



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO

CARLOS JORDÃO DE ASSIS SILVA

**RESPOSTAS HUMANAS E CULTURA DE AUTOCUIDADO DE PESSOAS
IDOSAS INDÍGENAS: um estudo de métodos mistos**

NATAL - RN
2019

CARLOS JORDÃO DE ASSIS SILVA

**RESPOSTAS HUMANAS E CULTURA DE AUTOCUIDADO DE PESSOAS
IDOSAS INDÍGENAS: um estudo de métodos mistos**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Desenvolvimento tecnológico em saúde e enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem na atenção à saúde.

Orientador: Prof.^a Dra. Rejane Maria Paiva de Menezes.

NATAL - RN
2019

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Sistema de Bibliotecas - SISBI
Catalogação de Publicação na Fonte. UFRN - Biblioteca Setorial Bertha Cruz Enders - Escola de Saúde da
UFRN – ESUFRN

Assis Silva, Carlos Jordão de.

Respostas humanas e cultura de autocuidado de pessoas idosas indígenas: um estudo de métodos mistos / Carlos Jordão de Assis Silva. - 2019.
152f.: il.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Natal, RN, 2019.

Orientadora: Profa. Dra. Rejane Maria Paiva de Menezes.

1. Enfermagem gerontológica - Dissertação. 2. Saúde indígena - Dissertação. 3. Autocuidado - Dissertação. I. Menezes, Rejane Maria Paiva de. II. Título.

RN/UF/BS - Escola de Saúde

CDU 616-053.9-083

CARLOS JORDÃO DE ASSIS SILVA

**RESPOSTAS HUMANAS E CULTURA DE AUTOCUIDADO DE PESSOAS
IDOSAS INDÍGENAS: um estudo de métodos mistos**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Dissertação aprovada em 20/12/2019

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Rejane Maria Paiva de Menezes

Orientadora – Presidente da Banca – Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Prof.^a Dra. Luciane Paula Batista Araújo de Oliveira

Avaliador Interno – Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Prof.^a Dra. Mônica Cristina Ribeiro Alexandre D'Auria de Lima

Avaliador Interno – Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Prof.^a Dra. Ana Angélica Rêgo de Queiroz

Avaliador Externo – Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Prof. Dr. José Luís Guedes dos Santos

Avaliador Externo – Universidade Federal de Santa Catarina

*À minha família, fonte de motivação e apoio
para percorrer este caminho que é a vida
acadêmica.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a **Deus** por seu meu ajudador, e em todos os momentos me fortalecer, fazendo com que todas as coisas cooperem para o meu bem e assim possa viver momentos únicos como este.

Aos meus pais, **José Carlos e Marileide Moreira**, por sempre me apoiarem e dedicaram parte de seus dias para me oportunizarem sonhar, e assim sonharem comigo.

Ao meu irmão **Tiago** e minha namorada **Jordana**, por serem meus melhores amigos, ouvirem minhas palavras, muitas delas com sentimentos de aflição devido as dificuldades enfrentadas durante o caminho, mas sempre me retornavam com sentimento de esperança e perseverança para continuar a jornada.

Aos meus amigos e enfermeiros **Eva Jordana, Jéssica Naiara, Sohara Ohana, Naassom Alves e Larissa Karla** que desde os tempos da graduação estiveram presentes por meio do apoio, carinho e amizade construída durante o curso de graduação em Enfermagem, vocês são grandes amigos e enfermeiros inspiradores.

À querida **Prof.^a Dra. Clélia Albino Simpson**, mãe acadêmica e orientadora de TCC, que desde a graduação me incentivou no caminho da pesquisa, me ensinando muito sobre a academia e sobre a vida.

À minha orientadora, **Prof.^a Dra. Rejane M^a Paiva de Menezes**, por me receber como orientando, me ensinar e conduzir durante esses dois anos. Tenho a senhora como exemplo de docente e ser humano.

À **Comunidade indígena do Amarelão**, em especial aos **idosos indígenas**, que me receberam de forma carinhosa e aceitaram participar da pesquisa e assim, possibilitaram a realização deste estudo.

À banca de examinadora, **Prof.^a Dra. Luciane Paula B. Araújo de Oliveira, Prof. Dr. José Luís Guedes dos Santos, Prof.^a Dra. Ana Angélica R. de Queiroz e Prof.^a Dra. Mônica Cristina R. A. D'Auria de Lima**, pelas contribuições para enriquecimento do meu trabalho.

À minha turma de mestrado, os **“Filhos de Chalmers”**, por todo companheirismo e sentimento de solidariedade sempre presente durante as aulas, planejamentos de seminários e momentos extra departamento.

Ao **Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem, Saúde e Envelhecimento (GREPENSE)** pelo acolhimento, apoio e experiências compartilhadas.

Ao **Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico** pelo auxílio por meio da Bolsa de Pós-graduação concedida durante o curso de mestrado.

Ao **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte**, em especial ao corpo docente e técnicos administrativos que trabalham com dedicação para formação de mestres e doutores em enfermagem, e assim fortalecimento da nossa ciência.

ASSIS SILVA, C. J. **Respostas humanas e cultura de autocuidado de pessoas idosas indígenas: um estudo de métodos mistos**. Natal, 2019. Dissertação de Mestrado, 152f – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2019.

RESUMO

INTRODUÇÃO: No Brasil, as informações sobre as condições de saúde e cultura de autocuidado das pessoas idosas indígenas ainda são escassas e fragmentadas, o que dificulta o desenvolvimento de uma assistência de enfermagem qualificada, sistematizada e culturalmente congruente. **OBJETIVO:** Analisar as respostas humanas e a cultura de autocuidado de pessoas idosas indígenas no contexto da comunidade à luz da Teoria da Universalidade de Diversidade do Cuidado Cultural. **MÉTODO:** Trata-se de uma pesquisa de métodos mistos, do tipo Paralelo convergente. O local do estudo foi a Comunidade indígena do Amarelão, localizada em João Câmara, Rio Grande do Norte. A população foi composta de pessoas idosas indígenas, da etnia Potyguara. Os dados quantitativos e qualitativos foram coletados concomitantemente, com atribuição de mesmo peso e realizou-se a integração dos dados. Concernente à teorização foi adotada a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural. Na abordagem quantitativa foi realizada Consulta de Enfermagem com 51 participantes, já na fase de abordagem qualitativa, entrevista aberta com 17 participantes, durante o mês de agosto de 2019. Para estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem foi utilizada a taxonomia *North American Nursing Diagnosis Association International* (2018-2020); a posteriori foram submetidos à análise estatística no programa *Statistical Package for the Social Sciences*. Aplicou-se os testes Q-Quadrado e Exato de Fisher. Os dados qualitativos foram analisados a partir da análise de conteúdo temática. A pesquisa foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa sob parecer de nº. 3.475.904. **RESULTADOS:** Foram identificados 38 Diagnósticos de Enfermagem, sendo mais prevalentes: Dentição prejudicada (98,0%), Risco de integridade da pele prejudicada (66,7%), Dor crônica (64,7%), Risco de volume de líquido deficiente (54,9%), Deglutição prejudicada (45,1%), Deambulação prejudicada (45,1%), Distúrbio no padrão de sono (43,1%), Incontinência urinária de esforço (41,2%), Disco de quedas (35,3%) e Disfunção sexual (33,3%), os quais apontam para um comprometimento da capacidade funcional dos participantes. Concernente aos dados qualitativos, identificaram-se três categorias temáticas: 1) Significado da saúde na concepção das pessoas idosas indígenas; 2) A vivência indígena do adoecer e 3) Práticas indígenas de autocuidado, estas demonstram o significado de saúde e doença e o autocuidado em saúde dessa população. **CONCLUSÃO:** Com base nas convergências, combinações e divergências dos resultados quantitativos e qualitativos evidenciou-se que as respostas humanas presentes nas pessoas idosas indígenas resultam de fatores que influenciam sua capacidade funcional. Sobre a cultura de autocuidado, percebeu-se a utilização de plantas medicinais para prevenção e tratamento de doenças, assim como, a realização de atividades domésticas, do trabalho braçal e a autonomia para resolução de problemas, importantes no alcance de um envelhecimento ativo. Todavia, a medicalização no processo saúde-doença está presente, por meio da dependência do uso de fármacos, inclusive psicotrópicos, assim como, a baixa presença de práticas preventivas adotadas pelo grupo, o que denota a influência

do modelo médico-curativista nas práticas de autocuidado dessa população, possivelmente fruto do contato com a sociedade não indígena por meio dos serviços de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem gerontológica; Saúde indígena; Autocuidado; Enfermagem Transcultural; Processo de Enfermagem; Métodos mistos.

ASSIS SILVA, C.J. **Human responses and self-care culture of indigenous elderly: a mixed methods study.** Natal, 2019. Masters thesis (Master), 152f – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2019.

ABSTRACT

BACKGROUND: in Brazil, information about the health conditions and self-care culture of indigenous elderly people is still scarce and fragmented, which makes it difficult to develop qualified, systematized and culturally congruent nursing care to this population. **AIM:** to analyze human responses and self-care culture of indigenous elderly people in the context of the community in the light of the Theory of the Universality of Diversity in Cultural Care. **METHOD:** this is a research of mixed methods, of convergent parallel type. The study site was located at the Amarelão indigenous community, located in João Câmara, Rio Grande do Norte. The population was composed of indigenous elderly people, of the Potyguara ethnic group. Quantitative and qualitative data were collected simultaneously, with the same weight attribution, and data integration was performed. Concerning theorizing, the Theory of Diversity and Universality of Cultural Care was adopted. In the quantitative approach, a Nursing Consultation was carried out with 51 participants, already in the qualitative approach phase, an open interview with 17 participants, during the month of August 2019. To establish the nursing diagnoses, the North American Nursing Diagnosis Association taxonomy was used (2018-2020); data were then submitted to statistical analysis in the Statistical Package for the Social Sciences program. The Q-Square and Fisher's Exact tests were applied. Qualitative data were analyzed based on thematic content analysis. The research was approved by the National Research Ethics Commission under the opinion of nº. 3,475,904. **RESULTS:** 38 Nursing Diagnoses were identified, being the most prevalent: Impaired dentition (98.0%), Risk of impaired skin integrity (66.7%), Chronic pain (64.7%), Risk of deficient fluid volume (54.9%), Impaired swallowing (45.1%), Impaired walking (45.1%), Disturbed sleep pattern (43.1%), Stress urinary incontinence (41.2%), Disc falls (35.3%) and sexual dysfunction (33.3%), which point to a compromised functional capacity of the participants. Concerning the qualitative data, three thematic categories were identified: 1) Meaning of health in the conception of indigenous elderly people; 2) The indigenous experience of falling ill and 3) Indigenous practices of self-care, these demonstrate the meaning of health and disease and the self-care in health of this population. **CONCLUSION:** based on the convergences, combinations and divergences of quantitative and qualitative results, the study found that the human responses present in indigenous elderly people are the result of factors that influence functional capacity. Regarding the self-care culture, the use of medicinal plants for the prevention and treatment of diseases, as well as the performance of domestic activities, manual labor and autonomy to solve problems, as ways to achieve active aging was noted. However, medicalization in the health-disease process is present, through the dependence on the use of drugs, including psychotropics, as well as the low presence of preventive practices adopted by the group, which denotes the influence of the medical-curative model in the practices of self-care of this population, possibly the result of contact with non-indigenous society through health services.

KEYWORDS: Gerontological nursing; Indigenous health; Self-care; Transcultural Nursing; Nursing Process; Mixed methods.

ASSIS SILVA, C. J. **Respuestas humanas y cultura de autocuidado de pueblos indígenas idílicos: un método estudiado.** Natal, 2019. Disertación de Maestría, 152f - Departamento de Enfermería, Universidad Federal de Río Grande del Norte, 2019.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: En Brasil, la información sobre las condiciones de salud y la cultura del autocuidado de las personas mayores indígenas aún es escasa y fragmentada, lo que dificulta el desarrollo de cuidados de enfermería calificados, sistematizados y culturalmente congruentes. **OBJETIVO:** Analizar las respuestas humanas y la cultura del autocuidado de las personas mayores indígenas en el contexto de la comunidad a la luz de la Teoría de la Universalidad de la Diversidad en el Cuidado Cultural. **MÉTODO:** Es una investigación de métodos mixtos, de tipo paralelo convergente. El sitio de estudio fue la comunidad indígena Amarelão, ubicada en João Câmara, Río Grande del Norte. La población estaba compuesta por ancianos indígenas, del grupo étnico Potyguara. Los datos cuantitativos y cualitativos se recopilaron simultáneamente, con el mismo peso atribuido y se llevó a cabo la integración de datos. Con respecto a la teorización, se adoptó la Teoría de la diversidad y la universalidad del cuidado cultural. En el enfoque cuantitativo, se realizó una Consulta de Enfermería con 51 participantes, ya en la fase de enfoque cualitativo, una entrevista abierta con 17 participantes, durante el mes de agosto de 2019. Para establecer los diagnósticos de enfermería, se utilizó la taxonomía de la *North American Nursing Diagnosis Association International* (2018-2020); a posteriori se sometieron a análisis estadístico en *Statistical Package for the Social Sciences*. Se aplicaron las pruebas Q-Square y Fisher's Exact. Los datos cualitativos se analizaron en base al análisis de contenido temático. La investigación fue aprobada por la Comisión Nacional de Ética de Investigación bajo la opinión del n.º. 3.475.904. **RESULTADOS:** Se identificaron 38 diagnósticos de enfermería, siendo los más frecuentes: dentición deteriorada (98.0%), riesgo de integridad de la piel deteriorada (66.7%), dolor crónico (64.7%), riesgo de volumen de líquido deficiente (54 , 9%), dificultad para tragar (45.1%), dificultad para caminar (45.1%), patrón de sueño perturbado (43.1%), incontinencia urinaria de esfuerzo (41.2%), disco de caídas (35,3%) y disfunción sexual (33,3%), que apuntan a una capacidad funcional comprometida de los participantes. Con respecto a los datos cualitativos, se identificaron tres categorías temáticas: 1) Significado de la salud en la concepción de las personas mayores indígenas; 2) La experiencia indígena de enfermarse y 3) Las prácticas indígenas de autocuidado, demuestran el significado de salud y enfermedad y el autocuidado en salud de esta población. **CONCLUSIÓN:** En base a las convergencias, combinaciones y divergencias de los resultados cuantitativos y cualitativos, se hizo evidente que las respuestas humanas presentes en las personas mayores indígenas son el resultado de factores que influyen en la capacidad funcional. En cuanto a la cultura del autocuidado, se observó el uso de plantas medicinales para la prevención y el tratamiento de enfermedades, así como la realización de actividades domésticas, trabajo manual y autonomía para resolver problemas, como formas de lograr el envejecimiento activo. Sin embargo, la medicalización en el proceso salud-enfermedad está presente, a través de la dependencia del uso de

drogas, incluidos los psicotrópicos, así como la baja presencia de prácticas preventivas adoptadas por el grupo, lo que denota la influencia del modelo médico-curativo en las prácticas de autocuidado de esta población, posiblemente como resultado del contacto con la sociedad no indígena a través de los servicios de salud.

PALABRAS CLAVE: Enfermería Gerontológica. Salud indígena. Autocuidado. Enfermería Transcultural. Proceso de enfermería. Métodos mixtos.

