

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM

LILIANA PEREIRA COELHO

**A ENFERMAGEM E AS PRÁTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE
DO INDÍGENA IDOSO**

VITÓRIA
2016

LILIANA PEREIRA COELHO

A ENFERMAGEM E AS PRÁTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DO INDÍGENA IDOSO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, área de concentração: Organização e Avaliação dos sistemas de cuidados à saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Paulete Maria Ambrósio Maciel

Coorientadora: Prof.^a Dra. Leila Massaroni

VITÓRIA
2016

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Setorial do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do
Espírito Santo, ES, Brasil)

Coelho, Liliana Pereira, 1956 -
C672e A Enfermagem e as Práticas da Atenção à Saúde do Indígena Idoso /
Liliana Pereira Coelho – 2016.
90 f.

Orientador: Paulete Maria Ambrósio Maciel.
Coorientador: Leila Massaroni.

Dissertação (Mestrado Profissional de Enfermagem) – Universidade
Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Saúde de Populações Indígenas. 2. Idoso. 3. Cuidados de
Enfermagem. 4. Atenção Primária à Saúde. I. Maciel, Paulete Maria
Ambrósio. II. Massaroni, Leila. III. Universidade Federal do Espírito Santo.
Centro de Ciências da Saúde. IV. Título.

CDU: 61

LILIANA PEREIRA COELHO

A Enfermagem e as Práticas de Atenção à Saúde do Indígena Idoso

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito final para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem na área de concentração: Organização e Avaliação dos sistemas de cuidados à saúde.

Aprovada em 19 de Outubro de 2016.

COMISSÃO EXAMINADORA



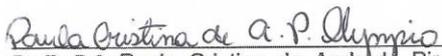
Prof^a Dr^a. Paulete Maria Ambrosio Maciel
Universidade Federal do Espírito Santo
Orientador



Prof^a. Dr^a. Leila Massaroni
Universidade Federal do Espírito Santo
Co Orientador



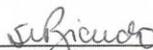
Prof^a. Dr^a. Lavinia Santos de Souza Oliveira
Universidade Federal de São Paulo
Membro Externo



Prof^a. Dr^a. Paula Cristina de Andrade Pires
Olympio
Membro Interno



Prof^a. Dr^a. Maria Carlota Coelho Resende
Escola Superior de Ciências da Santa Casa
de Misericórdia de Vitória
Suplente Externo



Prof^a Dr^a Sheila Diniz Silveira Bicudo
Universidade Federal do Espírito Santo
Suplente Interno

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho aos índios Tupiniquim e Guarani do Espírito Santo, pela oportunidade da convivência ao longo dos últimos 11 anos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela presença em minha vida. Um agradecimento especial à minha família, João Marçal pelo amor, e companheirismo, meus filhos Mariana, Renan e Silvia e minha nora Katharina, pela presença em minha vida.

Às minhas amigas Regina Mesquita e Neidil Spíndola da Costa, pelos anos de convivência, amizade e estímulo.

Aos colegas e amigos da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Espírito Santo que me acolheram nas questões do envelhecimento.

Aos professores do Programa de Pós Graduação de Enfermagem da UFES, em especial à Professora Paulete Maria Ambrósio Maciel, minha orientadora, que me guiou com profissionalismo, dedicação e paciência e Professora Leila Massaroni, minha coorientadora pelas grandes contribuições.

Meus agradecimentos também aos professores Maria Helena Costa Amorim, Denise Silveira de Castro, Eliana Zandonade, Cândida Caniçalli Primo, Karla de Melo Batista, Maria Edla de Oliveira Bringuente, Paulete Maria Ambrósio Maciel, Mirian Fioresi, Márcia Valéria de Souza Almeida, Marluce Miguel de Siqueira, Eliane Lima, Roseane Vargas Rhor, Túlio Martins de Figueiredo com os quais pude conviver e apreender ensinamentos preciosos.

Às professoras Lavínia Santos de Souza Oliveira, Maria Carlota Coelho Resende, Paula Cristina de Andrade Pires Olympio e Sheila Diniz Silveira Bicudo, que como membros da comissão examinadora contribuíram para a qualidade do meu trabalho e meu aprendizado.

Aos colegas de turma do mestrado, Juliana, Soraia, Hercules, Vivian, Gabriela e Priscila pela amizade que construímos juntos no percurso.

Aos funcionários do Departamento de Enfermagem/ PPGENF, em especial Diana e Leo, pela acolhida nos momentos difíceis.

Aos povos indígenas, e profissionais da Saúde Indígena pela participação, cooperação e contribuição grandiosa para a realização dessa pesquisa.

Enfim, a todos que de uma forma ou de outra estiveram comigo durante essa travessia.

COELHO, Liliansa Pereira. **A enfermagem e as práticas de atenção à saúde do indígena idoso.** Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo. 2016.

RESUMO

O Brasil apresenta uma pluralidade étnica, abrigando em seu território um grande contingente de cidadãos com histórias sócio-culturais peculiares. Este povo e suas histórias são provenientes de outras partes do continente, do exterior deste, ou são nativos da região. A população indígena está distribuída nesta enorme extensão territorial, trazendo questões interculturais bastante desafiadoras. Demograficamente, a população indígena brasileira é estimada em 896.917 pessoas, o que corresponde aproximadamente a 0,47% da população total do país. São 305 etnias que falam mais de 274 línguas identificadas. Nas terras indígenas de Aracruz no Espírito Santo, existem 3.654 indivíduos, distribuídos em duas etnias: Guarani *Mbyá* com 248 pessoas e os povos Tupiniquim com aproximadamente 3.406 pessoas. Neste contexto, registram-se aproximadamente 178 pessoas com sessenta anos ou mais, o que corresponde a 5% da população indígena adstrita nas duas etnias. Assim os objetivos dessa pesquisa são: Compreender as práticas de cuidado a saúde realizadas pelos enfermeiros aos indígenas idosos, e identificar os desafios da implementação das ações de atenção à saúde do indígena idoso.

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, exploratória com características descritivas. A coleta de dados foi realizada através de entrevistas semi-estruturadas com uma amostra de cinco enfermeiros da saúde indígena. Todo o material produzido foi submetido à análise de temática, conforme proposto por Minayo (2013) que permitiu a construção de quatro categorias temáticas: A formação profissional; a atuação profissional em terras indígenas; a abordagem transcultural e o olhar gerontológico. Os resultados apontaram que a formação acadêmica de enfermagem, é alicerçada por uma matriz curricular com conteúdos que abordam procedimentos técnicos, muitas vezes deixando reduzido, ou inexistindo espaço para a discussão sobre o indígena e a pessoa idosa. O grande desafio dos profissionais de saúde é o de prestarem assistência aos indígenas idosos, transitando no espaço desta diversidade cultural expressa através das línguas, cores, costumes; a saber, culturas cujos atores convivem diariamente, enfrentando o desafio da comunicação intercultural, da história, e da visão de mundo entre outros fatores. O respeito à premissa do cuidado cultural constituído por valores e crenças

que auxiliam o indivíduo ou grupo a manter o bem-estar, deve constituir uma importante base para a enfermagem desenvolver o cuidado gerontológico, favorecendo o planejamento das ações nas experiências do indivíduo e também do profissional.

Concluimos que o enfermeiro na atenção básica, em sua atuação nas Unidades Básicas de Saúde Indígena (UBSI) ainda possui conhecimento impreciso sobre a necessidade do indígena idoso, pois as ações se restringem a atividades previstas nos programas do Ministério da Saúde (MS), como por exemplo, a dos grupos de hipertensos e diabéticos dentre outros. Tais programas não respondem à complexidade dos determinantes do processo saúde-doença do indígena idoso, uma vez que ainda são realizados de forma padronizada, vertical e prescritiva, modulados por fatores de ordem biológica, psicológica, econômica e política; sem, no entanto, atender ao aspecto da cultura indígena. É essencial que o enfermeiro compreenda a realidade onde atua e reflita sobre sua prática, para que possa atender de forma integral o indígena idoso, planejando e programando as ações para lidar com as questões do processo de envelhecimento, e buscando sempre o máximo de autonomia dos usuários – a partir do conhecimento dos hábitos de vida, e valores culturais, éticos e religiosos dos idosos, de suas famílias e da comunidade.

Palavras-chave: Saúde Indígena; Idoso; Cuidados de Enfermagem; Atenção Básica.

ABSTRACT

Brazil has an ethnic plurality that holds a large number of people with unique socio-cultural stories in its territory. These stories and people, descend from other parts of the continent, other continents, or are even natives. The indigenous population is distributed in all its territorial extension, bringing quite challenging intercultural questions. Demographically speaking, the Brazilian indigenous population is estimated at 896.917 people, corresponding to approximately 0.47% of the Brazilian population. This percentage owns 305 ethnic groups speaking more than 274 languages identified. At Espírito Santo State, inside Aracruz County indigenous lands, there are 3654 individuals, distributed in two ethnic groups: Guarani *Mbya*, with 248 people, and Tupiniquim folks counting around 3406 people. In this context, there are 178 people beyond sixty years old – corresponding to 5% of indigenous folks surrounding these two ethnic groups. The outlined research objectives are to understand the health care actions focused on elderly indigenous health that are performed by the nurses; and to identify the challenges of implementing these actions.

This study got an exploratory and qualitative research approach, with descriptive characteristics. The data gathering was performed by semi structured interviews, counting with a sampling of five nurses from indigenous health care. All produced material was submitted to a thematic content analysis proposed by Minayo (2013) that allowed the building of four content categories: professional formation, professional performance in indigenous lands, the cross-cultural approach and gerontological sight. The inferences pointed that curricular emphasis on academic nurse-training, was grounded only at technical procedures, reducing, or even don't deliberating elderly or indigenous health-treatment approach. The big challenge to health professionals is to provide assistance to elderly indigenous folks, in a way that guarantee their diversity of cultural expressions from languages, colors, habits – for sure, the culture which exposes this professionals to a daily intercultural challenge that goes from history to world interpretation, besides other factors. The respect for the cultural care rules, founded by values and beliefs that provide support to the individual or group well-being, must be the basis for gerontological care in nursing development. It must foment the action planning in the experiences from both individual and health care professional.

We conclude that during their action at Basic Indigenous Health Units (UBSI), the basic health care indigenous nurses do not have a satisfactory knowledge about the elderly indigenous necessities. The actions are restricted to the planned activities of Health Department programs, like (between others) the diabetic or hypertensive groups procedures, for instance. These programs do not fulfill the complexity of the health-illness process agents for elderly indigenous, since that they are performed in a restricted pattern, a prescriptive and vertical one. These programs behave with biologic, psychologic, economic and political factors; but they don't attend the cultural aspect of indigenous culture. For nurses, it is high priority the understanding about the environment reality where they work. In this way they can think about their exercise, and to attend the elderly indigenous in a complete way, planning and scheduling actions to deal with the aging process issues, always searching for user's total autonomy, knowing their habits, the cultural, ethical and religious values that the elderly indigenous, their families, and the whole community incorporate.

Keywords: Indigenous Health; Old man; Nursing care; Basic Attention.

LISTA DE SIGLAS

AIS – Agente Indígena de Saúde
AITG – Associação Indígena Tupiniquim Guarani
CASAI – Casa de Apoio à Saúde do Índio
DSEI – Distrito Sanitário Especial de Saúde Indígena
DSEIMG-ES – Distrito Sanitário Especial Indígena Minas Gerais - Espírito Santo
EMSI – Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena
FUNAI – Fundação Nacional do Índio
FUNASA – Fundação Nacional de Saúde
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
PDSI – Plano Distrital de Saúde Indígena
PNAB _ Política Nacional de Atenção Básica
PNAD – Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios
PNI – Política Nacional do Idoso
PNSI – Política Nacional de Saúde do Idoso
PNSPI – Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PNASPI – Política Nacional de Atenção a Saúde dos Povos Indígena
SEL – Serviço de Escritório Local
SESAI – Secretaria Especial de Saúde Indígena
SIASI – Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena
SISVAN I – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional indígena
SASI SUS – Subsistema Atenção à de Saúde Indígena
SUS – Sistema Único de Saúde
TI – Terra Indígena
TLCE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBSI – Unidade Básica de Saúde Indígena
UFES – Universidade Federal do Espírito Santo

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	09
1.1. Uma aproximação com a temática do estudo.....	09
2. REVISÃO DA LITERATURA	13
2.1. Considerações sobre o Envelhecimento Populacional.....	13
2.2. A Política de Atenção à Saúde do Idoso.....	14
2.3. A Política Indigenista no Brasil.....	17
2.3.1. Resgate Histórico do Indígena no ES	24
2.3.2. Aspectos Epidemiológicos da População Indígena do DSEIMG-ES.....	29
2.3.3. A assistência á saúde dos povos indígenas no ES.....	31
2.4. A Política de Atenção Básica.....	34
2.5. A Enfermagem frente aos Conceitos de Cuidado e Cultura.....	35
3. ASPECTOS METODOLÓGICOS	37
3.1. Tipos de Estudo.....	37
3.2. Local do Estudo.....	38
3.3. Participantes.....	39
3.4. Coleta de Dados.....	39
3.5. Análise e Interpretação dos Dados.....	41
3.6. Aspectos Éticos.....	42
4. RESULTADO E DISCUSSÃO	42
4.1. Produto 1- Artigo.....	44
4.2. Produto 2 - Workshop	73
5. CONSIDERAÇÕES DO ESTUDO	75
6. REFERÊNCIAS	77
Apêndice A - Termo de consentimento institucional.....	85
Apêndice B - TCLE.....	86
Apêndice C - Instrumento de coleta de dados.....	88
Anexo A - Parecer consubstanciado do CEP.....	89

1. INTRODUÇÃO

1.1. Uma aproximação com a temática do estudo

O objeto do presente estudo versa sobre a saúde do indígena idoso, residente nas terras indígenas do Espírito Santo. O interesse pela temática é fruto da minha inserção profissional na área – uma vez que de 1999 a 2010 vivenciei a assistência ao indígena como enfermeira servidora da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), e desde então ao momento presente, na Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI).

No desenvolvimento das atividades profissionais, tenho percebido o desafio de estar num contexto distinto ao urbano, com dificuldades de acesso e de comunicação pelas diferenças socioculturais, pela concepção de saúde nas diversidades e pelas especificidades do cuidado. Este contexto, envolto nos princípios das políticas públicas de saúde indígena, provoca em mim profunda inquietação para melhor compreensão dessa realidade. Minha atuação vem sendo perpassada por diversas funções técnicas e administrativas no acompanhamento das ações de saúde da população indígena do ES. Desde o processo de implantação e estruturação do Subsistema de Saúde Indígena do Sistema Único de Saúde (SASI/SUS), atuei como responsável pela implantação do Sistema de Informação de Vigilância Alimentar e Nutricional Indígena (SISVAN I) no Espírito Santo. Em 2009 participei, do primeiro Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos povos indígenas num consórcio entre a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e o Institute of Ibero-american Studies/Suécia – e na ocasião foi possível constatar também a existência de indígenas idosos com limitações decorrentes do processo de envelhecimento nas aldeias do estado.

Considero relevante registrar que, em 2005 iniciei minha participação na Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, no Espírito Santo (SBGG-ES), onde por iniciativa própria, desenvolvi atividades voltadas para a saúde do idoso, no intuito de me adequar às demandas contemporâneas do cuidado a esse grupo etário. Sendo a SBGG uma associação civil, sem fins lucrativos, com objetivos de congregar profissionais de nível superior com interesse pela Geriatria e Gerontologia, e que apoia e estimula o desenvolvimento e a divulgação do conhecimento científico na área do envelhecimento, pude participar do Conselho

Estadual de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa do Espírito Santo, como conselheira presidente na gestão de 2009 a 2011; e em 2014, titulada gerontóloga após aprovação em prova de títulos. Nesse contexto, congrega-se a minha inserção nas questões do envelhecimento aliada às especificidades do indígena nas aldeias de Aracruz, que me possibilitaram um olhar diferenciado perante o indígena idoso.

No Brasil, os povos indígenas têm os direitos territoriais e especificidades étnicas e culturais reconhecidos na Constituição Federal de 1988. Nela os artigos 231 e 232 abordam a organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e garantem o direito sobre as terras tradicionalmente ocupadas, delegando à União, a demarcação e proteção; e ao Ministério Público a defesa em juízo das referidas terras. No âmbito da saúde, o art. 197 define como responsabilidade do poder público, a regulamentação, fiscalização e controle das ações e serviços, sendo responsabilidade do Ministério da Saúde a elaboração de uma política de saúde para os povos indígenas – como parte integrante da política nacional de saúde (BRASIL, 1988). O conjunto de ações e serviços de saúde sob a responsabilidade de órgãos e instituições públicas das três esferas de governo de administração (direta e indireta); e das fundações mantidas pelo Poder Público, fundamentam o Sistema Único de Saúde (SUS), instituído através da Lei 8080 de 19 de setembro de 1990 – denominada Lei Orgânica de saúde (BRASIL, 1990).

Em 1999, a Lei 9.836 institui o Subsistema de Saúde Indígena como componente do SUS, para executar as ações e serviços de saúde. Estes são voltados ao atendimento coletivo ou individual, descentralizado, hierarquizado e regionalizado das populações indígenas no território nacional; baseando-se na distritalização e manutenção das especificidades étnico-culturais (BRASIL, 1999). Contudo, somente em 2002 o Ministério da Saúde cria e aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, através da Portaria nº 254 de 31 de janeiro de 2002, para elaborar e a readequar os programas e atividades conforme as diretrizes definidas para os povos indígenas (BRASIL, 2002).

Para que se desenvolvam ações de planejamento, orçamento e gerenciamento de assistência à saúde do indígena na área da atenção básica, a legislação propõe a construção de um Plano Distrital de Saúde Indígena (BRASIL, 1990). Cabe ressaltar que a política de saúde indígena visa atender a população indígena aldeada. São considerados aldeados, os indígenas que residem em agrupamentos localizados em Terras Indígenas e assistidos de forma diferenciada

pelos órgãos governamentais (BRASIL, 1973). Segundo Martins (2013), são poucos os estudos que traçam uma análise da prática assistencial, ou dos percursos que levaram à configuração atual da saúde indígena – apesar da política de atenção à saúde dos povos indígenas datar de 2002.

Numericamente, a população indígena brasileira é conhecida a partir do senso demográfico de 1990, quando é abordada a metodologia da auto declaração. Recentemente no censo de 2010, foram acrescentadas a investigação de etnia, língua falada, e terra indígena como local de residência; propiciando o conhecimento atualizado mais específico acerca dos inúmeros povos indígenas aldeados e não aldeados. Estes configuram uma população de 896,917 mil indígenas – correspondendo a 0,43% da população brasileira (IBGE, 1990; 2010). Também são contabilizadas no território nacional 688 terras indígenas, que abrigam cerca de 310 etnias e 274 línguas faladas; caracterizadas por histórias distintas – oriundas das diferentes cosmologias, narrativas próprias, contextos sociais, ambientais, econômicos e políticos de acordo com as regiões do país em que se situam (BRASIL, 2016; IBGE, 2010).

No que concerne ao contingente populacional de idosos entre os povos indígenas, os dados estatísticos são pouco conhecidos; assim como as informações epidemiológicas são incipientes quando comparadas ao contexto geral do Brasil, que conta com aproximadamente 11% de idosos na população total, e uma estimativa de chegar a 20% nos próximos trinta anos (IBGE, 2010). Segundo os dados da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios, constata-se na população indígena residente, especificada por sexo e grupos de idade, o aumento da idade média e da longevidade, representando uma estrutura etária em processo de envelhecimento (IBGE, 2010). Para Camarano e Kanso (2011), o envelhecimento populacional é também um desafio para as políticas públicas, porque interfere no processo de desenvolvimento socioeconômico e requer distribuição uniforme dos recursos como requisito para garantia de direitos e responsabilidades sociais da população que envelhece.

Considerando que idosa é toda pessoa com idade superior a sessenta anos, e para que tenha assegurado os direitos sociais e as condições para promoção da sua autonomia, integração e participação na sociedade, o governo federal sancionou a Lei 8.842/1994, que também cria a política e o Conselho Nacional do Idoso, cuja função é o acompanhamento, a fiscalização e a avaliação da política nacional do

idoso, no âmbito das respectivas instâncias político-administrativas (BRASIL, 1994). Posteriormente, através da Portaria nº 2.528 de 19 de Outubro de 2006, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) atualiza as diretrizes adotadas, priorizando a abordagem profissional de enfrentamento da autonomia do idoso (BRASIL, 2006e). Insere-se assim, o segmento idoso da população indígena no contexto das políticas de saúde da pessoa idosa; sendo a organização da saúde indígena um componente do SUS que garante ao indígena idoso além da abordagem profissional no enfrentamento da autonomia, o respeito às especificidades culturais próprias de cada povo no contexto da atenção básica de saúde (BRASIL, 2002). A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) proposta pela Portaria nº 650/GM de 28 de março de 2006, foi orientada pelos princípios e diretrizes do Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, como parte de um processo de reconstrução de valores e redefinição dos princípios gerais, que adotam a Estratégia de Saúde da Família aos preceitos do SUS (BRASIL, 2006f).

No Brasil, pode-se dizer que as políticas públicas avançaram enquanto discurso estatal, no reconhecimento dos direitos ao acesso a bens e serviços. Porém, na prática, pouco se avançou na efetivação e destinação de serviços de qualidade (MACIEL, 2002). Consideramos que o envelhecimento populacional pode ter suscitado a implantação de ações governamentais, no enfrentamento do desafio de produzir políticas de saúde que respondam às necessidades das pessoas idosas.

Neste contexto, buscamos uma interferência da abordagem cultural no cuidado ao indígena em processo de envelhecimento, através dos conceitos de cuidado e de cultura na concepção de Leininger, (1985). A autora considera como cuidado ações, atitudes e práticas de assistência ao indivíduo em busca da cura ou da promoção do bem-estar; ao passo que a cultura se refere aos valores, as crenças e modo de vida de uma determinada sociedade – que são apreendidos, compartilhados e transmitidos entre as gerações, podendo influenciar os pensamentos, as decisões e as ações. A interdependência e a influência existentes entre o cuidado e a cultura inserem o profissional na busca do conhecimento sobre a cultura do indivíduo cuidado, e as formas de cuidar – direcionando a prática aos padrões, estilos de vida, crenças e valores culturais. Considera-se o indivíduo como participante do planejamento e das ações do seu próprio cuidado (LEININGER; MCFARLAND, 2006).

A partir dessa abordagem das formas de cuidar interdependente às crenças e valores culturais, evidencia-se no contexto das políticas públicas dos povos indígenas e da pessoa idosa – a importância do olhar gerontológico na saúde indígena, que nos leva aos questionamentos embasadores deste estudo: Quais são as práticas de cuidado realizadas pelos profissionais de saúde ao idoso das terras indígenas localizadas no Espírito Santo? De que forma as ações de atenção à saúde do idoso vêm sendo realizadas pelos enfermeiros junto aos indígenas? O Plano Distrital de Saúde Indígena (PDSI) 2012-2015 é utilizado como instrumento orientador para assistência ao indígena idoso? Quais são as facilidades e dificuldades dos profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros, para realizarem essas práticas de cuidado?

