



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

LEIDYANI KARINA RISSARDO

**O CUIDADO PROFISSIONAL AO IDOSO KAINGANG NA TERRA INDÍGENA
FAXINAL, PARANÁ, BRASIL**

**MARINGÁ
2012**

LEIDYANI KARINA RISSARDO

**O CUIDADO PROFISSIONAL AO IDOSO KAINGANG NA TERRA INDÍGENA
FAXINAL, PARANÁ, BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para a 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^ª. Dr^ª. Lígia Carreira

**MARINGÁ
2012**

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

Rissardo, Leidyani Karina Rissardo

R596c O cuidado profissional ao idoso kaingang na terra indígena Faxinal, Paraná, Brasil / Leidyani Karina Rissardo. - Maringá, 2012.

141f. : il., color., figs., fotos.

Orientador: Prof^a.Dr^a. Lígia Carreira.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2012.

1. Idoso. 2. Indígena. 3. Cultura indígena. 4. Assistência à saúde. 5. Enfermagem transcultural. 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-001212

LEIDYANI KARINA RISSARDO

**O CUIDADO PROFISSIONAL AO IDOSO KAINGANG NA TERRA INDÍGENA
FAXINAL, PARANÁ, BRASIL**

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

Aprovada em: **18 / 10 / 2012**

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Lígia Carreira
Universidade Estadual de Maringá

Prof^a. Dr^a. Neide Aparecida Titonelli Alvim
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof^a. Dr^a. Sonia Silva Marcon
Universidade Estadual de Maringá

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos profissionais de saúde da Terra Indígena Faxinal. A todos o meu reconhecimento e minha estima.

Aos idosos Kaingang da Terra Indígena Faxinal que me ensinaram a respeitar as diferenças e amar os desafios.

AGRADECIMENTOS

*A **Deus**, Senhor de todos os conhecimentos, por sustentar meu ânimo e determinação, a cada novo dia*

*A minha mãe **Leida**, que por meio de tantos obstáculos nunca desistiu de me apoiar e me incentivar a sempre buscar o que realmente almejo. Te amo muito!*

*Ao meu irmão **Junior**, pelas palavras de conforto, os sorrisos compartilhados e a disponibilidade em ajudar. Obrigada meu irmão por simplesmente você existir.*

*A minha **Família** que sempre está apoiando minhas decisões.*

*Ao meu noivo, **Carlos Eduardo**, por não medir esforços para a realização dos meus sonhos! Obrigada meu amor!*

*À minha amiga **Mara**, para quem eu posso simplesmente definir como “irmã de coração”.
Tantos anos de convívio, desde a graduação compartilhando momentos alegres, tristes e intensos. Seu companheirismo foi fundamental para a finalização desta jornada.*

*À profa. Dra. **Lígia Carreira**, que tanto contribuiu para o meu crescimento como pesquisadora, transformando minhas vagas ideias em conhecimento científico e mostrando que a relação entre orientador e orientando pode ser permeada na amizade e troca de experiências, não só científicas, mas de vida. Agradeço-a pela paciência e dedicação dispensadas à construção do meu profissionalismo!*

*Aos **professores** do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UEM pelo conhecimento compartilhado.*

*Às Professoras Dra. **Neide Aparecida Titonelli Alvim** e Dra. **Sonia Silva Marcon** pelas sugestões no exame de qualificação, as quais foram imprescindíveis no delineamento deste estudo.*

*Aos meus **colegas de turma** pela alegria do convívio, especialmente **Dani, Mayckel** e **Elo** em que tive a honra de dividir momentos inesquecíveis.*

*À **equipe do NEAPE** pelos encontros que proporcionaram trocas de experiências tão ricas que me fizeram várias vezes refletir sobre o meu objeto de estudo. Participar desta equipe é sensacional. Valeu “Meninas”!*

*À **Aline Moliterno**, pelas conversas, conselhos e incentivos que contribuíram para a conclusão deste estudo. Sua amizade foi um grande apoio neste caminhar, obrigada!*

À Ana Carla, companheira de viagens a Terra Indígena, que sorriu e sofreu comigo, me acalmando nos momentos em que mais necessitava de um ombro amigo. Obrigada por dividir várias noites de discussão e reflexão, foi indispensável sua companhia!

À Cris, secretária do Mestrado pela colaboração durante esses dois anos e acima de tudo, pela sua amizade.

À Fundação Araucária, pela contribuição por meio do financiamento do projeto que deu origem a esta dissertação.

E finalmente, a todos que direta ou indiretamente contribuíram para que este estudo fosse consolidado. Muito Obrigada.

*Talvez não tenhamos conseguido fazer o melhor, mas lutamos para que o melhor fosse feito. Não somos o que deveríamos ser, não somos o que iremos ser... mas graças a Deus, não somos o que éramos - **Martin Luther King.***

RISSARDO, L. K. **O cuidado profissional ao idoso Kaingang na Terra Indígena Faxinal, Paraná, Brasil.** 2012. 141f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Maringá. Orientadora: Profa. Dra. Lígia Carreira. Maringá, 2012.

RESUMO

O envelhecimento populacional suscitou a necessidade do conhecimento sobre a assistência à saúde da população idosa, pois o prolongamento da vida é uma aspiração de qualquer sociedade, no entanto, só pode ser considerada uma real conquista se não for apenas um período de sobrevida, mas de uma vida plena com qualidade. Inúmeras pesquisas vêm sendo realizadas no intuito de conhecer como o serviço de saúde realiza a assistência para esta parcela populacional, entretanto nada se tem visto no que se refere aos idosos indígenas. Diante do exposto, este trabalho propõe conhecer e analisar as práticas de cuidado dos profissionais de saúde que assistem idosos Kaingang e as respectivas fragilidades e potencialidades para a realização desta assistência. Trata-se de um estudo descrito de abordagem qualitativa apoiada na etnográfica, realizado com dez profissionais que atuam na atenção primária à saúde da Terra Indígena Faxinal (TIF), Paraná, Brasil. Os dados foram coletados no período de novembro de 2010 a Fevereiro de 2012, por meio de oito momentos de trabalho de campo na TIF com permanência de aproximadamente sete dias cada período. Utilizou como técnicas de coleta de dados a observação participante e entrevistas, e o diário de campo como fonte de registro dos dados. A análise dos achados se deu por intermédio do referencial teórico de Madeleine Leininger. Os resultados revelaram que o cuidado profissional aos idosos indígenas é permeado por saberes científico e saberes tradicionais. Os científicos reportam a administração de medicamentos, realização de nebulização, curativo e exames laboratoriais. Quanto aos saberes tradicionais foram evidentes a realização de chás e utilização de fitoterápicos. Evidenciou-se também como cuidado, a realização do banho na Unidade Básica de Saúde, cuidados com a alimentação e manifestações de afeto pelos profissionais de saúde aos idosos Kaingang. Para que tais práticas de cuidado pudessem ser efetivadas, constatou-se que os profissionais de saúde adotam estratégias que contribuem tanto para o acesso do idoso indígena ao serviço de saúde, quanto para a permanência deste no cuidado disponibilizado por eles. Embora os profissionais de saúde realizem um cuidado que valorize as práticas tradicionais na assistência ao idoso Kaingang, observou-se que as ações em saúde voltadas para esta parcela populacional ainda encontra-se centrada apenas no sujeito, com uma visão individualizada. Tal prática foi argumentada pelos profissionais de saúde devido às diversas fragilidades que permeiam a concretização do cuidado ao idoso indígena, sendo estas limitações englobadas nos aspectos da cultura Kaingang e na organização do serviço de saúde local. Conclui-se a necessidade de reestruturação da assistência prestada com melhoria no planejamento das ações e nas condições de trabalho dos profissionais de saúde. Os resultados deste estudo fornecem subsídios para os enfermeiros que trabalham ou venham a trabalhar na saúde indígena, oferecendo-lhes subsídios para ampliar as possibilidades de cuidar nesse espaço de novos saberes e fazeres, colaborando com a melhoria de assistência em saúde para os idosos indígenas.

Palavras-chave: Idoso. Indígena. Cultura. Assistência à saúde. Enfermagem Transcultural.

RISSARDO, L. K. **The professional care to the elderly in the Indigenous Kaingang Faxinal, Paraná, Brazil.** 2012. 141f. Dissertation (Master's in Nursing) -University of Maringá. Advisor: Profa. Dra. Lígia Carreira. Maringá, 2012.

ABSTRACT

The aging population has increased the demand in the need for knowledge about the health care. The prolongation of life is an aspiration of any society, however, it can only be considered a real achievement if does not only extend survival, but provides a full life with good quality. Numerous studies have been performed in order to know how the service performs health care for this population, however nothing has been seen in relation to the elderly indigenous. Given the above, this work proposes to understand and analyze the care practices of health professionals who assist elderly Kaingang and their weaknesses and strengths to help and improve this assistance. This is a study described in a qualitative ethnographic, conducted by ten professionals working in primary health care of Indigenous in Faxinal (TIF), Paraná, Brazil. Data was collected from November 2010 to February 2012, through eight periods of fieldwork in TIF staying approximately seven days each period. The data collection techniques, participant observation and interviews, were used along with field journal as a source of data recording. The analysis of the findings is given through the theoretical framework of Madeleine Leininger. The results revealed that professional care for the elderly is permeated by indigenous scientific and traditional knowledge. The scientists reports the medication administration, conducting fogging, curative and laboratory tests. While the traditional knowledge was apparent the use of teas and herbal drugs. It also showed how carefully the performance of the personal hygiene in the Basic Health Care and preoccupation with alimentation demonstrations of affection by health professionals to the elderly Kaingang. For those who care practices could be accomplished, it was found that healthcare professionals adopt strategies that contribute to both the elderly access to Indian Health Service, and for staying in this care available for them. Although health professionals conduct a careful that values traditional practices in geriatric healthcare Kaingang, it was observed that health actions targeting this part of the population still is focused exclusively on the subject, with an individualized vision. This practice was argued by health professionals due to several weaknesses that permeate the realization of indigenous elderly care, and these limitations encompassed in Kaingang aspects of culture and organization of local health service. The conclusion that there's a need for restructuring assistance with improving the planning of action and working conditions of health professionals. The results of this study provide information for nurses who work or will work in Indigenous health by offering them subsidies to expand the possibilities of caring in this space of new knowledge and practices, contributing to the improvement of health care for the elderly indigenous.

Keywords: Elderly. Indigenous. Culture. Delivery of Health Care. Transcultural Nursing.

RISSARDO, L. K. **El cuidado profesional para el anciano Kaingang en la Población Indígenas Faxinal, Paraná, Brasil.** 2012. 141f. Disertación (Maestría en Enfermería) - Universidad Estadual de Maringá. Director: Profa. Dra. Lígia Carreira, Maringá, 2012.

RESUMEN

El envejecimiento de la población ha originado la necesidad de conocer sobre el cuidado de la salud de la población anciana, por tanto prolongación de la vida es una aspiración de toda sociedad, sin embargo, sólo puede ser considerado como un verdadero logro si no fuera sólo un periodo de supervivencia sino una vida plena con calidad. Numerosos estudios se han realizado con el fin de conocer cómo funciona el servicio de atención médica para esta parte de la población, sin embargo nada se ha visto en relación con los ancianos indígenas. Teniendo en cuenta lo anterior, este trabajo propone comprender y analizar las prácticas de cuidado de los profesionales de la salud a los ancianos Kaingang y sus debilidades y fortalezas para lograr esta asistencia. Se trata de un estudio descriptivo de enfoque cualitativo etnográfico, realizado con diez profesionales que trabajan en la atención primaria de la salud de los Pueblos Indígenas de Faxinal (TIF), Paraná, Brasil. Los datos fueron recogidos entre noviembre de 2010 a febrero de 2012, a través de ocho momentos de trabajo de campo en TIF con permanencia de aproximadamente siete días cada período. Se utilizó desde técnicas de recopilación de datos a observación participante y el diario de campo como fuente de registro de datos. El análisis de los resultados se dio a través del marco teórico de Madeleine Leininger. Los resultados revelaron que cuidado profesional a los ancianos indígenas está permeado por conocimientos científicos y conocimientos tradicionales. Los científicos reportan la administración de medicamentos, la realización de nebulización, curativos y pruebas de laboratorio. En cuanto a los conocimientos tradicionales eran evidentes la elaboración de té y uso de hierbas. También se mostró como cuidado el desempeño para bañarlos en la unidad básica de la salud, buena alimentación las demostraciones de afecto por los profesionales de la salud a los ancianos Kaingang. Para que aquellas prácticas de atención pudiera llevarse a cabo, se encontró que los profesionales de la salud adoptan estrategias que contribuy tanto para el acceso del anciano indígena al Servicio de Salud, y así estar presentes en este tipo de atención disponible para ellos. Aunque los profesionales de la salud realicen un cuidadoso que valoriza las prácticas tradicionales en la atención a los ancianos Kaingang, se observó que las acciones de salud dirigidas a este sector de la población todavía se centra exclusivamente en el tema, con una visión individualizada. Esta práctica fue argumentado por profesionales de la salud debido a varias deficiencias que impregnan la realización del cuidado de los ancianos indígenas, siendo estas limitaciones comprendidas en los aspectos de la cultura Kaingang y la organización de los servicios de la salud local. La conclusión es la necesidad de reestructurar la asistencia con mejoras en la planificación de las acciones y en las condiciones de trabajo de los profesionales de la salud. Los resultados de este estudio proporcionan información para las enfermeras que trabajan o trabajarán en la salud indígena, ofreciéndoles subsidios para ampliar las posibilidades de atención en este espacio de nuevos conocimientos y prácticas, contribuyendo a mejorar de la atención médica para los ancianos indígenas.

Palavras Clave: Anciano. Indígenas. Cultura. Prestación de Atención de Salud; Enfermería Transcultural.

APRESENTAÇÃO

O presente estudo é parte integrante do projeto de pesquisa “Os Saberes e Práticas de saúde de Famílias de idosos Kaingang na Terra Indígena Faxinal-Pr”, desenvolvido com apoio financeiro da Fundação Araucária por meio do Programa de Pesquisa para o SUS: Gestão compartilhada em Saúde. Em um de seus subprojetos, o qual se refere a esta dissertação, 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.

Aderindo ao 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.

O primeiro artigo apresenta-se intitulado **Práticas de cuidado ao idoso indígena – Atuação dos profissionais de saúde**, cujo intuito foi compreender as práticas de cuidado dos profissionais de saúde que assistem os idosos Kaingang, contemplando o primeiro objetivo da dissertação.

No intuito de atender o segundo objetivo da dissertação: descrever as percepções dos profissionais de saúde quanto às fragilidades e às potencialidades na atenção à saúde voltada aos idosos Kaingang da Terra Indígena Faxinal, Paraná, Brasil, o segundo e o terceiro artigo foram desenvolvidos a partir do desmembramento dos resultados obtidos, visto que ao buscar tais potencialidades e fragilidades estas estavam permeadas entre duas vertentes: a cultura Kaingang e a organização do serviço de saúde da Terra Indígena Faxinal. Portanto, os artigos 2 e 3 contemplam o segundo objetivo da dissertação.

O segundo artigo está intitulado **Fatores da cultura Kaingang que interferem no cuidado ao idoso: um olhar dos profissionais de saúde**, o qual buscou descrever a percepção dos profissionais de saúde quanto aos fatores da cultura Kaingang que interferem na realização das práticas de cuidado aos idosos desta etnia.

E o terceiro artigo **Organização do serviço de saúde e o cuidado ao idoso indígena: sinergias e singularidades do contexto profissional** teve como objetivo descrever os reflexos da organização do serviço de atenção primária à saúde indígena sobre as práticas de cuidado ao idoso Kaingang, na percepção de profissionais atuantes nesta área.

Ressalta-se que as demais seções desta dissertação estão estruturadas em Introdução, Objetivos, Percurso Metodológico, Implicações para 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 à Saúde
CASAI	Casas de Atenção à Saúde Indígena
CONEP	Conselho Nacional de Ética em Pesquisa
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
DSEI	Distritos Sanitários Especiais Indígenas
EMSI	Equipe multiprofissional de saúde indígena
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
EVS	Equipes Volantes de Saúde
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
PNASI	Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
PNI	Política Nacional do Idoso
PNSI	Política Nacional de Saúde do Idoso
SESAI	Secretaria Especial de Saúde Indígena
SUS	Sistema Único de Saúde
TI	Terra Indígena
TIF	Terra Indígena Faxinal
UBS	Unidade Básica de Saúde
VD	Visita Domiciliar

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Organização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas no Brasil.....	27
Figura 2	Modelo explicativo de SURISE proposto por Leininger.....	36
Figura 3	Mapa de Terras Indígenas Kaingang no Distrito Especial Indígena Interior Sul.....	40
Figura 4	Casa de alvenaria Terra Indígena Faxinal, Paraná, Brasil.....	42
Figura 5	Casa de madeira Terra Indígena Faxinal, Paraná, Brasil.....	42
Figura 6	Unidade Básica de Saúde da Terra Indígena Faxinal, Paraná, Brasil.....	43
Figura 7	Planta da UBS da Terra Indígena Faxinal, Paraná, Brasil.....	44
Figura 8	Seleção dos sujeitos do estudo.....	45
Figura 9	Momento em que os pesquisadores e AIS visitam à casa de uma idosa indígena.....	50
Figura 10	Etapas desenvolvidas em campo de pesquisa para a coleta de dados.....	55
Figura 11	Fluxograma de etapas para análise dos dados.....	57
Figura 12	Aferição da pressão arterial em idosa indígena.....	60
Figura 13	Idosa indígena cozinhando.....	81
Figura 14	Idosa indígena com medicamentos na UBS Faxinal.....	98
Figura 15	Diagrama de atendimento aos idosos Kaingang do serviço de atenção primária à saúde da Terra indígena Faxinal.....	103

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	18
2	NOVOS HORIZONTES: UM OLHAR PARA O IDOSO INDÍGENA.....	19
2.1	O IDOSO NA CULTURA INDÍGENA	19
2.2	O ENVELHECER INDÍGENA E SUA INTERFACE COM AS POLÍTICAS DE SAÚDE VOLTADAS AO IDOSO.....	22
2.3	UMA BREVE REFLEXÃO SOBRE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS.....	26
2.4	OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E O CUIDADO COM A POPULAÇÃO INDÍGENA: UM RECORTE DO ESTADO DA ARTE	29
3	OBJETIVOS.....	34
4	PERCURSO METODOLÓGICO	35
4.1	REFERENCIAL TEÓRICO.....	35
4.2	REFERENCIAL METODOLÓGICO	38
4.3	LOCAL DO ESTUDO	40
4.4	O CENÁRIO DO ESTUDO: A UBS.....	42
4.5	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	44
4.6	A COLETA DE DADOS.....	46
4.6.1	ESTRATÉGIAS PARA A COLETA DE DADOS	46
4.6.2	ATUAÇÃO DOS PESQUISADORES EM CAMPO	48
4.7	ANÁLISE DOS DADOS	55
4.8	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	57
5	RESULTADOS	59
5.1	ARTIGO 1: PRÁTICAS DE CUIDADO AO IDOSO INDÍGENA: ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	60
5.2	ARTIGO 2: FATORES DA CULTURA KAINGANG QUE INTERFEREM NO CUIDADO AO IDOSO: UM OLHAR DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	81
5.3	ARTIGO 3: ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE E O CUIDADO AO IDOSO INDÍGENA: SINERGIAS E SINGULARIDADES DO CONTEXTO PROFISSIONAL	98
6	IMPLICAÇÕES DO ESTUDO PARA O ENSINO, PESQUISA E A PRÁTICA DE ENFERMAGEM	117
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	119

REFERENCIAS	122
APÊNDICES	131
APÊNDICE A – CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	132
APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE OBSERVAÇÃO	133
APÊNDICE C – ROTEIRO DA ENTREVISTA	134
APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	136
ANEXOS	137
ANEXO A – AUTORIZAÇÃO PARA A PESQUISA.....	138

1 INTRODUÇÃO

As mudanças ocorridas na pirâmide populacional brasileira suscitaram a necessidade de investimento em ações de agentes sociais e governamentais, além de profissionais da área da saúde (VERAS, 2012). Os profissionais da saúde têm papel fundamental na prestação da assistência à população idosa, pois o processo de envelhecer requer cuidados de promoção, prevenção, educação e intervenção de cuidados para a saúde (RODRIGUES et al., 2009).

Neste contexto, a atenção primária à saúde (APS) apresenta como principal porta de entrada a Estratégia Saúde da Família (ESF) para o cuidado aos idosos, tendo como objetivo fomentar a qualidade de vida dos idosos mediante, por exemplo, a promoção do envelhecimento ativo. Para isso, os profissionais de saúde devem buscar novos horizontes e perspectivas no cuidado com os idosos, pois, em virtude da vulnerabilidade e fragilidade ocasionada pela própria idade, estes necessitam de cuidados, não só que atenda as necessidades físicas, mas também as questões sociais e culturais, visando melhorar ou aperfeiçoar uma condição ou modo de vida (ROCHA et al., 2011).

No entanto, Polaro (2011) afirma que a realidade de atenção ao idoso é preocupante, pois faltam competências específicas, levando ao entendimento de que profissionais da área da saúde conhecem pouco ou desconhecem as especificidades do cuidado dos idosos. Diante do exposto, o conhecimento sobre a assistência à saúde da população idosa torna-se relevante, pois o prolongamento da vida é uma aspiração de qualquer sociedade, porém, só pode ser considerada uma real conquista se não for apenas um período de sobrevivência, mas de uma vida plena com qualidade (PINTO; SORANZ, 2004). Inúmeras pesquisas vêm sendo realizadas no intuito de conhecer como o serviço de saúde realiza a assistência para esta parcela populacional (MOTTA; AGUIAR; CALDAS, 2011; ROCHA et al., 2011); entretanto nada se tem visto no que se refere aos idosos indígenas.

Os dados sobre o idoso indígena brasileiro ainda encontram-se fragmentados, ocorrendo discrepância entre eles, o que nos remete dúvidas sobre quem e como estão, de fato, estes indivíduos (ROCHA; BÓS; HUTTNER; MACHADO, 2011). O antropólogo americano Anthony Seeger (1980) ressalta que existe uma negligência desta faixa etária por parte dos pesquisadores que trabalham com sociedades indígenas, sendo que entre os estudos realizados com a população indígena observam-se poucas informações relacionadas ao idoso indígena.

Sabendo da existência de políticas de atenção à saúde do idoso e dos povos indígenas no Brasil, cuja execução envolve diversos profissionais de saúde, percebemos a importância do cuidado profissional realizado para com esta parcela populacional. Assim, este estudo surgiu a partir dos questionamentos: Quais são as práticas de cuidado realizadas pelos profissionais de saúde aos idosos Kaingang? De que forma estas ações de atenção à saúde do idoso vêm sendo realizadas com os indígenas? Quais são as potencialidades e fragilidades dos profissionais de saúde para realizarem essas práticas de cuidado? Considerando que a equipe de saúde deve realizar assistência integral, em todas as fases do desenvolvimento humano, em especial a do envelhecimento, a relevância deste estudo está justamente na possibilidade de se constituir num referencial teórico-prático sobre as práticas de cuidado relativo ao idoso indígena, no intuito de auxiliar os profissionais que trabalham ou venham a trabalhar com esta população.

2 NOVOS HORIZONTES: UM OLHAR PARA O IDOSO INDÍGENA

2.1 O idoso na cultura indígena

De acordo com o último censo demográfico, a população indígena corresponde a 817,9 mil pessoas, representando 0,4% da população total do Brasil. Elenca uma sociedade de indivíduos jovens, concentrando grande parte até os 24 anos de idade com comportamento piramidal focado em altas taxas de natalidade e mortalidade (IBGE, 2010). Embora haja um crescimento das taxas de natalidade e mortalidade, também pode ser observado um tímido crescimento entre a população idosa. Esta representatividade dos idosos é vista com o passar dos anos, pois em 2000 havia cerca de 61 mil idosos indígenas e em 2010 em este número passou para 72 mil idosos indígenas (IBGE,2010).

Tal fato pode ser observado em estudos que visam apresentar os indicadores demográficos e epidemiológicos específicas das populações indígenas, como no caso da pesquisa realizada no Polo Base Bauru, no período de 1999 a 2008, que identificou o desencadeamento de um processo de envelhecimento populacional (BUCHALLA; PAGLIARO, 2010), ou ainda, 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.

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. Primeiramente, em diversas sociedades indígenas a representação da velhice é culturalmente determinada, de modo que, mesmo a categorização de sujeitos como velhos, o status que gozam, bem como seus direitos e deveres são fundamentalmente distintos entre os diferentes povos indígenas. Ser velho pode não ser determinado por idade cronológica e, sim, por exemplo, pelo número de netos que esse indivíduo possui, pois aqueles cujos filhos casaram e tiveram filhos são elevados ao status de ancião (SEEGER, 1980).

Outro fator considerado relevante sobre os idosos indígenas é o papel social que desempenham nas sociedades indígenas, visto que a transmissão dos elementos culturais, como a mitologia, os rituais e os costumes são feitas apenas pelos idosos na maior parte das comunidades indígenas. Há exemplos da importância do idoso para a preservação das culturas em aldeia da Amazônia e no Mato Grosso do Sul, onde os idosos são as únicas pessoas a realizarem os rituais. Entre os Baniwa, do Alto Rio Negro, os idosos são os responsáveis por contar as histórias da criação do mundo durante os rituais de passagem de idade e, conseqüentemente, responsáveis pela preservação da cultura (MOTA; ASSIS, 2008).

Na cultura Kaingang, o idoso é foco de atenção do saber que se detém na figura de um índio velho, curandeiro ou pajé, cujas intervenções terapêuticas tradicionais ocorrem principalmente entre os mais idosos, envolvendo desde o uso de ervas até rezas (MARRONI; FARO, 2004). Além disso, observa-se na organização sociocultural Kaingang que as mais velhas, ou seja, as idosas, já aposentadas, em muitos casos são responsáveis pelo sustento e pela educação dos netos e de famílias numerosas de até 15 membros, o que atribui grande participação deste membro da comunidade no cuidado e na educação das crianças, ensinando-lhes a língua e inserindo-as no mundo da cultura Kaingang (LANÇA; NOVAK, 2011; MOLITERNO, 2011).

A valorização do papel social do idoso indígena visto na etnia Kaingang também pode ser observada entre as etnias Kaiapó, Kricates, Kaiowá, Xavantes e Suyá. No entanto, entre algumas etnias, como as da família Guaraní, encontradas 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 (SEEGGER, 1980; HILL, 1983).

Partindo do idoso, a concepção de envelhecimento é apresentada como sinônimo de desgaste; todavia, ocorre a dissociação entre corpo e mente: “corpo velho, espírito jovem”, para que, de alguma forma, se evite a negatividade no conceito de envelhecimento. “Corpo velho” é definido principalmente pelas mulheres idosas, que sofrem com a ausência de reprodução, pois gerar um filho entre a maioria das culturas indígenas é sinônimo de fortalecimento para a etnia (LANÇA; NOVAK, 2011). Ainda, este conceito remete à limitação de trabalho, que também é burlado como sendo uma resistência humana (MOTA; ASSIS, 2008).

De tal modo, é importante ressaltar que os idosos indígenas compartilham das necessidades que são universais no processo de envelhecer. As mudanças fisiológicas que ocorrem no envelhecimento podem levar à diminuição da capacidade funcional a médio e longo prazo, as quais os tornam mais suscetíveis à fragilidade e à dependência de cuidados (PAPALÉO-NETTO, 2006). O conceito de envelhecimento trazido pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS, 1998) ratifica estas questões, cuja definição é de ser um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio de todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torna menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto, aumenta sua possibilidade de morte.

Além disso, Tavares (2010) pontua que, mesmo o envelhecimento não sendo um processo não patológico, as alterações observadas no seu desenvolvimento no decorrer da vida constituem fatores de vulnerabilidades para os processos patológicos. No idoso indígena os aparecimentos de doenças são ainda mais intensos, cujas divergências nos estilos de vida com transformações socioeconômicas sofridas após o contato com as sociedades não indígenas, exercem grande influência no seu perfil de saúde e doença, passando a haver uma tendência do aumento severo de doenças, principalmente as crônicas (TAVARES; CORTÊS; DIAS, 2010). Algumas pesquisas realizadas com populações indígenas confirmam que a prevalência da hipertensão arterial e de outros fatores de risco cardiovascular é mais elevada nos indígenas com idade avançada e no sexo masculino, propiciando o adoecimento com consequentes

repercussões para o cuidado em saúde (CARDOSO; MATTOS; KOIFMAN; 2001; TAVARES, 2010).

Diante dos momentos de crise humana, a família é a primeira rede em que o ser humano busca auxílio, apoio e cuidado informal (FAQUINELLO; CARREIRA; MARCON, 2011). Moliterno (2011), em sua dissertação de Mestrado, ao procurar compreender como as famílias indígenas cuidam dos idosos Kaingang afirma que estas famílias possuem estratégias próprias para a viabilização do cuidado ao *kofa* (velhos), utilizando inclusive a rede de apoio social. Identificou-se, ainda, nessa etnia, a forte presença da mulher como cuidadora, observada também em estudos sobre o tema nas mais diversas populações (MOLITERNO, 2011). Por outro lado, a mesma autora ressalta a importância do serviço de saúde para o cuidado do idoso na terra indígena, visto que algumas situações ocorridas com idosos Kaingang vão além da competência familiar.

Faquinello, Carreira e Marcon (2011) ressaltam que a família nem sempre consegue fornecer um apoio eficiente e adequado ao indivíduo, pois muitas vezes a necessidade apresentada refere-se aos aspectos mais formais e técnicos, ou de áreas que fogem ao domínio familiar. E é nestes momentos que o apoio, advindo do sistema formal, representado pelos profissionais de saúde, demonstra ser relevante para melhora significativa na qualidade de vida dos indivíduos.

Os problemas de saúde dos idosos, além de serem de longa duração, requerem profissionais qualificados, equipe multidisciplinar, equipamentos e exames complementares (VERAS, 2009). Neste sentido, torna-se importante investigar a natureza do cuidado prestado, pois, se por um lado, os idosos necessitam dos serviços de saúde, por outro é visto que os modelos vigentes de atenção à saúde do idoso se mostram ineficientes para prestar cuidado condizente às necessidades e demandas dessas pessoas (VERAS, 2009; VERAS, 2012; MOTTA; AGUIAR; CALDAS, 2011).

2.2 O envelhecer indígena e sua interface com as Políticas de Saúde voltadas ao idoso

Considerando o indígena como cidadão brasileiro, as leis existentes também incluem os idosos indígenas, portanto a compreensão de tais normativas é de extrema importância para a assistência à saúde destes indivíduos. Sabe-se que até o início da década de 1990 não havia

uma política pública de saúde específica para o idoso. Apenas em 1994, como primeiro movimento em busca dos direitos do idoso e sua visibilidade no contexto social, foi promulgada a Política Nacional do Idoso (PNI) pela Lei nº 8.842/94, assegurando os 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 Sistema Único de Saúde - SUS (BRASIL, 1994).

Para ampliar os aspectos do idoso na área da saúde, após cinco anos da criação da Política Nacional do Idoso, foi publicada a Portaria nº 1.395/1999 do Ministério da Saúde com a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI). As diretrizes estabelecidas por meio dessa política enfatizam 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). No entanto, a implementação de políticas públicas voltadas aos idosos exige a compreensão da multidimensionalidade envolvida no processo de envelhecimento, visto que os aspectos sociais que englobam a saúde do idoso devem ser relevados, uma vez que no contexto atual se destacam pelo aumento da população idosa, das doenças crônicas e consequente maior utilização dos serviços de saúde.

Em 1º de outubro de 2003, com o objetivo de nortear ações sociais e de saúde, garantir os direitos da população idosa, foi decretado pela Lei nº 10.741, o Estatuto do Idoso. Esta lei endossa o que a PNI afirma como conceito de idoso, cuja definição reporta-se ao indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos, incluindo aqueles conceitos que, no contexto sociocultural existente no Brasil, estabelecem outras formas de definição, como no caso de algumas etnias indígenas (BRASIL, 2009a).

