

Organização do serviço de saúde e cuidado ao idoso indígena: sinergias e singularidades do contexto profissional*

ORGANIZATION OF HEALTHCARE AND ASSISTANCE TO THE ELDERLY INDIGENOUS POPULATION: SYNERGIES AND PARTICULARITIES OF THE PROFESSIONAL CONTEXT

ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD Y LA ATENCIÓN A LOS ADULTOS MAYORES INDÍGENAS: SINERGIAS Y SINGULARIDADES DEL CONTEXTO PROFESIONAL

Leidyani Karina Rissardo¹, Lígia Carreira²

RESUMO

Objetivou-se descrever os reflexos da organização do serviço de atenção primária à saúde indígena para o cuidado ao idoso Kaingang na percepção de profissionais da saúde que atuam na área. Estudo qualitativo, descritivo, apoiado no referencial metodológico da etnografia, realizado com dez profissionais de saúde que trabalham na terra indígena Faxinal, Paraná, Brasil. Os dados foram coletados entre novembro de 2010 e fevereiro de 2012 por meio de observação participante e entrevistas. Os resultados revelaram que os profissionais de saúde esforçam-se para atender as necessidades de saúde dos idosos Kaingang; no entanto, existem reflexos negativos na assistência em saúde ao idoso que dificultam o cuidado profissional, principalmente a limitação de recursos humanos, a falta de capacitação e recursos materiais, a sobrecarga de trabalho e a rotatividade dos profissionais. Evidencia-se a necessidade da melhoria das condições de trabalho para a qualificação dos cuidados prestados.

DESCRIPTORES

Serviços de Saúde do Indígena
Idoso
Saúde Indígena
Enfermagem transcultural
Enfermagem geriátrica

ABSTRACT

This study aimed to describe the effects of the organization of primary healthcare on the assistance provided to the elderly Kaingang population, according to the perception of health professionals that work in this area. It is a qualitative and descriptive study, supported by ethnography methodological references, and was conducted with ten healthcare professionals that work in Faxinal, an indigenous territory in the state of Paraná, in Brazil. Data was collected from November 2010 to February 2012 through participant observation and interviews. The results revealed that health professionals strive to meet the health needs of the elderly Kaingang people; however, there are negative effects that hinder the professional care, especially limited human resources, lack of training and material resources, heavy workload and high turnover rates. This study highlights the need to improve work conditions in order to provide better healthcare.

DESCRIPTORS

Health Services, indigenous
Aged
Indigenous Health
Transcultural nursing
Geriatric nursing

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo describir los efectos de la organización del servicio de atención primaria de la salud indígena para la atención de los adultos mayores Kaingang, bajo la percepción de los profesionales de salud que trabajan en la región. Estudio cualitativo, descriptivo, apoyado en el referencial metodológico de la etnografía, llevado a cabo con diez profesionales de salud que trabajan en la tierra indígena de Faxinal, Paraná, Brasil. Los datos fueron recolectados desde noviembre del 2010 hasta febrero del 2012 a través de la observación del participante y las entrevistas. Los resultados revelaron que los profesionales de salud se esfuerzan por satisfacer las necesidades de salud de los adultos mayores Kaingang; sin embargo, existen efectos negativos en la atención de la salud a las personas de la tercera edad que dificultan la atención profesional, principalmente, la limitación de recursos humanos, la falta de capacitación y de recursos materiales, la sobrecarga de trabajo y la rotación de estos profesionales. Este estudio pone en relieve la necesidad de mejorar las condiciones de trabajo para la calificación de la atención prestada.

DESCRIPTORES

Servicios de Salud del Indígena
Anciano
Salud Indígena
Enfermería transcultural
Enfermería geriátrica

* Extraído da dissertação "O cuidado profissional ao idoso Kaingang na Terra Indígena Faxinal, Paraná, Brasil", Universidade Estadual do Maringá, 2012.

¹ Mestre em Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá, PR, Brasil. ka_rissardo@hotmail.com ² Professora Adjunta, Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá, PR, Brasil. ligiacarreira@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 delineou as bases políticas em que se devem efetivar as relações entre os povos indígenas e o Estado brasileiro, tendo como premissa básica a valorização *dos índios, sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições...* (art. 231). Este reconhecimento é refletido na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) e incorporado aos documentos da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), órgão do Ministério Saúde encarregado da gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e dos Distritos Sanitários Especiais de Saúde Indígena (DSEI), que ressaltam a necessidade de fornecer uma atenção diferenciada que garanta concomitantemente o acesso universal aos serviços de saúde, assim como o respeito e a valorização da medicina tradicional⁽¹⁻³⁾.