De acordo com os questionamentos acima descritos, o estudo tem como objetivo compreender as práticas de cuidado dos enfermeiros aos indígenas idosos; e identificar os desafios para a prática de cuidado junto aos indígenas idosos nas terras indígenas de Aracruz - Espírito Santo, Brasil. Como relevância desse estudo, destacamos: a abordagem do envelhecimento populacional no seu contexto real, com foco na situação específica das práticas de cuidado para a população; a perspectiva de reflexão sobre a construção do cuidado diferenciado culturalmente na atenção básica; a importância das relações culturais na velhice do indígena como um dos caminhos para realizar uma assistência de qualidade; e o estímulo à produção científica voltada para a prática de trabalho da equipe multidisciplinar de saúde indígena, como forma de avaliar o cumprimento das políticas públicas de saúde. Evidenciamos também que ao se fazer o levantamento bibliográfico com abordagem no cuidado ao indígena idoso, na perspectiva da atenção básica, a escassez de estudos com abordagem do idoso nos levou a apresentar os aspectos relacionados à população indígena como um todo.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. Considerações sobre o Envelhecimento Populacional

O envelhecimento populacional é uma realidade para todos e independe de classe gênero ou etnia, os quais se destacam como característica comum na dinâmica demográfica da grande maioria dos países de todo o mundo (MINAYO, 2013). Nos

países desenvolvidos, o processo de envelhecimento populacional se beneficiou de sistemas de proteção social adequados devido às condições socioeconômicas favoráveis adquiridas (CAMARANO; KANSO, 2011). Ainda segundo as autoras, o envelhecimento populacional é considerado uma conquista social do século XX, e representa um desafio para as políticas públicas porque interfere no desenvolvimento econômico e social do país, exigindo dos governantes a distribuição homogênea dos recursos e a consideração desse grupo etário; para que se garantam a estabilidade econômica, os direitos e as responsabilidades sociais no segmento do idoso.

No caso do Brasil, o envelhecimento populacional tem início no período industrial, quando as políticas desenvolvimentistas além de estimularem o crescimento urbano, contribuíram para a redução da mortalidade infantil e aumento da expectativa de vida pós-natal, conforme mostram os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) (IBGE, 2010). O território nacional detém uma população indígena étnica e culturalmente diversificada, que representa 0,4% da população brasileira e vivencia um processo de envelhecimento menos acelerado, conforme observado na comparação dos dados do ano 2000 com 61 mil idosos, chegando a 72 mil em 2010 (IBGE, 2000, 2010).

No contexto do envelhecimento populacional, Minayo e Coimbra (2002) destacam que o processo de envelhecimento é vivido de forma diferenciada por cada pessoa, e de acordo com a história de vida, classe, o gênero e a etnia; somando a sua relação com a saúde, a educação e as condições econômicas. Para Heck et Langdon (2008), as variações presentes na saúde do indígena idoso são coniventes com uma visão de mundo abrangente – compartilhada através das práticas, crenças e valores dentre os diferentes grupos sociais; que devem ser entendidos pelos profissionais da assistência sob as diretrizes da política de saúde do Idoso – considerando o modelo assistencial proposto para os povos indígenas, em que o respeito às diversidades étnicas e culturais deve compreender todos os níveis de atenção. (BRASIL, 2006, 2002). Entretanto, mesmo diante do crescente e acelerado quadro de envelhecimento populacional brasileiro, poucos são os estudos realizados sobre as condições de vida e situação de saúde dos povos, em especial os indígenas (CAMARANO; KANSO, 2011).

2.2. A Política de Atenção à Saúde do Idoso

Para respaldar de forma legal e normativa a garantia dos direitos sociais do crescente segmento populacional que tem início no período industrial do país, foi aprovada em 1994 a política nacional do Idoso (BRASIL, 1994). Ela define princípios e diretrizes que visam contribuir para a promoção da autonomia do idoso, sua integração e convívio na sociedade, e ainda reafirma o direito à assistência de saúde em instância municipal, estadual e federal do atendimento no Sistema Único de Saúde. Para operacionalização dos direitos, são definidas ações de organização e gestão nas áreas de promoção, assistência social, saúde e educação, trabalho e previdência social, habitação e urbanismo, justiça, cultura, esporte e lazer. Complementarmente, a estrutura consolidada pela política apresenta orientações quanto à prestação de serviços, capacitação dos recursos humanos na geriatria e gerontologia, incentivo às pesquisas voltadas para o envelhecimento humano, e a formulação e implantação de um sistema de informação específico para o acompanhamento e avaliação da assistência ao idoso. No sentido de adequar as responsabilidades institucionais no alcance desses propósitos da Política Nacional do Idoso, o Ministério da Saúde estabelece a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, através da Portaria nº 1395/99 (BRASIL, 1999b). É uma política de saúde voltada para a pessoa idosa, que enfatiza a promoção do envelhecimento saudável, a preservação da autonomia, integridade física e moral, e o uso da epidemiologia como critério na definição de prioridades da assistência integral à saúde do idoso.

Nesse sentido, são direcionados o planejamento, programas, projetos e atividades do ministério da saúde para num esforço conjunto com a sociedade, promover o atendimento da pessoa idosa no âmbito do SUS, culminando com a criação de redes para atendimento da pessoa idosa em hospitais gerais e centros de referência em assistência pelas portarias GM/MS nº 702/2002 e SAS/MS nº 249/2002 (BRASIL, 1999b; 2002). É importante ressaltar que no contexto de implantação da política de saúde do idoso, o surgimento do Estatuto do Idoso reafirma a garantia dos direitos da pessoa idosa, e da atenção integral à saúde do idoso pelo SUS em todos os níveis de atenção a saúde – com a devida abrangência das doenças típicas do envelhecimento (BRASIL 2003).

Contudo é somente a partir do Pacto pela Saúde (2006) que se desencadeia uma série de proposições que sugerem a atualização da política nacional de saúde do idoso, culminando na portaria nº 2.528 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006e).

Considera-se Pacto pela Saúde, as diretrizes definidas e oficializadas pelo Ministério da Saúde que contemplam o âmbito da vida, em Defesa do SUS, e da Gestão em que a saúde do idoso passa a ser priorizada e pactuada nas três esferas de gestão através da Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006 (BRASIL, 2006e; 2006f). A grande ênfase dessa nova portaria em relação à Portaria Ministerial nº 1.395/99 é a formulação das políticas de saúde para o segmento idoso com base na discussão de um novo paradigma que relacionado às especificidades da condição funcional do idoso: a fragilidade, a dependência e independência, propondo ações específicas e respectivas a cada uma delas. Ademais, os princípios da nova Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa estão baseados na participação, ocupação e convívio do idoso nos diversos segmentos, com ações de gestão abrangentes às áreas de promoção, assistência social, saúde, educação, trabalho e previdência social, habitação e urbanismo, justiça, cultura, esporte e lazer nos três níveis de governo (BRASIL, 2006e). São as diretrizes propostas:

A promoção do envelhecimento ativo e saudável; A atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa; Estímulo às ações inter setoriais, visando à integralidade da atenção; Provimento de recursos capazes de assegurar a qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; Estímulo à participação e fortalecimento do controle social; Formação e educação permanente dos profissionais de saúde; Divulgação e informação para profissionais de saúde; gestores e usuários do SUS; Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL, 2006e p.24).

Em consequência, a avaliação funcional individual e coletiva passa a ser instrumento gerencial no levantamento de dados sobre a capacidade funcional e social dos idosos e familiares. Através da avaliação funcional coletiva se determina a pirâmide de risco funcional, que servirá como critério para prioridade da assistência nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de cada município. Assim, os indivíduos idosos que apresentem alguma dificuldade nas atividades instrumentais de vida diária (AIVD) como preparar refeições, controlar a própria medicação, fazer compras, controlar o próprio dinheiro, usar o telefone, fazer pequenas tarefas como reparos domésticos, e utilizar o transporte coletivo, são considerados idosos com potencial para desenvolver fragilidade – e por isso merecerão atenção específica dos profissionais de saúde devendo ser acompanhados com maior frequência (BRASIL, 2006e). Pode-se dizer que na assistência integral à saúde da pessoa idosa, as

ações estão norteadas pelo enfrentamento de fragilidades presentes no âmbito da promoção da saúde e da integração social em todos os níveis da atenção; considerando-se a articulação intersetorial para o compartilhamento de responsabilidades, e viabilizando a sistematização de um processo contínuo no acompanhamento e na avaliação dos impactos sobre a saúde dos idosos.

Destacam-se como as ações de maior impacto à política implantada, o provimento de insumos, o suporte na atenção domiciliar, a adequação de estrutura física dos serviços próprios do SUS; a qualificação e a capacitação de recursos humanos; a produção de material de divulgação com informativos; normas técnicas e operacionais; e os protocolos e manuais para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS com implementação de procedimento ambulatorial para a avaliação global do idoso (BRASIL, 2006e). Pode-se dizer que após dez anos de implantação da política, as orientações preconizadas continuam atuais. Contudo, observam-se lacunas entre as ofertas da atenção básica e as demandas da população idosa atual, possibilitando o vislumbre de desafios como o cuidado integral, o acesso, e a construção de redes de atendimento (BRASIL, 2014).

2.3. A Política Indigenista no Brasil

No Brasil, as primeiras ações indigenistas surgiram para proteger as populações indígenas do contato com não índios caracterizados por fazendeiros, madeireiras, mineradoras, e agroempresas. Este contato se deu, sobretudo na fase de expansão econômica do país em 1910. A salvaguarda era feita através do Serviço de Proteção ao Índio e Localização de Trabalhador Nacional (SPILTN), posteriormente denominado Serviço de Proteção ao Índio (SPI), vinculado ao Ministério da Agricultura (BRASIL, 2016). Entende-se por “indigenismo” as intervenções realizadas pelo governo republicano, com o intuito de monopolizar a questão da proteção e assistência aos indígenas, tentando a incorporação nacional dos povos indígenas na qualidade de agricultores civilizados e atuantes tanto na produção de alimentos quanto na defesa das fronteiras nacionais através da ocupação (RIBEIRO, 1982; LIMA, 2002). Foi caracterizada no Código Civil brasileiro de 1916, a inferioridade dos povos indígenas, quando se instituiu a tutela destes pela incapacidade de compreender seus direitos e de responder juridicamente por seus atos, cabendo ao órgão indigenista a representatividade

judicial dos grupos étnicos e a gestão financeira e administrativa dos bens e recursos naturais disponíveis nas terras indígenas (BRASIL, 1916). Segundo Garnelo, Macedo e Brandão (2003), as ações indigenistas incluíam o indígena no mais alto patamar de evolução da sociedade brasileira, possibilitando assim o uso de suas terras para a produção nacional.

No entanto, foram tantas as dificuldades do órgão indigenista na defesa dos direitos indígenas, que em busca de melhorias, o SPI foi substituído pela FUNAI em 1967 – mas, manteve-se a figura jurídica da tutela, caracterizando o caráter vertical e pouco participativo por parte dos indígenas (LIMA, 2002). Coube ainda à FUNAI, elaborar o Estatuto do Índio, com vistas a garantir o direito à proteção da saúde nas mesmas condições da população nacional; e ao regime geral da previdência social, através da Lei nº 6.001, em dezembro de 1973 (BRASIL, 1973). A criação do Estatuto do Índio teve como objetivo preservar a cultura e integração dos povos indígenas frente à comunidade nacional. Sua base era fundamentada nas competências para a preservação de direitos civis e políticos das comunidades indígenas nas três esferas de governo, apoiando a manutenção do regime tutelar aos indígenas não integrados a comunhão nacional, definindo as diretrizes para o registro civil, as condições de trabalho, as terras dos índios, as terras ocupadas, as áreas reservadas, a defesa das terras indígenas, e os bens e a renda do patrimônio indígena – além da educação, cultura e saúde, delimitando normas penais e crimes contra índios (BRASIL, 1973).

Houve pouca modificação na assistência à saúde indígena desde o período colonial. As dinâmicas eram feitas de forma simplista por Equipes Volantes de Saúde (EVS) da FUNAI, através de deslocamentos periódicos até as aldeias para atendimento dos indígenas doentes (BRASIL, 2016). Contudo, em 1980 ocorre o reconhecimento dos direitos territoriais dos povos indígenas e das especificidades étnicas e culturais garantidas na Lei Orgânica de Saúde, e posteriormente na Constituição Federal de 1988:

São reconhecidos aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os seus bens. Artigo 231 da Constituição Federal [...]
Os índios, suas comunidades e organizações são partes legítimas para ingressar em juízo em defesa de seus direitos e interesses, intervindo o Ministério Público em todos os atos do processo. Art. 232 da Constituição Federal (BRASIL, 1988 p.146-147).

Mesmo assim, as práticas visivelmente ineficazes e de alto custo do modelo campanhista vertical, se mantiveram até a transferência da gestão da saúde indígena para o Ministério da Saúde em 1999 (GARNELO, MACEDO, BRANDÃO, 2003).

Os avanços na elaboração de uma política de saúde para atender as especificidades dos povos indígenas, tiveram um marco histórico recomendando a I Conferência de Saúde Indígena na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986; que por sua vez também recomendou a criação de um modelo descentralizado de serviços e recursos, com respeito às diferenças culturais e práticas tradicionais de cada grupo indígena, sob a gestão do Ministério da Saúde, (BRASIL, 1986; LANGDON, 1999). Segundo Bertolani (2008), a PNASPI representa a ruptura de paradigmas no quadro da política indigenista brasileira, quando possibilita a participação dos povos indígenas em todas as etapas do processo de construção da assistência à saúde. O princípio que permeia todas as diretrizes da PNASPI é o respeito às concepções, valores, e práticas relativas ao processo saúde-doença próprio de cada sociedade indígena. A articulação das ações de saúde com esses saberes e práticas, deve ser estimulada para a obtenção da melhoria do estado de saúde dos povos indígenas (BRASIL, 2002).

Cabe aqui, esclarecer que em 1991, a responsabilidade pela saúde indígena foi transferida da FUNAI para a FUNASA, momento em que a qualidade dos serviços se mostrava inadequada e insuficiente quanto à organização e custeio. (BRASIL, 1991). Com tal mudança, iniciou-se uma disputa política entre as duas instituições, gerando um retardo no processo de distritalização que perdurou até 1999, com a promulgação da Lei nº 9.836 de 23 de setembro de 1999, que institui o Subsistema de Saúde indígena (SASI- SUS) no âmbito do SUS sob a gestão da FUNASA/MS (BRASIL, 1999a).

É somente a partir da II Conferência Nacional de Saúde Indígena, realizada em 1993, que iniciou a discussão sobre organização de um sistema de Saúde Indígena que adeque o atendimento específico às realidades socioculturais peculiares a essa população (BRASIL, 1993) – um modelo de atenção à saúde com características descentralizadas de serviços e recursos, sob a gestão do Ministério da Saúde/FUNASA, implantado a partir de 1999. Assim, para a efetivação do modelo proposto, a FUNASA inicia a construção da rede de serviços baseando-se na proposta de Distritos Sanitários e Polos base; focando na atenção primária,

complementada pelos serviços de referência do SUS para a alta e média complexidade: o subsistema de atenção à saúde indígena (BRASIL, 1999a).

A característica descentralizada teve como base os 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), organizados de acordo com os critérios de distribuição das terras indígenas e especificidades entre os diferentes povos, obedecendo à distribuição demográfica tradicional e o perfil epidemiológico. Formou-se assim uma rede de atenção básica de saúde hierarquizada, integrada e articulada com a rede do SUS dentro das áreas indígenas (BRASIL, 1999a, 2002). No processo de estruturação da distritalização, foi necessário além da preparação de recursos humanos com foco no contexto intercultural da saúde, ações de monitoramento, articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde, promoção do uso adequado e racional de medicamentos, ações específicas em situações especiais de promoção da ética na pesquisa envolvendo comunidades indígenas, de promoção de ambientes saudáveis, de proteção da saúde indígena e de controle social (BRASIL, 1999a).

Como instrumento orientador da assistência e da gestão, proposto na constituição e reiterado na política de saúde indígena, está o plano distrital de saúde indígena; elaborado de forma participativa pelo DSEI como garantia do controle social a cada três anos (BRASIL, 2002). Entretanto, em análise dos planos distritais de diversas regiões do país, Garnelo, Macedo e Brandão (2003), relatam que um modelo assistencial distrital e etnicamente adaptado, ainda é algo a ser construído. Pois as programações descritas nos dezessete planos distritais analisados, nenhum deles programava serviços adaptados às singularidades culturais dos grupos indígenas presentes no território distrital, não promoviam a articulação com os sistemas tradicionais de cura e cuidados dos grupos étnicos atendidos, ou desenhavam estudos antropológicos que viabilizassem o acúmulo de conhecimentos sobre a cultura de sua clientela para subsidiar a gestão distrital. Limitam-se às listagens de estratégias técnicas dos programas nacionais de controle de agravos, sem especificar as necessárias adaptações que poderiam torná-las culturalmente sensíveis.

De acordo com Langdon e Wilk (2010), os sistemas tradicionais indígenas de saúde, apesar de compartilharem aspectos da cultura brasileira, detêm uma abordagem holística de saúde física e espiritual que preconiza a harmonia entre os indivíduos, famílias e comunidades com o universo que os rodeia. Para alguns

autores que analisaram a implementação dos distritos sanitários indígenas no Brasil, apesar dos avanços, o modelo ainda apresenta deficiências e dificuldades tanto na gestão quanto nos mecanismos que garantem a participação dos indígenas no processo de execução das práticas de saúde (GARNELO; SAMPAIO, 2001; LANGDON, 2004). Apesar da proposta de integração das ações de saúde com as práticas de saúde tradicionais dos povos indígenas, a política de saúde indígena ainda não cumpriu o seu papel; em especial quanto ao conhecimento e o uso de plantas medicinais no tratamento de doenças, respeitando a farmacopeia tradicional de cada povo (GARNELO; MACEDO; BRANDÃO, 2003).

A PNASPI (2002) propõe uma estratégia que visa favorecer a apropriação pelos povos indígenas, de conhecimentos e recursos técnicos da medicina ocidental, e acrescentá-los às terapias e práticas culturais próprias; como também orientar a formação e capacitação de indígenas como agentes. Para operacionalização da assistência, a política propõe a formação de Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) com profissionais médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem, agentes indígenas de saúde e saneamento conforme o número de habitantes, dispersão populacional, condições de acesso, e perfil epidemiológico; além das necessidades específicas para o controle das endemias e do programa de formação de agentes indígenas de saúde (BRASIL, 2002).

Como estrutura de apoio para a assistência diferenciada à saúde do indígena, os distritos sanitários mantêm a Casa de Saúde do Índio (CASAI) – cuja função é oferecer alojamento, alimentação, assistência de enfermagem 24 horas, marcação de consultas e exames complementares, e atividades de lazer para indígenas acompanhados de familiares, que se deslocam aos centros urbanos buscando tratamento; tanto para as situações de referência quanto nas de contra referência. A política visa garantir o apoio governamental no desenvolvimento de estudos e pesquisas que propiciem produção de conhecimentos e tecnologias adequadas à solução dos problemas interessantes às comunidades indígenas; como também visa a inserção de indígenas na formação profissional diferenciada das universidades brasileiras (BRASIL, 2002).

No entanto, apesar dos benefícios alcançados desde a criação da PNASPI, ainda podemos constatar na atualidade, o precário quadro da saúde dos povos indígenas, as dificuldades de acesso à participação social, e o difícil percurso na implantação do subsistema de saúde indígena. Isso demonstra a grande distancia do que é

preconizado, com a realidade da assistência á saúde dos povos indígenas (GARNELO; MACEDO; BRANDÃO, 2003).

Diante desse quadro, buscamos alguns questionamentos. Segundo Rocha, (2007) que observa incertezas em relação à assistência diferenciada frente às diversidades culturais apresentadas que podem não estar sendo realizadas na saúde ao indígena. Assim, mediante as dificuldades na gestão da saúde indígena e atendimento às reivindicações das conferências de saúde indígena, o governo federal cria a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) em 2010 (BRASIL, 1993; 2001; 2006d). Vinculada ao Ministério da Saúde, a SESAI assume a coordenação da política de saúde, apoio técnico, administrativo, orçamentário e financeiro das 34 unidades desconcentradas (DSEI), dispersas no território nacional com cerca de 900 mil indígenas, pertencentes a 305 povos com seus costumes, tradições, religiões e modos de organização social próprio, falando 274 línguas distintas (BRASIL, 2010; BRASIL 2015; BRASIL, 2016).

Garnelo et al,(2004) ressalta ainda que, o processo de implantação feita pela FUNASA do Subsistema de Atenção á Saúde indígena, coincide com o momento em que a mesma descentralizava as ações de controle das grandes endemias; e os setores envolvidos no processo trabalhavam de forma intensa na transferência das atribuições da esfera federal para as secretarias Estadual e Municipal de Saúde, favorecendo a opção de repasse da assistência para prefeituras locais através de convênio, como ocorreu no ES.

No estado do Espírito Santo, a FUNASA terceirizou a prestação do atendimento à saúde indígena, transferindo-a para a Prefeitura Municipal de Aracruz, focalizando, assim, sua atuação na gestão da saúde indígena e no financiamento desses serviços. A partir de então, o Programa de Saúde Indígena (PSI) encontra-se subordinado à coordenadoria do Programa de Saúde da Família (PSF) do município de Aracruz, que o transformou no Programa de Saúde da Família Indígena (PSFI). A forma precipitada pela qual se concretizou essa transição — haja vista a ausência de uma estrutura qualificada dos pontos de vista técnico e administrativo para lidar exclusivamente com a saúde do índio — mostrou-se em flagrante oposição à demanda dos povos indígenas de receberem um tratamento específico, que já havia sido formalmente contemplado nos dispositivos legais e na PNASPI (BERTOLANI, 2008, p.61).

O DSEI é caracterizado por um conceito próprio de saúde-doença e a formação de conselhos locais e distritais que atuam como instâncias de controle social propiciando ações diferenciadas na atenção primária.

Um modelo de organização de serviços, orientado para um espaço étnico-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado,

que contempla um conjunto de atividades técnicas, visando medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência, com controle social (BRASIL, 2002, p.19).

No caso do DSEI MG-ES a limitação do território indígena abrange os estados de Minas Gerais e Espírito Santo. Foi criado no ano de 2000, com sede em Governador Valadares (MG), e compõe o quadro populacional, étnico abaixo relacionado.

Inicialmente a composição do DSEI-MG/ES foi marcada por problemas de ordem institucional e burocrática pelo não reconhecimento da estrutura oficial da Coordenação Regional do Espírito Santo (CORE-ES) da FUNASA, e da própria Equipe de Saúde Indígena do Espírito Santo (ESAI/ES) pelo DSEI e/ou Departamento de Saúde Indígena (DESAI). Motivo este que contribuiu para que o município não reconhecesse a FUNASA como órgão gestor da saúde indígena e refletindo também na consolidação de um sistema eficiente de informações, na construção de um fluxo adequado para as informações, acarretando dificuldades na realização das ações voltadas para a saúde indígena no Espírito Santo e contribuindo para um desgaste nas relações entre a Equipe de Saúde Indígena, do município de Aracruz e, da população indígena local (BERTOLANI, 2008, p.62).