O fato de eleger número de anos como portal para a passagem à velhice é visto por Silva e Silva Junior (2006) como uma “ficção”, pois os conceitos interculturais são distintos em certas populações, e estes devem ser considerados em suas singularidades. Por outro lado, Camarano (2004) compreende a importância de delimitar a idade por etapa cronológica, pois é possível que políticas sociais e de saúde dirijam uniformemente a grupos etários, como criança, adolescente e idoso, estabelecendo organização e parâmetros para as políticas voltadas a determinadas faixas etárias. Este autor ainda ressalta que esta delimitação de idoso e não idoso é meramente formal, uma vez que se sabe que o envelhecimento é um evento

individual. Cabe, portanto, ao profissional de saúde encontrar as peculiaridades existentes de cada idoso e, a partir daí, lapidar sua assistência. Em etnias indígenas, por exemplo, podem-se estabelecer parâmetros de faixa etária em certas assistências, de acordo com os costumes culturais de tal população, sem, é claro, infringir condutas que versam sobre a melhoria da qualidade de vida destes indivíduos.

O Estatuto do Idoso foi considerado uma das maiores conquistas sociais da população idosa brasileira, ampliando a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa. No capítulo IV do referido Estatuto são elencadas apenas questões referentes à saúde do idoso, havendo a criação de novas ações e prioridades para esta parcela populacional, dentre as quais se destacam: atendimento integral pelo SUS; atendimento geriátrico em ambulatórios; atendimento domiciliar; reabilitação; fornecimento de medicamentos, próteses e órteses; direito de opção pelo tipo de tratamento; direito a acompanhante; proibição de discriminação em plano de saúde; treinamento dos profissionais de saúde, dos cuidadores familiares e dos grupos de autoajuda (BRASIL, 2009a). No entanto, o Estatuto do Idoso não traz consigo meios para financiar as ações propostas, tornando-se a legislação brasileira relativa aos cuidados da população idosa bastante avançada, mas associada a uma prática ainda insatisfatória (BRASIL, 2009a).

Neste sentido, em 2006, por intermédio do Pacto pela Saúde, o SUS passa a considerar a saúde da população idosa como prioridade (BRASIL, 2010a), desencadeando ações de implementação de diretrizes norteadoras para reformulação da Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso. Portanto, em 19 de outubro do mesmo ano aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, representando, assim, a atualização da antiga Portaria nº 1935/94. Esta Portaria traz um novo paradigma para a discussão da situação de saúde dos idosos. Afirma ser indispensável incluir a condição funcional ao serem formuladas políticas para a saúde da população idosa, no que se considera fundamental um trabalho que visualize dois eixos: o idoso independente e o frágil/ de alto risco. Além disso, faz parte das diretrizes dessa política a promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável (BRASIL, 2010a).

Envelhecer ativamente refere-se à participação contínua nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005). A proposta de envelhecimento ativo e saudável busca oferecer qualidade de vida por

meio da alimentação adequada e balanceada, prática regular de exercícios físicos, convivência social estimulante, busca de atividades prazerosas e/ou que reduzam o estresse, diminuição dos danos decorrentes do consumo de álcool e tabaco e diminuição significativa da automedicação. Estes fatores têm em comum as convergências no gênero e cultura. O gênero é a lente através da qual são consideradas as várias opções políticas, mostrando como afetam o bem-estar de homens e mulheres. Quanto à cultura, esta abrange todas as pessoas e populações, modela nossa forma de envelhecer, pois influencia todos os outros fatores determinantes do envelhecimento ativo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005).

É imprescindível, para os profissionais de saúde realizarem uma assistência íntegra, pautada no envelhecimento ativo, o conhecimento sobre os valores culturais que permeiam a vida do idoso, visto que a cultura influencia na busca por comportamentos mais saudáveis, além de determinar muito como uma sociedade encara as pessoas idosas e o processo de envelhecimento (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005; BRASIL, 2010a). Neste sentido é que damos ênfase ao idoso indígena, considerando o conhecimento da cultura de extrema relevância para assistência em saúde.

Embora não encontradas nas leis mencionadas informações concretas no que diz respeito aos idosos indígenas, pode-se observar que tais conceitos e informações inseridas nestas políticas de saúde estão indo ao encontro do que se remete também às necessidades dos idosos indígenas, como, por exemplo, a necessidade da compreensão dos profissionais sobre aspectos culturais para realizar assistência a esta população. No entanto, muito ainda precisa ser explorado sobre a saúde do idoso indígena, pois é indiscutível a presença desta lacuna justamente em leis que regem especificamente sobre idosos.

Considera-se que estas informações sobre o idoso indígena deveriam não apenas estar estabelecidas nas leis voltadas ao idoso, mas também em programas que versam sobre a atenção à saúde indígena, visto que esses programas também se encontram com divergências em tais informações, uma vez que os dados expõem apenas aspectos de crianças e mulheres indígenas. Todavia, consideramos importante adentrar nas questões da saúde indígena como um todo, a fim de esclarecer como se dá o processo de atenção em saúde a estes povos.

2.3 Uma breve reflexão sobre atenção à saúde dos povos indígenas

Tradicionalmente, a atenção à saúde dos povos indígenas esteve sob a responsabilidade da Fundação Nacional do Índio (FUNAI) vinculada ao Ministério da Justiça, que atuava por meio das Equipes Volantes de Saúde (EVS) formadas por médicos, enfermeiros, auxiliares e atendentes de enfermagem. Essa assistência era feita de forma esporádica, não se estabelecendo rotinas de atenção (BRASIL, 2002).

Após a crise financeira do Estado brasileiro pós-milagre econômico da década de 70, a FUNAI 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 a comunidades culturalmente diferenciadas (BRASIL, 2002).

Em 1999, por meio da Política Nacional de Saúde Indígena, operacionalizada pela Lei nº 9.836/99, conhecida com a Lei Arouca, a atenção à saúde das populações indígenas passa a ser responsabilidade do Ministério da Saúde, por intermédio da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), que estabelece o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena como programa de saúde específico para os povos indígenas (BRASIL, 2009b; CHAVES, 2006).

Com a responsabilidade de prestar atendimento a toda população aldeada em terras indígenas, o subsistema organizou suas unidades de ação segundo a proposta dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). Estes se caracterizam como uma rede interconectada de serviços de saúde, capaz de oferecer cuidados de atenção primária à saúde, adequados às necessidades sanitárias da maioria da população (GARNELO; PONTES, 2012).

Atualmente existem no Brasil 34 DSEI, cuja distribuição nas unidades federadas obedeceu às características culturais e à distribuição das terras indígenas, bem como a critérios demográficos que contribuíram para a definição de suas localizações e áreas de abrangência. O distrito no qual está inserida a maior parte das reservas indígenas do Estado do Paraná é o distrito Interior Sul, que abrange ainda parte dos estados de São Paulo, Santa Catarina e Rio Grande do Sul (BRASIL, 2002; BRASIL, 2009b; CHAVES, 2006).

Cada DSEI conta com uma rede de serviços, onde o atendimento é realizado segundo níveis diferenciados de complexidade técnica das ações de saúde ali desenvolvidas. Cada DSEI abrange diversas aldeias e se organiza de acordo com o modelo da figura 1:

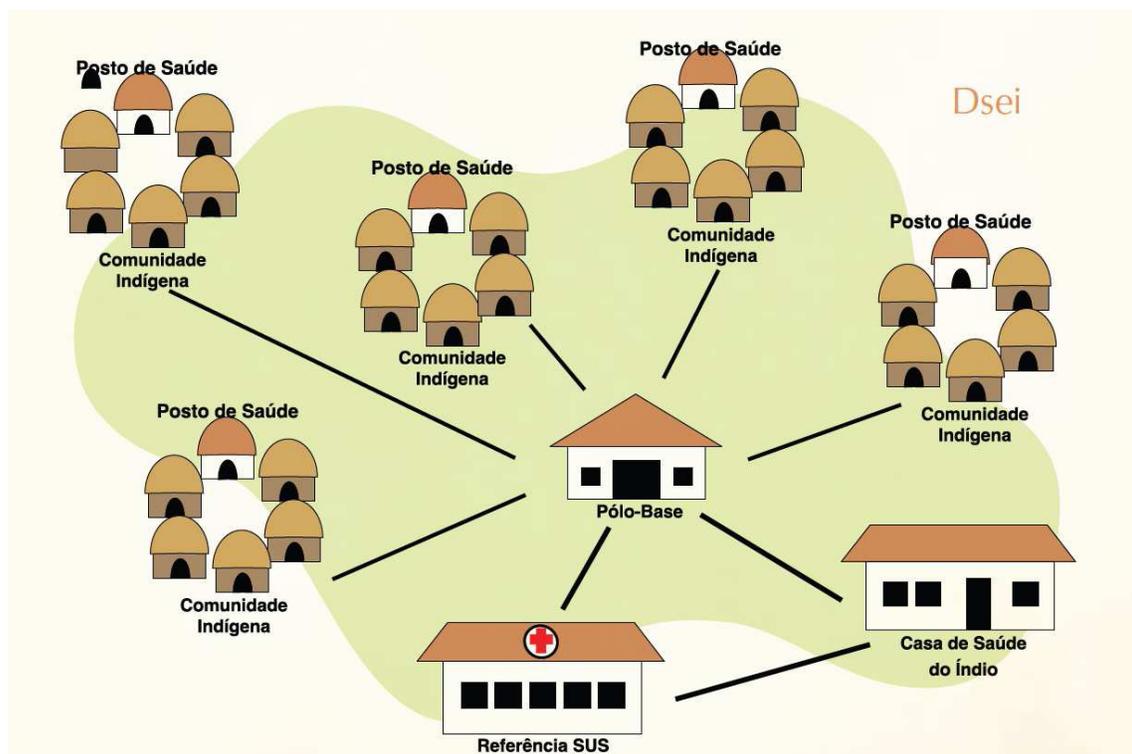


Figura 1 - Organização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas no Brasil.
Fonte: Brasil (2009b).

Cada distrito tem um polo-base que pode estar localizado tanto em uma aldeia quanto em um município próximo e é nesse polo que a equipe multiprofissional de saúde indígena (EMSI) está inserida para atender os casos de baixa complexidade (BRASIL, 2002; BRASIL, 2009b). A EMSI é composta por médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e odontólogo, Agente Indígena de Saúde (AIS) e agente indígena de saneamento (AISAN). Em algumas situações há a presença de antropólogos, sociólogos, linguistas e demais profissionais que se fizerem necessários no atendimento das especificidades culturais do local (BRASIL, 2002; BRASIL, 2009b).

Para o atendimento das demandas mais complexas que superam a capacidade do polo-base, busca-se a estrutura disponível no âmbito do SUS, sendo então realizados encaminhamentos para os serviços especializados de média e alta complexidade (unidades de

urgência, hospitais de pequeno, médio ou grande porte, serviços de apoio diagnósticos e terapêuticos). O acesso aos serviços de saúde de média e alta complexidade é realizado por meio das Casas de Atenção à Saúde Indígena (CASAI's), que são implantadas em sedes municipais para acolherem os indígenas encaminhados. Nas CASAI's não são executadas ações de atenção à saúde; elas funcionam basicamente como locais de recepção e alojamento para os índios que necessitam de tratamento fora da aldeia, constituindo como apoio entre a aldeia e a rede de serviços de referência do SUS (AITH, 2008; BRASIL, 2002; BRASIL, 2009b; GARNELO; PONTES, 2012).

O serviço de referência, segundo o modelo de organização do subsistema de saúde indígena, representa 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; PONTES, 2012).

Para o atendimento dos indígenas, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASI) prevê que os profissionais de saúde estabeleçam o respeito às concepções, valores e práticas relativos ao processo saúde-doença próprios a cada sociedade indígena e aos seus diversos especialistas, preconizando a existência de uma articulação entre os sistemas médicos (indígenas e biomédicos) (BRASIL, 2002).

Nesse sentido, de modo a garantir a articulação dos sistemas médicos, a PNASI inaugura a concepção de *atenção diferenciada*, em que a política de saúde deve adotá-la como um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços, voltado para a proteção, promoção e recuperação da saúde e garanta aos índios o exercício de sua cidadania nesse campo (BRASIL, 2002). Este é o princípio norteador da atual organização dos serviços de saúde, ainda que, na prática, permanecem existindo problemas de diferentes naturezas que inviabilizam o efetivo cumprimento desse princípio em sua totalidade. Embora visto como um grande avanço nas políticas de saúde indígena, na transferência das ações e dos programas voltados para a população indígena, da FUNAI para a FUNASA, se esperava um incremento maior de recursos para essas ações. Isso vem acontecendo de forma um tanto tímida, não contemplando as necessidades básicas de atendimento da demanda existente (GARNELO; PONTES, 2012; BRASIL, 2012; SANTOS; COIMBRA; CARDOSO, 2008).

Em 2010, com intuito de administrar diretamente as questões da saúde indígena no Brasil, o Ministério da Saúde publicou o Decreto nº 7.336/MS, formalizando 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. A SESAI assume a responsabilidade por elaborar, propor e implantar as políticas públicas de promoção e proteção da saúde indígena, atribuições até então reservadas à FUNASA (BRASIL, 2012; GARNELO; PONTES, 2012).

A criação da SESAI representa um avanço na efetivação dos direitos dos povos indígenas à atenção diferenciada, que é, há tantos anos, objeto de luta dos militantes da causa indígena. Entretanto, no momento atual têm-se os primeiros passos na reformulação do subsistema com a nova secretaria, mas não há, ainda, clareza sobre os rumos futuros da política de saúde indígena.

Enquanto os avanços tornam evidentes, há uma instabilidade dos profissionais de saúde que atuam com a população indígena (GARNELO; PONTES, 2012). Tais interferências ressaltam a relevância para que estudos dimensionem olhares para a prestação da assistência dos serviços de saúde a estas comunidades específicas, vislumbrando não só o cuidado prestado, mas também os desafios dos profissionais perante a assistência realizada.

2.4 Os profissionais de saúde e o cuidado com a população indígena: um recorte do estado da arte

Entende-se, aqui, o estado da arte como o mapeamento das tendências e dimensões dos estudos de temáticas de relevância para o avanço da pesquisa científica, nas mais diversas áreas do conhecimento humano (FERREIRA, 2002). Primeiramente, o foco do levantamento bibliográfico consistia no estudo dos conhecimentos necessários para o cuidado profissional com o idoso indígena; porém, ao longo da busca de publicações relacionadas ao tema, percebeu-se que o conhecimento produzido sobre a assistência dos profissionais de saúde somente para o idoso indígena ainda é muito escasso, não sendo encontrado nenhum estudo sobre tal temática. Portanto, serão apresentados estudos referentes da atuação profissional com a população indígena, de modo geral.

Ainda assim, expor o estado da arte sobre a temática em foco não foi uma tarefa fácil, uma vez que temos constatado, a partir das pesquisas em bases de dados, que este é um campo do conhecimento também com escassos estudos publicados no que tange a atuação dos

profissionais de saúde com a população indígena. Aqui estamos mencionando as publicações da última década a partir de consultas nas bases PubMed, LILACS e SciELO, com as respectivas palavras-chave que são consideradas descritores no Descritores em Ciências da Saúde - DeCS e seus respectivos termos em inglês: saúde indígena (Indigenous Health), serviços de saúde do indígena (Indian Health Services) e saúde de populações indígenas (Health of Indigenous Peoples).

Selecionamos aqueles estudos disponíveis na íntegra e que apresentassem em sua discussão os profissionais de saúde que atuam com a população indígena, publicados nos últimos dez anos. Os estudos repetidos foram excluídos a fim de delinear o “estado da arte” ou “estado do conhecimento”, o que totalizamos a leitura de 14 artigos na íntegra, envolvendo a literatura nacional e internacional, além de três acervos entre teses e dissertações, o que totalizou 17 publicações encontradas sobre o tema pesquisado.

Pensando em expor a representação social das práticas de cuidado dos enfermeiros da saúde indígena, Fernandes (2010) expõe que o cuidado de saúde na área indígena acontece a partir de um confronto de culturas diversas, pois traz o profissional, de um lado, com todo o seu conhecimento acadêmico e cultura própria e, do outro lado, o índio com seus ritos, usos e costumes peculiares, o que gera conflitos e dificuldades destes profissionais em fixar-se por muito tempo em um único local de serviço. Assim, para realizar a assistência em saúde com a população indígena é requerido habilidades e capacitação que transpassam as técnicas e conhecimentos científicos, é necessário um entendimento transcultural que capte uma visão de mundo sobre tal sociedade. Esta necessidade é ratificada no estudo de Novo (2011) no Parque Indígena do Xingu, ao norte do Estado do Mato Grosso, no qual revelou que as brigas entre os profissionais de saúde e as lideranças indígenas foram um dos principais entraves para a permanência destes nas aldeias e, conseqüente, limitação da assistência em saúde.

Autores como Louzada e Neto (2010), com o propósito de analisarem as fragilidades e potencialidades do processo de cuidado de enfermagem desenvolvido nas comunidades indígenas Ianomâmis, dos municípios de Barcelos e Santa Isabel do Rio Negro, Estado do Amazonas, região norte do Brasil, identificaram como sendo frágeis a estrutura do serviço de saúde e o gerenciamento do serviço de enfermagem em área indígena. Ressaltaram como potencialidades o trabalho em equipe e a presença dos agentes indígenas de saúde nas aldeias.

Ferraz (2010), no intuito de expor as percepções de profissionais de saúde de duas equipes de saúde da família, atuantes em Terras Indígenas no Estado de Santa Catarina, sobre o cuidado da família e do próprio serviço de saúde às crianças indígenas, revelou uma assistência baseada na educação em saúde, porém pautada no etnocentrismo, pois a inserção de práticas tradicionais não acontecia, havendo contradições entre os profissionais no desejo em respeitar as crenças das mães das crianças e a ansiedade da resolutividade dos cuidados prestados por eles. Fernandes (2010) ressalta que o relacionamento entre os agentes prestadores de serviços de saúde e os indígenas não considera, com frequência, os valores tradicionais da cultura, dificultando a atuação e o estabelecimento de certos diagnósticos.

Sobre este aspecto, Macaulay (2009) menciona que os profissionais de saúde devem praticar a humildade cultural pelo respeito às tradições locais e tomar cuidado para não impor seus próprios valores, sendo excepcionalmente importante a capacitação antes da inserção no trabalho com a população indígena. Este pensar de Macaulay (2009) encontra-se apoiado noutros pesquisadores como Elliott e Leeuw (2009), Si et al. (2006), Silva (2010), Fernandes (2010), Marrone (2007) e também se torna fonte de referência nos trabalhos de Langdon e Diehl (2007), Langdon et al. (2006) e Anjos et al. (2008), referencias para a prática em saúde, antropológica e educacional na área indígena.

A realidade de outros países não difere do Brasil, pois é evidente a complexidade apontada pelos profissionais de saúde para a realização do cuidado à população indígena, visto que estudo de Drovetta (2009), com objetivo de investigar os processos de saúde e doença de mulheres indígenas e suas famílias que vivem em áreas rurais no norte da Argentina, mostrou que para elas o programa de atenção primária à saúde, ou seja, o profissional de saúde inserido na área rural significou redução gradual das taxas de morbidade e mortalidade materna, sendo estes resultados avaliados como bem sucedidos, pelos profissionais de saúde. No entanto, os mesmos relataram que este progresso foi acompanhado por um desaparecimento dos recursos e práticas da população indígena, como a qualidade de curandeiros tradicionais, o que prejudicou a cultura indígena local.

Nessa mesma linha de pesquisa, Alarcón et al. (2004) desenvolveram um estudo transversal e comparativo com 399 usuários e 64 profissionais de saúde de 11 comunidades indígenas do Chile, com objetivo de analisar, por meio destes dois grupos, a melhoria no atendimento em saúde da população, revelou que os usuários se sentem discriminados por esta

não compreender a cultura deles, da mesma forma os profissionais apontaram a falta de conhecimento sobre a cultura Mapuche como principal problema para a ineficácia do atendimento ao cuidado, principalmente o não conhecimento do dialeto da população, o que não contribui para a aproximação de curandeiros e suas práticas terapêuticas. Neste pensar, Ferraz (2010) ressalta que os profissionais de saúde atuantes em terras indígenas devem se instrumentalizar para a comunicação transcultural, utilizando a escuta eficaz, estando atentos à linguagem e aos comportamentos e utilizando clareza nos diálogos. Caso não se domine a linguística, é importante que o sistema de saúde ofereça recursos de interpretação, quando apropriado, pois falhas na comunicação podem ser interpretadas como estereótipos e, posteriormente, influenciar na qualidade do atendimento.

A relação dos profissionais de saúde indígenas com a assistência perante as doenças crônicas não transmissíveis foi evidente em estudo internacional, no qual, pesquisa realizada com três anos de duração com objetivo de avaliar os cuidados dos trabalhadores de saúde para com os indígenas portadores de diabetes tipo 2 e as possíveis barreiras para este cuidado em duas áreas remotas do território norte da Austrália: as ilhas Tiwi e Katherine, revelou que o número de profissionais atuantes para este atendimento estava adequado, porém as barreiras para o envolvimento no cuidado as doenças crônicas foram os treinamentos inadequados, falta de divisão do papel de cada profissional de saúde, bem como ausência de relações entre eles e as altas demandas de cuidados agudos (SI et al., 2006).

Pesquisa semelhante realizada por meio de um inquérito com 244 profissionais de saúde em 19 comunidades indígenas, em sete províncias canadenses, com o objetivo de encontrar os desafios dos profissionais de saúde no cuidado aos indígenas com diabetes tipo 2, destacou a precisão da melhoria da adesão aos medicamentos entre estes indígenas, bem como a redução de faltosos entre as consultas médicas e um redimensionamento da educação dos próprios hábitos alimentares que os profissionais orientam, pois alguns alimentos tornam difíceis para os pacientes adotarem estilos de vida saudáveis. Por tratar de outra etnia se deparam com divergências na prestação do cuidado, uma vez que exige competência quanto aos conhecimentos da cultura na prestação da assistência aos indígenas. Neste estudo, concluíram que o cuidado da doença crônica bem-sucedida e intervenções exigem o envolvimento da comunidade indígena adequada, utilizando o conhecimento local, uma liderança forte, o que deverá ser concretizado a partir de treinamento especializado para lidar

com as complicações relacionadas com a diabetes em diversas culturas (BHATTACHARYYA et al., 2011). Fato este que corrobora também os pensamentos de MacBain-Rigg e Veitch (2011) ao considerarem que os profissionais de saúde antes de se depararem com este conflito cultural necessitam de capacitação de qualidade e de conhecimento congruente acerca da cultura em que estará inserido.

Refletindo sobre tais capacitações, Larson et al. (2011), com o objetivo de compreender como os residentes de medicina no Canadá percebem a atuação em saúde no âmbito indígena, constataram que estes profissionais possuem pretensões de atuarem em áreas desconhecidas, como, por exemplo, com a população indígena, porém, se sentem intimidados pelo despreparo por aquilo que o currículo de graduação oferece sobre tal área. Os resultados deste estudo destacam a necessidade em incentivar a criação de programas educacionais como experiências para médicos residentes que podem promover desejos de trabalhar em comunidades indígenas.

Os estudos encontrados neste eixo temático têm demonstrado o quão necessário se faz envidar esforços na tentativa de contribuir para a fomentação de conhecimentos nesta temática, visto que no meio científico ainda existe carência sobre essa área do saber. Ao procurarmos o estado da arte dos últimos dez anos acerca da temática em foco encontrou uma lacuna no conhecimento que leva-nos a tecer considerações sobre o cuidado profissional com os idosos indígenas, pois, dentre os estudos selecionados, não houve nenhum que abordasse a questão do cuidado em específico destes idosos, considerando-se, tanto nos artigos quanto em teses e dissertações apenas questões referentes à saúde da criança, da mulher, a doenças crônicas e implicações do processo de trabalho dos profissionais de saúde.

Dessa maneira, urge a necessidade de se pesquisar sobre o cuidado em saúde ao idoso indígena, o que vai ao encontro do que acreditamos ser de relevância neste estudo. Portanto, este estudo se justifica pela carência de bibliografias e estudos que exploram as práticas de cuidado profissional dispensado aos idosos indígenas, bem como sobre o grande valor desta temática para contribuir ao aprimoramento dos serviços de saúde prestados aos idosos indígenas e no fornecimento de elementos que poderão ser utilizados na formulação ou melhoria de projetos destinados a responder às demandas dessa população.

3 OBJETIVOS

- ✓ Compreender as práticas de cuidado dos profissionais que assistem os idosos Kaingang da Terra Indígena Faxinal, Paraná, Brasil.

- ✓ Descrever as percepções dos profissionais de saúde quanto às fragilidades e às potencialidades na atenção à saúde voltada aos idosos Kaingang da Terra Indígena Faxinal, Paraná, Brasil.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 REFERENCIAL TEÓRICO

Este estudo está embasado nos pressupostos de Madeleine Leininger, na Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural ou Teoria do Cuidado Transcultural.

Madeleine Leininger é uma teórica norte-americana, que se graduou em Enfermagem no ano de 1948 (GEORGE, 2000). Após anos de estudo, observou influência da cultura dos indivíduos no modo de se cuidar, o que a fez elaborar uma teoria com o objetivo de descobrir, documentar, conhecer e explicar a interdependência existente entre o cuidado e a cultura, considerando o cuidado como um fenômeno que apresenta semelhanças e singularidades entre os diversos povos (GEORGE, 2000; LEININGER; MCFARLAND, 2006). Leininger (1991) ressalta que o cuidado humano é universal, porém, seu significado é diversificado entre diversas culturas, que percebem, conhecem e praticam o cuidado de maneiras diferentes, apesar de haver pontos comuns no cuidado em todas as culturas do mundo. Ressalta os pontos comuns como universalidade e as diferenças como diversidade no cuidado.

O cuidado é definido pela autora como ações, atitudes e prática da assistência ao outro buscando a cura ou a promoção do bem-estar. Em contrapartida, cultura são valores, crenças e modo de vida de uma determinada sociedade que são apreendidos, compartilhados e transmitidos entre gerações, de forma a influenciar pensamentos, decisões e ações de maneira uniforme (LEININGER, 1985).

Por acreditar que esta dicotomia de cultura e cuidado se entrelaça, o cuidado cultural é aquele em que valores, crenças e modos de vida padronizados, apreendidos e transmitidos subjetiva e objetivamente, assistem, apoiam ou capacitam outro indivíduo ou grupo a manter seu bem-estar, a melhorar suas capacidades e modo de vida (LEININGER; MCFARLAND, 2006).

Neste contexto, 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).

Com intuito de contribuir para que os profissionais de saúde entendam e contemplem 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).

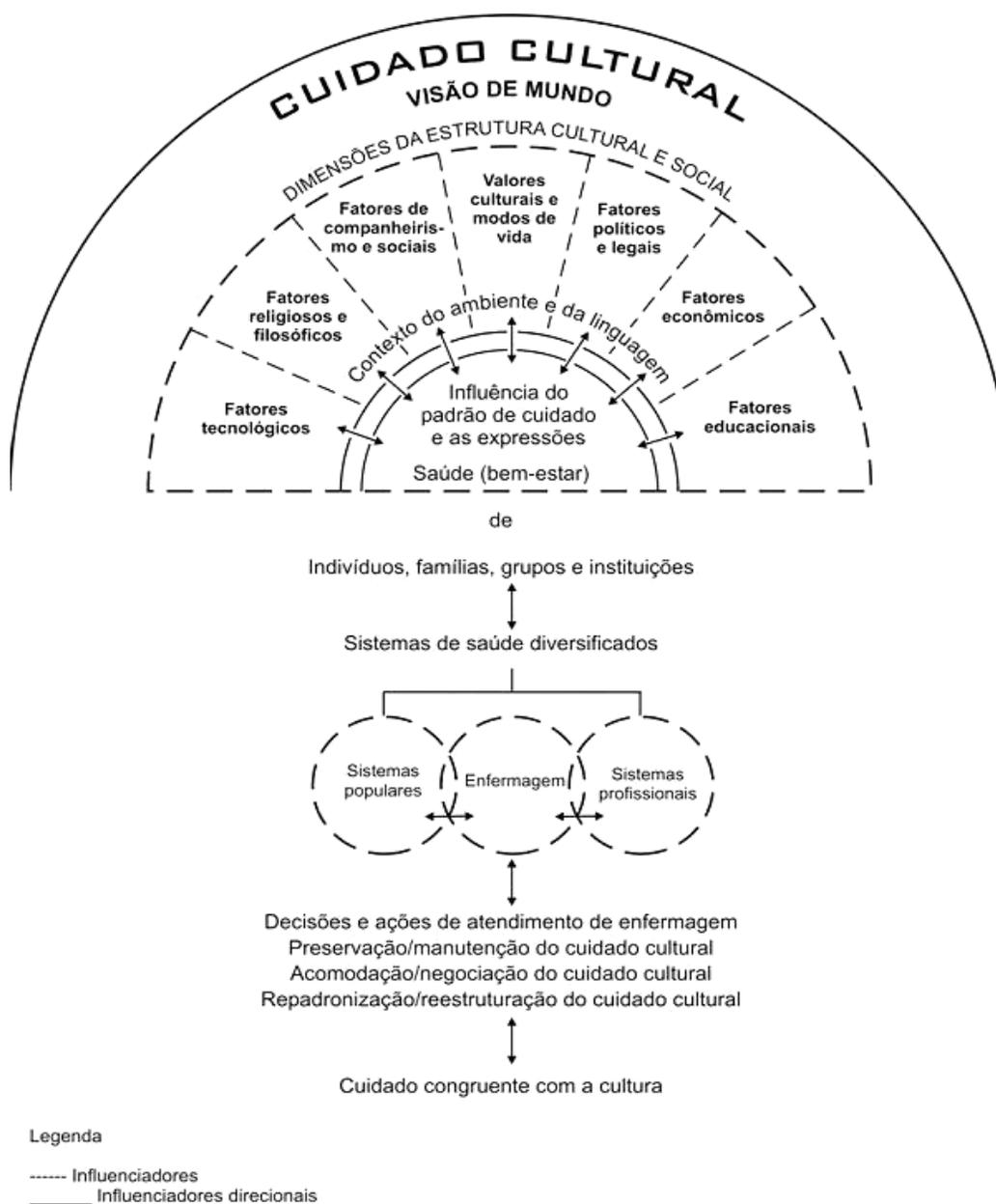


Figura 2 - Modelo explicativo de SUNRISE proposto por Leininger.
Fonte: George (2000).

A parte superior deste modelo expõe os componentes interdependentes da estrutura social e dos fatores da visão do mundo que influenciam o cuidado e a saúde por meio da linguagem e do contexto ambiental. Estes fatores influenciam o sistema de saúde, compostos pelo sistema popular, profissional e de enfermagem que se encontram na parte inferior do círculo. Portanto, entende-se que as partes superiores e inferiores descrevem um sol completo que corresponde ao universo do cuidado, sendo que este aspecto é que precisa ser entendido e conhecido pelos profissionais para a emissão de um cuidado humanizado e benéfico (Figura 2) (CURREN, 2006; COLLAÇO, 2002).

Ao utilizar o modelo de *Sunrise* como um guia, os profissionais de saúde encontram novas perspectivas sobre cuidado, refletindo sobre as crenças, valores e necessidades do ser cuidado, superando os velhos paradigmas, deixando de levar em conta apenas as suas próprias convicções e filosofias (SANTOS, 2009). A partir de tais conhecimentos culturais sobre a população assistida, os profissionais podem realizar o cuidado humanizado e benéfico com perspectivas das reais necessidades dos indivíduos e suas famílias. Para isso, Leininger (2002) propõe três formas para se realizar o cuidado, levando-se em consideração a cultura: preservação do cuidado, acomodação do cuidado e repadronização do cuidado.

A **preservação do cuidado cultural e/ou manutenção** acontece quando estes, provenientes do sistema profissional ou do sistema popular de saúde, são benéficos, ajudando a manter culturas, preservar cuidados favoráveis, crenças e valores, ou que ajudam a enfrentar dificuldades de seus clientes.