A atenção primária à saúde (APS) é a base do modelo de atenção à saúde indígena, com a inserção nas terras indígenas de unidades de saúde e equipes multiprofissionais de saúde indígena (EMSI), voltadas à prestação de assistência contínua e programada, conforme as diretrizes da Estratégia Saúde da Família previstas pelo Ministério da Saúde⁽²⁻³⁾.

Embora o modelo de saúde indígena venha apresentando avanços com o passar dos anos, é consenso entre alguns autores^(1,4-5) a limitação da implantação das políticas no âmbito da saúde indígena. Há problemas como a falta de um sistema de informação eficiente, a dificuldade de articulação com a rede de referência do SUS e a falta de recrutamento de pessoal capacitado para trabalhar em um contexto intercultural, o que contribui para a alta rotatividade dos profissionais^(1,4-5). Tais problemas são especialmente relevantes que diz respeito à assistência ao idoso indígena.

O envelhecimento envolve tanto o processo natural de redução progressiva da capacidade funcional dos indivíduos, definido como senescência, quanto situações capazes de desencadear patologias que requeiram assistência de qualidade, as quais são definidas como senilidade. Diante da existência dessas duas possibilidades para o idoso no que se refere ao seu estado geral, defende-se que os efeitos do envelhecimento podem ser minimizados pelo cuidado adequado em saúde⁽⁶⁾.

Diante da importância da questão, busca-se compreender a relação existente entre a organização do serviço e as práticas de cuidado profissional ao idoso indígena. Este estudo objetivou descrever os reflexos da organização do serviço da APS sobre as práticas de cuidado ao idoso Kaingang, na percepção de profissionais atuantes nessa área.

MÉTODO

Estudo de abordagem qualitativa e descritiva, apoiada na etnografia. A etnografia é uma metodologia no campo

de conhecimento da antropologia interpretativa que tem como finalidade primeira estudar uma sociedade ou uma cultura em sua totalidade, compreendendo-a de dentro, ou seja, buscando compreender o que sentem os indivíduos a ela pertencentes⁽⁷⁻⁸⁾.

O estudo foi realizado na terra indígena Faxinal (TIF), localizada no município de Cândido de Abreu, Paraná, Brasil, onde habitam cerca de 600 indígenas, predominantemente da etnia Kaingang, dos quais 30 são idosos⁽⁹⁻¹⁰⁾. A Unidade Básica de Saúde Faxinal (UBS) foi o principal cenário do estudo. Fundada em 26 de abril de 2003, essa unidade encontra-se no centro da TIF, o que permite circulação constante de pessoas ao seu redor e contribui para uma visão muito ampla, alcançando grandes extensões da aldeia.

Os sujeitos da pesquisa foram dez profissionais de saúde que atuam na APS da TIF, especificamente: um enfermeiro, um médico, um dentista, um técnico de enfermagem, um auxiliar de enfermagem, quatro agentes indígenas de saúde (AIS) e um motorista da saúde. Todos foram incluídos no estudo após sua aceitação em participar da pesquisa e a confirmação de que trabalhavam no mínimo há três meses na TIF.

A coleta de dados ocorreu de novembro de 2010 a fevereiro de 2012, por meio de oito viagens à TIF. Em cada uma, os pesquisadores permaneceram por uma semana no local. Foram utilizadas como técnicas de coleta de dados a observação participante e a entrevista, norteadas pela pergunta: *Quais são os reflexos da organização do serviço para o cuidado profissional ao idoso Kaingang?*

Três instrumentos de apoio à coleta de dados foram elaborados: o primeiro versou sobre situações que deveriam ser observadas em campo; o segundo buscou caracterizar o cenário e o local do estudo, e o último foi a entrevista. Decidiu-se também inquirir quatro informantes-chave, cuja função foi contribuir para a compreensão dos achados, aprofundando os conhecimentos sobre a cultura e a visão de mundo indígena, bem como auxiliar nas estratégias de abordagem durante a coleta de dados. O critério de elegibilidade dos informantes-chave foi serem conhecedores da cultura Kaingang e terem uma longa vivência na TIF.

A análise dos dados foi feita por meio da Etnoenfermagem, proposta por Madeleine Leininger em sua *Teoria da diversidade e universalidade do cuidado*. Consiste na leitura aprofundada dos dados em busca de convergências e divergências, afirmações e comportamentos, que são categorizados conforme a identificação de padrões recorrentes. A manipulação dos achados permite a elaboração de inferências que são confirmadas ainda no decorrer da coleta de dados junto aos pesquisados e informantes-chave, sendo que a partir dessa confirmação é possível a abstração das categorias e formulações teóricas⁽⁸⁾.

