente dos recursos oferecidos pelo SUS (ERRICO, 2011; WELCH; COIMBRA Jr, 2011)<sup>(4,12)</sup>. Em algumas regiões do Brasil, esta situação se agrava, pois além dos indígenas viverem em condições econômica precárias e da limitação de transporte nas aldeias, existe também a escassez de serviços de atenção básica nas TIs para atender a população (FERREIRA, 2012)<sup>(6)</sup>. Ressalta-se que estas condições de acesso não se restringem aos indígenas brasileiros, mas também aos canadenses (HABJAN; PRINCE; KELLEY, 2012)<sup>(7)</sup> e australianos (McBAING-RIGG; VEITCH, 2011)<sup>(13)</sup>.

As dificuldades no deslocamento da comunidade de origem para os centros de saúde ou hospitais podem reduzir o acesso do idoso indígena aos serviços de saúde (HABJAN; PRINCE; KELLEY, 2012)<sup>(7)</sup>. Situação como esta reflete diretamente na organização dos serviços de saúde indígena, fazendo-se necessárias avaliações periódicas dos serviços e a implementação de ações que reorganize o funcionamento destes no intuito de melhorar o acesso da população indígena aos serviços de saúde.

A experiência de acesso nos serviços da rede de referência do SUS é marcada por demora no atendimento e encaminhamento a outros serviços especializados. Os relatos dos idosos mostram o atendimento nos hospitais que fazem parte do serviço de referência.

*Uma vez no hospital tive que ficar esperando um monte [...] demorou muito [...] fiquei de cedo até à tarde para a minha tia (I15;F61) ser encaminhada para outro hospital (C1;F45).*

*[...] o atendimento no hospital, muitas vezes é demorado, porque tem muita gente na fila. É preciso ficar esperando o médico atender as pessoas que estão na sua frente [...] (I7;F62).*

As dificuldades de acesso aos serviços da rede de referência do SUS não são características restritas aos idosos estudados, semelhantes situações podem ser observadas em outras TIs, a exemplo, a restrita disponibilidade de consultas e exames especializados aos indígenas Xakriabá, em Minas Gerais (ERRICO, 2011; OLIVEIRA; AQUINO; MONTEIRO, 2012)<sup>(4,14)</sup>. A espera por consultas e/ou exames especializados está, principalmente, relacionada a problemas na organização dos serviços como, por exemplo, a perda dos encaminhamentos para consulta e exames especializados, falta de meio de transporte para chegar ao local de atendimento e ainda a falta de vagas e de médicos especializados para atender a demanda (ERRICO, 2011)<sup>(4)</sup>.

### **Contrastes culturais: como os idosos Kaingang vivenciam o acesso aos serviços de saúde**

Cultura pode ser conceituada como compreender e compartilhar valores, crenças, regras de comportamento ou estilos de vida que são valorizados e passados de geração em geração. Cultura reflete valores, ideias e significados compartilhados que ensinam e guiam o comportamento humano, suas decisões e ações (LEININGER; MCFARLAND, 2006)<sup>(9)</sup>. Há de se considerar que os valores, crenças e práticas de cuidado cultural são influenciados e vinculados pela visão de mundo e fatores da estrutura social (religião, filosofia de vida, parentesco, política, economia, educação, tecnologia e valores culturais), além dos contextos etno-histórico e comportamental (LEININGER; MCFARLAND, 2006)<sup>(9)</sup>.

Na cultura Kaingang, o idoso é um elo entre os antepassados e as novas gerações, tem a responsabilidade de transmitir os aspectos culturais da sociedade, como a cosmologia e as crenças, ensinando noções de conduta moral e aprendizado de habilidades. Em muitos casos, os idosos atuam como conselheiros e curandeiros, conhecedores de remédios feitos com ervas medicinais. No entanto, essa realidade, tem se modificado em função do contato interétnico e das mudanças introduzidas pelo sistema público de saúde. A TIF, como já mencionado, possui em seu território uma UBS, onde é realizada a assistência ao idoso indígena, sendo que por ocasião de necessidades de cuidados profissionais mais complexos, os idosos são encaminhados ao hospital do município mais próximo.

Essa alteração no modo de cuidar evidencia percepções díspares entre os idosos Kaingang da TIF, ao que se refere ao acesso nos serviços de saúde. Pode-se verificar na

fala do idoso a interferência do fator tecnológico, expresso na figura dos medicamentos industrializados, na busca por assistência profissional.

*[...] eu tenho esse problema na coluna, eles chamam de hérnia de disco, [...] os nossos remédios não resolvem o problema, por isso, faço tratamento na unidade de saúde [...] fiz o tratamento por muito tempo, tinha que tomar injeção todos os dias [...]* (I15;F61).

As experiências positivas de ações dos serviços de saúde, como a eficiência do tratamento de saúde, faz com que alguns idosos deem preferência aos cuidados profissionais à saúde e, por conseguinte, tenham maior acesso aos serviços de saúde. Isto revela que a cultura Kaingang está em permanente e constante transformação e ressignificação, o que possibilita algumas práticas de cuidado, como o uso de medicamentos industrializados, e sua validação entre as diferentes gerações, inclusive entre os idosos. O que só é possível porque a cultura não é estática, ou seja, acompanha as modificações da sociedade e se transforma de acordo com as interações sociais (MALINOWSKI, 1986)<sup>(10)</sup>.

Já incorporados à cultura Kaingang, os medicamentos industrializados são bastante solicitados pelos idosos. Além de simbolizarem uma questão de poder entre os grupos indígenas, são apontados como recurso indispensável à assistência da EMSI nas aldeias (OLIVEIRA; AQUINO; MONTEIRO, 2012)<sup>(14)</sup>. A falta deste recurso em algumas aldeias é vista pelos indígenas como um desrespeito a sua saúde, uma vez que é imprescindível no tratamento das doenças (OLIVEIRA; AQUINO; MONTEIRO, 2012)<sup>(14)</sup>. Os medicamentos trazem comodidade quanto às outras práticas terapêuticas, pois o uso do mesmo possibilita a resolução do problema sem a necessidade de sacrifícios e restrições inerentes aos cuidados tradicionais indígenas.

Por outro lado, a visão de mundo, as prioridades de vida e conceitos de saúde e doença do idoso indígena podem diferir significativamente daquela da cultura do profissional de saúde e, assim, a ausência de cuidados diferenciados que atendam às necessidades de saúde do idoso indígena repercute de maneira negativa no acesso aos serviços de saúde.

*Na aldeia Faxinal ainda existe algumas pessoas mais resistentes ao tratamento médico que só acreditam na medicina indígena tradicional, principalmente alguns idosos* (C01; M53).

*[...] os idosos viviam nos matos e não aceitavam os remédios dos brancos. Eles mesmos faziam os remédios ou procuravam ajuda do Kujà para curar as doenças. Agora tem o postinho aqui, mas alguns idosos ainda preferem fazer seus remédios e usar as práticas antigas de cura. Como o serviço de saúde não sabe usar esses recursos os idosos se afastam do serviço (IC1;M68).*

Os depoimentos revelam a necessidade do serviço de saúde em oferecer atenção diferenciada no cuidado ao idoso Kaingang, pois este mantém suas crenças, valores e concepções de saúde e doença. Ainda que a implantação das UBS nas aldeias tenha contribuído no avanço da assistência à saúde do indígena, a mesma não disponibiliza cuidados culturalmente congruentes às necessidades do idoso indígena. O despreparo dos serviços de saúde em atender as necessidades culturais do idoso indígena acaba por afastá-los dos serviços de saúde.

A política de atenção à saúde dos povos indígena prevê que o acesso do indígena aos serviços de saúde seja efetivado em conformidade às especificidades culturais de cada grupo (BRASIL, 2002)<sup>(2)</sup>. Contudo, observa-se, nos depoimentos, carência de cuidados culturais congruentes na assistência ao idoso indígena. Os profissionais respeitam as crenças e saberes dos indígenas, mas a assistência ainda é pautada nos conceitos biomédicos, sem ênfase aos aspectos culturais. Poucos estudos relatam a prática da atenção diferenciada nas aldeias (FERREIRA, 2012)<sup>(6)</sup>.

A atenção diferenciada contempla noções de respeito às concepções, valores e práticas em saúde de cada povo e de articulação entre os saberes indígenas e biomédicos, e o Agente Indígena de Saúde (AIS) é o mediador entre esses saberes, assim como entre a comunidade e os membros da equipe (BRASIL, 2002)<sup>(2)</sup>. No entanto, o êxito em oferecer serviços que respeitem e se articulem com as práticas tradicionais depende muito do compromisso e dos esforços para capacitar todos os membros da EMSI, inclusive os AIS, para a atenção diferenciada (DIEHL; LANGDON; DIAS-SCOPEL, 2012)<sup>(15)</sup>.

A carência de cuidados culturalmente relevantes ao cuidado à saúde revelou ainda como um limitador no acesso do idoso Kaingang ao sistema profissional de saúde, evidenciado por sentimentos de desapontamento com o serviço, como relata o idoso: “*no postinho só tem os remédios dos “brancos”. Eles são bons para curar a dor, mas não para as doenças do espírito (I6;M65)*”. Esta frustração e decepção com a prestação de cuidado

pode levar à relutância dos idosos indígenas em utilizar o serviço de saúde (HABJAN; PRINCE; KELLEY, 2012)<sup>(7)</sup>.

A maioria dos prestadores de cuidado de saúde não tem a informação para entender como a cultura influencia a percepção do indígena na busca por assistência profissional (HABJAN; PRINCE; KELLEY, 2012)<sup>(7)</sup> e, ainda, observa um grande despreparo dos profissionais atuantes na saúde indígena para reconhecer e prestar o cuidado culturalmente competente.

O cuidado culturalmente competente engloba o conhecimento da cultura, valores, crenças e práticas de saúde dos indivíduos e/ou grupos a quem prestam cuidados (LEININGER; MCFARLAND, 2006)<sup>(9)</sup>. Sendo assim, os profissionais de saúde, em especial da Enfermagem, necessitam ser preparados para promover e prestar cuidados de saúde culturalmente congruentes.

Nessa perspectiva, a congruência dos valores do sistema cultural é essencial para o sistema profissional ajudar os indivíduos a adquirirem ou permanecerem com saúde (LEININGER; MCFARLAND, 2006)<sup>(9)</sup>. Portanto, cabe aos profissionais atuantes em terras indígenas desenvolver os modelos de ações e decisões de cuidado fundamentadas em teorias científicas que tenham como base norteadora os aspectos culturais como, por exemplo, o proposto na teoria do cuidado transcultural (LEININGER; MCFARLAND, 2006)<sup>(9)</sup> que, nesse caso, consistem em preservar/manter; acomodar/negociar e repadronizar e/ou reestruturar o cuidado cultural e, assim, oferecer aos idosos indígenas acesso de qualidade aos serviços de saúde, o qual integre os conhecimentos tradicionais da cultura Kaingang e os profissionais no cuidado às especificidades do idoso.

Paralelo à percepção da carência de cuidados culturalmente congruentes, encontram-se as barreiras linguísticas, visto que quando os idosos conseguem o acesso aos serviços de saúde sentem certa limitação e dificuldade em fazer entender suas necessidades e interpretar o que a equipe de saúde transpõe.

*[...] muitas vezes eles não conseguem entender o que o médico explica. Eles sabem falar que estão com dor, aonde dói. É difícil porque quando não tem alguém para ajudar eles não entendem. O enfermeiro quando não entende ele pede ajuda para os índios mais novos, eles sabem o português (C19;F22).*

*[...] ela (Agente Indígena de Saúde) me acompanha na internação. Ela sabe explicar o que eu estou sentindo [...], às vezes eu não sei dizer como é a doença que tenho (I15;M61).*

Para os idosos indígenas da TIF, o português é a segunda língua em termos de fluência e compreensão, uma vez que falar a língua nativa é uma forma de preservar as tradições culturais e a identidade Kaingang (MOLITERNO et al., 2011)<sup>(16)</sup>. Apesar do seu vocabulário português ser suficiente para estabelecer contatos e realizar atividades diárias como fazer compra em mercados, muitas vezes, não tem o alcance e nuance para facilitar a compreensão significativa da doença e os tratamentos necessários. Isso pode resultar em lacunas significativas na comunicação, que então afeta o seu acesso aos serviços de saúde e a qualidade de suas experiências com estes serviços (CARSON, 2009)<sup>(17)</sup>.

Algumas iniciativas têm ajudado a diminuir as barreiras criadas por essas diferenças culturais, como a inclusão do AIS à EMSI (BRASIL, 2002)<sup>(2)</sup>. Os idosos Kaingang, sempre que possível, são acompanhados por um AIS na assistência nos serviços de saúde da rede de referência do SUS, com o intuito de facilitar a comunicação e, por conseguinte, proporcionar acesso de qualidade do idoso na assistência de saúde (BRASIL, 2002)<sup>(2)</sup>. Na Austrália, alguns serviços hospitalares começaram a utilizar intérpretes conhecedores da língua indígena como forma de apoio às necessidades culturais de pacientes indígenas durante o seu contato com o sistema hospitalar para o melhor entendimento da doença e tratamento (CARSON et al., 2009)<sup>(17)</sup>.