Quanto à **acomodação do cuidado cultural e/ou negociação** ocorre quando as percepções provenientes do sistema profissional de saúde e sistema popular adaptam-se para uma saúde benéfica ou satisfatória, procurando-se conjugar dois tipos de cuidados, o científico e o popular. Ou seja, tem-se uma promoção de cuidado e decisões profissionais quanto à assistência benéfica, visto utilizar estratégias convincentes para a população no intuito de negociar para a inserção de outras formas de cuidado congruentes, seguras e eficazes.

A **reestruturação do cuidado cultural e/ou repadronização** – concerne a toda assistência, apoio, suporte em uma reordenação, troca ou modificação dos modos de vida cultural para novos, diferentes e benéficos à saúde familiar respeitando seus valores e crenças culturais. Para a autora, o sistema profissional de saúde substitui o cuidado do sistema popular, introduzindo novos cuidados não conhecidos pelo sistema familiar/popular.

Esta teoria apresenta argumentos convincentes de sua relevância na orientação de pesquisa, sendo um guia para o pesquisador na descoberta da essência e do significado do cuidado culturalmente congruente. A reflexão sobre os pressupostos desenvolvidos por Leininger na Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural constitui um referencial importante na abordagem da experiência e dos fatores culturais que influenciam o sucesso ou insucesso da assistência prestada aos idosos Kaingang pelos profissionais de saúde.

4.2 REFERENCIAL METODOLÓGICO

Tratou-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa apoiado na etnografia. A etnografia é um método de pesquisa proposto por Malinowski, na década de 20, que tem como finalidade primeira estudar uma sociedade ou uma cultura em sua totalidade, compreendendo o que sentem os indivíduos pertencentes à mesma (MALINOWSKI, 1990).

Consiste em uma descrição densa que procura revelar o mundo do outro através do olhar do pesquisador. O objetivo principal do etnográfico é captar a percepção do indivíduo estudado, sua relação com a vida e apreender a sua visão de mundo, resultando em apresentar um esquema nítido e claro da constituição de todos os fenômenos culturais que forem relevantes (CICOUREL, 1990; GEERTZ, 2011).

Na etnografia inicialmente é realizada uma descrição nítida do arcabouço cultural abrangendo todos os fenômenos. Não existem aspectos que não sejam relevantes e essenciais; no entanto, o foco aos objetivos deve ser constante no esquema mental do pesquisador (MALINOWSKI, 1986). 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).

Fundamentada em uma observação sistematizada, a etnografia exige que o pesquisador saiba ver realmente tudo que está à sua volta. E ver, no sentido etnográfico, vai além da visão propriamente dita, alcança o âmbito de perceber o ambiente e as interações com todos os sentidos e apreendê-lo nas diversas dimensões possíveis (GEERTZ, 1989). Dessa forma, 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). A imparcialidade contribui para a coleta de dados por meio de observações, porém, é necessária a participação do etnógrafo no cotidiano dos pesquisados, mesmo que em alguns momentos seja necessário afastar os instrumentos de coleta, como máquina fotográfica, lápis, caderno de notas (MALINOWSKI, 1986). Ao se inserir na rotina dos sujeitos a serem 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 se torna eficiente com a presença do pesquisador necessariamente acordada como um representante do grupo, mesmo que imposta, constituindo a troca de experiências e a possibilidade de conhecer modos de vida estrangeiros, para ambas as partes (CICOUREL, 1990).

Essa observação participante se torna presente, com trocas de informações e um envolvimento com os sujeitos pesquisados, num processo pelo qual se mantém a presença do observador numa situação social com a finalidade de realizar uma investigação científica. O observador está face a face com os observados e, ao participar da vida deles no seu cenário natural, colhe dados. Assim, o observador é parte do contexto sob observação, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado pelo mesmo (CICOUREL, 1990). O diálogo aparece como forma essencial para o detalhamento da observação participante e para riqueza das informações da descrição do arcabouço cultura, que, muitas vezes, não seriam contempladas apenas com entrevistas formais (FOOTE-WHYTE, 1990).

Cabe ainda ao pesquisador ao longo dos dias em campo, definir seus informantes-chave para ajudá-lo na compreensão dos achados, aprofundando os conhecimentos da cultura e sua visão de mundo do cenário estudado. Estes informantes geralmente são “especialistas” no conhecimento da comunidade a ser estudada, com bagagem indescritível de experiência neste ambiente, sendo, muitas vezes, um membro muito respeitado na sociedade, mesmo que sua identidade não esteja explícita. A tendência é que os demais indivíduos indiquem a pessoa adequada, respeitando o código de ética daquele ambiente. Assim, o pesquisador necessita de muita atenção e tato na abordagem destes *experts* indicados, principalmente ao fato de estarem

naturalmente inclinados a guardar informações importantes da organização e estrutura dos indivíduos a serem pesquisados (MALINOWSKI, 1986).

Após a escolha e adequação das articulações em campo, juntamente com 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 do estudo (GEERTZ, 1989; GEERTZ, 2006; MALINOWSKI, 1986).

4.3 LOCAL DO ESTUDO

O 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). 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).

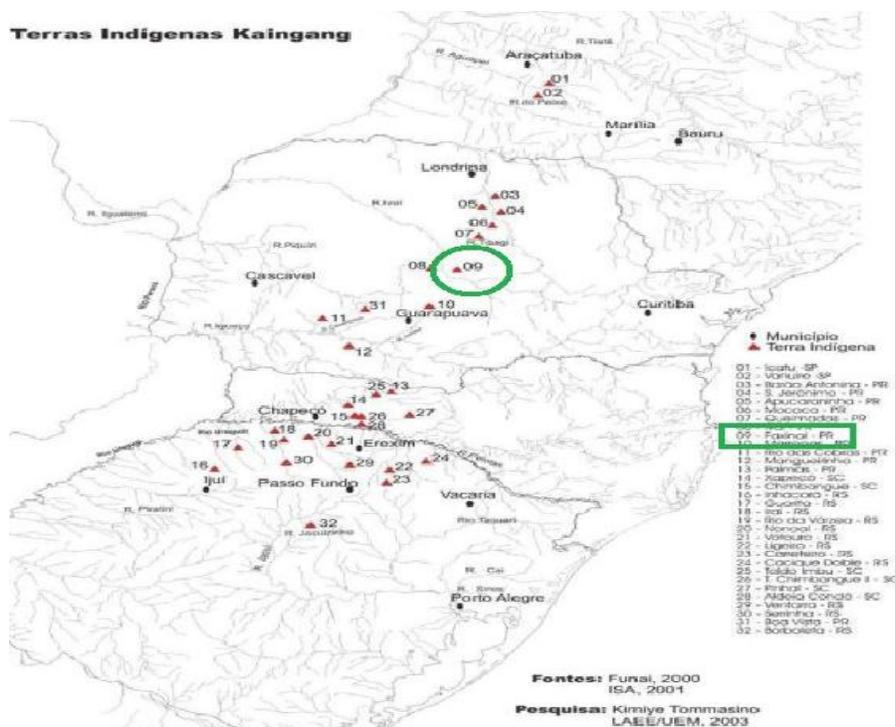


Figura 3 – Mapa de Terras Indígenas Kaingang no Distrito Especial Indígena Interior Sul. Fonte: ISA (2001).

Os Kaingang pertencem ao grupo linguístico Jê tronco macro-jê e constitui a etnia indígena de maior predominância no Brasil, apresentando 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).

Do mesmo modo que outras Terras Indígenas do Paraná, a comunidade de Faxinal mantém sua economia baseada no artesanato feito com taquara, (*Bambusa Vulgaris*). Essa atividade envolve diversos membros da família no processo que vai desde a busca e o corte da matéria-prima, passando pelo tratamento e a confecção. Nesse processo geralmente são mulheres e crianças que trançam cestos e balaies e os homens confeccionam chapéus e peneiras (LANÇA; NOVAK, 2011; MOLITERNO, 2011).

Quando se tem bastante peças prontas, os indígenas vão às cidades para comercializar a produção. Às vezes há o deslocamento de famílias inteiras para as cidades, onde permanece por vários dias até venderem todas as peças. O artesanato é também utilizado como moeda de troca por gêneros alimentícios e vestuário nas cidades mais próximas, mas seu preço muitas vezes é subestimado nessa prática (LANÇA; NOVAK, 2011; MOLITERNO, 2011).

Outra renda dos Kaingang são os benefícios do governo, como bolsa família, salário de professor, de agente de saúde, aposentadoria, entre outros, o que diferencia quem recebe dos demais, tornando-os responsáveis pelo sustento da família toda (KÜHL et al., 2009).

A maioria das famílias da TIF residem na área próxima a Escola Rural Municipal Indígena Cacique Antônio TynTyn e da Unidade Básica de Saúde mantida pela SESAI, assemelhando-se a um pequeno vilarejo. Os serviços sociais disponíveis nesta comunidade são constituídos por um escritório da FUNAI, duas igrejas sendo uma evangélica e outra da religião católica, a cadeia e a casa de nutrição. Por sua vez, a casa de nutrição, nas últimas viagens à TIF, encontrava-se desativada, não havendo mais o dia de sopa e a entrega do leite era realizada dentro da UBS.

As moradias da comunidade da TIF são de alvenaria e algumas de madeira. As de alvenaria a maioria são construídas pelo governo estadual, havendo alguns modelos preestabelecidos, tendo as construções mais recentes encanamento e banheiro no interior, porém, foi frequente identificar suas estruturas danificadas (Figura 4). No que concerne às moradias de madeira, estas se estabelecem geralmente pela ocupação dos indígenas mais

velhos, sendo esteticamente apenas um quadrado, chão batido e o fogo ao centro, construídas geralmente ao lado das casas de alvenaria (Figura 5).



Figura 4 – Casa de alvenaria Terra Indígena Faxinal, Paraná, Brasil.
Fonte: Coleta de dados (2012).



Figura 5 – Casa de madeira Terra Indígena Faxinal, Paraná, Brasil.
Fonte: Coleta de dados (2012).

Os idosos indígenas constituem-se 28 indivíduos residentes na TIF. Possuem média de idade de 72,9 anos, com máximo de 101, e uma faixa etária predominante de 60 a 69 anos. Todos os idosos eram analfabetos e falavam seu idioma tradicional, o Kaingang. Ainda assim, cerca de dezessete indivíduos eram bilíngues, sendo capazes de se comunicar também no português. Os idosos desta TIF, em maioria viviam com companheiro e mantinham suas atividades laborais, mesmo após a aposentadoria, principalmente entre as mulheres.

4.4 O CENÁRIO DO ESTUDO: A UBS

Um cenário importante para a pesquisa foi a Unidade Básica de Saúde Faxinal (UBS). Fundada em 26 de abril de 2003, encontra-se localizada no centro da TIF ao lado da antiga casa de nutrição, próxima da cadeia e da igreja católica desta comunidade. Esta localização centralizada faz com que haja circulação constante de pessoas ao seu redor e contribui para uma visão muito ampla, alcançando grandes extensões da aldeia (Figura 6).



Figura 6 - Unidade Básica de Saúde da Terra Indígena Faxinal, Paraná, Brasil.
Fonte: Coleta de dados (2012).

O funcionamento da UBS é diurno, de segunda-feira à sexta-feira, das 8 às 17 horas. Sua estrutura física é composta por doze ambientes, elencando recepção, consultório odontológico, consultório médico, sala de vacinação, sala para administração de medicamentos e nebulização, farmácia para dispensação e estoque de medicamentos, cozinha, escritório administrativo, sala para curativos, lavanderia e dois banheiros, um para os profissionais e outro para a população indígena (Figura 7).

Na entrada de cada ambiente havia placas de identificação sobre o que o mesmo reportava. Embora a infraestrutura da UBS exibisse certas limitações, todos os ambientes apresentavam-se bem organizados, com materiais estocados adequadamente e etiquetados por ordem numérica ou alfabética. Esta ordem pôde ser observada nos estoque de medicamentos, nos prontuários arquivados, nas carteiras de vacinação e nos livros de atendimento que eram emitidos diariamente.

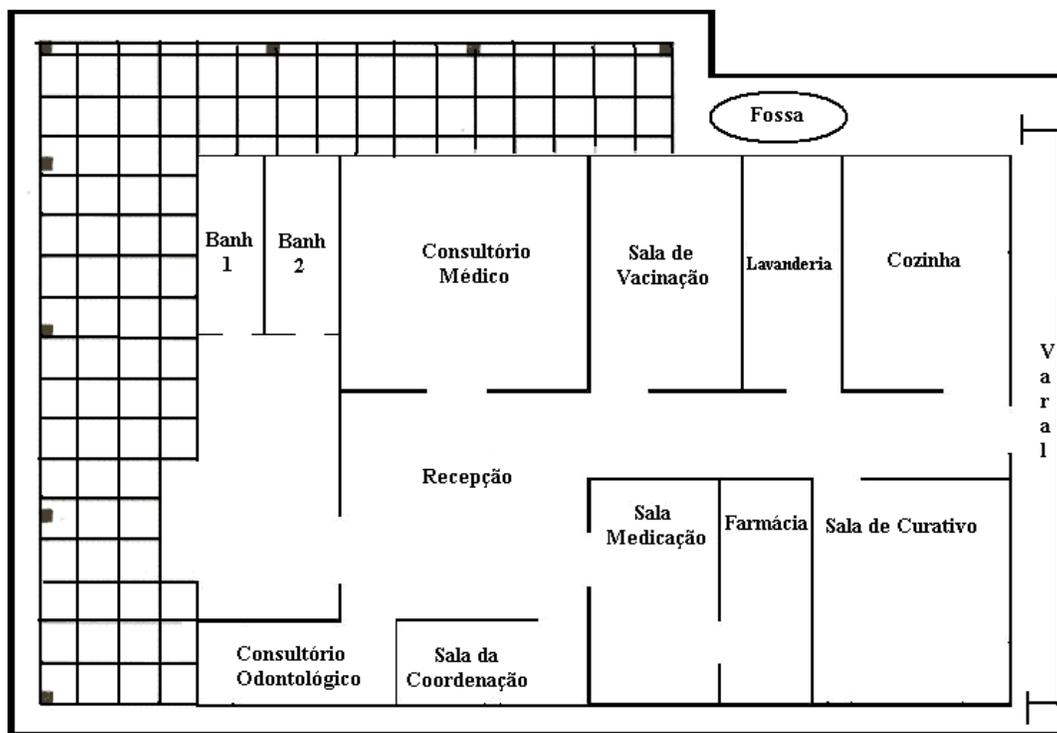


Figura 7 - Planta da UBS da Terra Indígena Faxinal, Paraná, Brasil.

Fonte: Coleta de dados (2012).

O horário em que os indígenas mais transitavam na UBS era o período da tarde, visto que as consultas programáticas do médico e do dentista aconteciam neste período. A recepção era o ambiente de maior circulação, tanto pela população Kaingang quanto para os profissionais de saúde, uma vez que este espaço fazia interconexão entre as demais repartições da UBS. Outro setor que constantemente permanecia ocupado era a sala da coordenação, sendo utilizada ora pelos profissionais, ora pelos próprios indígenas; principalmente o cacique a ocupava para realizar reuniões com a comunidade e/ou indivíduo que necessitasse dialogar em particular.

4.5 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Fez parte deste estudo dez profissionais que trabalhavam na UBS da TIF, dividindo-se em: um enfermeiro, um médico (Clínico Geral), um dentista, um auxiliar de enfermagem, um técnico de enfermagem, quatro AIS e um motorista da saúde. Os critérios de elegibilidade para

participar da pesquisa foram: aceitar participar do estudo e atuar na equipe de saúde da Terra Indígena Faxinal pelo menos há três meses.

No período inicial da coleta de dados trabalhavam na UBS nove profissionais de saúde, sendo que destes um se recusou a participar da pesquisa. Somado a isto, por conta da extensão do período de coleta de dados, presenciou-se a demissão de três profissionais de saúde da UBS (Figura 8), o que então em um determinado período da coleta de dados somavam-se cinco profissionais participantes do estudo.

Por sua vez, destes três profissionais demitidos foi possível a inserção de dois deles no estudo, visto que ambos estavam dentro do critério de inclusão, bem como as condutas referentes aos objetivos propostos foram evidenciadas, pois os mesmos residiam na própria TIF, o que contribuiu para a manutenção do contato durante todo o processo de coleta de dados (Figura 8).

Assim, com os cinco profissionais de saúde e os outros dois demitidos que foram inseridos na pesquisa somavam-se sete indivíduos participantes do estudo. Todavia, a contratação de mais três profissionais durante o período da coleta de dados concretizou o elenco do estudo com dez profissionais de saúde (Figura 8).

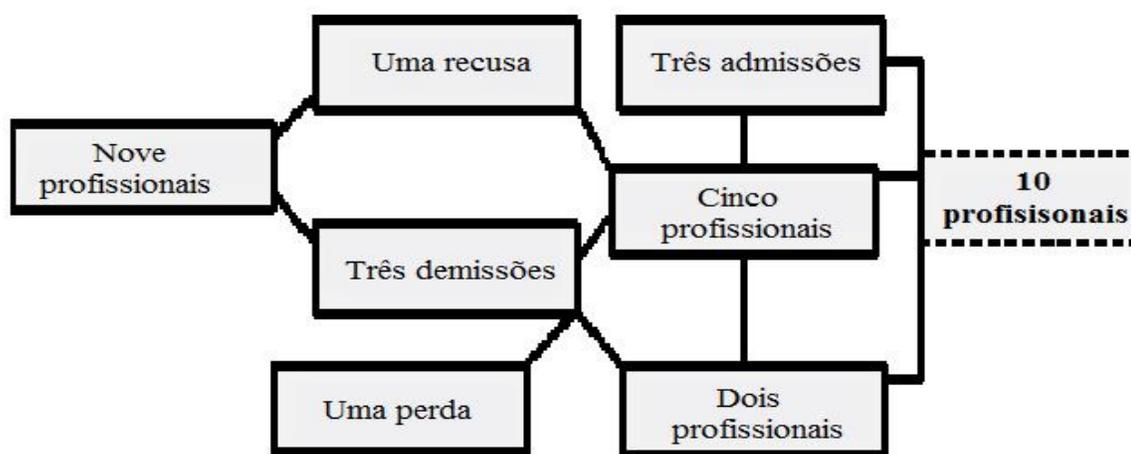


Figura 8 – Seleção dos sujeitos do estudo.
Fonte: Coleta de dados (2012).

Elencaram-se também quatro informantes-chave para o complemento da pesquisa, bem como para as confirmações presenciadas e vivenciadas no decorrer do estudo. Os informantes-chaves tiveram como critério de seleção: serem conhecedores da cultura Kaingang e terem vivência nesta comunidade por um período prolongado de tempo.

Os quatro informantes-chave eram três homens e uma mulher, com idades entre 33 e 68 anos. A mulher, funcionária da TIF, trabalha cerca de 20 anos no escritório da FUNAI. Dos três homens informantes-chave, apenas um era indígena, sendo este nascido na própria TIF e participante durante cinco anos do quadro de professores da língua nativa da comunidade Kaingang.

Quanto aos não indígenas, um também trabalhou na TIF há cerca de 31 anos. Embora não nascido na aldeia, residiu por diversos anos ali, o que fez dele um membro de referência para a comunidade Kaingang. O outro homem continha um arcabouço enriquecedor de informações sobre a vida da TIF, por ter convivido com esta população por 22 anos.

4.6 A COLETA DE DADOS

4.6.1 ESTRATÉGIAS PARA A COLETA DE DADOS

Foram utilizados para a coleta de dados três instrumentos. O primeiro com dados referentes à caracterização da UBS (APÊNDICE A). Os aspectos relacionados neste instrumento foram tanto questões voltadas para infraestrutura da UBS, disponibilidade de recursos materiais e humanos para a realização da assistência ao idoso Kaingang, como os aspectos do serviço de referência e contrarreferência.

O segundo instrumento consistiu em um roteiro de observações, cujo foco esteve nas ações de cuidados dos profissionais de saúde com os idosos Kaingang. Observou-se a interação entre os profissionais de saúde e o idoso no processo de assistência em saúde, além da própria interação interna entre os profissionais de saúde para a realização dos cuidados aos idosos (APÊNDICE B). O processo organizacional da assistência também foi critério de observação, com foco nas etapas que integram o processo de cuidado profissional, incluindo os percalços percorridos pelos profissionais de saúde para tal assistência.

Importante mencionar que a observação participante foi extremamente relevante para a contemplação dos fatos com este instrumento, pois só foram possíveis compreensões a respeito dos objetivos propostos a partir da troca de informações entre pesquisados e pesquisadores. Por exemplo, o reconhecimento do processo de atendimento e da assistência em saúde realizada, como medicação, vacinação, curativo, avaliação nutricional, pré-natal, consulta médica, odontológica e de enfermagem só foram apreendidas a partir do diálogo e da disponibilidade dos pesquisadores em participar de tais assistências, auxiliando de maneira indireta os profissionais de saúde na realização dos cuidados. A observação participante para Malinowski (1986) é a única forma de conhecer intensivamente uma sociedade no seu contexto microssociológico, a partir da relação com o todo social, visto que, para entender o homem na sua totalidade, seja social, biológica e psicológica, é necessário um trabalho de campo participativo que vise ver, viver, agir e se relacionar com os pesquisados, sem, é claro, perder o foco da investigação científica.

O terceiro e último instrumento refere-se ao roteiro das entrevistas, com dados sobre a identificação dos profissionais e as questões norteadoras para confirmação dos achados observados, como por exemplo, a percepção dos profissionais de saúde no cuidado realizado ao idoso, enfatizando quais são estes cuidados, como é realizado e as possíveis barreiras e possibilidades para a efetivação do cuidado. As experiências profissionais e o reflexo da satisfação profissional referente ao trabalho na TIF foram instigados e levados em consideração como forma de complementação dos dados para o objeto da pesquisa (APÊNDICE C).

Após consentimento dos participantes, com a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecimento em duas vias (APÊNDICE D), as entrevistas foram gravadas em equipamento digital do tipo MP4, com a finalidade de proporcionar um registro fidedigno das respostas aos questionamentos feitos; realizaram-se também os registros das palavras e dos silêncios, risos, repetições, lapsos, sons e outros. Durante a redação final da dissertação foram feitas pequenas correções gramaticais provenientes das falas dos entrevistados, no entanto, sem prejuízo ao sentido da informação.

Registros fotográficos dos fatos e o diário etnográfico também constituíram fonte de informações. No diário foram anotadas as reflexões e percepções dos fatos ocorridos no decorrer da coleta de dados. Malinowski (1986) pontua que a utilização de diários etnográficos

pelo pesquisador permite o registro adequado das observações realizadas, contribuindo para a fidedignidade dos dados.

Através da leitura dos registros realizados no diário, surgiram dúvidas em relação à interpretação das reflexões que foram esclarecidas em retornos à TIF. De maneira igual agiu-se nas situações em que se identificou alguma lacuna na descrição do fenômeno estudado. Estas dúvidas foram sendo sanadas a partir das observações realizadas pelos pesquisadores, bem como pela interação com os informantes-chaves do estudo, tendo por base os critérios já descritos anteriormente de conhecimento da cultura e de disponibilidade para fornecer informações mais detalhadas, colaborando para o andamento da pesquisa e um melhor entendimento de alguns resultados.

A finalização da coleta de dados foi completada quando os objetivos propostos foram alcançados e os dados puderam ser descritos e analisados sem dúvidas pelo pesquisador.

4.6.2 ATUAÇÃO DOS PESQUISADORES EM CAMPO

Os dados foram coletados no período de novembro de 2010 a fevereiro de 2012, por meio de oito momentos de trabalho de campo da TIF, com permanência de aproximadamente sete dias cada período. A permanência em campo foi transitável pela parceria já existente entre as lideranças da TIF e a Universidade Estadual de Maringá, instituição a qual o projeto está vinculado.

Para a permanência da equipe em campo foi disponibilizada uma casa na TIF em que não havia moradores. Nessa residência os pesquisadores pernoitavam, realizavam suas refeições e também recebiam visitas dos indígenas. Na penúltima viagem à TIF, os pesquisadores passaram a permanecer no recém centro cultural inaugurado, no entanto, as instalações dos alojamentos ainda não estavam finalizadas e por esta razão os pesquisadores pernoitavam na cozinha cujo único ambiente estava propício a se utilizar.

Apesar de a UBS ter horário de funcionamento e encerrar o expediente às 17 horas, a permanência dos pesquisadores em campo em tempo integral favoreceu a aproximação com os indígenas, propiciando diálogos que colaboraram no conhecimento de detalhes relevantes à pesquisa.

O **primeiro contato** com a comunidade e profissionais da TIF ocorreu em **junho de 2010**. A principal finalidade foi apresentar o projeto de pesquisa às lideranças da comunidade, explicando os objetivos propostos, forma de pesquisa e apresentação da equipe de pesquisadores que realizariam o trabalho de campo, cuja equipe era composta por enfermeiros, uma docente e orientadora do projeto de pesquisa, duas mestrandas e uma enfermeira bolsista de apoio técnico da pesquisa.

Neste momento, destacou-se o posicionamento da liderança sobre a comunidade e a necessidade de respeitá-la. As viagens deveriam ser comunicadas com antecedência ao cacique, que autorizava a data ou sugeria outra, de acordo com a programação das atividades da aldeia, além da comunicação também ao chefe da FUNAI responsável por aquela Terra Indígena (TI). O aviso se estendia aos profissionais de saúde, visto que, ao informá-los sobre a ida dos pesquisadores a TI, era possível obter informações referentes às datas que pudessem encontrar toda a equipe de saúde no local do estudo.

De acordo com Malinowski (1986), a etnografia se inicia a partir de um conhecimento pregresso sobre a dinâmica do local em que a população a ser estudada está inserida, uma vez que as questões levantadas necessitam de um arcabouço de informações vivenciadas pelos pesquisadores. Deste modo, a construção de uma proposta calcada neste referencial metodológico exigiu que em novembro de 2010, no segundo momento de trabalho, houvesse um enfoque na organização social do grupo Kaingang, com o intuito de compreender a dinâmica social dos indígenas e, posteriormente, identificar nas ações de cuidado realizadas pelos profissionais de saúde o significado da cultura tradicional em tais práticas.

Neste período destacou-se a aproximação com as regras sociais que devem ser cumpridas, sendo que a transgressão das mesmas poderia comprometer seriamente o vínculo com os Kaingang. Ao descobrir esta imposição social, os períodos de permanência dos pesquisadores em campo eram permeados por tensão e insegurança decorrentes do fato de não saberem ao certo, a reação dos Kaingang sobre cada situação vivenciada. Entretanto, ao longo do tempo esta tensão foi sendo minimizada em decorrência do conhecimento adquirido em relação às diferentes circunstâncias e também da cautela adotada pelos pesquisadores apresentaram durante a atuação em campo.

De posse de diversas anotações e registros iconográficos da comunidade Kaingang, os pesquisadores retornaram ao seu município de origem para leitura e início das reflexões dos

dados referentes à cultura Kaingang. Esta interrupção da coleta de dados se mostrou relevante e essencial para que as interrogações apreendidas pudessem ser buscadas na literatura, de forma a elaborar argumentos fidedignos para a interpretação das ações dos profissionais de saúde, visto que os costumes daquela comunidade eram muito distintos daqueles não índios.

Com as inferências relacionadas ao primeiro encontro com a comunidade Kaingang, os pesquisadores resolveram que, ante a observação das práticas de cuidado dos profissionais de saúde ao idoso Kaingang, havia a necessidade de aproximação especificamente com os idosos. Assim, em janeiro de 2011, no terceiro período de trabalho em campo, o *lócus* se fez na dinâmica do cuidado tradicional aos idosos (Figura 9). 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.



Figura 9 - Momento em que os pesquisadores e AIS visitam à casa de uma idosa indígena. Fonte: Coleta de dados (2012)

As interações iniciais com os idosos foram permeadas de insegurança e atitudes de desconfiança. Deste modo os pesquisadores utilizaram como estratégia de aproximação a aferição da pressão arterial e glicemia capilar, o que também favoreceu a aproximação com os profissionais de saúde, pois os resultados de tais aferições colaboraram 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 um intérprete bilíngue no intuito de facilitar o diálogo com os idosos. O intérprete era um AIS membro da equipe há diversos anos, o que colaborou para que os pesquisadores pudessem também observar a atuação deste profissional junto aos idosos, já que o mesmo era um dos profissionais em estudo.

Notou-se que o AIS constituía um elemento essencial nos aspectos relacionados com saúde naquela comunidade e que os idosos respeitavam e confiavam nas informações oferecidas por este profissional. Ao apresentar a equipe de pesquisa para o idosos, o AIS proporcionou um momento de aproximação permeado de sorrisos e descontração. As aferições eram realizadas no ambiente domiciliar, e os valores encontrados eram repassados a EMSI e registrado nos prontuários como forma de colaborar com os profissionais de saúde local. A visita domiciliar, além de proporcionar a observação da relação intrafamiliar, contribuiu para que os pesquisadores analisassem as condições de moradia dos idosos.

A observação desenvolvida no trabalho de campo na TIF permitiu a formulação de reflexões essenciais para os pesquisadores adentrarem no cenário do estudo, a UBS. Portanto, **em fevereiro de 2011, no quarto momento em campo**, os pesquisadores iniciaram uma observação primária com escuta ativa voltada aos profissionais de saúde, no intuito de analisar as condutas de cuidado profissional realizadas para os idosos Kaingang (LEININGER, 1985; LEININGER, 1991).

Nesta fase, os pesquisadores adentraram no mundo dos profissionais, obtendo informações importantes das atividades desenvolvidas na UBS, aproveitando esta etapa para se aproximar dos profissionais, colocando-se disponíveis para ouvi-los, procurando conhecer melhor sua percepção sobre a realidade da comunidade Kaingang. O fato de os pesquisadores já serem conhecidos possibilitou que os mesmos fossem aceitos com naturalidade e acolhidos pelos trabalhadores. Essa fase permitiu a organização e o planejamento das estratégias futuras da coleta de dados (ROSA; LUCENA; CROSSETTI, 2003).

Nesta ocasião, foi evidente o enfoque na assistência à saúde da criança com pouca persuasão na assistência ao idoso. Entre as crianças havia diversos casos de escabiose e pediculose exigindo a realização de constantes banhos na UBS. 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. Neste momento, procurou realizar uma observação geral do cenário, da rotina dos profissionais e do relacionamento estabelecido entre os idosos e os profissionais de saúde.

No quinto momento de coleta dos dados em março de 2011, os pesquisadores iniciaram uma observação primária com participação limitada, como é proposto em estudos etnográficos (LEININGER, 1985; LEININGER, 2002; MALINOWSKI, 1986). É necessário interação com os pesquisados, observar, fazer ações e reações e uma aproximação maior com observação mais detalhada (ROSA; LUCENA; CROSSETTI, 2003).

Os momentos de descontração e os intervalos nas atividades de trabalho da UBS foram ocasiões importantes de coleta de dados, visto que os pesquisadores puderam observar a dinâmica do cuidado do serviço de saúde, as percepções sobre o cuidado aos Kaingang, bem como os conflitos internos da UBS. Ressalta-se que estes momentos foram essenciais para a aproximação com os profissionais de saúde, surgindo oportunidades de justaposição entre pesquisadores e pesquisados, como, por exemplo, convite para torneios de futebol, jantares, participação em encontros religiosos, assim como auxílio na assistência prestada aos indígenas.

Foi possível a participação em cerimônias religiosas, em torneios de futebol em que alguns profissionais de saúde estavam presentes como participantes e torcedores, e ainda, o acompanhamento de pacientes junto dos serviços de referência do SUS, 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.

Em junho de 2011, no sexto momento da coleta de dados, ocorreu a terceira fase de observação, onde o pesquisador torna-se um 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 o pesquisador se mantenha atento à condição de observador (LEININGER, 1991; LEININGER, 2002; MALINOWSKI, 1990).

Na UBS existiram momentos de discussões e debates, com a participação das pesquisadoras juntamente à equipe, principalmente com o enfermeiro em casos que surgiam, como, por exemplo, o acontecimento com um idoso que adquiriu inúmeras *Tungíases* (bicho-de-pé). O médico preferiu não encaminhar o caso, no entanto, afirmou que era necessário procedimento com anestesia local e desbridamento de tecido necrótico. Mesmo com tais evidências, a conduta foi realizar o tratamento na UBS. Assim, o enfermeiro se responsabilizou pela realização dos curativos diários no idoso na UBS. Os pesquisadores contribuíram para a discussão do caso e no auxílio à assistência prestada a este idoso, proporcionando o fortalecimento do vínculo com os profissionais e a observação do significado do cuidado prestado.