O estudo foi realizado em conformidade com as exigências da Resolução 422/92012, do Conselho Nacional de Saúde, com aprovação do projeto pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, mediante parecer no 760/2010. Para resguardar a identidade dos profissionais entrevistados, estes foram identificados pela letra P seguida de um numeral arábico que indica a ordem das entrevistas.

RESULTADOS

Conhecendo os profissionais de saúde

Dos dez profissionais de saúde, cinco eram do sexo masculino, quatro encontravam-se na faixa etária de 20 a 29 anos, dois na de 30 a 39 anos, dois tinham entre 40 e 49 anos e dois, 50 anos ou mais. Com relação ao estado civil, cinco eram casados ou moravam com companheiro(a) e cinco tinham filhos. No que se refere à escolaridade, um tinha o ensino fundamental incompleto, dois tinham o ensino fundamental completo, quatro haviam concluído o ensino médio e três haviam completado o ensino superior. Quanto ao tempo de vínculo do profissional com

a EMSI, quatro atuavam de cinco a 12 meses; quatro de um a sete anos e dois trabalham na TIF havia mais de sete anos. Apenas três tinham mais de um vínculo empregatício: dois atuavam concomitantemente na assistência hospitalar e um em uma clínica particular. Quanto à experiência profissional, três referiram ser aquele o primeiro emprego, quatro tinham experiência profissional, porém na área hospitalar e com população não indígena, e somente dois profissionais já haviam trabalhado com outras populações indígenas.

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

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

A assistência em saúde aos idosos Kaingang pelo serviço da TIF exige uma organização para sua efetividade, conforme se observa na Figura 1.

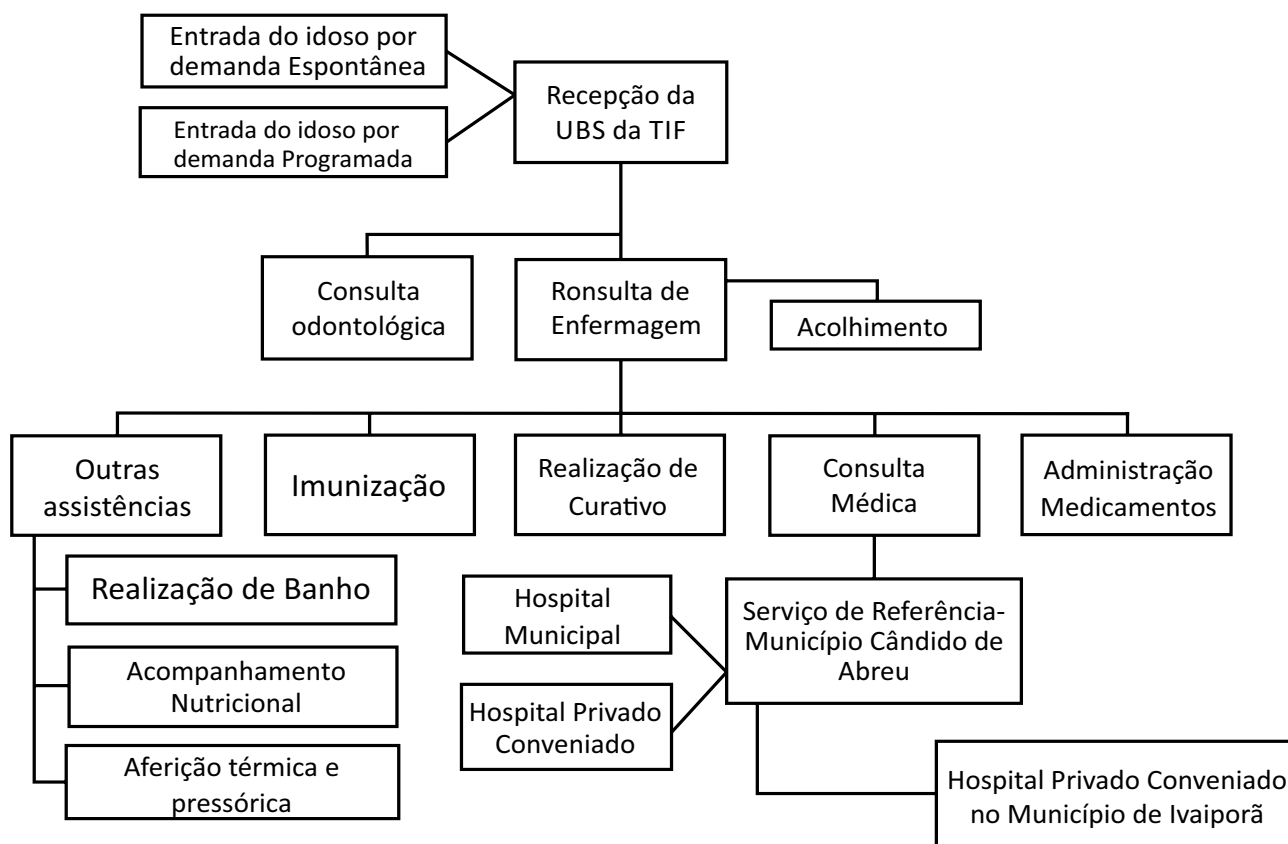


Figura 1 – Diagrama de atendimento aos idosos Kaingang do serviço de atenção primária à saúde da Terra indígena Faxinal, PR, Brasil, 2012.