Assim, a população indígena do ES, está vinculada à gestão do DSEI MG-ES, que também é responsável pelas etnias residentes em terras indígenas no Estado de Minas Gerais. A inserção do Polo Base Aracruz no DSEI MG-ES, teve impacto na qualidade da assistência e na diluição dos problemas de gestão, podendo-se observar o resultado no acompanhamento das informações epidemiológicas (BRASIL, 2008). Mas se por um lado, a criação da SESAI possibilitou a inserção das atividades realizadas na saúde dos indígenas do Espírito Santo para o âmbito do DSEI MG-ES, por outro as dificuldades de organização destes no atendimento de realidades distantes e diferentes epidemiologicamente, trouxeram conflitos específicos que refletem na qualidade da assistência, e se mostram aquém do que preconiza a política (BRASIL, 2015).

De acordo com o documento intitulado “Cartografia do DSEI MG-ES, 2013”, o Estado de Minas Gerais está localizado na Região Sudeste do Brasil e ocupa 586.852,35 km do território nacional. Constituído por 853 municípios e uma população geral de 19.855.332 pessoas, sendo destas 10.890 pessoas indígenas e não indígenas que residem em aldeias, estes correspondem a 0,54% da população total. A extensão territorial do DSEI compreende 65.819 hectares sendo 46.415 no

estado de Minas Gerais e 19.404 hectares no estado do Espírito Santo (BRASIL, 2013). A população indígena na jurisdição do DSEI MG-ES esta inserida em 14 municípios, sendo treze em Minas Gerais, os quais são: Açucena, Araçuaí, Bertópolis, Campanário, Carmésia, Caldas, Itapecerica, Ladainha, Martinho Campos, Resplendor, Santa Helena de Minas, São João das Missões e Teófilo Otoni, e um no Espírito Santo: Aracruz. Dentre as etnias que compõem a população estão: *Chacriabá*, *Pankararú*, *Pataxó*, *Xukuru Kariri*, *Kaxixó*, *Krenak*, *Mocuriñ* e *Maxacali* em Minas Gerais; Tupiniquim e Guarani no Espírito Santo. Ainda na estrutura distrital, conta-se com 21 Polos Base tipo I, quatro Polos Base tipo II, três casas de saúde indígena (CASAI) localizadas em Governador Valadares, Montes Claros e Belo Horizonte para o atendimento de 77 aldeias contendo 3.372 famílias. Para a realização das atividades da Atenção básica de saúde o DSEI MG-ES conta com vinte e seis Equipes Multidisciplinares de Saúde indígena (EMSI).

No contexto do DSEI MG/ES está o estado do Espírito Santo que também faz parte da Região Sudeste do Brasil, e ocupa uma faixa leste do litoral brasileiro com uma área de 46.098,1 km. Possui uma população de 3.513.952 pessoas, sendo 3.654 indígenas e não indígenas residentes em aldeias (BRASIL, 2010). Como estrutura de apoio no Espírito Santo, existe o Serviço de Escritório Local (SEL) que a partir de 2015 foi transferido de Vitória para cidade de Aracruz, para atuar juntamente com os Polo-Base tipo I, e cinco Unidades Básicas de Saúde Indígena – localizadas nas aldeias de Caieiras Velhas, Irajá, Boa Esperança, Pau Brasil e Comboios. As Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena que atuam nestas UBSI contam com cinquenta e nove (59) profissionais (BRASIL, 2013). A partir de 2010 a Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo deu inicio á estruturação de uma Câmara Técnica de Saúde Indígena que se reúne mensalmente para discutir dentre outros, as dificuldades da assistência terciária para os povos indígenas (BRASIL, 2015).

2.3.1. Resgate histórico dos povos indígenas no ES

Dos 78 municípios que compõem o estado do Espírito Santo, o município de Aracruz destaca-se como o único que detém terras indígenas demarcadas e homologadas, com a presença de sete aldeias indígenas, a saber: Caieiras velha, Boa esperança, Irajá, Comboios, Três Palmeiras Piraquê-Açú e Pau Brasil.

localizadas em três Terras Indígenas a saber: Caieiras Velha com 14.282 ha, Terra Indígena Comboios, com 3.893 ha, e Terra Indígena Caieiras Velhas II, de apenas 58 ha (BRASIL, 1983a ; 1983b , ISA, 2013). Geograficamente, o município de Aracruz encontra-se na confluência das rodovias BR 101, ES 010, ES 124, ES 257 e ES 261, possuindo também um ramal ferroviário que liga o Porto de Barra do Riacho à Ferrovia Vitória Minas (EFVM), exclusivo para transporte de carga (PMA, 2015). Localizado na Microrregião de Planejamento Rio Doce, a uma distância de cerca de 90 km da capital do estado (Vitória), possui 91.562 habitantes e uma área total de 1.423,87 km², compondo a classificação de médio porte (BRASIL, 2013). Há além do distrito sede, mais quatro distritos: Guaraná, Jacupemba, Riacho e Santa Cruz. O território demarcado limita-se a norte com o município de Linhares, a oeste João Neiva e Ibraçu, ao sul Fundão e a leste com o Oceano Atlântico. A área urbana do distrito-sede se desenvolve a partir do entroncamento das rodovias estaduais ES-124 e ES-257, possuindo um sistema viário organizado em torno desses eixos rodoviários. Unificam-se Vila de Santa Cruz e Barra do Riacho onde esta localizada a terra indígena de comboios, que ao todo ocupa uma faixa litorânea a cerca de 20 km da cidade-sede Aracruz. O município apresenta uma taxa de urbanização de 87%, o índice de envelhecimento é de 21,80 e a razão de dependência de 0,44; considerado baixo para a média do Espírito Santo (BRASIL, 2010).

Segundo Coutinho (2003), por volta do ano 500 em diante, conviviam no território capixaba, três tradições culturais indígenas, nomeadas Tradição Tupi-Guarani, a exemplo os Tupinambá com descendência aos Tupiniquim; índios Goitacazes; e os índios Temiminós que, vieram de Niterói após serem derrotados por uma aliança entre invasores franceses e tamoios do Rio de Janeiro, sendo então transferidos pelo Governador-Geral Duarte da Costa para o Espírito Santo, e extintos no século XVII pelos portugueses. Os indígenas, a princípio, foram alojados na margem direita ao sul da foz do rio Piraquê-açu, que hoje se denomina vila de Santa Cruz e posteriormente, em um pequeno aldeamento nesta mesma vila, com o nome de Aldeia Nova, chefiados pelo cacique Temiminó, Maracajaguaçu (COUTINHO, 2003). No período do domínio espanhol que perdurou de 1580 a 1640, os jesuítas transferiram os índios já aldeados, para o núcleo que fundaram em Nova Almeida, o qual chamou Aldeia Nova dos Santos Reis Magos, ficando a Aldeia de Santa Cruz com o nome de Aldeia Velha, pertencente ao futuro Município de Santos Reis Magos, que mais tarde passou a se chamar Nova Almeida (COUTINHO, 2003).

Já em 1595, foram trazidos para a aldeia de Reis Magos, do sul da Bahia, dois índios tupiniquins considerados importantes lideranças que haviam fugido de um massacre promovido pelo então governador recém-chegado à capitania, Mem de Sá.

Somente em 1943, pelo Decreto-lei Estadual nº 15.177, a cidade, o distrito e o município de Santa Cruz, passaram a chamar-se Aracruz, que significa “pedra do altar da cruz”. Em 1944, a Companhia Ferro e Aço, de Vitória (COFAVI) recebe concessão do Governo Estadual e realiza o desmatamento de Aracruz a Barra do Riacho, levando à falência os lenhadores e carvoeiros por falta de indenizações tornaram-se posseiros de “seus” terrenos em 1963. No período de 1964 a 1990 o município sofreu os vários impactos com a vinda da Aracruz Florestal incluindo alguns melhoramentos como a fundação do Hospital São Camilo, que ainda hoje atende a população indígena no município, a construção da COHAB – Vila Rica, e a nova Prefeitura dentre outros (COUTINHO, 2003). Ainda hoje são constantes as discriminações do indígena pelos munícipes, tanto pelos conceitos negativos do senso comum sobre os indígenas, quanto pelo processo de luta pela terra contra a Aracruz celulose, em que o índio era considerado um problema para o desenvolvimento da cidade e um atraso aos avanços (CICCARONE, 2001).

Em 1973, o índio Juruna Itatuitim, Delegado da FUNAI, faz o reconhecimento dos remanescentes Tupiniquim de Caieiras Velhas, Irajá, Pau-Brasil e Comboios, incentivado por índios Tupiniquim que reclamavam da perda da identidade cultural de seu povo. Porém, a luta pelas terras indígenas tem início com a construção da primeira fábrica da Aracruz Celulose no ano de 1975 e perdura por 25 anos até o completo processo de homologação das terras indígenas (COUTINHO, 2003). O autor ressalta ainda, que a cultura e a religião dos Tupiniquins no Espírito Santo foram destruídas pelos três séculos de catequese jesuítica e com a intensa dizimação por doenças, massacres e guerras – tendo-se apenas o resgate cultural dessas etnias iniciado em 1985, com o primeiro Encontro Indígena do Espírito Santo em Barra do Riacho, seguidos de outros encontros em 1989 e 1990. A alta taxa de óbitos causados por doenças do aparelho respiratório que chegou a 20% do total de mortes em 2004, bem como o aumento do número de casos de alcoolismo e hipertensão, são índices preocupantes (BRASIL, 2004).

Para Athias e Machado (2001) a qualificação dos profissionais repercute na organização dos serviços de saúde e na qualidade da assistência. A formação dos

profissionais de saúde com base na biomedicina dificulta a interação com as práticas de saúde indígena e impedem a participação deste nos processos que envolvem a assistência á saúde, conforme podemos observar nas etnias presentes no Espírito Santo. Seus idiomas eram falados por uns poucos, e seus costumes já se misturavam aos dos colonos e negros num intenso processo de homogeneização cultural, o que fez com que seus representantes fossem desconsiderados em sua identidade étnica e apontados como índios civilizados, caboclos ou roceiros (COUTINHO, 2003). No século XX, antes da exploração madeireira, a região em que viviam os índios Tupiniquins no município de Aracruz, era de mata virgem, e a comunicação entre as localidades se fazia por trilhas no meio da floresta. A posse coletiva de terra nas aldeias possibilitou o cultivo em extensões que podiam ser utilizadas a vontade por cada grupo familiar – e assim as matas, rios e fontes, viabilizavam a reprodução das famílias (ISA, 2008).

No entanto, Coutinho (2003), descreve sobre o grande número de famílias indígenas disperso na mata, plantando nos trechos de capoeira, e a frequência com que os Tupiniquins mudavam de casa e roçado, seja pela realização de um casamento ou em busca de melhores condições de sobrevivência; sendo reconhecidas por eles mais de vinte localidades entre aldeias, locais com casas esparsas, ou locais com apenas uma família. As localidades identificadas pelos tupiniquins no município de Aracruz são: Caieiras Velhas, Irajá, Pau-Brasil, Comboios - entre ocupações atuais, e as extintas como Amarelo, Olho d'Água, *Guaxindiba*, Porto da Lancha, Cantagalo, *Araribá*, Braço Morto, Areal, *Sauê* ou Tombador, sertão e litoral do *Gimuhúna*, *Piranema*, *Potiri*, *Sahy* Pequeno, *Batinga*, Santa Joana e Córrego do Morcego (ISA, 2008). Inicialmente, tanto os recursos naturais, quanto a fauna e a flora favoreciam a caça, coleta, e extração de alimentos da natureza. A pesca praticada por membros da família e comunidade caracterizava além do consumo, a economia de troca, até que a devastação das matas em áreas de produção de carvão vegetal foi iniciada pela Companhia Ferro e Aço de Vitória, em 1940 (COUTINHO, 2003).

A degradação do meio ambiente causada com a plantação de eucaliptos pela Aracruz Florestal, no fim dos anos 60 e nas décadas seguintes, resultou na redução das áreas de plantio das terras indígenas, impedindo a tradicional rotatividade das roças, e alterando o modo de vida nas aldeias. Com isso, ocorreu um confinamento da população indígena, decorrente também do crescimento demográfico causado

pela alta taxa de natalidade e pelo retorno de grupos à terra, nas décadas de 1980 e 1990 (COUTINHO, 2003). Atualmente, são poucas as espécies de plantas nativas que podem ser coletadas pelos índios tupiniquins para uso medicinal e confecção de artesanato. A caça se tornou ocasional, e as famílias não conseguem sobreviver apenas com os recursos naturais e atividades econômicas desenvolvidas nas aldeias. Sendo assim, sua fonte de renda provém basicamente do artesanato, do auxílio de programas do governo federal, como o programa “Bolsa Família”, e da agricultura numa terra sem boas condições para o cultivo. Poucos têm emprego formal (ISA, 2008).

Em relação aos Guaranis, Coutinho (2003) relata sua chegada ao Estado em 1967, oriundos de um processo migratório conduzido pela líder espiritual *Tatati Ywa Reteé*, iniciado a partir da Guerra do Paraguai, quando se intensificou a perda do território indígena originário, no Paraguai Oriental, região representada pelos *Mbyá* como o centro da terra e em busca de uma “terra sem males” fixando sua primeira aldeia em 1979, no território de Caieiras Velha em Aracruz. Segundo ISA (2010), a população Guarani no Brasil é estimada em torno de 34.000 pessoas divididos em três grupos, os *Kaiowá*, os *Nhandeva*, e os *Mbyá* segundo a subdivisão adotada por antropólogos, que também se refere aos migratórios do povo Guarani como processos de afirmação étnica da busca de novos espaços, em caminhos trilhados por grupos anteriores que abriam as rotas, e que ligavam os aldeamentos ao longo do território brasileiro. Ciccarone, (2001) descreve a busca da líder Guarani *Tatati Ywa Reteé*, por uma terra sagrada, com atributos ecológicos e topográficos que tivessem em conformidade com o modo de vida do seu grupo. Percorrem a rota indicada pelos deuses através dos seus sonhos e preceitos míticos os quais fundamentam a relação de sobrevivência desse povo com a mata atlântica, chegando ao Espírito Santo e se dividindo entre as cidades de Vitória, Guarapari e Nova Almeida.

Para Coutinho (2003), a chegada dos *Mbyá* ao Espírito Santo fez reascender a identidade meio perdida dos Tupiniquins, mas o contato com a civilização branca, propiciou a propagação de doenças, alcoolismo, prostituição, exclusão – além da luta pela posse da terra de seus ancestrais. Em meio aos conflitos, Coutinho (2003) relata que em 1973, as forças de união entre FUNAI, Aracruz Celulose e Governo resultaram na transferência dos índios guarani e alguns Tupiniquins para o Reformatório Indígena *Krenak*, em Minas Gerais; uma área de treinamento anti-

guerrilha cedida pela Polícia Militar. Para lá eram transferidos índios desajustados, a maioria originários de regiões em situação de conflito fundiário. Foi relatado pelos *Mbyá*, como um período de confinamento e dificuldades de convivência com outras etnias num local distante do litoral. Entretanto, somente em 1978, a FUNAI retirou do local um grupo de quarenta indígenas da etnia *Mbyá* e uma família *Kaiowá*, transferindo-os para aldeia de Caieiras Velha no ES, até a fundação da aldeia de Boa Esperança também em território tupiniquim, no ano de 1979. Na década de noventa houve um aumento da migração de famílias da etnia *Nhandeva*, em sua maioria, provenientes das aldeias de Morro da Saudade, situadas na Grande São Paulo, e *Kaiowá* provenientes da aldeia de Porto Lindo, em Mato Grosso do Sul – que hoje ocupam as aldeias de Três Palmeiras e Piraquê açu respectivamente (BERTOLANI, 2008).

2.3.2. Aspectos Epidemiológicos da População Indígena do DSEI MG-ES

As informações de saúde dos povos indígenas, gerenciadas pela Funai até 1999, passaram a ser organizadas pelos critérios do sistema de informação da atenção à saúde dos povos indígenas (SIASI), visando subsidiar os gestores e o controle social no acompanhamento e avaliação das ações de assistência nas três instâncias de governo (BRASIL 2002). No entanto a fragilidade desse sistema e a existência de estudos isolados impossibilitam a elaboração do perfil epidemiológico da população indígena. Esta situação é também abordada por Garnelo (2003), quando relata que a preocupação dos governantes com a saúde dos povos indígenas se dava pelo perigo epidemiológico que a mesma representava à população nacional, em detrimento à preservação de suas etnias. Considerando este aspecto, nos restringiremos neste estudo aos dados demográficos e epidemiológicos disponibilizados no referido sistema, ressaltando que, essa base de dados se restringe apenas aos indígenas aldeados, ou seja, os residentes em terras indígenas, do DSEI MG-ES (BRASIL, 2013).

No ano de 2013, o DSEI MG-ES contou com uma população indígena aldeada de 13.671 pessoas, sendo 10.017 no Estado de Minas Gerais e 3.654 no Espírito Santo. Destaca-se nesse contexto populacional do DSEI, um contingente de 5.3% na faixa etária de 60 a 78 anos, com características aparentes de um processo de envelhecimento patológico, e condições socioeconômicas precárias –

constatadas nos percentuais de poli patologias (14,4%), poli farmácia (18,3%), mobilidade parcial (11,7%); insuficiência familiar (17%), além dos 27,1% que fazem uso de álcool, 32,4% de fumantes. Do contingente idoso, 94,1% têm acesso ao benefício de prestação continuada oferecido pelo governo federal (BRASIL, 2013). A população indígena residente no Estado do Espírito Santo representa 24% do contingente populacional do DSEI. Deste, 5% encontra-se com mais de 60 anos, nos permitindo reconhecer, como uma população em processo de envelhecimento, segundo critérios da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002).

A OMS considera a categoria envelhecimento populacional, para um contingente acima de 7% de pessoas com mais de 60 anos e, orienta a adoção de políticas públicas que garantam ações de promoção e proteção da saúde específica, manutenção da autonomia, estímulo aos estudos e pesquisas dentre outras medidas para esse quadro (BRASIL, 2015).

Todavia, ainda que algumas pesquisas mostrem que as taxas de mortalidade e morbidade entre os povos indígenas são três a quatro vezes maiores do que aquela observada na população brasileira, no Espírito Santo as principais causas de atendimento médico em pessoas acima de 60 anos correspondem às doenças do aparelho circulatório, 35,8% doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, 15,4% doenças do aparelho respiratório, 5%, doenças do aparelho osteomuscular e do tecido conjuntivo (TERRA, 2010; BRASIL, 2011). O DSEI MG-ES tem procurado realizar o perfil de morbidade e mortalidade da população indígena nos Polos Base, buscando a organização da assistência pré-natal, parto, puerpério, informações de morbidade infantil, melhoria dos serviços de referência, dos equipamentos sociais existentes, aumento do nível de participação popular nas atividades de assistência, e implementação da vigilância de óbitos, numa tentativa de organizar a Vigilância em Saúde como ferramenta disparadora de mudanças que alcancem um modelo de atenção integral. (BRASIL 2013, 2015). Dentre os avanços, destacam-se a cobertura vacinal com abrangência de 87% da população total e 92% para as crianças até seis anos inseridas no esquema vacinal completo para povos indígenas (BRASIL, 2013).

De acordo com o relatório anual de informações epidemiológicas do SIASI, a população de idosos indígenas no ES evoluiu de 2,6% no ano 2000 para 4,88% em 2011, e o índice de envelhecimento passa de 2,97% para 8,27% no mesmo período, demonstrando o crescimento acelerado do segmento idoso (BRASIL, 2013). Apesar de não encontrarmos informações de anos anteriores para comparação,

observamos no relatório anual do SIASI referente a 2011, o quantitativo de 142 pessoas hipertensas, 07 diabéticas e 55 diabéticas e hipertensas, num total de 204 pessoas inscritas no Programa Hiperdia, tendo a maior parte destes, mais de 50 anos. Confirmando as informações sobre a saúde dos povos indígenas, Diehl (2003) ressalta que a prática de assistência com base nos programas do SUS, cujas ações foram elaboradas para a população não indígena, não levam em consideração os valores culturais, hábitos e até mesmo o biótipo do indígena.

Conforme os dados do IBGE (2000, 2010), o aumento da população idosa ocorre em menor proporção para o indígena quando comparado à população nacional. Todavia, o processo de envelhecimento do indígena não é levado em consideração quando a assistência esta centralizada na dimensão biomédica, que não atende a reformulação quanto aos aspectos históricos, políticos, econômicos, sociais e culturais recomendados pela política nacional do idoso em 2006; como também não há sinal de mobilização para as possibilidades de um olhar diferenciado das especificidades culturais, conforme preconiza a política nacional de saúde dos povos indígenas (TERRA, 2010).

2.3.3. A assistência à saúde aos povos indígenas no ES

Na prática da assistência à saúde dos povos indígenas no Espírito Santo, muito se avançou desde a criação da PNASPI e implantação do SASI SUS (BRASIL, 2002). O atendimento de saúde nas terras indígenas de Aracruz foi organizado pela FUNASA a partir de 1999. Até 2004 eram quatro unidades de saúde, estruturadas com base no programa de saúde da família nas aldeias de Caieiras Velha, Boa Esperança, Pau Brasil e Comboios. Para realização de ações da atenção básica contava-se com duas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) que somadas totalizavam vinte e seis profissionais, a saber, médicos enfermeiros, odontólogos, auxiliar de enfermagem, auxiliar de consultório odontológico, técnico de enfermagem, agentes indígenas de saúde e agentes indígenas de saneamento.

Uma EMSI na unidade de saúde de Caieiras Velha era responsável pelo atendimento de 1575 indígenas sendo, 986 pessoas de Caieiras Velha, 328 pessoas de Irajá e 261 pessoas da etnia Guarani distribuídos em três aldeias : Boa Esperança, Piraquê-açu e Três Palmeiras. A outra EMSI localizada na unidade de Comboios realizava o atendimento de 744 pessoas sendo 396 pessoas da

comunidade de Comboios e 348 de Pau Brasil. Esses profissionais eram contratados e capacitados pelo município de Aracruz, com supervisão e acompanhamento também por uma equipe técnica da FUNASA denominada Equipe de Saúde Indígena – a qual elaborava os relatórios anuais de informações epidemiológicas e operacionais, cujas informações eram coletadas principalmente dos formulários do SIAB. BRASIL, 2004).

Atualmente são cinco Unidades Básicas de Saúde Indígena (UBSI) e um contingente de 52 profissionais que compõem além de cinco EMSI formadas por médicos (5), enfermeiros (5), odontólogos (5), técnicos de enfermagem (12), auxiliares de consultório odontológico(5), agentes indígenas de saúde (15) e agentes indígenas de saneamento(5), e uma equipe rotativa composta por um enfermeiro coordenador geral, que inclui planejamento, operacionalização, e avaliação da assistência á saúde indígena realizada pelas EMSI nas terras indígenas.

um assistente social, um farmacêutico, um nutricionista e um psicólogo, para a operacionalização da assistência á saúde indígena em Aracruz. O atendimento odontológico foi e continua sendo realizado de forma sistemática nas modalidades de prevenção, restauração, cirúrgica, e endodôntica através de consultas, palestras, escovações supervisionadas, bochechos fluorados e outras. Essas UBSI mantêm o funcionamento diurno, de segunda a sexta-feira, para atendimento dos indígenas aldeados na área de referência pré-estabelecida para cada unidade, em conformidade com os critérios legais (BRASIL, 2002; 2004).