Em dezembro de 2011, no sétimo momento em campo, ao considerar que a relação de confiança estava estabelecida, optou-se por realizar as entrevistas. No entanto, neste período do trabalho de campo aconteceram alguns conflitos políticos na TI que limitaram tal conduta. Cabe salientar 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).

Em decorrência da substituição da empresa responsável pela contratação dos profissionais, os contratos de trabalho estavam todos anulados. Assim, os profissionais de saúde permaneciam trabalhando sob banco de horas. Todavia, nem todos os profissionais aderiram ao trabalho sob banco de horas, o que gerou incongruências na assistência em saúde aos idosos Kaingang com limitações de algumas ações, como, por exemplo, a ausência do atendimento médico. Tal fato gerou nos profissionais anseios perante as situações ocorridas, o que fez os pesquisadores optarem por realizar as entrevistas posteriormente, no intuito de não causar viés decorrente das divergências existentes.

Neste período, os pesquisadores 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).

Por meio da observação reflexiva, os pesquisadores puderam avaliar melhor 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 dialogar melhor com os informantes-chave escolhidos.

Em **fevereiro 2012, no oitavo e último momento de coleta de dados**, ao confirmar que todos os profissionais pesquisados haviam retornado para o trabalho na UBS da TIF é que foram realizadas as entrevistas.

Nelas foram abordadas questões pessoais e aprofundado aspectos observados, possibilitando assim correções, esclarecimentos e também confirmação de impressões e inferências realizadas a partir da observação participante. As entrevistas ainda proporcionaram uma maior interação entre o entrevistador e o respondente, visto que os pesquisadores tiveram o foco sobre as respostas, aproximando-os dos entrevistados neste momento.

Entrevistaram-se todos os profissionais em ambiente reservado, em específico no consultório médico; apenas três AIS foram entrevistados em domicílio. As entrevistas tiveram uma duração em média de meia hora. Os pesquisadores elaboraram uma escala para a realização das entrevistas de acordo com a disponibilidade da equipe. Esta organização favoreceu para que os pesquisadores pudessem refletir sobre os dados encontrados nas entrevistas ainda inseridos no campo de estudo, permitindo confrontar as informações registradas no discurso dos sujeitos com as observações realizadas pelos pesquisadores.

Todas as etapas desenvolvidas em campo de pesquisa estão exibidas na figura 10.



Figura 10 - Etapas desenvolvidas em campo de pesquisa para a coleta de dados.
Fonte: A autora (2012).

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados por meio da etnoenfermagem, proposto por Madeleine Leininger. Este método é constituído por quatro fases, devendo ocorrer em concomitância com a coleta de dados, o que possibilita ao pesquisador esclarecer os aspectos duvidosos com os participantes e fazer a confirmação da validação das formulações teóricas ainda no campo do estudo. Apesar de a análise ser constituída de uma sequência de fases, estas não são estanques: inter-relacionam-se num movimento de ida e vinda de modo imbricado, como forma de prosseguir para as últimas fases e de voltar para a anterior quando o pesquisador necessitar (LEININGER, 1985).

O processo de análise inclui 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, 2002). Assim, procurou-se estar atento a semelhanças e diferenças, incluindo aspectos de estruturas sociais, como: valores políticos, familiares, sociais, econômicos, religiosos que envolveram as práticas de cuidados dos profissionais de saúde com os idosos Kaingang. Estes dados foram analisados nas quatro fases descritas a seguir.

- Na **primeira fase** houve a **coleta, registro e organização das informações**. Os dados das observações realizadas e registradas no diário de campo e aqueles obtidos por depoimentos dos informantes-chave subsidiaram a realização da descrição do local, do cenário e dos sujeitos do estudo. É importante clarificar que, nesta fase, a pesquisadora registrou a dinâmica do cuidado profissional com o idoso Kaingang, o que, somado aos aspectos culturais do ambiente e população da TIF, colaborou para o início da formulação de hipóteses sobre quais e como os cuidados eram realizados pelos profissionais com os idosos e as respectivas barreiras para esta realização.

- Quanto à **segunda fase** foi realizada a **identificação das categorias e seus componentes**. O objetivo nesta etapa foi encontrar as unidades de significado entre as informações mencionadas na primeira fase. As informações encontradas foram agrupadas em subcategorias, em função das semelhanças e das diferenças entre os comportamentos dos profissionais de saúde, correspondentes à questão de pesquisa.

- Na **terceira fase**, houve a **análise do contexto e dos padrões dos achados**. As entrevistas gravadas foram ouvidas exaustivamente e transcritas na íntegra. Várias leituras foram necessárias para obtermos uma visão geral do seu conteúdo e confrontar com os dados observados. Houve a identificação dos padrões recorrentes, pois os dados das entrevistas foram examinados para descobrir o adensamento de ideias, determinação dos padrões de significado, expressões, formas estruturais, interpretações ou explicações de dados referentes ao objeto de estudo. Após a confirmação das similaridades entre tais achados na entrevista e/ou na observação, a validação das informações foi efetivada. As informações também foram validadas junto aos informantes-chave, que, ao confirmarem a hipótese do pesquisador, revelaram novos dados, que foram novamente analisados, até que foi possível descrever o fenômeno em sua totalidade.

- E a **quarta fase** versou sobre a **abstração das categorias, dos resultados encontrados e as formulações teóricas**. Nesta fase houve a identificação dos temas e dos achados relevantes da pesquisa. Esta é a mais complexa fase de análise de dados, da qual se abstraem os resultados da pesquisa. Ela exige a síntese de pensamento, a análise da configuração, interpretações de resultados e a formulação criativa dos dados de fases anteriores (LEININGER, 1985).

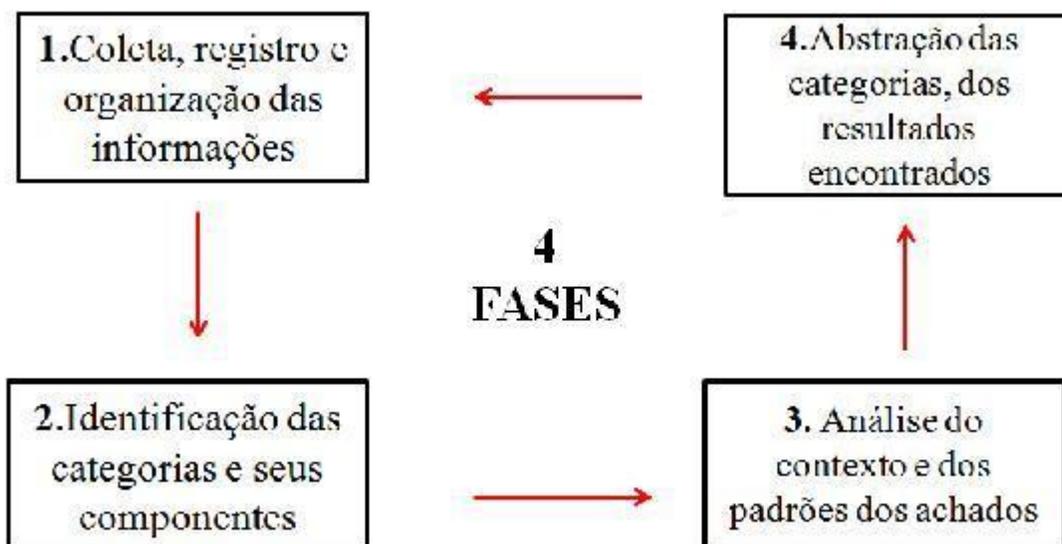


Figura 11 Fluxograma de etapas para análise dos dados.

Fonte: A autora (2012).

Vale ressaltar que as anotações no diário de campo, com as observações realizadas, juntamente com as entrevistas transcritas estiveram presentes em todos dos momentos da análise, reforçando a importância da descrição densa no trabalho etnográfico.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Este projeto faz parte de um projeto de pesquisa maior intitulado: *Os Saberes e Práticas de saúde de Famílias de idosos Kaingang na Terra Indígena Faxinal - PR* realizado por um grupo de pesquisadores da Universidade Estadual de Maringá, autorizado pelo Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) sob o Parecer nº 760/2010 (ANEXO A). No desenvolvimento do estudo, foram levados em consideração 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, 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 o pesquisador e outra para o pesquisado (APÊNDICE D).

Para preservar a identidade dos sujeitos e garantir o anonimato, os profissionais participantes desta pesquisa foram codificados através de números arábicos precedidos da letra

P (P1 a P10). O mesmo sistema de codificação foi utilizado para os informantes-chave, substituindo, neste caso, a letra P pela sigla ICH. Assim, foram codificados como ICH1, ICH2, ICH3, ICH4.

5 RESULTADOS

Visando uma melhor organização, e posterior publicação dos dados, os resultados estão apresentados em formato de artigos científicos.

5.1 ARTIGO 1

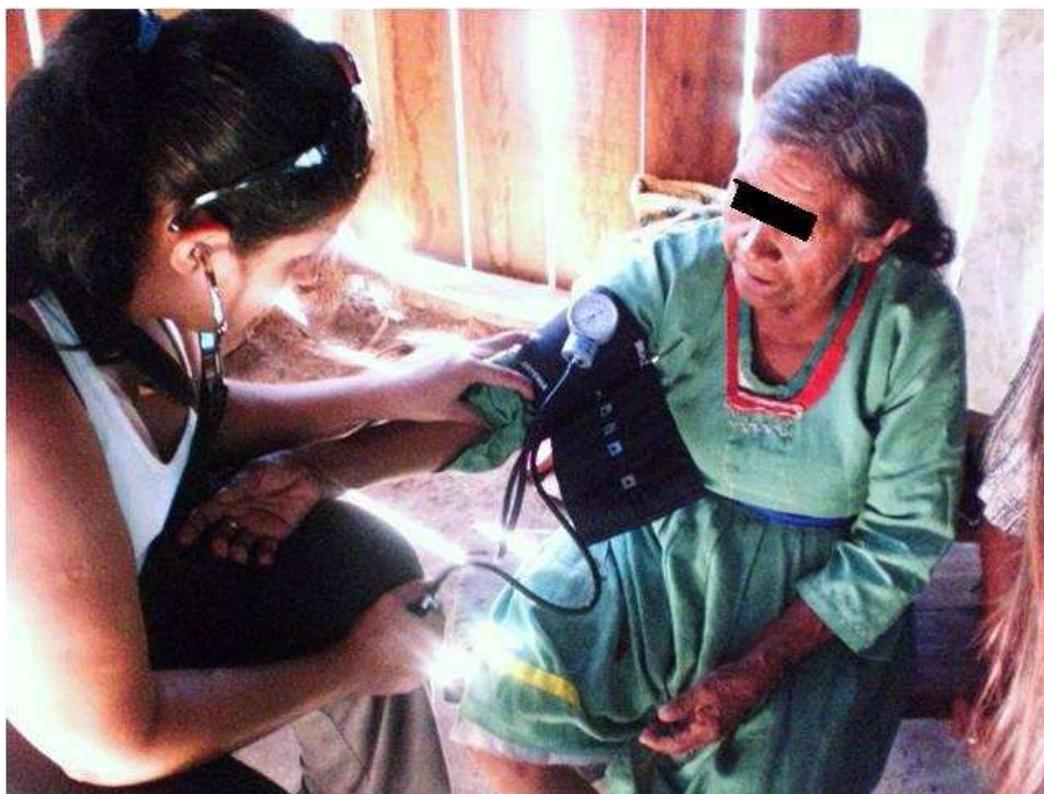
**PRÁTICAS DE CUIDADO AO IDOSO INDÍGENA - ATUAÇÃO DOS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE****THE ELDERLY CARE PRACTICES OF INDIGENOUS-PERFORMANCE OF
HEALTH****LAS PRÁCTICAS DE CUIDADO DE ANCIANOS INDÍGENAS DE RENDIMIENTO
DE LA SALUD**

Figura 12 – Aferição da pressão arterial em idosa indígena.

Fonte: Coleta de dados (2012).

RESUMO: Este estudo objetivou compreender as práticas de cuidado dos profissionais de saúde que assistem os idosos Kaingang. Estudo qualitativo, apoiado na etnografia, realizado com dez profissionais que atuam na atenção primária à saúde da Terra Indígena Faxinal, Paraná, Brasil. Os dados foram coletados no período de novembro de 2010 a fevereiro de 2012 por meio da observação participante e entrevistas, e, analisados à luz da Teoria Transcultural do Cuidado. Entre os principais achados, identificaram-se como práticas de cuidado a medicação e imunização, bem como, cuidados da medicina tradicional com a utilização de fitoterápicos, além da realização do banho, preocupação com a alimentação e manifestações de afeto. Para realização destes cuidados, os profissionais dispunham de estratégias que

proporcionavam melhoria do acesso ao serviço de saúde e à manutenção dos idosos na assistência. Conclui-se que valores culturais e científicos necessitam integrar a assistência para melhoria da saúde dos idosos indígenas.

Descritores: Idoso. Saúde de Populações Indígenas. Assistência à Saúde. Enfermagem transcultural

ABSTRACT: This research aims to understand the care practices of health professionals who assist the elderly Kaingang. It is a qualitative study, supported in ethnography, conducted by ten professionals working in primary health care in the indigenous land of Faxinal, Paraná, Brazil. The data was collected from November 2010 to February 2012 by participant observation and interviews, and analyzed based on the Transcultural Care Theory. In the key findings, was identified the preoccupation of the carers practices with the medication and immunization, as well as traditional medical care as the use of herbal medicines too, as well as holding the personal hygiene, like bath, the preoccupation with food and demonstrations of affection. To achieve these, care professionals had strategies that implemented improved access to health services and the maintenance of older people in care. We conclude that cultural values and integrate scientific need assistance to improve the health of elderly indigenous.

Descriptors: Aged; Health of Indigenous Peoples; Delivery of Health Care; Transcultural Nursing

RESUMEN: Este estudio tuvo como objetivo entender las prácticas de cuidado de los profesionales de la salud que asisten a los ancianos Kaingang. Estudio cualitativo, apoyado en la etnografía, llevado a cabo con diez profesionales que trabajan en la atención primaria de la salud de la tierra indígena de Faxinal, Paraná, Brasil. Los datos fueron recogidos a partir de noviembre 2010 a febrero 2012 a través de la observación participante y las entrevistas, y analizado con base en la Teoría del Cuidado Transcultural. Entre los principales hallazgos, se identificaron las prácticas de atención médica y inmunización, el cuidado de la medicina, así tradicional como el uso de la fitoterapia, además del aseo personal, la alimentación, y las demostraciones de afecto. Para lograrlo, los profesionales tenían estrategias que proporcionaban un mejor acceso a servicios de salud y el mantenimiento de las personas mayores en su atención. Se concluye que los valores culturales y científicos necesitan ayuda para mejorar la salud de los ancianos indígenas.

Descritores: Anciano; Salud de Poblaciones Indígenas; Prestación de Atención de Salud; Enfermería Transcultural.

INTRODUÇÃO

O crescimento da população idosa, definida como aquela a partir dos 60 anos de idade, é um fenômeno mundial e também pode ser observado na população indígena brasileira, visto

que em 2000 havia cerca de 61 mil idosos indígenas e em 2010 este número passou para 72 mil idosos indígenas (IBGE, 2010)⁽¹⁾. Tal avanço vem sendo conquistado em decorrência dos investimentos em saúde, saneamento básico, moradia, educação e demais ações voltadas para esta parcela populacional (PAGLIARO et al., 2008)⁽²⁾.

O cenário da velhice que se delineia exige que as práticas de cuidado com o idoso indígena sejam melhor qualificadas e com maior resolutividade, pois, independente de cor, raça e etnia, o envelhecimento ocasiona limitações fisiológicas, incapacidade funcional, além de maior vulnerabilidade ao aparecimento de doenças crônicas (ROSSET et al., 2012; ONDER et al., 2012)^(3,4). A assistência dos profissionais de saúde deve ser permeada por situações que contribuam para preparar o idoso indígena a enfrentar as limitações que poderão apresentar no decorrer da vida, de maneira que as práticas estejam pautadas em estratégias que o conduzam para uma velhice bem sucedida.

Para isso, torna-se necessário que os profissionais de saúde levem em consideração tanto os aspectos científicos quanto os culturais que permeiam o cuidado do idoso indígena, uma vez que o cuidado cultural permite a construção de um plano de cuidados único e congruente ao contexto cultural do idoso e as suas reais necessidades, havendo maior eficácia na abordagem ao idoso e nos cuidados realizados (MARTINS; ALVIM, 2012)⁽⁵⁾. Considera-se que o processo de viver dos indivíduos é único e percebido de maneira singular e que as raízes do comportamento perante as situações, a grande maioria, têm base em suas crenças pessoais e nos fatores históricos e culturais, sendo necessário um cuidado gerontológico atrelado à diversidade e universalidade do cuidado cultural (HAMMERSCHMIDT; ZAGONEL; LENARDT, 2007)⁽⁶⁾.

Tendo em vista tais argumentos, pesquisas que fomentem as ações de cuidado aos idosos indígenas são de extrema relevância para a melhoria das condições de saúde desta parcela populacional. No entanto, tanto na literatura nacional quanto internacional poucos são os estudos referentes ao cuidado profissional com a população indígena, principalmente quando estes se referem à população indígena idosa, não tendo sido identificado até o momento referências que enfoquem o cuidado aos indígenas com 60 anos ou mais.

Diante da lacuna de conhecimento sobre o cuidado profissional realizado com o idoso indígena e acreditando que, ao compreender como os profissionais de saúde cuidam desta população, pode-se contribuir com os indivíduos que trabalham ou venham a trabalhar nesse

cenário, oferecendo-lhes subsídios para ampliar as possibilidades de cuidar nesse espaço de novos saberes e fazeres e, assim, melhorar as condições de saúde desses idosos, é que se justifica esta pesquisa, cujo objetivo foi de compreender as práticas de cuidado dos profissionais de saúde que assistem os idosos Kaingang.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa apoiada no referencial metodológico da etnografia. A etnografia consiste na descrição detalhada dos padrões de comportamento regido por regras culturais específicas de uma determinada sociedade ou grupo (DRIESSNACK; SOUSA; MENDES, 2007)⁽⁷⁾.

O estudo foi realizado na Terra Indígena Faxinal (TIF), localizada na região centro-sul do Estado do Paraná, Brasil, a qual possui cerca de 600 indígenas residentes, todos da etnia Kaingang. A Unidade Básica de Saúde Faxinal (UBS) foi um espaço importante no cenário da pesquisa. Fundada em 2003, encontra-se no centro da TIF e divide-se em doze ambientes: recepção, consultório odontológico, consultório médico, sala de vacinação, sala para administração de medicamentos e nebulização, farmácia para dispensação e estoque de medicamentos, cozinha, escritório administrativo, sala para curativos, lavanderia e dois banheiros. O funcionamento da UBS é diurno, de segunda a sexta-feira, das oito às 17 horas.

Os sujeitos foram dez profissionais de saúde que trabalham nesta UBS, o que configura uma equipe multidisciplinar da atenção primária à saúde indígena (EMSI), especificamente: um enfermeiro, um médico, um dentista, um auxiliar de enfermagem, um técnico de enfermagem, um motorista da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) e quatro agentes indígenas de saúde (AIS). Elencaram-se também quatro informantes-chave: três homens e uma mulher, com idades entre 33 e 68 anos. A mulher, funcionária da TIF, trabalhava cerca de 20 anos no escritório da Fundação Nacional do Índio - FUNAI. Dos três homens informantes-chave, apenas um era indígena, nascido na própria TIF e participante do elenco de professores da língua nativa da comunidade Kaingang por mais de cinco anos. Quanto aos não indígenas, um também trabalhou na TIF há cerca de 31 anos e residiu por diversos anos ali, o que fez dele um indivíduo de referência para comunidade Kaingang; o outro homem tinha 22 anos de convivência com os índios Kaingang dessa TI, contribuindo assim com informações

relevantes. A seleção destes indivíduos foi primordial para o delineamento da pesquisa, visto que tais experiências contribuíram para auxiliar nas estratégias de abordagem da coleta de dados e aproximação com a equipe de saúde, além da compreensão dos achados, aprofundando os conhecimentos da cultura e a visão de mundo do cenário estudado.

Os dados foram coletados no período de novembro de 2010 a fevereiro de 2012, por meio de oito momentos de trabalho de campo na TIF com permanência de aproximadamente sete dias cada período. Utilizou-se como técnicas de coleta de dados a observação participante e entrevistas, além do diário de campo como fonte de registro dos dados.

A observação participante se fez presente em atividades dos profissionais de saúde, como os atendimentos médico, odontológico e de enfermagem, as rotinas de acolhimento, organização do serviço, além do acompanhamento do deslocamento dos idosos indígenas da UBS aos hospitais de referência, assim como o trajeto inverso. Os pesquisadores também participaram e observaram eventos como torneio de futebol, celebração de missas e cerimônia funeral indígena, que tiveram o envolvimento dos profissionais pesquisados.

Quanto às entrevistas, sete foram realizadas dentro da UBS, em sala reservada, e as demais por meio de visita domiciliar em que a condução destas foi determinada pelo contexto de cada indivíduo e pela oportunidade de aproximação e diálogo surgido no proceder da coleta de dados. As questões norteadoras no decorrer deste estudo foram: Quais são as práticas de cuidado que os profissionais de saúde realizam para os idosos Kaingang? Como estas práticas de cuidado são realizadas pelos profissionais de saúde aos idosos Kaingang? As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas na íntegra.

Para análise dos dados utilizou-se a proposta de Leininger na Teoria da Diversidade e Universalidade do cuidado cultural, que versa sobre a leitura de tais informações captadas de forma a identificar as divergências e convergências de comportamentos e afirmações que são categorizados conforme a identificação de padrões recorrentes, sendo também considerado na análise o significado estrutural dos achados, assim como o contexto das situações (LEININGER; MCFARLAND, 2006)⁽⁸⁾.

O estudo foi aprovado pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa sob o parecer nº 760/2010. Foram levados em consideração todos os preceitos éticos exigidos pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, de modo que, após explicação dos objetivos e da forma de participação, os profissionais que aceitaram participar

assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido em duas vias. Para a diferenciação dos sujeitos da pesquisa, assim como para a preservação de sua identidade, foram utilizados códigos, em que os profissionais de saúde foram referenciados com a letra 'P' e os informantes-chave com as letras 'ICH', seguidas de numeral arábico (P1 a P10) e (ICH1 a ICH4).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A idade dos profissionais variou de 22 a 67 anos com média de 37,6 anos. Metade era do sexo masculino, oito casados e cinco tinham filhos. Em relação à escolaridade, três tinham ensino superior completo, sendo estes, médico, enfermeiro e odontólogo; dois possuíam curso profissionalizante de auxiliar e técnico em enfermagem; dois com ensino médio completo; um com ensino médio incompleto e dois com ensino fundamental completo. O tempo de formação acadêmica variou de um a 40 anos.

O vínculo empregatício dos profissionais da equipe multiprofissional de saúde indígena (EMSI) teve média de 6,8 anos, com mínimo de cinco meses e máximo de 28 anos de trabalho na TIF. Quanto à carga horária, nove cumprem 40 horas semanais de trabalho e apenas o médico atende no período da tarde com 20 horas semanais. Referentes à experiência profissional, sete atuam exclusivamente na TIF, sendo para três profissionais o primeiro emprego, os demais possuíam experiência, entretanto, apenas experiência em área hospitalar com população não indígena, tendo somente dois profissionais que já trabalharam com outras populações indígenas.

A forma de contratação destes profissionais acontece por meio de uma empresa privada que realiza a contratação dos recursos humanos da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), através de processo seletivo envolvendo análise de currículo. Após a aprovação deste processo, o profissional ainda deve ser aprovado pelo conselho local de saúde da terra indígena, composto pelas lideranças indígenas e uma parcela da equipe de saúde local. Isso demonstra a organização política dos índios, que adquiriram o poder compartilhado de decisão em saúde (FIRMO et al., 2011)⁽⁹⁾. Este trâmite é realizado com todos os profissionais, exceto com os agentes indígenas de saúde, no qual é a liderança da TIF, em específico o cacique, que determina qual indivíduo ocupará o cargo.

Mesmo sendo uma das vertentes da Política Nacional da População Indígena a capacitação dos recursos humanos com vistas para a atuação em contextos interculturais, através de cursos de atualização, aperfeiçoamento, especialização (BRASIL, 2002)⁽¹⁰⁾, apenas dois profissionais de saúde tiveram algum preparo específico quando foram admitidos, além de todos os membros da equipe mencionarem a ausência da educação continuada por mais de um ano. As capacitações ocorridas reportavam apenas as questões técnicas, como atualização de vacinas, curativos, entre outros, não havendo nenhuma abordagem até o momento referente ao cuidado transcultural.

Quanto aos idosos, residia na TIF 28 indivíduos com 60 anos ou mais. Tinham média de idade de 72,9 anos com idade máxima de 101, e faixa etária predominante de 60 a 69 anos. Todos eram analfabetos e falavam seu idioma tradicional, o Kaingang, no entanto, cerca de dezessete idosos eram bilíngues, sendo também capazes de se comunicarem em português. Em sua maioria, os idosos viviam com companheiros e mantinham suas atividades laborais na confecção de artesanatos, apesar de receberem aposentadoria, fato este que contribui na preservação da autonomia e independência dos idosos indígenas (MOLITERNO et al., 2011)⁽¹¹⁾. Dentre os idosos, duas pessoas tinham comprometimento na realização de atividades de autocuidado. Destacaram-se como principais problemas de saúde desta parcela populacional as doenças respiratórias, desnutrição e problemas visuais como a catarata.

A convivência com o trabalho desta equipe profissional na assistência prestada a esses idosos permitiu a construção de duas categorias temáticas: *Entre o científico e o popular: permeando o cuidado profissional ao idoso Kaingang; Caminhos criativos: diversidade das estratégias para a realização do cuidado ao idoso indígena*, as quais serão descritas a seguir.

ENTRE O CIENTÍFICO E O POPULAR: PERMEANDO O CUIDADO PROFISSIONAL AO IDOSO KAINGANG

Dentre as atividades desenvolvidas pela EMSI estudada, observa-se que os profissionais de saúde utilizam no processo de cuidado os serviços disponíveis da UBS, tanto para os idosos, quanto para toda população Kaingang. Estes cuidados remetem a medicação, imunização, realização de curativos, exames laboratoriais e inalação. Todavia, o que se

destaca da medicina ocidental (BRASIL, 2002)⁽¹⁰⁾, assim considerada, são os medicamentos que apresentam ampla utilização nas práticas curativas.

Na rotina de atendimento da UBS, após a consulta médica, o idoso é encaminhado à sala de medicação, a receita é registrada em um livro constando: medicação prescrita, dose, via de administração, horário, duração do tratamento e responsável pela administração. Posteriormente ao preenchimento, é iniciado o tratamento medicamentoso.

A gente administra a medicação de todos os indígenas, e, principalmente, dos idosos. Neste atendimento com a medicação, os índios vêm aqui, tomam a medicação e vão embora. Isso é feito quantas vezes for preciso (P10).

Indiferente se for criança, adulto ou idoso a gente faz a medicação. O médico prescreve e logo realizamos a administração. Mas, se os índios precisarem de outras doses eles retornam à UBS para receber as outras doses da medicação, pois não levam para casa os medicamentos (P9).

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. Destaca-se pela equipe, que 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. Estudo realizado em uma aldeia em Santa Catarina com índios Guarani também identifica excesso de medicamento em domicílio, com possível automedicação errônea entre os indígenas pesquisados (DIEHL; GRASSI, 2010)⁽¹²⁾.

Os medicamentos constituem uma das tecnologias biomédicas mais difundidas, sendo demandados e utilizados globalmente. Na população indígena a questão não se difere, pois em busca de uma boa e rápida resposta terapêutica, o recurso medicamentoso vem sendo utilizado pela sua eficácia curativa, seja pelo serviço de saúde ou mesmo pelos próprios índios através da automedicação (DIEHL; GRASSI, 2010)⁽¹²⁾.

No entanto, é necessário que os profissionais de saúde incentivem e valorizem as terapêuticas tradicionais (BRASIL, 2002; BHATTACHARYYA et al., 2011)^(10,13), com vistas a realizar uma articulação do saber popular ao saber científico, obtendo a promoção do uso

racional dos medicamentos básicos. Neste sentido, encontrou-se que 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.

Esses dias tínhamos um idoso com abscesso no pescoço, o AIS ensinou a colocar folha da batata doce. Esquento na panela a folha com água, põe depois ela quente no local do processo inflamatório para ocorrer à supuração. O AIS ensinou a fazer, foi lá pegou do quintal a folha, trouxe e fez o procedimento! Isso nos ajudou, porque estávamos sem médico e entramos com medicação só para febre. Então eles (AIS) podem realizar esta prática, porque é algo de conhecimento dos índios e fazem uso desse saber em situações como esta (P1).

É feito chás, essas coisas da cultura deles, só quando os AIS sabem e querem fazer, porque a gente não faz (P7).

A Política Nacional da População Indígena estabelece o reconhecimento da diversidade social e cultural dos povos indígenas, além da consideração e estimulação dos seus sistemas tradicionais de saúde, como atos imprescindíveis na execução de ações de prevenção, promoção e educação do sistema profissional de saúde (BRASIL, 2002)⁽¹⁰⁾. A equipe de saúde deve valorizar e articular as práticas tradicionais de saúde desses povos, os quais envolvem, por exemplo, o uso de plantas medicinais e outras ações de cuidado no tratamento, pautando-se assim em uma assistência de abordagem transcultural.

O AIS aparece 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, lembrando que um dos critérios para a admissão ao cargo de agente é obrigatoriamente ser indígena e residente na aldeia que trabalha (BRASIL, 2002)⁽¹⁰⁾. De tal modo, o AIS é um membro da comunidade que atua como mediador entre os saberes tradicionais e os conhecimentos e recursos das ciências de saúde ocidental (BRASIL, 2002; DIEHL; LANGDON; DIAS-SCOPEL, 2012)^(10,14).

Embora os demais profissionais de saúde não executem cuidados que se fundamentam nos saberes populares, seja pela barreira advinda da formação acadêmica e/ou mesmo pelo desconhecimento que os limita a ter aptidão para realizar esta articulação com as práticas indígenas, visto que não receberam capacitações voltadas para a questão cultural, observou

que estes não interrompem a intervenção dos AIS, ao contrário, os estimulam para a realização das práticas tradicionais Kaingang, bem como, a utilização de tais conhecimentos pelos idosos indígenas também não é imposta e nem criticada por eles. Esta atitude realça o desempenho dos profissionais para a manutenção da cultura, sendo inclusive uma ação apontada como cuidado junto aos idosos Kaingang a não interferência de seus costumes.

Eles têm as culturas deles de desgastar os dentes, eles afinam os dentes. Isso eu não posso interferir, não posso falar que eles não devem fazer isso, faz parte da cultura, não é bom para saúde bucal, mas é parte da cultura, e a partir do momento que eu mudar isso, começar a por na cabeça deles, que não pode fazer isso, eu vou interferir em seus costumes (P4).

Os idosos fazem fogo dentro de casa, as crianças coitadinhas já estão respirando fumaça, o cheiro é impregnável. Mas, não posso fazer nada, quando eles vêm aqui eu faço a inalação, falo também que prejudica, mas não posso obrigá-los a tirar a fumaça da vida deles, pois é a cultura. Vou fazer o quê? (P2).

Preservar a cultura é essencial para a relação dos profissionais com o grupo indígena, cujo respeito em manter os valores tradicionais no processo de cuidado colabora na repercussão de pensamentos positivos relacionados ao não julgamento e pré-conceitos dos profissionais de saúde sobre tais costumes étnicos (LEININGER; MCFARLAND, 2006)⁽⁸⁾. Dessa forma, este fato pode justificar a longa permanência da maioria dos profissionais de saúde da TIF, no qual o cuidado de preservar a cultura origina benefícios entre o vínculo do sistema profissional com os Kaingang.