Assim, a carência de cuidado culturalmente congruente, juntamente com a inaptidão dos profissionais de saúde para conversar na língua nativa, pode apresentar uma situação difícil para os idosos Kaingang que usam o sistema profissional de saúde, como observado em estudos internacionais (HABJAN; PRINCE; KELLEY, 2012; CARSON et al., 2009)<sup>(7,17)</sup>.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A realização deste estudo permitiu a constatação de que, para o idoso indígena e seu cuidador, o acesso aos serviços públicos de saúde caracteriza-se pela facilidade para marcar consultas e obter os recursos de saúde como consultas, medicamentos e procedimentos de enfermagem e encaminhamento aos serviços da rede de referência do SUS. Por outro lado, a distância de algumas residências à UBS foi referida como limitador



no acesso, bem como a cobertura do serviço fora do horário de atendimento. O acesso aos serviços da rede de referência do SUS foi marcado por demora no atendimento e encaminhamento a outros serviços especializados.

A análise realizada demonstra a existências de falhas no serviço de saúde para o atendimento diferenciado, como a ausência de cuidados culturalmente congruentes às necessidades do idoso indígena e a dificuldade dos profissionais de saúde se comunicarem na língua nativa. Tais constatações reforçam a importância de conhecer e compreender as especificidades culturais do grupo, a fim de oferecer maiores oportunidades de acesso do idoso ao serviço de saúde, bem como um cuidado integral e efetivo que respeite as diferenças culturais.

Por fim, o acesso constitui como desafio na construção do cuidado integral à saúde do idoso Kaingang e como elemento importante para a gestão e avaliação de serviços de saúde indígena. Fazendo-se necessário o desenvolvimento de outras pesquisas, envolvendo o acesso aos serviços de saúde e os idosos indígenas, para que seja possível adequar uma assistência diferenciada para a atuação da EMSI, em especial do enfermeiro, que permita a ampliação do acesso desta parcela da população nos serviços de saúde.

Dentre os limites deste estudo, pondera-se o fato de se tratar de uma única terra indígena Kaingang e, portanto, sugerimos estudos semelhantes em outras terras indígenas e com outras etnias, para que sejam evidenciados aspectos que possam ser generalizados à etnia e à população em geral, de forma a apontar novas perspectivas na assistência do idoso indígena.

## **REFERÊNCIAS**

1. Travassos C, Viacava F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. *Cad Saude Pública*. 2007; 23(10): 2490-2502.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 2. ed. Brasília, DF, 2002.
3. Cardoso AM, Coimbra Jr. CEA, Tavares FG. Morbidade Hospitalar Indígena Guarani no Sul e Sudeste do Brasil. *Rev. bras. epidemiol.* 2010; 13(1): 21-34.
4. Errico LSP. Acesso e utilização dos serviços de saúde pela população da etnia Xakriabá, norte de Minas Gerais. 2011. 124 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) –

- Curso de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Belo Horizonte.
5. Garnelo L. Aspectos socioculturais de vacinação em área indígena. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. 2011, 18(1):175-190.
  6. Ferreira LO. O Desenvolvimento Participativo da Área de Medicina Tradicional Indígena, Projeto Vigisus II/Funasa. *Saúde Soc. São Paulo*. 2012, 21(supl.1):.265-277,
  7. Habjan S, Prince H, Kelley ML. Caregiving for Elders in First Nations Communities: Social System Perspective on Barriers and Challenges. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*. 2012, 31(2):209-222.
  8. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. – Brasília: CONASS, 2011.
  9. Leininger M, Mcfarland MR. *Culture Care diversity and universality: a worldwide nursing theory*. 2nd ed. New York: Jones and Bartlett Publishers; 2006.
  10. Malinowski B. *Malinowski: Antropologia*. São Paulo: Ática, 1986.
  11. Langdon EJ, Diehl EE. Participação e autonomia nos espaços interculturais de Saúde Indígena: reflexões a partir do sul do Brasil. *Saúde Soc*. 2007, 16(2):19-36.
  12. Welch JR, Coimbra Jr. CEA. Perspectivas culturais sobre transmissão e tratamento da tuberculose entre os Xavante de Mato Grosso, Brasil. *Cad Saude Pública*. 2011; 27(1):190-194.
  13. Mcbain-Rigg K, Veitch C. Cultural barriers to health care for aboriginal and Torres Strait Islanders in Mount Isa. *Australian Journal oh rural Health*. 2011; 19(2):70-4.
  14. Oliveira JWB, Aquino JM, Monteiro EMLM. Promoção da saúde na comunidade indígena Pankararu. *Rev. bras. enferm*. 2012; 65(3):437-444.
  15. Diehl EE, Langdon EJ, Dias-Scopel RP. Contribuição dos agentes indígenas de saúde na atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas brasileiros. *Cad Saude Pública*. 2012; 28(5): 819-31.
  16. Moliterno ACM, Padilha AM, Faustino RC, Mota LT, Carreira L. Dinâmica social e familiar: uma descrição etnográfica de famílias de idosos Kaingang. *Cienc cuid saúde*. 2011; 10(4): 836-44.
  17. Carson PJ. Providing specialist services in Australia across barriers of distance and culture. *World J Surg*. 2009, 33(8):1562-1567.

#### 5.4 Artigo 3: (In) congruências na atuação dos serviços de saúde: olhar do idoso indígena e seus cuidadores



**Figura 11** - Aferição de pressão arterial em idosa Kaingang, Terra Indígena Faxinal de Catanduvas, Paraná.

Fonte: Coleta de dados 2012-2013.

#### **(IN) CONGRUÊNCIAS NA ATUAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE: OLHAR DO IDOSO INDÍGENA E SEUS CUIDADORES**

**RESUMO:** Este estudo objetivou compreender como os idosos Kaingang e seus cuidadores principais percebem a atuação dos serviços de atenção básica e da rede de referência do Sistema Único de Saúde. Pesquisa qualitativa, fundamentada no método etnográfico, realizada junto a 28 idosos e 19 cuidadores residentes na Terra Indígena Faxinal, Paraná, Brasil. Os dados foram coletados no período de dezembro de 2012 a fevereiro de 2013 por meio de entrevistas e observação participante, sendo analisados à luz da Teoria Transcultural do Cuidado. Evidenciou satisfação com o trabalho da equipe de enfermagem, a exemplo, o acompanhamento do tratamento medicamentoso. No entanto, atitudes profissionais de discriminação, exposição e manipulação do corpo e a desvalorização das práticas de cuidado tradicional contribuíram para a percepção negativa da atuação dos serviços de saúde. Conclui-se que há necessidade de os profissionais de saúde compreender e valorizar as práticas de cuidado cultural do idoso indígena, aceitando, negociando e padronizando o cuidado, o que contribuiria para a oferta de cuidados culturalmente congruentes.

**Descritores:** População Indígena; Idoso; Serviços de Saúde; Cultura.

## **(IN) CONGRUENCES IN THE PERFORMANCE OF HEALTH SERVICES: THE LOOK OF THE INDIGENOUS ELDER AND HIS CAREGIVERS**

**ABSTRACT:** This study aimed to understand how the Kaingang seniors and their main caregivers perceive the performance of basic care services and the referral network of the Unified Health System. It is a qualitative research, based on the ethnographic method, conducted with 28 elders and 19 caregivers resident in the Indigenous Land Faxinal, Paraná, Brazil. Data were collected from December 2012 to February 2013 through interviews and participant observation, being analyzed at the light of the Transcultural Nursing Theory. They showed satisfaction with the work of the nursing staff, as example is the monitoring of drug therapy. However, professional attitudes of discrimination, exposure and manipulation of the body and the devaluation of traditional care practices contributed to the negative perception of the performance of health services. One concludes that there is a need for health professionals to understand and value the cultural care practices of the indigenous elders, accepting, negotiating and standardizing care, which would contribute to the provision of culturally congruent care.

**Descriptors:** Indigenous Population; Aged; Health Services; Culture.

## **(IN) CONGRUENCIAS EN LA ACTUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD: VISIÓN DEL ANCIANO INDÍGENA Y SUS CUIDADORES**

**RESUMEN:** Este estudio tuvo el objetivo de comprender cómo los ancianos Kaingang y sus cuidadores principales perciben la actuación de los servicios de atención básica y de la red de referencia del Sistema Único de Salud. Investigación cualitativa, fundamentada en el método etnográfico, realizada junto a 28 ancianos y 19 cuidadores residentes en la Tierra Indígena Faxinal, Paraná, Brasil. Los datos fueron recolectados en el período de diciembre de 2012 a febrero de 2013 por medio de entrevistas y observación participante, siendo analizados a la luz de la Teoría Transcultural del Cuidado. Evidenció satisfacción con el trabajo del equipo de enfermería, por ejemplo, el acompañamiento del tratamiento medicamentoso. Sin embargo, actitudes profesionales de discriminación, exposición y manipulación del cuerpo y la desvalorización de las prácticas de cuidado tradicional contribuyeron para la percepción negativa de la actuación de los servicios de salud. Se concluye que hay la necesidad de que los profesionales de salud comprendan y valoricen las prácticas de cuidado cultural del anciano indígena, aceptando, negociando y estandarizando el cuidado, lo que contribuiría para la oferta de cuidados culturalmente congruentes.

**Descriptor:** Población Indígena; Anciano; Servicios de Salud; Culture.

## **INTRODUÇÃO**

Diante da crescente preocupação com a saúde e bem-estar no envelhecimento, o crescimento da população idosa indígena desperta interesse para o desenvolvimento de pesquisas que abordem essa temática. Os idosos indígenas compõem uma parte dessa

população culturalmente diferenciada, que demanda a criação de uma política de saúde adequada aos múltiplos contextos étnicos, dos quais eles fazem parte.

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Pnasi), integrante da Política Nacional de Saúde, determina as condições de assistência à saúde dos povos indígenas e o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo em vista as históricas desigualdades e iniquidades vividas por esses povos no Brasil (BRASIL, 2002)<sup>(1)</sup>.

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena é organizado por meio dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), compostos de Unidades Básicas de Saúde (UBS) localizadas nas Terras Indígenas, que contam com o trabalho dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e dos Agentes Indígenas de Saneamento (Aisan), além dos Polos-base, que incluem as Equipes Multiprofissionais de Saúde Indígena (EMSI) e as Casas do Índio que apoiam os serviços de média e alta complexidade referenciados na rede do SUS (BRASIL, 2002a)<sup>(1)</sup>.

Em algumas realidades, como no Sul do Brasil, há unidades básicas de saúde nas aldeias, que incluem permanentemente a EMSI (LANGDON; DIEHL, 2007)<sup>(2)</sup>. Atualmente, a Secretária Especial de Saúde Indígena (Sesai) é o órgão do Ministério da Saúde encarregado pela coordenação, normatização e execução das ações de atenção à saúde indígena e, ainda, responsável pela articulação e integração com os setores governamentais e não governamentais que possuam interface com a atenção à saúde indígena.

O foco da assistência a ser prestada à população indígena visa contemplar a diversidade cultural, geográfica, histórica e política desses povos, favorecendo a superação de fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde, reconhecendo e valorizando sua medicina e cultura (BRASIL, 2002a)<sup>(1)</sup>. No entanto, pouco se sabe sobre os aspectos que envolvem a saúde do idoso indígena e a atuação dos serviços de atenção à saúde desta população.

Estudos realizados em âmbito nacional apontam avanços na assistência à saúde indígena, como a presença da EMSI nas aldeias (NOVO, 2011)<sup>(3)</sup> e a inserção do AIS à equipe, o qual possibilita desenvolver formas de atenção diferenciada e de incrementar a participação dos índios nos serviços de saúde, bem como contribuir para a qualidade dos serviços em um contexto intercultural (LANGDON; DIEHL, 2007; DIEHL; LANGDON; DIAS-SCOPEL, 2012)<sup>(2,4)</sup>. O AIS como elo de comunicação e educação entre as famílias e

os demais membros da equipe permite, ainda, o acesso facilitado dos indígenas aos serviços de saúde e seus recursos (LANGDON; DIEHL, 2007; DIEHL; GRASSI, 2010)<sup>(2,5)</sup>. Por outro lado, a população indígena reivindica atendimento e serviços de melhor qualidade que atendam suas necessidades no seu contexto cultural, muitas vezes não valorizados pelos profissionais (NOVO, 2011)<sup>(3)</sup>.

Ao considerar a escassez na produção científica voltada à percepção dos indígenas, em especial do idoso, em relação à atuação dos serviços de saúde, esta pesquisa pode contribuir com a visão do idoso indígena e seus cuidadores sobre a assistência à saúde ofertada nestes serviços, e ainda oferecer subsídio para a realização de estudos avaliativos sobre aqueles serviços disponibilizados a esta parcela da população. Com base no exposto, este artigo tem como objetivo compreender como os idosos Kaingang e seus cuidadores principais percebem a atuação dos serviços de atenção básica e da rede de referência do Sistema Único de Saúde.