O atendimento odontológico ao idoso realizado na UBS possui agendamento exclusivo, com triagem e classificação por ordem de prioridade independentemente dos demais setores do serviço de saúde. Essa organização da

assistência ocorre ora por demanda espontânea, na qual existe o atendimento da clientela com problemas, ora por demanda programada, havendo nesses casos o acompanhamento das condições clínicas da saúde bucal dos idosos.

Observou-se que o período da tarde era reservado para atendimentos programados, sendo estes agendados por horários para cada paciente. No entanto, com pacientes idosos, comumente o período da tarde era reservado para um único atendimento, dada a complexidade dos casos de saúde bucal dos idosos da TIF, necessitando de longo período de atendimento. Não obstante, ao lado da atenção diferenciada exigida pelos casos dos idosos, observou-se uma deficiência de recursos humanos na UBS, o que impunha ao dentista trabalhar sem auxílio de outro profissional.

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

Diante de uma situação em que necessite de outro tipo de assistência que não a odontológica, o idoso é acolhido pela equipe de enfermagem, que avalia o caso e estabelece o procedimento necessário. O acolhimento e a consulta de enfermagem na TIF são sinérgicos, uma vez que o acolhimento é realizado concomitantemente à consulta de enfermagem. Embora os profissionais de saúde reconheçam que acolher o idoso tem significado positivo para o andamento e a resolutividade da assistência, existem limitações nesse processo, as quais geram insatisfação dos próprios profissionais com suas condutas na assistência ao idoso. Essa insatisfação refere-se, principalmente, à limitação na comunicação, ficando explícita a necessidade de capacitação dos profissionais da TIF no que diz respeito ao conhecimento do idioma Kaingang para melhor acolhê-los, uma vez que a maioria dos idosos comunica-se exclusivamente por meio da língua nativa.

A maioria dos idosos aqui da aldeia só falam no idioma Kaingang, e são poucas as palavras que sei em Kaingang. Isso atrapalha na hora da assistência, porque não consigo acolhê-los como deveria. Queria saber falar bem em Kaingang e entender o que eles estão falando (...) (P1).

Ao analisar a questão, verifica-se que o idioma é apenas a primeira barreira de uma longa série, indo além da mera dificuldade de relacionamento entre profissionais e idosos Kaingang. A limitação diante de costumes, valores e modo de vida dos idosos pode envolver a absorção do conhecimento dos profissionais, fato que limita a assistência em saúde a essa população, visto que sem esses conhecimentos não se pode realizar o cuidado diferenciado, ou seja, o cuidado culturalmente adaptado.

Observou-se também que a estrutura física da UBS é limitadora para o acolhimento de qualidade ao idoso Kaingang. A UBS possui doze ambientes, a saber: recepção,

consultório odontológico, consultório médico, sala de vacinação, sala para administração de medicamentos e nebulização, farmácia para dispensação e estoque de medicamentos, cozinha, escritório administrativo, sala para curativos, dois banheiros e lavanderia, sendo necessária sua adequação, especialmente no que diz respeito à ampliação do espaço físico. Essa necessidade é ainda mais evidente quando os profissionais precisam de espaço reservado para dialogar com os idosos indígenas.

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

Evidencia-se a importância de ambiente adequado para realizar um atendimento de qualidade ao idoso indígena, justamente porque aludir, por exemplo, ao assunto violência em ambientes ocupados por outros indivíduos que não o profissional e o paciente vai contra os preceitos que regem a humanização e a ética.

Ademais, a questão da violência contra o idoso exige mais que apenas estrutura física adequada no acolhimento. Os profissionais da saúde ressaltam a importância da violência como problema social do idoso, sugerindo a necessidade de ampliação da equipe, com a inclusão de profissionais de outras áreas para trabalharem com uma abordagem mais extensa, como o assistente social, o psicólogo e profissionais de áreas afins. Compreender a importância de profissionais para atuar mais especificamente no aspecto social do idoso Kaingang significa olhar para a integralidade da assistência com uma visão de mundo que vai além do processo saúde-doença desse indivíduo.