LISTA DE SIGLAS

APS - Atenção Primária à Saúde

AVD - Atividades de Vida Diária

CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

CEP - Comitê de Ética e Pesquisa

CONDISI - Conselho Distrital de Saúde Indígena

CONFEN - Conselho Federal de Enfermagem

CE - Consulta de Enfermagem

DC- Dor crônica

DeambP- Deambulação prejudicada

DegP- Deglutição prejudicada

DentP- Dentição prejudicada

DF - Disfunção sexual

DE - Diagnóstico de Enfermagem

DistPS - Distúrbio no padrão de sono

DSEI - Distritos Sanitários Especiais Indígenas

DCNT - Doenças crônicas não transmissíveis

EMSI - Equipes Multiprofissionais de Saúde Indígena

IMC - Índice de Massa Corpórea

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IUE - Incontinência urinária de esforço

MM - Métodos mistos

NANDA – I - North American Nursing Diagnosis Association-Internacional

ONU - Organização das Nações Unidas

PNASPI - Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

PNPMF - Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos

PNPSI - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

PE - Processo de Enfermagem

RN - Rio Grande do Norte

RIPP- Risco de integridade da pele prejudicada

RQ - Risco de queda

RVLI- Risco de volume de líquido deficiente

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFRN - Universidade Federal do Rio Grande do Norte

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Organização dos DSEI e Modelo Assistencial	34
Figura 2 - Modelo teórico-conceitual Sunrise	41
Figura 3 - Projeto paralelo convergente – adaptação Creswell (2013).....	45
Figura 4 - Objetivos e perguntas de pesquisa das abordagens quantitativa e qualitativa. Natal, Rio Grande do Norte, 2019.	57
Figura 5 - Caracterização dos componentes constituintes das abordagens quantitativas e qualitativas. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2019.	58
Figura 6 - Representação das categorias e subcategorias da análise de conteúdo, sobre s significados de saúde, doença e a cultura de autocuidado das pessoas idosas indígenas. Comunidade indígena do Amarelão, João Câmara, Rio Grande do Norte. 2019.....	80

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** - Descrição dos principais projetos de pesquisa dos métodos mistos, Natal, 2019. 47
- Quadro 2** - Sistema de notação para pesquisas de métodos mistos, Natal, 2019. 47
- Quadro 3** - Variáveis da avaliação clínica dos idosos indígenas. Comunidade indígena do Amarelão, João Câmara, Rio Grande do Norte, 2019. 67
- Quadro 4** - Distribuição dos diagnósticos de enfermagem por domínio da NANDA-I. Comunidade indígena do Amarelão, João Câmara, Rio Grande do Norte, 2019. 68
- Quadro 5** - Distribuição das frequências dos fatores relacionados/fatores de risco e características definidoras dos diagnósticos de enfermagem mais prevalentes nas pessoas idosas indígenas. Comunidade indígena do Amarelão, João Câmara, Rio Grande do Norte, 2019. 70
- Quadro 6** - Associação entre os Diagnósticos de Enfermagem e características da estrutura social, cultural e de saúde. Natal, Rio Grande do Norte, 2019. 76
- Quadro 7** - Associação entre os Diagnósticos de Enfermagem e características da estrutura social, cultural e de saúde. Natal, Rio Grande do Norte, 2019. 77

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** - Características da Estrutura Cultural e Social das pessoas idosas indígenas. Comunidade indígena do Amarelão, João Câmara, Rio Grande do Norte, 2019..... 59
- Tabela 2** - Características das condições de saúde das pessoas idosas indígenas. Comunidade indígena do Amarelão, João Câmara, Rio Grande do Norte, 2019.. 62
- Tabela 3** - Caracterização das comorbidades presentes nos idosos indígenas. Comunidade indígena do Amarelão, João Câmara, Rio Grande do Norte, 2019.. 64
- Tabela 4** - Características de autocuidado e relação com os serviços de saúde dos idosos indígenas. Comunidade indígena do Amarelão, João Câmara, Rio Grande do Norte, 2019..... 66
- Tabela 5** - Caracterização da Farmacoterapia utilizadas pelos participantes da pesquisa. Comunidade indígena do Amarelão, João Câmara, Rio Grande do Norte, 2019..... 66
- Tabela 6** - Distribuição das frequências dos diagnósticos de enfermagem das pessoas idosas indígenas. Comunidade indígena do Amarelão, João Câmara, Rio Grande do Norte, 2019..... 69

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	20
2 OBJETIVOS	26
2.1 OBJETIVO GERAL	26
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	26
2.2.1 Objetivos quantitativos	26
2.2.2 Objetivo qualitativo	26
2.2.3 Objetivo misto	26
3 REVISÃO DA LITERATURA	27
3.1 SAÚDE E ENVELHECIMENTO NO BRASIL	27
3.2 POVOS INDÍGENAS NO TERRITÓRIO NACIONAL E A EMERGÊNCIA ÉTNICA NO RIO GRANDE DO NORTE	30
3.3 A SAÚDE DAS POPULAÇÕES INDÍGENAS NO BRASIL	32
3.4 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA INDÍGENA.....	36
4 REFERENCIAL TEÓRICO	39
5 MÉTODO	45
5.1 TIPO DE ESTUDO	48
5.2 CENÁRIO.....	48
5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	49
5.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	51
5.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	51
5.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO	52
5.7 ANÁLISE DE DADOS.....	52
5.8 ASPECTOS ÉTICOS.....	55
6 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	59
6.1 RESULTADOS QUANTITATIVOS	59
6.2 RESULTADOS QUALITATIVOS	80
6.2.1 Significado da saúde na concepção da pessoa idosa indígena	81
6.2.2 A vivência indígena do adoecer	86
6.2.3 Cultura indígena de autocuidado	89
6.3 INTEGRAÇÃO DOS RESULTADOS QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS... 94	
6.3.1 Estrutura cultural e social	94
6.3.2 Visão de mundo e sua relação significados de saúde, doença e a cultura de autocuidado	96
6.3.3 Significado de saúde	97

6.3.4 Significado de doença	100
6.3.5 Cultura de autocuidado	101
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	105
REFERÊNCIAS.....	108
APÊNDICES	120
ANEXOS	134

1 INTRODUÇÃO

O Brasil vivencia um acentuado aumento de pessoas idosas, cujas projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) indicam possuir uma proporção atual de 12,3% da população brasileira, e até 2030 esse número subirá para 18,73% (IBGE, 2018). Nesse aspecto, o aumento considerável de pessoas idosas na população, denota ser uma realidade mundial, e entre suas principais consequências está o impacto nos sistemas e serviços de saúde em todos os níveis de atenção.

Essa realidade é resultante da diminuição das taxas de fecundidade e mortalidade, e do aumento da expectativa de vida, tendo em vista a melhoria das condições socioeconômicas e os avanços político, cultural e técnico científicos no campo da saúde e desenvolvimento tecnológico. Essas alterações implicam em mudanças no perfil epidemiológico, observando-se aumento na prevalência de condições crônicas, e outras próprias da sociedade atual, como as causas externas (ARAÚJO *et al.*, 2014).

O envelhecimento humano, é um processo natural, não patológico, universal e irreversível, que resulta em uma perda funcional progressiva no organismo. São características do envelhecimento as alterações orgânicas, como a redução do equilíbrio e da mobilidade, de capacidades respiratória e cardiovascular, e modificações psicológicas, assim aumentando as necessidades de cuidado e acesso aos serviços de saúde (ANDRADE *et al.*, 2015).

Entre os problemas de saúde comuns à essa fase estão às condições e doenças crônicas, que se configuram no país como grave problema de saúde pública, não somente pelos elevados custos para o Sistema Único de Saúde (SUS), como também pelas consequências que podem acarretar na vida da pessoa idosa, implicando em alguns casos em óbitos, em outros, perda da capacidade funcional e, por conseguinte, diminuição da qualidade de vida (SOUZA *et al.*, 2016).

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) compõem o conjunto de condições crônicas, e são responsáveis por 72% das causas de mortes no país. Dentre estas, as doenças cardiovasculares, câncer, doença respiratória crônica e diabetes respondem pela maioria dos óbitos, evidenciando a transição

epidemiológica na população brasileira (BRASIL, 2013 *apud* DUNCAN *et al.*, 2012; BRASIL, 2018).).

A Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios, realizada em 2008, em seus resultados sobre condições crônicas apresentou que 68,7% da população idosa, possuíam pelo menos uma doença ou agravo não transmissível, sendo que 53,3% apresentavam hipertensão; 24,2% artrite; 17,3% doenças do coração; 16,1% diabetes e 12% depressão. Além disso, cerca de 22% das pessoas idosas apresentavam duas doenças e/ou agravos crônicos e 13% apresentavam três ou mais (BRASIL, 2014 *apud* IBGE, 2010).

Essas doenças atingem mais fortemente as camadas populacionais de baixa renda e escolaridade, além de grupos vulneráveis, étnicos e minoritários como os idosos, as populações negras e indígenas. Assim, as desigualdades sociais, influenciam as diferenças no acesso aos bens e aos serviços de saúde, como, ao acesso à informação, reforçando que os determinantes sociais da saúde relacionam-se com uma maior prevalência ou menor prevalência e evolução das condições crônicas em uma sociedade (SCHMIDT *et al.*, 2011).

No Brasil, ocorre igualmente, um aumento na população idosa entre os povos indígenas, os quais compartilham das mesmas necessidades que são universais no processo de envelhecimento, concernente as alterações fisiológicas, tornando-os susceptíveis à fragilidade, à maior dependência de cuidados e desenvolvimento de agravos à saúde (RISSARDO; CARREIRA, 2016).

Todavia, mesmo apresentando semelhanças significativas quanto ao processo de envelhecimento, são perceptíveis diferenças entre as populações indígenas em detrimento das não indígenas. Essas disparidades são reflexo de importantes transformações socioculturais e territoriais que contribuíram para as mudanças do perfil epidemiológico indígena atual, fruto do processo de contato com a sociedade que, muitas vezes, é desigual, conflituoso e impositivo (COATES *et al.*, 2016; PEREIRA *et al.*, 2014).

Tal situação poderia ser reduzida de forma acessível e sustentável através do estabelecimento de ações sistemáticas e continuadas de programas que incluam o cuidado integral às DCNT, no contexto da atenção primária à saúde no interior das áreas indígenas (BRASIL, 2018; PEREIRA *et al.*, 2014).

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) regulamenta e normatiza as ações de saúde junto à essa população, e garante o

acesso à atenção integral à saúde. Assim como, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) enfatiza a necessidade da realização de ações de promoção à saúde junto aos diversos grupos populacionais, entre esses os povos indígenas, por considerar tratar-se de uma população vulnerável (BRASIL, 2002; BRASIL, 2006; REIS *et al.*, 2016).

Mesmo tendo o direito à saúde, garantidos por lei, e com políticas públicas de saúde que atendam às necessidades das pessoas idosas indígenas, observam-se existirem obstáculos para maior resolutividade da assistência à saúde. Entre os quais citam-se, o número reduzido de profissionais de saúde capacitados e sua não fixação por períodos prolongados nas áreas de atendimento para os índios, além da escassez de insumos (equipamentos e materiais), ocasionando uma descontinuidade no fluxo de atendimento nessa realidade (RISSARDO; CARREIRA, 2014; PONTES, 2015; FURTADO, 2016).

Dentre esses obstáculos citados, a diversidade cultural nos espaços sociais indígenas dos serviços de saúde gera conflito com a assistência em saúde, a qual, muitas vezes é direcionada por um modelo de atendimento com foco apenas na doença, onde os conceitos pré-concebidos e estereotipados que influenciam negativamente as atitudes da equipe de saúde durante o cuidado. Nesse aspecto, é importante que o profissional de saúde, em especial, o profissional enfermeiro, compreenda o adoecimento como processo sociocultural e considere as experiências das pessoas cuidadas no processo de trabalho da enfermagem (RIBEIRO *et al.*, 2017).

É função da Atenção Primária à Saúde (APS) desenvolver intervenções nas comunidades indígenas com alvo na promoção da saúde e prevenção de doenças e assim colaborar para melhoria das condições de vida dessa população. Ao mesmo tempo, é necessário que os serviços de saúde aproximem-se dos aspectos socioculturais que interferem no processo de saúde-doença dos povos indígenas para acolher e intervir segundo suas necessidades (PEREIRA *et al.*, 2014).

A APS é reconhecida como porta de entrada do SUS, objetiva atender o conjunto de necessidades de saúde e organizar as respostas de forma adequada e oportuna, seu impacto pode resultar positivamente nas condições de saúde. Desse modo, as condições crônicas constituem um desafio atual para as equipes que trabalham nesse nível de atenção à saúde, devido serem prevalentes,

multifatoriais, e sua abordagem, para ser efetiva, necessariamente envolve diversos profissionais saúde e exige o protagonismo dos indivíduos, suas famílias e comunidade (BRASIL, 2014).

Por sua vez, espera-se que as equipes da APS, desenvolvam ações coletivas na comunidade de dimensão sociocultural na comunidade, voltadas para a promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida. Destarte, o enfermeiro nesse nível de atenção à saúde tem um amplo espaço para sua atuação profissional, seja por meio da consulta de enfermagem, como por meio de atividades de educação em saúde, que podem ser realizadas em nível individual ou coletivo (SILVA; VICENTE; SANTOS, 2014; LINHARES; TOCANTINS; LEMOS, 2014).

Nesse sentido, ressalta-se a Consulta de Enfermagem (CE) como importante instrumento metodológico e técnico-científico, para identificar situações de saúde/doença, objetivando a realização de prescrição e implementação de cuidados de enfermagem que possam contribuir para promoção, prevenção, recuperação e reabilitação do indivíduo, da família e da comunidade. Para tanto, a consulta de enfermagem é composta de histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e, ainda, avaliação (AMARAL; ABRAHÃO, 2017).

Como ferramenta tecnológica, o diagnóstico de enfermagem é um julgamento clínico sobre uma resposta humana a condição de saúde/processo da vida, ou uma vulnerabilidade a tal resposta, sendo fundamental para realização da (CE), que organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos; representa o modo de fazer e de pensar próprio do enfermeiro, possibilita a organização das condições necessárias à realização do cuidado e a documentação da prática profissional (GUITIÉRREZ; MORAIS, 2017; NANDA, 2018).

Embora seja evidente a importância dessa metodologia para a prática, além da sua obrigatoriedade legal, vê-se que a sua implementação no cenário nacional brasileiro ainda ocorre, de forma retráida no âmbito da APS, e se restringe, na maioria das vezes, a setores da área hospitalar (DINIZ *et al.*, 2015).

A Agenda Nacional de Prioridade em Pesquisa em Saúde (2015), em suas sub agendas aponta a necessidade de pesquisas relacionadas à magnitude e dinâmica dos problemas relacionados à saúde indígena, como também à saúde

do idoso. Com isso, a presente pesquisa pretende corroborar para o fortalecimento das práticas de saúde e enfermagem a essa população específica, principalmente, no âmbito do SUS, além da inclusão dessa minoria nas pautas de discussões de políticas públicas, currículos de formação em saúde e reconhecimento social.

Ressalta-se que os dados sobre a saúde das pessoas idosas indígenas brasileiras ainda encontram-se fragmentados, por diversas vezes, ocorrem discrepância entre eles, o que nos remete a dúvidas sobre quem são esses indivíduos, como estão, como veem e vivem o processo saúde e doença e os cuidados em saúde. Mas com a existência de políticas de atenção à saúde da pessoa idosa e dos povos indígenas no país, percebe-se a importância do cuidado profissional realizado com esta parcela populacional (RISSARDO; CARREIRA, 2016).

Mediante a problemática descrita, ancorada na reflexão e teorização a partir de uma revisão narrativa da literatura, realizada nos meses de março de 2018 à agosto de 2019, observou-se existir lacunas na literatura sobre a problemática em foco, em relação as condições de saúde e cultura de cuidado das pessoas idosas indígenas. Com base nessa afirmação, este estudo justifica-se por ser relevante, atual, e próprio da etnia indígena em uma realidade sociocultural específica, porém, ainda não investigado o suficiente para o cumprimento da meta de um atendimento integral a saúde dessa população.

Além disso, tem o propósito, de oferecer informações ao poder público e aos profissionais de saúde, sobretudo aos enfermeiros, para o planejamento e avaliação das ações de autocuidado e do cuidado intercultural congruente, de maneira que, possa auxiliar na diminuição do preconceito e contribua para o desenvolvimento da promoção à saúde das pessoas idosas indígenas.

Para a prática da Enfermagem em particular, o estudo pretende contribuir para a implementação da sistematização da assistência no processo de trabalho do enfermeiro nesse contexto, uma vez que, a interpretação das respostas humanas por meio do diagnóstico de enfermagem, quando utilizada corretamente, possibilita direcionar as ações/intervenções a serem implementadas pelos profissionais de enfermagem. Além de possibilitar a utilização de uma linguagem específica da área, de forma a garantir uma comunicação clara, precisa e objetiva

entre todos que compõem a equipe de enfermagem (NÓBREGA; NÓBREGA; SILVA, 2011).

A partir dessas considerações iniciais, acrescidas do meu contato pessoal desde à minha infância, quando morava na cidade de João Câmara e ouvia falar sobre a comunidade indígena do Amarelão, assim como o conhecimento empírico, escasso durante a formação profissional no curso de graduação em enfermagem sobre a atenção à saúde indígena na comunidade do Amarelão, o presente estudo tem como questões de pesquisa:

- 1) Questão quantitativa: “Qual o perfil dos Diagnósticos de Enfermagem identificado nas pessoas idosas indígenas?”
- 2) Questão qualitativa: “Como é expresso o significado de saúde, doença e a cultura de autocuidado pelas pessoas idosas indígenas?”

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as respostas humanas e a cultura de autocuidado de pessoas idosas indígenas no contexto da comunidade à luz da Teoria da Universalidade de Diversidade do Cuidado Cultural.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2.2.1 Objetivos quantitativos

- Caracterizar as pessoas idosas indígenas quanto às variáveis da estrutura social, cultural e de saúde;
- Identificar os diagnósticos de enfermagem presentes nas pessoas idosas indígenas;
- Verificar a associação entre os diagnósticos de enfermagem e as variáveis da estrutura cultural, social e de saúde das pessoas idosas indígenas.

2.2.2 Objetivo qualitativo

- Descrever o significado de saúde, doença e cultura de autocuidado das pessoas idosas indígenas;

2.2.3 Objetivo misto

- Comparar as respostas humanas com o significado de saúde, doença e cultura de autocuidado de pessoas idosas indígenas.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Este capítulo constitui-se da fundamentação teórica a partir da literatura científica a ser utilizada nesse estudo, como os conceitos, as teorias e políticas públicas relacionadas à temática saúde da população idosa indígena e a assistência de enfermagem nesse contexto transcultural.