Os cuidados higiênicos com o corpo, especialmente o banho, foram mencionados como ações realizadas pela EMSI. Atribui-se o banho como cuidado prestado na UBS devido à limitação da capacidade funcional de alguns idosos, bem como a carência de infraestrutura das residências que não possuem banheiros e, conseqüente, ausência de duchas.

Foi dado banho nela (idosa) aqui a semana toda, não tem banheiro na casa dela, e ela queria muito tomar banho [...] Ficou até mais feliz, disse que aliviou as dores depois do banho [...] O banho que eles tomam aqui na UBS é fundamental porque além de gostarem muito,

ainda existem as limitações que impossibilitam de tomar banho sozinho (P1).

O banho consiste em uma atividade de vida diária, que propicia a higiene pessoal através da remoção de suor, oleosidade e microorganismos da pele, bem como contribuição para eliminação de odores desagradáveis, diminuição do potencial de infecções, estimulação da circulação, sensação refrescante, relaxamento e melhora da autoimagem, fundamentais para a saúde do indivíduo (LENARDT et al., 2006)⁽¹⁵⁾. Por sua vez, para os Kaingang, o banho além de proporcionar a leveza e melhora da autoimagem é uma prática que influencia no fortalecimento do corpo, já que se utiliza a maior fonte da natureza, a água. Por acreditarem nesta influência, o banho é visto como uma prática terapêutica, uma vez que ocorre o fortalecimento das duas partes que formam o ser Kaingang, o hã (corpo físico) e o Kumbã (espírito) (ROSA, 2008; MOLITERNO et al., 2011)^(11,16). Algumas ervas medicinais podem ser componentes acrescidos à água no banho, situações em que julgam ocorrer a intensificação deste fortalecimento entre o hã e o Kumbã (ROSA, 2008)⁽¹⁶⁾.

Neste contexto, observa-se o quanto os aspectos culturais estão envolvidos no ambiente de trabalho em saúde indígena, o que exige dos profissionais o conhecimento da cultura Kaingang para a prestação de uma assistência congruente, visto que a partir deste conhecimento o profissional consegue moldar suas ações e conduzir o cuidado sobre uma visão de mundo mútua, despidendo de julgamentos e impasses que advêm da limitação de informação quando não se conhece a cultura.

A alimentação também foi evidenciada como um cuidado fundamental do ser humano, com especial atenção ao idoso, já que se reporta a necessidade básica da espécie para sua manutenção. No entanto, observa-se uma interface entre a preocupação dos profissionais de saúde perante os hábitos alimentares dos idosos Kaingang e a valorização da permanência destes hábitos:

Os mais novos nem tanto, só que com os velhos, às vezes temos que comprar comida que estão habituados a ingerir e mandar para o hospital, porque eles não gostam das refeições oferecidas durante as internações hospitalares, principalmente sopa (P2).

Sempre que eles (idosos) vêm na UBS, costumo pesar, medir, porque a alimentação é complicada [...] a maioria dos idosos estão abaixo do peso. Aqui a gente faz o que pode (P6).

Os hábitos alimentares são aprendidos no início da vida, por isso, o tipo de alimento consumido é influenciado por variáveis culturais (LENARDT et al., 2006)⁽¹⁵⁾. Na cultura Kaingang, alimentos como fubá, quirera, feijão e carne, em especial o dorso do frango e a carne do porco, associados à mandioca compõem a alimentação básica desta população (MOLITERNO et al., 2011)⁽¹¹⁾, consistindo uma alimentação rica em amidos e carboidratos, além de grande quantidade de gordura devido à banha de porco utilizada para o preparo destes alimentos.

Estudo realizado na própria TIF com o objetivo de conhecer como as famílias cuidam dos idosos Kaingang encontrou que a alimentação se fez presente no processo de cuidar, cuja preservação dos hábitos alimentares da cultura tradicional era feito apenas pelos idosos, sendo que os mais novos possuíam divergências desses hábitos (MOLITERNO et al., 2011)⁽¹¹⁾. Esta preservação dos hábitos alimentares dos idosos também foi evidente no cuidado realizado pelos profissionais de saúde no presente estudo, no entanto, a inserção dos alimentos habituais do idoso no processo de cuidado profissional constituiu, não apenas no intuito de manter a cultura, mas de proporcionar a melhoria da evolução clínica e o andamento da assistência, visto que a ausência alimentar pode ocasionar prejuízos irreparáveis na saúde do indivíduo (COLLIÈRE, 1999)⁽¹⁷⁾.

A preocupação dos profissionais de saúde com o estado nutricional destes idosos é evidente, principalmente no que se refere à desnutrição. A equipe de saúde realiza monitoramento do índice de massa corpórea (IMC) dos idosos da TIF, uma vez que associado ao tipo de alimentação consumida pela população, tem-se a ingestão excessiva de bebidas alcoólicas. O uso de bebidas alcoólicas entre as famílias de idosos Kaingang acarreta piora do estado de saúde da maioria dos Kaingang mais velhos, como doenças hepáticas e desnutrição (MOLITERNO et al., 2011; ROSA, 2008)^(11,16).

Dessa forma, ter a alimentação como ações de cuidado vai ao encontro da premissa de que cuidar é manter a vida, satisfazendo às necessidades indispensáveis para tal e que se manifestam de maneiras diversas (COLLIÈRE, 1999)⁽¹⁷⁾. Portanto, alimentar e manter a

higiene são cuidados que garantem a vida dos sujeitos e seu bem-estar (MOLITERNO et al., 2011)⁽¹¹⁾.

Os resultados benéficos na saúde do idoso evidentemente se reportam às condutas que versam os cuidados, logo, as ações profissionais fazem parte da melhoria da qualidade da assistência e, conseqüente, satisfação do indivíduo. Assim, torna-se essencial pensar na produção de cuidados e práticas humanizadoras para a prestação da assistência ao idoso indígena. Da mesma forma, os profissionais de saúde apresentaram manifestações de afeto como práticas de cuidado, no intuito de promover uma assistência mais acolhedora.

Às vezes eu converso com eles e é em um aperto de mão, um sorriso, um abraço, uma história nova que me contam que eu presto atenção, tudo isso, que dá um toque a mais sabe, a gente vai pegando amor por trabalhar aqui, é um carinho verdadeiro por eles!(P1).

Eu gosto de acompanhar o pessoal velho, a gente aprende muito com eles [...] Tenho muito carinho pelos mais antigos (P5).

Promover condições que favoreçam a expressão da afetividade gera no idoso a chance de sentir-se apoiado, fortalecido, tanto para se relacionar melhor com a equipe que cuida dele quanto com a família que o ampara (LIMA et al., 2010)⁽¹⁸⁾. Como parte da assistência ao idoso, a equipe de saúde deve estar atenta a uma série de alterações físicas, psicológicas e sociais que normalmente ocorrem nessas pessoas e que justificam um cuidado diferenciado, com a inserção, sobretudo, de ações que transpassam condutas tecnicistas.

Acredita-se que através de uma relação empática, haja uma assistência humanizada e maior comprometimento com o cuidado tanto para aquele que o executa, quanto para aquele que o recebe, pois se torna possível estabelecer vínculos importantes para a integralidade da assistência (LIMA et al., 2010)⁽¹⁸⁾. Contudo, o cuidado exige uma interlocução de fatores e compromissos aqui demonstrados pela medicação e o uso de plantas medicinais como forma de manutenção da cultura Kaingang, ou ainda a significação do banho que transpassa a compreensão da ciência enquanto ato de cuidado com o corpo, e a alimentação que demonstrou suas especificidades e necessidades, associadas à presença de respeito e afeto integram um cuidado mais humanizado e resolutivo para a saúde dos idosos indígenas.

CAMINHOS CRIATIVOS: DIVERSIDADE DAS ESTRATÉGIAS PARA A REALIZAÇÃO DO CUIDADO AO IDOSO INDÍGENA

Os profissionais de saúde utilizam estratégias que colaboram para a contemplação dos cuidados realizados aos idosos Kaingang. Dentre estas estratégias, a aproximação com os idosos a partir da participação dos profissionais em atividades corriqueiras da vida da população Kaingang, sobressaiu como elemento essencial no que refere ao acesso dos idosos no serviço de saúde.

Procuro participar mais da vida deles, venho jogar bola, participo de festas, bailes. Os mais velhos gostam de tomar mate, então às vezes, venho e fico tomando chimarrão com eles a tarde toda, principalmente no final de semana. Faço parte da vida deles e eles também fazem parte da minha, por isso é importante esta relação, mesmo porque, primeiro tem que conquistar a confiança deles, começar a ter intimidade, e partir daí, começam confiar mais em nós. Hoje, percebo que quando peço para virem aqui na UBS, não tem rejeição, eles vêm porque realmente confiam mais em mim (P3).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem como um de seus princípios a inserção da equipe na comunidade, a fim de conhecer e valorizar o contexto do grupo assistido. Para isso, é importante que o profissional de saúde tenha bom relacionamento e diálogo com a comunidade, havendo respeito mútuo (FIRMO et al., 2011)⁽⁹⁾. Os vínculos estabelecidos entre profissional de saúde e clientes possibilitam o fortalecimento da confiança nos serviços de saúde, pois os indivíduos passam a ter maior aproximação com o serviço e, conseqüente, maior informação e orientação sobre as condutas profissionais, o que também favorece a satisfação com a assistência prestada (CARREIRA; RODRIGUES, 2010)⁽¹⁹⁾.

A confiança dos idosos Kaingang quanto à assistência realizada pelos profissionais de saúde, conta com uma figura essencial capaz de influenciar na detenção de tal credibilidade, o cacique, sendo ele autoridade máxima do grupo indígena, responsável pela organização da comunidade e elaboração de códigos morais dentro do território da aldeia. Cientes desta organização Kaingang e, como em qualquer outro local da aldeia, a autoridade do cacique também se faz presente na UBS, os profissionais de saúde tentam efetivar uma relação de

parceria com a liderança da TI, através do bom relacionamento e a participação deste personagem no processo de comunicação com indígenas.

A gente tenta sempre ter um bom relacionamento com o cacique, porque ele é o principal representante da população indígena e também autoridade máxima na Terra Indígena (P8).

Por existir uma parceria entre os profissionais e a autoridade da comunidade indígena, a equipe de saúde consegue apontar argumentos convincentes aos idosos indígenas sobre a importância do acompanhamento realizado pelo serviço de saúde, uma vez que, observa-se o grande valor do cacique para a população Kaingang. Esta estratégia de parceria da equipe com as lideranças da TIF acontece especialmente em casos que algum indígena se recusa, sem justificativa, a aderir alguma recomendação dos profissionais, como por exemplo, participação dos idosos nas campanhas de imunização contra influenza, realização de exames citopatológicos e mamografias. Nestes casos, ocorre a intervenção do cacique, o qual é comunicado e a partir dessa situação trabalha em prol da execução do atendimento ao índio, podendo inclusive estabelecer alguma punição àqueles que desacatarem sua orientação.

A comunicação entre o líder e a comunidade geralmente acontece por meio de um alto-falante. Fixado em uma árvore próxima a UBS, este meio de comunicação também é utilizado para transmitir anúncios como a pesagem do programa do bolsa família, campanhas de imunização, entre outras ações da equipe de saúde. Geralmente, os avisos são realizados pelo cacique na língua nativa, fato este que contribui para facilitar o entendimento dos mais velhos sobre as informações relatadas. A participação do cacique neste contexto de interlocução com a comunidade contribui para o fortalecimento do vínculo entre equipe e liderança, valorizando o papel deste membro Kaingang no processo da assistência em saúde.

Embora haja aceitação da população indígena quanto ao trabalho desenvolvido pelo serviço de saúde, seja pela aproximação do profissional ou através da confiabilidade dada pelo cacique no atendimento realizado na UBS, os profissionais de saúde também contam com outras estratégias fundamentais para o desenvolvimento do cuidado ao idoso indígena.

Os índios têm muito medo, se assustam demais, tive que começar atender sem touca, máscara, sem nada. Não coloco óculos, para não

assusta-los, tento ser mais natural possível. Mas, mesmo assim, às vezes os idosos se assustam (P3).

Nós tentamos ser o mais simples possível, não usamos jaleco justamente porque eles têm muito medo, parece uma barreira, como se o jaleco branco transmitisse imposição. Então quando evitamos o uso desses materiais, percebemos que contribui para que venham tranquilos à UBS [...] principalmente os índios de mais idade não gostam do jaleco (P7).

Repadronizar a assistência conforme a cultura da população assistida confirma um cuidado pautado na abordagem transcultural, respeitando as crenças e valores dos indivíduos que o recebem (LEININGER; MCFARLAND, 2006)⁽⁸⁾. A efetivação dos cuidados é completada por intermédio do AIS, que contribui para o diálogo dos profissionais com a população, principalmente com os idosos que muitas vezes têm dificuldade na linguagem, por falarem apenas o idioma materno, o Kaingang.

O AIS tem que estar junto para poder conversar, perguntar, saber o que está acontecendo, porque eles(idosos) não sabem transmitir para gente o que está acontecendo. Já em Kaingang eles conseguem expressar o que sentem e o AIS age como um tradutor [...] Agente indígena é tipo o porta voz da comunidade, porque os índios mais antigos quase não conversam em português (P4).

Geralmente os idosos fazem os chás em casa e a gente fica sabendo porque eles contam para os AIS e estes nos contam. Os AIS nos passam o que os indígenas fazem e isso ajuda bastante (P1).

Os AIS são responsáveis pelo elo da comunidade com a equipe, exercendo o papel de interlocutor da situação, no qual, seu desempenho é fundamental para funcionalidade do serviço, visto que sua função é ampla (BRASIL, 2002; DIEHL; LANGDON; DIAS-SCOPEL, 2012)^(10,14), envolvendo ações que favorecem a comunicação entre a comunidade e a equipe da saúde, além de contribuir para educação e orientação sobre cuidados de saúde, levando informações sobre o sistema de saúde e seu funcionamento para a população, assim como, trazendo informações da população para o serviço de saúde.

A visita domiciliar é uma ferramenta fundamental para a obtenção de informações, pois proporciona maior aproximação com a realidade, constituindo uma oportunidade para identificar as reais necessidades de cada idoso assistido, possibilitando a reflexão e a revisão das próprias ações profissionais na busca de repadronizações do cuidado (MOTTA; AGUIAR; CALDAS, 2011)⁽²⁰⁾.

Por haver uma lacuna no quadro quantitativo dos profissionais de saúde pesquisados, em diversos momentos observou-se que a maioria das atividades assistenciais aos idosos indígenas eram realizadas na UBS, por outro lado, conscientes sobre a relevância das visitas domiciliares, os profissionais tentam suprir esta limitação através da realização de rodas de conversas informais quando a demanda na UBS é pequena, no intuito de captarem informações sobre a dinâmica social, completando a visão de mundo referente à comunidade Kaingang e suas necessidades relacionadas à saúde.

As estratégias de cuidado também se reportaram às atividades gerenciais da UBS. Para estimular os demais profissionais na realização do cuidado em momentos inoportunos, o coordenador da equipe propõe a utilização de banco de horas, de forma a negociar as horas extras realizadas pela equipe em ocasiões em que não estão sendo remunerados, como por exemplo, finais de semana, feriados ou horários após a jornada de trabalho, possibilitando a compensação dessas horas trabalhadas em folgas quando os profissionais precisarem.

Os agentes de saúde ganham horas de folga quando acompanham os indígenas nos finais de semana ou em horários em que não estão trabalhando, como a noite [...] Os demais também recebem horas a folgar, a gente negocia e eles folgam no dia que pedirem e estiver tranquilo aqui na UBS [...] Os profissionais gostam bastante deste banco de horas, pois quando precisam faltar no serviço por alguma questão, já possuem horas trabalhadas não precisando pagá-las (P2).

Nos finais de semana quando a UBS encontra-se fechada, a população indígena busca o AIS que realiza os trâmites necessários para o atendimento da assistência. Notou-se que o enfermeiro orienta os AIS para realizarem a conduta adequada quando se deparam com situações em que os idosos necessitem de atendimento profissional nos finais de semana, assim, ao perceberem sinais e sintomas que indicam alterações térmicas e/ou pressóricas ou outras alterações relevantes, os AIS comunicam o motorista indígena que permanece com o

veículo de condução dentro da TIF, e realizam o encaminhamento do idoso para o serviço de saúde referência na cidade de Cândido de Abreu.

Atualmente, existem dois AIS que trabalham na TIF, um homem e uma mulher. Por serem de sexos opostos a escolha do acompanhamento é definida pelo indígena que será encaminhado, pois se for do sexo masculino e tiver necessidade de permanência no hospital o AIS homem deverá acompanhá-lo. Este planejamento do cuidado é determinado pelo enfermeiro que proporciona aos próprios AIS a decisão de escolha pela escala de plantão, favorecendo a maior satisfação dos profissionais para realizarem a assistência em saúde.

A autonomia do profissional perante as condutas que serão realizadas por ele próprio, bem como a flexibilidade sobre sua atuação, são elementos que fundamentam uma administração eficaz, contribuindo para a satisfação profissional e conseqüente melhora do atendimento em saúde (CARREIRA; RODRIGUES, 2010; MOTTA; AGUIAR; CALDAS, 2011)^(19,20). Esta questão foi vista nesta categoria, uma vez que se observa negociação e articulação interna dos profissionais de saúde em busca da melhoria das condições de trabalho para conseguirem prestar uma assistência com maior qualidade, com inserção das estratégias para ampliar o acesso dos idosos ao serviço de saúde presente na TI e a permanência destes no cuidado, almejando assim, uma assistência congruente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu conhecer e analisar as práticas de cuidado que o sistema profissional de saúde realiza aos idosos Kaingang. Frente ao que foi proposto, evidenciou que os cuidados realizados pelos profissionais de saúde aos idosos Kaingang tiveram a imersão de dois mundos distintos: o saber científico e o saber popular. O primeiro saber remete aos cuidados como medicação, exames laboratoriais, vacinação, inalação e realização de curativos, e o segundo, a utilização de plantas medicinais. Ainda, notou o banho, alimentação e manifestações de afeto como cuidados para o idoso Kaingang que tiveram evidentemente, a influência de significados de ambos os saberes mencionados.

A organização do serviço pautada na transculturalidade se mostrou como estratégia importante para a congruência e execução dos cuidados. Neste sentido, o AIS foi o membro da equipe que se destacou na prestação do cuidado, uma vez que este profissional se reporta

como elo entre a equipe e idosos indígenas, contribuindo para o acesso do serviço de saúde, além da própria execução dos cuidados tradicionais da cultura. A parceria com a liderança da comunidade, o cacique, também se fez como fator positivo nas estratégias para as práticas de cuidado, bem como, a participação de atividades como torneios de futebol, datas festivas e rodas de conversas informais foram evidenciadas como mecanismos de aproximação e possível fortalecimento do vínculo entre profissional e idoso.

Percebe-se, portanto, uma inter-relação entre os cuidados e suas estratégias, pois as práticas de cuidado mencionadas poderiam não ser tão bem conduzidas se os profissionais de saúde não realizassem estas estratégias. Assim, pontua-se a questão da enfermagem, principalmente do enfermeiro, que em seu papel profissional, assume a competência da gerência do serviço de saúde e ao mesmo tempo da realização do cuidado. A enfermagem deve elaborar estratégias que realcem os cuidados e os transformem em ações que contemplem maior qualidade na saúde da população estudada, capaz de focalizar ritos, mitos e diversidade cultural que permeia o cuidado destes indígenas, juntamente com os avanços terapêuticos da saúde, potencializando a assistência ofertada.

A atuação da equipe de saúde se dá por meio de uma abordagem transcultural, com uma assistência que valoriza a diversidade de crenças e culturas da localidade, e ao mesmo tempo, visa à relevância da inserção dos avanços da ciência para melhoria da condição da saúde, pois utilizam de estratégias convincentes que permitam os idosos aderirem a estes cuidados. Por se tratar de uma pesquisa que envolve uma pequena parcela de profissionais de saúde que trabalham com os idosos indígenas, sugerem-se mais estudos sobre a temática, uma vez que as práticas de cuidado são essenciais para a melhoria das condições de saúde da população assistida.

REFERÊNCIAS

1. Ibge. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010: características gerais dos indígenas: resultados do universo. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/indigenas/indigena_censo2010.pdf>.
2. Pagliaro H, Junqueira C, Mendaña LGS, Mendonça SB, Baruzzi RG. Dinâmica demográfica dos Kamaiurá, povo Tupi do Parque Indígena do Xingu, Mato Grosso, Brasil, 1970-1999. *R bras Est Pop.* [on line]. 2008; 25 (2):377-88. [citado 2012 maio 4]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v25n2/v25n2a12.pdf>

3. Rosset I, Pedrazzi EC, Roriz-Cruz M, Morais EP, Rodrigues RAP. Tendências de estudos abordando os idosos de população na comunidade: uma revisão sistemática (inter) nacional. *Rev Esc Enferm USP*. [on line] 2011; 45(1):258-64. [citado 2012 abr 6]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/en_37.pdf
4. Onder G, Carpenter L, Finne-Soveri H, Gindin J, Frijters D, Henrard JC et al. Assessment of nursing home residents in Europe: the services and health for elderly in long term care (shelter) study. *BMC Health Services Research*. [on line] 2012; 12 (5):2-10. [cited 2012 abr 15]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3286368/pdf/1472-6963-12-5.pdf>
5. Martins PAF, Alvim NAT. Plano de Cuidados Compartilhado: convergência da proposta educativa problematizadora com a teoria do cuidado cultural de enfermagem. *Rev bras enferm*. 2012; 65(2):368-73.
6. Hammerschmidt KSA, Zagonel IPS, Lenardt MH. Envolvimentos da teoria do cuidado cultural na sustentabilidade do cuidado gerontológico. *Acta Paul Enferm*. 2007; 20(3):362-7.
7. Driessanack M, SousaVD, Mendes IAC. An overview of research designs relevant to nursing: part 2: qualitative research designs. *Rev latino-am Enferm*. [serial on the Internet]. 2007 ; 15(4): 684-8. [cited 2012 Jun 4] ; Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/v15n4a25.pdf>
8. Leininger M, Mcfarland MR. *Culture Care diversity and universality: a worldwide nursing theory*. 2nd ed. New York: Jones and Bartlett Publishers; 2006.
9. Firmo FN, Oliveira EN, Nunes JM, Gubert FA, Ximenes Neto, FRG, Vieira NFC. Cuidado à saúde da comunidade indígena Tremembé: olhar dos profissionais de saúde. *Saúde Coletiva*. 2011; 51(1):138-43.
10. Brasil. Fundação Nacional de Saúde. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. 2a ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.
11. Moliterno ACM, Padilha AM, Faustino RC, Mota LT, Carreira L. Dinâmica social e familiar: uma descrição etnográfica de famílias de idosos Kaingang. *Cienc cuid saude*. 2011; 10(4):836-44.
12. Diehl EE, Grassi F. Uso de medicamentos em uma aldeia Guaraní do litoral de Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Pública*. [on line] 2010; 26 (8):1549-60. [citado 2012 maio 2] Available from:<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000800009>.
13. Bhattacharyya OK, Rasooly IR, Naqshbandi M, Estey EA, Esler J, Thoth E, et al. Challenges to the provision of diabetes care in first nations communities: results from a national survey of healthcare providers in Canada. *BMC Health Services Research*. 2011; 11(283):2-10.
14. 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.

15. Lenardt ME, Willig MH, Silva SC, Shimbo AY, Tallmann AEC, Maruo GH. O idoso institucionalizado e a cultura dos cuidados profissionais. *Cogitare Enferm.* 2006; 11(2): 117- 23.
16. Rosa PC. A noção da pessoa e a construção de corpos Kaingang na sociedade contemporânea. *Espaço ameríndio.* 2008; 2(1):15-43. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/EspacoAmerindio/article/view/3125/2855>
17. Collière MF. Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses; 1999.
18. Lima TJV, Arcieri RM, Garbin CAS, Moimaz SAS. Humanização na atenção a saúde do idoso. *Saúde Soc.* [on line] 2010; 19 (4):866-77. [citado 2012 jun 21]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n4/13.pdf>
19. Carreira L, Rodrigues RAP. Dificuldades dos familiares de idosos portadores de doenças crônicas no acesso à Unidade Básica de Saúde. *Rev bras enferm.* [on line]2010; 63(6):933-99. [citado 2012 jun 20] Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/2670/267019463010.pdf>
20. Motta LB, Aguiar AC, Caldas CP. Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros. *Cad Saúde Pública.* 2011; 27(4):779-86.

5.2 ARTIGO 2

FATORES DA CULTURA KAINGANG QUE INTERFEREM NO CUIDADO AO IDOSO: UM OLHAR DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**THE FACTORS THAT INTERFERE WITH CULTURE KAINGANG CARE FOR THE ELDERLY: FROM HEALTH PROFESSIONALS PERSPECTIVE****LOS FACTORES DE LA CULTURA KAINGANG QUE INTERFIEREN EN EL CUIDADO DE PERSONAS MAYORES: UNA MIRADA DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD**

Figura 13 - Idosa indígena cozinhando.

Fonte: Coleta de dados (2012).

RESUMO: Este estudo objetivou descrever a percepção dos profissionais de saúde quanto aos fatores da cultura Kaingang que interferem na realização das práticas de cuidado aos idosos desta etnia. Tratou-se de uma pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa, fundamentada no método etnográfico, realizada junto a dez profissionais de saúde que atuam na Terra Indígena Faxinal, Paraná, Brasil. Os dados foram coletados no período de novembro de 2010 a Fevereiro de 2012 por meio de entrevistas e observação participante, sendo analisados à luz da Teoria Transcultural do Cuidado. Evidenciou grande interferência da cultura Kaingang no cuidado profissional ao idoso, principalmente no estranhamento cultural de diversos costumes elencando como aspectos limitadores para assistência em saúde de tais idosos. O

conhecimento das interferências da assistência pode contribuir na formação de um arcabouço de informações relevante aos profissionais de saúde na execução do cuidado aos idosos Kaingang.

Palavras-chave: Assistência à saúde. Saúde Indígena. Idoso. Cultura. Enfermagem Transcultural.

ABSTRACT: The research aims to describe the perception of health professionals in relation to factors that the culture of the Kaingang interferes with the practices of care for the elderly of this ethnic group. This was a descriptive, qualitative approach, based on ethnographic method, conducted by ten health professionals who work in the Indigenous land of Faxinal, Paraná, Brazil. The data was collected from November 2010 to February 2012 by interviews and participant observation, and based on the Transcultural Care Theory. It showed interference from the Kaingang's culture towards their care to the elderly. Especially in cultural estrangement of various aspects like customs, enumerating limiters for health care information. Knowing the level of interference from assistance can contribute to the formation of a framework relevant to health professionals in the implementation of care for the elderly Kaingang.

Keywords: Delivery of Health Care; Indigenous Health. Aged. Culture. Transcultural Nursing.

RESUMEN: Este estudio tuvo como objetivo describir la percepción de los profesionales de la salud sobre los factores de la cultura Kaingang que interfieren en las prácticas de atención a los ancianos de este grupo étnico. Este fue un enfoque descriptivo, cualitativo, basado en el método etnográfico, realizado con diez profesionales de la salud que trabajan en la Tierra Indígena de Faxinal, Paraná, Brasil. Los datos fueron recogidos a partir de noviembre 2010 a febrero 2012 a través de entrevistas y observación participante, y se analizaron a la luz de la Teoría del Cuidado Transcultural. Mostró gran interferencia de la cultura Kaingang en la atención profesional a las personas mayores, sobre todo en alejamiento cultural de diversos costumbres mencionado como aspectos limitadores para el cuidado de la salud de tales ancianos. Conocer la interferencia de asistencia puede contribuir a la formación de un marco de información relevante a los profesionales de la salud en la implementación del cuidado a los ancianos Kaingang.

Palavras Clave: Prestación de Atención de Salud; Salud Indígena. Anciano. Cultura. Enfermería Transcultural.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população indígena apresenta-se como tema emergente para as pesquisas nacionais e internacionais na área da geriatria e gerontologia, em vista de serem poucos os estudos que abordam, especificamente, esta parcela da população. O idoso indígena

compartilha daquelas necessidades que são universais ao processo de envelhecer, entretanto, cumpre lembrar que os problemas destes idosos diferem dos de outros grupos populacionais em vários aspectos, como, por exemplo, as raízes culturais que envolvem o cuidado.

Crenças e saberes herdados, expressos em formas simbólicas por meio das quais os homens comunicam, perpetuam e desenvolvem seu conhecimento e suas atividades, formam a cultura do indivíduo, que por sua vez, influencia diretamente os pensamentos, decisões e ações, especialmente as ações referentes aos cuidados (GEERTZ, 2011; LEININGER; MCFARLAND, 2006)^(1,2).

Dessa maneira, para cuidar de um indivíduo faz-se necessário, além do conhecimento técnico-científico, considerar suas crenças e valores e, para isto, promover uma maior aproximação com a realidade vivenciada pelo ser cuidado (CASTILLO; VÁZQUEZ, 2006)⁽³⁾. Os profissionais da saúde que se deparam com tais diversidades culturais devem buscar este conhecimento cultural para nele pautar seu plano de assistência, de forma a amoldar-se às reais necessidades do indivíduo, pois, à medida que o profissional se envolve no universo cultural de quem está cuidando, este processo torna-se mais eficaz (HERRERA; POSADA, 2010)⁽⁴⁾.

É evidente que a inserção na cultura de tal população nas práticas de cuidado profissional tem certos percalços, pois o indivíduo que cuida possui crenças e costumes que, de certa forma, também interferem na maneira como realiza o cuidado. Por isso são imprescindíveis estudos que fomentem tais vertentes, considerando as possibilidades e os limites dos profissionais de saúde para a prestação do cuidado em face da diversidade cultural da população.

Em vista da necessidade de conhecer a influência do contexto cultural dos idosos indígenas sobre o cuidado profissional a eles prestado e do fato de que a maior população indígena da Região Sul do Brasil pertence à etnia Kaingang, que corresponde também a uma das cinco etnias mais numerosas no país (FAUSTINO et al., 2010)⁽⁵⁾, questionou-se: Quais são os fatores da cultura Kaingang que interferem no processo de cuidado profissional ao idoso desta etnia? Apesar das pesquisas já empreendidas com enfoque na saúde de indígenas, observou-se que os modos de atuação dos profissionais nas Terras Indígenas (TIs) e seus enfrentamentos e percepções diante do trabalho na prestação da assistência ao idoso indígena têm sido pouco discutidos (DIEHL; GRASSI, 2010; GARNELO; WRIGHT, 2001;

LANGDON; DIEHL, 2007; DIEHL; LANGDON; DIAS-SCOPEL, 2012)^(6,7,8,9). A experiência com a população indígena através de pesquisas e a lacuna de conhecimento encontrada sobre a assistência à saúde de pessoas idosas motivaram a realização deste estudo, o qual tem como objetivo descrever a percepção dos profissionais de saúde quanto aos fatores da cultura Kaingang que interferem na realização das práticas de cuidado aos idosos desta etnia.

METODOLOGIA

O estudo é descritivo de abordagem qualitativa e fundamentado no método etnográfico. A etnografia propicia uma "descrição densa" da realidade e a integração de informações de diversos atores que atuam numa mesma microrrealidade, palco de interações e conflitos (GEERTZ, 2011; DESLANDES; GOMES, 2004)^(1,10). Dessa forma, este estudo teve como foco a observação e a participação do cotidiano dos profissionais na prestação de cuidado aos idosos Kaingang, bem como a observação do processo organizacional deste serviço.

A pesquisa foi realizada na Terra Indígena Faxinal (TIF), situada na Região Centro-Sul do Estado do Paraná, abrangendo aproximadamente 600 habitantes de etnia Kaingang. Os dados foram coletados no período de novembro de 2010 a fevereiro de 2012, por meio de observação participante em concomitância com entrevistas realizadas com os profissionais integrantes da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI). A EMSI é composta por um enfermeiro, um odontólogo, um médico, um técnico e um auxiliar de enfermagem, um agente indígena de saúde (AIS), um agente indígena de saneamento (AISAN) e um motorista da saúde, totalizando oito profissionais; no entanto, em decorrência do longo período de coleta de dados e da rotatividade da equipe, este estudo abrangeu dez profissionais. Elencaram-se ainda quatro informantes-chave, tendo-se como critério para a seleção destes terem um amplo conhecimento a respeito da cultura Kaingang e longo período de inserção na TIF.