A questão dos maus-tratos contra os idosos é um problema cada vez mais sério aqui na Terra Indígena e acontece principalmente entre os cônjuges. Isso acontece também porque o consumo de álcool entre os idosos é grande, e depois de *umas e outras* a violência sempre vem à tona (...) Penso que se tivéssemos um assistente social na nossa equipe, conseguiríamos trabalhar melhor estes aspectos sociais que envolvem o idoso (...) (P4).

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

No entanto, além das limitações mencionadas, os profissionais da TIF deparam-se com sobrecarga de trabalho, que os faz recorrer a uma atenção ao idoso mais centrada na queixa, nos sintomas, na prescrição e na dispensação de medicamentos, refletindo uma lógica curativa de funcionamento do serviço.

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

A sobrecarga de trabalho dos profissionais é acrescida das questões burocráticas do serviço, com relatórios a serem preenchidos e ausência de profissionais que contribuam para isso, por exemplo, para digitação e expedição de documentos. Este fato é agravado pela insuficiência de recursos materiais para agilizar os procedimentos burocráticos, como a falta de serviços de telefonia (fixa ou móvel) e internet, o que retarda o envio de relatórios e mesmo a comunicação com instâncias superiores do serviço. Além disso, para tais processos burocráticos, existe na UBS apenas um computador, uma máquina antiga que necessita de constante manutenção.

Outras limitações mencionadas foram a carência de recursos humanos para a assistência e para a administração, a estrutura física inadequada e a falta de recursos materiais, que resultam em sobrecarga de trabalho, atrasam e dificultam a assistência prestada à população. Também foram elencadas pelos profissionais de saúde como barreiras para o cuidado domiciliário ao idoso. Em sua maioria, as visitas domiciliares eram realizadas pelos AIS, enquanto os demais profissionais realizavam-nas apenas quando o idoso estava acamado ou impossibilitado de ir até a UBS e necessitava de alguma intervenção médica ou de enfermagem:

Falar que vamos dar conta de visitar os idosos toda semana é mentira. É muita coisa para ser feito aqui na UBS, não sobra tempo para esse planejamento (...) Quando o idoso precisa de procedimentos que cabem ao enfermeiro, ele vai. Quando cabem ao médico, este também vai. Mas, é aquela coisa: só vai se o idoso estiver precisando. Os AIS são os que mais têm contato com os idosos, mas também fazem o que podem. Quando sabem que o idoso está passando mal, vão lá verificar se é verdade e nos retornam, falando a situação do caso. Não temos rotina estabelecida para visitar os idosos, não existe essa programação de uma avaliação continuada (P8).

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

Quando o idoso vem na UBS, temos que ver ele como um todo, não só uma questão em específico. Por exemplo, na consulta odontológica, se a gente percebe algum problema a não ser da dentição, a gente comunica

a enfermagem, para a equipe procurar este idoso e orientá-lo (P3).

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

O cacique quando chegou falou: *Não quero aquele funcionário, aquele e aquele*. Me espantei, eram quatro funcionários a menos na equipe e isto é bastante complicado, porque eles já sabiam as rotinas do serviço (...) Acredito que a rotatividade influencia muito mais o cuidado com idoso do que com qualquer outro indígena daqui, porque o idoso é desconfiado, tem resistência para aceitar a terapêutica de profissionais que ele não tenha certa intimidade, confiança (P2).

A atuação do cacique surge como um ponto de singularidade na organização do serviço, porque ele traz uma dimensão política, com forte interveniência no cuidado. É uma especificidade do mundo indígena que adentra ao serviço de saúde e os profissionais tendem a ter resistência, pois o confronto cultural faz-se presente. O fato torna-se um ponto de conflito entre a lógica do serviço e os nexos que dirigem o poder político indígena, o que de fato merece destaque dentro da política de saúde indígena.

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

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

Ainda que condução apareça de forma facilitadora, os profissionais mencionaram a falta de estrutura nos

serviços de saúde fora da TIF, o que dificulta o atendimento do idoso nesses locais. O fato tem reflexos negativos na assistência dos profissionais de saúde da TIF, pois os idosos, ao saberem das dificuldades existentes na rede de apoio fora da TIF, são resistentes à utilização desses serviços, o que traz impacto no atendimento a essa população.

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

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

DISCUSSÃO

A equipe multiprofissional de saúde indígena é uma unidade produtora dos serviços de saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF)⁽²⁾. Nela, cada profissional tem sua especialidade e sua função, executando um dado conjunto de ações em separado, porém buscando constante e continuamente articulações entre sua assistência e a dos demais. As equipes precisam buscar a integralidade das ações, e não somente reproduzir no seu processo de trabalho um modelo de atenção biomédico⁽¹¹⁾.