3.1 SAÚDE E ENVELHECIMENTO NO BRASIL

O envelhecimento da população brasileira já é uma realidade. Trata-se de um processo humano de amplitude mundial, ressalta-se porém, que no Brasil ocorre de forma mais acelerada se comparado a outros países, como o Japão e Estados Unidos. Esse processo é decorrente de modificações nos índices de mortalidade e fecundidade, os quais fizeram com que a população passasse de um processo de transição demográfica de alta natalidade e mortalidade para outro, primeiramente com baixa mortalidade e a seguir, de baixa fecundidade (LEBRÃO, 2007).

Com isso resulta o novo perfil epidemiológico, fruto das mudanças nos padrões demográficos, caracterizado pela presença acentuada das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Além do rápido envelhecimento da população, e conseqüente aumento na incidência das DCNT, convive-se também com a crescente ameaça das doenças infecciosas, e das chamadas causas externas e violências, configurando, assim, uma “tripla carga” de morbidades (BARRETO; CARREIRA; MARCON, 2015).

Nessa perspectiva, atualmente o conceito de condições crônicas de saúde é cada vez mais utilizado. As condições crônicas são condições de saúde de curso longo ou permanente que exigem respostas e ações contínuas, proativas e integradas do sistema de saúde e dos usuários para o seu controle efetivo, eficiente e com qualidade. Assim, todas as doenças crônicas são condições crônicas, contudo há outras condições crônicas, que são as relacionadas às doenças transmissíveis de curso longo como a tuberculose não tratada adequadamente, e outros casos semelhantes, a hanseníase e certas hepatites virais (MENDES, 2018).

Afirma-se que o envelhecimento da população pode ser interpretado como uma substancial conquista da saúde pública e desenvolvimento humano, contudo esse novo cenário demográfico e epidemiológico, algumas vezes exige novos olhares, concepções, políticas, tecnologias e modelos de atenção à saúde com enfoque num envelhecimento saudável, compreendido como uma oportunidade de se viver com qualidade, de forma autônoma e independente pelo maior período de tempo possível até o fim da vida (BARROS; GOLDBAUM, 2018; NUNES, 2017).

Nesse sentido, são grandes os desafios que se apresentam, tanto na área social, quanto de saúde, exigindo iniciativas que possam atender todas as necessidades prementes originárias dessas populações que envelhecem. E, muitas têm sido as iniciativas de mobilizações, desde realização das Assembleias Mundiais sobre Envelhecimento, pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 1982 e 2002 respectivamente, até os lançamentos do Plano de Envelhecimento Ativo e do Guia Global: Cidade Amiga do Idoso, pela OMS, em 2002 e 2007. No Brasil, acompanham-se as diretrizes das políticas e dos movimentos internacionais, entre suas principais Leis relacionadas à saúde no envelhecimento criam-se a Política Nacional do Idoso, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, e promulga-se a Lei do Estatuto do Idoso, acompanhando o paradigma de um envelhecimento ativo, na perspectiva de promoção da saúde no envelhecimento (BARROS; GOLDBAUM, 2018).

Política Nacional do Idoso (PNI), lei nº 8.842, de 4 de Janeiro de 1994, considera idosa a pessoa maior de sessenta anos de idade, e tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva como ator importante na sociedade (BRASIL, 1994).

Já em 2003, o Estatuto do Idoso, criado pela Lei Federal nº 10.741, de 1º de outubro, possui 118 artigos que consolidam os direitos conferidos por lei, e é destinado a regular os direitos assegurados às pessoas idosas, assegurando-lhes, todas as oportunidades para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade. Assim, é de dever do Poder Público, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2003).

Por sua vez, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) aprovada através da Portaria do Ministério da Saúde (MS), de nº 2.528 de 19 de outubro de 2006, afirma que os órgãos e instituições do Ministério da Saúde devem promover a formação ou a readequação de projetos e atividades em acordo com as normas e diretrizes nela estabelecidas. Entre estas, destacam-se: promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa; estímulo às ações intersetoriais; provimento de recursos humanos e físicos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde (BRASIL, 2006; CAVALINI; FERREIRA; FERREIRA, 2014).

A fim de assegurar o direito à vida e à saúde e responder as demandas atuais e futuras do SUS, destaca-se a importância da APS como porta de entrada preferencial dos serviços de saúde, através das ações de promoção à saúde para o alcance do envelhecimento ativo, além de estruturar-se conforme os atributos de ser o primeiro contato do usuário no sistema de saúde, na perspectiva da longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado, focalização na família, orientação comunitária e competência cultural (DIAS; GAMA; TAVARES, 2017; PLACIDELI; CASTANHEIRA, 2017).

Com foco nesse entendimento, e no perfil de saúde de idosos em nosso país, defende-se que uma forma eficiente de atender às necessidades das pessoas idosas com condições crônicas é incrementar e aprimorar a oferta da APS. Acredita-se que os cuidados às DCNT podem ser aprimorados se os sistemas e serviços de saúde derem ênfase aos cuidados primários, e priorizarem a abrangência da assistência e o estado geral de saúde do usuário idoso nos atendimentos da Estratégia Saúde da Família e nas Unidades Básicas de Saúde. As DCNT são passíveis de intervenção por meio de atividades de promoção à saúde e prevenção de agravos, o que representa o investimento mais custo-efetivo entre todos aqueles do setor saúde (BARRETO; CARREIRA; MARCON, 2015).

Resultados de estudos do SUS mostraram que a APS bem qualificada resolve de 90% até 95% dos problemas que chegam a este nível de atenção. Além disso, cabe à atenção primária à saúde ordenar, ao longo das redes, os fluxos de pessoas, produtos e informações, definindo quem deve ir à atenção especializada e à atenção hospitalar, com exceção dos eventos agudos. Assim, é necessário facilitar o acesso da pessoa idosa aos serviços de saúde,

considerando as suas limitações, cultura e condições socioeconômicas (MENDES, 2018).

Além de iniciativas por parte das organizações governamentais e não governamentais, percebe-se haver a necessidade de investigação científica e elaborações conceituais na área do envelhecimento para dar suporte à compreensão desse processo, bem como, à monitorização de seu perfil social e de saúde. Os marcos conceituais nesse campo, buscam ampliar o escopo para além da prevenção de doenças e do cuidado às pessoas idosas, abrangendo estratégias que deem oportunidades a esses usuários, na participação de atividades econômicas, sociais, culturais, intelectuais, físicas, cívicas e políticas (BARROS; GOLDBAUM, 2018).

Nesse contexto, a Agenda Nacional de Prioridade em Pesquisa em Saúde tem como pressuposto, respeitar as necessidades nacionais e regionais de saúde e aumentar a indução seletiva para a produção de conhecimentos, bens materiais e processuais nas áreas prioritárias para o desenvolvimento das políticas sociais (BRASIL, 2015). Em suas sub agendas, apontam a necessidade de pesquisas relacionadas a magnitude e dinâmica dos problemas relacionados à saúde do idoso, com vistas a melhoria da qualidade de vida dessa população por meio da prática baseada em evidências.

3.2 POVOS INDÍGENAS NO TERRITÓRIO NACIONAL E A EMERGÊNCIA ÉTNICA NO RIO GRANDE DO NORTE

No Brasil, no início do século XVI, a população indígena era estimada em cerca de 5 milhões de pessoas, porém, foi dizimada pelas expedições dos colonizadores, como também pelas epidemias de doenças infecciosas, cujo impacto era favorecido pelas mudanças no seu modo de vida impostas por esse processo. Ademais, a perda da autoestima, a desestruturação social, econômica e dos valores coletivos também tiveram um papel importante na diminuição da população indígena (BRASIL, 2002).

No que se refere a região nordeste, os grupos étnicos foram levados a procurarem terras pouco cobiçadas e de difícil acesso - praias distantes das capitais, terras alagadas ou pouco férteis no sertão e nas serras - na busca de

fugir dos que lhes assediavam, contudo, durante esse período tiveram que moldarem-se aos padrões ditadas pelos colonizadores e a uma cultura determinada em grande parte pela Igreja (CARVALHO; REESINK; CAVIGNAC, 2011).

Conforme dados apresentados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2012), a população indígena brasileira corresponde a aproximadamente 897 mil pessoas, agrupadas em 220 tribos distribuídas em 4.774 comunidades, dentro de 438 municípios brasileiros. O censo demográfico de 1990 revelou que em 34,5% dos municípios brasileiros, residia pelo menos um indígena autodeclarado; já no censo posterior, no ano de 2000, esse número cresceu para 63,5%; e em 2010 foi para 80,5% dos municípios. Esse espalhamento da população indígena foi mais significativo na região nordeste, onde vivem 33,7% deles, corroborando com o processo da etnogênese.

A população indígena média autodeclarada no Rio Grande do Norte é de 2.597 indivíduos, tendo maior concentração de populações indígenas por situação de domicílio, os municípios de Natal (866), João Câmara (342), Parnamirim (204), Mossoró (176) e Ceará-Mirim (73). Já em relação ao número de indígenas e o total populacional, o município de João Câmara destaca-se com o maior percentual, sendo o de 1,06% (IBGE, 2012).

Nesse contexto, no Rio Grande do Norte existem cinco comunidades - os Eleotérios do Catu (Goianinha/Canguaretama - RN), os Mendonça do Amarelão (João Câmara - RN), os Tapará (Macaíba - RN), a comunidade Sagi/Trabanda (Baía Formosa), e os Caboclos do Açú (Assú - RN), que entraram em um processo de etnogênese. Esse conceito refere-se à emergência étnica de grupos que historicamente eram considerados extintos ou que eram desconhecidos para o campo da etnologia, como é o caso dos povos indígenas do Rio Grande do Norte (CARVALHO; REESINK; CAVIGNAC, 2011; SILVA, 2016).

É importante ressaltar a realidade de populações indígenas que ao longo de séculos vivenciaram relações de dominação, e que devido a esse sistema discriminatório, já não se identificavam mais como indígenas e sim como “caboclos”, ribeirinhos e os chamados “índios civilizados”, mas, que passaram a se reagruparem em torno de identidades étnicas renascidas, reconhecendo em si mesmos, e sobretudo nas relações em si, e com o território um diferencial perante

às formas convencionais da “cultura nacional”, resultando nos índios autodeclarados, cada vez mais numerosos (LISBOA, 2017).

Percebe-se que o processo de etnogênese, reflete diretamente nos mais diversos setores da sociedade, como por exemplo, o setor saúde. É necessário planejamento e discussão de estratégias para o desenvolvimento do cuidado integral a essa população que outrora, era “inexistente” e atualmente renasce com todas as características que lhes são peculiares e influenciadores no processo de saúde e adoecimento.

A população indígena ainda é vista, por alguns como marginais e às vezes, perigosos; e a exclusão sofrida se traduz em endogamia e autonomia forçadas, e seus direitos básicos negados, com extremos problemas relacionados à saúde, saneamento e educação. Contudo, as recentes reivindicações étnicas no estado do Rio Grande do Norte mostram que esses grupos estão redescobrando sua história e acionam, com toda a legitimidade, uma identidade indígena (CARVALHO; REESINK; CAVIGNAC, 2011).

3.3 A SAÚDE DAS POPULAÇÕES INDÍGENAS NO BRASIL

O perfil epidemiológico dos povos indígenas apresenta elevadas taxas de morbimortalidade por doenças infecto parasitárias, porém que devido a aquisição de hábitos alimentares e sociais ocidentais, foi possível verificar o surgimento de doenças previamente inexistentes nas aldeias, como hipertensão arterial, diabetes e câncer, caracterizando a presença das condições crônicas de saúde nessa população (BORGHI; CARREIRA, 2015).

Verifica-se, que os idosos indígenas, além de serem seres cuidados, são ao mesmo tempo, seres que cuidam da saúde para a manutenção, preservação ou recuperação da mesma, em uma cultura própria com concepções peculiares sobre o processo de saúde-doença e cuidado. Nesse sentido, destaca-se a riqueza cultural como algo muito positivo, por ao mesmo tempo revelar também, a fragilidade dessa população considerada minoria social frente a uma sociedade muitas vezes intolerante.

Mas, sobre os aspectos mais importantes relacionados à saúde dessa população, a literatura aponta uma lacuna de conhecimento, tanto no que se refere ao perfil de saúde-doença, quanto sobre a cultura de cuidado dos povos

indígenas dispersos em todo território nacional e em diferentes contextos socioculturais, razão pela qual, impõem-se dificuldades no planejamento de ações voltadas para a atenção à saúde. Situação que só contribui para a invisibilidade dessas informações, pois os serviços de saúde, nesse contexto, ainda não estão organizados ao ponto de compor um banco de dados em que considerem as especificidades étnicas e culturais desses povos (PEREIRA *et al.*, 2014).

Os povos indígenas tendem a apresentar indicadores de saúde e socioeconômicos menos favoráveis do que os não indígenas. Resultados apontam para diferenças marcantes, como os níveis de mortalidade mais elevados para os indígenas em todos os grupos de idades e para ambos os sexos. Esses achados estão alinhados a diversas outras análises que apontam para as marcantes desigualdades em saúde dos indígenas no Brasil (CAMPOS *et al.*, 2017).

Nessa premissa, a Constituição Federal de 1988 garante aos povos indígenas o direito à saúde, suas terras, cultura, línguas e tradições. A partir do estabelecimento do SUS como sistema universal, as políticas públicas de saúde buscam minimizar as iniquidades em saúde por meio da legitimação e respeito das organizações socioculturais dos povos indígenas, pois trata-se do reconhecimento por parte do Estado brasileiro dos direitos e das especificidades das populações indígenas no país (CARDOSO, 2014).

Após a Constituição de 1988, reforça-se a ideia de criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena instituído pela Lei nº 9.836, de 23 de Setembro de 1999, que se caracteriza como um sistema para a atenção à saúde indígena, de responsabilidade federal, com o modelo assistencial baseado nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) – Figura 1, contando com unidades de saúde nas comunidades indígenas, Polos base em territórios indígenas e as Casas de Saúde Indígenas, atuando pautado nos conceitos de saúde e doença próprios desses povos, e nos aspectos intersetoriais de seus determinantes (BRASIL, 1999; BRASIL, 2002; SANTOS *et al.*, 2016).

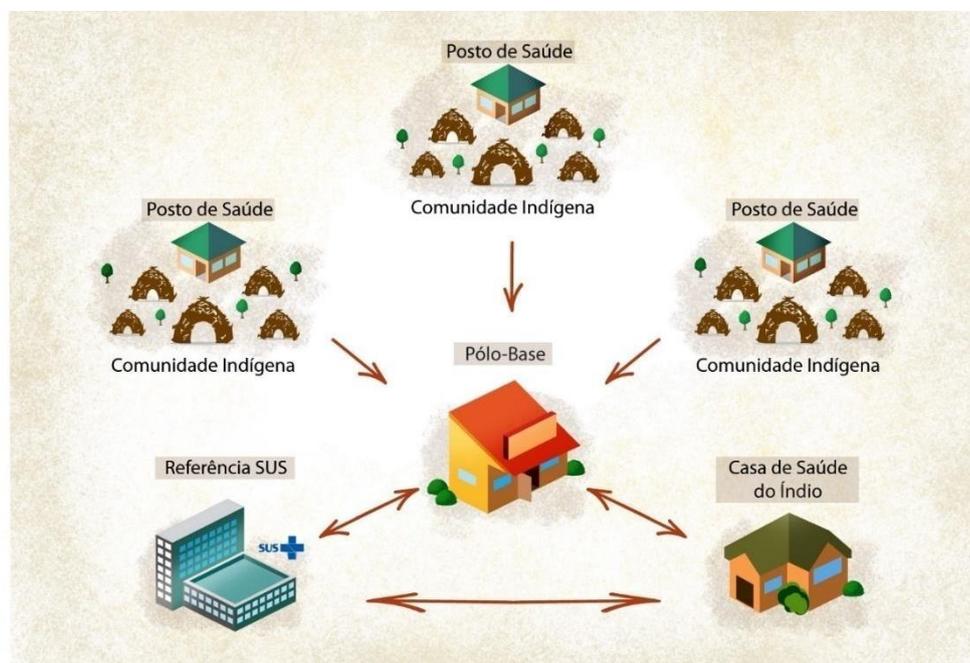
Por sua vez, a PNASPI foi aprovada pela Portaria de nº 254, de 31 de Janeiro de 2002, e normatiza as ações de saúde aos povos indígenas, garante o acesso à atenção integral à saúde de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica, política e reconhecendo o direito desses povos à sua cultura, voltando-se para a proteção,

promoção e recuperação da saúde com garantia do exercício de sua cidadania (FALKENBERG *et al.*, 2017; BRASIL, 2002).

Somada as duas Leis citadas, está a PNSPI com inserção da atenção à saúde das pessoas idosas indígenas, pois aponta recomendações de ações de promoção do envelhecimento ativo e saudável; uma atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa, e reforça a necessidade dos profissionais de saúde realizarem ações junto aos diversos grupos populacionais, e também junto aos povos indígenas, por se considerar tratar-se de uma população vulnerável (REIS *et al.*, 2016).