As ações de saneamento básico, inicialmente balizadas pelos dois inquéritos realizados pela FUNASA nos anos de 1999 e 2003, priorizava a rede de abastecimento de água, melhoria sanitária domiciliar, construção de sanitários, destinação adequada dos dejetos, e construção da rede coletora de esgoto (BRASIL, 2004). Atualmente, o Agente Indígena de Saneamento (AISAN) trabalha distanciado da EMSI, na realização de serviços pontuais e emergentes de saneamento das aldeias (BRASIL, 2013).

A complementariedade da assistência referencia para a média e alta complexidade, consultas de especialidades, exames de diagnóstico, e internação para o indígena que inicialmente eram realizados pelo SUS e também custeados pela FUNASA, conforme consta nos relatórios de gestão, foram gradualmente inseridos e organizados no fluxo de agendamentos da assistência médica ambulatorial (AMA) de Aracruz.

Dentre os programas atendidos nas UBSI inicialmente, destacam-se a atenção à saúde da mulher com ênfase na prevenção do câncer de colo do útero, câncer de mama, acompanhamento pré-natal, o programa de controle das doenças sexualmente transmissíveis, e o levantamento do estado nutricional da população indígena menor que cinco anos, como as ações iniciais para implantação do programa de vigilância nutricional nas aldeias, e ações de imunização para crianças e gestantes, com proposta de sistema de acompanhamento e avaliação da operacionalização da cobertura vacinal.

Em 2005, o repasse de recursos federais para o município de Aracruz voltado ao apoio às ações de atenção básica para a população indígena foi 2,2 vezes maior em relação ao ano anterior, possibilitando a ampliação dos profissionais e a inclusão de dois dos cinco profissionais que hoje compõem a equipe rotativa: assistente social e nutricionista. (BRASIL, 2005). O cadastramento dos pacientes indígenas portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus nas UBSI, teve início no ano de 2005, após capacitação dos profissionais pela Secretaria Municipal de Saúde de Aracruz. No mesmo ano foram realizados exames parasitológicos de fezes em 100% das crianças indígenas, cujos resultados culminaram em 80,5% de positivos.

De acordo com o relatório técnico anual da Funasa, no ano de 2006 é estruturado o Polo Base em local cedido pela Associação Indígena Tupiniquim/Guarani (AITG), na aldeia de Caieiras Velha, com quatro servidores contratados através de convênio firmado entre a Missão Evangélica Cauã e a FUNASA (BRASIL, 2006c). Com a implantação do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) em 2008, as informações contidas nos relatórios técnicos tornam-se ampliadas com a inclusão dos módulos demográfico e imunização. A comunidade indígena de Irajá que frequentava a UBSI de Caieiras Velha para assistência à saúde, exigiu atendimento médico em suas terras e foi então improvisado um posto de saúde próximo à escola municipal em funcionamento até os dias atuais. A previsão de uma nova UBSI _ já em construção, é para 2017. A partir da criação da SESAI em 2010, o DSEI MG-ES inicia um processo lento de gerenciamento das ações de saúde indígena no ES, incorporando ao seu quadro a equipe técnica do Serviço de Escritório Local e limitando as ações do município (BRASIL,2013).

2.4. A Política de Atenção Básica

A inclusão da política da atenção básica na revisão de literatura desse estudo, tem como objetivo fundamentar o entendimento da assistência à saúde dos povos indígenas conforme proposto pela PNASPI. Denominada Atenção Básica, as ações de saúde no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, incluem também as ações voltadas para as práticas gerenciais e sanitárias realizadas pelo trabalho em equipe e direcionadas a grupos populacionais delimitados por territórios (BRASIL, 1999a). Sendo considerada a porta de entrada do usuário para o sistema de saúde, tem como princípios a universalidade, a acessibilidade e coordenação do cuidado, a garantia do vínculo e continuidade dos cuidados, a integralidade do atendimento, a responsabilização, a humanização, e equidade assim como a participação (BRASIL, 2011). No processo de operacionalização das ações de acordo com a política de atenção básica, destacamos os programas de Hanseníase, Tuberculose, Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Desnutrição infantil, a Saúde da Criança, Saúde da Mulher, a Saúde do Idoso, Saúde Bucal e a Promoção da Saúde, podendo ser incluídas áreas de prioridade a nível regional e as pactuadas nas Comissões Inter gestoras biparti-te (BRASIL, 2006f).

Tomando como parâmetro a política de atenção básica, as ações da atenção básica de saúde nos municípios são de responsabilidade da Unidade Básica de Saúde. Elas são realizadas através de uma equipe multiprofissional formada por médico, enfermeiro, dentista, auxiliar de consultório dentário, auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde, e área física, somados aos equipamentos e materiais compatíveis para garantir a resolutividade – tendo no fluxo de referência e contra referência os serviços especializados de apoio diagnóstico e terapêutico, e/ou ambulatorial e hospitalar (BRASIL, 2011). São características do processo de trabalho das equipes de atenção básica, definidas pela política:

I _ definição do território de atuação da UBS;

II _ programação e implementação das atividades, com a priorização de solução dos problemas de saúde mais frequentes, considerando a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea;

III_ desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população e ampliar o controle social da qualidade de vida;

IV_ desenvolvimento de ações localizadas sobre os grupos de risco e fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a manutenção de doenças e danos evitáveis;

V_ assistência básica integral e contínua, organizada à população adscrito, com garantia de acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial;

VI_ implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização, incluindo o acolhimento;

VII _ realização do primeiro atendimento às urgências médicas e odontológicas;

VIII_ participação das equipes no planejamento e na avaliação das ações;

IX _ desenvolvimento de ações Inter setoriais, integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde;

X _ apoio a estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social (BRASIL, 2006e, p.18).

No contexto da atenção básica é inserida a abordagem da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que tem o objetivo de reorganizar a atenção básica de acordo com os preceitos do SUS, definindo as responsabilidades de cada esfera de governo, necessidades de infraestrutura, recursos, processo de trabalho, a capacitação e educação permanente das equipes, além do processo de implantação ou expansão das equipes de saúde da família, de Saúde Bucal e agentes comunitários de saúde somados ao financiamento da Atenção Básica (BRASIL, 2011). A ESF foi proposta em 1994, como política oficial da Atenção Primária de Saúde, numa estratégia de organização do sistema de serviços de saúde no Brasil, que teve como base a Declaração de Alma-Ata, (1978):

[...] cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país pode manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação (UNICEF, 1979, p.3).

2.5. A Enfermagem frente aos Conceitos de Cuidado e Cultura

Na assistência á saúde dos povos indígenas, o enfermeiro além de coordenador da equipe multidisciplinar, atua na operacionalização da assistência com segmento idoso incluso; uma vez que a essência do cuidado ao ser humano no âmbito individual, familiar ou comunitário é inerente ao profissional da enfermagem

(COFEN, 1986). Contudo, o cuidado com características de racionalidade, tecnologia e fundamentação, nos aproxima da organização do trabalho para o alcance de metas e, uma formulação com base na teoria marxista, ressalta o trabalho como transformação da matéria pela mão do ser humano, com alterações mútuas (ROCHA, ALMEIDA, 2000; FRACOLLI, 2006). Para Rocha (2000), os componentes fundamentais do processo de trabalho são especificados em objetos, agentes, instrumentos, finalidades, métodos e produtos, que podem estar vinculados a este ou a outros processos de trabalho e podem ser desempenhados concomitantemente. Para Sanna (2007), a enfermagem ao cuidar, deve considerar elementos próprios nas categorias de objeto, agente, instrumentos, materiais, métodos e produtos que resultam na transformação da realidade em um produto ao interagirem. Por outro lado, Antonini (2014) afirma que os profissionais de enfermagem ao prestarem os cuidados, devem associar as condições econômicas, sociais, culturais e do ambiente dos indivíduos cuidados; pois a diversidade regional suscita necessidades distintas, significados e expectativas de cuidado.

No contexto desse estudo, buscamos a abordagem conceitual de cultura e de cuidado humano, para compreensão e reflexão da assistência ao indígena idoso. Assim sendo, abordamos os conceitos de Leininger (1991), por ser uma estudiosa que discute essa temática e busca explicar a interdependência e a influência existente entre o cuidado e a cultura. Para Leininger (1985), o cuidado são as ações, atitudes, e práticas da assistência ao outro em busca da cura ou promoção do bem estar; enquanto cultura constitui os valores, as crenças e o modo de vida de uma determinada sociedade – apreendidos, compartilhados e transmitidos entre as gerações, que podem influenciar os pensamentos, as decisões e as ações. Considerando essa abordagem, torna-se necessário ao profissional que atua na assistência ao indígena idoso, o conhecimento da cultura do usuário, suas formas de cuidar, o direcionamento da prática aos padrões da sociedade local, estilo de vida, crenças e valores culturais dos indivíduos assistidos, além da participação do indivíduo e comunidade tanto no planejamento como nas ações do seu próprio cuidado (LEININGER; MCFARLAND, 2006). A abordagem das formas de cuidar interdependente às crenças e valores culturais no contexto das políticas públicas dos povos indígenas e da pessoa idosa na atenção básica de saúde, evidencia a importância do olhar gerontológico na saúde indígena.

3. ASPECTOS METODOLOGICOS

3.1. Tipos de Estudo

Trata-se esta, de uma pesquisa qualitativa com características descritivas quanto ao objeto da investigação: a saúde do indígena idoso, na percepção dos enfermeiros. Tratando-se de um tema abrangente, com envolvimento dos diversos aspectos da política setorial de saúde indígena e a realidade empírica das comunidades indígenas de Aracruz, optou-se por um estudo de natureza qualitativa, exploratória.

Se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (MINAYO, 2013, p. 54).

Para Minayo (2013), o conhecimento científico se produz pela busca de articulação entre teoria e realidade empírica, e o método tem a função de facilitar a abordagem da realidade. No entanto, a objetivação na pesquisa qualitativa, se contrapõe ao discurso ingênuo ou malicioso da neutralidade, exigindo atenção nas incursões de juízo de valor no contexto da pesquisa. A autora se refere á objetivação como o processo de investigação que reconhece a complexidade do objeto das ciências sociais, teoriza e revê criticamente o conhecimento acumulado sobre o tema pesquisado, estabelece conceitos e categorias, usa técnicas adequadas e realiza análises ao mesmo tempo específicas e contextualizadas. Na fase exploratória da investigação, ocorre a ampliação do conhecimento do pesquisador sobre o tema abordado, sendo necessário percorrer as etapas de construção do projeto e os procedimentos para a entrada em campo. Nesta pesquisa, ressaltamos que, a realidade empírica proposta, é condizente com a experiência profissional e campo de trabalho da pesquisadora, mostrando-se de pleno acordo com a proposta do mestrado profissional.

3.2. Local do Estudo

A pesquisa foi realizada nas Terras Indígenas (TI) do Espírito Santo (ES), situadas no município de Aracruz. Entende-se por TI, uma porção de terra que atenda aos anseios econômicos, sociais, cosmológicos e simbólicos de uma determinada sociedade para as atuais e futuras gerações. O território é estabelecido e fundamentado em relações sociais simbólicas, as quais os critérios foram e são inicialmente organizados pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI), e posteriormente reconhecidos e homologados pelo Ministério da Justiça (ISA, 2008). Compondo o objeto central do cenário, estão as cinco unidades básicas de saúde localizadas nas cinco aldeias que abrigam o contingente populacional em torno de 3.600 indígenas, que correspondem a 0,4% da população do estado (BRASIL, 2016). No estudo, busca-se a descrição das práticas de atenção a saúde do indígena na compreensão dos enfermeiros que atuam nas unidades básicas de saúde dessas aldeias, que permeiam o processo de envelhecimento.

No Espírito Santo, a luta pelo reconhecimento das terras indígenas tem início em 1975 e perdura por 25 anos até a homologação das Terras Indígenas (TI) localizadas no município de Aracruz (COUTINHO, 2003). A primeira TI, Caieiras Velhas, é a de maior extensão territorial, localizada à margem esquerda do Rio Piraquê-Açú, e perpassada pela Rodovia ES 128, que liga a cidade de Aracruz à sede do Distrito de Coqueiral. A TI abriga as aldeias de Caieiras e Irajá, e Pau Brasil e Boa Esperança, cada uma com uma unidade básica de saúde indígena, e um Polo Base tipo II, que tem a função de apoio administrativo (conforme propõe o Subsistema de Saúde Indígena), um posto da FUNAI, e uma Associação Indígena Tupiniquim. A segunda TI, Comboios, está situada em uma estreita faixa litorânea entre o rio Comboios e o mar, à margem direita do rio Doce, caracterizada por área de restinga formada por solo arenoso e de difícil acesso e cultivo. Foi homologada pelo Decreto 88.601, de 09 de agosto de 1983 (BRASIL, 1994). Possui acesso por via fluvial em função do solo arenoso, e apresenta ocupação nativa de vegetação litorânea e aroeira, que se destaca como importante fonte de renda das famílias residentes. Além das diferenças topográficas e políticas em relação às demais TI's, e devido aos inúmeros conflitos com posseiros nos tempos de demarcação das terras, foi constituída pela Funai, uma associação própria denominada Associação Indígena Tupiniquim de Comboios (AITC), para tratar dos benefícios resultantes dos

processos de negociação de terras com a Aracruz Celulose; também constituiu-se um segundo posto indígena da FUNAI atualmente fechado, e uma unidade básica de saúde para assistência á comunidade local. A terceira TI, denominada Caieiras Velha 2 foi homologada pelo Decreto nº 88.926, de 27 de Outubro de 1983, e registrada pelo Serviço de Patrimônio da União (SPU). Em 1995, teve sua área ampliada, demarcada, e foi homologada em 1998.

É importante salientar que além das aldeias formalizadas, outras vão surgindo em função de ajustes internos entre os indígenas, decorrentes de motivos diversos como a insatisfação com as lideranças ou com os espaços territoriais de uso familiar e indicando um movimento constante que pode-se atribuir à necessidade de dispersão como característica cultural dos tupiniquim. Destaca-se assim, o surgimento de outras seis aldeias na atualidade. A aldeia de Areal, vinculada à aldeia de Irajá, a aldeia de Olhos D'água vinculada à aldeia de Pau Brasil e aldeia Córrego do Ouro, vinculada à aldeia de Comboios, todas em TI Caieiras Velha.

3.3 Participantes

Os participantes do estudo foram os cinco profissionais enfermeiros que durante o período de coleta de dados estavam efetivamente situados e engajados nas Unidades Básica de Saúde Indígena, tanto por sua experiência e conhecimentos técnico-científicos sobre o objeto de estudo dessa pesquisa (a saúde do indígena idoso), quanto pelas condições propostas pelos critérios de inclusão e exclusão do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Todos aceitaram participar do estudo e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (APENDICE A). A opção de trabalhar com o enfermeiro se deu pelo fato de que o mesmo, é membro e coordena a equipe multidisciplinar de saúde indígena, além de compor as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), principal agente cuidador na esfera do indígena idoso o que lhe confere uma credencial especial para poder falar desse assunto e de temática no cotidiano da realidade empírica do estudo.

3.4. Coleta de dados

Por ser esta pesquisadora, enfermeira coordenadora dos Programas de Vigilância Alimentar e Nutricional, DST/AIDS e Hepatites para povos indígenas

desde 2005, não foi necessária intermediação, uma vez que já existe uma relação de trabalho e conhecimento entre entrevistados/entrevistador. Foi feito convite individual a cada enfermeiro, com exposição dos objetivos e métodos a serem utilizados na pesquisa, e tempo de duração previsto após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (CEP/CCS/UFES) (ANEXO A). Discorreu-se sobre o projeto de pesquisa, e sua importância para o serviço e para a comunidade indígena. Obtendo-se um resultado positivo, com adesão unânime da possível amostra, optou-se pela realização da coleta de dados através da entrevista semiestruturada.

“Entrevista é acima de tudo uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores, realizada por iniciativa do entrevistador, destinada a construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e abordagem pelo entrevistador, de temas igualmente pertinentes tendo em vista este objetivo.” (Minayo, 2013, p. 261).

As entrevistas foram realizadas individualmente, no próprio local de trabalho de cada enfermeiro, cabendo ao investigador o deslocamento, ocorrido em diferentes datas durante os meses de novembro e dezembro de 2015. O critério para suficiência da amostra foi a participação de todos os enfermeiros, buscando o pesquisador adequar a data da entrevista de acordo com as possibilidades de cada enfermeiro, evitando períodos de férias, reuniões, e/ou qualquer outro impedimento por motivos tanto de trabalho quanto pessoais. Foi elaborado um roteiro (APENDICE C), formado em parte por uma caracterização do participante feita por meio de nome indígena fictício, e noutra por perguntas abertas visando a condução do mesmo na identificação das ações realizadas do processo de trabalho do enfermeiro – com abordagem dos componentes assistir; gerenciar; ensinar e participar politicamente; metas propostas no Plano Distrital 2012-2015; identificação das facilidades e dificuldades na implementação das ações previstas para execução dos cuidados; acolhimento e assistência nas diversas etapas do envelhecimento populacional; e políticas públicas. As entrevistas foram feitas única e exclusivamente pela pesquisadora do presente estudo, sob o formato de gravação, com posterior transcrição para a forma de texto, também pela pesquisadora. As gravações foram captadas pelo gravador de voz de um celular Samsung Pocket, após leitura e assinatura do TLCE pelo participante, assegurando privacidade, anonimato e sigilo absoluto sobre as declarações prestadas.

Por ser a pesquisadora colega de trabalho dos participantes e para que não houvesse nenhum constrangimento, foi reforçado o esclarecimento de que sob nenhum pretexto ou forma, as declarações prestadas e informações seriam pré-julgadas em detrimento da conduta profissional dos participantes, atendendo a Resolução 304/2000 do Conselho Nacional de Saúde. As gravações tiveram no menor tempo, duração 42 minutos e 25 segundos; e 1 hora, 23 minutos e 38 segundos para o maior tempo. Todas as gravações foram realizadas em horário de trabalho e em três delas houve interrupção por outros membros da equipe para esclarecimentos referentes à rotina de trabalho da UBSI.

3.5. Análise e Interpretação dos Dados

O método escolhido foi a Análise Temática que, segundo Minayo, (2013), consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, onde a aparição desses núcleos no texto, tem sentido para o objeto em discussão. Para realização da análise a autora propõe primeiramente a escolha das entrevistas a serem analisadas, que constituem a realidade empírica a ser estudada, com normas de validade qualitativa como a exaustividade, a representatividade, a homogeneidade e a pertinência; e frente aos objetivos da pesquisa e pela leitura, o pesquisador relaciona todo o conteúdo em busca da compreensão e interpretação final. No decorrer desse processo de análise, pode ocorrer a reformulação dos objetivos, quando na releitura insistente do material, retoma-se a fase exploratória, às indagações iniciais que podem culminar com a reformulação de hipóteses, e até em novas indagações. Em uma segunda etapa, ocorre a exploração do material através de uma classificação, cuja finalidade é a obtenção do núcleo de compreensão por “categorias” que expressem o conteúdo da fala organizada.

“A categorização consiste no processo de redução do texto a palavras e expressões significativas e a uma etapa delicada, não havendo segurança de que a escolha de categorias a priori leve a uma abordagem densa e rica” (MINAYO, 2013, p.317).

A terceira etapa é o tratamento dos resultados obtidos e interpretação dos dados, realizada em forma de artigo. Para Minayo, (2013), a análise e interpretação do pesquisador são embasadas por inferências propostas de acordo com o quadro

teórico desenhado no início do trabalho, que pode sugerir novas dimensões teóricas e interpretativas de acordo com o material em análise.

3.6 Aspectos Éticos

Para o cumprimento dos aspectos éticos em pesquisa, o projeto para essa dissertação de mestrado foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo; obtendo o parecer favorável em 24 de Junho de 2015 sob o número 1.125.768, com liberação para o início da coleta de dados de acordo com a Resolução Nº 466/2012 (BRASIL, 2012). O projeto de pesquisa foi apresentado à chefia do serviço de escritório local no Espírito Santo, que o encaminhou a chefia do Distrito Sanitário Especial Indígena Minas Gerais/Espírito Santo – o gestor da saúde indígena que avalia os trabalhos de pesquisa no contexto indígena do Espírito Santo, que o autorizou sem ressalvas. Tanto na fase de apresentação do projeto quanto na pesquisa de campo, foi feito o esclarecimento de benefícios e riscos aos participantes.

Foi também reforçada a existência de riscos de sentirem-se desconfortáveis ao falar de temas ou situações pessoais e profissionais no ato da entrevista, e que todos os cuidados foram tomados para minimizar os possíveis prejuízos. Também foi pontuado que a participação é um ato voluntário, podendo haver desistência por parte dos mesmos a qualquer momento, sem prejuízos pessoais ou profissionais. Foi feita uma apresentação do projeto por tópicos como: título, objeto do estudo, objetivos, as finalidades do estudo; assim como possíveis contribuições que o mesmo poderá proporcionar, ficando por último, a apresentação do TCLE, com orientação para leitura imediata antes da assinatura do participante. Neste documento, estão expostos os princípios éticos aplicado em pesquisas com seres humanos, e o sigilo da identidade propiciado pelo uso de nomes indígenas fictícios.

4. RESULTADO E DISCUSSÃO

Na perspectiva do Mestrado Profissional, como contribuição à prática dos profissionais de enfermagem e demais profissionais que atuam na saúde indígena em especial do DSEI MG-ES; em benefícios à instituição (SESAI) e às comunidades indígenas, apresentamos

uma proposta de capacitação, no formato de Workshop como produto deste estudo. A busca pela estratégia do Workshop tem como o objetivo ampliar o conhecimento sobre as políticas públicas de saúde do indígena e da pessoa idosa com base na troca de experiência entre os profissionais da equipe multidisciplinar e lideranças indígenas, refletir sobre as demandas apresentadas pelos idosos, famílias e comunidades indígenas que estão vivenciando o processo de envelhecimento nas diferentes etnias vislumbrando a consequente adequação da assistência qualificada à pessoa idosa no território indígena. Os produtos são:

4.1. Artigo: O Enfermeiro e o cuidado ao indígena idoso: necessidade de abordagem transcultural e o olhar gerontológico.

4.2. Capacitação dos profissionais: I Workshop de Saúde do Indígena Idoso para Profissionais de Saúde do DSEI MG-ES.

4.1. PRODUTO 01 - Artigo

O ENFERMEIRO E O CUIDADO AO INDÍGENA IDOSO: NECESSIDADE DE ABORDAGEM TRANSCULTURAL E O OLHAR GERONTOLÓGICO.