Momentos de convívio dos profissionais com a comunidade também foram observados, tais como torneio de futebol, funerais e celebração de missas. Quanto às entrevistas, estas foram realizadas para complemento e validação das percepções obtidas com a observação participante, as quais foram gravadas em aparelho MP4 e, posteriormente,

transcritas. Foram ainda adotadas como fonte de registro dos dados anotações em diário de campo dos pesquisadores.

Todas as informações foram compiladas e analisadas conforme o modelo da etnoenfermagem proposto por Madeleine Leininger, que utiliza quatro etapas: 1) relação dos dados coletados, descritos e documentados; 2) identificação e classificação dos descritores componentes; 3) análise do padrão contextual e temas principais; inferências e formulações teóricas. Esse processo de análise se iniciou juntamente com 4) a coleta de dados, permitindo a validação dos dados ainda no campo de pesquisa (LEININGER; MCFARLAND, 2006)⁽²⁾.

O estudo foi realizado em conformidade 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 a diferenciação dos sujeitos e preservação de sua identidade, os informantes foram identificados com a letra 'P' (profissional) acompanhada de numeral arábico (P1 a P10), e para os informantes-chave foram utilizadas as letras 'ICH' (ICH1 a ICH4).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conhecendo os atores do estudo – Breve caracterização dos profissionais de saúde

A EMSI é contratada por meio de processo seletivo com renovação anual, realizado por intermédio de uma empresa terceirizada prestadora de serviços para a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). No caso dos AIS, são contratados pela mesma empresa, no entanto, ao invés de participarem de teste seletivo, são indicados pelo cacique ou pelas lideranças ligadas a este. Durante o período de coleta de dados observou-se a rotatividade dos AISs desta TI, motivada pela mudança de cacique, sendo possível identificar uma relação de parentesco entre os AISs e a respectiva liderança.

Cinco eram do sexo feminino, oito eram casados e metade tinha filhos. A idade mínima apresentada foi de 22 e a máxima de 67 anos. Quanto à escolaridade, três contavam com formação de superior completo, sendo o médico, enfermeiro e dentista; dois tinham curso profissionalizante de auxiliar e técnico de enfermagem; outros dois com ensino médio completo; um com ensino médio incompleto e dois com ensino médio completo. Os

profissionais com cursos profissionalizantes e aqueles com ensino superior apresentaram média de 14,2 anos de formação.

No que se refere à capacitação para atuar junto à comunidade Kaingang, apenas dois profissionais relataram ter recebido treinamento no período da admissão; além disso, todos os profissionais de saúde mencionaram não receber treinamentos há mais de um ano, e aqueles oferecidos anteriormente não englobaram o cuidado transcultural, referindo-se aos aspectos apenas técnicos da área de saúde. Os profissionais tinham, em média, 6,8 anos de serviço na equipe de saúde da TIF, com o mínimo de cinco meses e o máximo de 28 anos. Nove profissionais cumpriam carga horária semanal de 40 horas e sete atuavam exclusivamente na TIF, sendo que para três este era o primeiro emprego, e daqueles que possuíam experiência profissional prévia, somente dois haviam atuado anteriormente junto à população indígena.

Neste contexto, as informações referentes às percepções dos profissionais puderam ser evidenciadas em duas categorias, a saber: “Cotidiano e saúde: (in)congruências na organização do serviço para o cuidado profissional ao idoso Kaingang” e a “A diversidade cultural e seu impacto no cuidado profissional ao idoso Kaingang”. Neste artigo será apresentada a segunda categoria, **A diversidade cultural e seu impacto no cuidado profissional ao idoso Kaingang**, dividida em duas subcategorias: “O estranhamento do profissional diante de comportamentos e a compreensão da cultura Kaingang”, que possibilitou a identificação das barreiras da linguagem no processo de cuidado ao idoso Kaingang e dos desafios decorrentes dos costumes desta população e relação com os cuidados profissionais, e “O cuidar em famílias Kaingang: repercussão para a assistência profissional ao idoso”, que se refere aos reflexos da cultura familiar e do papel do idoso sobre o cuidado profissional.

A DIVERSIDADE CULTURAL E SEU IMPACTO NO CUIDADO PROFISSIONAL AO IDOSO KAINGANG

O estranhamento do profissional de saúde diante de comportamentos e compreensão da cultura Kaingang

A atuação junto a uma população de características culturais marcantes constitui um desafio ao profissional no que tange à compreensão e adaptação a novos modos de cuidar. Esta constatação foi possível, em especial, a partir da observação do cuidado direcionado à

população idosa da TI pesquisada, uma vez que os idosos se mostravam como guardiões dos costumes dos antigos Kaingang da região.

No tocante às diversas barreiras culturais observadas durante a pesquisa entre os profissionais da saúde e os indígenas, destacou-se o fato de os indígenas falarem o idioma nativo desta etnia, o Kaingang, o que dificulta a comunicação entre estes. Os sujeitos de idade adulta demonstraram que, mesmo sem o domínio do português, eram capazes de expressar-se e fazer-se entender neste idioma, e assim eram considerados bilíngues; porém entre os idosos evidenciou-se grande dificuldade de compreensão ou expressão em um idioma diferente do seu, que é desconhecido para a maioria dos profissionais de saúde.

Com os idosos é mais difícil de conversar, alguns não falam bem o português, só falam o necessário: oi, tchau, estou com dor [...] Se um idoso vem na UBS, tem que ter um agente de saúde junto para conseguir atendê-lo, porque o AIS consegue traduzir o que o idoso está falando (P4).

A maioria dos idosos não fala o português, apenas o Kaingang mesmo, então a gente sempre tem que estar chamando um AIS para traduzir o que eles estão dizendo (P1).

A utilização do idioma materno é uma forma de preservação não apenas das tradições, mas principalmente da identidade Kaingang (MOLITERNO et al., 2011)⁽¹¹⁾. Dessa forma, ainda que a barreira linguística surja como um limitante na assistência a esta população, é importante transpô-la sem a imposição de outro idioma, de modo a respeitar as origens e a identidade deste povo. Esta necessidade é percebida ao refletirmos sobre a importância do processo de comunicação no cuidado e quão prejudicial é sua ineficiência para a assistência aos indivíduos. Como estratégia de potencialização deste processo, identificou-se o AIS como elemento fundamental na redução de ruídos ocasionados pela distinção de idiomas entre indígenas e profissionais.

O AIS emerge como elemento facilitador da comunicação entre a população indígena e a EMSI, visto que a comunicação representa um dos principais pilares no avanço da atenção em saúde para um cuidado humanizado (BRASIL, 2010b)⁽¹²⁾. Assim, a linguagem surge como fator primordial para a melhoria da comunicação e, por conseguinte, da atenção à saúde, uma

vez que através desta o profissional consegue adequar suas ações às necessidades dos indivíduos.

Ainda que o AIS seja essencial no processo de comunicação e transposição da barreira linguística, constata-se a necessidade de capacitar a equipe para conhecer o dialeto Kaingang como meio de facilitar o diálogo entre o profissional e o idoso e assim construir vínculos pautados na troca de informações, visto que a limitação no dialeto pode ser interpretada como preconceito pelos indígenas, interferindo na qualidade do atendimento (MCBAIN-RIGG; VEITCH, 2011; ALARCÓN et al., 2004)^(13,14).

Além do impasse linguístico, observaram-se costumes culturalmente apreendidos e executados que se evidenciam, em um primeiro momento como fatores de risco às condições de saúde dos idosos Kaingang. Entre os costumes culturais dos idosos Kaingang que os profissionais de saúde relataram é possível destacar (1) manutenção de uma pequena fogueira ao centro de suas residências; (2) utilização dos dentes apontados de forma que fiquem bem afiados; (3) diversidade dos hábitos alimentares (4) posicionamento do idoso Kaingang quanto ao processo de cuidado (5) atribuição do poder de cura ao branco.

A exposição prolongada à fumaça evidencia-se como fator de risco para o desenvolvimento de doenças respiratórias. Nestas circunstâncias, o profissional orienta sobre as consequências da prática, no entanto é preciso considerar a relevância cultural deste hábito.

Os mais velhos têm o costume de ter fogo dentro de casa. Já chegamos explicando que faz mal ficar muito na fumaça, prejudica a respiração, mas isso é bem complicado, porque eles já são acostumados com aquilo, vivem isso desde o nascimento, como é que os tiramos da fumaça deles?[...] é necessário ter cautela, porque é a cultura deles, por isso é complicado... não podemos mudar a cultura deles. (P6).

Para os Kaingang, o fogo, além de oferecer calor para o ambiente, propicia a manutenção dos alimentos e o fortalecimento do espírito (FAUSTINO et al., 2010)⁽⁵⁾. Por outro lado, sabe-se que a fumaça propicia o aparecimento de doenças respiratórias, o que interfere diretamente na saúde do idoso. Neste contexto, a realidade local deve ser conhecida pelo profissional de saúde, para que este tenha condições de oferecer um cuidado que não seja fator desencadeante de conflitos ou estresse na pessoa que o está recebendo (LEININGER;

MCFARLAND, 2006)⁽²⁾, e promova intervenções que se adaptem da melhor forma possível às modificações exigidas para evolução da qualidade da saúde do idoso Kaingang.

No que se refere ao costume cultural dos idosos sobre a utilização dos dentes apontados de forma que fiquem bem afiados, foi evidente a responsabilidade dos profissionais em não interferir nessa prática; mas também se observou neles certa apreensão diante dos agravos que esta conduta cultural pode ocasionar à saúde bucal dos idosos Kaingang.

Quando comecei trabalhar aqui, achei meio esquisito. Fiz um monte de dentadura para eles, entreguei todas bem bonitas, mas depois de duas semanas, eles [os indígenas] vinham para a consulta com as próteses todas apontadas [...] Lixavam as extremidades deixando-as bem pontiagudas [...] isto pode ocasionar fístulas e evoluir para abscesso. É complicado (P3).

Ao olhar leigo, a estética dos dentes relaciona-se ao cuidado com as próteses oferecidas, o que na verdade se justifica pela comparação que os Kaingang fazem de seus dentes com a força da madeira. Por serem as partes das extremidades da madeira mais frágeis, os indivíduos desta etnia afiam os dentes deixando-os lancetados de forma que permaneça apenas a parte central, entendida por eles como sendo a mais forte (FAUSTINO et al., 2010)⁽⁵⁾. Muitas vezes é preciso que o profissional associe os conhecimentos clínicos adquiridos na sua formação com as informações sobre a cultura local, no intuito de compreender a universalidade dos cuidados que presta.

Outro aspecto de estranhamento dos profissionais de saúde foram os hábitos alimentares dos idosos Kaingang, principalmente no que tange às características dos alimentos ingeridos por esta parcela populacional.

Achei que eles comiam peixes, comidas saudáveis [...] me preocupa a alimentação deles, porque não é nada disso que comem, eles comem muito carboidrato como: batata, mandioca, farinha e banha de porco. Colocam banha em tudo (P9).

A pouca produção científica existente sobre a cultura indígena, aliada à sua restrita divulgação em meios não acadêmicos, favorece uma imagem irreal do índio caçador e pescador, pois a realidade desta população mudou com o passar do tempo. A redução das

matas e a poluição das águas têm restringido tais práticas, cabendo ao indígena substituir os grupos alimentares e adaptá-los à possibilidade de obtê-los. Como a pouca renda impossibilita a frequente compra de carnes, reduz-se a ingesta proteica desta população. Além disso, a impossibilidade de fazer rodízio de solo, imposta pela delimitação dos territórios indígenas, e as constantes alterações climáticas, inviabilizam a agricultura antigamente praticada (FAUSTINO et al., 2010)⁽⁵⁾. Desse modo, a alimentação se baseia naquilo que é de fácil obtenção ou cultivo, sendo preservada a utilização da gordura de porco como nos tempos dos ancestrais. Destaca-se que a banha é considerada um alimento valioso nesta comunidade e também utilizado em algumas situações como moeda de troca entre os indivíduos. Neste contexto observam-se indivíduos cuja dieta é potencialmente prejudicial à saúde, resultado de adaptação da cultura às mudanças ocorridas nas últimas décadas.

Assim como estranhamento em relação aos hábitos alimentares, os profissionais também mostraram surpresa com as peculiaridades do comportamento dos idosos no decorrer do processo de cuidado:

O que você falar para eles está bom, não é igual ao branco que questiona tudo[...] Eles nunca querem saber por que aplicou a vacina. Já o não indígena faz mil perguntas, qualquer coisinha já corre para o médico, porque quem atendeu não fez certo, quem aplicou a vacina não sabia o procedimento, contaminou [...] O índio não fala isso não (P10).

O não questionamento do sujeito evidencia-se como característica importante da prática, no entanto pode indicar um baixo nível de empoderamento da população representada. Questiona-se nesta situação como o idoso indígena compreende seus direitos perante o sistema de saúde e quais as reais finalidades das UBSs no território indígena. Diante da constatação de uma possível submissão dos indivíduos destaca-se a necessidade de estimulá-los a discorrer sobre seus sentimentos e perspectivas, assim como sobre sua satisfação pelo serviço. Tais medidas possibilitariam a contemplação das reais necessidades de saúde da população e o intercâmbio de ideias no campo do cuidar, aproximando as práticas tradicionais de cuidado dos Kaingang das práticas preconizadas pela equipe de saúde (LANGDON; DIEHL, 2007; GIL, 2007; PEIRIS; BROWN; CASS, 2008)^(8,15,16).

Por outro lado, questiona-se também a possibilidade de uma transferência do poder, antes atribuído ao *kujá* (pajé) e agora pertencente à equipe de saúde: se um *kujá* tem poderes sobrenaturais para indicar os tratamentos, a equipe teria os mesmos poderes na percepção dos indígenas? Tal percepção é reforçada pela crença de cura que esta população deposita sobre os tratamentos de saúde oferecidos e a hospitalização. Observou-se que alguns idosos são resistentes à assistência profissional, no entanto, ao aceitá-la, não são admitidas falhas terapêuticas, conforme ressalta um dos profissionais de saúde.

O menino morreu e veio no caixão lacrado, por ordem médica. Foram buscar o corpo em Curitiba. Quando o chefe da FUNAI chegou, eles [os índios] queriam matá-lo [o funcionário da FUNAI]. Porque se foi para o hospital, o branco tem que curar, não aceita outro desfecho. Aqui na UBS também é assim, às vezes até nos perguntam: você estudou para quê? Tem que me curar (P10).

Este comportamento do idoso em não admitir falhas terapêuticas no processo de cuidado dos profissionais de saúde foi descrito também em estudos com outras etnias, como a Baniwa, para a qual os medicamentos e outras mercadorias do sistema formal de saúde têm funções simbólicas associadas ao poder mágico do branco; assim, estas mercadorias têm o poder de curar, e se não houver cura a culpa é do profissional que estava realizando o cuidado (GARNELO; WRIGHT, 2001)⁽⁷⁾.

Nesta perspectiva é necessário haver transparência quanto às possibilidades terapêuticas de cada caso. Para isso é importante que as equipes capacitem os AIs a atuarem como interlocutores no sentido de intermediar o esclarecimento de dúvidas da população e viabilizar o entendimento de que os processos terapêuticos são passíveis de falhas. Não obstante, é grande o desafio imposto aos profissionais, pois assumir a possibilidade de falhas é bastante difícil, mesmo quando se trata de indivíduos não indígenas, cuja crença de cura e de poderes sobrenaturais tende a ser menor.

É de fato complexo o processo de cuidado do idoso indígena, uma vez que os profissionais precisam ao mesmo tempo preservar a cultura do índio e evitar o agravamento de sua saúde, o que exige maior flexibilidade da assistência, havendo constante manutenção, negociação e repadronização do cuidado (LEININGER; MCFARLAND, 2006)⁽²⁾.

O cuidar em famílias Kaingang: repercussão na assistência profissional ao idoso

O cuidado da família ao idoso Kaingang na perspectiva do profissional de saúde remete a questões fundamentais para assistência, uma vez que o seio familiar constitui importante cenário de prática para o cuidado, sendo essencial para o resultado dos cuidados propostos pelos profissionais de saúde.

Neste estudo foi possível identificar que nas famílias é estabelecida uma ordem de prioridade. Por exemplo, se houver alimento suficiente para apenas um membro da família, este deve ser oferecido à criança; se sobrar é oferecido para o adulto, e apenas após a satisfação destes é que o idoso é lembrado.

É muito complicada a questão do cuidado da família com o idoso aqui na TIF, porque eles (Kaingang) estipulam que primeiro é a criança, o adulto e depois os idosos. Às vezes o dinheiro da aposentadoria não sobra nem para comprar comida para o idoso, porque a prioridade não é ele, entende? [...] A gente não pode interferir, eles (indígenas) não aceitam que a gente interfira, falam que a cultura é essa e é assim que tem que ser, com essas coisas todas, com os velhinhos desse jeito (P2).

A dinâmica social Kaingang evidencia uma organização distinta da observada entre não índios. Um dos aspectos que se destacam entre estas diferenças é a partilha dos alimentos, que é realizada entre os componentes da família estendida, não apenas entre os residentes naquele domicílio (MOLITERNO et al., 2011)⁽¹¹⁾. O idoso surge neste contexto como mantenedor de seus descendentes, fornecendo alimentos a todos antes mesmo de se alimentar, sugerindo a manutenção da comunidade em preferência à do indivíduo.

Em decorrência de tal ordem de prioridade elencada pela cultura Kaingang para alimentação, os profissionais mencionaram que, muitas vezes, os idosos apresentavam sintomas de hipoglicemia justamente por carência alimentar, visto que as famílias de tais idosos geralmente são extensas, compondo diversos indivíduos que recebem prioridade para alimentação em relação ao idoso Kaingang.

Tem muitos casos de carência alimentar nos idosos, a gente às vezes tenta ajudar aqueles que estão precisando de alimento, se tiver

alguma coisa em casa trazemos ou daqui da UBS mesmo. Mas não adianta, porque é aquela coisa: onde tem um velhinho tem sete ou oito pessoas, e aquele alimento vai durar um ou dois dias (P3).

Pondera-se, por outro lado, que o julgamento da exclusão do idoso por si só é perigoso, uma vez que cada população tem suas peculiaridades e a compreensão das relações familiares é essencial para a identificação dos papéis sociais exercidos por cada um deles. Um estudo sobre a dinâmica social da população Kaingang ratifica esta afirmação ao encontrar que os idosos, em muitos casos, são os responsáveis pelo sustento de famílias extensas e educação dos netos (MOLITERNO et al., 2011)⁽¹¹⁾. Entende-se, então, que cuidar desta faixa etária específica tem um aspecto bastante peculiar no que tange à atenção à população indígena, tendo a família tanto como cenário de prática de cuidado ao indivíduo quanto de prática de cuidado ao coletivo. Na determinação dos papéis sociais exercidos por cada um evidenciou-se o idoso como um importante cuidador da família.

Nas famílias sempre tem um idoso. Quem cuida das crianças é o avô ou a avó [...] então procuro orientar bem os mais velhos porque são eles [idosos] que cuidam de tudo. Na verdade a gente percebe que para as famílias os idosos têm a obrigação de cuidar, e não de serem cuidados (P3).

Existem vários idosos daqui que cuidam da família toda, a aposentadoria é renda de sustento de muitos. O pilar da cultura Kaingang são eles (idosos) [...] Os idosos realizam o batizado e repassam a cultura para os demais (P7).

As intervenções terapêuticas tradicionais ocorridas entre os indivíduos desta etnia envolvem principalmente os mais idosos, que são responsáveis pelo ensinamento e educação dos netos (MARRONI; FARO, 2004)⁽¹⁷⁾. Assim pode ser percebido que o idoso ajuda na manutenção da saúde e educação de seus membros, de forma que esse indivíduo se torna fundamental no cuidado da família como um coletivo.

Ciente desta realidade, a EMSI percebe os idosos como multiplicadores das ações de saúde em suas famílias, buscando assim a orientação dos jovens através de ações junto aos idosos. Negligenciar a importância e o reconhecimento da cultura e dos papéis exercidos pelos membros da família pode estabelecer julgamentos errôneos, acarretando divergências nas

relações estabelecidas com a população e, conseqüentemente, nas decisões tomadas no decorrer da implementação dos cuidados (GARNELO; WRIGHT, 2001)⁽⁷⁾.

Por este contexto, observa-se que a EMSI de saúde limitava o cuidado ao idoso Kaingang como um processo individual, não inserindo a família no cuidado deste membro, pois ao compreender que na cultura Kaingang existe tal hierarquia na dinâmica de cuidado, conclui que suas ações são mais efetivas quando não envolvem a família nas etapas do processo de cuidado ao idoso:

Muitas vezes não tem como contar com a família para cuidar dos idosos. Vocês podem ver, os idosos vêm sozinhos para a UBS, ninguém vem acompanhá-los. É difícil, porque sobra tudo para nós. Então os AISs, como moram aqui, ficam responsáveis pelo cuidado quando o idoso precisa [...] A família ajuda assim quando precisa realizar algum serviço em casa e o idoso não consegue lavar roupa, cozinhar, essas coisas; mas cuidar, dar um banho, trocar quando precisa, é muito difícil (P7).

Pergunta-se que aspecto, isoladamente, poderia ser considerado como prejudicial à assistência, uma vez que a literatura traz que a família constitui um importante elemento de apoio e cuidado ao idoso (MOLITERNO et al., 2011; CARREIRA; RODRIGUES, 2010)^(11,18). Dessa forma, torna-se imprescindível a compreensão da dinâmica e concepção de cuidado da população Kaingang, pois a partir daí é que o profissional conseguirá entender o real significado de cuidado para estes povos, pois o não cuidado observado pela EMSI pode ser representado como algo habitual para os Kaingang, uma vez que expectativas de cuidado perpassam por diferentes práticas, concepções e significados.

A significação do cuidado é baseada nas interações cotidianas ocorridas entre o idoso e a família, os quais são tidos como atores sociais constantemente influenciados por histórias e valores culturais (CARREIRA; RODRIGUES, 2010; YARRY; STEVENS; MCCALLUM, 2007)^(18,19). Um estudo realizado com populações ribeirinhas mostrou que o cuidado à saúde e à doença entre as famílias ocorre de maneira dinâmica e concomitantemente aos cuidados exercidos pelos profissionais, aumentando assim os elementos que compõem a complexa teia de significados do cuidado cultural (CARREIRA; ALVIM, 2002)⁽²⁰⁾.

Diante de tais constatações, conclui-se ser necessário atuar junto a essas famílias, o que requer do profissional a compreensão da ambiguidade das relações e do antagonismo de sentimentos e interesses expressos pelos seus membros (YARRY; STEVENS; MCCALLUM, 2007)⁽¹⁹⁾. Por outro lado, a compreensão da influência da cultura na execução de ações assistenciais aos idosos Kaingang na realidade da TIF impõe uma reflexão sobre as peculiaridades dos serviços, de modo a evidenciar os nós a serem desfeitos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou a identificação de quão desafiante é para o sistema profissional realizar a assistência à saúde do idoso indígena, uma vez que as peculiaridades culturais do idoso Kaingang interferem nas práticas e estratégias adotadas para o processo de cuidado.

Alguns dos aspectos da diversidade cultural que se destacaram entre os achados deste estudo são a importância do fogo, a utilização de dentes afiados, os hábitos alimentares, o não questionamento das práticas profissionais e a transferência do poder de cura ao não indígena. Destacou-se ainda que aspectos culturais são determinantes no estabelecimento dos papéis sociais e na dinâmica familiar dos indivíduos. Na população estudada o idoso evidenciou-se como importante cuidador, porém não se observou a recíproca por parte de seus familiares.

Este estudo reforçou a importância de conhecer e compreender as especificidades culturais para que o cuidado prestado seja integral e efetivo. Da mesma forma, ficou evidente a importância do estabelecimento de estratégias que respeitem o modo de vida dos idosos e contribuam para a efetividade das práticas de cuidado sem a interferência dos malefícios ocasionados pelos costumes culturais.

Assim, como cabe ao enfermeiro, enquanto membro da equipe de saúde, a elaboração e execução de planos assistenciais, a compreensão de aspectos culturais é ferramenta essencial no planejamento do cuidado. Nesta atuação, a família precisa ser compreendida, valorizada e devidamente instrumentalizada, pois sua participação é importante como estímulo ao cuidado para com o idoso, devendo haver sempre respeito às suas percepções, expectativas e compreensão do cuidado.

Acreditamos que os resultados deste estudo podem concorrer para a transformação da prática assistencial, especialmente no cuidado ao idoso Kaingang, com a compreensão da

importância de reconhecer os fatores culturais que envolvem a assistência em saúde a estes indivíduos. Esperamos, ainda, que o estudo sirva como subsídio ao desenvolvimento de pesquisas referentes ao tema e de projetos que fomentem a instrumentalização dos profissionais atuantes na área para minimizarem dúvidas referentes a tais influências culturais. Para isso se faz necessária uma discussão mais ampla acerca do tema e a elaboração de outros estudos, pois assim será possível o desenvolvimento dos sistemas locais de saúde, especificamente do sistema de cuidado ao idoso Kaingang.

REFERÊNCIAS

1. Geertz, CA *Interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: LTC; 2011.
2. Leininger M, Mcfarland MR. *Culture Care diversity and universality: a worldwide nursing theory*. 2nd ed. New York: Jones and Bartlett Publishers; 2006.
3. Castillo CAG, Vásquez ML. El cuidado de sí de la embarazada diabética como una via para asegurar um hijo sano. *Texto Contexto Enferm*. 2006; 15(1):74-8. [cited 2012 jun 14]. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n1/a09v15n1.pdf>
4. Herrera EM, Posada MLA. Creencias y prácticas de cuidado de la salud de ancianos. *Av enferm*. 2010; 28(n.esp):61-72. Available from: http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxviiiie_6.pdf
5. Faustino RC, Farias AKA, Alves JNK, Mota LT. *Kaingang do Faxinal: nossos conhecimentos e nossas histórias antigas*. Maringá: Eduem; 2010.
6. Diehl EE, Grassi F. Uso de medicamentos em uma aldeia Guaraní do litoral de Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2010; 26 (8): 1549-60. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000800009>.
7. Garnelo L, Wright R. Doença, cura e serviços de saúde. Representações, práticas e demandas Baniwa. *Cad Saude Pública*. 2001; 17(2): 273-84.
8. 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.
9. 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.
10. Deslandes SF, Gomes R. A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde: notas teóricas. In: Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Editora Vozes; 2004. p. 99-120.
11. Moliterno ACM, Padilha AM, Faustino RC, Mota LT, Carreira L. Dinâmica social e familiar: uma descrição etnográfica de famílias de idosos Kaingang. *Cienc cuid saude* 2011; 10(4): 836-44. Brasil.

12. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção. Brasília,; 2010b.
13. Mcbain-rigg K, Veitch C. Cultural barriers to health care for aboriginal and Torres Strait Islanders in Mount Isa. *Australian Journal of Rural Health*. 2011; 19 (2):70-4. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1440-1584.2011.01186.x/pdf>
14. Alarcón AMM, Astudillo P, Barrios S, Rivas E. Política de Salud Intercultural: Perspectiva de usuarios mapuches y equipos de salud en la IX región, Chile. *Rev Méd Chile*. 2004; 132 (9):1109-14. Available from: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v132n9/art13.pdf>
15. Gil LP. Políticas de Saúde, Pluralidade Terapêutica e Identidade na Amazônia. *Saude Soc*.2007; 16 (2):48-60. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v16n2/06.pdf>
16. Peiris D, Brown A, Cass A. Addressing inequities in access to quality health care for indigenous people. *CMJA*. 2008. 179 (10):985- 6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2572646/pdf/20081104s00006p985.pdf>
17. Marroni MA, Faro ACM. Sendo enfermeira de índios: relato de experiência sobre o cuidar do índio no sul do Brasil. *Enfermeria Global*. 2004;5(1):1-7.
18. Carreira L, Rodrigues RAP. Dificuldades dos familiares de idosos portadores de doenças crônicas no acesso à Unidade Básica de Saúde. *Rev bras enferm*. 2010; 63(6):933-99. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/2670/267019463010.pdf>
19. Yarry SJ, Stevens EK, McCallum TJ. Cultural influences on spousal caregiving. *Generation*. 2007; 31 (3):24-30.
20. Carreira L, Alvim NAT. O cuidar ribeirinho: as práticas populares de saúde em famílias da ilha Mutum, Estado do Paraná Maringá. *Acta Scientiarum*. 2002; 24 (3):791-801.

5. 3 ARTIGO 3

**ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE E O CUIDADO AO IDOSO INDÍGENA:
SINERGIAS E SINGULARIDADES DO CONTEXTO PROFISSIONAL****ORGANIZATION OF HEALTH CARE AND CAUTION TO OLD INDIAN:
SYNERGIES AND SINGULARITIES IN PROFESSIONAL CONTEXT****ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD Y LA ATENCIÓN A LOS
ANCIANOS INDÍGENAS: SINERGIAS Y SINGULARIDADES EN EL CONTEXTO
PROFESIONAL**

Figura 14: Idosa indígena com medicamentos na UBS Faxinal.

Fonte: Coleta de dados (2012).

RESUMO: Objetivou-se descrever os reflexos da organização do serviço de atenção primária a saúde indígena para o cuidado ao idoso Kaingang, na percepção de profissionais da saúde que atuam na área. Estudo qualitativo, descritivo, apoiado no referencial metodológico da etnografia, realizado com dez profissionais de saúde que trabalham na Terra Indígena Faxinal, Paraná, Brasil. Os dados foram coletados em novembro de 2010 a Fevereiro de 2012 por meio da observação participante e entrevistas. Os resultados revelaram que os profissionais de saúde se esforçam para atender as necessidades de saúde dos idosos Kaingang, no entanto existem reflexos negativos contidos na assistência em saúde ao idoso que dificultam o cuidado profissional, principalmente a limitação de recursos humanos, falta de capacitação, recursos

materiais, sobrecarga de trabalho e rotatividade destes profissionais. Evidencia-se a necessidade da melhoria das condições de trabalho para a qualificação dos cuidados prestados.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Serviços de Saúde do Indígena; Idoso; Saúde Indígena; Enfermagem Transcultural.

ABSTRACT: This research aims to describe the effects of the service organization for indigenous primary health care for the elderly Kaingang, from the perspective of health professionals who work in the area. It was a qualitative study, descriptive, methodological framework, supported by ethnography, conducted by ten health professionals who work in the Indigenous land of Faxinal, Paraná, Brazil. Data was collected from November 2010 to February 2012 through participant observation and interviews. The results revealed that health professionals strive to meet the health needs of the elderly Kaingang, but that, there are some negative effects. These are some factors of the health care for the elderly that hinder professional care, especially the limitation of human resources, lack of training, resources materials, work overload and turnover of these professionals. This study highlights the need to improve working conditions for qualification of care provided by the professionals.

Descriptors: Primary Health Care; Health Services Indigenous; Aged; Indigenous Health; Transcultural Nursing.

RESUMEN: Este estudio tuvo como objetivo describir los efectos de la organización de servicios de atención primaria de la salud indígena para los ancianos Kaingang, la percepción de los profesionales de la salud que trabajan en el ámbito. Estudio cualitativo, descriptivo, apoyada en la metodología de la etnografía, llevado a cabo con diez profesionales de la salud que trabajan en la tierra Indígenas de Faxinal, Paraná, Brasil. Los datos fueron recogidos a partir de noviembre 2010 a febrero 2012 a través de la observación participante y las entrevistas. Los resultados revelaron que los profesionales de la salud se esfuerzan por satisfacer las necesidades de salud de los ancianos Kaingang, sin embargo, hay efectos negativos contenidos en la atención de la salud a las personas mayores que dificultan la atención profesional, especialmente la limitación de recursos humanos, la falta de capacitación, recursos materiales, sobrecarga de trabajo y la rotación de estos profesionales. Este estudio pone en relieve la necesidad de mejorar las condiciones de trabajo para la calificación de la atención prestada.

Descritores: Atención Primaria de Salud; Servicios de Salud del Indígena; Anciano; Salud Indígena; Enfermería Transcultural.