É evidente que os profissionais de saúde do presente estudo reconhecem a importância de uma assistência integral e diferenciada ao idoso Kaingang; no entanto, ao se depararem com percalços na organização do serviço, limitam-se a uma assistência individualizada e curativa. Um dos grandes obstáculos para a efetiva consolidação da EMSI é a insuficiência de profissionais preparados para lidar com as novas atribuições exigidas pelo modelo assistencial em saúde indígena⁽¹²⁾.

Um quadro de funcionários com limitação em sua quantidade afeta a viabilidade do cuidado aos idosos indígenas, visto que esses indivíduos possuem uma gama de complicações em sua saúde, requerendo atendimentos com profissionais que sejam de fato capacitados em suas especificidades e realmente consigam conferir resolubilidade à assistência, propondo uma atenção diferenciada em saúde.

A falta de recursos humanos também é evidente em equipes saúde da família que trabalham com idosos não indígenas, como evidenciou um estudo realizado com 17

profissionais de saúde de nível superior de duas equipes da ESF no Município de Santos. A falta de recursos humanos revelou-se um obstáculo à integralidade da assistência aos idosos do Município, principalmente no que se refere ao apoio social, visto que a equipe saúde da família não contava com profissionais para trabalhar os aspectos sociais⁽¹³⁾.

Tal fato assemelha-se com o resultado do presente estudo, em que se fez presente a vulnerabilidade social dos idosos Kaingang à violência. Com o desafio da deficiência de recursos humanos em saúde atuantes no eixo social, torna-se necessário a criatividade dos profissionais para a produção de estratégias capazes de suprir as limitações da organização do serviço. Um aspecto importante seria a intersetorialidade no cuidado ao idoso Kaingang, buscando apoio nos órgãos sociais da comunidade, como, por exemplo, parcerias com igrejas, escolas e lideranças da TIF, no intuito de mobilizar a população a promover a saúde e o cuidado ao idoso Kaingang.

Pesquisa realizada no município de Uberaba com 12 enfermeiros da ESF revelou que a intersetorialidade pode contribuir muito para assistência em saúde ao idoso pois, mesmo com a escassez de recursos humanos voltados especificamente para os problemas sociais da população idosa, os órgãos sociais do Município puderam suprir uma parcela destes problemas, reduzindo os percalços do idoso em busca da assistência⁽¹⁴⁾. Embora tenha minimizado o problema dos idosos com a intersetorialidade, o estudo mencionado também aponta como resultado a falta de capacitação dos profissionais atuantes perante tal situação⁽¹⁴⁾. Uma equipe de saúde insuficiente em número e qualificação afeta de forma negativa a prestação dos cuidados.

No caso dos idosos indígenas, a qualificação dos profissionais torna-se ainda mais premente para o desenvolvimento da assistência em saúde, pois, além das técnicas e habilidades no atendimento, o cuidado prestado a esses idosos exige uma abordagem transcultural, com conhecimento sobre aspectos culturais, principalmente no que se refere à linguagem⁽³⁾, visto que a dificuldade de comunicação entre o profissional e o idoso dificulta a assistência no serviço de saúde.

Outros estudos também apontam a linguagem como fator limitante no processo de cuidado aos indígenas, uma vez que tal barreira gera estereótipos diante dos índios, pois a ineficácia do atendimento decorrente do desconhecimento do idioma da população restringe a aproximação de curandeiros e as práticas terapêuticas tradicionais da comunidade, além da produção de obstáculos no conhecimento dos profissionais perante modos de vida dessa população^(12,15-16), o que compromete qualidade do atendimento prestado.

O trabalho em equipe pode contribuir para melhoria do atendimento diferenciado em saúde ao idoso indígena, visto que na EMSI existem os AIS, profissionais

imprescindíveis para a execução e a articulação dos cuidados tradicionais da população, uma vez que faz parte da tradição cultural e conhece costumes, valores, mitos e ritos da população assistida. Um dos critérios para a admissão no cargo de agente é obrigatoriamente ser indígena e residente na aldeia que trabalha⁽¹⁾.

Com a colaboração do AIS, os profissionais podem ter melhor visão sobre o que concerne à saúde do idoso Kaingang, visto que o cotidiano da equipe é marcado pela sobrecarga de trabalho, justamente pelas barreiras a ela impostas e principalmente pelos serviços burocráticos da UBS, que os limitam na realização de um cuidado interligado na assistência domiciliar.