## **MÉTODO**

Este estudo de abordagem qualitativa, fundamentado pela etnografia, foi realizado na Terra Indígena Faxinal (TIF), localizada no município de Cândido de Abreu, Paraná, Brasil, onde habitam cerca de 600 indígenas da etnia Kaingang. A etnografia permite ao pesquisador uma descrição detalhada do fenômeno estudado (MALINOWSKI, 1986)<sup>(6)</sup>.

Os informantes do estudo foram indígenas com idade igual ou superior a 60 anos e seus principais cuidadores, ambos, residentes na TIF. Consideraram-se como cuidadores principais aqueles que acompanhavam ou prestavam cuidados ao idoso, os quais podiam ser familiares do idoso ou não. Deste modo, participaram do estudo 28 idosos e 19 cuidadores.

A coleta de dados compreendeu o período de dezembro de 2010 a fevereiro de 2013, por meio de três viagens à TIF, com a permanência da equipe de pesquisa em campo por sete dias em cada viagem. Os dados foram coletados por meio da observação participante e entrevistas etnográficas auxiliadas por dois instrumentos, um referente às questões que foram observadas em campo, e o outro o roteiro para a entrevista. Utilizaram-se também das informações registradas em diário de campo e no banco de dados do projeto de pesquisa “Os Saberes e Práticas de saúde de Famílias de idosos Kaingang na Terra Indígena Faxinal-Pr”, a qual este estudo é vinculado, além do auxílio de dois informantes-

chave, para compreensão dos achados, aprofundando os conhecimentos da cultura e sua visão de mundo do cenário estudado.

A análise dos dados ocorreu segundo os pressupostos da etnoenfermagem proposta por Madeleine Leininger em sua Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado. A análise consiste na leitura aprofundada dos dados em busca de divergências e convergências e de afirmações e comportamentos que são categorizados conforme a identificação de padrões recorrentes. São utilizados tanto dados resultantes das entrevistas dos pesquisados quanto das anotações em diário de campo. A manipulação dos achados permite a elaboração de inferências que são confirmadas ainda no decorrer da coleta de dados junto aos pesquisados e informantes-chave, sendo que a partir desta confirmação é possível a abstração das categorias e formulações teóricas (LEININGER; MCFARLAND, 2006)<sup>(7)</sup>.

O estudo foi realizado de acordo com as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, com aprovação do projeto pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa - Conep - mediante o Parecer n.º 760/2010. Para resguardar a identidade dos pesquisados, os idosos foram codificados por meio de números arábicos precedidos da letra I e os cuidadores principais pelas letras C, ambos foram identificados pela letra F para o sexo feminino e M para o sexo masculino, seguido da idade. Também foram identificados com as letras IC os informantes-chave.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A análise dos dados permitiu a construção de duas categorias: “Singularidades na atenção ao idoso indígena: percepções Kaingang” e “Incongruências culturais na assistência ao idoso indígena”, as quais serão descritas a seguir.

### **Singularidades na atenção ao idoso indígena: percepções Kaingang**

Para alguns idosos e cuidadores, a implantação da UBS na TIF, em 2003, contribuiu para melhores condições de saúde da população Kaingang. Os discursos em relação à atuação dos serviços de saúde foram no sentido de reforçar a melhora da saúde dos indígenas após a instalação da unidade de saúde na aldeia, sobretudo pela crescente disponibilidade de medicação.

*A saúde aqui na aldeia melhorou muito [...] antes não tinha médico, nem o pessoal da enfermagem para atender todos os dias. [...] sem contar que agora tem medicamentos à disposição. Antigamente morria muitos índios por não ter recursos na saúde. [...] (C8;M38).*

Na aldeia estudada, os idosos, após consulta médica, odontológica e na alta hospitalar são encaminhados à farmácia da UBS da TIF. Local em que a receita médica e/ou odontológica é transcrita em um livro, onde é registrada a medicação prescrita, via de administração, dose, horário e duração do tratamento. Após este procedimento é, então, iniciado o tratamento.

No período de tratamento, os idosos comparecem ao serviço de saúde nos horários determinados pela equipe de enfermagem. Nos finais de semana e feriados os idosos recebem as doses exatas dos medicamentos e são orientados quanto aos horários e cuidados necessários.

De modo geral, os idosos manifestam satisfação com o trabalho da equipe de enfermagem, no que se refere ao acompanhamento do tratamento medicamentoso, uma vez que relatam dificuldades em realizar o mesmo sozinhos. Isto demonstra que a organização do serviço de saúde na aldeia permite cuidado congruente às necessidades do idoso indígena.

*Ah, quando eu fico doente, eu vou ao posto [...] agora eu estou me tratando, tomando remédio no horário certo, por isso que vou todo dia lá (na UBS) para poder tomar o remédio, porque em casa eu me perco tudo, não sei direito o que tem que tomar [...] é tanto remédio. Tomar no postinho é mais fácil. Eles sabem dar o remédio certo (I17;M65).*

Para alguns participantes do estudo, a falta de medicamentos na UBS é percebida como um fator negativo da atuação dos serviços de saúde no cuidado ao idoso indígena. A construção dessa percepção pode ocorrer em razão do modelo assistencial curativista, ainda vigente, centrado no medicamento.

*Agora está um pouco difícil, porque a SESAI ainda não disponibilizou recurso para comprar medicamentos, a farmácia está quase vazia [...] (C8;M38).*

*[...] esses dias o médico me receitou um medicamento que está em falta no postinho, [...] o enfermeiro conversou com ele para poder substituir por outro, mas não teve jeito. [...] não tinha como comprar, porque não*



*... tinha dinheiro. É difícil por causa disso, a falta de medicamentos. [...]*  
(I1;F61).

A atuação da equipe de enfermagem, especificamente do enfermeiro, apresentou-se como elemento importante no cuidado ao idoso indígena. A relação de proximidade do enfermeiro com os cuidadores e idosos, manifestada pela atenção, carinho e interesse na saúde do idoso contribuiu para a percepção positiva do trabalho deste profissional.

*... o enfermeiro sempre pergunta para a minha mãe (I5;F62) se ela está tomando o remédio que o médico passou. Toda vez que ele me vê ele pergunta dela. Ele sempre orienta a tomar o remédio e comer menos gordura, e explica para ela que a pressão alta quando não é controlada pode deixar a pessoa na cama sem poder se mexer (C1;F45).*

*Quando fico uns dias sem ir ao postinho o enfermeiro manda a AIS aqui, para saber se estou bem. Ele fica preocupado, isso mostra que ele gosta da gente (I15;F61).*

O pouco conhecimento a respeito dos procedimentos realizados por profissionais de saúde contribuiu para percepções negativas do idoso em relação aos serviços de saúde. A falta de informações revelou a necessidade dos cuidadores e idosos em obter maiores esclarecimentos e explicações sobre os exames e procedimentos médicos e de enfermagem.

*... acompanhei meu pai no hospital, ele ficou um pouco sozinho na enfermagem, quando cheguei ele pediu água [...] disse que tinha pedido, mas ninguém trouxe para ele. [...] depois que eu dei a água, as enfermeiras me disseram que ele não podia beber nada por causa do exame. Mas ninguém avisou (C19;F22).*

*... tem vez, quando vou consultar, o médico faz alguns exames que eu nem sei por que precisa fazer, ele não explica (I26;F61).*

Outro aspecto a ser considerado é a discriminação nos serviços de saúde. O sentimento de discriminação vivenciado por estes idosos deixa visível a insatisfação com as atitudes e comportamentos dos profissionais de saúde.

*... eles (os profissionais que trabalham nos hospitais) têm um pouco de preconceito da gente que é índio [...]. Um dia o médico aqui da UBS me encaminhou para o hospital [...] lá me atenderam e disseram que eu teria que ir para o Hospital de Ivaiporã, então fiquei esperando. Primeiro eles*

*levaram os “brancos”, até mesmo os pacientes que tinham chegado depois [...]. A moça ainda ficou brava comigo, ela disse: porque você não pede para o motorista da aldeia te levar. Os índios não tem carro exclusivo! (I28;M72).*

*O ruim é que no hospital tem que tomar banho antes de deitar nas camas. Às vezes o médico pede para tomar banho antes que ele venha consultar. Ele não pede para os “brancos” tomar banho (I23;F75).*

Além disso, muitos idosos referiram ser discriminados por alguns integrantes da equipe de saúde, como relato do idoso “*eles fazem isso porque sou índio (I17;M65)*”. Na visão do idoso a discriminação ocorre pelo fato de serem índios.

### **Incongruências culturais na assistência ao idoso indígena**

Situações de constrangimentos e desconforto vivenciadas pelo idoso nos serviços de saúde revelam insatisfação com a assistência prestada. O descontentamento dos idosos Kaingang está relacionado à conduta dos profissionais de saúde na realização de alguns procedimentos, principalmente, quanto à exposição e manipulação do corpo. Sem considerar que estes idosos apresentam crenças e valores culturais relacionados ao corpo.

*[...] quando eu fiquei internada por causa do problema na minha coluna (Hérnia de disco) eles me deram banho na cama, na frente das outras pessoas que estavam internadas [...] tiraram minha roupa e foram me lavando, eu fiquei com muita vergonha [...] aquelas pessoas me tocando e pegando em mim (I15;F61).*

*[...] no hospital, quando fui fazer exame, tive que deitar com as pernas abertas [...]. E quando o médico estava fazendo o exame entrou um homem e os dois ficaram conversando, fiquei com muita vergonha (I20;F60).*

A insatisfação com a atuação dos profissionais de saúde também está relacionada à desvalorização das práticas culturais de cuidado do idoso Kaingang. Os idosos usam de práticas e saberes tradicionais para cuidar de si próprios e de seus familiares, assim, alguns comportamentos que desmerecem os cuidados culturais influenciam negativamente na percepção da assistência dos profissionais de saúde.

*[...] às vezes o pessoal do posto reclama com o pessoal, porque não fazem o tratamento como eles pedem. [...] esses dias um profissional de saúde ficou bravo com a minha mãe (I5;F62) [...] ela machucou a perna e não foi logo ao postinho [...]. Ela estava tratando o machucado com os remédios do mato. [...] ele não gostou, disse que ela tinha que ter ido ao postinho para fazer o tratamento. [...] (C1;F45).*

A presença dos profissionais de saúde nas TIs também influencia os idosos na escolha dos recursos terapêuticos. Algumas condutas e atitudes dos profissionais podem ter contribuído para uma possível mudança do poder de cura, antes atribuído ao *kujá* (curandeiro) e agora pertencente à equipe de saúde.

*[...] antes eu acreditava na cura feita pelo Kujá, mas (fulano) falou que não existem essas coisas de espírito [...] que só os médicos podem curar as doenças. Agora quando fico doente vou direto ao posto de saúde (I27;M60).*

*[...] quando fica doente vai ao posto de saúde, mudou tudo agora, antes a gente tomava só os remédios no mato, ia consultar o Kujá. Agora só os remédios do mato não resolvem, os do postinho curam rápido [...] (I24;M94).*

As atitudes de alguns profissionais, por sua vez, podem ter influenciado os idosos indígenas a deixar de utilizar práticas culturais de cuidado como, por exemplo, a intervenção do *Kujá* na cura de doenças, e o uso de remédios feitos com ervas medicinais.

## **DISCUSSÃO**

A implantação do Subsistema de Saúde Indígena com atuação das equipes de saúde nas TIs possibilitou maior acesso dos indígenas aos serviços de saúde e recursos como medicamentos, vacinas, exames (LANGDON; DIEHL, 2007)<sup>(2)</sup>. A participação das EMSI permitiu avanços na assistência à saúde dos povos indígenas (NOVO, 2011)<sup>(3)</sup> e, portanto, melhores condições de saúde.

Os medicamentos representam importante conquista à saúde indígena por ser recurso indispensável à assistência das equipes de saúde nas aldeias (NOVO, 2011; OLIVEIRA; AQUINO; MONTEIRO, 2012)<sup>(3,8)</sup>. A centralização do tratamento medicamentoso na UBS, sob supervisão e acompanhamento da equipe de enfermagem

demonstra a reorganização do serviço para atender as necessidades da saúde do idoso indígena.

Além das dificuldades apresentadas pelos idosos Kaingang, estudos mostram a interrupção do tratamento quando há melhora no estado de saúde, ou ainda por influência dos profissionais de saúde pela má interpretação das orientações referentes ao uso da medicação (DIEHL; GRASSI, 2010)<sup>(5)</sup>. Desta forma, cabe ao profissional de saúde observar, descobrir e reconhecer as necessidades de cuidado do idoso indígena, considerando os valores culturais, crenças e visão de mundo. A prestação de cuidados congruente poderia melhorar o bem-estar, prevenir doenças, minimizar conflitos culturais e ajudar a sustentar a qualidade de vida cultural (LEININGER, 2007)<sup>(9)</sup>.

A avaliação dos serviços de saúde é sempre no sentido de se reforçar a melhora no estado geral de saúde da população indígena, valorizando em seus discursos o processo crescente de medicalização (NOVO, 2011)<sup>(3)</sup>. De tal modo, a falta de medicamentos nas aldeias é considerada como desrespeito à saúde indígena (DIEHL; GRASSI, 2010; OLIVEIRA; AQUINO; MONTEIRO, 2012)<sup>(5,8)</sup> e motivo de desagrado com a atuação dos serviços de saúde.