NURSES AND CARE TO INDIGENOUS ELDERLY: APPROACH THE NEED FOR CROSS-CULTURAL AND LOOK GERONTOLOGY.

ENFERMERAS Y LA ATENCIÓN A GRUPOS INDÍGENAS DE EDAD AVANZADA: EL ENFOQUE DE LOS NECESIDAD DE GERONTOLOGÍA-CROSS CULTURAL Y MIRAR.

Liliana Pereira Coelho¹, Paulete Maria Ambrósio Maciel² Leila Massaroni³

-
1. Enfermeira Mestranda em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo, Enfermeira da Secretaria Especial de Saúde Indígena, Vitória(ES), lilianapereiracoelho@gmail.com
 2. Enfermeira Doutora em Enfermagem pela UFRJ, Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo, pauleteambrosio@yahoo.com.br
 3. Enfermeira Doutora em Enfermagem pela UFRJ, Professora do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo, leila58@yahoo.com.br

Autor correspondente:
Liliana Pereira Coelho
Rua Manoel Feu Subtil, 109
Enseada do Suá, Vitória/ES
CEP: 2905 400
lilianapereiracoelho@gmail.com

RESUMO

O Brasil apresenta uma pluralidade étnica, abrigando em seu território um grande contingente de cidadãos com histórias socioculturais peculiares. Este povo e suas histórias são provenientes de outras partes do continente, do exterior deste, ou são nativos da região. A população indígena está distribuída nesta enorme extensão territorial, trazendo questões interculturais bastante desafiadoras. Demograficamente, a população indígena brasileira é estimada em 896.917 pessoas, o que corresponde aproximadamente a 0,47% da população total do país. São 305 etnias que falam mais de 274 línguas identificadas. Nas terras indígenas de Aracruz no Espírito Santo, existem 3.654 indivíduos, distribuídos em duas etnias: Guarani *Mbyá* com 248 pessoas e os povos Tupiniquim com aproximadamente 3.406 pessoas. Neste contexto, registram-se aproximadamente 178 pessoas com sessenta anos ou mais, o que corresponde a 5% da população indígena adstrita nas duas etnias. Assim os objetivos dessa pesquisa são: Compreender as práticas de cuidado a saúde realizadas pelos enfermeiros aos indígenas idosos, e identificar os desafios da implementação das ações de atenção à saúde do indígena idoso.

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, exploratória com características descritivas. A coleta de dados foi realizada através de entrevistas semi-estruturadas com uma amostra de cinco enfermeiros da saúde indígena. Todo o material produzido foi submetido à análise de temática, conforme proposto por Minayo (2013) que permitiu a construção de quatro categorias temáticas: A formação profissional; a atuação profissional em terras indígenas; a abordagem transcultural e o olhar gerontológico. Os resultados apontaram que a formação acadêmica de enfermagem, é alicerçada por uma matriz curricular com conteúdos que abordam procedimentos técnicos, muitas vezes deixando reduzido, ou inexistindo espaço para a discussão sobre o indígena e a pessoa idosa. O grande desafio dos profissionais de saúde é o de prestarem assistência aos indígenas idosos, transitando no espaço desta diversidade cultural expressa através das línguas, cores, costumes; a saber, culturas cujos atores convivem diariamente, enfrentando o desafio da comunicação intercultural, da história, e da visão de mundo entre outros fatores. O respeito à premissa do cuidado cultural constituído por valores e crenças que auxiliam o indivíduo ou grupo a manter o bem-estar, deve constituir uma importante base para a enfermagem desenvolver o cuidado gerontológico,

favorecendo o planejamento das ações nas experiências do indivíduo e também do profissional.

Concluimos que o enfermeiro na atenção básica, em sua atuação nas Unidades Básicas de Saúde Indígena (UBSI) ainda possui conhecimento impreciso sobre a necessidade do indígena idoso, pois as ações se restringem a atividades previstas nos programas do Ministério da Saúde (MS), como por exemplo, a dos grupos de hipertensos e diabéticos dentre outros. Tais programas não respondem à complexidade dos determinantes do processo saúde-doença do indígena idoso, uma vez que ainda são realizados de forma padronizada, vertical e prescritiva, modulados por fatores de ordem biológica, psicológica, econômica e política; sem, no entanto, atender ao aspecto da cultura indígena. É essencial que o enfermeiro compreenda a realidade onde atua e reflita sobre sua prática, para que possa atender de forma integral o indígena idoso, planejando e programando as ações para lidar com as questões do processo de envelhecimento, e buscando sempre o máximo de autonomia dos usuários – a partir do conhecimento dos hábitos de vida, e valores culturais, éticos e religiosos dos idosos, de suas famílias e da comunidade.

Palavras-chave: enfermagem; atenção básica; abordagem transcultural; idoso.

Introdução

O Brasil apresenta uma pluralidade étnica, abrigando em seu território um grande contingente de cidadãos com história sócio cultural peculiar, provenientes de outras partes do continente, de partes exteriores a este ou nativos da região. A população indígena está distribuída nesta enorme extensão territorial, trazendo questões interculturais bastante desafiadoras. Demograficamente, a população indígena brasileira é estimada segundo o Censo IBGE (2010), em 896.917 pessoas, o que corresponde aproximadamente a 0,47% da população total do país, compondo 240 povos que falam mais de 170 línguas identificadas. O povo Guarani constitui um dos mais expressivos povos indígenas da América do Sul, perfazendo um contingente de aproximadamente 225 mil pessoas presentes em cinco países. No Brasil, constituem-se por 68.457 índios, distribuídos em três subgrupos, denominados: *Mbyá* (gente), *Ñandeva* (os nossos) e *Kaiowá* (habitantes das matas), que se encontram aldeados em cem municípios de dez estados das regiões sul, sudeste e centro-oeste do país (BRASIL, 2014).

No Espírito Santo, nas terras indígenas de Aracruz, existem 3654 indivíduos, distribuídos em duas etnias: Guarani *Mbyá* com 248 pessoas, e os povos Tupiniquim com aproximadamente 3406 pessoas. Neste contexto, registram-se aproximadamente 178 pessoas com sessenta anos ou mais, o que corresponde a 5% da população indígena adscrita nas duas etnias (BRASIL, 2016). Estudos realizados no Espírito Santo segundo Bertolani (2008) e Pellon (2008), mostram que a realidade do Estado não está diferente do encontrado em outros lugares. Os problemas tem se agravado pelas diversas incursões de brancos nas aldeias e, ainda, num cenário no qual o processo de urbanização tem inserido os povos indígenas cada vez mais nas cidades próximas às suas aldeias, resultando em drásticas modificações no modo de viver indígena. Em seu estudo, Pellon (2008) aponta que o Estado não tem cumprido com a obrigação de proporcionar aos índios Guarani um atendimento específico e efetivamente capaz no que tange a promoção, proteção e recuperação da saúde indígena. Ainda que vistos como semelhantes por grande parte das pessoas, os povos indígenas apresentam grandes diferenças quanto a suas culturas, suas línguas, seus modos de se relacionar com o ambiente e suas formas de organização social e política. Cada um destes povos tem suas

diferentes formas de organização social, política, econômica, de relação com o ambiente e ocupação de seu território (PELLON, 2008).

Levando-se em conta a precariedade da saúde indígena, o Ministério da Saúde, por intermédio da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), assumiu a responsabilidade de estruturar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, articulado com o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2006a). Este projeto tornou-se conhecido como Lei Arouca, em homenagem ao seu idealizador, Sérgio Arouca, explicitando a necessidade de um modelo de atenção à saúde indígena que leve em consideração a realidade local, e as especificidades da cultura desses povos. Pela proposta, o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena deveria promover um atendimento integral e intercultural à saúde indígena, formalizando assim, um avanço nas diretrizes norteadoras das políticas públicas de saúde voltadas a essa clientela. Segundo Rissardo, (2014), embora não encontradas na legislação informações concretas no que diz respeito aos idosos indígenas, pode-se observar que os conceitos e informações inseridas nestas políticas de saúde estão indo ao encontro do que se remete também às necessidades dos idosos indígenas, por exemplo: a necessidade da compreensão dos profissionais sobre aspectos culturais para realizar assistência a esta população.

Pelas diretrizes da PNASPI (BRASIL, 2002a), as ações da atenção básica são orientadas pelo Plano Distrital de Saúde Indígena (PDSI), e operacionalizadas no Distrito Sanitário de Saúde ao Indígena (DSEI) por equipes multidisciplinares da Saúde Indígena (EMSI) formadas por médico, enfermeiro, odontólogo, auxiliares de enfermagem, auxiliares de consultório odontológico, agentes indígenas de saúde (AIS) e agentes indígenas de saneamento (AISAN). Conforme necessidades específicas das comunidades assistidas podem ser acrescentados outros profissionais como assistente social, nutricionista, farmacêutico, psicólogo, antropólogos, educadores, engenheiros sanitários e outros de acordo com o número de habitantes, a dispersão populacional, as condições de acesso, e o perfil epidemiológico. Ao longo da história do SUS houve muitos avanços e também desafios permanentes a superar. Isso tem exigido a necessidade de investimento em ações governamentais, conforme o desafio de produzir políticas de saúde que respondam às reais necessidades das pessoas idosas.

A partir da década de 90, as políticas de atenção aos idosos foram intensificadas. Em 1994, foi criada a Política Nacional do Idoso (PNI), através da Lei

nº 8.842. Já no plano de atenção à saúde, foi elaborada pelo Ministério da Saúde, no ano de 1999, a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), cujos eixos principais eram: a prevenção dentro das ideias da promoção de saúde e atendimento multidisciplinar; o foco na capacidade funcional e a participação popular. Assim, considerando a necessidade de que o setor da saúde dispusesse de uma política atualizada relacionada à saúde do idoso, atendendo-se ao Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006a), foi instituída uma política que tem como finalidade definir as diretrizes para recuperar, manter, e promover autonomia e independência da pessoa idosa – direcionando medidas coletivas e individuais de saúde concordantes com os princípios e diretrizes do SUS. Esta política envolve todo cidadão e cidadã, brasileiro, com 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 2006b). Em atenção ao indígena idoso, foram inclusas no PDSI 2012-2015 além de outras atividades planejadas, ações voltadas para pessoa idosa. Cada DSEI deveria implantar o programa de atenção ao idoso; pactuar e cadastrar os idosos portadores de doenças crônico-degenerativas no programa hiperdia; garantir a cobertura vacinal com atenção especial das vacinas de influenza e pneumococo; pactuar as referências e contra referências diagnósticas, ambulatoriais, hospitalares e laboratoriais; assegurar supervisão dos casos em tratamento; garantir insumos e equipamentos necessários à execução do programa; e implantar serviços para diagnóstico do câncer de próstata. Cabe salientar, que há profissionais de enfermagem atuando em 34 DSEIs – Distritos Sanitários Especiais Indígenas, divididos estrategicamente por critérios territoriais e não, necessariamente, por estados, tendo como base a ocupação geográfica das comunidades indígenas. A estrutura de atendimento conta com o posto de saúde numa perspectiva da atenção básica; com os polos-base e as Casas de Saúde Indígena (CASAI).

No ano de 2000, foi criado o Distrito Sanitário Especial Indígena Minas Gerais e Espírito Santo (DSEI-MG/ES), com sede em Governador Valadares (MG). No âmbito do DSEI-MG/ES, a participação e o controle social no Espírito Santo seriam efetivados através de um Conselho Local de Saúde. Em termos de infraestrutura, o Guarani e o Tupiniquim contam na área de saúde, com um Polo-Base – instalado de forma precária em local cedido pela Associação Indígena Tupiniquim/Guarani (AITG) na aldeia Tupiniquim de Caieiras Velha, e com cinco Unidades de Saúde Indígena (BERTOLANI, 2008). A atenção básica deve considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade, e inserção sociocultural; buscando a

promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças, e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. Nessa realidade, a atenção à saúde do indígena idoso deve firmar-se na atenção básica, através das Unidades Básicas de Saúde Indígena (UBSI) promovendo ações de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, assegurando todos os direitos de cidadania, defesa de sua dignidade, bem-estar e direito à vida. A proposta de adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços, com uma rede de atenção básica nas terras indígenas, baseia-se no respeito aos sistemas de representações, aos valores e às práticas dos povos indígenas. Ela também baseia-se na consideração às especificidades culturais e epidemiológicas, e no desenvolvimento e uso de tecnologias apropriadas (BRASIL, 2002a).

Todos os profissionais de saúde, em especial a enfermagem, devem oferecer ao idoso e sua família uma atenção humanizada com orientação, acompanhamento e apoio domiciliar. Para a efetivação de uma assistência humanizada, devem planejar e programar as ações, estar preparados para lidar com as questões do processo de envelhecimento, e buscar sempre o máximo de autonomia dos usuários – conhecendo os hábitos de vida, valores culturais, éticos e religiosos dos idosos, de suas famílias e da comunidade (BRASIL, 2006 b). Segundo George (2000), a pesquisadora Leininger, em 1991, reconhecendo o cuidado como essencial ao conhecimento e à prática da enfermagem, produziu sua Teoria de Cuidado Cultural, retirando da Antropologia o componente cultural, e da Enfermagem o componente cuidado, acrescentando à teoria os termos diversidade e universalidade. Portanto, a relação do profissional enfermeiro com o cliente/usuário caracteriza-se como um encontro de culturas que possuem valores, saberes e fazeres diversos. Frente à necessidade de perceber e compreender a diversidade de atitudes do ser idoso que se encontra em processo de cuidado, a teoria transcultural fornece aos profissionais, subsídios para a busca de maneiras de cuidar apoiadas em modelo de preservação da identidade cultural do ser idoso. Visa-se a eficiência e eficácia na assistência de enfermagem, de acordo com os valores culturais e contexto saúde-doença dos indivíduos que fazem parte do processo (HAMMERSCHMIDT; ZAGONEL; LENARDT, 2007). São objetivos dessa pesquisa: Caracterizar as práticas de cuidado a saúde, realizadas pelos enfermeiros aos indígenas idosos nas terras

indígenas localizadas no Espírito Santo; e identificar os desafios para implementar as ações de atenção à saúde do indígena idoso.

Metodologia

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, exploratória com características descritivas, principalmente em relação ao objeto de investigação - o indígena idoso aldeado. Para Minayo, (2013), o conhecimento científico se produz pela busca de articulação entre teoria e realidade empírica, e o método tem a função de facilitar a abordagem da realidade.

O estudo foi realizado nas Terras Indígenas (TI) do Espírito Santo, que estão localizadas no município de Aracruz sendo a Unidade Básica de Saúde Indígena (UBSI) um espaço importante no cenário da pesquisa. Os participantes do estudo foram os cinco enfermeiros, dos quais quatro são mulheres e um homem. Estes desenvolvem atividades assistenciais de Atenção Primária nas UBSI. Os dados foram coletados no período de novembro e dezembro de 2015 por meio de entrevistas agendadas em horários mais adequados aos enfermeiros e de forma individualizada na UBSI. Todo o material produzido foi submetido à análise de temática, conforme proposto por Minayo, (2013), sendo inclusos: pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados. O estudo foi aprovado pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa sob o parecer nº1. 125.768/ 2015. Foram levados em consideração todos os preceitos éticos exigidos pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, e 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 'E', seguidas de numeral arábico (E1 a E5).

Resultados e discussão

Foram entrevistados cinco enfermeiros sendo quatro mulheres e um homem, com idades entre 34 a 54 anos. Todos atuam na atenção primária ao indígena, suas

formações acadêmicas variam de um ano e seis meses a onze anos. Quanto à carga horária, todos cumprem 40 horas semanais de trabalho. A análise dos resultados permitiu a construção de quatro categorias temáticas: A formação profissional; a atuação profissional em terras indígenas; a abordagem transcultural e o olhar gerontológico.

A Formação profissional (cuidado cultural – gerontologia)

Segundo Alencar (2006), a formação acadêmica deve promover uma verdadeira articulação entre a educação e os serviços de saúde, valorizando as relações existentes no cotidiano do trabalho. Porém, não é o que se vê na realidade, principalmente em respeito às populações indígenas. Quando indagados sobre o conteúdo em saúde indígena na sua formação, somente uma participante relacionou algum conteúdo em função de constarem alunos indígenas no curso:

Fiz o curso de enfermagem na UnB, a primeira turma em 2012 eram 15 estudantes indígenas, e todo semestre é ofertado vaga para indígenas... na graduação tivemos uma disciplina que a gente brigou porque eram vários alunos indígenas que brigaram por uma disciplina de políticas públicas... trazer alguns convidados pra falar da experiência deles... (E2)

As enfermeiras participantes do estudo relataram que durante o período de sua formação profissional, se houvesse o contato prévio com algum conteúdo sobre saúde indígena ou sobre o idoso, isso ajudaria a modificar suas atitudes, partindo da oportunidade de elaborar conceitos incorporados no modo de vida indígena. Os enfermeiros atuam nas diferentes áreas a fim de viabilizar o bem-estar social, mental, físico e espiritual dos indivíduos, para que eles tenham saúde. Nesse contexto, os indígenas bem como as pessoas idosas, estão como todo cidadão, em busca de uma melhor qualidade de vida para si como indivíduos, e para sua família. A formação acadêmica é alicerçada por uma matriz curricular de conteúdos que abordam técnicas e procedimentos, deixando reduzido, ou muitas vezes inexistente, o espaço para o indígena e para o idoso. No entanto, segundo Silva; Gonçalves; Lopes Neto (2003) a formação profissional deve ter como foco o cuidado centrado no sujeito enquanto ser histórico e social, tendo como base o processo saúde-

doença. Vale ressaltar que as Diretrizes curriculares dos cursos de graduação da área de saúde, e principalmente da Enfermagem, estabelecem princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de profissionais que devem atender as necessidades sociais da saúde com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS); assegurando a integralidade da atenção, a qualidade e humanização do atendimento; capacitando o conhecimento e intervenção sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional – e com ênfase na região de atuação, identificando as dimensões biopsicossociais dos seus determinantes. (BRASIL, 2001).

Numa perspectiva de um olhar diferenciado abrangendo também a saúde, em 2008 através da Lei 11.645 ficam estabelecidas diretrizes e bases da educação nacional para inclusão no currículo oficial da rede de ensino a obrigatoriedade da temática “História e Cultura Afro-Brasileira e Indígena”. Vale ressaltar que, desde 2004, tornou-se um item obrigatório na avaliação de todos os cursos de graduação no Brasil, abrangendo assim, o curso de graduação em enfermagem (BRASIL, 2008). Sendo assim, estamos atualmente entre duas vertentes: de um lado, a população indígena que busca os direitos, a atenção e a saúde diferenciada; e do outro, a academia com as diretrizes para que a formação desses profissionais também atenda aos determinantes socioculturais. Porém, entre os direitos legislados e os norteadores na formação dos profissionais de saúde, observa-se na prática um grande vácuo.

Segundo Silva, (2003), o enfermeiro é o profissional que assistirá, em diferentes situações, a população indígena. Ele sugere ainda, ser muito importante que esteja inclusa uma carga horária de Antropologia e saúde indígena, a fim de que os aspectos históricos e culturais sejam aprofundados para gerar uma capacitação mais eficaz. Consideremos que sejam desenvolvidos estudos e pesquisas para evidenciar quais os conteúdos estão sendo inseridos na matriz curricular dos cursos de saúde, em específico a enfermagem, no intuito de embasar a prática profissional aos povos indígenas e outros grupos étnicos.

A atuação em terras indígenas

Constatou-se a predominância do sexo feminino, com tempo de atuação na instituição variando de 2 a 16 anos, e compondo uma média de 8 anos. Destaca-se o fato de que dois dos participantes são técnicos de enfermagem na UBSI, e que estes tiveram a oportunidade de cursar graduação em Enfermagem retornando a UBSI, como enfermeiros. Para contratação de recursos humanos, no estado do Espírito Santo, a FUNASA repassou para a Prefeitura Municipal de Aracruz, a execução da assistência na saúde indígena, focalizando sua atuação na gestão e no financiamento desses serviços. Assim, o Programa de Saúde Indígena (PSI) ficou subordinado à coordenadoria do Programa de Saúde da Família (PSF) do município de Aracruz, que o transformou no Programa de Saúde da Família Indígena (PSFI). Isso fica claro através do depoimento de E3, onde fica reforça-se como ocorreu o processo seletivo que envolveu a análise de currículo e entrevista:

Meu primeiro contato pós- formação foi saúde indígena, procurei a secretaria municipal de saúde,... havia necessidade de enfermeiro para saúde indígena, éramos três enfermeiros... já recebi algumas propostas para trabalhar, mas eu amo trabalhar aqui...(E3)

Esta situação foi alterada no Polo Base Aracruz a partir do convenio 1340/2004 ocorrido entre a ONG Missão Evangélica Kauá e a Fundação Nacional de Saúde (BRASIL, 2002b). Segundo o relatório de gestão da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), um dos grandes problemas para a assistência indígena é a fixação do profissional no território indígena. No Espírito Santo não acontece este problema. O que pode ser um indicador de permanência no local de trabalho é o fato de todos os enfermeiros residirem no município de Aracruz, somado às proximidades das terras indígenas com os centros urbanos. Estas ficam localizadas a 90 Km da capital, Vitória (BRASIL, 2013). Vale ressaltar assim, que o estabelecimento de vínculo permite ao enfermeiro ser reconhecido pela comunidade como alguém confiável, próximo, a quem se pode recorrer em caso de necessidade. Isto cria um espaço para novas práticas e cuidados na construção de projetos terapêuticos mais abrangentes, e com vistas a superar o modelo biomédico hegemônico – tanto para os profissionais da saúde quanto para usuários.

Dentre os participantes do estudo, há dois enfermeiros que são do território indígena Aracruz, o que vem a reforçar as propostas aprovadas na V conferencia

Nacional de Saúde Indígena, que enfatiza a diferenciação dos profissionais indígenas em concursos públicos da SESAI de forma regionalizada. Dispõem-se cotas com aprovação de 80% para indígenas e 20 % para não indígenas como pontuação diferenciada na contratação de profissionais que já atuam na Saúde Indígena (BRASIL, 2014). De acordo com Rocha (2007), ao se trabalhar com determinados grupos, há casos em que a admiração prévia pode não existir. Porém as oportunidades de emprego, quando ofertadas, são encaradas como novos desafios e chance de crescimento profissional. E ainda observa-se a contingência de adquirir aprendizado na trajetória da vida profissional, via experiências conquistadas na assistência prestada aos clientes. Pois conforme o relato:

A oportunidade que a empresa dá ao profissional de se capacitar, a curiosidade pela cultura, o salário é compensador no município.... aqui em Aracruz, não tem empresa que paga um salário igual... ter uma equipe inteira formada e trabalhar com uma população menor... Antes de trabalhar na saúde indígena não recebi capacitação. Fui quebrando a cara. Já era diferente porque era saúde pública e ainda saúde indígena, e eu vinha de experiência hospitalar...(E1)

Dessa forma, Oliveira (2012) assinala que a maioria dos profissionais da equipe de enfermagem contratados para atuar em área indígena são recém-formados, sem experiência específica na assistência à saúde, requerendo capacitação para atuar nesta área. Para os participantes, a saúde indígena oferece muitas capacitações:

Estou há 10 anos na saúde indígena, como enfermeira, foi o meu primeiro emprego... durante esse período de trabalho, fiz várias capacitações em serviço como imunização, vigilância alimentar, hanseníase, tracoma e outros..." (E5)

Depois que entrei, fiz capacitação em Vacinas, Sistema Horus (Sistema nacional de gestão da assistência farmacêutica), e outros... (E1)

Ressalta-se, no entanto que não há referencia de conteúdo no que tange a questão cultural, e também para atenção a saúde da pessoa idosa nas capacitações oferecidas. Diante dessas falas, pode-se inferir que para cuidar é necessário conhecer, e para conhecer a realidade, necessita-se de informações pertinentes para transformar o processo de trabalho e modificar a realidade local. No relatório final da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, fica definido que caberá à FUNASA prover as EMSI de conhecimentos antropológicos e culturais mediante cursos, palestras, oficinas, seminários, e encontros para qualificar a assistência aos

usuários indígenas com eficácia e respeito às práticas tradicionais de cada etnia (BRASIL, 2014). A necessidade da qualificação é evidente para todas as profissões da saúde. Ademais, é a equipe de enfermagem que está mais próxima do usuário do serviço, exercendo atividades diversas tanto na gerência quanto na assistência. Na área indígena não deve ser diferente quando se reconhece as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais dos povos indígenas. (BRASIL, 2002a).