Contudo, vê-se que a rede de subsistemas não está plenamente consolidada, encontra-se desestabilizada pela falta de infraestrutura física, escassez de recursos humanos devido à alta rotatividade de profissionais e consequente irregularidade na oferta dos serviços, agravada pela perda de profissionais com experiência em saúde indígena resultando na não resolutividade da atenção à saúde dessa população (SANDES *et al.*, 2018).

Figura 1 - Organização dos DSEI e Modelo Assistencial



Fonte: Brasil (2002).

Na atenção à saúde indígena, a APS é a base do modelo, 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 de Saúde da Família. Todavia, existem obstáculos a serem enfrentados pelos povos indígenas no acesso à APS, como o deslocamento, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde próximos das aldeias/comunidades; linguagem e ilustrações das cartilhas de educação em saúde inapropriadas ao contexto indígena; dificuldade de comunicação com os profissionais de saúde; escassez de dados epidemiológicos; ausência de informação sobre a cultura indígena local (SANDES *et al.*, 2018).

Tais aspectos são especialmente relevantes, pois dizem respeito à assistência a pessoa idosa indígena, a qual, na cultura indígena, é responsável pela memória, costumes e tradições de seu povo, além de transmitir e ensinar os conhecimentos dos antepassados aos mais jovens, ser conselheiro em determinadas situações por ser considerado como uma pessoa sábia com importante papel social em seu meio (RISSARDO *et al.*, 2014; REIS *et al.*, 2016).

Nesse contexto da atenção em saúde deve-se entender que os indígenas têm diferentes maneiras de organização e, por conseguinte, distintas representações do processo saúde-doença e das intervenções terapêuticas. Como resultado dessa diversidade, a saúde indígena encontra-se respaldada em concepções dos próprios índios, diferentemente da saúde indigenista, constituída de ações direcionadas aos índios segundo conhecimentos científicos ocidentais (SANTOS *et al.*, 2016).

Desse modo o cuidado à saúde realizado pelos profissionais precisa estar estrategicamente aliado ao conhecimento sobre tais povos e sua cultura com o objetivo que o índio realmente acolha a saúde indigenista e suas particularidades em sua prática de cuidados em saúde (SANTOS *et al.*, 2016).

Sem dúvida que, as ações de atenção à saúde indígena devem considerar os sistemas de representações, valores e práticas culturais de saúde da pessoa indígena em sua grande diversidade. E, os estudos voltados para o conhecimento da cultura de cuidado desses povos, considerem relevantes as crenças e saberes herdados, expressos em formas simbólicas, por meio das quais os homens comunicam, perpetuam e desenvolvem seu conhecimento e atividades, formam a cultura do indivíduo que, por sua vez, influencia diretamente os pensamentos, decisões e ações do cuidado em saúde (BRASIL, 2002; RISSARDO *et al.*, 2013).

3.4 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA INDÍGENA

No cuidado de enfermagem à pessoa idosa indígena, o profissional se depara, vez ou outra, com concepções distintas daquelas que permeiam o modelo de saúde clássico das sociedades ocidentais. A sociedade indígena possui sua própria cultura de cuidado em saúde, fundamentado em práticas e rituais ligados diretamente à natureza e à religião, a partir de uma racionalidade que considera forças materiais, humanas e da natureza (RIBEIRO; FORTUNA; ARANTES, 2015).

Entende-se que para a atuação do enfermeiro no cuidado à pessoa idosa indígena seja essencial a compreensão do processo saúde e doença de forma ampliada, incluindo o aspecto étnico-cultural, além de conhecimento da cultura de cuidado da população a qual assiste. O enfermeiro precisa estar preparado para identificar fatores de risco e preventivamente, planejar e implementar, em conjunto com a equipe as ações, realizar seu acompanhamento, supervisão e avaliação (SILVA; GONÇALVES; LOPES NETO, 2003).

Nessa concepção, o enfermeiro em seu processo assistencial pode utilizar-se do referencial teórico de Madeleine Leininger, o qual enfatiza a necessidade do profissional reconhecer a existência do sistema de cuidado profissional, mas, igualmente, do sistema de cuidado popular, e ao interagir com o indivíduo, em variadas situações assistenciais, deve utilizar ações profissionais, de forma a preservar, negociar ou repadronizar os cuidados, com vistas a estabelecer um cuidado de enfermagem culturalmente congruente (MONTICELLI *et al.*, 2010).

A assistência relacionada ao cuidado profissional deve proporcionar ações permeadas por situações que contribuam para preparar a pessoa idosa indígena a enfrentar as limitações que poderão apresentar no decorrer da vida, de maneira que as práticas estejam pautadas em estratégias que o conduzam para uma velhice bem sucedida ou ativa. Deste modo, é imprescindível que o cuidado dispensado envolva tanto os aspectos científicos quanto os culturais, visto que a cultura influencia na busca por comportamentos mais saudáveis, além de determinar como uma sociedade encara os anciãos e seu processo de envelhecimento (RISSARDO; CARREIRA, 2016).

A assistência de enfermagem a população idosa indígena, deve incluir em suas atividades a supervisão de enfermagem, a educação em saúde e a CE.

Destarte, o enfermeiro tem na APS um amplo espaço de desenvolvimento para sua atuação profissional e autonomia por meio da consulta de enfermagem, no consultório ou no domicílio (ANDRADE; TERRA, 2018; SILVA; VICENTE; SANTOS, 2014).

A CE é uma ferramenta que utiliza componentes do conhecimento científico e possibilita o enfermeiro identificar necessidades, prescrever e implementar cuidados e avaliar as intervenções de enfermagem propostas para a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade (ANDRADE; TERRA, 2018).

No Brasil, a consulta de enfermagem é uma atividade privativa do enfermeiro, profissão regulamentada pela Lei nº. 7.498/86, de 25 de junho de 1986. Nas últimas décadas, vivenciou-se avanços consideráveis na sistematização da prática assistencial por meio do Processo de Enfermagem (PE). Nesse sentido, a Resolução 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) determinou a implantação do PE em todas as unidades de saúde públicas e privadas, nas quais ocorre a assistência de enfermagem, com suas cinco fases: histórico de enfermagem – anamnese e exame físico; diagnóstico de enfermagem (DE); planejamento de enfermagem; implementação e avaliação. O PE quando realizado em instituições prestadoras de serviço de saúde, em ambulatórios, domicílios, escolas, associação comunitária, entre outros, também pode ser denominada como CE (COFEN, 2009).

Outra resolução recente do COFEN, a de nº. 429/2012, reforça em seu artigo 2º, que o PE deve ser registrado no prontuário do paciente. O registro deve contemplar as fases de histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, ações ou intervenções de enfermagem realizadas face ao DE identificado e os resultados obtidos com as intervenções realizadas (DINIZ *et al.*, 2015).

Ao enfermeiro, cabe privativamente, o DE acerca das respostas humanas da pessoa, família ou coletividade em um dado momento do processo saúde e doença, bem como, a prescrição das ações ou intervenções de enfermagem a serem realizadas, face a essas respostas. O DE é um julgamento clínico sobre uma resposta humana a condição de saúde/processo de vida, ou uma vulnerabilidade de tal resposta, de um indivíduo, uma família ou comunidade. Assim, os enfermeiros diagnosticam problemas de saúde, estados de risco e disposição para a promoção da saúde (COFEN, 2009; NANDA, 2018).

O uso das Taxonomias, caracterizado como conhecimento da ciência da enfermagem, proporciona uma linguagem padronizada e comunicação eficaz na assistência de enfermagem. A *North American Nursing Diagnosis Association - Internacional* (NANDA-I), por exemplo, utilizadas internacionalmente, com tradução em cerca de 20 idiomas. A identificação dos diagnósticos de enfermagem (DE), como parte do PE, auxilia os enfermeiros no cuidado a pessoa idosa indígena nos diferentes cenários de prática profissional, promovendo, em especial, melhoria em sua qualidade de vida (LIMA *et al.*, 2015; NANDA, 2018).

Assim, entende-se que o presente estudo pretende fornecer subsídios para fortalecer a atuação e prática assistencial em enfermagem, especialmente a do profissional enfermeiro, no contexto de saúde e cultura de cuidados às pessoas idosas indígenas, articulado a busca dessa assistência por meio das respostas humanas em enfermagem, tendo como fio condutor o PE.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

A cultura é compreendida como uma composição de elementos que caracterizam atividades não demarcadas pela biologia, envolve questões como símbolos, valores, práticas, tradições e costumes, compartilhados por diferentes integrantes de um grupo social, sendo um produto coletivo da vida humana. Por meio da cultura, expressam-se as características da realidade dos grupos humanos, como a saúde, assim o termo cultura de cuidado relaciona-se aos atributos das ações de cuidado à saúde de determinado grupo (SILVEIRA *et al.*, 2015).

Nessa perspectiva, segundo Orem (1991), o autocuidado descreve e explica a prática de cuidados executados pela pessoa em relação à uma necessidade para manter a saúde e o bem-estar. Assim, todos realizam o autocuidado, o qual é influenciado diretamente pelas concepções, valores e percepções individuais e coletivas de cada pessoa e grupo.

Desse modo, a saúde é um traço cultural, os valores, as concepções que se tem sobre a saúde são sempre um traço cultural, e a saúde está ligada a essas duas perspectivas, assim o processo saúde e doença não deve ser entendido, unicamente por meio de conhecimentos científicos biológicos, mas deve considerar a visão de mundo dos diferentes segmentos da sociedade, percebidos em seu contexto sociocultural (CAMPOS, 2002; SANTOS *et al.*, 2012).

Nesse sentido, a diversidade cultural refere-se à variedade de culturas, em oposto à igualdade, entendida como um sinônimo de diálogo e de valores compartilhados. Acredita-se que a expressão diversidade cultural, hoje, compreende a superação tanto da negação das diferenças, efetuada pela homogeneidade, como do relativismo praticado pela absolutização das diferenças (GONÇALVES; OLIVEIRA, 2018).

Ao se pensar em uma investigação com foco na saúde da pessoa idosa indígena, optou-se por adotar a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger como referencial, por entender que essa dê embasamento teórico à fundamentação da prática e pesquisa da etnoenfermagem necessários à saúde, nessa esfera.

Considera-se hoje, ser a enfermagem uma ciência, que tem como objeto de estudo, o cuidado de enfermagem, com um enfoque humanista, que prima por

ações do cuidado humano com o objetivo de assistir, apoiar, facilitar ou capacitar indivíduos ou grupos a manterem ou readquirirem sua saúde, em formas culturalmente significativas e benéficas ou para ajudar a pessoa a enfrentar deficiência, doença ou a morte (GEORGE, 2000).

Segundo Leininger, o cuidado humano é universal, os homens têm sobrevivido nas culturas e ao longo tempo, pois são capazes de cuidar, uns dos outros, de maneiras variadas e em diferentes ambientes. Assim, os homens são universalmente seres cuidadores que sobrevivem em uma diversidade de culturas pela sua capacidade de proporcionar a universalidade do cuidado de várias maneiras de acordo com as diferentes culturas, necessidades e situações vividas (GEORGE, 2000).

A Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural tem como grande preocupação o cuidado congruente com cultura de cada pessoa. Procura abordar os aspectos da vida do ser humano, na sua complexidade, considerando as pessoas como seres de relações na comunidade, assim como as questões familiares e os serviços de saúde profissionais, utiliza-se do modelo teórico-conceitual denominado de *Sunrise* ou também chamado modelo Sol Nascente (Figura 2) para descrever essa interação (TERÇAS *et al.*, 2016).

Trata-se de um modelo teórico, visto como um mapa cognitivo que tem o objetivo de descobrir, explicar, interpretar e prever conhecimento do cuidado, bem como desenvolver cuidado de enfermagem culturalmente congruente. Este modelo é constituído de quatro níveis e dirige-se do nível I - mais abstratos - para o nível IV - menos abstratos. Os três primeiros fornecem subsídios para o planejamento e execução do cuidado, uma vez que envolve o desenvolvimento do conhecimento relacionado a cultura de cuidado da pessoa que será cuidado, embora esta terminologia não seja utilizada por Leininger (GEORGE, 2000).

O nível I, é composto pelos componentes interdependentes da estrutura social e visão de mundo, os quais nos levam ao estudo do significado, da natureza e dos atributos do cuidado para o usuário. Incluem-se, neste nível contexto ambiental, fatores tecnológicos, religiosos e filosóficos, políticos, econômicos, educacionais bem como grau de parentesco, estrutura social, valores e crenças culturais (DIAS; ARAÚJO; BARROSO, 2001).

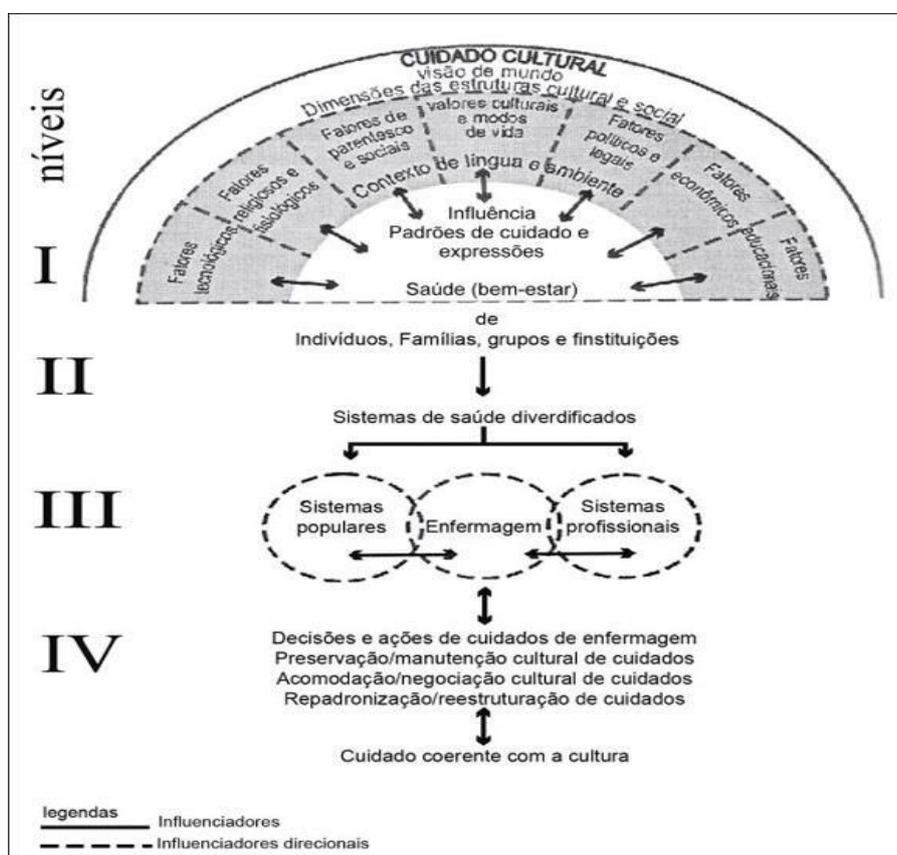
O nível II, tem o conhecimento baseado no nível anterior, é a aplicação deste conhecimento à situação do usuário do qual está sendo cuidado (indivíduo,

família ou comunidade), onde se observa significados e expressões específicas acerca do cuidado e da saúde – cultura de cuidado (DIAS; ARAÚJO; BARROSO, 2001).

O nível seguinte, o nível III, permite identificar e caracterizar os valores, crenças, comportamentos dos sistemas populares, profissionais e a enfermagem. É possível identificar semelhanças e diferenças, ou seja, características universais e específicas da cultura do usuário - as atividades desenvolvidas nesse nível são correspondentes à elaboração de diagnósticos de enfermagem a partir da interpretação e julgamento clínico das respostas humanas por parte do enfermeiro (DIAS; ARAÚJO; BARROSO, 2001).

O IV nível do modelo, determina as decisões e ações do cuidado, tendo três modos, a saber: preservação/manutenção cultural do cuidado, acomodação/negociação cultural do cuidado e repadronização/reestruturação cultural do cuidado (DIAS; ARAÚJO; BARROSO, 2001).

Figura 2 - Modelo teórico-conceitual Sunrise



Fonte: Leopardi (1999).

É importante ressaltar que o sistema popular é caracterizado pelos conhecimentos e habilidades tradicionais, culturalmente aprendidos para o cuidado, já o sistema profissional é o cuidado profissional formalmente ensinado e aprendido, baseado no saber científico. O sistema profissional deve buscar interagir com o cuidado do sistema popular, introduzindo novos conceitos de cuidado não conhecidos pelo indivíduo ou grupo e adaptando os conhecimentos já existentes nas populações por meio da preservação/manutenção cultural do cuidado, acomodação/negociação do cuidado e repadronização/reestruturação cultural do cuidado (GEORGE, 2000).

Nesse contexto de cuidado profissional, as ações de enfermagem referentes a preservação/manutenção cultural do cuidado, surgem quando as decisões profissionais de assistência à saúde, auxiliam a pessoa a manter, no seu modo de vida, valores relevantes acerca do cuidado.