Outro aspecto presente nas falas dos sujeitos desta pesquisa diz respeito à atuação do enfermeiro e da equipe de enfermagem no cuidado à saúde dos idosos indígenas. Este profissional é visto como uma pessoa capaz de estabelecer uma relação próxima, individual e flexível, estimulando a valorização do sujeito (SOUZA et al., 2013)<sup>(10)</sup>. A empatia empregada na assistência, mencionada na Política Nacional de Humanização, é fator importante para a humanização e favorece o estabelecimento de vínculos solidários em que o enfermeiro demonstra atenção, carinho e respeito ao paciente (SOUZA et al., 2013)<sup>(10)</sup>.

Como parte da assistência ao idoso, o enfermeiro e toda a equipe de saúde devem oferecer cuidados que vão além do tecnicismo, um cuidado que envolve atenção, bom relacionamento, segurança, respeito e carinho, para que seja possível estabelecer vínculos importantes para a integralidade da assistência ao idoso indígena e seus cuidadores, e, assim, oferecer cuidados coerentes com valores culturais e necessidades do idoso (LEININGER; MCFARLAND, 2006)<sup>(7)</sup>.

Todavia, apesar dessa valorização, também emergiram insatisfações com a atuação dos profissionais de saúde. A falta de informação a respeito dos procedimentos médicos e de enfermagem foi um dos fatores apontados nos resultados que contribuiu para

percepções negativas dos serviços de saúde. Estudo realizado com indígenas Kaingang demonstrou estranhamento de mulheres jovens e idosas quanto aos procedimentos realizados na hospitalização durante o processo de parir, fato este, relacionado à falta de informação sobre os procedimentos realizados (MOLITERNO et al., 2013)<sup>(11)</sup>.

Alguns procedimentos que, por vezes, são necessários na assistência à saúde do idoso, devem ser realizados com cautela e de forma a esclarecer, ao idoso e cuidador, sua necessidade. Ressalta-se, no entanto, a necessidade dos profissionais de saúde, sobretudo do enfermeiro, em esclarecer dúvidas decorrentes de procedimentos e tratamentos de doenças, o que pode contribuir para reduzir a apreensão desses indivíduos, bem como torná-los mais confiantes.

Há de se considerar, ainda, o idioma falado na TIF, o Kaingang, culturalmente mantido pelos idosos, como fator que limita a transmissão de informações. No entanto, os serviços de saúde contam com a participação do Agente Indígena de Saúde (AIS) como intérprete (BRASIL, 2002a)<sup>(1)</sup>, para facilitar a comunicação entre idosos indígenas e profissionais de saúde. Intérpretes bilíngue são facilitadores na comunicação entre profissionais e indígenas, e também estão presentes em alguns hospitais na Austrália, de modo a contribuir com melhor qualidade da assistência prestada aos indígenas (CARSON et al., 2009)<sup>(12)</sup>.

Outro fator importante para melhorar a assistência ao idoso indígena diz respeito ao profissional de saúde em conhecer e valorizar as características singulares à cultura Kaingang. Nos achados deste estudo, a exposição e manipulação do corpo demonstrou descontentamento dos idosos à conduta dos profissionais de saúde na realização de alguns procedimentos. Isto porque, existem diferenças e similaridades no cuidado cultural entre profissionais de saúde e clientes (LEININGER; MCFARLAND, 2006)<sup>(7)</sup>.

A discriminação étnica relatada neste estudo corrobora com outros estudos realizados com indígenas em âmbito nacional (RISSARDO et al., 2011)<sup>(13)</sup> e internacional (ASPIN et al., 2012; CRENGLE et al., 2012)<sup>(14-15)</sup>. Mesmo com a aproximação entre os diferentes universos (indígena e não indígena) e relações mais amigáveis, ainda é possível se deparar com atitudes discriminatórias referentes à inferioridade dos povos indígenas (RISSARDO et al., 2011)<sup>(13)</sup>.

Atitudes discriminatórias da equipe de saúde e também dos funcionários administrativos contribuem para a insegurança dos indígenas nos serviços de saúde e avaliações negativas do estado de saúde (CRENGLE et al., 2012)<sup>(15)</sup>. Além disso, há de

considerar que as experiências negativas contribuem para o afastamento dos indígenas dos serviços de saúde (WILSON; BARTON, 2012)<sup>(16)</sup>. Para minimizar esta situação, é preciso ponderar o respeito às diferenças como uma estratégia para evitar a discriminação contra determinados indivíduos e sua generalização em padrões pré-definidos, buscando o fortalecimento de práticas tradicionais e a inclusão destes no serviço de saúde, a exemplo disso, a inclusão de agentes indígenas na equipe multiprofissional de saúde (BRASIL, 2002a)<sup>(1)</sup>.

Os enfermeiros podem desempenhar papel importante na melhora das disparidades ligadas à prestação de serviços de saúde aos indígenas, especialmente na oferta de cuidados de enfermagem culturalmente congruentes e de qualidade (WILSON; BARTON, 2012)<sup>(16)</sup>.

O modo como os profissionais de saúde tratam o corpo humano contrapõe as concepções e práticas Kaingang de lidar com esse mesmo corpo, o qual não é simplesmente suporte de identidades e papéis sociais, mas, também, instrumento que articula significações sociais e cosmológicas (ROSA, 2008)<sup>(17)</sup>. O constrangimento da manipulação corporal está relacionado a valores culturais da etnia indígena. O acolhimento do cliente e o respeito às tradições culturais podem possibilitar a intervenção profissional sem anulação da autonomia dos indivíduos sobre seus corpos e vidas (MOLITERNO et al., 2013)<sup>(11)</sup>.

A percepção de desvalorização das práticas culturais também esteve presente nos achados deste estudo. É preciso respeitar as crenças destes indivíduos, tendo em vista a divergência de valores entre o cuidado profissional e o cuidado cultural que está sendo prestado, porém sem que isto traga prejuízo ao tratamento (LEININGER; MCFARLAND, 2006)<sup>(7)</sup>.

Para alguns profissionais de saúde, os conhecimentos indígenas são considerados menos valiosos que os da biomedicina e concebidos como obstáculo ao sucesso da assistência prestada (PEREIRA, 2012)<sup>(18)</sup>. Em estudo com indígenas da região do Alto Xingu verificou-se o esforço dos profissionais não índios para impor uma noção de saúde pautada nos conceitos biomédicos de cuidados (NOVO, 2011)<sup>(3)</sup>. Vale ressaltar que, em algumas aldeias, frequentemente profissionais de saúde classificam os índios como ignorantes sobre saúde e doença, e aqueles que não acatam as medidas terapêuticas propostas são denominados de desobedientes (PEREIRA, 2012)<sup>(18)</sup>.

Posturas como estas acabam interferindo nas relações estabelecidas com os índios e conseqüentemente nas escolhas feitas durante os processos de adoecimento (NOVO,

2011)<sup>(3)</sup>. Isto porque a qualificação dos profissionais para o tratamento dos problemas de saúde mais prevalentes na população e o atendimento em consonância com as especificidades culturais ainda são os principais desafios para garantir qualidade na assistência (BRASIL, 2013)<sup>(19)</sup>.

Por fim, as atitudes de alguns profissionais acabam por influenciar os idosos a deixarem de utilizar práticas culturais de cuidado. É cada vez mais comum que os indígenas busquem apenas os serviços institucionalizados para solucionar seus problemas de saúde. Neste caso, esta possível transposição de poder aos profissionais de saúde também pode, ainda, ter relação com a redução dos recursos naturais, da área de mata das reservas indígenas e a disponibilização dos medicamentos na UBS (DIEHL; GRASSI, 2010)<sup>(5)</sup>, uma vez que representa comodidade quando comparado às terapias tradicionais.

Compete aos profissionais avaliar se suas ações ocorrerão no sentido da preservação, da acomodação ou da repadronização cultural do cuidado, a fim de possibilitar aos sujeitos manter seu estado de saúde e restabelecer-se de uma doença, pois, somente ocorrerão cuidados de enfermagem culturalmente congruentes e benéficos quando as expressões, padrões e valores culturais dos indivíduos, grupos, famílias e comunidades forem conhecidos e utilizados adequadamente e de maneira significativa pelos enfermeiros, na sua prática assistencial (LEININGER, 2007)<sup>(9)</sup>.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Por meio deste estudo foi possível compreender a atuação dos serviços de saúde públicos e da rede de referência do SUS a partir da percepção de idosos e cuidadores indígenas. Constatou-se melhor avaliação nas condições de saúde dos indígenas após a instalação da UBS na TIF, sobretudo pela crescente disponibilização de medicação. Manifestaram satisfação com o trabalho da equipe de enfermagem no que se refere ao acompanhamento do tratamento medicamentoso e a proximidade do enfermeiro no cotidiano dos idosos.

Os idosos também apontaram algumas experiências negativas com o serviço de saúde, a exemplo, a discriminação, falta de conhecimento sobre procedimentos médicos e de enfermagem, exposição e manipulação do corpo e desvalorização das práticas tradicionais de cuidado, como influenciadoras na percepção negativa da atuação dos serviços de saúde.

Com os achados deste estudo, infere-se que há a necessidade dos profissionais de saúde compreender e valorizar as práticas de cuidado cultural do idoso indígena, aceitando, negociando e repadronizando o cuidado, o que contribuiria para melhor interação durante o processo de assistência e a oferta de cuidados culturalmente congruentes. Acreditamos que os resultados deste estudo subsidiarão os profissionais de saúde - principalmente os enfermeiros, que têm como essência o cuidar - na busca pela compreensão do cuidado entre os Kaingang, tendo uma nova perspectiva quanto às necessidades de cuidado do idoso indígena.

Uma das limitações do estudo é o fato de a pesquisa ter sido realizada com idosos e cuidadores de uma única terra indígena Kaingang e os aspectos evidenciados não poderem ser generalizados à etnia e à população em geral, fazendo-se necessário realizar outros estudos voltados para a percepção do idoso indígena sobre o atendimento prestado a eles, bem como estudos avaliativos dos serviços de saúde de forma que os achados possam apontar novas perspectivas na assistência do idoso indígena.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. - 2ª edição - Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002. 40 p.
2. Langdon EJ, Diehl EE. Participação e autonomia nos espaços interculturais de Saúde Indígena: reflexões a partir do sul do Brasil. *Saúde Soc.* 2007; 16(2):19-36.
3. Novo MP. Política e intermedicalidade no Alto Xingu: do modelo à prática de atenção à saúde indígena *Cad. Saúde Pública.* 2011; 27(7):1362-1370.
4. Diehl EE, Langdon EJ, Dias-Scopel RP. Contribuição dos agentes indígenas de saúde na atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas brasileiros. *Cad Saúde Publica.* 2012; 28(5): 819-31.
5. Diehl EE, Grassi F. Uso de medicamentos em uma aldeia Guaraní do litoral de Santa Catarina, Brasil. *Cad. saude publica.* 2010; 26(8): 1549-1560.
6. Malinowski B. *Malinowski: Antropologia.* São Paulo: Ática, 1986.
7. Leininger, M.; Mcfarland, M. R. *Culture Care diversity and universality: a worldwide nursing theory.* 2nd ed. New York: Jones and Bartlett Publishers; 2006.
8. Oliveira JWB, Aquino JM, Monteiro EMLM. Promoção da saúde na comunidade indígena Pankararu. *Rev. bras. enferm.* 2012; 65(3): 437-444.



9. Leininger, M. Theoretical questions and concerns: response from the Theory of Culture Care Diversity and Universality Perspective. *Nurs Sci Q.* 2007; 20(9): 9-13.
10. Souza PA, Batista RCR, Lisboa SF, Costa VB, Moreira LR. Percepção dos usuários da atenção básica acerca da consulta de enfermagem. *Rev Min Enferm.* 2013; 17(1): 11-17.
11. Moliterno ACM, Borghi AC, Orlandi LHSF, Faustino RC, Serafim D, Carreira L. Processo de gestar e parir entre as mulheres Kaingang. *Texto Contexto Enferm.* 2013; 22(2): 293-301.
12. Carson PJ. Providing specialist services in Australia across barriers of distance and culture. *World J Surg.* 2009; 33:1562-1567.
13. Rissardo LK, Moliterno ACM, Borghi AC, Carreira L. Práticas de cuidado ao recém-nascido: percepção de famílias Kaingang. *Cienc Cuid Saude.* 2011; 10(4):634-641.
14. Aspin C, Brown N, Jowsey T, Yen L, Leeder S. Strategic approaches to enhanced health service delivery for Aboriginal and Torres Strait Islander people with chronic illness: a qualitative study. *BMC Health Services Research.* 2012; 12(143).
15. Crengle S, Robinson E, Ameratunga S, Clark T, Raphael D. Ethnic discrimination prevalence and associations with health outcomes: data from a nationally representative cross-sectional survey of secondary school students in New Zealand. *BMC Public Health.* 2012; 12(45)
16. Wilson D, Barton P, Indigenous hospital experiences: a New Zealand case study. *J. Clin. Nurs.* 2012; 21(15-16): 2316–2326.
17. Rosa PC. A noção da pessoa e a construção de corpos Kaingang na sociedade contemporânea. *Espaço ameríndio.* 2008; 2(1): 15-43.
18. Pereira PPG. Limites, traduções e afetos: profissionais de saúde em contextos indígenas. *MANA.* 2012; 18(3): 511-538.
19. Brasil. Secretaria Especial de Saúde Indígena. 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena “Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e SUS: Direito, Acesso, Diversidade e Atenção Diferenciada”. Documento Orientador para os Debates na 5ª CNSI. 2013. Disponível em: <[http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Abr/09/documento\\_orientador\\_5CNSI.pdf](http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Abr/09/documento_orientador_5CNSI.pdf)>. Acesso em: 31 set. 2013.