Segundo Marinelli, (2012) observa-se que apesar de existirem políticas e programas que pareçam ter aumentado o acesso do indígena à assistência e ações preventivas de saúde, estas não estão sendo implementadas como previsto, por causa de dificuldades encontradas durante a assistência que vão além do fator cultural. Vê-se então, a real necessidade de realização de capacitação prévia, e educação constante ao enfermeiro que destinará seu cuidado ao indígena. Estes fatores são relevantes no que diz respeito à qualificação da assistência, para que o profissional seja competente em relação aos aspectos culturais embasados nos conhecimentos antropológicos. Para tanto, segundo Rissardo, (2014) fica evidenciada como fator importante, a formação e preparação dos profissionais de saúde, com ênfase no papel do enfermeiro enquanto membro da equipe de saúde indígena. Assim obtém-se uma atuação que articule nas ações gerenciais, assistenciais e que em seu papel educativo, busque pelo diálogo e a participação na construção compartilhada do cuidado à população idosa.

Na compreensão de Silva, (2003), o indígena traz ao encontro dos profissionais de saúde e todo o ambiente à sua volta, suas crenças, seus valores, sua visão do mundo espiritual, seu próprio sistema de saúde cultural e sua história marcada por dizimações, encontros, e desencontros na busca da cura para as doenças. No contexto da Atenção Primária à Saúde, um cenário diferenciado se apresenta aos trabalhadores da enfermagem, que desenvolvem cuidado ao indígena idoso. A atenção à saúde deve firmar-se na atenção básica, caracterizada por um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção, a proteção, a reabilitação e a manutenção da saúde – além da prevenção, diagnóstico e tratamento de agravos. No caso do indígena idoso, isto é realizado através das Unidades Básicas de Saúde Indígena (BRASIL, 2006a). Dessa forma, os enfermeiros precisam ser capazes de identificar as necessidades sociais de saúde da população para planejar, gerenciar, coordenar, avaliar e supervisionar as ações

conforme a realidade local; bem como realizar assistência integral aos indivíduos e famílias em todas as fases do desenvolvimento (BRASIL, 2006a).

A presença do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família Indígena (ESFI) tem se mostrado fundamental para expansão e consolidação da mesma na reorganização do modelo de atenção à saúde. No entanto esse profissional precisa desenvolver atribuições de várias naturezas que, no seu conjunto, contemplam desde a organização das atividades, o funcionamento, até a assistência direta ao indivíduo, família e comunidade. Isso fica expresso em:

Minha rotina de trabalho que eu sinto mais é o gerencial, a gente delega, mas se deixar, o assistencial, a gente fica atrás de uma mesa, delega, e quase não tem o contato com o paciente, de por a mão no paciente, fazer exame físico, questão de palpação inspeção, ficar mais próximo do paciente... (E2) .

O enfermeiro deve ainda cumprir metas estabelecidas, participar de reuniões, e ao mesmo tempo atender aos imprevistos, os quais abrangem demandas por respostas a problemas que extrapolam os programas previstos para os usuários. Aparecem questões administrativas que muitas vezes vão além das funções previamente estipuladas para os profissionais, e ainda o acompanhamento do processo de pactuação intergestores (BRASIL, 2006a). Para Caçador (2015), o cotidiano do enfermeiro de saúde da família é permeado por conflitos relativos ao seu exercício profissional, e às expectativas que projetam no seu desempenho. Tais conflitos decorrem da luta permanente pela produção de novos modos de fazer saúde, em um contexto no qual predominam estratégias de gestão e os aspectos ideológicos.

Na saúde indígena tenho uma função mais administrativa, como se eu fosse um enfermeiro administrativo, mesmo que eu sei que eu preciso também ser assistencial..., não sei se é porque eu venho de uma área totalmente assistencial que quando eu cheguei aqui me dei um pouco parece que perdida, porque aqui eu me vejo muito atrás de mesa... Isso pra mim é péssimo...(E1)

De sobremaneira, a cobrança que se impõe aos enfermeiros não é proporcional às condições que lhes são dadas para responder com qualidade às prerrogativas da saúde da família e ao atendimento da demanda espontânea. Sendo assim, observa-se a vivência de situações conflituosas nas tomadas de decisões, reconhecendo que alguma atividade será negligenciada para que outra seja realizada. Assim, são raras

as situações em que os enfermeiros conseguem sair do centro de saúde para intervir diretamente na comunidade, conhecer o território onde são produzidos os processos de ser saudável e de adoecer dos sujeitos, seus afetos, seus sentidos de vida, suas relações, sua cultura e seus modos de viver a vida. Ao desempenhar a sua função, o enfermeiro necessita ter em vista a satisfação das múltiplas necessidades físicas, emocionais, espirituais e culturais dos idosos, com intuito de desenvolver atividades que contribuam para uma vida diária satisfatória, tanto individualmente quanto em comunidade (SANTOS et al., 2010).

Esses autores destacam ainda que, como responsável pelo gerenciamento da unidade, o enfermeiro necessita estabelecer instrumentos que garantam a qualidade e a continuidade da assistência. Nesta perspectiva, o cuidado de enfermagem deve ser culturalmente competente, apropriado e sensível às diferenças culturais (GEORGE, 2000). Para tanto, somente ocorrerão cuidados de enfermagem quando os valores, expressões ou padrões individuais, grupos, famílias, comunidade ou cuidados culturais; forem conhecidos, e utilizados adequadamente de maneira significativa pelos enfermeiros durante a prática assistencial. É importante valorizar o que o indivíduo ou grupo conhecem para realizar suas atividades diárias de maneira culturalmente satisfatória; tanto como valorizar o que o profissional adquire como conhecimento de saúde, doença, bem-estar e habilidades práticas, para então definir o cuidado ao cliente, uma vez que os clientes diferem entre as culturas e influenciam as decisões da enfermagem profissional.

Segundo Silva (2003), o grande desafio dos profissionais de saúde é o de prestarem assistência aos povos indígenas, principalmente ao idoso, transitando no espaço desta diversidade cultural expressa através das línguas, cores, costumes que, a saber, compõe culturas cujos atores convivem diariamente – em conjunto ao desafio da comunicação intercultural, da história, e visão de mundo dentre outros fatores. Esse espaço nada mais é do que o estabelecimento do diálogo entre os atores sociais envolvidos no processo terapêutico, diálogo que, uma vez aberto, faz com que as práticas de saúde não fiquem caracterizadas como um espaço de exercício do poder de um sujeito sobre outro, mas, que se legitimem como verdadeiros processos promotores de saúde. Na fala E1 fica expresso que:

Uma capacitação voltada para saúde do idoso seria muito produtivo para toda a equipe... além da especificidade do indígena ainda tem o idoso (E1).

Abordagem transcultural

A enfermagem como profissão em desenvolvimento está comprometida com uma base de conhecimento que apoia a sua prática, o que se relaciona à compreensão de que: [...] o fenômeno do cuidado é assumido tanto por profissionais como por pessoas que assimilam culturalmente maneiras de cuidar permeadas pelo diálogo e encontro entre o cuidado e ser cuidado (QUEIROZ; PAGLIUCA, 2001, p.632).

Reforçando o que foi citado anteriormente, a Enfermagem é uma das profissões cuja essência e especificidade se dá através de atuações em equipe com um cuidado desenvolvidor ao ser humano – de atividades de promoção da saúde, prevenção de doenças, e recuperação e reabilitação da saúde. A presença do enfermeiro dentro das equipes é fundamental, e estudos realizados por Creutzberg e Gonçalves (2011) comprovam que ações do enfermeiro refletem diretamente na qualidade da assistência prestada às necessidades básicas apresentadas pelos idosos.

A enfermagem transcultural tornou-se componente chave na área da saúde, e por causa do crescimento do fenômeno transcultural que está ocorrendo na população brasileira, torna-se uma exigência refletida sobre os enfermeiros de hoje. Com efeito, têm-se registrado nas últimas décadas alterações importantes, quer em termos absolutos de fluxos migratórios, quer também na composição étnico-cultural das comunidades instaladas no nosso país. Sendo assim, é fundamental que a enfermagem mediante influência dos diversos fatores científicos, sociais, culturais, políticos e econômicos, remeta a um processo de reflexão acerca do ser e fazer profissional. Isto fica reforçado nas falas:

O hiperdia é um gargalo enorme, temos muitas dificuldades, adesão, nosso gargalo é o uso do medicamento, um complicador, pacientes que tem muita resistência, diz que toma o remédio natural, mas de repente a pressão sobe... “Eles (os idosos) não gostam muito de sair da aldeia... Entre os Guarani, são 9 idosos. Adolfo, João, Gabino ... nenhum acamado. Eu acredito que eles tem qualidade de vida. São índios (E3).

Algumas famílias vêm muito no posto, eu não tô mais tomando o meu chá, que eu acredito, mas agora eu tenho uma doença e preciso tomar o hidroclorotiazida, o captopril. A gente percebe uma dificuldade em tomar o remédio todo dia. Às vezes associam a medicação com as ervas medicinais. Eu valorizo isso, mas o Page aqui faleceu há uns cinco anos... grande parte não tem valorizado tomar as ervas, o Page não esta mais aí para passar e a cultura vai se perdendo. Vai caindo no esquecimento. (E2)

Segundo Amadigi et al (2009), os significados do adoecer e a percepção da doença para as pessoas atendidas são frequentemente pouco considerados,

compreendidos e apreendidos pelos profissionais da saúde. A emergência de doenças crônicas não transmissíveis como o diabetes mellitus, a hipertensão arterial, e as cardiopatias, transparecem como um termômetro real das transformações sociais, econômicas, ecológicas e culturais dos povos indígenas. Fica com isso, sugerida a necessidade de se delinear reformas estruturais que garantam condições de desenvolvimento da vida em sua amplitude cultural, social, ambiental e econômica; por parte dos atores envolvidos na promoção, proteção e recuperação da saúde indígena.

Segundo Pellon (2008), é interessante destacar que o povo Tupiniquim e Guarani, há muito convive com altos índices de doenças, refletindo claramente a precocidade das transformações alimentares e comportamentais que vem se radicando cada vez mais no estilo de vida desse povo pela região. Nas falas abaixo, remete-se às modificações que vem acontecendo nas aldeias.

A maioria é da etnia Guarani... ah também tem outras etnias, inclusive não indígenas, esposas e maridos.(E3)

Sempre pensei que a questão cultural fosse mais enraizada, mas não é isso que vemos na comunidade. No Irajá tem muito branco, muita mistura e são pouco ligados á cultura. Hoje tem muito branco na comunidade. (E1)

Junto à diversidade cultural apresentada por esses povos, percebe-se ainda um abismo perante a visão de mundo dos profissionais, influenciados pelo pensamento ocidental. Dessa forma, a questão cultural entre profissionais de saúde e as comunidades indígenas se estreita em níveis cada vez mais profundos, especialmente quando se trata do entendimento da origem das doenças, suas multicausalidades e a visão não fragmentada desses povos. Segundo Bertolani (2008), a imposição de um modelo de atenção centrado na lógica ocidental, que universaliza e padroniza as práticas unicamente em função de regulamentos e protocolos, não considerando o diálogo com as diferenças culturais que se consubstanciam na forma de falar, de se buscar compreender o que foi falado, de esperar, de se alimentar e do comportamento diante da enfermidade; configura-se numa tentativa de transfiguração dos Guarani *Mbyá* e Tupiniquins, da condição de grupo culturalmente distinto para o status genérico de cidadãos carentes com direito a um tratamento sanitário precário, perversamente adquirido.

Segundo Silva (2013), o profissional de saúde está de um lado com seu compromisso de oferecer assistência à saúde, e o indígena está do outro lado

buscando as multirrespostas para o que está sendo acometido. Nesse momento, as diferentes visões de mundo se encontram e se confrontam, na tentativa de decodificar os significados do que cada uma entende do processo saúde/doença e das diferentes medidas terapêuticas. Essa pluralidade constitui um grande desafio para os profissionais de saúde que se veem no limite do entendimento do que seja natural, ou um comportamento cultural dos povos com quais estão interagindo.

As questões culturais interferem mais entre os Guaranis e a comunidade de Comboios. Eles são mais arraigados, mais fechados... nos Guaranis há uma resistência enorme para tomar medicamentos, a equipe tem muita dificuldade, mas é da cultura deles e acabam ficando diabéticos por exemplo. A questão cultural torna eles muito dependente da equipe multidisciplinar... E4

Somente alguns idosos, os muito idosos, as vezes preferem tomar um chá, uma erva para banho, como tratamento; os netos já preferem usar a medicação do posto.(E1).

Em seu estudo, Pellon (2008) considerou que os Guaranis *Mbyá* diferenciam as enfermidades de origem cultural e aquelas às quais atribuem a causa ao contato secular com a população não indígena, também considerando suas implicações recíprocas. Reforça ainda, que as enfermidades de origem cultural se devem, principalmente, à malevolência de forças espirituais que afetam a alma e muitas vezes o corpo do indivíduo ou até mesmo a coletividade. Os agentes malévolos podem ser seres sobrenaturais que habitam lugares proibidos ao homem, como pedras, rios, florestas, ou, podem se originar da transgressão das normas morais, religiosas e de convívio social; da mal-querência de alguém, ou das práticas de feitiçaria. A escolha dos alimentos também deve ser observada criteriosamente por aqueles que almejam viver em consonância com os preceitos religiosos *Mbyá*. Apesar das plantas medicinais ocuparem lugar de destaque na medicina *Mbyá*, existem outras substâncias também empregadas nas práticas preventivas e curativas como – óleos de animais, gorduras e mel de determinadas abelhas que compõem, também, importância singular na medicina autóctone.

Segundo Oliveira (2012), na área da saúde a transculturação pode ser observada por duas formas: de um lado, a atenção à saúde exercida por profissionais, com embasamento técnico científico, que diagnosticam e cuidam a doença, visando manter o bem estar individual e coletivo. Do outro, a medicina dos pajés e seus saberes e praticas de cura espiritual que transcendem o cuidado

biomédico, na relação dos homens com a natureza e a espiritualidade. Para Langdon, (1995), a Cultura é não mais uma unidade estanque de valores, crenças, normas, entre outros fatores, mas uma expressão humana frente à realidade. É uma construção simbólica do mundo sempre em transformação. É um sistema simbólico fluído e aberto. Dessa maneira, o reconhecimento e valorização do saber dos líderes espirituais da tribo, é essencial para uma articulação entre os saberes populares e científicos, com promoção de saúde, adesão e ações de cuidado.

Como enfermeira na área indígena, tudo que a gente faz, tem que passar pela liderança indígena, algumas coisas. A gente acompanha essa regra da comunidade, mas a gente não sai do papel do enfermeiro. Não dá pra passar por cima das lideranças, porque senão agente vai ser cobrada. O cacique esta sempre presente quando há algum problema ou decisão a ser tomada. A relação do enfermeiro com o cacique é uma parceria que ajuda, e agente não se sente sozinha para tomar as decisões (E5).

Os líderes espirituais exercem influência dentro da comunidade como responsáveis pela saúde nas aldeias. Dessa forma, eles são o elo para o favorecimento entre os índios e não-índios – para que haja tolerância e respeito com relação as medicinas indígenas, evitando o preconceito ou imposição no exercício das atividades, e reconhecendo a especificidade cultural do grupo, para o êxito do cuidado à saúde. Na fala de uma das entrevistadas fica explicitado que:

A política fala de capacitação, interculturalidade, e é muito complicado... a pessoa tem que saber para entender a cultura porque gera muito conflito... o trabalho da saúde indígena é o desafio...(E2)

Dessa forma, segundo Oliveira, Aquino; Monteiro (2012) é essencial a realização de ações conjuntas e intersetoriais na construção de saberes e práticas, na tentativa de produzir soluções inovadoras para melhoria da assistência prestada, e também que haja o desenvolvimento de estudos clínicos, epidemiológicos e antropológicos contemplantes da necessidade de cada povo. Segundo Faller e Marcon (2013), o respeito à premissa do cuidado cultural, constituído por valores e crenças que auxiliam o indivíduo ou grupo a manter o bem-estar, deve constituir uma importante base para a enfermagem desenvolver o cuidado gerontológico – favorecendo o planejamento das ações nas experiências do indivíduo e também do profissional. Fica claro que sem este empreendimento, corre-se o risco de se anular a coprodução de sujeitos e instituições comprometidos com a co-construção de um

modelo de atenção à saúde baseado no respeito, na valorização e no diálogo entre as diferenças étnico-culturais – conforme preconiza a Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena (BRASIL, 2002a).

Olhar gerontológico

Ainda há invisibilidade da pessoa idosa; seja pelo desconhecimento da política, ou do processo de envelhecimento. O indígena idoso acaba inserido nos programas/projetos desenvolvidos de acordo com as propostas do Ministério da Saúde, conforme fica evidenciado:

Em relação ao idoso: Vou ser sincera, o programa mais novo instalado, de saúde do idoso, que a gente tem, voltado para o idoso, é o Sisvan. Eu não vou mentir a gente não faz um grupo de idoso. (E1)

Quando a gente convida para o grupo do hiperdia eu acho que 90% é idoso, as vezes eles vem só pra pegar receita e pra consulta médica eu tento explicar pra eles os cuidados, a medicação, pra eles compreender. A gente faz uma roda de conversa, e oriente sobre a hipertensão, diabetes, os cuidados com o organismo, numa linguagem simples. (E2)

O hiperdia a gente faz na unidade no dia a dia (consulta) as palestras a gente faz na cabana. Geralmente os idosos estão no grupo de hiperdia. A maioria tem hipertensão ou diabetes... Fazer as vacinas para o idoso e todos tem o cartão de vacina, mas não têm a caderneta do idoso... (E5)

O cuidado à saúde deve ultrapassar o limite dos técnicos, pois encontramos diversos fatores que podem ser determinantes do envelhecimento, tais como os biológicos, socioeconômicos, ambientais e culturais. Um grande desafio na atenção à pessoa idosa é conseguir, apesar das progressivas limitações, contribuir para que essas pessoas redescubram possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível. Essa possibilidade aumenta na medida em que a sociedade considera o contexto familiar e social, e consegue reconhecer as potencialidades e o valor das pessoas idosas. Portanto, parte das dificuldades das pessoas idosas está mais relacionada a uma cultura que as desvaloriza e limita (BRASIL, 2006c). Tal evidência demonstra o quão se faz necessária a troca permanente de conhecimentos entre equipe de saúde e comunidade indígena idosa, respeitando suas experiências de vida.

De acordo com Ayres (2004), cuidado de saúde é uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar; sempre mediada por saberes especificamente voltado para essa finalidade. Considerando que o cuidado à pessoa idosa é multidimensional e recebe influência de diversos e distintos fenômenos nas ações do cuidar; e partindo do princípio que as aldeias apresentam demanda de cuidado tanto para pessoas idosas independentes quanto para as totalmente dependentes, a atenção básica necessita de uma ordenação com equipes multidisciplinares – numa perspectiva de melhorar a assistência prestada à pessoa idosa. Essa necessidade também é descrita em estudos realizados por Gonçalves e Leite (2009), que considera visível o impacto do envelhecimento humano no sistema de saúde. Constata-se que em termos de políticas, espaço físico, ações e intervenções específicas e, também, de recursos humanos capacitados qualitativa e quantitativamente; há um déficit na infraestrutura para atender as demandas da pessoa idosa. Para estas autoras, a enfermagem tem principal papel no atendimento aos idosos, sendo a equipe formada por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, que, ao cuidarem de pessoas idosas, precisam ter conhecimentos específicos, sentimentos, comportamentos e atitudes para interagir com o ser receptor de suas ações.

Assim, é bastante frequente observar que o idoso retém, ou mesmo utiliza práticas de cuidado com a saúde, que foram aprendidas em fases anteriores de sua vida com seu grupo étnico. Portanto, é de suma importância que essas práticas culturais sejam respeitadas e mantidas – contanto que somem no processo de tratamento. Ao realizar o planejamento do cuidado de enfermagem, é necessário que o enfermeiro considere e valorize os aspectos ligados às práticas culturais do idoso. Pois além destes favorecerem uma atmosfera estabilizadora e de conforto, poderão também proporcionar carinho, componente indispensável para aumentar a autoestima e ganhar a cooperação do paciente e sua família. Em função do aumento da expectativa de vida da população, e do perfil epidemiológico entre os idosos e extensivos indígenas idosos, a avaliação das limitações funcionais é fundamental na prática dos serviços de saúde – uma vez que a incapacidade gera ônus para a comunidade de forma geral, incluindo aumento na procura por serviços de saúde, redução da qualidade de vida, aumento nos custos dos cuidados, e uma maior morbidade e mortalidade.

Não é feita **avaliação de risco** para o idoso, a não ser que o médico faça, eu como enfermeira não faço. Lembro-me disso da faculdade, mas aqui não foi implantado. O cuidado de enfermagem em relação á equipe, não tem problema. Na questão de abordagem existe uma atenção, muito carinho no atendimento, em questão de abordagem, tanto da parte do médico quanto da equipe... A gente sempre pede **avaliação do clínico**, e se ele julga necessário ele encaminha senão é acompanhado aqui... (E1)

Apesar do processo de envelhecimento não estar associado à perda de independência e autonomia, pode haver maior risco de limitações, demandando apropriação de referenciais e métodos de avaliação específicos dos profissionais de saúde. Com a finalidade de conhecer melhor o processo de envelhecimento, é importante avaliar a capacidade funcional de idosos, identificar situações que necessitam de intervenção ou cuidados, e produzir informações que possam subsidiar a elaboração de planejamento e a prestação do cuidado. Para Moraes (2012), o foco da saúde está estritamente relacionado à funcionalidade global do indivíduo, e que a pessoa é considerada saudável quando é capaz de realizar suas atividades sozinha, e de forma independente e autônoma, mesmo que tenha doenças. A avaliação multidimensional do idoso busca descortinar problemas que até então eram atribuídos ao processo de envelhecimento. Um dos instrumentos pode ser a avaliação da capacidade funcional para realizar as atividades de vida diária (AVD). Este tem sido considerado um indicador de situação de saúde da população idosa.