INTRODUÇÃO

A *Constituição Federal* de 1988 delineou as bases políticas em que se devem efetivar as relações entre os povos indígenas e o Estado brasileiro, tendo como premissa básica a valorização dos “índios, sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições...”

(art. 231). Este reconhecimento é refletido na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) e incorporado aos documentos da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), órgão do Ministério Saúde encarregado da gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e dos Distritos Sanitários Especiais de Saúde Indígena (DSEI), que ressaltam 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 (DIEHL; LANGDON; DIAS-SCOPEL, 2012; GARNELO; PONTES, 2012; BRASIL; 2002)^(1,2,3).

Neste contexto, a atenção primária à saúde (APS) torna-se base para o modelo de atenção à saúde indígena, com a inserção de unidades de saúde nas terras indígenas e de equipes multiprofissionais de saúde indígena (EMSI) voltadas à prestação de assistência contínua e programada, conforme as diretrizes da Estratégia Saúde da Família previstas pelo Ministério da Saúde (GARNELO; PONTES, 2012; BRASIL; 2002)^(2,3).

Embora o modelo de saúde indígena venha apresentando alguns avanços com o passar dos anos, é consenso entre alguns autores (DIEHL; LANGDON, DIAS-SCOPEL, 2012; DIEHL; GRASSI, 2010; LANGDON; DIEHL, 2007)^(1,4,5) a limitação da implantação das políticas no âmbito da saúde indígena. Tais autores ressaltam problemas como, por exemplo, falta de um sistema de informação eficiente e dificuldade na articulação com a rede de referência do Sistema Único de Saúde e no recrutamento de pessoal capacitado para trabalhar em um contexto intercultural, fatores que contribuem para a alta rotatividade destes.

Associado a estas vertentes coloca-se a questão da assistência ao idoso, pois o envelhecimento envolve tanto o processo natural de redução progressiva da capacidade funcional dos indivíduos, definido como senescência, quanto situações capazes de desencadear patologias que requeiram assistência de qualidade, as quais são definidas como senilidade. Diante da existência destas duas possibilidades para o idoso no que se refere ao seu estado geral, defende-se que os efeitos do envelhecimento podem ser minimizados pela adequação do cuidado em saúde (BARROS; MAIA; PAGLIUCA, 2011)⁽⁶⁾.

Diante da importância da questão, busca-se compreender a relação expressa entre a organização do serviço e as práticas de cuidado profissional ao idoso indígena. Assim, este estudo objetivou descrever os reflexos da organização do serviço de atenção primária à saúde

indígena sobre as práticas de cuidado ao idoso Kaingang, na percepção de profissionais atuantes nesta área.

METODOLOGIA

A abordagem desse estudo é de natureza qualitativa e descritiva, apoiada na etnografia. A etnografia é uma metodologia no campo de conhecimento da antropologia interpretativa que tem como finalidade primeira estudar uma sociedade ou uma cultura em sua totalidade, compreendendo-a de dentro, ou seja, o que sentem os indivíduos a ela pertencentes (MALINOWSKI, 1990; LEININGER; MCFARLAND, 2006)^(7,8).

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 (RISSARDO et al., 2012)⁽⁹⁾. A Unidade Básica de Saúde Faxinal (UBS) foi o principal cenário do estudo. Fundada em 26 de abril de 2003, essa unidade encontra-se no centro da TIF, ao lado da antiga casa de nutrição, próxima da cadeia e da igreja católica dessa comunidade. Esta localização centralizada faz com que haja circulação constante de pessoas ao seu redor e contribui para uma visão muito ampla, alcançando grandes extensões da aldeia.

Os sujeitos da pesquisa foram dez profissionais de saúde que atuam na atenção primária à saúde da TIF, especificamente: um enfermeiro, um médico, um dentista, um técnico de enfermagem, um auxiliar de enfermagem, quatro agentes indígenas de saúde e um motorista da saúde, todos incluídos após sua aceitação em participar da pesquisa e a confirmação de que trabalhavam no mínimo na TIF havia, no mínimo, três meses.

A coleta de dados ocorreu de novembro de 2010 a fevereiro de 2012, por meio de oito viagens à TIF, em cada uma das quais a equipe lá permaneceu por uma semana. Foram utilizadas como técnicas de coleta de dados a observação participante e a entrevista, norteadas pela pergunta: “Quais são os reflexos da organização do serviço para o cuidado profissional ao idoso Kaingang?”. Para melhor enfoque desta indagação, foram elaborados três instrumentos de amparo à coleta de dados, dos quais o primeiro versou sobre questões que deveriam ser observadas em campo, o segundo buscou caracterizar o cenário e local do estudo, e o último foi a entrevista.

Decidiu-se também inserir quatro informantes-chave, cuja função era contribuir para a compreensão dos achados, aprofundando os conhecimentos sobre a cultura e a visão de mundo do cenário estudado, bem como, auxiliar nas estratégias para a abordagem da coleta de dados. O critério de elegibilidade dos informantes-chave foi serem conhecedores da cultura Kaingang e terem uma vivência na TIF por um período prolongado de tempo.

A análise dos dados se deu 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. São utilizados tanto dados resultantes das entrevistas dos pesquisados quanto das anotações em diário de campo, fotografias e filmagens. 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)⁽⁸⁾.

O estudo foi realizado em conformidade 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 profissionais entrevistados estes foram identificados pela letra *P* seguida de um numeral arábico que indica a ordem dos entrevistados.

RESULTADOS

Conhecendo os profissionais de saúde

Dos dez profissionais de saúde, cinco eram do sexo masculino; quatro encontravam-se na faixa etária de 20 a 29 anos, dois na de 30 a 39 anos, dois tinham entre 40 e 49 anos e dois estavam com 50 anos ou mais de idade. Com relação ao estado civil, cinco eram casados ou moravam com companheiro(a) e cinco tinham filhos.

No que se refere à escolaridade, um tinha o Ensino Fundamental incompleto, dois tinham o Ensino Fundamental completo, quatro haviam concluído o Ensino Médio e três tinham curso superior completo.

Quanto ao tempo de vínculo do profissional com a EMSI, quatro dos profissionais tinham de cinco a doze meses, quatro tinham de um a sete anos e dois trabalham na TIF havia mais de sete anos. Dos dez profissionais de saúde, apenas três tinham mais de um vínculo empregatício, dos quais dois atuavam concomitantemente na assistência hospitalar e um em uma clínica particular. Quanto à experiência profissional, três referiram ser aquele o primeiro emprego, quatro tinham experiência profissional, porém na área hospitalar e com população não indígena, e somente dois profissionais já haviam trabalhado com outras populações indígenas.

O convívio com o trabalho destes profissionais de saúde nos cuidados prestados aos idosos da TIF permitiu a construção de uma categoria temática: *Cotidiano e saúde: (in) congruências na organização do serviço para o cuidado profissional ao idoso Kaingang*, a qual será apresentada a seguir.

Cotidiano e saúde: (in)congruências na organização do serviço para o cuidado profissional ao idoso Kaingang

A assistência em saúde aos idosos Kaingang pelo serviço da TIF exige uma organização para sua efetividade, conforme se observa na figura 15.

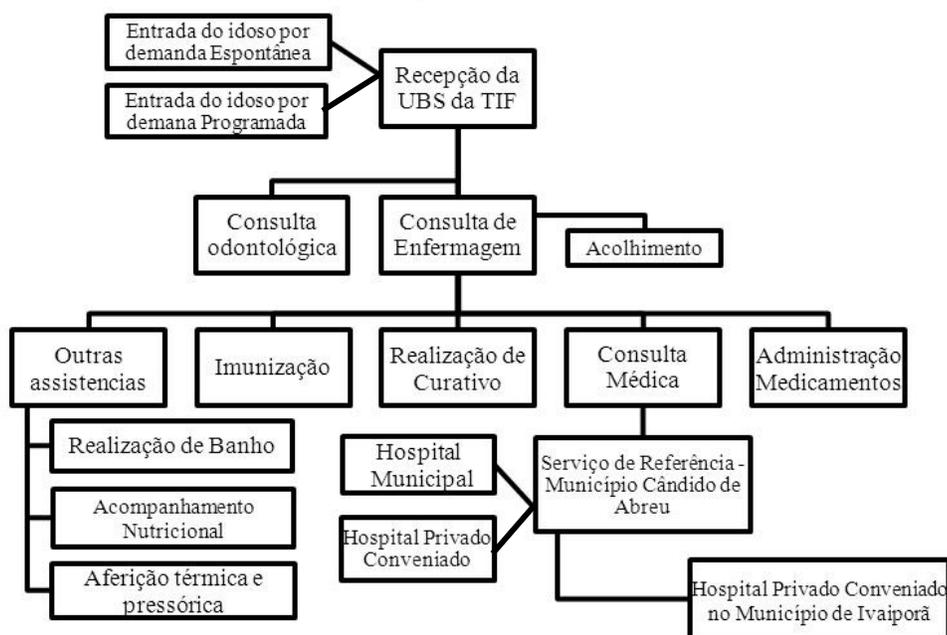


Figura 15 – Diagrama de atendimento aos idosos Kaingang do serviço de atenção primária à saúde da Terra indígena Faxinal, PR, Brasil, 2012.

Fonte: Coleta de dados (2012).

O atendimento odontológico ao idoso realizado na UBS possui agendamento exclusivo para este setor, tendo sua triagem e classificação por ordem de prioridade, independentemente dos demais setores do serviço. Essa organização da assistência ocorre ora por demanda espontânea, na qual existe o atendimento da clientela com problemas, ora por demanda programada, havendo nestes casos acompanhamentos das condições clínicas da saúde bucal dos idosos.

Observou-se que o período da tarde era reservado para atendimentos programados, sendo estes agendados por horários fragmentados para cada paciente; no entanto, quando o paciente é idoso, comumente o período da tarde era reservado exclusivamente a um atendimento. Tal fato justifica-se pela complexidade dos casos de saúde bucal dos idosos da TIF, necessitando de longo período para o atendimento. Não obstante, ao lado da atenção diferenciada exigida pelos casos dos idosos, observou-se uma deficiência de recursos humanos na UBS, o que impunha ao dentista trabalhar sem auxílio de outro profissional.

O idoso quando procura atendimento odontológico é porque chegou ao extremo a condição de sua saúde bucal. Eles têm muito medo dos aparelhos que são utilizados para assistência, por isso evitam o atendimento. Então, quando recorrem à UBS a dentição já está precária, necessitando geralmente de extração ou outros procedimentos que também tomam muito tempo. Isso é complicado, porque o dentista não tem uma auxiliar para ajudá-lo. Às vezes o AIS ou alguém da enfermagem o auxilia, mas não é a mesma coisa, falta recursos humanos, falta um THD (P3).

Diante de uma situação em que o idoso necessite de outras assistências que não a odontológica, este é acolhido pela equipe de enfermagem, que avalia o caso e estabelece o procedimento necessário. O acolhimento e a consulta de enfermagem na TIF são sinérgicos, uma vez que o acolhimento se realiza em concomitância com a consulta de enfermagem. Embora os profissionais de saúde reconheçam que acolher o idoso tem significado positivo para o andamento e resolutividade da assistência, existem limitações neste processo, as quais geram insatisfação dos próprios profissionais com suas condutas na assistência ao idoso. Essa insatisfação refere-se, principalmente, à limitação na comunicação com os idosos Kaingang, ficando explícita a necessidade de capacitação dos profissionais da TIF no que diz respeito ao

conhecimento do idioma Kaingang para melhor acolhê-los, uma vez que a maioria dos idosos se comunica exclusivamente por meio da língua nativa.

A maioria dos idosos aqui da aldeia só falam no idioma Kaingang, e são poucas as palavras que sei em Kaingang, então isso atrapalha na hora da assistência, porque não consigo acolhê-los como deveria. A comunicação é muito difícil, tento decifrar o que estão dizendo, mas não é totalmente suficiente. Queria saber falar bem em Kaingang e entender o que eles estão falando para realizar melhor o acolhimento, ter um diálogo melhor com eles [...] (P1).

Além do obstáculo da comunicação com os idosos Kaingang, também a estrutura física da UBS constitui-se como limitadora para o acolhimento de qualidade ao idoso Kaingang. A UBS possui doze ambientes, a saber: recepção, consultório odontológico, consultório médico, sala de vacinação, sala para administração de medicamentos e nebulização, farmácia para dispensação e estoque de medicamentos, cozinha, escritório administrativo, sala para curativos, dois banheiros e lavanderia, sendo necessária a adequação dessas repartições, como por exemplo, a ampliação do espaço físico de algumas destas repartições. Esta necessidade é ainda mais evidente quando os profissionais precisam de espaço reservado para dialogar com os idosos indígenas.

Quando alguns idosos chegam à UBS gosto de conversar com eles em particular, principalmente aqueles que já sei que têm um assunto delicado a ser tratado. Falo isso porque aqui na Terra Indígena existem muitos casos de violência com o idoso, e eu por ter uma certa intimidade com alguns, consigo conversar com eles sobre isso. Mas, quando o dentista está atendendo, o médico também, não existe um ambiente adequado para conversarmos em particular aqui na UBS [...] Geralmente vou para a lavanderia quando quero tratar de assuntos reservados, porque sei que lá ninguém irá atrapalhar (P1).

Evidencia-se a importância de ambiente adequado para realizar um atendimento de qualidade ao idoso indígena, justamente porque aludir, por exemplo, ao assunto violência em ambientes ocupados por outros indivíduos que não sejam o profissional e o paciente vai contra os preceitos que regem a humanização e a ética. Do mesmo modo, a questão da violência contra o idoso exige mais que apenas estrutura física adequada no acolhimento. Os

profissionais da saúde ressaltam a importância da violência como problema social do idoso, sugerindo, neste aspecto, a necessidade de ampliação da equipe com a inclusão de profissionais de outras áreas para trabalharem com uma abordagem mais extensa, contemplando o assistente social, psicólogo e profissionais de áreas afins.

A questão dos maus-tratos contra os idosos é um problema cada vez mais sério aqui na Terra Indígena, acontece principalmente entre os cônjuges. Isso acontece também porque o consumo de álcool entre os idosos é grande, e depois de “umas e outras” a violência sempre vem à tona [...] Penso que se tivéssemos um assistente social na nossa equipe, conseguiríamos trabalhar melhor estes aspectos sociais que envolvem o idoso [...]; um psicólogo também seria fundamental no nosso quadro de funcionários, afinal, estes problemas afetam o estado psicológico do idoso (P4).

Sinto falta de um serviço social atuante aqui na aldeia, porque se tivéssemos um amparo social, trabalhando lado a lado com a gente, grande parte dos problemas dos idosos poderiam ser resolvidos (P2).

Compreender a importância de profissionais que atuem especificamente no aspecto social do idoso Kaingang significa olhar para a integralidade da assistência, com visão de mundo além do processo saúde-doença deste indivíduo; no entanto, além das limitações mencionadas, os profissionais da TIF se deparam com a sobrecarga de trabalho, que os faz recorrer a uma atenção ao idoso mais centrada na queixa de sintomas, prescrição e dispensação de medicamentos, refletindo uma lógica de funcionamento curativista.

Sei que não temos atendido todas as necessidades de saúde dos idosos, mesmo porque essas necessidades são mais amplas que a doença em si e consequente do tratamento medicamentoso. Mas não me sobra tempo para realizar um planejamento que almeje uma assistência diferente para eles. Realizo o preenchimento de quatorze relatórios todos os meses, e não é apenas colocar números, cada um deles envolve ações que tomam muito tempo. É acompanhamento às gestantes, crianças, vigilância nutricional, DST, morbidades [...] Me vejo em meio a papéis e sinto falta de tempo para prestar um cuidado integral aos idosos. Os idosos só os vejo quando vem aqui ou alguém chama, a gente faz o que pode. (P2).

À sobrecarga de trabalho dos profissionais observada se acrescentam as questões burocráticas do serviço, com relatórios a serem preenchidos e ausência de profissionais que contribuam nesta questão administrativa, por exemplo, para digitação e expedição de documentos. Este fato agrava-se ainda mais pela insuficiência de recursos materiais para agilizar os procedimentos burocráticos, como a falta de serviços de telefonia (fixa ou móvel) e internet, o que retarda a execução de envios de relatórios ou mesmo de comunicação com instâncias superiores do serviço. Além disso, existe apenas um computador na UBS utilizado para tais processos burocráticos, que, além disso, é uma máquina antiga que necessita de constante manutenção.

Importa ressaltar que limitações como carência de recursos humanos - seja para a assistência seja para a administração - e de estrutura física e recursos materiais, que resultam em sobrecarga de trabalho e/ou dificultam ou atrasam certas assistências prestadas à população, foram elencadas pelos profissionais de saúde como barreiras também para o cuidado domiciliar ao idoso. Em sua maioria, as visitas domiciliares eram realizadas pelos AISs, enquanto os demais profissionais a realizavam apenas quando o idoso era acamado e/ou estava impossibilitado de ir até a UBS e necessitava de alguma intervenção médica ou de enfermagem:

Falar que vamos dar conta de visitar os idosos toda semana é mentira. É muita coisa para ser feito aqui na UBS, não sobra tempo para este planejamento [...] Quando o idoso precisa de medicação endovenosa, que necessita de algum procedimento que cabe ao enfermeiro, ele vai. Quando cabe ao médico este também vai. Mas, é aquela coisa: só vai se o idoso estiver precisando. Os AISs são os que mais têm contato com os idosos, mas também fazem o que podem, quando sabem que o idoso está passando mal vão lá verificar se é verdade e nos retornam, falando a situação do caso. Não temos rotina estabelecida para visitar os idosos, não existe esta programação de uma avaliação continuada, mesmo porque seria utopia falar em programação para o idoso com o tanto de cobrança que temos referente a outras faixas etárias (P8).

Conscientes de que os obstáculos estruturais e organizacionais do serviço acarretam prejuízos ao cuidado prestado aos idosos Kaingang, os profissionais tentam minimizar tais obstáculos com o fortalecimento do trabalho em equipe dentro da UBS.

Quando o idoso vem na UBS temos que ver ele como um todo não só uma questão em específico. Por exemplo, na consulta odontológica se a gente percebe algum problema a não ser da dentição, como queixas de dores em outros locais do corpo ou consumo de medicamentos, a gente comunica a enfermagem, para a equipe procurar este idoso e orientá-lo (P3).

Estabelecer vínculos internos no processo de trabalho é fundamental para a integralidade da assistência; todavia, no serviço de saúde indígena nem sempre existe esta cumplicidade entre os profissionais, pois sua rotatividade é evidente e aqueles inseridos recentemente no serviço muitas vezes não estão aptos para articulações e desenvolturas internas. Ressalta-se que a rotatividade é decorrente da influência do cacique na contratação dos profissionais da saúde, visto que o cacique é autoridade do grupo Kaingang e tem responsabilidade pela organização da comunidade e criação de códigos morais dentro do território da aldeia, inclusive dentro da UBS. Durante a estada em campo ocorreram três mudanças de cacique, sendo que a última acarretou modificação na equipe de saúde.

O cacique quando chegou falou: “Não quero aquele funcionário, aquele, aquele e aquele.” Eu me espantei, eram quatro funcionários a menos na equipe e isto é bastante complicado porque eles já sabiam as rotinas do serviço. O jeito agora é adaptar e treinar os novos integrantes, até que haja nova troca de liderança [...] Acredito que a rotatividade influencia muito mais no cuidado com idoso, do que com qualquer outro indígena daqui, porque o idoso é desconfiado, tem resistência para aceitar a terapêutica de profissionais que ele não tenha certa intimidade, confiança. Os novatos sentem muita dificuldade na assistência com o idoso (P2).

No tocante ao acesso do idoso ao serviço de saúde, observou-se que alguns idosos têm dificuldade em ir à UBS, pela distância de suas residências do centro da aldeia, onde está localizado a unidade. A distância dificulta, mas não impede o acesso aos serviços, uma vez que a UBS conta com meio de transporte exclusivo para suas necessidades. Este meio de condução é utilizado para transportar o idoso no ambiente interno da aldeia, por exemplo, levá-lo à UBS; e, principalmente, é utilizado quando ele necessita de encaminhamento para

outros serviços de referência do SUS, os quais estão localizados nos municípios de Cândido de Abreu e Ivaiporã - PR.

Com o idoso a gente sempre tem que ficar atento para eles virem consultar. Às vezes quando chove eles não conseguem vir aqui na UBS devido às ruas sem pavimentação e à limitação que alguns têm para deambular. Quando é assim, peço sempre para o motorista buscá-los [...] O meio de transporte com o motorista disponível em tempo integral para nós é muito bom, o carro fica aqui o tempo todo, se o médico encaminha o idoso para a cidade, a disponibilidade em levá-lo é na hora (P2).

Ainda que condução apareça de forma facilitadora na presente pesquisa, os profissionais mencionaram a falta de estrutura nos serviços de saúde fora da TIF, o que dificulta o atendimento do idoso nestes locais. Este fato tem reflexo negativo na assistência dos profissionais de saúde da TIF, pois os idosos, ao saberem das dificuldades existentes nesta rede de apoio fora da TIF, são resistentes à utilização dos demais serviços, o que traz impacto no atendimento a essa população.

Quando a gente trabalha com a população idosa indígena é extremamente importante uma rede bem concretizada, não só aqui na UBS, mas nos serviços de referências atuantes, porque para o idoso qualquer obstáculo se torna critério de desistência de se cuidar. Sinto falta de um local onde os idosos indígenas possam permanecer quando se deslocam para os serviços de referência do SUS, uma casa de apoio para ficarem na cidade quando a consulta atrasa e precisam permanecer mais tempo fora da Terra Indígena (P6).

Tal limitação da infraestrutura dos serviços de saúde fora da TIF ocorria também nos casos em que o idoso tinha que permanecer internado nos hospitais, pois segundo os profissionais de saúde da TIF, estes serviços alocavam no mesmo ambiente sujeitos indígenas e não indígenas, cuja interação com pessoas desconhecidas proporcionava constrangimento aos idosos Kaingang, acarretando limitação nos encaminhamentos posteriores.

DISCUSSÃO

A equipe multiprofissional de saúde indígena é uma unidade produtora dos serviços de saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF) (GARNELO; PONTES, 2012)⁽²⁾. Nela, cada profissional tem sua especialidade e sua função, executando um dado conjunto de ações em separado, porém buscando constante e continuamente articulações entre sua assistência e a dos demais agentes de trabalho. As equipes precisam buscar a integralidade das ações, e não somente reproduzir no seu processo de trabalho um modelo de atenção biomédico (COSTA; FRACOLLI; 2007)⁽¹⁰⁾.

É evidente que os profissionais de saúde do presente estudo reconhecem a importância de uma assistência integral ao idoso Kaingang; no entanto, ao se depararem com percalços na organização do serviço, limitam-se a uma assistência individualizada e curativista. Um dos grandes obstáculos para a efetiva consolidação da EMSI é a insuficiência de profissionais preparados para lidar com as novas atribuições exigidas do modelo assistencial em saúde indígena (NOVO, 2011)⁽¹¹⁾.

Um quadro de funcionários com limitação em sua quantidade afeta a viabilidade do cuidado aos idosos indígenas, visto que estes indivíduos possuem uma gama de complicações em saúde, requerendo atendimentos com profissionais que sejam de fato capacitados em suas especificidades e realmente consigam a resolutividade da assistência. A falta de profissionais da saúde em determinadas áreas da assistência pode proporcionar negligência nas ações de saúde, pois muitas vezes os profissionais disponíveis são incapazes de prestar cuidados à totalidade da demanda. Ressalta-se que uma equipe de saúde, quando insuficiente em número e qualificação, pode afetar de forma negativa a prestação dos cuidados (ROECKER; BUDÓ; MARCON, 2012)⁽¹²⁾.

A qualificação dos profissionais é essencial para o desenvolvimento da assistência em saúde aos idosos indígenas, pois o cuidado prestado a estes idosos, além das técnicas e habilidades no atendimento, exige uma abordagem transcultural, com conhecimento sobre os aspectos culturais da população, principalmente no que se refere à linguagem (BRASIL; 2002)⁽³⁾, visto que a diversidade do dialeto entre o profissional e o idoso dificulta a assistência e o acolhimento destes no serviço de saúde. Resultados de outros estudos também apontam a linguagem como dificultadora no processo de cuidado aos indígenas, uma vez que tal barreira

gera estereótipos diante dos índios, pois a ineficácia do atendimento decorrente do não conhecimento do idioma da população limita a aproximação de curandeiros e as práticas terapêuticas tradicionais da comunidade indígena (NOVO, 2011; ALARCÓN et al., 2004; MCBAIN-RIGG; KRISTIN; VEITCH, 2011)^(11,13,14).

Para o cuidado humanizado e holístico, além das modificações na qualidade e quantidade dos profissionais da saúde, é necessário um olhar sobre os aspectos da infraestrutura dos serviços de saúde, estabelecendo o espaço físico como espaço social, profissional e de relações interpessoais, onde a ambiência deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana, focada na privacidade e individualidade dos sujeitos, para garantir conforto tanto para aquele que cuida como para aquele que é cuidado (BRASIL, 2010c)⁽¹⁵⁾. A falta de um ambiente adequado desmotiva o profissional para uma mudança de atuação (MARIN; SANTANA; MORACVICK, 2012)⁽¹⁶⁾, pois a ambiência é uma ferramenta facilitadora do processo funcional, favorecendo a otimização de recursos e o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo.

Embora existam barreiras no quadro quantitativo e qualitativo dos profissionais, bem como na infraestrutura do serviço, torna-se relevante os profissionais de saúde oferecerem uma assistência que vá além do modelo biomédico, pois já ficou comprovado que este modelo, em sua singularidade, não consegue oferecer um cuidado integral ao idoso. Faz-se necessário prevenir e resgatar potencialidades do idoso favorecendo sua autonomia e independência pelo maior período de tempo possível. Para isto é necessário os profissionais da saúde terem criatividade para a produção de estratégias capazes de suprir as limitações contidas na organização do serviço (COSTA; CIOSAK, 2010)⁽¹⁷⁾. Um aspecto importante seria a intersetorialidade no cuidado ao idoso Kaingang, buscando-se apoio nos órgãos sociais da comunidade, como, por exemplo, parcerias com igrejas, escolas, famílias e lideranças da TIF, no intuito de mobilizar a população a promover saúde e cuidado ao idoso Kaingang.

A intersetorialidade faz parte do projeto ético preconizado pelo SUS, que consiste na relação em rede dos segmentos sociais de saúde nas diversas instâncias do território do usuário, pois contribui para o fortalecimento do vínculo entre a equipe e a comunidade, além de proporcionar condições da inclusão social do idoso, o que, por sua vez traz melhoria à sua qualidade de vida. Ademais, pode fornecer auxílio no reconhecimento de situações de

vulnerabilidade social do idoso, como, por exemplo, os casos de violência (OLIVEIRA; TAVARES, 2010)⁽¹⁸⁾.

A articulação da intersetorialidade permite melhor visão de mundo dos profissionais da saúde no que concerne à saúde do idoso Kaingang, visto que o cotidiano da equipe é marcado pela sobrecarga de trabalho justamente pelas barreiras a ela impostas e principalmente pelos serviços burocráticos da UBS, que os limitam na realização de um cuidado interligado na assistência domiciliar. Alguns autores afirmam (MARCON; LOPES; LOPES, 2008)⁽¹⁹⁾ que é possível a realização das funções burocráticas por outros profissionais, todavia, quando as ações são educativas e assistenciais, elas não podem ser atribuídas a um membro da equipe que não possua domínio de tal ação, sendo o maior agravante nessa situação a sobrecarga dos membros da equipe para a realização das tarefas burocráticas e o desfalque de profissionais para a assistência à população.

Consolidar rodízios entre os profissionais para o desenvolvimento do trabalho burocrático poderia contribuir para que o enfermeiro, o médico e os demais profissionais capacitados para a orientação e intervenção na assistência em saúde conseguissem ampliar o espaço do cuidado, com mais tempo para o planejamento das ações e para as visitas domiciliares, o que, associado ao trabalho em equipe, aprimoraria a assistência em saúde aos idosos Kaingang com integralidade e universalidade do cuidado.

O trabalho em equipe constitui-se como o pilar doutrinário e organizativo do modelo de atenção baseado no cuidado, atuando de modo interdisciplinar no enfrentamento dos complexos fatores de risco condicionantes e determinantes do processo saúde/doença dos idosos assistidos pela ESF (BARROS; MAIA; PAGLIUCA, 2011)⁽⁶⁾. Não obstante, foi observado que nem sempre o trabalho em equipe é evidente na TIF, uma vez que a influência da liderança local leva à rotatividade dos profissionais de saúde, dos quais os mais recentes muitas vezes não conseguem articular este trabalho em equipe. A determinação do cacique no processo de trabalho dos profissionais de saúde deve ser levada em consideração como forma do fortalecimento da participação popular; no entanto, observou-se que os profissionais ainda não compreendem a sinergia entre suas ações e o papel político do cacique como participação comunitária que, certamente, pode contribuir para a consolidação do modelo assistencial da ESF.

O conhecimento do cacique sobre as necessidades do serviço e os agravos que a rotatividade provoca no cuidado ao idoso Kaingang deve ser objeto de diálogo, de maneira que haja parceria com as lideranças locais para que as decisões tomadas sejam moldadas pelas reais necessidades do serviço, e não por convicções pessoais e divergências internas da comunidade Kaingang. A parceria com o cacique em prol do serviço de saúde pode tornar-se uma proposta positiva para a assistência, visto que este indivíduo influencia tanto o acesso do idoso ao cuidado profissional quanto à permanência deste no processo de cuidado do serviço de saúde.

Quanto ao acesso ao serviço de saúde, foi encontrado que o transporte disponível é favorável para o cuidado ao idoso Kaingang. A SESAI, órgão encarregado da saúde indígena no Brasil, estabelece que os meios de transporte, tanto para os profissionais de saúde quanto para o encaminhamento dos indígenas, esteja em bom estado para utilização e com disponibilidade de motoristas quando necessário (GARNELO; PONTES, 2012; BRASIL, 2002)^(2,3).

Tal fato é de extrema relevância, pois o idoso precisa de maior agilidade no sistema de saúde, uma vez que o processo de envelhecimento traz como consequência menor disposição deste para procurar os serviços de saúde e deslocar-se para os diferentes níveis de atenção. Além disso, qualquer dificuldade torna-se uma barreira que bloqueia ou interrompe a continuidade da assistência em saúde para esse indivíduo (COSTA; CIOSAK, 2010)⁽¹⁷⁾. Este bloqueio dos idosos aos serviços de saúde ficou evidenciado no presente estudo, pois, embora na estrutura organizacional do subsistema de Atenção a Saúde Indígena constem as casas de Atenção à Saúde Indígena – CASAI's (BRASIL, 2002)⁽³⁾, observou-se que, os idosos ao serem encaminhados para os serviços de saúde fora TIF, não havia local apropriado onde estes pudessem permanecer enquanto não fossem liberados, o que provocava resistência desses indivíduos em deslocar-se até estes serviços.

Diante de todos os obstáculos relatados pelos profissionais de saúde em estudo, observa-se que este apresenta dados semelhantes aos de outros estudos sobre os fatores considerados limitantes à prática de cuidado ao idoso não indígena (BARROS; MAIA; PAGLIUCA, 201; COSTA; CIOSAK, 2010; OLIVEIRA; TAVARES, 2010)^(6,17,18). Constatase que um dos critérios para a superação das dificuldades em desenvolver o cuidado ao idoso Kaingang consiste em a equipe apresentar aos órgãos superiores e a seus gestores a

importância de ter boas condições para o desempenho do trabalho, baseado especialmente na assistência domiciliar e em ações que visem à participação da população indígena no processo de cuidado ao idoso Kaingang.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou descrever os reflexos da organização do serviço na realização do cuidado ao idoso Kaingang da TIF. Pôde-se constatar 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. Por outro lado, 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.

Mesmo evidenciada a necessidade de adequar as condições de trabalho destes profissionais para a realização do cuidado aos idosos, torna-se fundamental a adoção de estratégias que reduzam os impactos negativos da assistência aos idosos Kaingang, no intuito de proporcionar a promoção de um envelhecimento ativo e saudável para os idosos indígenas. A enfermagem, principalmente o enfermeiro - que em suas atribuições tem a função da gerência do serviço de saúde-, assume um papel primordial para estipular tais estratégias e proporcionar melhoria da assistência em saúde aos idosos.