## **6. IMPLICAÇÕES DO ESTUDO PARA O ENSINO, A PESQUISA E A PRÁTICA DA ENFERMAGEM**

Os resultados deste estudo apontam contribuições e destacam implicações para o ensino, a pesquisa e a prática de enfermagem.

Para o ensino, demonstra a necessidade dos profissionais serem preparados desde a graduação para atuarem junto às populações indígenas, uma vez que os achados deste estudo mostram o despreparo dos profissionais de saúde em reconhecer e valorizar os aspectos culturais próprios do idoso indígena. Desta forma, ressalta a importância de incluir nas grades curriculares dos cursos técnicos e superiores, disciplinas que abordem os aspectos étnico-culturais do processo saúde-doença dos povos indígenas e, assim, subsidiar a formação transcultural dos profissionais de saúde, incluindo o enfermeiro.

Tal reflexão é relevante para o ensino, uma vez que as políticas voltadas à atenção da saúde do idoso e dos povos indígenas envolvem diversos profissionais de saúde para a sua implementação. Destaca-se, ainda, a participação dos indígenas nos cursos de ensino superior, fazendo-se necessário estudo que subsidie o conhecimento docente para a transmissão de saber aos discentes com perspectiva de formar profissionais dotados de conhecimentos para uma assistência coerente às necessidades do idoso indígena.

Por sua vez, a contribuição deste estudo para a pesquisa compreende a metodologia utilizada como possibilidade de ampliar a visão de mundo dos profissionais que atuam na saúde indígena sobre os aspectos que compreendem o acesso do idoso indígena aos serviços públicos de saúde e suas percepções quanto à atuação dos mesmos. Permite, ainda, aos profissionais de saúde, que atuam nesta terra indígena, subsídios para repensar e readequar o cuidado prestado ao idoso indígena, de forma a valorizar a cultura dos Kaingang.

No entanto, para enriquecer o arcabouço de informações sugerem-se novos estudos em outras terras indígenas Kaingang e com outras etnias, de forma a apontar novas perspectivas na assistência ao idoso indígena.

Não obstante, os resultados deste estudo dão suporte a pesquisas que promovam avaliação dos serviços de saúde prestados às populações indígenas, contemplando o acesso do idoso a estes serviços, bem como no fornecimento de informações relevantes que contribuem para a formulação ou melhoria de planos assistenciais destinados a responder as demandas dessa população.

Já para a prática de enfermagem, ressalta-se a importância do resultado apresentado neste estudo que permite subsídios às condutas do enfermeiro para a prática da promoção da saúde, ampliando o acesso do idoso indígena aos serviços de saúde, bem como o cuidado de enfermagem pautado nas crenças e valores culturais da população indígena.

Descrever o acesso do idoso indígena aos serviços de saúde e compreender suas percepções quanto à atuação destes serviços permite aos profissionais uma gama de conhecimento indispensável para a assistência em saúde. Contribui, ainda, para a reflexão de tais condutas praticadas e a reestruturação das suas ações de enfermagem, de forma que a assistência englobe os valores culturais e respeite as práticas tradicionais de cuidado dos idosos Kaingang.

Assim, é evidente a necessidade do enfermeiro, seja ele docente, pesquisador, assistencial ou gestor, conhecer e valorizar as peculiaridades que abarcam o acesso do idoso e sua percepção quanto à atuação dos serviços, de forma que, quando requerido, o cuidado prestado ao idoso seja integral e a assistência tenha qualidade.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa buscou descrever o acesso aos serviços públicos de saúde experienciado por idosos Kaingang da Terra Indígena Faxinal-PR na perspectiva deles próprios e de seus cuidadores principais, bem como compreender como os idosos e seus cuidadores principais percebem a atuação dos serviços de atenção básica e da rede de referência do SUS.

A pesquisa também possibilitou descrever alguns aspectos relevantes sobre as condições de vida e saúde de idosos Kaingang da Terra Indígena Faxinal - PR, com ênfase nos comportamentos em saúde, morbidades existentes, uso de medicamentos e condições de saneamento.

Os resultados constataram que a população indígena está envelhecendo a semelhança de outros grupos sociais mais vulneráveis do país, porém, é possível observar nos resultados apresentados que as diferenças existentes vão além dos aspectos quantitativos e dimensionais, apontando para uma realidade onde predomina a pobreza, baixos níveis educacionais e residências com estruturas precárias. Essas características são fortes indicadores da precariedade das condições e da qualidade de vida para a grande maioria dos idosos no país, em especial nas áreas indígenas.

Os comportamentos e estilos de vida destes idosos indígenas também influenciam seu estado de saúde, destacam-se a dieta rica em carboidrato e gordura animal, tabagismo e abuso do álcool, que determinam diretamente a ocorrência das doenças não transmissíveis como a hipertensão. Os idosos Kaingang revelaram que adicionam às suas práticas de cuidado elementos tradicionais da cultura e da modernidade os medicamentos, sem deixar de fazer uso dos ensinamentos de seus ancestrais. Pelas modificações no perfil epidemiológico dos povos indígenas, com o surgimento das doenças crônicas, a assistência farmacêutica tem grande importância para estes idosos.

No que concerne às condições de moradia desta população, verificaram-se que as casas eram em sua maioria de alvenaria, construídas pelo Governo Estadual. No entanto, verificou a preferência de alguns idosos em viver do modo antigo: um quadrado com paredes de madeira, chão batido e o fogo ao centro, o qual possui significados culturais para esta população. As construções mais recentes possuem encanamento e banheiro no interior. No entanto, é frequente identificar banheiros e encanamentos quebrados, sendo relatada a utilização do “mato” para as necessidades fisiológicas.

Outro problema verificado foi a falta de um sistema de coleta de lixo adequado que atendesse esta população e, por isso, na maioria das vezes, os resíduos encontravam-se dispersos no ambiente de forma irregular. Por esta razão, os idosos referiram dar destinação precária ao material gerado, o que incluía a queima. Destaca-se, ainda, que alguns domicílios não recebiam água encanada por falta de manutenção na estrutura oferecida aos idosos indígenas.

A precariedade dos serviços de saneamento básico descritos merece maior atenção dos órgãos governamentais, por ser um fator que contribui para o adoecimento da população indígena, elevando os índices de morbidade e mortalidade neste grupo.

As condições de vida e saúde dos idosos Kaingang, descrito nesta pesquisa, possibilitam aos profissionais de saúde, em especial ao enfermeiro, criar novas estratégias de assistência à saúde para este grupo, levando em consideração os aspectos culturais que permeiam a saúde do idoso indígena e também subsidiar a iniciativa de repensar o modelo assistencial vigente nesta TI, com o aperfeiçoamento da política de atenção à saúde indígena.

No que se refere ao acesso do idoso indígena nos serviços públicos de saúde, verificou-se a facilidade no agendamento de consultas médicas na UBS e obter recursos de saúde como medicamentos e procedimentos de enfermagem, bem como o encaminhamento aos serviços da rede de referência do SUS. Os AIS apresentaram-se como elemento primordial para o acesso de idoso Kaingang aos serviços de saúde, seja como facilitador na obtenção de medicamentos e outros recursos de saúde, ou no acompanhamento do idoso aos serviços de saúde, como interlocutores do cuidado e elos comunicativos.

A distância de algumas residências à UBS foi referida como limitador no acesso aos serviços de saúde. Por sua vez, a distância dificulta, mas não impede, o acesso do idoso Kaingang ao serviço, já que a equipe de saúde, em especial os da enfermagem aproveitam o veículo, que faz o transporte dos indígenas aos serviços da rede de referência do SUS, para o deslocamento do idoso no ambiente interno da aldeia, por exemplo, levá-lo à UBS, de maneira a oferecer uma atenção diferenciada a esta parcela da população, embora esta não seja sua principal função.

O horário de funcionamento da UBS na TI apresentou-se como barreira em alguns momentos, pois fora do horário de cobertura é necessário o deslocamento dos idosos aos serviços de emergência. Outra dificuldade referida foi a demora no encaminhamento e atendimento nos serviços especializados.

A ausência de cuidados diferenciados que atendam as necessidades de saúde do idoso indígena repercutiu de maneira negativa no acesso aos serviços de saúde. Os idosos revelaram a necessidade do serviço de saúde oferecer atenção diferenciada no cuidado, pois este mantém suas crenças, valores e concepções de saúde e doença. Tais constatações reforçam a importância de conhecer e compreender as especificidades culturais do grupo, a fim de oferecer maiores oportunidades de acesso do idoso ao serviço de saúde, bem como um cuidado integral e efetivo que respeite as diferenças culturais.

Já no que diz respeito às percepções dos idosos sobre a atuação dos serviços de saúde constatou-se melhor avaliação nas condições de saúde dos indígenas após a instalação da UBS na TIF, sobretudo pela crescente disponibilização de medicação. Manifestaram ainda satisfação com o trabalho da equipe de enfermagem, quanto ao acompanhamento do tratamento medicamentoso, dadas as dificuldades em realizar o mesmo sozinhos. O que demonstra a atuação da equipe de enfermagem na oferta de cuidado congruente às necessidades do idoso indígena.

O trabalho diferenciado do enfermeiro também foi referido pelos idosos de maneira positiva na atuação dos serviços de saúde. Evidentemente, este mantém uma relação de proximidade com os idosos indígena, manifestando atenção, carinho e interesse na saúde do idoso, o que revela a importância dada ao enfermeiro no cuidado ao idoso indígena.

Por outro lado, a vivência de experiências de discriminação nos serviços de saúde e outras atitudes dos profissionais de saúde como a manipulação e exposição do corpo e desrespeito às práticas tradicionais de cuidado contribuíram para que os idosos tivessem percepções negativas da atuação dos serviços de saúde, uma vez que contradizem as crenças e valores culturais destes idosos.

Desta forma, concluímos que há necessidade de os profissionais de saúde compreender e valorizar as práticas de cuidado cultural do idoso indígena, aceitando, negociando e repadronizando o cuidado, o que contribuiria para melhor interação durante a assistência e a oferta de cuidados culturalmente congruentes.

Acreditamos que os resultados desta pesquisa subsidiarão os profissionais de saúde - principalmente os enfermeiros, que têm como essência o cuidar - na busca por melhorias na oferta de cuidados congruentes às necessidades do idoso indígena, obviamente, além de possibilitar uma assistência diferenciada para a atuação da EMSI, que permita a ampliação do acesso desta parcela da população nos serviços de saúde.

## REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, I.; PAUL, C.; MARTINS, M. Viver com Mais idade los Contexto familiar: Dependência no auto Cuidado **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v 45, n. 4, p. 869-875, 2011.
- ALVARENGA, M. R. M. et al. Rede de suporte social do idoso atendido por equipes de Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, p. 2603-2611, 2011.
- ASPIN C. et al. Strategic approaches to enhanced health service delivery for Aboriginal and Torres Strait Islander people with chronic illness: a qualitative study. **BMC Health Services Research**, London, v. 12, no. 1, p. 143, 2012.
- BERTOLANI, M. N. **Representações sociais da saúde e políticas de saúde voltadas as populações indígenas**: uma análise da relação entre o sistema de saúde guarani e a biomedicina. 2008. 196 f. Dissertação (Mestrado em Política Social)–Curso de Pós-graduação em Política Social, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2008.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. Disponível em: <[http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988\\_05.10.1988/CON1988.shtm](http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988.shtm)>. Acesso em: 22 de mar. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília, DF: CONASS, 2011.
- BRASIL. Decreto nº 1.948 de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 3 de jul. 1996.
- BRASIL. Decreto nº 7.336, de 19 de outubro de 2010. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 19 de out. 2010.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acesso em: 10 jul. 2013.
- BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 4 jan. 1994. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8842.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm)>. Acesso em: 10 jul. 2013.
- BRASIL. Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999. Acrescentam dispositivos à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde

Indígena. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 23 set. 1999. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acesso em: 10 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília, 2010a. p. 44 (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 12). Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_saude\\_pessoa\\_idosa\\_envelhecimento\\_v12.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_pessoa_idosa_envelhecimento_v12.pdf)>. Acesso em: 12 abr. 2012.