A avaliação do idoso não existe, acolhimento a gente até faz, mas nunca foi passado pra nos o passo a passo, como tem que ser feito. Eu não estou preparada pra receber o idoso. É só gentileza, forma de falar, forma de comunicação. Se eu falar que estou preparada pra receber o idoso, estou mentindo... (E3)

Eu procuro ao máximo ter esse contato com o paciente, eu procuro ouvir a queixa, fazer anamnese e exame físico... Saúde da mulher e da criança, a gente conseguiu alcançar as metas planejadas, que foram pactuadas em fevereiro, aliás, foi até além. A gente precisa melhorar no acompanhamento do planejamento familiar e do hiperdia, onde tem mais idoso. Grande parte do grupo é hipertenso e diabético, mas, eles vêm quando chama. Eles gostam quando a gente chama, eles vêm participar. Eles são independentes, são ativos, ainda fazem as coisas em casa, tem autonomia. Quando a gente convida para o grupo do hiperdia eu acho que 90% é idoso, as vezes eles vem só pra pegar receita e pra consulta médica eu tento explicar pra eles os cuidados, a medicação, pra eles compreender. A gente faz uma roda de conversa, e oriente sobre a hipertensão, diabetes, os cuidados com o organismo, numa linguagem simples. A gente tem tentado fazer o melhor possível, com esse olhar mais sensível, em relação ao acolhimento. A parte educativa é só neste momento... (E2).

É enfatizado por Gonçalves e Leite (2009) que a relação profissional/idoso, tem sido de modo horizontal, impedindo o protagonismo do idoso como sujeito social na construção conjunta de uma ação gerontológica mais apropriada; e que as crenças arraigadas pessoais ou coletivas, ainda estão presentes nos profissionais da saúde, assim como a descrença quanto à capacidade dos idosos aprenderem e praticarem novos comportamentos de cidadania ou de inclusão social. No Brasil, pode-se dizer que as políticas públicas avançaram enquanto discurso estatal no reconhecimento dos direitos ao acesso a bens e serviços, porém, na prática ainda há muito a ser feito para sua efetivação e destinação de serviços de qualidade (MACIEL, 2002). Para que o cuidado de enfermagem possa atingir a eficiência almejada, e promover uma assistência que valorize a diversidade de raças do mundo, segundo Souza et al (2007) é preciso fundamentar as ações em conhecimentos e habilidades promovidas por meio do cuidado transcultural. As ações que envolvem o cuidado de enfermagem aos idosos, devem valorizar continuamente os aspectos de sua cultura, pois as pessoas que são cuidadas de maneira incongruente com seus padrões e crenças podem apresentar sinais de conflitos culturais, frustração, estresse e preocupações de ordem moral e ética.

Quanto à utilização da enfermagem transcultural no cuidado gerontológico, Queiroz e Pagliuca, (2001) ao desenvolverem estudos que utilizam a Teoria de Leininger, sugerem que a enfermagem valorize a história de vida, faça adequação às práticas de cuidado culturalmente congruentes, e associe a educação em saúde nos modelos assistenciais específicos para esta população. Vale ressaltar que a gerontologia é multidisciplinar e interdisciplinar, pois respectivamente reúne conceitos teóricos provenientes de diferentes disciplinas em torno do seu objeto de estudo; e em função da complexidade do fenômeno da velhice, exige não apenas a união de conhecimentos existentes em diversas disciplinas, mas também a construção de um novo corpo de conhecimento científico que orienta a sua prática. Segundo Pavarini (2005. p.401), “a enfermagem, assim como outras profissões, têm buscado em maior ou menor grau, inserir-se no contexto interdisciplinar da gerontologia, enfrentando os desafios e dilemas que isso representa no atual contexto brasileiro. Mas este movimento está ainda aquém do que seria necessário”.

Considerações finais

Apesar da criação dos 34 DSEI's representar um avanço na política de saúde indígena, o modelo ainda apresenta deficiências. Há dificuldades de recrutamento de pessoal capacitado para trabalhar em um contexto intercultural, e ausência de mecanismos eficientes para garantir a participação dos indígenas na avaliação dos serviços. O enfermeiro na atenção básica, em sua atuação nas Unidades Básicas de Saúde Indígena (UBSI), ainda possui conhecimento impreciso sobre a necessidade do indígena idoso, pois as ações se restringem a atividades previstas nos programas do Ministério da Saúde (MS), como por exemplo, grupos de hipertensos e diabéticos dentre outros. Porém, tais programas não respondem à complexidade dos determinantes do processo saúde-doença do indígena idoso; uma vez que ainda são realizados de forma padronizada, vertical e prescritiva – modulados por fatores de ordem biológica, psicológica, econômica e política, sem no entanto, atender aos aspectos da cultura indígena.

É essencial que o enfermeiro compreenda a realidade onde atua e reflita sobre sua prática, podendo atender de forma integral o indígena idoso. Além disso, deve basear-se em um referencial teórico para sua prática profissional. Deve ser promovida a formação de um profissional capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde e doenças prevalentes, com ênfase na sua região de atuação, e consonância com as diretrizes curriculares para o curso de enfermagem – promovendo diálogos interculturais entre diferentes conhecimentos, valores, saberes e experiências. Para a atuação do enfermeiro na atenção básica à saúde indígena, é essencial a compreensão do processo saúde-doença de forma ampliada com o aspecto étnico-cultural incluso, e que o profissional busque se atualizar e adquirir novos conhecimentos. Assim, emerge a necessidade de investimento em capacitação dos enfermeiros, no intuito de fortalecer os profissionais que atuam nas aldeias, e conseqüentemente estes desenvolvam ações de saúde vinculadas às necessidades percebidas e vivenciadas pelo indígena idoso, visando à melhoria da qualidade de vida individual e coletiva.

No contexto da questão do indígena idoso, um dos desafios engloba a realização de estudos e pesquisas destinados a uma avaliação dos serviços de saúde, que leve em conta o ponto de vista do conhecimento das especificidades de

um grupo étnico, e que também considere o mapeamento das demandas desses povos em suas representações do processo saúde-doença. Sabendo-se que o cenário nacional aponta para um número cada vez maior de indígenas idosos, que esses idosos podem apresentar múltiplas doenças crônicas, e que estas doenças podem causar dependência, este século será marcado por novas necessidades de cuidado – cuja história de vida de seus membros, a cultura de origem, o contexto histórico e cultural em que se vive, e a disponibilidade dos recursos pessoais e sociais de apoio, serão fatores importantes. Cresce, portanto, a necessidade de um profissional capacitado para o cuidado ao indígena idoso.

Referências

ALENCAR. R. C. V de. **A vivência educativa do enfermeiro no Programa Saúde da Família (PSF)**. 2006. 122f Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

AMADIGI F. R. et al. A antropologia como ferramenta para compreender as práticas de saúde nos diferentes contextos da vida humana. **REME rev. min. enferm.** 2009; 13: p. 139-146

AYRES. J.R.C.M. Cuidado e reconstrução das praticas de saúde. **Interface.** 2004, 8(14): 73-92.

BERTOLANI, Marlon Neves. **Representações sociais da saúde e políticas de saúde voltadas a populações indígenas: uma análise da relação entre o sistema de saúde guarani e a biomedicina**. 2008.196 p. Dissertação (Mestrado em Política Social). Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas, Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, 2008

BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do idoso e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm>. Acesso em: 31 mai. 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES Nº 3, de 7 de novembro de 2001**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>>. Acesso em 21 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS nº254 de 31 de janeiro de 2002 a. Aprova Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Brasília, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf>. Acesso em: 12 jul 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº399, de 22 de fevereiro de 2006 a**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 12 jul. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº2528, de 19 de outubro de 2006 b**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/politica_nacional_pessoa_idosa_2009.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006c. 192 p. (Série A.

Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; n. 19). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcd19.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2016.

BRASIL. **Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 11.645, DE 10 de março de 2008.** Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, para incluir no currículo oficial da rede de ensino a obrigatoriedade da temática "História e Cultura Afro-Brasileira e Indígena. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2008/lei/l11645.htm. Acesso em 21 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Relatório de gestão exercício 2012.** Brasília. 2013. Disponível em: www.tcu.gov.br/.../Juris/.../judoc%5CAcord%5C20070705%5CTC-013-361-2007-7. Acesso em: 12 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Relatório Final da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (5ª CNSI).** Brasília. 2014. Disponível em: http://www.rebidia.org.br/images/stories/PDF/relatorio_5_conferencia_indigena.pdf. Acesso em: 12 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento sobre o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena.** Brasília; 2016.

CREUTZBERG, M.; GONÇALVES, L.H.T. **Acoplamento entre instituições de longa permanência para idosos e universidades.** *Rev. Eletr. Enf.*, 2011. 13 (4): 620-628.

FALLER, J. W. ; MARCON, S.S. **Práticas socioculturais e de cuidado à saúde de idosos em diferentes etnias.** *Esc. Anna Nery.* 2013 jul/set; 17 (3):512- 519.

GEORGE, J.B. et al. **Teorias de Enfermagem: os fundamentos à prática profissional.** 4. Ed. Porto Alegre: Artmed; 2000.

GONÇALVES, L. H. T.; LEITE, M. T. A enfermagem construindo significados a partir de sua interação social com idosos hospitalizados. **Texto contexto Enferm.** 2009, 18(1): 114- 115.

HAMMERSCHMIDT K. S. A., ZAGONEL I. P. S., LENARDT M. H. Envolvimentos da teoria do cuidado cultural na sustentabilidade do cuidado gerontológico. **Acta paul. enferm.** 2007, 20(3): 362-67.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira.** Brasília, 2010.

LANGDON EJ. **A doença como experiência: a construção da doença e o seu desafio para a prática médica.** Palestra oferecida na Conferência 30 anos Xingu, Escola Paulista de Medicina, São Paulo [Internet]. 1995 ago 23 Não Paginado. Disponível em:

http://www.antropologia.com.br/tribo/nessi/textos/A_Doenca_como_Experiencia.htm. Acesso em 08 set. 2016.

- MACIEL, P.M.A. **A mulher idosa num grupo de convivência: um estudo na perspectiva da Enfermagem**. 2006. 182f Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2002.
- MARINELLI. N. P. Assistência à população indígena: dificuldades encontradas por enfermeiros. **Revista Univap**. São José dos Campos- SP, 18 (32), dez.2012.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**.12ed. São Paulo: Hucitec, 2013.
- MORAES, E. N. **Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012, 98 p.
- OLIVEIRA, L. S. S. Direitos sociais indígenas e a saúde. **Saúde Coletiva**. São Paulo: Bolina. Vol. 7, núm. 40, 2010, p. 122-124
- OLIVEIRA, J. W. B.; AQUINO, J. M.; MONTEIRO, E. M. L. Promoção da saúde na comunidade indígena Pankararu. **Rev. Bras. Enferm. Brasília (DF)** 2012 mai/jun; 65(3): 437- 444.
- PAVARINI, S. C. I. et al. A arte de cuidar do idoso: gerontologia como profissão? **Texto contexto - Enferm**. 2005, 14 (3), p.398-402.
- PELLON. L. H. C. **Tensões interculturais e os impactos no processo saúde-doença na população Guarani Mbyá de Aracruz, Espírito Santo**. 2008.243f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação- Mestrado em Enfermagem, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, 2008.
- QUEIROZ, M. V. O; PAGLIUCA, L. M. F. Conceito de enfermagem transcultural: análise de seu desenvolvimento em uma dissertação de mestrado. **Ver. Bras. Enferm, Brasília (DF)** 2001 out/dez; 54(4): 630- 637.
- RISSARDO, L. K. et al. Práticas de cuidado ao idoso indígena: atuação dos profissionais de saúde. **Ver. Bras. Enferm. , Brasília (DF)** 2014 nov./ dez.; 67(6): 919- 927
- ROCHA, E. S. C. **Uma Etnografia das Práticas Sanitárias no Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto Rio Negro – Noroeste do Amazonas**. 2007. 176 p. Dissertação (Mestrado sociedade e cultura da Amazônia). Programa de Pós-Graduação em Sociedade e Cultura na Amazônia. UFAM, Manaus, 2007.
- SANTOS, S. S. C. et al. Avaliação multidimensional do idoso por enfermeiros brasileiros: uma revisão integrativa. **Cienc. Cuid. Saúde**, v.9, n.1, p.129-136, 2010.

SILVA, C. B. Profissionais de saúde em contexto indígena: Os desafios para uma atuação intercultural e dialógica. **ANTROPOS Revista de Antropologia** – Ano 5 – Volume 6, dezembro 2013.

SILVA, N. C.; GONÇALVES, M. J. F.; LOPES NETO, D. , Enfermagem em saúde indígena: aplicando as Diretrizes Curriculares. **Rev. Bras. Enferm.** , Brasília (DF) 2003 jul/ago.; 56(4): 388-391

SOUZA, J. R., ZAGONEL, I. P. S., MAFTUM, M. A. O cuidado de enfermagem ao idoso: uma reflexão segundo a teoria transcultural de Leininger. **Rev. RENE.** 2007 8(3): 117-125.

4.2. PRODUTO 02 _ WORKSHOP

OBJETIVOS

- Aprofundar o conhecimento sobre Envelhecimento e as Políticas Públicas de Saúde do Idoso para o Subsistema de Saúde Indígena, sensibilizando os participantes que, numa troca de experiências e discussão sobre as ações que são realizadas na atenção básica, possam avaliar como o indígena idoso está sendo cuidado, e propor sugestões de adequações conforme a realidade de cada aldeia.

- Discutir a Política Nacional do Idoso vigente e as ações de atenção integral a saúde do Idoso, propostas no Plano Distrital de Saúde Indígena 2012-2105, abordando as facilidades e dificuldades encontradas para execução das ações, como também garantir a especificidade dos cuidados prestados aos indígenas idosos e respaldar o trabalho dos profissionais da saúde indígena.

- Estimular o acompanhamento das políticas sociais e de saúde existentes no âmbito das três esferas de governo, pelos idosos, profissionais da saúde, e lideranças indígenas com representatividade nos Conselhos de defesa dos direitos da pessoa idosa e Conselhos de saúde com vistas à ampliar a participação do segmento indígena no controle social.

- Estimular a criação de núcleos de estudos e pesquisa sobre o envelhecimento dos povos indígenas, buscando analisar a realidade existente nas etnias tupiniquim e guarani.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS



Data: 06/12/2016
Horário: 13h às 18h



Local: Associação Indígena
Tupiniquim-Guarani
Rodovia Primo Bitti s/nº Caieras Velha.
Aracruz-ES, Brasil. CEP 29.000-000



Público Alvo: Profissionais da Saúde Indígena, Lideranças Indígenas.



Informações podem ser solicitadas através do e-mail: liliana.pereira@saude.gov.br

PROMOÇÃO



UFES



PPGENF
Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem - UFES



SAÚDE INDÍGENA



Secretaria Especial Ministério
de Saúde Indígena do Brasil

APOIO

DSEI MG-ES
SEMSA
SESA
AITG

1º WORKSHOP DE SAÚDE DO INDÍGENA IDOSO



PARA PROFISSIONAIS DE
SAÚDE DO POLO BASE
ARACRUZ-ES

O envelhecimento populacional tem sido um desafio para as políticas públicas, porque interfere na estrutura socioeconômica e exige que seja assegurada à pessoa idosa assistência à saúde específica, manutenção da autonomia, qualidade de vida e garantia de direitos e responsabilidades sociais.

O Distrito Sanitário Especial Indígena/MG-ES (DSEI/MG-ES) possui uma população de 14 mil indígenas, sendo que, 3.600 (25%) são residentes no Espírito Santo. Deste total, 800 estão com idade acima de 60 anos e apresentam características de envelhecimento patológico como polipatologias (14,4%), polifarmácia (18,3%), mobilidade parcial (11,7%), insuficiência familiar (17%), uso de álcool (27,1%), fumantes (32,3%) (SIASI, 2013).

Considerando as especificidades étnicas e culturais diversificadas é fundamental que os profissionais da saúde que atendem essa população possam ter um espaço dinâmico de ampliação dos conhecimentos, reflexão sobre as Políticas de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e da Pessoa Idosa, como ferramenta na construção da prática dos cuidados para essa população.



I WORKSHOP DE SAÚDE DO INDIGENA IDOSO

Para profissionais de saúde do Polo Base Aracruz - ES
06 de Dezembro de 2016

PROGRAMAÇÃO

13:00h – Abertura

13:30 Palestra: As Políticas públicas de saúde do idoso: estratégias para a assistência diferenciada.

14:30 As Práticas do cuidado transcultural no contexto Tupiniquim e Guaraní

15:30 Intervalo

16:00 Discussão em grupo: Como os idosos estão sendo cuidados nas terras indígenas de Aracruz?

17:00 Apresentação dos grupos

18:00 Encerramento

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS DO ESTUDO

Este estudo possibilitou a compreensão das práticas de cuidado à saúde, realizadas no espaço da atenção básica de assistência ao indígena no processo de envelhecimento. Foi possibilitada também a vivência dos profissionais enfermeiros e a identificação dos desafios na implantação das ações de saúde para o indígena idoso. Considerando que, assim como no cenário nacional, a população indígena esta

envelhecendo rapidamente, esta também vivenciando doenças novas para eles, entre elas hipertensão, diabetes, que acometem principalmente o segmento idoso. Nesse contexto, delinea-se que todas as práticas de promoção e educação em saúde para prevenção de doenças, devem estar voltadas para esse segmento e mais presentes no processo de trabalho da equipe de enfermagem. Cuidados que perpassem a história de vida, a cultura específica e o contexto histórico de cada etnia, e que, de conformidade com a disponibilidade dos recursos pessoais e sociais de apoio, demanda também o profissional capacitado para o cuidado ao idoso, que ainda não se faz presente nas equipes multidisciplinares de saúde indígena.

Assim, torna-se imprescindível o investimento em capacitação dos enfermeiros, no intuito de se fortalecer os profissionais que atuam nas aldeias, para desenvolver ações de saúde vinculadas às necessidades percebidas e vivenciadas pelo indígena idoso, visando à melhoria da qualidade da assistência individual e coletiva. O estudo aborda o grande desafio dos profissionais da assistência, que têm como base os princípios e diretrizes da política nacional de saúde da pessoa idosa, transitando no espaço de diversidade cultural, sem, no entanto, trazer na sua bagagem profissional o conhecimento adequado desta diversidade. Entendemos que a formação do profissional deve ser valorizada e fortalecida com conhecimentos para intervir nas situações de saúde e doenças prevalentes entre os povos indígenas, proporcionando uma atuação cônsona com as diretrizes curriculares do curso de enfermagem, com a política de saúde indígena, e com a política de saúde da pessoa idosa – através de diálogos interculturais entre os diferentes valores, saberes e experiências.

O respeito à premissa do cuidado cultural deve também constituir uma importante base para a enfermagem desenvolver o cuidado gerontológico, e favorecer o planejamento das ações profissionais. Ainda no contexto do

envelhecimento dos povos indígenas, o desafio engloba a realização de estudos e pesquisas destinados à avaliação dos serviços de saúde, considerando além da abordagem das especificidades étnicas, o mapeamento das demandas relacionadas às representações do processo saúde-doença.

6. REFERÊNCIAS

ALENCAR. R. C. V de. **A vivência educativa do enfermeiro no Programa Saúde da Família (PSF)**. 2006. 122f Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

ALTINI, E. G. R. et al (Organizadores). **A política de Atenção à Saúde Indígena no Brasil Breve recuperação histórica sobre a política de assistência à saúde nas comunidades indígenas**. Publicação do Conselho Indigenista Missionário CIMI. Edição revisada (versão para circulação restrita) Outubro de 2013.

AMADIGI F. R. et al. A antropologia como ferramenta para compreender as práticas de saúde nos diferentes contextos da vida humana. REME Rev. Min. Enferm. 2009; 13: p. 139-146.

ANTONINI F.O. et al. Enfermagem e Cultura: **Características das teses e dissertações produzidas na pós-graduação da Enfermagem brasileira**. Rev. Enferm UFSM 2014; 5 (1): p. 163-171

ATHIAS e MACHADO. **A saúde indígena no processo de implantação dos Distritos Sanitários: temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001, mar-abr.17(2): 425-431.

AYRES. J. R. C. M. **Cuidado e reconstrução das praticas de saúde**. Interface. 2004, 8 (14): 73-92.

BERTOLANI, M. N. **Representações sociais da saúde e políticas de saúde voltadas a populações indígenas: uma análise da relação entre o sistema de saúde guarani e a biomedicina**. 2008.196 p. Dissertação (Mestrado em Política Social). Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas, Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, 2008.

BRASIL. Lei nº 3.071 de 1º de Janeiro de 1916. **Código Civil dos Estados Unidos do Brasil**.

_____. Lei 6001 de 19 de dezembro de 1973. **Estatuto do Índio**. Diário Oficial da União de 21/12/1973, p.13.177, Seção I.

_____. Decreto nº 88.601 de 9 de agosto de 1983a. **Homologa a demarcação das Terras Indígenas de Comboios**. D.O.U. 10 de agosto de 1983.

_____. Decreto nº 88.926 de 27 de Outubro de 1983b. **Amplia demarca e homologa as Terras Indígenas de Caieiras Velha 2**. D.O.U. 1º de novembro de 1983.

_____. Ministério da Saúde, 1986a. **Relatório final da I Conferencia Nacional de Proteção à Saúde dos Povos Indígenas**. Brasília/DF. MS/FUNASA.

____ Ministério da Saúde, 1986b. **Relatório final da VIII Conferencia Nacional de Saúde**. Brasília/DF.

____ Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 1988. Brasília D.O.U. 5 de Outubro de 1988, p.01, Seção I.

____ Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990a. **Lei Orgânica da Saúde**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. D.O.U. 20/09/1990, Seção I, p.18.055.

____ Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística** – IBGE, Brasília, [1990]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.

____ Ministério da Saúde. DECRETO 23 de 4 de fevereiro de 1991. **Dispõe sobre as condições de saúde para prestação de assistência à saúde dos povos indígenas**. Revogado pelo Dec. 1.141/94.

____ Ministério da Saúde, 1993. **Relatório final da II Conferencia Nacional de Saúde para os Povos Indígenas**. Luziânia/GO. MS/FUNASA.

____ Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. **Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do idoso e dá outras providências**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm>. Acesso em: 31 mai. 2016.

Lei 9.836 de 23 de setembro de 1999a. **Acrescenta dispositivo à Lei nº8080, de 19/09/1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**, Instituinto o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. “Lei Arouca”. Publicado no D.O.U. 24/09/1999, p.01, Seção I.

____ Ministério da Saúde. Portaria nº 1.395 GM de 10 de dezembro de 1999, **aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso**. D.O.U. de 12 de dezembro de 1999b.

____ Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística** – IBGE, Brasília, [2000]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>

____ Ministério da Saúde, 2001. **Relatório final da III Conferencia Nacional de Saúde Indígena**. Luziânia/GO. MS/FUNASA.

____ Conselho Nacional de Educação Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES Nº 3, de 7 de novembro de 2011b**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>>. Acesso em 21 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS nº254 de 31 de janeiro de 2002. **Aprova Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. Brasília, 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf. Acesso em: 12 jul 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 249, de 2002b. **Aprova as Normas de Cadastramento dos Centros de Referência e Assistência a Saúde do Idoso**.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM 702 de 12 de abril de 2002c. **Cria mecanismos para organização e Implantação das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso**. D.O.U., 12 de abril de 2002.

_____. Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003. **Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências**. D.O.U. de 3 de Outubro de 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Convenio 1340/ 2004 ocorrido entre a ONG Missão Evangélica Kauá e a Fundação Nacional de Saúde**. Brasília, 2002b. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/22/relatorio-gestao-sesai-2012.pdf>. Acesso em: 12 set. 2016.

_____. Fundação Nacional de Saúde. **Relatório Técnico Anual de Saúde Indígena**. 2004. Elaborado pela Equipe de Saúde Indígena (ESAI) da FUNASA, Vitória, ES, 2004. [Documento não publicado].

_____. Fundação Nacional de Saúde. **Relatório Técnico Anual de Saúde Indígena** 2005. Elaborado pela Equipe de Saúde Indígena (ESAI) da Funasa, Vitória, ES, 2005. [Documento não publicado].

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 822, de Abril de 2006. **Altera os critérios para definição de modalidades da Estratégia de Saúde da Família, dispostos na Política de Atenção Básica**. Brasília, M. S., 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006b. 192 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; n. 19). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcd19.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2016.

_____. Fundação Nacional de Saúde. **Relatório Técnico Anual de Saúde Indígena**. 2006c. Elaborado pela Equipe de Saúde Indígena (ESAI) da Funasa, Vitória, ES. [Documento não publicado].

_____. Ministério da Saúde. **Relatório final da IV Conferencia Nacional de Saúde Indígena**. 2006d. Goiânia/GO. MS/FUNASA.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. D.O.U. Brasília, 2006e.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006f. **Divulga o Pacto pela Saúde 2006f – Consolidação do SUS e aprova as**

Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: 12 jul. 2016.

____ Fundação Nacional de Saúde. **Relatório Técnico Anual de Saúde Indígena** 2008. Elaborado pela Equipe de Saúde Indígena (ESAI) da Funasa, Vitória, ES, 2008.

____ **Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos.** Lei nº 11.645, DE 10 de março de 2008b. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, para incluir no currículo oficial da rede de ensino a obrigatoriedade da temática “História e Cultura Afro-Brasileira e Indígena. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2008/lei/l11645.htm. Acesso em 21 set. 2016.

____ Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira.** Brasília, [2010]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>

____ Ministério da Saúde, Portaria 2.488, de 21 de Outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica**, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para a Estratégia de Saúde.

____ Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Plano Distrital de Saúde Indígena.** Período: 2012-2015. DSEI MG-ES. 2012a.

____ Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de Dezembro de 2012b.** Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. D.O.U. de 13/06/2013.

____ Ministério da Saúde Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Relatório de gestão** exercício 2012c. Brasília. 2013. Disponível em: www.tcu.gov.br/.../Juris/.../judoc%5CAcord%5C20070705%5CTC-013-361-2007-7. Acesso em: 12 set. 2016.

____ SESAI. **Cartografia do DSEI MG-ES.** 2013a [documento não publicado].

____ Ministério da Saúde. SESAI. **Documento do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena.** Brasília: Secretaria Especial de Saúde Indígena /Ministério da Saúde, 2013b.

____ Ministério da Saúde Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Relatório Final da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena. (5ª CNSI).** Brasília. 2014a. Disponível em: http://www.rebidia.org.br/images/stories/PDF/relatorio_5_conferencia_indigena.pdf. Acesso em: 12 set. 2016.

____ Ministério da Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no sus: proposta de modelo de atenção integral.** Apresentado no XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. 2014b

_____. Ministério da Saúde. **Relatório final da V Conferencia Nacional de Saúde Indígena**. Brasília/DF. , 2015. MS/Conselho Nacional de Saúde.

_____. Ministério da Justiça. **Fundação Nacional do Índio (FUNAI)** on-line 2016. Disponível em: <<http://www.funai.gov.br>>. Acesso em 14 de agosto de 2016.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. **Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica**. In: FREITAS, E.V. et al. (Org.) Tratado de Geriatria e Gerontologia.3.ed. - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

CICCARONE, C. **Drama e sensibilidade: migração, xamanismo e mulheres mbya guarani**. 2001. 382 p. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2001.

COFEN. Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986. **Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providencias**.

COUTINHO, J. M. **Uma Historia do índio de Aracruz**. 1. ed. Aracruz : Gráfica Real, 2003.

CAÇADOR, B. S. et al., **Ser enfermeiro na estratégia de saúde da família: desafios e possibilidades**. REME Rev Min Enferm. 2015 jul/set; 19(3): 612-619.

CREUTZBERG, M.; GONÇALVES, L. H. T. **Acoplamento entre instituições de longa permanência para idosos e universidades**. Rev. Eletr. Enferm. , 2011. 13 (4): 620-628.

DIEHL, E. E. **Financiamento e atenção à saúde no Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul**. In: COIMBRA, J. R.; SANTOS, R. V.; ESCOBAR, A. L. (org.) Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, p.217-324.

FRACOLLI, L. A. ERMEL, R. C. **O trabalho das enfermeiras no Programa de Saúde da Família em Marília/SP**. Rev. Esc. Enf. USP 2006; 40(4): 533-9. <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n4/v40n4a11.pdf>

FALLER, J. W. , MARCON, S.S. **Praticas sociocultural e de cuidado à saúde de idosos em diferentes etnias**. Esc. Anna Nery. 2013 jul/set; 17(3): 512- 519.

GARNELO, L. & SAMPAIO, S. 2001. **Bases socioculturais do controle social em saúde indígena. Problemas e questões na região Norte do Brasil**. Manaus, 16 p. GARNELO, L.; MACEDO, M.; BRANDÃO, L. C. **Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde no Brasil**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

GARNELO, L. et al. **Medicina Tradicional Baniwa: uma experiência de intervenção social em busca de uma teoria**. In: LANGDON E. J. ; GARNELO, L. (Org.). Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa. Rio de Janeiro: Contracapa Livraria/Associação Brasileira de Antropologia, 2004. p. 171-194.

GARNELO, I. LANGDON, J. **A antropologia e a reformulação das práticas sanitárias na atenção básica à saúde.** In: Minayo, Maria Cecília de Souza; Coimbra Junior, C. E. A. *Criticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na America Latina* | Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2005. P.133-156.

GEORGE, J. B. et al. **Teorias de Enfermagem: os fundamentos à prática profissional.** 4. Ed. Porto Alegre: Artmed; 2000.

GONÇALVES, L. H. T.; LEITE, M. T.; **A enfermagem construindo significados a partir de sua interação social com idosos hospitalizados.** *Texto contexto Enferm.* 2009, 18(1): 114- 115.

HAMMERSCHMIDT K. S. A., ZAGONEL I. P. S., LENARDT M. H. **Envolvimentos da teoria do cuidado cultural na sustentabilidade do cuidado gerontológico.** *Acta Paul. Enferm.* 2007, 20(3): 362-67.

HECK, R. M.; LANGDOM, E. J. M., **Envelhecimento, Relações de Gênero e o Papel das Mulheres na Organização da Vida em uma Comunidade Rural** in: ISA, Instituto Sócio Ambiental (ISA), 2008. **Os Índios do Brasil** In: Povos Indígenas. <http://books.scielo.org/id/d2frp/pdf/minayo-9788575413043-08.pdf>. Acesso em fev.2017.

LANGDON, E. J. **A doença como experiência: a construção da doença e o seu desafio para a prática médica.** Palestra oferecida na Conferência 30 anos Xingu, Escola Paulista de Medicina, São Paulo. 1995, ago. 23, Não Paginado. Disponível em: http://www.antropologia.com.br/tribo/nessi/textos/A_Doenca_como_Experiencia.htm

LANGDON, E.J.; WILK, F.B., **Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde.** *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. mai-jun 2010 . Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_23

_____. **Saúde e povos indígenas: os desafios na virada do século.** In: Congresso Latino-americano de Ciências Sociales y Medicina, 5, 1999, Isla de Margarita, Venezuela. [Trabalhos apresentados] Disponível em: <http://www.antropologia.com.br/tribo/nessi/textos/Margsav.htm> . Acesso em fev.2017.

_____. **Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde.** In: LANGDON E. J.; GARNELO, L. (Org.). *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa.* Rio de Janeiro: Contracapa Livraria/Associação Brasileira de Antropologia, 2004. p. 89.
LEININGER, M. M. **Teoria do cuidado transcultural: Diversidade e Universidade.** In: *Anais do Simpósio Brasileiro de Teorias de Enfermagem.* Florianópolis: UFSC, 1985. p. 255-288.

LEININGER, M. M. **Culture care diversity and universality: a theory of nursing.** New York: National League for Nursing Press, 1991.
LEININGER, M. MCFARLAND, .M. R. **Culture care diversity and universality: worldwide nursing theory.** 2nd ed. New York: Jones and Bartlett; 2006.

LIMA, A. C. S., et al. **Indigenismo no Brasil: migração e reapropriações de um saber administrativo.** Antropologia, Impérios e Estados Nacionais (2002): 159-186.

MACIEL, P. M. A. **A mulher idosa num grupo de convivência: um estudo na perspectiva da Enfermagem.** 2006. 182f Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2002.

MARINELLI, N. P. Assistência à população indígena: dificuldades encontradas por enfermeiros. **Revista Univap.** São José dos Campos. SP, 18 (32), dez.2012.

MARTINS, A. L. **Política de saúde indígena no Brasil: reflexões sobre o processo de implementação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.** 2013. 126f. Dissertação de Mestrado – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 13ª edição. São Paulo: Hucitec, 2013.

MINAYO, M. C. S. COIMBRA JUNIOR, C. E. A. org. **Antropologia, saúde e envelhecimento** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 209 p. ISBN: 85-7541-008-3. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/d2frp>. Acesso em fev.2017.

MORAES, E. N. **Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012, 98 p.

OLIVEIRA, L. S. S. Direitos sociais indígenas e a saúde. **Saúde Coletiva.** São Paulo: Bolina. vol. 7, núm. 40, 2010, p. 122-124.

OLIVEIRA, J. W. B.; AQUINO, J. M.; MONTEIRO, E. M. L. Promoção da saúde na comunidade indígena Pankararu. **Rev. Bras. Enferm.,** Brasília (DF) 2012 mai/jun; 65(3):437- 444.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Envelhecimento ativo: uma política de saúde.** Brasília: OPAS, 2005.

PAVARINI, S. C. I. et al. A arte de cuidar do idoso: gerontologia como profissão? **Texto contexto - Enferm.** 2005, 14 (3), p.398-402.

PELLON, L. H. C. **Tensões interculturais e os impactos no processo saúde-doença na população Guarani Mbyá de Aracruz, Espírito Santo.** 2008.243f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação- Mestrado em Enfermagem, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, 2008.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACRUZ (PMA). **Conheça Aracruz: Informações municipais.** Aracruz. Disponível em: <http://www.aracruz.es.gov.br/servicos/conheca/> Acesso em Nov.2015

QUEIROZ, M. V. O; PAGLIUCA, L. M. F. **Conceito de enfermagem transcultural: análise de seu desenvolvimento em uma dissertação de mestrado.** Ver. Bras. Enferm. , Brasília (DF) 2001 out/dez; 54(4): 630- 637.

RIBEIRO, D. **Utopia Selvagem _ Saudade da Inocência Perdida Uma fábula.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira. 1982.

RISSARDO, L. K. et al. **Praticas de cuidado ao idoso indígena: atuação dos profissionais de saúde.** Ver. Bras. Enferm. , Brasília (DF) 2014 nov./dez; 67(6): 919-927.

ROCHA, S. M. M.; ALMEIDA, M. C. P. de. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Rev.latino-am. enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 96-101, dezembro 2000.

ROCHA, E. S. C. **Uma Etnografia das Praticas Sanitárias no Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto Rio Negro – Noroeste do Amazonas. 2007.** 176 p. Dissertação (Mestrado sociedade e cultura da Amazônia). Programa de Pós-Graduação em Sociedade e Cultura na Amazônia. UFAM, Manaus, 2007.

SANNA, M. C., **Os processos de trabalho em enfermagem.** Ver. Bras. Enf., Brasília 2007 mar- abr; 60(2): 221-4.

SANTOS, S. S. C. et al. Avaliação multidimensional do idoso por enfermeiros brasileiros: uma revisão integrativa. **Cienc. Cuid. Saúde**, v.9, n.1, p.129-136, 2010.

SILVA, C. B. Profissionais de saúde em contexto indígena: Os desafios para uma atuação intercultural e dialógica. **ANTROPOS Revista de Antropologia** – Ano 5 – Volume 6, dezembro 2013.

SILVA, N. C.; GONÇALVES, M. J. F.; LOPES NETO, D. , Enfermagem em saúde indígena: aplicando as Diretrizes Curriculares. **Rev. Bras. Enferm.** , Brasília (DF) 2003 jul./ago.; 56(4): 388-391

SOUZA, J. R., ZAGONEL, I. P. S., MAFTUM, M. A. O cuidado de enfermagem ao idoso: uma reflexão segundo a teoria transcultural de Leininger. **Rev. RENE.** 2007 8(3): 117-125.

TERRA, N. L... [et al]: organizadores. **Envelhecimento e suas múltiplas áreas do conhecimento** - Porto Alegre: EDIPICRS; 2010. 228p.

UNICEF, **Cuidados Primários de Saúde.** In: Relatório da Conferencia Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata, URSS, 2-12 de setembro de 1978. OMS. UNICEF_ Brasil, 1979.

APÊNDICE. A
TERMO DE CONSENTIMENTO INSTITUCIONAL



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM

Vitória, 05 de Agosto de 2014.

À Chefia do Escritório Local/DISEI/MG-ES
Gracione Sá Mendes

Srª. Chefe,

Sou servidora do SESAI/DSEI/MG-ES com lotação no Escritório Local/ES, trabalho com a saúde dos povos indígenas desde 2005.

Atualmente, como aluna do Mestrado Profissional de Enfermagem do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo, na linha da Organização e Avaliação do Sistema de Cuidado à Saúde – Envelhecimento da pessoa idosa, tenho como orientadora a Enfermeira Drª Paulete Ambrósio Maciel, professora da UFES.

Solicito autorização desta chefia, para o desenvolvimento da pesquisa, que tem como objetivo principal A Enfermagem e as práticas de Atenção à Saúde do Indígena Idoso. Buscando possibilidades de dar visibilidade à população indígena nas questões do envelhecimento, e atendimento às ações previstas no Plano Distrital no que diz respeito à saúde do idoso

Atenciosamente,

Liliana Pereira Coelho
Liliana Pereira Coelho

Siape- 0468268

Gracione de Sá Mendes
Chefe do Escritório Local - Substituto
SESAI/DSEI/MG-ES
Autorizo: *Gracione de Sá Mendes*
Data: 05/08/2014

APENDICE B
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Eu, _____, fui convidado a participar da pesquisa sobre a Saúde do Indígena idoso, abaixo discriminada, nos seguintes termos:

Título do Projeto: A enfermagem e as práticas de atenção à saúde do indígena idoso.

Pesquisador Responsável: Liliana Pereira Coelho

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Paulete Maria Ambrósio Maciel

Telefone do pesquisador responsável: 27-3299 2434 / 27-99506246

Contato eletrônico com o pesquisador responsável: lilianapereiracoelho@gmail.com

Curso: Mestrado Profissional de Enfermagem

Instituição de Ensino: Universidade Federal do Espírito Santo

Local da pesquisa: Polo Base tipo I Aracruz – Aldeias de Caieiras Velhas, Irajá, Boa Esperança, Três Palmeiras, Piraquê-Açú, Pau Brasil, Comboios _ município de Aracruz.

Participantes da pesquisa: Profissionais de Saúde Enfermeiros que trabalham com as comunidades indígenas nas Unidades Básicas de Saúde localizadas nas aldeias supracitadas.

Objetivo da Pesquisa: Identificar, analisar e discutir junto aos enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde Indígena a implementação das Ações de Atenção Integral à saúde do indígena idoso.

Procedimento da pesquisa: Minha participação consiste em responder um questionário contendo perguntas fechadas e abertas, individualmente em presença da pesquisadora responsável. Depois de finalizada a pesquisa, os resultados estarão disponíveis na biblioteca da UFES, no Centro de Ciência da Saúde.

Riscos e desconfortos: Fui esclarecido de que há riscos de sentir-me desconfortável ao falar de alguns temas ou situações pessoais ou profissionais no preenchimento do formulário, e que todos os cuidados foram tomados para que não haja prejuízos.

Benefícios: Fui esclarecido que somente as pessoas que trabalham neste estudo terão acesso às informações pessoais obtidas nesta pesquisa. A identidade do (da) entrevistado (a) será preservada, não sendo revelada em hipótese alguma. Os dados coletados poderão ser utilizados em publicações científicas sobre o assunto, resguardando o anonimato.

Ressarcimento financeiro: É de meu conhecimento que nenhuma ajuda financeira será concedida sendo a minha participação na pesquisa voluntária.

Direito de recusa em participar da pesquisa: Entendo que não sou obrigado a participar da pesquisa e que tenho o direito de retirar meu consentimento a qualquer tempo, não estando sujeito a nenhum tipo de penalidade e/ou prejuízo para a minha vida profissional. Esclarecimento de dúvidas: Em caso de dúvidas sobre a pesquisa ou de necessidade de reparação de injúria ou dano relacionado poderei reportar ao pesquisador responsável, Liliana Pereira Coelho, no telefone e e-mail acima descritos. Em caso de dúvidas sobre questões éticas ou queira realizar alguma denúncia desta pesquisa, poderei procurar o Comitê de Ética e Pesquisa do CCS, no telefone 27-3335 7211. Destino dos dados coletados na pesquisa: Fui esclarecido que os dados coletados na pesquisa permanecerão em arquivo de posse do pesquisador responsável por um período de cinco (05) anos, sendo posteriormente destruídos por incineração.

Declaro que li e entendo todos os termos acima expostos sobre a pesquisa À enfermagem e as práticas de Atenção à Saúde do Indígena idoso.

Sendo assim, concordo em participar do estudo, como sujeito, de forma voluntária, pois fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade em meu local de trabalho. Sei também que a participação, não será remunerada e nem me trará custos imediatos ou posteriores. Eu receberei uma cópia assinada desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Vitória, ____/____/____

Assinatura do entrevistado _____

Pesquisador responsável: Liliana Pereira Coelho

Telefone para contato: (27) 999898927

APENDICE C
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

I - CARACTERIZAÇÃO DO SUJEITO

- Data da entrevista: ___/___/___
- Identificação:
- Idade: anos
- Sexo: F () M ()
- Filhos: Sim () Não () Idade:
- Escolaridade: Especialização () Mestrado () Doutorado ()
- Tempo de formado: anos.
- Tempo de exercício profissional: anos.
- Tempo de Experiência com população indígena: anos meses.

II _PERGUNTAS PARA A ENTREVISTA INDIVIDUAL SOBRE ASSISTENCIA AO INDÍGENA IDOSO

1. Já participou de treinamento ou curso com foco em povos indígenas? S() N ()
2. Já participou de curso ou treinamentos com foco no processo de envelhecimento e cuidados de enfermagem à pessoa idosa? S () N ()
3. Realiza Visita Domiciliar ao idoso? S () N ()
- Com qual frequência?
4. São realizadas ações de acolhimento? S () N ()
5. É realizada avaliação da funcionalidade do idoso? S () N ()
6. É realizada atividade educativa de saúde com idosos e familiares? S () N ()

Local/data

ANEXOS A

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE/UFES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A enfermagem e as práticas de atenção à saúde do indígena idoso

Pesquisador: LILIANA PEREIRA COELHO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 44207015.8.0000.5060

Instituição Proponente: Centro de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.125.768

Data da Relatoria: 24/06/2015

Apresentação do Projeto:

É uma pesquisa de abordagem qualitativa do tipo descritivo-exploratório que se dará por meio de entrevista semiestruturada junto a cinco profissionais enfermeiros das equipes multidisciplinares de saúde indígena do Polo Base Aracruz no Espírito Santo, possibilitando contribuir para a construção de um modelo assistencial distrital etnicamente adaptado e em conformidade com as políticas de saúde vigentes. O estudo será realizado Polo Base tipo I Aracruz – Aldeias de Caieiras Velhas, Irajá, Boa Esperança, Três Palmeiras, Piraquê-açu, Pau Brasil, Comboios - município de Aracruz.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar as estratégias para desenvolvimento das ações de atenção integral à saúde do idoso no Plano Distrital de Saúde Indígena, referente ao período de 2012 à 2015

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora determina no projeto os seguintes riscos e benefícios:

Riscos - É esclarecido aos participantes, que existem riscos de sentirem-se desconfortáveis ao falar de temas ou situações pessoais ou profissionais no ato da entrevista e que, todos os cuidados foram tomados para minimizar os possíveis prejuízos. É esclarecido também que a participação é um ato voluntário, podendo haver desistência por parte dos participantes a qualquer momento, sem que haja prejuízos pessoais ou profissionais aos mesmos.

Endereço: Av. Marechal Campos 1468

Bairro: S/N

CEP: 29.040-091

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3335-7211

E-mail: cep@ccs.ufes.br

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE/UFES



Continuação do Parecer: 1.125.768

Benefícios - Busca-se com a investigação colaborar com a construção de um modelo assistencial distrital, que possa garantir as características e especificidades da população indígena no processo de cuidar; com o comprometimento ético e legal da saúde dos povos indígenas, de acordo com as fases do ciclo vital, principalmente no processo de envelhecimento. A compreensão das relações culturais e sociais na velhice, a efetivação das ações de relevância para a saúde no âmbito da equidade, universalidade e integralidade, a aquisição de subsídios para a ampliação do foco de atenção da enfermagem nas dimensões do cuidado, ampliando a visibilidade das questões relacionadas ao envelhecimento através do olhar gerontológico da equipe multidisciplinar.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo relevante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Consta:

- TCLE;
- Folha de rosto;
- Projeto de pesquisa detalhado;
- Instrumento de coleta de dados;
- Carta de autorização para a realização do estudo.

Recomendações:

Não constam.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não constam.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Av. Marechal Campos 1468	CEP: 29.040-091
Bairro: S/N	
UF: ES	Município: VITORIA
Telefone: (27)3335-7211	E-mail: cep@ccs.ufes.br

Página 02 de 03

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE/UFES

VITORIA, 26 DE JUNHO DE 2019

Assinado por:
CINTIA FUCHS DE ALMEIDA BUSTON
(Carimbo)

Endereço: Av. Marechal Campos 1468	CEP: 29.040-091
Bairro: S/N	
UF: ES	Município: VITORIA
Telefone: (27)3335-7211	E-mail: cep@ccs.ufes.br