Concernente as ações relacionadas com a acomodação/negociação cultural do cuidado, ocorrem quando as ações e decisões profissionais estimulam as pessoas para uma adaptação, ou negociação, de seu modo de vida, com os profissionais que prestam cuidados, visando integrar possíveis resultados satisfatórios e benéficos à saúde, procurando conjugar os cuidados científico e popular.

E, as ações que dizem respeito a reestruturação/repadronização cultural do cuidado, referem-se àquelas decisões profissionais que ajudam os seres humanos a reorganizarem, substituírem ou modificarem seus modos de vida com padrões de cuidados diferentes, respeitando seus valores e crenças culturais (LEININGER, 1985; LEININGER, 2006).

Verifica-se, que esse modelo é pautado em reflexões acerca da importância da cultura no cuidado de enfermagem, e propõe um método de pesquisa genuinamente da enfermagem, denominando de etnoenfermagem. Tem enfoque na abordagem naturalística, aberta à descoberta e amplamente indutiva para documentar, descrever, explicar e interpretar a visão de mundo, significados, símbolos e experiências de vida dos informantes e como eles enfrentam o atual ou potencial fenômeno do cuidado de enfermagem (VIEIRA *et al.*, 2016).

Ressalta-se ainda, que o modelo representa um processo de solução de problemas, que assim como no processo de enfermagem, apresenta como enfoque a pessoa a ser cuidado. Os quatro conceitos básicos do metaparadigma –

homem, ambiente, saúde e enfermagem – não estão claros nessa teoria, contudo, eles emergem de seus pressupostos.

O homem apresenta-se como provedor de cuidado que sobrevive numa diversidade de cultura, através da capacidade de oferecer a universalidade do cuidado. O ambiente é compreendido pelas características da visão de mundo e estrutura social, como uma totalidade do a totalidade de um acontecimento, situação ou experiência. A saúde é entendida como “um estado de bem-estar, culturalmente definido, valorizado e praticado, que reflete a capacidade que os indivíduos ou grupos possuem para realizar suas atividades cotidianas, de uma forma culturalmente satisfatória”, E por fim a enfermagem é definida como: “uma profissão e uma disciplina científica aprendida e humanista enfocada no fenômeno e nas atividades do cuidado humano para assistir, apoiar, facilitar ou capacitar indivíduos ou grupos a manterem ou readquirirem seu bem estar (ou saúde) em formas culturalmente significativas e benéficas ou para ajudar a pessoa enfrentar a deficiência ou a morte (GEORGE, 2000).

Assim, percebe-se que os valores culturais dos indivíduos, famílias e grupos influenciam diretamente na cultura de autocuidado destes. O autocuidado caracteriza-se

Reconhece-se a importância da teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural para a sociedade atual, cada vez mais cônica da diversidade cultural no limite de suas fronteiras. Essa teoria tem como limitação não oferecer orientação específica para a identificação das respostas humanas em enfermagem e prescrição do cuidado de enfermagem, porém a mesma oferece orientações para a organização do conhecimento e tomada de decisão acerca de qual cuidado é necessário, ou seria, bastante benéfico para o cliente; e qual estratégia de implementação do cuidado utilizar por meio da preservação/manutenção, acomodação/negociação e ou repadronização/reestruturação cultural do cuidado.

Afirma-se que mesmo a ciência da enfermagem possuindo um constructo teórico próprio, no qual evidenciem-se a necessidade de conhecer e considerar as influências culturais que o indivíduo carrega consigo e influenciam no processo saúde-doença, observa-se ainda, posições de profissionais que desconhecem e não valorizam as expressões da cultura étnica da população a qual assiste, o

que fragilizam o modo de produzir cuidado em saúde na perspectiva da integralidade (LIMA *et al.*, 2016).

5 MÉTODO

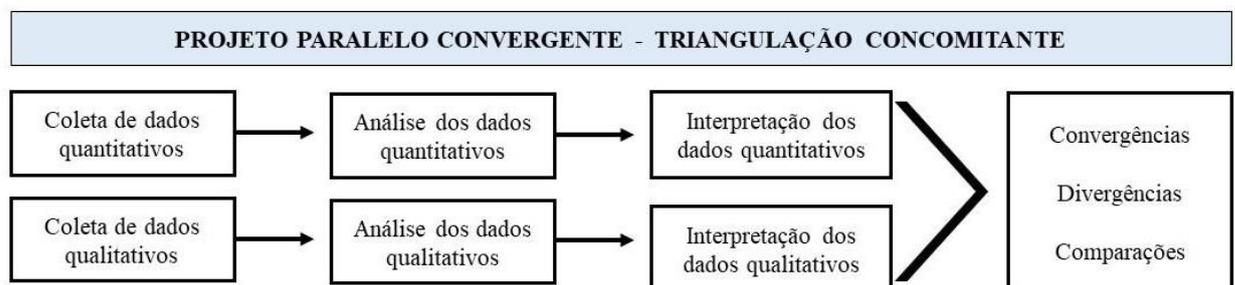
O presente estudo é uma pesquisa de métodos mistos. Segundo Creswell (2010, p. 27), uma pesquisa de métodos mistos (MM) implica em:

[...] suposições filosóficas, o uso de abordagens qualitativas e quantitativas e a mistura das duas abordagens em estudo. Por isso, é mais do que uma simples coleta e análise dos dois tipos de dados; envolve também o uso das duas abordagens em conjunto, de modo que a força geral de um estudo seja maior do que a da pesquisa qualitativa ou quantitativa isolada.

Nesse tipo de estudo, os dados quantitativos e qualitativos se completam e incrementam a confiança na validade dos resultados. Com base nisso, o delineamento do presente estudo será baseado no modelo de projeto paralelo convergente (Figura 3), também chamado de triangulação concomitante. Nesse tipo de estratégia, os dados quantitativos e qualitativos são coletados simultaneamente e posteriormente seus resultados são comparados para determinar convergências, diferenças e combinações para entendimento mais completo do fenômeno estudado.

No processo de planejamento dos estudos com utilização do MM, deve-se considerar os quatro aspectos principais desse tipo de estudo: 1) distribuição do tempo; 2) atribuição do peso das abordagens; 3) combinação dos dados e 4) teorização (CRESWELL; CLARK, 2010).

Figura 3 - Projeto paralelo convergente – adaptação Creswell (2013)



Fonte: Autoria própria (2019).

Na distribuição do tempo, deve-se avaliar se os dados qualitativos e quantitativos serão coletados em fases (sequencialmente) ou ao mesmo tempo (concomitantemente). Sobre a atribuição de peso, este aspecto refere-se à definição da prioridade atribuída à pesquisa quantitativa ou qualitativa no estudo,

podendo atribuir o mesmo peso aos dados, ou enfatizar uma ou outra abordagem (CRESWELL; CLARK, 2013; SANTOS *et al.*, 2017).

Concernente a combinação dos dados, esta é compreendida ao modo do qual os dados quantitativos e qualitativos estabelecem relação entre si, assim se serão realmente fundidos, ou serão mantidos separados, ou ainda se estarão de algum modo combinados. Nesta perspectiva, quando os dados estão conectados existe uma combinação da pesquisa quantitativa e qualitativa com a análise de dados da primeira fase do estudo e a coleta de dados da segunda fase. Quando há uma integração dos bancos de dados quantitativos e qualitativos, os mesmos se fundem e produzem informações que se apoiam mutuamente. Já a incorporação dos dados ocorre quando esses são coletados de forma secundária que têm papel de apoio para as informações de um banco de dados principal (CRESWELL; CLARK, 2013; SANTOS *et al.*, 2017).

E, como último aspecto a ser considerado, têm-se a perspectiva teórica que serve de guia para a execução do projeto. Assim, o pesquisador deve perceber se possui uma teoria, hipótese ou estruturas norteadoras em suas investigações, e se tais teorias estarão explicitadas ou implícitas em seu projeto (CRESWELL; CLARK, 2013; SANTOS *et al.*, 2017).

A partir da definição dos quatro componentes principais, constroem-se as seis principais estratégias de pesquisa de métodos mistos descritas na literatura: 1) Projeto sequencial explanatória; 2) Projeto sequencial exploratória; 3) Projeto transformativo; 4) Projeto paralelo convergente; 5) Projeto incorporado; e 6) Projeto multifásico; os quais são descritos no Quadro 1 (CRESWELL; CLARK, 2013).

Essas estratégias podem ser descritas usando-se um sistema de notação desenvolvido para padronizar a linguagem de descrição dos desenhos de estudo, assim como facilitar a comunicação entre pesquisadores de métodos mistos. Trata-se de um conjunto de símbolos e rótulos os quais representam os aspectos operacionais do estudo. As principais notações utilizadas estão apresentadas no Quadro 2.

Quadro 1 - Descrição dos principais projetos de pesquisa dos métodos mistos, Natal, 2019.

Estratégia	Definição
Projeto sequencial explanatória	Caracterizado em duas fases interativas distintas. Os Dados quantitativos são coletados e analisados em uma primeira etapa da pesquisa, seguida de coleta e análise de dados qualitativos.
Projeto sequencial exploratório	Dados qualitativos são coletados e analisados em uma primeira etapa da pesquisa, seguida de coleta e análise de dados quantitativos desenvolvida sobre os resultados qualitativos iniciais.
Projeto transformativo	Projeto de duas fases com uma lente teórica se sobrepondo aos procedimentos sequenciais. Tem uma fase inicial (quantitativa ou qualitativa) seguida de uma segunda fase (quantitativa ou qualitativa), que se desenvolve sobre a fase anterior sempre baseada em uma perspectiva teórica.
Projeto paralelo convergente	Dados quantitativos e qualitativos são coletados concomitantemente e depois comparados com o objetivo de determinar convergências, diferenças e combinações dos seus resultados.
Projeto incorporativo	Coleta e análise tanto de dados quantitativos quanto de dados qualitativos dentro de um projeto quantitativo ou qualitativo tradicional.
Projeto multifásico	Combina os elementos sequenciais e simultâneos durante um período de tempo que o pesquisador implementa dentro de um projeto de pesquisa de acordo com o objetivo geral.

Fonte: Autoria própria (2019).

Quadro 2 - Sistema de notação para pesquisas de métodos mistos, Natal, 2019.

Notação	Definição
QUAN	Estudo conduzido quantitativamente
QUAL	Estudo conduzido qualitativamente
quan	Dados quantitativos secundários em relação a dados qualitativos
qual	Dados qualitativos secundários a dados quantitativos
Sinal de mais: +	Coleta concomitante de dados quantitativos e qualitativos
Seta: →	Forma sequencial de coleta de dados, ex.: QUAN → qual, coleta quantitativa seguida por qualitativa
Parêntese: ()	Método incorporado dentro de outro projeto maior, e.: Qual(QUAN)

Fonte: Adaptado Santos *et al.* (2017).

No presente estudo, a estratégia utilizada foi o Projeto paralelo convergente, quanto a distribuição do tempo, os dados quantitativos e qualitativos foram coletados concomitantemente. Já em relação a atribuição do peso optou-se em atribuir o mesmo peso aos dados provenientes das duas abordagens. No que diz respeito à combinação dos dados foi realizada a integração dos dados, os resultados dos dados quantitativos e qualitativos foram mixados e produziram informações que se apoiaram mutuamente. Por fim, concernente à teorização, utilizou-se a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, sendo essa a perspectiva teórica que conduziu todo o estudo. Sobre a notação, este estudo apresenta a notação QUAN + QUAL (CRESWELL; CLARK, 2013; POLIT; BECK, 2019).

Para melhor compreensão dos componentes metodológicos deste estudo, os componentes das abordagens quantitativas e qualitativas serão detalhados a seguir.

5.1 TIPO DE ESTUDO

Na abordagem quantitativa foi realizado uma pesquisa do tipo observacional e exploratório. Nos estudos observacionais o pesquisador desempenha um papel passivo na observação dos eventos que ocorrem com os participantes dos estudos (HULEY, 2003). Já a pesquisa exploratória por sua vez, tem o objetivo de saber a forma, como determinado fato ou fenômeno manifesta-se, os fatores que nele interfere nele e como as variáveis se interrelacionam. São úteis para objetos de pesquisa pouco explorado (POLIT; BECK, 2019; DYNIEWICZ, 2009).

A abordagem qualitativa é caracterizada como um estudo descritivo. A pesquisa descritiva, busca a frequência, as características, a relação e associação entre variáveis, além de observar, descrever, explorar e documentar os aspectos de uma situação. Os fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, sem interferência do pesquisador, e têm ainda como atributo a precisão das características de indivíduos, situações ou grupos, e a frequência com que ocorrem determinados fenômenos (DYNIEWICZ, 2009).

5.2 CENÁRIO

O estudo foi realizado na comunidade indígena do Amarelão localizada na região do Mato Grande, interior do Rio Grande do Norte, no município de João Câmara distante aproximadamente a 80 km da capital do estado. O município de João Câmara localiza-se na microrregião da Baixa Verde, a qual se insere na área territorial da mesorregião agreste potiguar. Segundo o IBGE (2012), o município possui 32.227 habitantes, e em relação à economia local o setor terciário teve e tem grande importância na dinâmica econômica e social municipal, gerando emprego e renda (BARRETO, 2014).

Sobre o grupo indígena Mendonça do Amarelão – etnia Potyguara, certas peculiaridades que lhes são próprias, chamam atenção. O grupo é formado por

mais de duas mil pessoas, dispersas em territórios distintos no estado do Rio Grande do Norte, segundo informações fornecidas pelo próprio grupo indígena (GUERRA, 2017). Os mesmos se identificam como uma grande família, cuja referência identitária (Mendonça), os remetem a uma origem indígena ligada aos primeiros que ali chegaram, antecessores que vieram para o Rio Grande do Norte através de migrações originárias do estado da Paraíba durante o período histórico de agravamento das tomadas de terras indígenas no século XIX (GUERRA, 2017).

A Comunidade do Amarelão é caracterizada como uma das maiores comunidades indígenas do Rio Grande do Norte, e o município de João Câmara possui a maior proporção de pessoas autodeclarada indígena do território do estado.

A principal atividade econômica dessa comunidade é o beneficiamento da castanha de caju e sua comercialização, e caracteriza-se como uma economia de subsistência (GUERRA, 2017). Mas, utilizam-se também, de ações artesanais, sem o uso adequado de equipamentos de proteção individual na execução da atividade, o que provoca nos trabalhadores desse ofício a exposição prolongada e desprotegida à fumaça, a perda das unhas e das impressões digitais das falanges distais dos dedos das mãos, pelo contato com substâncias químicas agressivas ao sistema tegumentar oriundas da queima da castanha, quando não, a perda da sensibilidade.

Em relação os serviços de saúde ofertados na comunidade, sabe-se da existência de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), com uma equipe de saúde composta de uma enfermeira, um médico, um odontólogo, duas técnicas de enfermagem e quatro agentes comunitárias. A unidade funciona em um prédio que de forma adaptada comporta esses profissionais para o atendimento à população.

Além da UBS, na comunidade também existe uma capela, uma igreja evangélica, uma escola de ensino infantil e a sede da associação comunitária.

5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Segundo o IBGE (2012), a comunidade do Amarelão divide-se em dois setores: setor 01, no qual vivem 250 pessoas, e o setor 02 com 92 pessoas, totalizando 342 indígenas. Porém, esses resultados são contestados pelos Mendonça do Amarelão, já que não se consegue identificar esses setores com

exatidão e como essas delimitações foram incluídas nessa contagem, além de afirmarem que os recenseadores causam confusão ao perguntarem às pessoas sobre o quesito “cor ou raça” (IBGE, 2012; GUERRA, 2017).

A Associação Comunitária Amarelão disponibilizou o censo dos idosos existentes na comunidade, os quais perfizeram um total de 61 idosos indígenas. A amostragem em estudos MM, são frequentemente apresentam uma combinação de abordagens qualitativa e quantitativa. Neste estudo foi utilizado a abordagem agrupada, na qual um subconjunto de participantes da amostra quantitativa é usado na qualitativa (POLIT; BECK, 2019).

Definiram-se como critérios de inclusão: o participante devia ter idade igual ou superior a 60 anos; autodeclarar-se indígena (Mendonça) e residir na comunidade do Amarelão, de exclusão, os indivíduos que estiveram ausentes da comunidade durante o período de coleta de dados.

Na fase da abordagem quantitativa, foi considerada a totalidade dos participantes em potencial (61 idosos). Contudo, destes, três idosos haviam falecido, três estavam ausentes da comunidade durante o período de coleta e quatro negaram a participação no estudo, perfazendo assim, uma amostra de 51 idosos indígenas.

Já na fase da abordagem qualitativa, utilizou-se uma amostragem não probabilística por conveniência, obtendo-se um total de 17 participantes, os quais também participaram da fase da abordagem quantitativa. Esse número foi obtido por meio da saturação teórica dos dados. Logo, a coleta de dados da abordagem qualitativa foi realizada até a obtenção da saturação teórica dos dados, que é o momento no qual durante a análise, os dados não revelam novas propriedades ou dimensões em relação às categorias e quanto suas relações estão bem estabelecidas (CORBIN; STRAUSS, 2015).