BRASIL. [Estatuto do idoso (2003)]. **Estatuto do idoso: Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 e legislação correlata**. 5. ed. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2010b. (Série legislação; n. 51). Disponível em: <[http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/763/estatuto\\_idoso\\_5ed.pdf](http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/763/estatuto_idoso_5ed.pdf)>. Acesso em: 18 ago. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Lei Arouca: a Funasa nos 10 anos de saúde indígena**. Brasília, DF: Fundação Nacional de Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2. ed. Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. In: Conferência Nacional de Saúde Indígena “Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e SUS: Direito, Acesso, Diversidade e Atenção Diferenciada”. **Documento Orientador para os Debates na 5ª CNSI**. 2013. 5., 2013, Brasília, DF, Disponível em: <[http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Abr/09/documento\\_orientador\\_5CNSI.pdf](http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Abr/09/documento_orientador_5CNSI.pdf)>. Acesso em: 31 set. 2013

BRASIL. Portaria nº 70/GM, de 20 de janeiro de 2004. Aprova as Diretrizes da Gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 20 jan. 2004.

BRASIL. Portaria GM nº 1395, de 9 de dezembro de 1999, que aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 13 dez. 1999. Disponível em: <[http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Portaria\\_1395\\_de\\_10\\_12\\_1999.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Portaria_1395_de_10_12_1999.pdf)>. Acesso em: 10 jul. 2012.

BRASIL. Portaria nº 1.088, de 5 de julho de 2005, que dispõe sobre a definição dos valores do incentivo financeiro de atenção básica de saúde aos povos indígenas e sobre a composição e organização das equipes multidisciplinares de atenção à saúde indígena. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 5 jul. 2005.

BRASIL. Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSI. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 20 out. 2006.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 2.656, de 17 de outubro de 2007. Dispõe sobre as responsabilidades na prestação da atenção à saúde dos povos indígenas, no Ministério da Saúde e regulamentação dos Incentivos de Atenção Básica e Especializada aos Povos



Indígenas. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 17 out. 2007.

BRASIL. Portaria GM nº 702 de 12 de abril de 2002. Cria mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 12 abr. 2002b.

BUCHALLA, T. T.; PAGLIARO, H. Comportamento demográfico e de saúde dos povos indígenas do polo base Bauru, DSEI Interior Sul, Brasil. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 17., 2010, Caxambu. **Anais...** Caxambu: ABEP, 2010. CDROM.

CARDOSO, A. M.; COIMBRA JUNIOR., C. E. A.; TAVARES, F. G. Morbidade Hospitalar Indígena Guarani no Sul e Sudeste do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 21-34, 2010.

CARAMORI, J. E.; LONGHI, E. G. Avaliação do estado nutricional da comunidade indígena Kaingang Área Monte Caseiros - Muliterno RS. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 15, p. 173-78, 2008.

CARSON, P. J. Providing specialist services in Australia across barriers of distance and culture. **World Journal of Surgery**, New York, v. 33, no. 8, p. 1562-1567, 2009.

CHAVES, M. B. G.; CARDOSO, A. M.; ALMEIDA, C. Implementação da política de saúde indígena no Pólo-base Angra dos Reis, Rio de Janeiro, Brasil: entraves e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, p. 295-305, 2006. Suplemento 2

CICOUREL A. Teoria e método em pesquisa de campo. In: ZALUAR, A. **Desvendando máscaras sociais**. Rio de Janeiro: F. Alves, 1990. cap. 4, p. 87-121.

CICOUREL A. The interpretation on communicative contexts: exemples from medical encounters. In: DURANTI, A.; GOODWIN, C. **Rethinking Context: Language as na Interactive Phenomenon**. Cambridge: CUP, 1992. p. 291-310.

COIMBRA, C.; GARNELO, L.; SANTOS, R. V. Salud de los pueblos indígenas y políticas publicas en Brasil. **Anales - Instituto Ibero-Americano**. Universidad de Gotemburgo, v. 9-10, p. 137-151, 2007.

COIMBRA, C. et al. Sistema em Transição. In: RICARDO, C. A.; RICARDO, F. (Org.). **Povos Indígenas no Brasil: 2001-2005**. São Paulo: Edição Instituto Socioambiental, 2006. p. 141-144.

COSTA, G. M. C.; GUALDA, D. M. R. Antropologia, etnografia e narrativa: caminhos que se cruzam na compreensão do processo saúde–doença. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 925-37, 2010.

CRENGLE S. et al. Ethnic discrimination prevalence and associations with health outcomes: data from a nationally representative cross-sectional survey of secondary school students in New Zealand. **BMC Public Health**, London, v. 12, no. 45, p. 2012. doi: 10.1186/1471-2458-12-45.

CRUZ, K. R. da.; COELHO, E. M. B. A Saúde Indigenista e os Desafios da Participação Indígena. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 21, p. 185-198, 2012. Suplemento 1.

DIEHL, E. E. Agravos na saúde Kaingáng (Terra Indígena Xaçepó, Santa Catarina) e a estrutura dos serviços de atenção biomédica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 439-445, 2001.

DIEHL, E. E.; GRASSI, F. Uso de medicamentos em uma aldeia Guaraní do litoral de Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 8, p. 1549-1560, 2010.

DIEHL, E. E.; LANGDON, E. J.; DIAS-SCOPEL, R. P. Contribuição dos agentes indígenas de saúde na atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 819-831, 2012.

ERRICO, L. S. P. Acesso e utilização dos serviços de saúde pela população da etnia Xakriabá, norte de Minas Gerais. 2011. 124 f. **Tese** (Doutorado em Enfermagem) – Curso de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Belo Horizonte, 2011.

ESCOBAR, A. L. et al. Causas de internação hospitalar indígena em Rondônia. O Distrito Sanitário Especial Indígena Porto Velho (1998-2001). In: COIMBRA JUNIOR., C. E. A.; SANTOS, R. V.; ESCOBAR, A. L. (Org.). **Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro, ABRASCO, 2003. p. 127-147.

ERTHAL, R. M. C. **O suicídio Ticuna na região do alto Solimões – AM**. 1998. 30 f. Tese (Doutorado)-Escola Nacional de Saúde Pública, ENSP/FIOCRUZ/MS, Rio de Janeiro, 1998.

FAQUINELLO, P.; CARREIRA, L.; MARCON, S. S. A unidade básica de saúde e sua função na rede de apoio social ao hipertenso. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 4, p. 36-44, 2010.

FAUSTINO, R. et al. **Kaingang do Faxinal: nossos conhecimentos e nossas histórias antigas**. 1. ed. Maringá: Eduem, 2010. p. 74.

FAUSTINO, R. C. et al. Intervenções pedagógicas em educação para a saúde realizadas junto aos grupos indígenas kaingang de Ivaí e Faxinal no Paraná. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 6, p. 433-441, 2007. Suplemento 2

FERREIRA, L. O. O Desenvolvimento Participativo da Área de Medicina Tradicional Indígena, Projeto Vigisus II/Funasa. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 21, p. 265-277, 2012. Suplemento 1.

FERREIRA, M. E. V.; MATSUO, T.; SOUZA, R. K. T. de. Aspectos demográficos e mortalidade de populações indígenas do estado do Mato Grosso do Sul, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 12, p. 2327-2339, 2011.

FOOTE-WHYTE, W. Treinando a observação participante. In: GUIMARÃES, A. Z. (Org.). **Desvendando máscaras sociais**. 2. ed. Rio de Janeiro: F. Alves, 1990. p. 77-86.

GARNELO, L. Aspectos socioculturais de vacinação em área indígena. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 175-190, 2011.

GARNELO, L. Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde. In: GARNELO, L.; PONTES, A. L. **Saúde Indígena: uma introdução ao tema**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. p. 18-58.

GARNELO, L.; BRANDÃO, L. C. Avaliação Preliminar do Processo de Distritalização Sanitária Indígena no Estado do Amazonas. In: COIMBRA JUNIOR., C. E. A.; SANTOS, R. V.; ESCOBAR, A. L. (Org.). **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 235-257.

GARNELO, L.; MACEDO, G.; BRANDÃO, L. C. **Os povos indígenas e a construção das políticas públicas no Brasil**. Brasília, DF: OPAS, 2003. p. 120.

GARNELO, L.; SAMPAIO, S. Organizações indígenas e distritalização sanitária: os ricos de “fazer ver” e “fazer crer” nas políticas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1217-1223, 2005.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: [s.n.], 1989.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 2011. p. 323.

GEORGE, J. B. (Coord.). **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000. p. 299-321.

GIATTI, L. L. et al. Condições sanitárias e socioambientais em Iauaretê, área indígena em São Gabriel da Cachoeira, AM. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1711-1723, 2007.

GIL, L. P. Políticas de saúde, pluralidade terapêutica e identidade na Amazônia. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 48-60, 2007.

GUALDA, D. M. R.; HOGA, L. A. K. Pesquisa etnográfica em enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 410-422, 1997.

HABJAN, S.; PRINCE, H.; KELLEY, M. L. Caregiving for Elders in First Nations Communities: Social System Perspective on Barriers and Challenges. **Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement**, Canadá, v. 31, no. 2, p. 209-222, 2012.

HEIN, M. A.; ARAGAKI, S. S. Saúde e envelhecimento: um estudo de dissertações de mestrado brasileiras (2000-2009). **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, aug. 2012.

HILL, K. Los Aché Del Paraguay oriental: condiciones actuales e historia reciente. **Suplemento Antropológico**, Assunção, v. 18, no. 1, p. 149-178, 1983. Disponível em: <<http://ihhr.asu.edu/kim/1983%20Los%20Ache%20Del%20Paraguay%20Oriental%20Condiciones%20Actuales%20E%20Historia%20Reciente.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2012.

IBGE. **Censo demográfico 2000**. Banco de dados agregado. Amostra das características gerais da população. Disponível em: <<http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela/listabl.asp?z=cd&o=20&i=P&c=2093>>. Acesso em: 14 set. 2012.

IBGE. **Censo Demográfico 2010**: Características Gerais dos Indígenas – Resultados do Universo. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_visualiza.php?id\\_noticia=2194&id\\_pagina=1](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=2194&id_pagina=1)>. Acesso em: 28 jan. 2013.

IBGE. **Censo Demográfico 2010**: Características gerais dos indígenas. Resultados do universo. 2010. Disponível em: <<http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela/listabl.asp?c=3452&z=cd&o=10>>. Acesso em: 12 set. 2012.

KÜHL, A. M.; CORSO, A. C. T.; LEITE, M. S.; BASTOS, J. L. Perfil nutricional e fatores associados à ocorrência de desnutrição entre crianças indígenas Kaingáng da Terra Indígena de Mangueirinha, Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 409-420, 2009.

LAGE, G. C. Revisitando o método etnográfico: contribuições para a narrativa antropológica. **Revista Espaço Acadêmico**, Maringá, v. 9, n. 97, p. 3-7, 2009.

LANÇA, V. S.; NOVAK, M. S. J. Educação, trabalho e gênero na sociedade Kaingang: alfabetização e letramento da mulher indígena e o papel da escola entre o grupo da Terra Indígena Faxinal no Paraná. In: ENCONTRO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO E MARXISMO, EDUCAÇÃO E EMANCIPAÇÃO HUMANA, 5, 2011, Florianópolis. **Anais ...** Florianópolis: Ed. da UFSC, 2011.

LANGDON, E. J.; DIEHL, E. E. Participação e autonomia nos espaços interculturais de Saúde Indígena: reflexões a partir do sul do Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 19- 36, 2007.

LAZZAROTTO, E. M. et al. **Atenção à saúde em aldeias Kaingang e Guarani**: o caso de Rio das Cobras/PR. Cascavel: Coluna do Saber, 2007.

LEININGER, M. **Culture care diversity and universality**: a theory of nursing. New York: National League for Nursing, 1991.

LEININGER, M. Culture Care Theory: a major contribution to advance transcultural Nursing Knowledge and Practices. **Journal of Transcultural Nursing**, Memphis, v. 13, p.189, 2002. Disponível em: <<http://tcn.sagepub.com/content/13/3/189.full.pdf>>. Acesso em 15 nov. 2012.

LEININGER, M.; MCFARLAND, M. R. **Culture Care diversity and universality**: a worldwide nursing theory. 2nd ed. New York: Jones and Bartlett Publishers, 2006.

LEININGER, M. **Qualitative research methods in nursing**. Orlando: Grune & Stratton, 1985.

LEININGER, M. Theoretical questions and concerns: response from the Theory of Culture Care Diversity and Universality Perspective. **Nursing Science Quarterly**. Baltimore, v. 20, no. 9, p. 9-13, 2007.

LEITE, M. S. et al. Crescimento físico e perfil nutricional da população indígena Xavánte de Sangradouro-Volta Grande, Mato Grosso, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 265-276, 2006.

LUNARDI, R.; SANTOS, R. V.; COIMBRA JUNIOR., C. E. A. Morbidade hospitalar de indígenas Xavánte, Mato Grosso, Brasil (2000-2002). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 441-452, 2007.

MALINOWSKI, B. **Malinowski**: antropologia. São Paulo: Ática, 1986.