Autores afirmam^(14,17) que é possível a realização das funções burocráticas por outros profissionais, todavia, quando as ações são educativas e assistenciais, elas não podem ser atribuídas a um membro da equipe que não possua domínio de tal ação, sendo o maior agravante nessa situação a sobrecarga dos membros da equipe para a realização das tarefas burocráticas e o desfalque de profissionais para a assistência à população. O rodízio entre os profissionais para o desenvolvimento do trabalho burocrático poderia contribuir para que o enfermeiro, o médico e os demais profissionais capacitados para a orientação e a intervenção na assistência em saúde conseguissem ampliar o espaço do cuidado, com mais tempo para o planejamento das ações e as visitas domiciliares⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

O trabalho em equipe constitui o pilar doutrinário e organizativo do modelo de atenção baseado no cuidado, permitindo a atuação interdisciplinar no enfrentamento dos complexos condicionantes e determinantes do processo saúde-doença dos idosos assistidos pela ESF⁽⁶⁾. Observou-se, porém, que nem sempre o trabalho em equipe é evidente na TIF, uma vez que a influência da liderança local leva à rotatividade dos profissionais de saúde, e os mais recentes muitas vezes não conseguem articular-se trabalho em equipe.

Estudo realizado nas Terras Indígenas Xapecó e Laklãnõ, Santa Catarina, Brasil apresenta resultados semelhantes, tendo constatado que os grandes índices de rotatividade dos profissionais resultam de arranjos sócio-políticos da organização da dinâmica política interna das aldeias e da autoridade do cacique para a efetivação dos profissionais, principalmente os AIS⁽²⁰⁾.

A determinação do cacique no processo de trabalho dos profissionais de saúde deve ser levada em consideração como forma do fortalecimento da participação popular. Observou-se, porém, que os profissionais ainda não compreendem a sinergia entre suas ações e o papel político do cacique como forma participação comunitária, o que certamente pode contribuir para a consolidação do modelo assistencial da ESF e o cuidado culturalmente diferenciado.

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

No que se refere ao acesso aos serviços, verificou-se que o transporte disponível é favorável para o cuidado ao idoso Kaingang. A SESAI, órgão encarregado da saúde indígena no Brasil, estabelece que os meios de transporte, tanto para os profissionais de saúde quanto para o encaminhamento dos indígenas, esteja em bom estado para utilização e com disponibilidade de motoristas quando necessário⁽²⁻³⁾. Tal fato é de extrema relevância, pois o idoso precisa de maior agilidade no sistema de saúde, uma vez que o processo de envelhecimento traz como consequência menor disposição para procurar os serviços de saúde e deslocar-se para os diferentes níveis de atenção.

Além disso, qualquer dificuldade torna-se uma barreira que bloqueia ou interrompe a continuidade da assistência em saúde para esse indivíduo⁽¹³⁾. Este bloqueio dos idosos aos serviços de saúde ficou evidenciado no presente estudo pois, embora na estrutura organizacional do subsistema de Atenção a Saúde Indígena constem as casas de Atenção à Saúde Indígena – CASAI⁽³⁾, observou-se que, os idosos ao serem encaminhados para os serviços de saúde fora TIF, não havia local apropriado onde pudessem permanecer enquanto não fossem liberados, provocando resistência desses indivíduos em se deslocar até os serviços de referência.

Diante de todos esses obstáculos, uma das possibilidades para a superação das dificuldades em desenvolver o cuidado ao idoso Kaingang consiste em a equipe apresentar aos órgãos superiores e a seus gestores a importância de ter boas condições para o desempenho do trabalho, especialmente a assistência domiciliar e ações que visem à participação da população indígena no processo de cuidado ao idoso Kaingang.

CONCLUSÃO

Este estudo possibilitou descrever os reflexos da organização do serviço na realização do cuidado ao idoso Kaingang da TIF. Constatou-se uma diversidade de condições que dificultam a assistência aos idosos, tais como: limitação de recursos humanos, falta de capacitação profissional, falta de estrutura física compatível para prestar um acolhimento que atenda as necessidades dos idosos, limitação de profissionais para cuidarem dos aspectos

sociais do idoso, o trabalho burocrático, que acaba tomando grande parte do tempo e sobrecarregando o trabalho diário, falta de recursos materiais e rotatividade dos profissionais decorrente da influência do cacique na organização do serviço de saúde da TIF.

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

Mesmo evidenciada a necessidade de adequar as condições de trabalho dos profissionais para a realização do cuidado aos idosos, torna-se fundamental a adoção de

estratégias que reduzam os impactos negativos da assistência aos idosos Kaingang, no intuito de proporcionar a promoção de um envelhecimento ativo e saudável para os idosos indígenas.