Nos estudos de MM ter uma amostra da abordagem qualitativa menor que a da abordagem quantitativa ajuda ao pesquisador obter uma exploração qualitativa em profundidade e um exame quantitativo rigoroso. Assim, essa diferença de tamanho nas amostras não é um problema nos métodos mistos, porque a intenção das distintas abordagens é diferente. Os dados quantitativos visa fazer generalizações para uma população, enquanto os dados qualitativos buscam desenvolver um entendimento em profundidade sobre a temática, portanto as abordagens acabam se complementando (CRESWELL; CLARK, 2013).

5.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Na abordagem quantitativa a técnica de coleta de dados foi a Consulta de Enfermagem, sendo um estruturado (anamnese e de exame físico céfalo-caudal) elaborado pelo pesquisador. O roteiro (apêndice A) é baseado no modelo *Sunrise* (LEINNINGER, 1985), em dados da literatura gerontogeríatica voltados para a Avaliação Geriátrica Ampla (AGA), no Caderno de Atenção Básica nº 19 – envelhecimento e saúde da pessoa idosa- e a apresenta perguntas abertas e fechadas subdivididas nos 12 domínios da *North American Nursing Diagnosis Association Internacional* (NANDA-I) - (Promoção da saúde, Nutrição, Eliminação e Troca, Atividade/Repouso, Percepção/Cognição, Autopercepção, Papéis e Relacionamentos, Sexualidade, Enfrentamento/Tolerância ao estresse, Princípios de vida, Segurança/Proteção e conforto).

Na abordagem qualitativa, para os dados qualitativos utilizou-se da entrevista aberta como técnica de coleta de dados, a partir de um roteiro (apêndice B) composto por questões abertas relacionadas ao significado de saúde e doença e a cultura de autocuidado em saúde dos participantes da pesquisa.

5.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Sobre o arrolamento dos participantes da pesquisa, ao abordar a pessoa idosa indígena foi feito o convite para participar da pesquisa, fornecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), atendendo as normas estabelecidas pela Resolução 510/16 e 304/200 do Conselho Nacional de Saúde. Para os participantes que não tinham condições de realizar a leitura do TCLE (Apêndice C), o pesquisador realizou a leitura na frente de uma testemunha imparcial, sem envolvimento direto com o projeto de pesquisa, esclareceu as dúvidas que surgiram e solicitou a assinatura do termo.

Ressalta-se que antes do período da coleta de dados o pesquisador fez contato com os representantes da comunidade por meio da associação comunitária, e com os profissionais de saúde responsáveis pela área com um caráter apenas observacional. Tentou identificar a existência do trabalho com grupos de pessoas idosas da comunidade, oportunizando conhecer melhor a

população e também se fazer conhecido pelos moradores, porém foi constatado a ausência desse tipo de atividade.

O local para realização da coleta de dados foi o domicílio dos próprios participantes, cujos endereços, após a seleção foi disponibilizado pela associação comunitária o endereço de cada pessoa idosa e um dos componentes da diretoria da associação para acompanhar o pesquisador diariamente durante a coleta de dados.

Para captar e solucionar problemas na aplicação do instrumento de coleta de dados, tais como: estilo e sequências das questões, ambiguidade de algumas perguntas, necessidade de retirada ou acréscimos de questões, foi realizado o pré-teste do instrumento de coleta de dados com 6 idosos da comunidade, 10% da amostra. Após aplicação do pré-teste não foi necessário a modificação dos instrumentos (WEBER; PERSIGO, 2017).

5.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO

As variáveis investigadas foram organizadas no roteiro da Consulta de Enfermagem a partir dos componentes do Modelo do Sol Nascente – *Sunrise* - (nível I) proposto por Leininger. Neste modelo, parte-se da visão de mundo para as dimensões da estrutura cultural e social (fatores tecnológicos, religiosos e filosóficos, de companheirismo e sociais, culturais e modos de vida, políticos e legais, econômicos e educacionais) quantitativas.

As variáveis também foram agrupadas em sociodemográficas, condições de saúde e características de autocuidado. Por fim, as variáveis das respostas humanas que subsidiaram os Diagnósticos de Enfermagem com seus componentes (fatores relacionados/fatores de risco e características definidoras), são variáveis qualitativas nominais, sendo as características definidoras as variáveis independentes e os Diagnósticos de Enfermagem as variáveis dependentes.

5.7 ANÁLISE DE DADOS

Os dados clínicos obtidos por meio da consulta de enfermagem foram analisados seguindo duas etapas (RISNER, 1990). A Etapa I - análise e síntese dos dados: agrupamento dos dados relacionados; comparação com os padrões de

normalidade; levantamento de hipóteses diagnósticas de enfermagem; e estabelecimento de relação com o processo de senescência e senilidade. Etapa II – Estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem utilizando a taxonomia da NANDA-I (2018-2020), considerando seus componentes (título, fatores relacionados e características definidoras).

Os enunciados foram elaborados com base nas orientações da NANDA-I, por fim os mesmos foram revisados e conferidos por dois profissionais da área, pesquisador e orientador, sendo esses diagnósticos e seus componentes validados por consenso.

Os diagnósticos de enfermagem juntamente com as variáveis dos fatores tecnológicos, religiosos e filosóficos, de companheirismo e sociais, culturais e modos de vida, políticos e legais, econômicos e educacionais foram decodificados, categorizados e inseridos em um banco de dados. Após a digitação, revisão e correção, os mesmos foram analisados por meio do software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 20.0

A análise das variáveis quantitativas foi realizada por meio da estatística descritiva, utilizando frequência absoluta e relativa. Para as variáveis renda, pressão arterial sistólica, pressão arterial diastólica, circunferência da panturrilha, Índice de massa corporal (IMC) e diagnósticos por domínio foram calculadas as medidas o mínimo, máximo, média e desvio padrão.

Para verificar a associação entre os diagnósticos de enfermagem e as variáveis gênero, faixa etária, escolaridade, estado civil, doença crônica associada, etilismo, tabagismo, uso de medicação contínua, dor e consulta com o enfermeiro, utilizou-se o Teste Q-quadrado e o Exato de Fisher. A apresentação visual dos dados foi feita através de tabelas e quadros. Na análise dos fatores relacionados/fatores de risco e características definidoras foram considerados aqueles diagnósticos com frequência de 30% em consideração ao quantitativo de dados, pois, percebeu-se que estes diagnósticos representavam respostas humanas importantes para o contexto do cuidado da Enfermagem Gerontológica.

Em relação aos dados qualitativos oriundos das respostas das questões da entrevista aberta, estes foram analisados a partir do embasamento da Teoria do Cuidado Transcultural de Leininger através da técnica de análise de conteúdo temática, definida por Bardin (2009), com adaptação da autora Minayo (2015), na qual o tema, é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto

analisado, segundo critérios relativos a teoria, que serve de guia a leitura. Seguindo essa técnica, afirma-se que uma análise temática, consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença qualitativa de determinados temas denota os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso.

Trata-se de uma técnica sistemática de análise, constituída das etapas: pré-análise, exploração do material ou codificação; tratamento dos resultados/inferência e interpretação. A etapa da pré-análise, faz-se uma leitura flutuante de todo o material recolhido, nas entrevistas, deixando-nos levar pelas ideias centrais que permeiam o conteúdo. Nessa etapa, determina-se a unidade de registro, que corresponde ao tema do estudo (MINAYO, 2015).

Na etapa seguinte, chega-se a exploração do material recolhido, identificando-se o conteúdo através da decodificação dos dados brutos, com vistas ao alcance do núcleo de compreensão do texto, e das unidades temáticas, naturalmente oriundas das ideias centrais das falas dos entrevistados, e que através de exercícios mentais de aproximação, entre os núcleos de significados e as categorias de análise (MINAYO, 2015).

É necessário que o pesquisador atente para que no momento da organização das categorias temáticas, um mesmo componente não esteja presente em mais de uma categoria, estabelecendo uma exclusividade de cada elemento.

Sendo a terceira e última etapa, correspondente ao tratamento dos resultados, inferência e interpretação, ocorre a condensação e destaque de informações para análise, período onde também é realizada a análise crítica e reflexiva das informações (MINAYO, 2015).

Conforme Minayo (2015), para fazer interpretação, é necessário, além das inferências que se alcança com os resultados da nossa pesquisa, uma sólida fundamentação teórica acerca do que estamos investigando. Assim, em termos de fundamentação teórica, a pesquisa foi interpretada a partir do referencial teórico Teoria da Universalidade e Diversidade do Cuidado Cultural.

Concernente a combinação dos dados quantitativos e qualitativos foi realizado a integração dos resultados a fim de observar comparações, convergências e divergências entre estes.

5.8 ASPECTOS ÉTICOS

Todos os procedimentos dessa pesquisa foram regidos pelos preceitos éticos preconizados pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 510 de 07 de abril de 2016 que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados obtidos com os participantes ou de informação identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores que os da vida cotidiana, e a Resolução nº 304 de 09 de agosto de 2000 que dispõe sobre pesquisa com população indígena.

O protocolo de pesquisa foi submetido a avaliação prévia do CEP da UFRN e CONEP. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa sob o CAAE: 07990219.7.0000.5537e parecer número 3.475.904/2019.

Antes da aplicação do instrumento de coleta de dados foram esclarecidos aos participantes da pesquisa, os objetivos, os riscos, benefícios e os resultados esperados da pesquisa, e serão assegurados o direito à privacidade e confidencialidade de forma clara e acessível como recomenda a citada resolução nº 510/16. Após o esclarecimento foi disponibilizado tempo para a reflexão acerca da tomada de decisão. Em caso de aceite solicitou-se a assinatura do Termo de Registro de Consentimento Livre e Esclarecido. Este estudo apresentou risco mínimo de desconforto e constrangimento durante a aplicação do roteiro/entrevista. No entanto, para melhor comodidade, privacidade e isenção de custos para o participante a coleta de dados foi realizada no domicílio do participante.

Assim como, também foi mantido contato com a equipe de saúde da família responsável pela população da área adscrita a fim de informar qualquer necessidade de saúde dos participantes da pesquisa - os quais são usuários do serviço de saúde – que não foram observadas ou não chegaram ao conhecimento dos profissionais.

Durante a coleta de dados apenas a voz dos participantes foi audiogravada. Os áudios das gravações não serão divulgados, contudo o conteúdo das respostas foi utilizado único e exclusivamente para os fins desta pesquisa, não

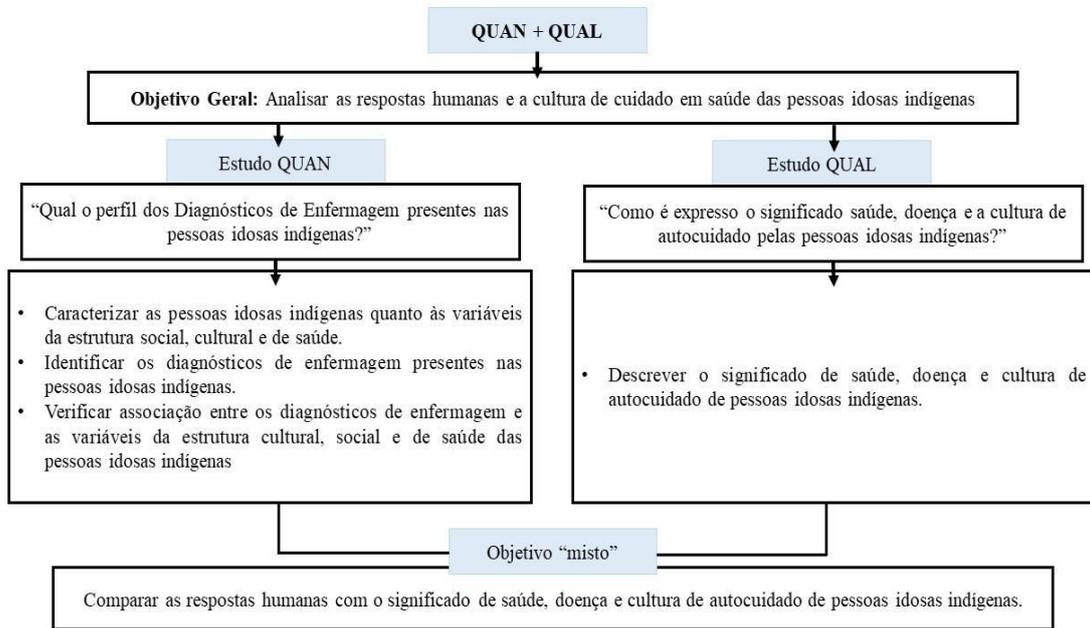
possuindo nenhum aspecto econômico. Os participantes ao assinarem o Termo de Registro de Consentimento Livre e Esclarecido deram anuência para utilização acadêmica dos dados pelo pesquisador em conformidade com a Portaria nº 177/PRES/2006, Artigo 6º, da Fundação Nacional do Índio.

Segue-se também o que se preconiza a resolução nº 304 de 2000 do CNS – sobre normas para pesquisa envolvendo povos indígenas atentando-se em especial para o respeito a visão de mundo, os costumes, atitudes estéticas, crenças religiosas, organização social, filosofias peculiares, diferenças linguísticas e estrutura política. Assim, já se obteve a concordância da comunidade alvo da pesquisa por intermédio do respectivo presidente da Associação indígena local, assim como da concordância individual de cada participante da pesquisa.

Posteriormente após aprovação do projeto de pesquisa pelo CEP e antes do início da coleta de dados o Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI) Potiguara foi comunicado da realização da pesquisa, como preconiza a resolução supracitada.

Para finalizar a descrição dos aspectos metodológicos do estudo apresenta-se a Figura 4 sobre os objetivos e pergunta de pesquisa das abordagens quantitativa e qualitativa e a Figura 5 sobre os componentes metodológicos de cada abordagem.

Figura 4 - Objetivos e perguntas de pesquisa das abordagens quantitativa e qualitativa. Natal, Rio Grande do Norte, 2019.



Fonte: Autoria própria (2019).

Figura 5 - Caracterização dos componentes constituintes das abordagens quantitativas e qualitativas. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2019.

Pesquisa de métodos mistos – QUAN + QUAL		
DESENHO DO ESTUDO	QUANTITATIVO	QUALITATIVO
		Estudo observacional e exploratório
CENÁRIO	Comunidade indígena do Amarelão – João Câmara, Rio Grande do Norte.	
PARTICIPANTES	População de pessoas idosas indígenas (N=51)	Amostra não probabilística por conveniência por saturação teórica dos dados (n= 17)
COLETA DE DADOS	Aplicação do histórico de enfermagem (anamnese e exame físico)	Entrevista semiestrutura com perguntas abertas
ANÁLISE DE DADOS	<p>-Análise e síntese dos dados (fase I);</p> <p>-Estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem utilizando a taxonomia da NANDA-I (2018-2020) (fase II);</p> <p>-Diagnósticos de enfermagem e suas características definidoras para a análise quantitativa serão decodificados, categorizados e inseridos em um banco de dados.</p> <p>- Análise descritiva e inferencial das variáveis: Média, mediana, mínimo, máximo, Testes Qui-quadrado e Exato de Fisher por meio do software <i>Statistical Package for the Social Sciences</i> -SPSS (20.0).</p>	<p>- Transcrição das entrevistas;</p> <p>- Análise de conteúdo de Bardin adaptado por Minayo (2015):</p> <p>1ª) Pré-análise;</p> <p>2ª) Exploração do material ou codificação;</p> <p>3ª) Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação.</p>
ASPECTOS ÉTICOS	Resolução 510/2016 e 304/2000 do CNS. Aprovação do CEP/UFRN e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa sob parecer número 3.475.904/2019 Termo de Registro de Consentimento Livre e Esclarecido.	

Fonte: Autoria própria (2019).

6 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo é destinado para apresentação e discussão dos dados. Para melhor elucidação dos resultados a exposição dos dados será realizada separadamente, sendo apresentado os resultados quantitativos, resultados qualitativos e integração dos dados, respectivamente.

6.1 RESULTADOS QUANTITATIVOS

Para iniciar a apresentação dos resultados quantitativos, apresenta-se na Tabela 1 a descrição dos participantes concernente às características da Estrutura cultural e social.

Tabela 1 - Características da Estrutura Cultural e Social das pessoas idosas indígenas. Comunidade indígena do Amarelão, João Câmara, Rio Grande do Norte, 2019.