MALINOWSKI B. Objetivo, método e alcance desta pesquisa. In: Zaluar A. **Desvendando Máscaras Sociais**. Rio de Janeiro: F. Alves, 1990. p. 39-61.

MALINOWSKI, B. **Os Argonautas do Pacífico Ocidental**. Tradução Anton P. Carr. São Paulo: Abril Cultural, 1976.

MARRONI, M. A.; FARO, A. C. M. Sendo enfermeira de índios - relato de experiência sobre o cuidar do índio no sul do Brasil. **Enfermería Global**, Múrcia, v. 12, n. 5, p. 1-7, 2004.

MCBAIN-RIGG, K. E.; VEITCH, C. Cultural barriers to health care for aboriginal and Torres Strait Islanders in Mount Isa. **Australian Journal of Rural Health**, Armidale, v. 11, no. 2, p. 70-74, 2011.

MELO, J. R. F. et al. Implicações do uso do álcool na comunidade indígena Potiguar. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 319-333, 2011.

MOLITERNO, A. C. M. et al. Dinâmica social e familiar: uma descrição etnográfica de famílias de idosos Kaingang. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 10, n. 4, p. 836-844, 2011.

MOLITERNO, A. C. M. et al. Processo de gestar e parir entre as mulheres Kaingang. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 293-301, 2013.

MOLITERNO, A. C. M. **O cuidado de saúde de famílias de idosos Kaingang na Terra Indígena Faxinal, Pr**. 2011. 123 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2011.

MOTA, L. T.; ASSIS, V. S. **Populações indígenas no Brasil**: histórias, culturas e relações interculturais. 1. ed. Maringá: Eduem, 2008. p. 134.

MOTA, L. T. **As guerras dos índios Kaingang**: a história épica dos índios Kaingang no Paraná (1769-1924). 2. ed. Maringá: Eduem, 2009.

MOTA, L. T. Diagnóstico étno-ambiental da terra indígena Ivaí-PR. **Programa Interdisciplinar de Estudos de Populações Laboratório de Arqueologia, Etnologia Étno-História**. Maringá: Universidade Estadual de Maringá, 2003. [CD-ROM].

- NOVO, M. P. Política e intermedicalidade no Alto Xingu: do modelo à prática de atenção à saúde indígena. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, p. 1362-1370, 2011.
- OLIVEIRA, J. W. B.; AQUINO, J. M.; MONTEIRO, E. M. L. M. Promoção da saúde na comunidade indígena Pankararu. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 65, n. 3, p. 437-444, 2012.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Tradução de Suzana Montijo. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.
- ORSI, E.; XAVIER, A. J.; RAMOS, L. R. Trabalho, suporte social e lazer protegem idosos da perda funcional: Estudo Epidoso. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 685-92, 2011.
- PAGLIARO, H. et al. Dinâmica demográfica dos Kamaiurá, povo Tupi do Parque Indígena do Xingu, Mato Grosso, Brasil, 1970-1999. **Revista Brasileira de Estudos de População**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 377-388, 2008.
- PEREIRA, P. P. G. Limites, traduções e afetos: profissionais de saúde em contextos indígenas. **MANA**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 511-538, 2012.
- QUEIROZ, D. T. et al. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 276-283, abr/jun, 2007.
- RISSARDO, L. K. **O cuidado profissional ao idoso Kaingang na Terra Indígena Faxinal, Paraná, Brasil**. 2012. 141f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2012.
- RISSARDO, L. K, et al. Práticas de cuidado ao recém-nascido: percepção de famílias Kaingang. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 10, n. 4, p. 634-641, 2011.
- ROCHA, A. K. S. et al. Prevalência da síndrome metabólica em indígenas com mais de 40 anos no Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, D.C., v. 29, n. 1, p. 41-45, 2011.
- ROMERO, A. D. et al. Características de uma população de idosos hipertensos atendida numa unidade de saúde da família. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 11, n. 2, p. 72-78, 2010.
- ROSA, N. G.; LUCENA, A. F.; CROSSETTI, M. G. O. Etnografia e etnoenfermagem: métodos de pesquisa em enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 24, n. 1, p. 14-22, 2003.
- ROSA, P. C. A noção da pessoa e a construção de corpos Kaingang na sociedade contemporânea. **Espaço ameríndio**, Porto Alegre, v. 2, n. 1, p. 15-43, 2008.

ROSA, R. R. G. **Os kujà são diferentes um estudo etnológico do complexo xamânico dos kaingang da Terra Indígena Votouro**. 2005. 416 f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

SANTOS, I. S. C. **Relatos orais de idosos com doença de Parkinson: concepções sobre a doença e o cuidado familiar**. 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

SANTOS, R. V. et al. Saúde dos povos indígenas e políticas públicas no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 35-56.

SCHWARTZ M, S.; SCHWARTZ, C. G. Problems in participant observation. **American journal of sociology**, v. 60, no. 4, p. 343-353, Jan. 1955. Disponível em: <<http://www.jstor.org/discover/10.2307/2772027?uid=3737664&uid=2134&uid=4575023537&uid=2&uid=70&uid=3&uid=4575023527&uid=60&purchasetype=article&accessType=none&sid=21101226612357&showMyJstorPss=false&seq=2&showAccess=false>>. Acesso em: 18 jun. 2012.

SEEGER, A. **Os índios e nós: estudos sobre sociedades tribais brasileiras**. Rio de Janeiro: Campus, 1980.

SILVA, M. J. P. **Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde**. São Paulo: Gente, 1996.

SILVA, M. J. da; BESSA, M. E.P. Conceitos de saúde e doença segundo a óptica dos idosos de baixa renda. **Ciencia y Enfermería**, Concepcion, v. 14, n. 1, p. 23-31, 2008.

SILVEIRA, R. S.; MARTINS, C. R.; LUNARDI, V. L.; LUNARDI FILHO, W. D. Etnoenfermagem como metodologia de pesquisa para a congruência do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, DF, v. 62, n. 3, p. 442-446, 2009.

SOARES, L. C.; KLERING, S. T.; SCHWARTZ, E. Cuidado transcultural a clientes oncológicos em tratamento quimioterápico e a seus familiares. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 8, n. 1, p. 101-108, 2009.

SOUSA, M. C.; SCATENA, J. H. G.; SANTOS, R. V. O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI): criação, estrutura e funcionamento. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 853-861, 2007.

SOUZA, J. R. de.; ZAGONEL, I. P. S.; MAFTUM, M. A. O cuidado de enfermagem ao idoso: uma reflexão segundo a Teoria Transcultural de Leininger. **Rev. RENE**, Fortaleza, v. 8, n. 3, p. 117-125, set./dez.2007.

TOLEDO, M. J. O. et al. Avaliação de atividades de controle para enteroparasitos em uma aldeia Kaingáng do Paraná. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 6, p. 981-90, 2009.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2490-2502, 2007.

- UCHÔA, E. Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 849-853, maio/jun, 2003.
- VIANNA, J. J. B.; CEDARO, J. J.; OTT, A. M. T. Aspectos psicológicos na utilização de bebidas alcoólicas entre os Karitiana. **Psicologia e Sociedade**, Belo Horizonte, v. 24, n. 1, p. 94-103, 2012.
- VIEIRA, J. C. M. **Educação em saúde com abordagem transcultural: o padrão alimentar do idoso indígena**. 2013. 142 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Pernambuco, Recife, 2013.
- WELCH, J. R.; COIMBRA JUNIOR, C. E. A. Perspectivas culturais sobre transmissão e tratamento da tuberculose entre os Xavánte de Mato Grosso, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 190-194, 2011.
- WILSON, D.; BARTON, P. Indigenous hospital experiences: a New Zealand case study. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 21, no. 15-16, p. 2316-2326, 2012.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life. Genebra, 2002.
- ZAITUNE, M. P. A. et al. Fatores associados ao tabagismo em idosos: Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP). **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 583-595, 2012.



## APÊNDICES

## APÊNDICE A – CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DO ESTUDO

### CARACTERIZAÇÃO DO DOMICÍLIO

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Material da residência: \_\_\_\_\_  
 Número de residentes: \_\_\_\_\_  
 Número de cômodos (sem banheiro): \_\_\_\_\_  
 Banheiro no interior da casa: ( ) sim ( ) não  
 Energia elétrica: ( ) sim ( ) não  
 Destino do lixo: \_\_\_\_\_  
 Água encanada: ( ) sim ( ) não  
 Saneamento: ( ) esgoto ( ) fossa ( ) céu aberto  
 Peridomicílio (lixo, entulho, mato alto etc) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO IDOSO:

Código de identificação: \_\_\_\_\_  
 Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Sexo: ( ) F ( ) M  
 Estado civil: ( ) casado ( ) solteiro ( ) viúvo ( ) desquitado  
 Escolaridade: ( ) analfabeto ( ) 1º grau incompleto ( ) 1º grau completo  
 ( ) 2º grau incompleto ( ) 2º grau completo  
 Renda atual: \_\_\_\_\_ (em salário mínimo)  
 Recebe pensão/renda do governo: ( ) sim ( ) não Quanto: \_\_\_\_\_  
 Atividade laboral: \_\_\_\_\_  
 Reside nesta Terra Indígena desde: \_\_\_\_\_

### DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CUIDADOR

Código de identificação: \_\_\_\_\_  
 Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Sexo: ( ) F ( ) M  
 Estado civil: ( ) casado ( ) solteiro ( ) viúvo ( ) desquitado  
 Escolaridade: ( ) analfabeto ( ) 1º grau incompleto ( ) 1º grau completo  
 ( ) 2º grau incompleto ( ) 2º grau completo  
 Renda atual: \_\_\_\_\_ (em salário mínimo)  
 Recebe pensão/renda do governo: ( ) sim ( ) não Quanto: \_\_\_\_\_  
 Atividade laboral: \_\_\_\_\_  
 Reside nesta Terra Indígena desde: \_\_\_\_\_

OBSERVAÇÕES: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## APÊNDICE B – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

- ✓ Condições de saúde do idoso:
  - comorbidades;
  - atividade laboral;
  - atividade física;
  - hábitos de saúde (consumo de álcool e fumo);
  - hábitos alimentares e
  - uso de medicamentos;
- ✓ Condições de moradia:
  - material da residência;
  - banheiro no interior da casa;
  - energia elétrica e
  - água encanada;
- ✓ Relacionamento entre paciente-profissional.
- ✓ Interação paciente-profissional no serviço de atenção básica e especializado (hospitais e clínicas).
- ✓ Atendimento do idoso indígena na Unidade Básica de Saúde.
- ✓ Atendimento do idoso nos serviços fora da Terra Indígena Faxinal.
- ✓ Em que situação ocorre o acesso do idoso nos serviços de saúde.
- ✓ Dificuldades e facilidades no acesso e
- ✓ Transporte do idoso aos serviços de saúde fora da Terra Indígena.

## APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA

### **Questões norteadoras:**

1. O que você faz quando está doente?
2. Em que situações você procura a Unidade Básica de Saúde? Por que procurou? (últimas 3 vezes).
3. Como é o atendimento na Unidade Básica de Saúde aqui na Terra Indígena Faxinal?
4. Como é o atendimento nos hospitais?
5. Você já precisou fazer exames fora da Unidade Básica de Saúde, nos hospitais e clínicas?
6. O que o Sr(a) acha de ter a Unidade Básica de Saúde aqui na Terra Indígena? Quais as contribuições dos profissionais de saúde para o cuidado ao idoso Kaingang?
7. As ações dos profissionais de saúde da Terra Indígena atende as necessidades de saúde do idoso Kaingang?
8. Quais necessidades são atendidas? Quais não são atendidas?
9. Como é o atendimento do idoso na Unidade Básica de Saúde? Existe alguma dificuldade para este acesso? Conte-nos esse processo.
10. Como é o atendimento do idoso no hospital? Existe alguma dificuldade para este acesso? Conte-nos esse processo.
11. Como é o atendimento do idoso nos serviços especializados? Existe alguma dificuldade para este acesso? Conte-nos esse processo.
12. Como é o relacionamento com a equipe de saúde indígena que atende na Unidade Básica de Saúde da Terra Indígena Faxinal?
13. Como é o relacionamento com a equipe de saúde indígena que atende no hospital?
14. Como é o relacionamento com a equipe de saúde indígena que atende nos serviços especializados?
15. Em sua opinião, o que deveria melhorar no atendimento de saúde do idoso indígena?
16. Conte-nos alguma situação ruim que vivenciou na Unidade Básica de Saúde.
17. Conte-nos alguma situação ruim que vivenciou nos serviços de saúde fora da Terra Indígena Faxinal.
18. Conte-nos alguma situação positiva vivenciada nos cuidados prestados na Unidade Básica de Saúde e nos serviços de saúde fora da Terra Indígena Faxinal.

## APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidá-lo a participar da pesquisa intitulada “*Percepção dos idosos Kaingang da Terra Indígena Faxinal-PR quanto à assistência à saúde oferecida pelo SUS*”, que faz parte do curso de Pós-graduação em Enfermagem – Mestrado em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM) e é orientada pela Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Lígia Carreira.