Os resultados deste estudo podem contribuir para a criação de estratégias que visem à melhoria dos serviços de saúde e para o (re)pensar do processo de trabalho desses profissionais na busca do conhecimento, da satisfação profissional e da qualidade da assistência prestada aos idosos indígenas. O debate acerca da organização do serviço de saúde no cuidado profissional ao idoso Kaingang da TIF é evidenciado na pesquisa, porém ainda carecemos de estudos que explicitem estas representações em saúde aplicadas a diferentes contextos e grupos étnicos.

REFERÊNCIAS

1. Diehl EE, Langdon EJ, Dias-Scopel RP. Contribuição dos agentes indígenas de saúde na atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas brasileiros. *Cad Saude Publica*. 2012; 28(5): 819-31.
2. Garnelo L, Pontes AL. Saúde Indígena: uma introdução ao tema. Brasília: MEC-SECADI; 2012.
3. Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 2a ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.
4. Diehl EE, Grassi F. Uso de medicamentos em uma aldeia Guaraní do litoral de Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2010; 26 (8):1549-60.
5. 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.
6. Barros TB, Maia ER, Pagliuca LMF. Facilidades e dificuldades na assistência ao idoso na estratégia ao idoso na estratégia de saúde da família. *Rev Rene*. 2011; 12(4):732-41.
7. Malinowski B. Objetivo, método e alcance desta pesquisa. In: Zaluar A. *Desvendando Máscaras Sociais*. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves; 1990. p. 39-61.
8. Leininger M, Mcfarland MR. *Culture Care diversity and universality: a worldwide nursing theory*. 2nd ed. New York: Jones and Bartlett; 2006.
9. Rissardo LKR, Moliterno ACM, Borghi AC, Carreira L. Práticas de cuidado ao recém-nascido: percepção de famílias Kaingang. *Cienc cuid saude*. 2011; 10(4):634-41.
10. Costa CR, Fracolli LA. O processo de enfermagem em atenção primária à saúde. In: Santos AS, Miranda SMRC, organizadoras. *A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde*. Barueri: Manole; 2007. p. 147-65.
11. Novo MP. Política e intermedicalidade no Alto Xingu: do modelo à prática de atenção à saúde indígena. *Cad. Saude Pública*. 2011; 27(7):1362-70.
12. Roecker S, Budó MLD, Marcon SS. Trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: dificuldades e perspectivas de mudanças. *Rev esc enferm USP*. 2012; 46(3): 641-49.
13. Alarcón AMM, Astudillo P, Barrios S, Rivas E. Política de Salud Intercultural: Perspectiva de usuarios mapuches y equipos de salud en la IX región, Chile. *Rev Méd Chile*. 2004; 132 (9):1109-14. Available from: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v132n9/art13.pdf>
14. 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. [citado 2008 nov. 18]. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1440-1584.2011.01186.x/pdf>
15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4279, de 30 de setembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde; 2010.

16. Marin MJS, Santana FHS, Maracvick MYAD. Percepção de idosos hipertensos sobre suas necessidades de saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2012; 46(1):103-10.
17. Costa MFBNA, Ciosak SI. Atenção integral na saúde do idoso no Programa Saúde da Família: visão dos profissionais de saúde. *Rev Esc Enferm. USP* 2010; 44(2):437-44.
18. Oliveira JCA, Tavares DMS. Atenção ao idoso na estratégia de saúde da família: atuação do enfermeiro. *Rev Esc Enferm USP*. 2010; 44(3):774-81.
19. Marcon SS, Lopes MCL, Lopes MB. Facilidades e dificuldades percebidas por enfermeiros na assistência à família. *Online Braz J Nurs*. 2008; 7(1).

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 importância do preparo do profissional desde a graduação, para que este seja capaz de reconhecer os idosos indígenas como objeto de assistência e cuidado e que estes sejam atendidos por meio de um olhar mais humano capaz de valorizar sua experiência cotidiana, os aspectos culturais, sociais e ambientais presentes a cada momento por eles vivenciados. Ressalta a importância de incluir no processo de ensino e nas grades curriculares, teorias e conceitos que reflitam e tragam subsídios para se trabalhar com esta população. Tal reflexão é relevante, uma vez que existem políticas de atenção à saúde do idoso e dos povos indígenas no Brasil, cuja execução envolve diversos profissionais de saúde, inclusive o enfermeiro. Acompanhado dessas questões ainda há a mobilidade e a garantia dos direitos dos povos indígenas no acesso ao ensino superior, o que permite a presença e a atuação de indígenas na academia, sendo fundamental o reconhecimento do cuidado ao idoso indígena para a atuação destes acadêmicos, bem como para os próprios docentes que irão transmitir tais ensinamentos.

No tocante à **pesquisa**, evidencia experiências positivas, principalmente relacionadas à metodologia utilizada, possibilitando ampla visão de mundo que o profissional deve dominar para realizar o cuidado benéfico ao idoso Kaingang. Sugerem-se novos estudos que abordem e ampliem as compreensões sobre os cuidados profissionais com o idoso indígena, obtidos neste estudo, com o objetivo de subsidiar o planejamento de ações e programas que prezem o atendimento integral desses idosos.

Propõem-se pesquisas de seguimento, não só no âmbito primário da saúde, mas também em serviços de saúde fora das Terras Indígenas, uma vez que se constatou que as questões referentes a outros serviços de saúde podem refletir no atendimento primário à saúde dos idosos indígenas. Sugere-se, ainda, que novas políticas devam ser implantadas, pois elas têm grande responsabilidade perante as ações de cuidado, tanto na assistência ao idoso indígena quanto no planejamento da assistência à família e de demais instâncias do serviço de saúde, para que se possam atender as necessidades biopsicossociais destes indivíduos.

Não obstante, os resultados deste estudo são relevantes também para o suporte de pesquisas que fomentem avaliação e o aprimoramento dos serviços de saúde prestados às populações indígenas, bem como no fornecimento de elementos que contribuem para a formulação ou melhoria de projetos destinados a responder as demandas dessa população.

No que tange à **prática**, ressalta-se que, decorrente a globalização e a evolução de estradas, dos meios de transportes e afins, é possibilitado o deslocamento dos indígenas com bastante facilidade. Assim, embora o enfermeiro não esteja envolvido diretamente com a parcela da população em questão, em algum momento pode ser requerida sua assistência a esses povos. Deste modo, as evidências exibidas aqui se tornam promissoras para os profissionais de saúde no intuito de prepará-los e assegurá-los sobre as questões que cercam a realização do cuidado ao idoso indígena.

Conhecer, analisar e descrever as práticas do cuidado dos profissionais de saúde com o idoso Kaingang e os percalços enfrentados para a realização destas práticas, permite uma gama de conhecimento indispensável para assistência em saúde, a fim de contribuir para que os profissionais moldem suas ações e reflitam sobre tais condutas na prática, baseada em uma assistência que englobe os valores culturais, respeitando as práticas de saúde dos idosos e seus componentes familiares.

Diante de tais situações, é evidente que o enfermeiro, seja ele docente, pesquisador, assistencial ou gestor, necessita conhecer algumas das particularidades do processo de cuidado desta população, de forma que, quando requerido, o cuidado prestado seja integral e a assistência tenha sua qualidade garantida.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da realização deste estudo, foi possível conhecer e analisar as práticas de cuidado profissional realizado junto aos idosos Kaingang da Terra Indígena Faxinal, Paraná, Brasil, bem como descrever as fragilidades e as potencialidades que permeiam a realização destas práticas de cuidado.

O cuidado profissional com os idosos indígenas da Terra Indígena Faxinal é permeado por saberes científico e saberes tradicionais. Os saberes científicos reportam à administração de medicamentos, à realização de nebulização, curativo e exames laboratoriais; quanto aos saberes tradicionais, foram evidentes a utilização de chás e a utilização de fitoterápicos. Evidenciou-se também como cuidado a realização do banho na UBS, cuidados com a alimentação, as manifestações de afeto pelos profissionais de saúde ao idoso Kaingang, bem como a manutenção da cultura com a não influência dos profissionais em determinadas ações dos idosos.

Para que tais práticas de cuidado pudessem ser efetivadas, constatou-se que os profissionais de saúde adotam estratégias que contribuem tanto para o acesso do idoso Kaingang ao serviço de saúde, quanto para a permanência deste no cuidado disponibilizado por eles. Dentre estas estratégias, destacam-se o fortalecimento do vínculo com o idoso a partir da participação dos profissionais em atividades corriqueiras da comunidade Kaingang, além de ações que visem à parceria com a liderança Kaingang, no caso o cacique. Ressalta-se que, na estrutura política da comunidade, o cacique é a autoridade máxima nas comunidades indígenas, sendo ele quem determina o que pode ou não ser feito pelos moradores da TI. Assim, a parceria realizada com este membro possibilita que os profissionais de saúde lancem argumentos convincentes para o idoso indígena sobre a confiabilidade do serviço de saúde prestado.

Os AIS apresentaram-se como membro da equipe primordial para o andamento da assistência ao idoso Kaingang, sendo posicionados ora como interlocutores do cuidado e elos comunicativos, ora como mediadores das ações. Percebeu-se que este posicionamento foi fundamentado pelo papel do enfermeiro que oferece suporte necessário para o andamento das práticas de cuidado, delineando as condutas dos demais profissionais, inclusive dos AIS.

Embora os profissionais de saúde realizem um cuidado transcultural, que valoriza as práticas tradicionais na assistência ao idoso Kaingang, observou-se que as ações em saúde para esta parcela populacional ainda encontra-se centrada apenas no sujeito, com uma visão individualizada e curativista. Tal prática foi questionada pelos profissionais de saúde devido às diversas fragilidades que permeiam a concretização do cuidado ao idoso Kaingang, sendo estas limitações englobadas tanto nos aspectos da cultura Kaingang quanto na organização do serviço de saúde local.

No aspecto cultural, observaram-se limitações da assistência decorrentes da diversidade da linguagem, sendo o idioma da comunidade o Kaingang. Foram evidentes as dificuldades referentes aos costumes culturais, como a importância e a utilização do fogo para os idosos, a utilização de dentes afiados, a diversidade dos hábitos alimentares, o não questionamento das práticas profissionais e a transferência do poder de cura ao não indígena.

Destacou-se que os aspectos culturais são determinantes no estabelecimento dos papéis sociais e na dinâmica familiar dos indivíduos, visto que o idoso se evidenciou como importante cuidador, não havendo, no entanto, a recíproca por parte de seus familiares. Por esse motivo, foi evidente que os profissionais não atribuem à família o processo de cuidado ao idoso Kaingang, o que reflete na assistência individualizada, apenas centrada no idoso.

Esta assistência centrada no idoso é ainda ratificada quando se observam as limitações impostas na organização do serviço, cujos percalços interferem e restringem os profissionais a realizarem uma assistência pautada na assistência domiciliar que vise à educação em saúde da população. Tais limitações da organização do serviço que ocasionam dificuldades para a assistência em saúde aos idosos Kaingang foram: limitação de recursos humanos; falta de capacitação profissional e de estrutura física compatível para prestar um acolhimento que englobe as necessidades dos idosos; limitação de profissionais para atuarem especificamente com os aspectos sociais do idoso e, principalmente, com o trabalho burocrático, que ocupa grande parcela do tempo dos profissionais, atribuindo sobrecarga ao trabalho diário.

Associado a esta sobrecarga de trabalho evidenciou-se a limitação de recursos materiais, o que retarda ainda mais as ações dos profissionais de saúde. Além disso, observou-se a rotatividade dos profissionais decorrente da influência do cacique na organização do serviço de saúde da TIF. 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.

Ainda que haja tais obstáculos, foi possível identificar que os profissionais se esforçam diariamente para realizarem os cuidados necessários ao idoso Kaingang, em torno de um trabalho em equipe. No entanto, muito ainda precisa ser avançado, pois o cuidado congruente, que busca a universalidade e diversidade das ações, requer atos que direcionem medidas tanto individuais quanto coletivas, com a atuação da família em todos os aspectos da vida do idoso e, principalmente, com investimento na educação em saúde, vislumbrando amplas possibilidades para fortalecer a autonomia dos idosos, por meio da promoção do bem-estar e empoderamento desta população com informações em busca do autocuidado.

A aplicação dos preceitos da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado fez perceber que o cuidado profissional para com o idoso Kaingang não é um ato isolado, fechado nele mesmo, mas engloba uma série de fatores imbricados e interligados, os quais constituem o momento do cuidado. Nota-se que não se pode conhecer o comportamento dos profissionais de saúde olhando-os somente no momento em que estão realizando o cuidado com o idoso Kaingang. Há de se buscar a visualização do ambiente em que se desenvolveu o cuidado, em que condições de saúde encontravam o idoso, as estratégias para a realização deste cuidado e a preocupação maior do profissional de saúde com tais fragilidades e potencialidades para a prestação deste cuidado.

Desenvolver este estudo e participar do cotidiano dos profissionais de saúde foi, sem dúvida, uma experiência gratificante, deixando marcas que durarão por toda a vida profissional dos pesquisadores. As experiências proporcionadas são tão enriquecedoras que vão além das palavras descritas nesta dissertação, o que permitiu a reavaliação de conceitos, concepções e atitudes perante os sujeitos, independente de sua raça ou etnia.

Os resultados elencados neste estudo sugerem a necessidade de mudanças na melhoria de assistência e cuidado em saúde, de onde se conclui que essa realidade tem que ser reestruturada, com o atendimento que vise à prevenção e promoção da saúde indígena, no intuito de promover um envelhecimento saudável e ativo para esta população. Assim, a melhoria das condições de trabalho dos profissionais da Terra Indígena Faxinal e a valorização destes apresentam-se como ferramenta indispensável para o início da reestruturação na assistência ao idoso Kaingang.

REFERENCIAS

AITH, F. Saúde indígena no Brasil: atual quadro jurídico-administrativo do estado brasileiro e desafios para a garantia do direito à saúde da população indígena. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 115-132, 2008.

ALARCÓN, A. M. M. et al. Política de Salud Intercultural: perspectiva de usuarios mapuches y equipos de salud en la IX región, Chile. **Revista Médica de Chile**, Santiago, v. 132, n. 9, p. 1109-1114, 2004.

ANJOS, H. N. K. et al. Prevalence of metabolic syndrome among Kaingang native americans in southern Brazil. **Brazilian Archives of Biology and Technology**, Curitiba, v. 54, n. 1, p. 81-89, 2011.

BARROS, T. B.; MAIA, E. R.; PAGLIUCA, L. M. F. Facilidades e dificuldades na assistência ao idoso na estratégia de saúde da família. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 12, n. 4, p.732-741, 2011.

BHATTACHARYYA, O. K. et al. Challenges to the provision of diabetes care in first nations communities: results from a national survey of healthcare providers in Canada. **BMC Health Services Research**, Londres, v. 11, p. 2-10, 2011.

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, 5 jan 1994. Disponível em: <<http://www3.dataprev.gov.br/SISLEX/paginas/42/1994/8842.htm>>. Acesso em: 10 jul. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília, DF, 2010a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_pessoa_idosa_envelhecimento_v1_2.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**. 2. ed. rev. Brasília, DF, 2009a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso_2ed.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2012.

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

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. **Política Nacional de Humanização: formação e intervenção**. Brasília, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Conheça a Sesai**. 2012. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1708>. Acesso em: 10 jul. 2012.

BRASIL. Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de n 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>. Acesso em: 10 jul. 2012.

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. 1CDROM.

CAMARANO, A. A. (Org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p. 67-82.

CARDOSO, A. M.; MATTOS, I. E.; KOIFMAN, R. J. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares na população Guaraní-Mbyá do Estado do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, mar./abr. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2001000200009>. Acesso em: 12 abr. 2012.

CARREIRA, L.; ALVIM, N. A. T. O cuidar ribeirinho: as práticas populares de saúde em famílias da ilha Mutum, Estado do Paraná Maringá. **Acta Scientiarum Health Science**, Maringá, v. 24, n. 3, p. 791-801, 2002.

CARREIRA, L.; RODRIGUES, R. A. P. Dificuldades dos familiares de idosos portadores de doenças crônicas no acesso à Unidade Básica de Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n.6, p. 933-999, 2010.

CASTILLO, C. A. G.; VÁSQUEZ, M. L. El cuidado de sí de la embarazada diabética como una vía para asegurar um hijo sano. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 1, p. 74-78, 2006.

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.

COLLAÇO, V. S. **Parto vertical: vivência do casal na dimensão cultural no processo de parir**. Florianópolis: Cidade Futura, 2002.

CHAVES, M. B. G. **A política de saúde indígena no município de Angra dos Reis: um estudo de caso**. 2006. 156 f. Dissertação (Mestrado)-Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2006.

- COLLIÈRE, M. F. **Promover a vida**: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1999.
- COSTA, C. R.; FRACOLLI, L. A. O processo de enfermagem em atenção primária à saúde. In: SANTOS, A. S.; MIRANDA, S. M. R. C. (Org.). **A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde**. Barueri: Manole, 2007. p. 147-165.
- COSTA, M. F. B. N. A.; CIOSAK, S. I. Atenção integral na saúde do idoso no Programa Saúde da Família: visão dos profissionais de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 344-437, 2010.
- CURREN, D. A. Clinical nursing aspects discovered with the culture care theory. In: LEININGER, M. M.; MCFARLAND, M. R. **Culture care diversity and universality**: a worldwide nursing theory. 2nd ed. Toronto: Jones and Bartlett, 2006. p.69-80.
- DESLANDES, S. F.; GOMES, R. A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde: notas teóricas. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (Org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004. p. 99-120.
- 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.
- DRIESSANACK, M.; SOUSA, V. D.; MENDES, I. A. C. An overview of research designs relevant to nursing: part 2: qualitative research designs. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 4, p. 684-8, 2007.
- DROVETTA, R. I. Biomedicina y políticas de salud reproductiva en un contexto rural indígena de la Puna Jujeña, Argentina. **Revista Barbarói**, Santa Cruz do Sul, v. 31, n. 2, p. 139-154, 2009.
- ELLIOTT, C. T.; LEEUW, S. N. Our aboriginal relations when family doctors and aboriginal patients meet. **Canadian Family Physician**, Toronto, v. 55, n. 13, p. 576-9, 2009.
- 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. Maringá: Eduem, 2010.
- FERNANDES, M. N. F. **Representações sociais do cuidado transcultural para enfermeiros da saúde indígena**. 2010. 125 f. Dissertação (Mestrado)-Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2010.

- FERRAZ, L. **O cuidado prestado à criança pela família e comunidade indígena na percepção dos profissionais de saúde**. 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)– Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.
- FERREIRA, N. S. A. As pesquisas denominadas: “estado da arte”. **Educação & Sociedade**, Campinas, SP, v. 23, n.79, p. 257-272, 2002.
- FIRMO, F. N. et al. Cuidado à saúde da comunidade indígena Tremembé: olhar dos profissionais de saúde. **Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 51, n. 1, p. 138-143, 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.; WRIGHT, R. Doença, cura e serviços de saúde. Representações, práticas e demandas Baniwa. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n. 2, p. 273-284, 2001.
- GARNELO, L.; PONTES, A. L. **Saúde Indígena**: uma introdução ao tema. Coleção Educação para Todos. Brasília, DF: MEC, 2012.
- GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: [s.n.], 1989.
- GEERTZ, C. **O saber local**: novos ensaios em antropologia interpretativa. Tradução de Vera Mello Joscelyne. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.
- GEERTZ, C. A. **Interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 2011.
- GEORGE, J. B. Madeleine M. Leininger. In: _____. **Teorias de enfermagem**: os fundamentos à prática profissional. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000. p. 299-321.
- GIL, L. P. Políticas de saúde, pluralidade terapêutica e identidade na Amazônia. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 48-60, 2007.
- HAMMERSCHMIDT, K. S. A.; ZAGONEL, I. P. S.; LENARDT, M. H. Envolvimentos da teoria do cuidado cultural na sustentabilidade do cuidado gerontológico. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 362-367, 2007.
- HERRERA, E. M.; POSADA, M. L. A. Creencias y prácticas de cuidado de la salud de ancianos. **Avances en enfermería**, Bogotá, v. 28, p. 61-72, 2010.
- HILL, K. Los Aché Del Paraguay oriental: condiciones actuales e historia reciente. **Suplemento Antropológico**, Assunção, v. 18, n. 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. 2011.
- 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 abr. 2012.

KÜHL, A. M. et al. 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.

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. et al. A participação dos agentes indígenas de saúde nos serviços de atenção à saúde: a experiência em Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n.12, p. 2637-2646, 2006.

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.

LARSON, B. et al. Beyond the barriers: family medicine residents' attitudes towards providing Aboriginal health care. **Medical Education**, Oxford, v. 42, n. 4, p. 400-406, 2011.

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

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 2012.

LEININGER, M. M.; MCFARLAND, M., R. **Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory**. 2nd ed. Massachusetts: Jones and Bartlett, 2006.

LENARDT, M. E. et al. O idoso institucionalizado e a cultura dos cuidados profissionais. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 11, n. 2, p. 117-123, 2006.

LIMA, T. J. V. et al. Humanização na atenção a saúde do idoso. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.19, n. 4, p. 866-877, 2010.

LOUZADA, J.; NETO, D. L. Abordagem crítico-interpretativa das fragilidades e potencialidades do trabalho de enfermagem aos ianomâmis, Amazonas. **Enfermagem em Foco**, Brasília, DF, v. 2, n. 1, p. 42-45, 2010.

MACAULAY, A. C. Improving aboriginal health How can health care professionals contribute? **Canadian Family Physician**, Toronto, v. 55, n.13, 365-89, 2009.

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.

MARCON, S.S.; LOPES, M. C. L.; LOPES, M. B. Facilidades e dificuldades percebidas por enfermeiros na assistência à família. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói, v.7, n.1, 789-99, 2008.

MARIN, M. J. S.; SANTANA, F. H. S.; MARACVICK, M. Y. A. D. Percepção de idosos hipertensos sobre suas necessidades de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 103-110, 2012.

MARRONE, S. Understanding barriers to health care: a review of disparities in health care services among indigenous populations. **International Journal of Circumpolar Health**, Oulu, Finlândia, v. 66, n. 3, p.188-198, 2007.

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.

MARTINS, P. A. F.; ALVIM, N. A. T. Plano de cuidados compartilhado: convergência da proposta educativa problematizadora com a teoria do cuidado cultural de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 65, n. 2, p. 368-373, 2012.

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, n. 2, p. 70-74, 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. **O cuidado de saúde de famílias de idosos Kaingang na Terra Indígena Faxinal, Pr.** 2011. 123 f. Dissertação (Mestrado)-Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2011.

MOTA, L. T.; ASSIS, V. S. **Populações indígenas no Brasil**: histórias, culturas e relações interculturais. Maringá, PR: EdUEM, 2008.

MOTTA, L. B.; AGUIAR, A. C.; CALDAS, C. P. Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 779-786, 2011.

NOVO, M. P. Política e intermedialidade 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. C. A.; TAVARES, D. M. S. Atenção ao idoso na estratégia de saúde da família: atuação do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 774-781, 2010.

ONDER, G. et al. Assessment of nursing home residents in Europe: the Services and Health for Elderly in Long term care (shelter) study. **BMC Health Services Research**, Londres, v. 12, n. 5, p. 2-10, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Tradução de Suzana Montijo. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Salud de las personas de edad**: envejecimiento y salud: un cambio de paradigma: 122ª sección. Washington, D. C.: OMS: OPAS, 1998.

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.

PAPALÉO-NETTO, M. O Estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; CANÇADO, F. A. X.; DOLL, J.; GORZONI, M. L. (Org.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 9-12, 2006.

PEIRIS, D.; BROWN, A.; CASS, A. Addressing inequities in access to quality health care for indigenous people. **Canadian Medical Association Journal**, Ottawa, v. 179, no. 10, p. 985-986, 2008.

PINTO, L. P.; SORANZ, D. R. Planos privados de assistência à saúde: cobertura no Brasil. **Revista Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 85-99, 2004.

POLARO, S. H. I. **Gerenciando o cuidado de enfermagem ao usuário idoso na estratégia saúde da família**. 2011. 160 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)–Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

RISSARDO, L. K. R. 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.; BÓS, A. J. G.; HUTTNER, E.; MACHADO, D. C. 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.

ROCHA, F. C. V. et al. P. O cuidado do enfermeiro ao idoso na estratégia saúde da família. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 186-191, 2011.

RODRIGUES, M. A. et al. Uso de serviços básicos de saúde por idosos portadores de condições crônicas, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 604-612, 2009.

ROECKER, S.; BUDÓ, M. L. D.; MARCON, S. S. Trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: dificuldades e perspectivas de mudanças. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 641-649, 2012.

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.

ROSSET, I. et al. Tendências dos estudos com idoso mais velhos na comunidade: uma revisão sistemática (inter)nacional. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 258-264, 2011.

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.; COIMBRA, J. R.; CARDOSO, C. E. Saúde dos povos indígenas e políticas públicas no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

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

SI, D. et al. Aboriginal health workers and diabetes care in remote community health centres: a mixed method analysis. **MJA: The Medical Journal of Australia**, Townsville, v. 1885, no. 1, p. 40-45, 2006.

SILVA, A. C. A. P.; SILVA JÚNIOR, P. I. C. Para além de um estatuto: direitos e obrigações de velhos indígenas. In: CONGRESSO NACIONAL DO CONPEDI; CONSELHO NACIONAL DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO, 15., Manaus. **Anais...** Manaus: [s.n.], 2006.

SILVA, C. D. **Cotidiano, saúde e política**: uma etnografia dos profissionais indígenas. 2010. 285 f. Tese (Doutorado)-Programa de pós-graduação em Antropologia Social Instituto de ciências sociais. Brasília, DF, 2010.

SILVEIRA, R. S. et al. Etnoenfermagem como metodologia de pesquisa para a congruência do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 62, n. 3, p. 442-446, 2009.

TAVARES, D. M. S.; CÔRTEZ, R. M.; DIAS, F. A. Qualidade de vida e comorbidades entre os idosos diabéticos. **Revista de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 97-103, 2010.

TAVARES, F. G. **Epidemiologia da hipertensão arterial e níveis tensionais em adultos indígenas Suruí, Rondônia, Brasil**. 2010. 53 f. Dissertação (Mestrado)–Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 548-554, 2009.

VERAS, R. P. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. **Ciência, Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n.1, p. 231-238, 2012.

YARRY, S. J.; STEVENS E. K.; MCCALLUM, T. J. Cultural influences on spousal caregiving. **Generation**, [s. n], v. 31, n. 3, p. 24-30, 2007.

APÊNDICES

APÊNDICE A - CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

1. Nome da UBS _____ Data da Coleta ____/____/____

2. Data de Fundação da UBS _____

3. Nº equipes de saúde da família na unidade de saúde _____

4. Nº famílias atendidas pela ESF da unidade _____

5. População da área de abrangência da unidade _____

6. Estrutura física

6.1 Quantidade de salas

6.2 Descrição de cada uma delas

6.3 Recursos materiais

7. Encaminhamento

7.1 Processo de encaminhamento

7.2 Locais de referencia

7.3 Referência e contrarreferencia

8. Imunização

8.1 Calendário vacinal

8.2 Profissionais envolvidos

9. Medicamentos

9.1 Processo de administração

9.2 Medicamentos administrados

9.3 Profissionais envolvidos

10. Sistemas de informação

10.1 Quais existem

10.2 Quem atualiza

11. Exames

11.1 Quais são realizados

11.2 Quem colhe/Onde colhe

11.3 Laboratório

12. Atividades

12.1 Acolhimento

12.2 Administração

12.3 Agendamento

12.4 Assistência/ Consulta

Anotações _____

APÊNDICE C – ROTEIRO DA ENTREVISTA

1.1 Identificação do profissional

Data: ___/___/_____

Nome (Iniciais)_____ Idade_____

Sexo: () F () M Estado Civil: _____

Filhos: _____ Profissão: _____

Tempo de formação:_____ Tempo de serviço na TI:_____

Forma de contratação:_____ Carga horária:_____

Especialização () sim () não () não se aplica

Qual? _____

Trabalha em outro emprego? () sim () não

Qual: _____

Já trabalhou com saúde indígena antes? () sim () não

Onde? _____ Quanto tempo trabalhou? _____

Teve algum curso ou preparo específico para iniciar suas atividades profissionais na TI? ()

sim () não Qual? _____

Participa de cursos/treinamentos/capacitações para o trabalho na TI?

() sim () não

Com qual frequência? _____

Quando aconteceu o último? _____

1.2 Questões norteadoras

2. Como surgiu a oportunidade de trabalhar com os indígenas? E na T.I Faxinal?
3. Qual a diferença em trabalhar com a população indígena? E na assistência aos idosos têm alguma diferença? Por quê? Dê exemplos.
4. Como é realizada a assistência de saúde aos idosos Kaingang? Conte-nos sobre este processo.
5. Quais são as práticas de cuidado que a equipe realiza especificamente para os idosos Kaingang?
6. Existe alguma prática de cuidado que os idosos indígenas fazem para os casos de saúde-doença da sua família? Conte-nos alguma situação que presenciou.

7. Na sua prática profissional, ao realizar a assistência ao idoso indígena, você inclui as práticas de cuidado existentes nessa cultura? Como você faz isso? Conte-nos alguma situação em que isso ocorreu.
8. Como se dá o suporte de atendimento a saúde à essa população nos horários de fechamento da UBS? De que forma isso acontece, quais pessoas são envolvidas?
9. Aponte as dificuldades em trabalhar no serviço indígena. Exemplifique
10. Aponte facilidades em trabalhar no serviço indígena. Exemplifique
11. Conte-nos alguma experiência ruim neste serviço que marcou sua carreira profissional.
12. Conte-nos alguma experiência boa neste serviço que marcou sua carreira profissional.
13. Dê sugestões para melhoria deste serviço.

Observações

APÊNDICE D
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidá-lo a participar da pesquisa intitulada “*O cuidado profissional ao idoso Kaingang: uma análise da Terra Indígena Faxinal, Paraná, Brasil*”, que faz parte do curso de Pós-graduação em Enfermagem – Mestrado em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM) e é orientada pelo prof^ª Dr^ª Lígia Carreira.

O objetivo da pesquisa é Analisar a assistência do serviço de saúde aos idosos Kaingang da Terra Indígena Faxinal – PR, Paraná, Brasil. 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 à sua 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 as populações indígenas, bem como para fornecer elementos que poderão ser utilizados na formulação ou melhoria de projetos destinados a responder as demandas dessa população. Relevante, ainda, para melhorar a convivência dos profissionais de saúde com os indígenas, convidando-os a construir uma relação pautada a priori pelo reconhecimento da diferença e balizada na reciprocidade.

Caso você tenha mais dúvidas ou necessite 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 pelo Prof^ª Dr^ª Lígia Carreira.

Data: ____/____/____ _____

Assinatura

Eu, Leidyani Karina Rissardo, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto de pesquisa supra-nominado.

Data: ____/____/____ _____

Leidyani Karina Rissardo

Qualquer dúvida com relação à pesquisa poderá ser esclarecida com o pesquisador, conforme o endereço abaixo:
En^ª Leidyani Karina Rissardo, Rua Pirapó, 192, Aptp 06.

Telefone: (44) 3253-2960 Celular: (44) 98308581. Email: ka_rissardo@hotmail.com OU

Prof^ª Dr^ª Lígia Carreira, e-mail: ligiacarreira@hotmail.com Telefone: (44) 30318859

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 abaixo:

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

ANEXOS

ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA



CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE
COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER CONEP Nº 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 26, 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 Waidman, Maria Aparecida Salci, Cremilde Aparecida Trindade Radovanovic, José Henrique Rollo Gonçalves, Jessica Sereno Peixoto, Wilson Francisco de Oliveira, Caliope Pilger, Sonia Regina Luciano, Mayara Caroline Barbieri, Amanda Marques Padilha, Marielli Terassi, Viviane Sousa, Mayara Marçola 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.

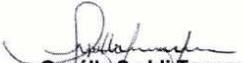
Cont. Parecer CONEP nº 760/2010

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