Características da Estrutura Cultural e Social	(n=51)	%
Gênero		
Feminino	30	58,8
Masculino	21	41,2
Faixa etária		
60 anos a 79	38	74,5
A partir de 80 anos	13	25,5
Fator educacional		
Não alfabetizado	44	86,3
Alfabetizado	7	13,7
Fatores econômicos		
Recebe auxílio previdenciário	50	98
Fonte de renda		
Aposentadoria como principal fonte de renda	25	49
Queima da castanha de caju como principal fonte de renda	20	39,2
Agricultura como principal fonte de renda	7	13,7
Fatores Religiosos e Filosóficos		
Religião		
Católico(a)	49	96,1
Evangélico(a)	1	2
Crença indígena	1	2
Relação com a natureza		
Acredita nas forças da natureza	50	98,0
Fatores de Parentesco e Sociais		
Estado Civil		
Com companheiro(a)	31	60,8
Sem companheiro(a)	20	39,2
Relação de moradia		
Mora sozinho(a)	3	5,9
Mora com somente com o companheiro(a)	10	19,6

Mora com o núcleo familiar	38	74,5
Fatores Políticos e Legais		
Ocupa função na comunidade	22	43,1
Valores Culturais e Modos de Vida		
Ocupação anterior		
Agricultor	40	78,4
Professor	2	3,9
Queima da castanha de caju	7	13,7
Pedreiro/ajudante de pedreiro	2	3,9
Ocupação atual		
Aposentado	46	90,2
Professor	1	2,0
Agricultor	2	3,9
Dona de casa	2	3,9
Condições de moradia		
Casa de Alvenaria	46	90,2
Casa de Taipa	5	9,8
Água encanada	2	3,9
Fosse séptica	51	100
Luz elétrica	50	98,0
Fatores Tecnológicos		
Acesso aos meios de transporte	50	98
Acesso a equipamentos para auxílio na agricultura	44	86,3
Acesso a meios de comunicação	51	100,0
TOTAL	51	100,0

Fonte: Autoria própria, 2019.

Conforme mostra a Tabela 1, a maioria das pessoas idosas indígenas é do gênero feminino (58,8%) e está na faixa etária dos 60 aos 79 anos de idade (74,5%). Sobre os Fatores educacionais predominaram pessoas idosas não alfabetizadas (86,3) já em relação aos Fatores Econômicos, 98% dos participantes recebem auxílio previdenciário, sendo a aposentadoria a principal fonte de renda de 49,0% destes, seguida pela queima da castanha de caju (39,2%) e a agricultura (13,7%), sendo a média da renda mensal de R\$1.596,04.

Esse perfil sociodemográfico é compatível com os achados de Borghi e Carreira (2015), nos quais os idosos da etnia Kaingang em sua maioria eram no gênero feminino, com média de idade de próxima dos 70 anos e recebiam auxílio previdenciário, evidenciando que o envelhecimento na população indígena tem ocorrido de modo semelhante ao observado nos não indígenas - predomínio de idosos jovens do gênero feminino.

No tocante aos Fatores Religiosos e Filosóficos 98% dos participantes afirmaram acreditar nas forças da natureza. Quando indagados sobre sua religião

a maioria se declarou católico (96,1%) e apenas 2% evangélicos e 2% possuíam crença indígena. Já sobre os Fatores de Parentesco e Sociais e Fatores Políticos e Legais 60,8% das pessoas idosas indígenas possuíam companheiro, 74,5% moravam com o seu núcleo familiar e 43,1% ocupava alguma função da comunidade.

Vieira *et al.* (2016) evidencia a presença do cristianismo entre idosos indígenas com predominância do catolicismo e protestantismo, o que é fruto a introdução dessas crenças entre os povos indígenas desde a colonização. Esse apontamento sinaliza uma maior atenção quanto ao aspecto espiritual dos povos indígenas, que, muitas vezes, entra em conflito sobre as crenças puramente indígenas e aquelas aprendidas por outras culturas. Concernente aos fatores de parentesco também foi demonstrado que a maioria dos idosos possuíam companheiro e viviam famílias extensas, ou seja, famílias compostas por um casal de idosos, ou apenas um idoso, seus filhos(as), filhas casadas e suas respectivas famílias, apontando a importância da família no contexto da vida indígena.

Ainda em relação aos dados da Tabela 1, sobre os Valores Culturais e Modo de Vida como principal ocupação anteriormente desempenhada pelos idosos está a de agricultor (78,4%) e como principal ocupação atual a de aposentado (90,2%). Como condição de moradia a maioria das casas eram de alvenaria (90,2%), possuíam fossa séptica (100%) e luz elétrica (98%), mas apenas 3,9% tinham acesso a água encanada.

Em relação as condições de moradia o ponto que mais chama a atenção é que uma mínima parcela dos participantes possui acesso a água encanada. Todavia, o abastecimento de água potável adequado para proteger a saúde está entre os direitos humanos básicos. A garantia desse direito contribuiria imensamente para a saúde dessa população. Giatti *et al.* (2007), observou, que a crítica situação de provimento de água para abastecimento de populações indígenas deve ser considerada primordial para o equacionamento dos problemas de saúde, pois a disponibilidade em qualidade e quantidade satisfatórias pode ser fator importante por envolver a disposição de dejetos humanos e resíduos sólidos devem ter soluções adequadas em termos de saneamento básico.

Com relação aos Fatores Tecnológicos 100% tinham acesso aos meios de comunicação, 98% aos meios de transporte e 86,3% a equipamentos para auxílio na agricultura. Nos idosos do estudo de Vieira *et al.* (2016), esse padrão de

acesso aos meios de comunicação, transporte e utensílios de auxílio na agricultura se repete. Essa situação nos faz refletir que a absorção de novas tecnologias tem um importante efeito na vida das pessoas idosas indígenas e do meio ambiente, como, por exemplo, a uma maior exposição as informações, influenciando diretamente a visão de mundo e assim, as concepções de saúde e doença.

Na Tabela 2, constam as características das condições de saúde das pessoas idosas indígenas. O hábito do etilismo e tabagismo está presente nessa população (19,6%). Chama atenção mais da metade (58,8%) dos participantes afirmarem possuir alguma limitação para realização das Atividade de Vida Diária (AVD). Nesse aspecto 52,9% possuem dificuldades para mastigar, 47,1% para engolir. Concernente a visão 88,2% referiram acuidade visual diminuída, contudo o uso de lentes corretivas esteve presente em 51%. Por último, chama a atenção a presença de dor em 72,5% dos idosos, sendo em 66,7% há mais de 3 meses.

Tabela 2 - Características das condições de saúde das pessoas idosas indígenas. Comunidade indígena do Amarelão, João Câmara, Rio Grande do Norte, 2019.

Condições de saúde	(n=51)	%
Hábitos de vida		
Etilista	10	19,6
Tabagista	10	19,6
Antecedentes clínicos		
Já foi submetido a algum procedimento cirúrgico	29	56,9
Sofreu alguma queda no último ano	14	27,5
Perdeu 4,5kg ou 5% do peso de forma não intencional	9	17,6
Atividades de Vida Diária		
Refere limitação para realizar as Atividades de Vida Diária	30	58,8
Possui dificuldade para mastigar	27	52,9
Possui dificuldade para engolir	24	47,1
Possui dificuldade para deambular	11	21,6
Acuidade visual diminuída	45	88,2
Uso de lentes corretivas	26	51,0
Acuidade auditiva diminuída	13	25,5
Presença de dor		
Refere dor	37	72,5
Tempo de dor > 3 meses	34	66,7
Tempo de dor < 3 meses	3	5,9

Fonte: Autoria própria, 2019.

Considera-se o tabagismo é o mais importante fator de risco para as principais causas de morte entre os idosos, constituindo um dos principais problemas de saúde pública da atualidade. No Brasil, o tabagismo constitui uma das principais causas de mortes evitáveis, exigindo cuidados no intuito de diminuir

esse hábito de vida entre a população idosa. Assim, também é necessária atenção para o consumo de bebidas etílicas nessa população, uma vez que a ingestão em quantidades elevadas acima de 30g associa-se ao aumento do risco de morbimortalidade, devido às complicações cardiovasculares consequentes (ZAITUNE *et al.*, 2012; ALMEIDA; FOOK; MARIZ, 2016).

Em relação às quedas, o estudo realizado por Antes, Schneider e d'Orsi (2015), indica a existência de um aumento significativo das taxas de mortalidade por esta causa entre os idosos, principalmente, com o avançar da idade. Com isso, as ações de prevenção de quedas para a população idosa devem visar, principalmente, ao grupo etário de 80 anos ou mais, faixa etária na qual a queda resulta em maior taxa de óbitos. Salienta-se que ainda, segundo Oliveira *et al.* (2014) a redução da acuidade visual é um importante fator de risco para quedas em idosos, o que é evidenciado na população em questão, da qual 88,2% refere ter problemas visuais.

As limitações nas atividades de vida diária evidenciaram a dependência do idoso devido incapacidade funcional para realização de atividades básicas, principalmente relacionadas ao autocuidado, como banhar-se, alimentar-se, vestir-se. Em um estudo, foi analisado a ocorrência da dependência funcional e qualidade de vida da pessoa idosa, nos resultados, percebeu-se associação entre qualidade de vida ruim e a presença de incapacidade funcional na pessoa idosa (SOUSA *et al.*, 2018).

Outro fator relacionado à condição de saúde relatado pelos idosos foi a dificuldade para mastigar e engolir. A presença dessa condição na população foi maior do que quando comparada ao estudo de Mourão *et al.* (2016), no qual cerca de 35,9%. Salienta-se que segundo este autor, um dos fatores de influência direta para o surgimento desse problema é o acesso ao serviço de saúde, em especial, voltado para saúde bucal, o qual ainda é precário entre os idosos indígenas.

Segundo o Caderno de Atenção Básica nº 19 – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa (2006), o processo do envelhecimento associa-se à uma redução da acuidade visual devido às alterações fisiológicas das estruturas oculares, diminuindo o campo visual. Cerca de 90% das pessoas idosas necessitam do uso de lentes corretivas para enxergar adequadamente, assim é necessário a avaliação dessa função, para promoção de qualidade de vida para o idoso.

Por último, no que diz respeito a presença de dor crônica, em um estudo realizado com 13.606 idosos residentes na comunidade, comparou-se a qualidade de vida dos sujeitos com e sem dor crônica. Os resultados mostraram que os idosos com dor crônica possuem índice de qualidade de vida menor que o grupo sem dor, assim, destaca-se a importância do trabalho multiprofissional na atenção à saúde do idoso com vistas a desenvolver estratégias para o alívio das queixas álgicas, bem como a prevenção de novos acometimentos, contribuindo com o bem-estar e melhoria da qualidade de vida dessa população (FERRETTI *et al.*, 2018).

Ainda sobre a caracterização das condições de saúde, segundo a Tabela 3, no que diz respeito a presença de comorbidades, 58,8% dos idosos apresentaram pelo menos alguma doença crônica diagnosticada ao quadro de saúde, sendo a principal a hipertensão arterial (37,3%), seguida das doenças osteoarticulares (13,7%) e a diabetes e dislipidemias em frequências equivalentes (9,8%).

Tabela 3 - Caracterização das comorbidades presentes nos idosos indígenas. Comunidade indígena do Amarelão, João Câmara, Rio Grande do Norte, 2019.

Comorbidades	(n=51)	%
Condição crônicas diagnosticada	30	58,8
Condição crônica	(n=37)	%
Hipertensão arterial	19	37,3
Osteoarticulares	7	13,7
Diabetes	5	9,8
Dislipidemia	5	9,8
Doença Obstrutiva Crônica	4	7,8
Alzheimer	1	2,0
Doença Renal Crônica	1	2,0

Fonte: Autoria própria (2019).

Sobre as condições crônicas de saúde, dois estudos com populações indígenas apontam que doenças como hipertensão, doença pulmonar, artrite, são as mais frequentes nos longevos da tribo Kaingang. Paralelo a isso, os hábitos mais predominantes entre eles são o tabagismo, etilismo, aumento do consumo de alimentos industrializados e o hábito cultural de se expor a fumaça dos fogões, contribuindo para o aumento dos índices destas doenças entre os Kaingang (BORGHI; CARREIRA, 2013; BORGHI *et al.*, 2015).

Resultados semelhantes foram apresentados por Souza Filho *et al.* (2015), os quais, demonstraram um aumento progressivo nos números de idosos com

hipertensão arterial, obtendo maior prevalência entre 2011 a 2014, em 13 etnias diferentes. Os resultados expressam a transformação no processo saúde-doença resultante da transição epidemiológica, a qual culminou no aumento das condições crônicas, influenciadas por hábitos de vida adquiridos pela população ocidental.

Como apresentada na Tabela 4, quando analisadas as características de autocuidado e relação com os serviços de saúde, foi evidenciado que 100% dos idosos não possuíam a caderneta de saúde da pessoa idosa. Quando indagados sobre a vacinação anual contra influenza 86,3% afirmaram tomar a vacina, porém no tocante a realização de consultas com o enfermeiro 51% a realizavam, e apenas 29,3% realiza consultas de prevenção do câncer de próstata/pênis ou colo de útero/mama.

A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa integra um conjunto de iniciativas para qualificação da atenção às pessoas idosas no Sistema Único de Saúde, sendo um instrumento proposto para diagnosticar a situação de saúde da população idosa e o planejamento de ações que subsidiem melhorias das situações e condições de vida desta população. Nesse sentido, a caderneta funciona como um suporte para os idosos e para os profissionais da saúde, sendo um alerta para situações de risco e vulnerabilidade de saúde da pessoa idosa (RAMOS; OSÓRIO; NETO, 2019).

Diane da baixa adesão as práticas preventivas pelos idosos da presente pesquisa, cabe sinalizar que a maior parte das doenças crônicas não possuem sinais ou sintomas específicos em sua fase inicial, o que potencializa o diagnóstico tardio. Com isso, há a necessidade de se repensar estratégias de ação direcionadas para a prevenção de agravos à saúde de maneira precoce nessa população. Os enfermeiros que atuam nesse contexto, precisam assumir o seu espaço no cenário de educação em saúde, buscando orientar a população quanto as ações de prevenção de agravos, promoção da saúde, através de ações educativas na sala de espera, grupo educativos, nas consultas de enfermagem, visitas domiciliares e demais estratégias de ação que possam auxiliar na orientação da população e fortalecer o autocuidado (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Ressalta-se que a utilização das plantas medicinais em forma de chá, e a procura por rituais de cura são práticas expressivas dentro da população em questão, apresentando frequências de 76,5% e 64,7%, respectivamente.

Tabela 4 - Características de autocuidado e relação com os serviços de saúde dos idosos indígenas. Comunidade indígena do Amarelão, João Câmara, Rio Grande do Norte, 2019.

Características de autocuidado e relação com os serviços de saúde	(n=51)	%
Não possui caderneta de saúde da pessoa idosa	51	100,0
Toma vacina contra a influenza anualmente	44	86,3
Realiza consulta com o enfermeiro	26	51,0
Realiza consulta de prevenção do câncer de próstata/pênis ou câncer do colo do útero/mama	15	29,3
Utiliza chá de plantas medicinais	39	76,5
Recorre a algum ritual de cura (rezadeira, benzedeira)	33	64,7
TOTAL	51	100,0

Fonte: Autoria própria (2019).

Percebeu-se altas frequências do uso de chás e a procura por ritual para cura, resultados semelhantes são apontados por Oliveira e Santos (2016), em um estudo realizado com 30 idosos, destes, 24 mencionaram o uso de pelo menos um remédio caseiro, e todos declararam indicaram a fé como um elemento terapêutico. No contexto da saúde indígena a busca pelos rituais configura-se como o uso da fé para cura e reabilitação. Ainda segundo estes autores os fatos de se conciliar diferentes formas de tratamento caracterizam esse sistema de cura dessas populações como uma integração entre o homem e a natureza; a natureza e a cultura, representando um equilíbrio e a garantia de saúde para os indivíduos e a comunidade.

Na Tabela 5 são apresentadas a farmacoterapia utilizadas pelos idosos. 56,9% dos participantes faziam uso de medicação contínua. Os principais tipos dos medicamentos mais utilizados foram os anti-hipertensivos representaram 37,3%, posteriormente os psicotrópicos com 11,8% e os antiglicemiantes orais com 9,8%.

Tabela 5 - Caracterização da Farmacoterapia utilizadas pelos participantes da pesquisa. Comunidade indígena do Amarelão, João Câmara, Rio Grande do Norte, 2019.

Farmacoterapia	(n=51)	%
Uso de Medicação contínua	29	56,9
Tipo de medicamento	(n=37)	%
Anti-hipertensivos	19	37,3
Psicotrópicos	6	11,8
Antiglicemiantes orais	5	9,8
Corticosteroide	3	5,9
Analgésico	2	3,9
Estatinas	2	3,9

Fonte: Autoria própria (2019).

No Quadro 3, estão descritas as variáveis de avaliação clínica. As médias da pressão arterial sistólica (129,22 mmHg) e diastólica (77,61mmHg) concentraram-se em valores classificados como normais. Em relação a circunferência da panturrilha, a média apresentada foi de 32,04cm considerada adequados, este valor, segundo Pagotto *et al.* (2018) já é indicativo da presença de sarcopenia. Por fim, em relação ao Índice de Massa Corpórea (IMC), a média apresentada pelos participantes foi de 24,59Kg/m², o que é considerado adequado para a população em estudo (BRASIL, 2006).

Quadro 3 - Variáveis da avaliação clínica dos idosos indígenas. Comunidade indígena do Amarelão, João Câmara, Rio Grande do Norte, 2019.

Medidas de avaliação clínica	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Pressão Arterial Sistólica (em mmHg)	70	210	129,22	22,70
Pressão Arterial Diastólica (em mmHg)	50	110	77,61	9,84
Circunferência panturrilha (em cm)	24	71	32,04	6,26
IMC em (Kg/m ²)	13	63	24,59	6,44

Fonte: Autoria própria (2019).