O objetivo da pesquisa é descrever o acesso aos serviços públicos de saúde experienciado por idosos Kaingang e compreender como os idosos e seus cuidadores principais percebem a atuação dos serviços de atenção básica e da rede de referência do SUS. Para isto, a sua participação é muito importante. Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo a você. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa, e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Através deste estudo espera-se contribuir para um suporte nas avaliações e o aprimoramento dos serviços de saúde prestados às populações indígenas, bem como para fornecer elementos que poderão ser utilizados na formulação ou melhoria de projetos destinados a responder as demandas dessa população.

Caso você tenha mais dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos, pode nos contatar nos endereços abaixo ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UEM, cujo endereço consta deste documento. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que fui devidamente esclarecido e concordo em participar VOLUNTARIAMENTE da pesquisa coordenada pela Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Lígia Carreira.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

Assinatura

Eu, Ana Carla Borghi, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto de pesquisa supranominado.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

Ana Carla Borghi

Qualquer dúvida com relação à pesquisa poderá ser esclarecida com o pesquisador, conforme o endereço abaixo:  
En<sup>ª</sup>. Ana Carla Borghi, Rua Bragança 43, Apto 406. Celular: (44) 9933-0288. Email: [anacarla.borghi@gmail.com](mailto:anacarla.borghi@gmail.com)  
Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Lígia Carreira, e-mail: [ligiacarreira@hotmail.com](mailto:ligiacarreira@hotmail.com) Telefone: (44) 3031-8859

Qualquer dúvida com relação aos aspectos éticos da pesquisa poderá ser esclarecida com o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa (COPEP) envolvendo Seres Humanos da UEM, no endereço: Copep/UEM - Universidade Estadual de Maringá. Av. Colombo, 5790. Campus Sede da UEM. Bloco da Biblioteca Central (BCE) da UEM. CEP 87020-900. Maringá-Pr. Tel: (44) 3011-4444. E-mail: [copep@uem.br](mailto:copep@uem.br)

**ANEXO**

## ANEXO A – AUTORIZAÇÃO PARA A PESQUISA



CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE  
COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER CONEP N° 760/2010

Registro CONEP 15875 (Este nº deve ser citado nas correspondências referentes a este projeto)

CAAE – 0290.0.093.000-09

Processo nº 25000.046549/2010-51

Projeto de Pesquisa "Os saberes e práticas de saúde de famílias de idosos Kaingang na terra indígena Faxinal – PR".

Pesquisador Responsável: Lígia Carreira

Instituição: Universidade Estadual de Maringá (único centro brasileiro)

CEP de origem: Universidade Estadual de Maringá

Área Temática Especial: Populações Indígenas

Patrocinador: não há

**Sumário geral do protocolo**

O processo de envelhecimento traz repercussões tanto no setor social como no setor da saúde, situação também presente nas populações indígenas. Considerando que os saberes e práticas do cuidado presentes no cotidiano de vida familiar são construídos historicamente e por meio das relações sociais e familiares, sendo assim permeados de valores culturais, e considerando a necessidade de fornecer uma atenção diferenciada que garanta concomitantemente o acesso universal aos serviços de saúde, assim como o respeito e a valorização da medicina tradicional às famílias de idosos indígenas, pretendemos investigar neste estudo os saberes e práticas tradicionais de cuidado à saúde mais utilizados pelas famílias de idosos Kaingang, bem como os cuidados provenientes do sistema profissional e a importância do significado cultural dessas famílias no cuidado ao idoso; objetiva-se ainda descrever as condições de vida e de saúde dos idosos dessa comunidade indígena, avaliar a atuação dos serviços de atenção básica e da rede de referência do SUS junto às famílias de idosos Kaingang, na perspectiva dessas famílias. Para tanto, propõe-se uma pesquisa quantitativa e qualitativa com famílias de idosos Kaingang que vivem na Terra Indígena Faxinal-PR, localizada no município Cândido de Abreu-PR.

Objetivos da pesquisa: Descrever os saberes e práticas tradicionais de cuidado à saúde, mais utilizados pelas famílias de idosos Kaingang da Terra Indígena Faxinal - PR. Analisar as práticas tradicionais de cuidado à saúde e os cuidados provenientes do sistema profissional na vida dessas famílias de idosos. Investigar a importância do significado cultural desses saberes e práticas e suas implicações para o cuidado à saúde dos idosos. Descrever as condições de vida e de saúde dos idosos dessa comunidade indígena, enfatizando sua capacidade funcional, morbidades existentes, uso de medicamentos, hábitos alimentares, atividades físicas. Avaliar as facilidades e dificuldades de acesso aos serviços públicos de saúde dessas famílias de idosos. Avaliar a atuação dos serviços de atenção básica e da rede de referência do SUS, junto às famílias de idosos Kaingang da Terra Indígena Faxinal – PR, a partir da perspectiva das famílias.

Trata-se de um estudo de caráter quantitativo e qualitativo a ser realizado junto as famílias de idosos Kaingang da Terra Indígena Faxinal, localizada no Município de Cândido de Abreu, no centro do Estado do Paraná, o qual será realizado no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2011.

No Estado do Paraná existem 18 Terras Indígenas, com aproximadamente 9 mil indígenas em diferentes territórios no estado, abrigando etnias Kaingang, Guaraní e Xetá. A população de estudo será composta por todas as famílias de idosos Kaingang que vivem na Terra Indígena

Cont. Parecer CONEP nº 760/2010

faxinal. Existem duas aldeias nesta Terra Indígena: Sede e Casulo, as quais farão parte do estudo. Vivem nesta Terra Indígena aproximadamente 128 famílias num total de 587 pessoas.

No que se refere à pesquisa quantitativa, propõe-se um estudo do tipo transversal descritivo e exploratório. A coleta de dados será realizada através de aplicação de um instrumento, o qual será elaborado pelos pesquisadores para este estudo, abarcando informações sobre o perfil sócio-demográfico das famílias (sexo, idade, renda, escolaridade, estado civil, atividade laboral), o conhecimento sobre as condições de saúde dos idosos e seus familiares (etilismo, tabagismo, morbidades, avaliação antropométrica – peso, altura, cintura e quadril –, avaliação clínica – verificação da pressão arterial, glicemia capilar, frequência cardíaca, índice de massa corpórea, porcentagem de gordura corporal, uso de medicamentos, de terapias alternativas, hábitos alimentares, atividade física, uso de próteses dentária, uso de lentes para visão, uso dos serviços públicos de saúde de referência, condições de moradia e saneamento básico).

Serão utilizados critérios de classificação dos parâmetros avaliados segundo a Organização Mundial de Saúde, a qual aponta parâmetros de padrão de normalidade para pressão arterial, frequência cardíaca, glicemia capilar, índice de massa corpórea, porcentagem de gordura corporal e a relação cintura quadril. Com o objetivo de avaliar o nível de dependência/independência dos idosos indígenas, utilizar-se-á duas escalas de Capacidade Funcional, sendo a primeira Atividades de Vida Diária (AVDs), que refere-se as atividades básicas do autocuidado, como banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro em tempo, deitar-se, levantar-se da cama/cadeira, alimentar-se sozinho e o controle de continência urinária e fecal; e a segunda caracterizada como as Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDs), que englobam atividades funcionais mais complexas necessárias para uma vida social mais autônoma.

As entrevistas serão realizadas na presença do enfermeiro da unidade básica de saúde (UBS) local e/ou da agente indígena de saúde para auxílio com o idioma. Para análise estatística será utilizado o programa Microsoft Office Excel 2003 (Microsoft Corp., Estados Unidos), através do qual serão elaboradas tabelas de frequência das variáveis. A fase qualitativa do projeto será desenvolvida apoiada no método etnográfico.

Será utilizada a observação participante, enquanto técnica de coleta de dados, já que esta atende aos critérios propostos pelo método etnográfico, sempre com o devido cuidado ao registrar as observações, deixando explícito àquelas informações que são provenientes das observações diretas, daquelas que os pesquisadores acrescentam às suas interpretações, e também aquelas que contêm as interpretações dos sujeitos do estudo.

As anotações das observações de campo e dos diálogos com as famílias e idosos indígenas serão realizadas através de "notas de campo", feitas no próprio local. Também utilizaremos o gravador para registrar alguns momentos, principalmente quando nossa conversa estiver bastante direcionada para as questões de saúde e doença das pessoas. Além disso, o registro iconográfico também será utilizado no estudo.

#### **Local de realização**

Trata-se de um projeto nacional e unicêntrico. Serão 587 participantes no centro em tela.

#### **Apresentação do protocolo**

No cronograma do estudo, está previsto o início da coleta de dados para Abril/2010. A duração total do estudo é de 2 anos (página 20, numeração do CEP).

O valor previsto para o estudo é de R\$ 100.000,00 (página 28, numeração do CEP).

A equipe do estudo (página 14, numeração do CEP), além da pesquisadora responsável é formada pelos seguintes pesquisadores: Sonia Silva Marcon, Lúcio Tadeu Mota, Maria Angélica Pagliarini Waldman, Maria Aparecida Salci, Cremilde Aparecida Trindade Radovanovic, José Henrique Rollo Gonçalves, Jessica Sereno Peixoto, Wilson Francisco de Oliveira, Calliope Pilger, Sonia Regina Luciano, Mayara Caroline Barbieri, Amanda Marques Padilha, Marieli Terassi, Viviane Sousa, Mayara Margôla Rosalem.

Foi apresentado o currículo do pesquisador responsável (páginas 62-75, numeração do CEP).



Cont. Parecer CONEP nº 760/2010

Foram anexados ao protocolo: Anuência do cacique da terra indígena Faxinal (Pedro Hej Hej Lucas) e do chefe de posto/Funai autorizando o agendamento da pesquisa conforme disponibilidade das famílias dos idosos da comunidade (página 60, numeração do CEP).

O termo de consentimento livre e esclarecido (página 08, numeração do CEP) está redigido de forma sucinta.

**Considerações sobre a análise das respostas às recomendações do Parecer CONEP Nº 332/2010, relativo ao projeto de pesquisa em questão:**

**Comentários/ Considerações**

1. Na folha de rosto (página 32, numeração do CEP), no campo "data" do termo de compromisso do pesquisador responsável não se encontra devidamente preenchido. Solicita-se apresentar novo documento devidamente preenchido.

**Resposta:** Foi anexada nova folha de rosto com a data no campo do termo de compromisso do pesquisador responsável pela pesquisa.

**Análise da Resposta: Pendência atendida.**

2. No cronograma de atividades são apresentados os meses do projeto enumerados de 1 a 24. Solicita-se enfatizar no próprio cronograma que pesquisa será iniciada somente após aprovação pelo sistema CEP-CONEP.

**Resposta:** A ênfase relacionada ao início da coleta de dados somente após parecer favorável da CONEP foi incluída no cronograma e no corpo do projeto ao descrever a metodologia utilizada.

**Análise da resposta: Pendência atendida.**

3. Conforme o item III.1 da Resolução CNS 304/00 os benefícios e vantagens resultantes do desenvolvimento de pesquisa, devem atender às necessidades de indivíduos ou grupos alvo do estudo ou das sociedades afins e/ou da sociedade nacional, levando-se em consideração a promoção e manutenção do bem-estar, a conservação e proteção da diversidade biológica, cultural, a saúde individual e coletiva e a contribuição ao desenvolvimento do conhecimento e tecnologia próprias.

Solicita-se: a) esclarecer de uma forma mais específica quais seriam os benefícios para as comunidades em participar da pesquisa acima especificada.

**Resposta:** Atendendo ao item III da Resolução CNS nº. 304/00, a pesquisadora menciona os benefícios para as comunidades participantes da pesquisa, destacando a possibilidade de evidenciar situações de risco à saúde dessas populações, de modo a subsidiar ação de promoção da saúde, prevenção de doenças, adequando o processo de cuidado às especificidades da população através da compreensão de suas crenças. Destaca, contudo, que o fato de não haver literatura delineando a questão dos idosos junto a comunidade estudada dificulta bastante a identificação da aferição mais detalhada das contribuições. Esclarece ainda que o projeto se propõe a identificar as condições de vida e saúde dos idosos indígenas, possibilitando que, posteriormente, sejam avaliados as reais necessidades desses sujeitos.

**Análise da resposta: Pendência atendida.**

4. Solicita-se incluir o instrumento de coleta de dados para análise.

**Resposta:** O instrumento de coleta de dados foi anexado, conforme solicitação.

**Análise da resposta: Pendência atendida.**

5. Em relação do TCLE:

- a. Solicita-se excluir o item CPF/RG do TCLE.

- b. Solicita-se adequar o TCLE informando os riscos e benefícios do estudo.

**Resposta:** A pesquisadora atendeu a solicitação:

a) reapresentou o TCLE excluindo os itens CPF/RG.

Cont. Parecer CONEP nº 760/2010

b) efetuou as adequações referentes aos riscos e benefícios aos sujeitos da pesquisa.  
Análise da resposta: **Pendência resolvida.**

**Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.**

Situação: **Protocolo aprovado**

Brasília, 09 de dezembro de 2010.

  
**Gyselle Saddi Tannous**  
Coordenadora da CONEP/CNS/MS