A Enfermagem, principalmente a enfermeira que tem entre suas atribuições a função da gerência do serviço de saúde, assume papel primordial para estabelecer estratégias e proporcionar melhoria da assistência em saúde aos idosos.

Os resultados deste estudo podem contribuir para a criação de estratégias que visem à melhoria dos serviços de saúde e para (re)pensar do processo de trabalho desses profissionais na busca do conhecimento, da satisfação profissional e da qualidade da assistência prestada aos idosos indígenas.

REFERÊNCIAS

1. Diehl EE, Langdon EJ, Dias-Scopel RP. Contribuição dos agentes indígenas de saúde na atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas brasileiros. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(5): 819-31.
2. Garnero L, Pontes AL. Saúde indígena: uma introdução ao tema. Brasília: MEC/SECADI; 2012.
3. Brasil. Ministério da Saúde; Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas [Internet]. Brasília; 2002 [citado 2013 fev. 08]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf
4. Diehl EE, Grassi F. Uso de medicamentos em uma aldeia Guaraní do litoral de Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(8):1549-60.
5. Langdon EJ, Diehl EE. Participação e autonomia nos espaços interculturais de Saúde Indígena: reflexões a partir do sul do Brasil. *Saúde Soc*. 2007;16(2):19-36.
6. Barros TB, Maia ER, Pagliuca LMF. Facilidades e dificuldades na assistência ao idoso na estratégia ao idoso na estratégia de saúde da família. *Rev RENE*. 2011;2(4):732-41.
7. Malinowski B. Objetivo, método e alcance desta pesquisa. In: Zaluar A. *Desvendando máscaras sociais*. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1990. p. 39-61.
8. Leininger M, McFarland MR. *Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory*. 2nd ed. New York: Jones and Bartlett; 2006.
9. Mota LT. As guerras dos índios Kaingang: a história épica dos índios Kaingang no Paraná (1769-1924). 2ª ed. Maringá: EDUEM; 2009. p.45-66.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico 2010: características gerais dos indígenas [Internet]. Rio de Janeiro; 2010 [citado 2012 nov. 08]. Disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela/listabl.asp?c=3452&z=cd&o=10>
11. Costa CR, Fracoli LA. O processo de enfermagem em atenção primária à saúde. In: Santos AS, Miranda SMRC, organizadoras. *A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde*. Barueri: Manole; 2007. p. 147-65.
12. Novo MP. Política e intermedicalidade no Alto Xingu: do modelo à prática de atenção à saúde indígena. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(7):1362-70.
13. Costa MFBNA, Ciosak SI. Comprehensive health care of the elderly in the Family Health Program: vision of health professionals. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2010 [cited 2013 Feb 20];44(2):437-44. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/en_28.pdf
14. Oliveira JCA, Tavares DMS. Elderly attention to Health Strategy in the Family: action of nurses. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2010 [cited 2013 Feb 20];44(3):774-81. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/en_32.pdf
15. Alarcón AMM, Astudillo P, Barrios S, Rivas E. Política de salud intercultural: perspectiva de usuarios mapuches y equipos de salud en la IX región, Chile. *Rev Méd Chile*. 2004;132(9):1109-14. Available from: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v132n9/art13.pdf>
16. McBain-Rigg KE, Veitch C. Cultural barriers to health care for Aboriginal and Torres Strait Islanders in Mount Isa. *Aust J Rural Health*. 2011;19(2):70-4.

17. Marcon SS, Lopes MCL, Lopes MB. Facilities and difficulties observed by nurses in assisting families. Online Braz J Nurs [Internet]. 2008 [cited 2013 Feb 15];7(1). Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2008.1224>
18. Roecker S, Budó MLD, Marcon SS. The educational work of nurses in the Family Health Strategy: difficulties and perspectives on change. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2012 [cited 2012 Nov 08];46(3):641-9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/en_16.pdf
19. Marin MJS, Santana FHS, Maracvick MYAD. Nurses' perception regarding the implementation of computer-based clinical nursing documentation. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2012 [cited 2013 Feb 20];46(1):103-10. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/en_v46n1a24.pdf
20. Langdon EJ, Diehl EE, Wiik FB, Dias-Scopel RP. A participação dos Agentes Indígenas de Saúde nos serviços de atenção à saúde: a experiência em Santa Catarina, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2006;22(12):2637-46.

Agradecimentos

Estudo realizado através do projeto de pesquisa "Os saberes e práticas de saúde de famílias de idosos Kaingang na Terra Indígena Faxinal-PR", com financiamento da Fundação Araucária, através do Programa de Pesquisa para o SUS: Gestão compartilhada em Saúde PPSUS - 2008/2009 - Convênio n. 179/2010.