A avaliação da circunferência da panturrilha ser utilizada na prática clínica do enfermeiro para identificação e acompanhamento da diminuição de massa muscular na pessoa idosa, e assim possibilitar o diagnóstico precoce de sarcopenia. Dessa forma, recomenda-se seu uso em contextos de prática clínica da APS, tendo como valores de referência 33 cm para as mulheres e 34 cm para os homens. A sarcopenia tem elevada prevalência e aumenta a ocorrência de incapacidades, sendo considerada fator relacionado de quatro diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: síndrome do idoso frágil, risco de síndrome de idoso frágil; levantar-se prejudicado e sentar-se prejudicado (PAGOTTO *et al.*, 2018; NANDA, 2018).

Sobre os diagnósticos de enfermagem identificados, como ilustrado no Quadro 4, a média de diagnósticos por idosos foi de 8,12. No que diz respeito à distribuição por domínios da NANDA-I, o domínio 11 – Segurança e proteção apresentou a maior média de diagnóstico (2,29) enquanto o domínio 6- Autopercepção, domínio 10- Princípios de vida e domínio 13- Crescimento/desenvolvimento não apresentaram nenhum diagnóstico presente.

Quadro 4 - Distribuição dos diagnósticos de enfermagem por domínio da NANDA-I. Comunidade indígena do Amarelão, João Câmara, Rio Grande do Norte, 2019.

Domínios NANDA-I (2018-2020)	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Total de diagnósticos de enfermagem por idoso	8,12	2,42	3	13
Promoção da Saúde	0,53	0,67	0	3
Nutrição	1,39	0,80	0	3
Eliminação e troca	0,69	0,65	0	2
Atividade/repouso	1,43	0,94	0	3
Percepção/cognição	0,24	0,47	0	2
Autopercepção	0,00	0,00	0	0
Papéis e relacionamentos	0,10	0,30	0	1
Sexualidade	0,33	0,48	0	1
Enfretamento/tolerância ao estresse	0,25	0,48	0	2
Princípios de vida	0,00	0,00	0	0
Segurança/proteção	2,29	0,73	1	4
Conforto	0,78	0,50	0	2
Crescimento/desenvolvimento	0,00	0,00	0	0

Fonte: Autoria própria (2019).

O domínio Segurança/Proteção refere-se à situação do indivíduo estar livre de perigo, lesão física ou ao sistema imune, com proteção da segurança e seguridade (NANDA, 2018). Todavia, este domínio quando voltado para população idosa, assume características específicas, uma vez que a pessoa idosa devido a diminuição da reserva funcional própria do processo de senescência estão mais vulneráveis a lesões físicas e imunológicas, o que pode ser agravada e acelerada pela presença das condições crônicas de saúde (GUEDES *et al.*, 2009)

A Tabela 6 os diagnósticos de enfermagem encontrados e suas frequências. No total foram encontrados 38 diagnósticos, sendo os mais frequentes: Dentição Prejudicada (98,0%), Risco de integridade da pele prejudicada (66,7%), Dor crônica (64,7%), Risco de volume de líquido deficiente (54,9%), Deglutição prejudicada (45,1%), Deambulação prejudicada (45,1%), Distúrbio no padrão de sono (43,1%), Incontinência urinária de esforço (41,2%), Risco de quedas (35,3%) e Disfunção sexual (33,3%).

Tabela 6 - Distribuição das frequências dos diagnósticos de enfermagem das pessoas idosas indígenas. Comunidade indígena do Amarelão, João Câmara, Rio Grande do Norte, 2019.

Diagnóstico de Enfermagem	(n=51)	%
Dentição Prejudicada	50	98,0
Risco de integridade da pele prejudicada	34	66,7
Dor crônica	33	64,7
Risco de volume de líquido deficiente	28	54,9
Deglutição prejudicada	23	45,1
Deambulação prejudicada	23	45,1
Distúrbio no padrão de sono	22	43,1
Incontinência urinária de esforço	21	41,2
Risco de quedas	18	35,3
Disfunção sexual	17	33,3
Sobrepeso	14	27,5
Intolerância à atividade	13	25,5
Memória prejudicada	12	23,5
Insônia	9	17,6
Constipação	8	15,7
Integridade da pele prejudicada	8	15,7
Ansiedade	7	13,7
Processos familiares disfuncionais	4	7,8
Dor aguda	4	7,8
Manutenção ineficaz da saúde	3	5,9
Disposição para controle da saúde melhora	3	5,9
Obesidade	3	5,9
Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais	3	5,9
Retenção Urinária	2	3,9
Mobilidade física prejudicada	2	3,9
Tensão no papel de cuidador	2	3,9
Medo	2	3,9
Integridade da membrana mucosa oral prejudicada	2	3,9
Controle ineficaz da saúde	2	3,9
Risco de glicemia instável	1	2,0
Risco de constipação	1	2,0
Risco de Constipação	1	2,0
Incompetência intestinal	1	2,0
Débito cardíaco diminuído	1	2,0
Risco de pressão arterial instável	1	2,0
Comunicação verbal prejudicada	1	2,0
Risco de Infecção	1	2,0

Fonte: Autoria própria (2019).

A capacidade funcional da pessoa idosa traduz-se pela capacidade do indivíduo de realizar, de maneira independente, as Atividades de Vida Diária (AVD). Em relação a esta, os diagnósticos de enfermagem mais frequentes representam

condições de saúde/doença que sinalizam a existência de algum tipo de comprometimento funcional no idoso, apontando características da instalação da fragilidade e dependência, uma vez que a impossibilidade de realizar as AVD sem auxílio constitui a dependência funcional (MACIEL *et al.*, 2016).

A pessoa idosa frágil pode apresentar características como perda de peso não intencional sem causa aparente no período de um ano, capacidade reduzida para atividade física, força de preensão reduzida e alteração no tempo da marcha e do equilíbrio. Nessa realidade, o enfermeiro deve atuar no rastreio de idosos susceptíveis à essa condição, a partir da consulta de enfermagem, podendo utilizar instrumentos que avaliem os aspectos biológico, físico e social da pessoa idosa, e assim desenvolver ações de prevenção, promoção da saúde, de detecção precoce e ações de reabilitação no cuidado desses idosos (SANTOS; CUNHA, 2014).

Pelo grande número de diagnósticos encontrados, optou-se por analisar a frequência dos fatores relacionados/fatores de riscos e características definidoras daqueles que apresentaram frequência acima 30%. Na literatura foi observado estudos que se detiveram a analisar diagnósticos com frequência superior a 50%, contudo ao observar o perfil dos DE presentes nos participantes, creditou-se que os 10 diagnósticos que apresentaram frequência superior a 30% possuem importância clínica para a prática da enfermagem gerontológica. Os 10 diagnósticos de enfermagem apresentaram 11 fatores relacionados, 11 fatores de risco e 30 características definidoras, como detalhado no Quadro 5.

Quadro 5 - Distribuição das frequências dos fatores relacionados/fatores de risco e características definidoras dos diagnósticos de enfermagem mais prevalentes nas pessoas idosas indígenas. Comunidade indígena do Amarelão, João Câmara, Rio Grande do Norte, 2019.

Domínio	Diagnóstico de Enfermagem	Fatores relacionados/fatores de risco e Características definidoras	n	%
Domínio 2 – Nutrição	Deglutição prejudicada	Fatores relacionados		
		Problema de comportamento alimentar	23	100
		Características definidoras		
		Mastigação insuficiente	23	100
	Dificuldade para deglutir	22	95,7	
		Deglutição aos pedaços	5	21,7
	Risco de volume de líquido deficiente	Fatores de risco		
		Ingesta de líquido insuficiente	28	100
Domínio 3 - Eliminação e troca	Incontinência urinária de esforço	Fatores relacionados		
		Enfraquecimento da musculatura do assoalho pélvico	21	100

		Características definidoras		
		Perda involuntária de pequeno volume de urina na ausência de distensão excessiva da bexiga	21	100
		Perda involuntária de pequenos volumes de urina	21	100
		Perda involuntária de pequeno volume de urina na ausência de contração do detrusor	20	95,2
		Fatores relacionados		
		Dor	21	91,3
		Força muscular insuficiente	16	69,6
		Características definidoras		
	Deambulação prejudicada	Capacidade prejudicada de andar em declive	19	82,6
		Capacidade prejudicada de andar em aclave	19	82,6
		Capacidade prejudicada de andar sobre superfícies irregulares	18	78,3
		Capacidade prejudicada de subir escadas	18	78,3
		Capacidade prejudicada de subir e descer de calçadas (meio-fio)	17	73,9
		Capacidade prejudicada de andar uma distância necessária	6	26,1
			Fatores relacionados	
		Padrão de sono não restaurador	22	100
		Características definidoras		
	Distúrbio no padrão de sono	Despertar não intencional	19	86,4
		Dificuldade para iniciar o sono	17	77,3
		Dificuldade para manter o sono	15	68,2
		Insatisfação com o sono	11	50,0
		Não se sente descansado	4	18,2
		Dificuldade no desempenho das funções diárias	2	9,1
		Fatores relacionados		
		Conhecimento insuficiente sobre a função sexual	17	100
		Informações incorretas sobre a função sexual	1	5,9
		Características definidoras		
	Domínio 8 - Sexualidade	Alteração na atividade sexual	17	100
		Alteração na excitação sexual	12	70,6
		Alteração na satisfação sexual	8	47,1
		Redução do desejo sexual	7	41,2
		Limitação sexual percebida	4	23,5
		Mudança no interesse por outra pessoa	1	5,9
		Fatores relacionados		
	Domínio 11 - Dentição	Fatores relacionados		

Segurança/ proteção	Prejudicada	Dificuldade de acesso a cuidados dentários	50	100	
		Conhecimento insuficiente sobre saúde dental	45	90,0	
		Higiene oral inadequada	44	88,0	
			Características definidoras		
			Ausência de dentes	48	96,0
			Dentes desgastados	35	70,0
			Excesso de tártaro	20	40,0
			Excesso de placa	11	22,0
			Descoloração do esmalte	5	10,0
			Fatores de risco		
	Risco de integridade da pele prejudicada	Hidratação		22	64,7
		Umidade		22	64,7
		Excreções		20	58,8
Nutrição inadequada		2	5,9		
Pressão sobre saliência óssea		1	2,9		
Agente químico lesivo		1	2,9		
		Fatores de risco			
Risco de queda	Dificuldades na marcha		16	88,9	
	Redução da força em extremidade inferior		14	77,8	
	Incontinência		9	50,0	
	Mobilidade prejudicada		1	5,6	
Domínio 12 - Conforto	Dor Crônica	Fatores relacionados			
		Agente lesivo	33	100	
		Características definidoras			
		Alteração da capacidade de continuar as atividades prévias	33	100	
		Autorrelato usando escala padronizada de dor	33	100	
		Representante relata comportamento de dor/alterações nas atividades	31	93,9	
		Autorrelato das características da dor usando instrumento padronizado de dor	29	87,9	

Fonte: Autoria própria (2019).

Em relação ao DE Dentição prejudicada, este apresentou frequência de 98,0%, como fator relacionado foi Dificuldade de acesso a cuidados dentários (100%) e principal característica definidora Ausência de dentes (96,0%). Segundo Clares e Freitas (2013), a dentição incompleta pode prejudicar na deglutição dos alimentos, dificuldade de mastigação e redução da motilidade digestiva, podendo resultar em desnutrição, perdas importantes de peso ou ainda risco de broncoaspiração. Nesse mesmo estudo, foi evidenciado um elevado número de

dentes extraídos na população idosa, o que aponta para a precariedade da situação de saúde bucal dos idosos brasileiros, que no caso da população do presente estudo teve como fator relacionado a dificuldade de acesso a cuidados dentários.

A resposta humana Risco de integridade da pele prejudicada esteve presente em 66,7%, apresentando como principais fatores de risco Hidratação (64,7%) e Humidade (64,7%). A pele do idoso sofre profundas transformações, resultando em maior fragilidade e redução da eficácia da função de barreira contra fatores externos; termorregulação deficiente, pele mais seca e rugosa, redução da elasticidade, flacidez, alteração da resposta imunológica celular e diminuição da espessura da derme e da epiderme; assim como menor capacidade de reparação tecidual. Essas alterações somadas com a incontinência fecal e urinária, por exemplo, tornam o idoso mais vulnerável aos problemas da natureza desta resposta humana (CLARES *et al.*, 2016).

O DE Dor crônica também frequência de 64,7% entre os participantes e seu principal fator de risco foi Agente lesivo (100%) e características definidoras Alteração da capacidade de continuar as atividades prévias (100%) e Autorrelato usando escala padronizada de dor (100%). Um estudo a dor crônica estava presente em 58% dos idosos, corroborando com o presente estudo. Saliente-se que a alta frequência de dor em idosos está relacionada a incapacidade física crônica, assim os idosos relataram que as dores atrapalhavam nas AVD, dormir, na interação social, geravam irritação e até mesmo depressão (OLIVEIRA *et al.*, 2011).

O Risco de volume de líquido deficiente (54,9%) e apresentou como principal fator de risco Ingesta de líquido insuficiente (100%). Este diagnóstico se justifica pela diminuição do mecanismo da sede no idoso, o que o expõe a um maior risco de desidratação. É importante atentar-se a esses indivíduos, principalmente aqueles, cronicamente doentes, debilitados ou institucionalizados, os quais se potencializam a diminuição dos mecanismos de sede e até mesmo possuem dificuldade do acesso à água (BRASIL, 2006).

O diagnóstico Deglutição prejudicada esteve presente em 45,1% dos idosos e apresentou como principal fator relacionado Problema de comportamento alimentar, e característica definidora Mastigação insuficiente. Concernente a este diagnóstico, é fundamental por tratar-se da fase que antecede a deglutição,

contudo, a maioria dos participantes da pesquisa apresentam o DE Dentição prejudicada, o que reflete negativamente na mastigação. Assim, conseqüentemente a função da deglutição também é afetada, esse problema pode se tornar um risco grave para o idoso, que se torna sujeito à desnutrição, e até mesmo aspiração do alimento para as vias aéreas inferiores, podendo leva-lo ao óbito (SANTIAGO *et al.*, 2016).

O DE Deambulação prejudicada apresentou frequência de 45,1%, e teve a dor como principal fator relacionado, já como características definidoras apresentou Capacidade prejudicada de andar em declive e Capacidade prejudicada de andar em aclave com 82,6% cada. Marques-Vieira *et al.* (2015), aponta que o processo de envelhecimento ocasiona modificações fisiológicas que podem por conseguinte, diminuir a capacidade de deambulação, contudo, se associado a condições que interfiram de forma patológica a essa situação, pode gerar imobilidade, isolamento social, dependência e a necessidade de um cuidador.

Por sua vez o Distúrbio no padrão de sono esteve presente em 43,1% dos idosos, sendo o principal fator relacionado Padrão de sono não restaurador (100%) e característica definidora Despertar não intencional (86,4%). Achados de Monteiro e Ceolim (2014) em um estudo que avaliava a qualidade do sono em idosos demonstraram que quase 70% dos participantes da pesquisa apresentaram sono de má qualidade no domicílio, o que enfatizam a necessidade de se realizar a avaliação detalhada do sono do idoso, com especial atenção aos fatores que provocam sua fragmentação. Essa avaliação pode ser feita pelo enfermeiro, tanto em consultas individuais como em grupos de idosos, principalmente aqueles que possuem condições de saúde que prejudicam a qualidade do sono, como é o caso das doenças crônicas.

Do total de participantes 41,2 % dos participantes foram diagnosticados com Incontinência urinária de esforço, sendo o principal fator relacionado o Enfraquecimento da musculatura do assoalho pélvico (100%) e como principais características definidoras Perda involuntária de pequeno volume de urina na ausência de distensão excessiva da bexiga (100%) e Perda involuntária de pequenos volumes de urina (100%). Este DE não deve estar associado ao processo de senescência, pois sua presença ocasiona a diminuição da qualidade de vida do idoso por gerar isolamento social, dependência física e emocional.

Contudo, esta condição, por vergonha ou constrangimento, é pouco relatada pelos idosos, o que dificulta o tratamento precoce dos sintomas (SILVA *et al.*, 2018).

O DE Risco de quedas esteve presente em 35,3% dos participantes, sendo o principal fator de risco a Dificuldade na marcha (88,9%). Em estudo realizado em Minas Gerais, com idosos atendidos na APS, identificou-se que a idade avançada, déficits visuais, estado mental diminuído, histórico de queda, alterações na marcha, assim como o uso de anti-hipertensivos e fatores externos como a baixa iluminação do ambiente são condições que potencializam a presença deste diagnóstico nesta população. Todavia, a literatura destaca que a queda pode ser evitada com medidas preventivas, que o deslocamento e equilíbrio (KUZNIER *et al.*, 2015).

O diagnóstico Disfunção sexual apresentou frequência de 33,3% entre os idosos, tendo como principal fator relacionado Conhecimento insuficiente sobre a função sexual (100%) e característica definidora mais expressiva a Alteração na atividade sexual (100%). Concernente a este diagnóstico, a literatura mostra que as modificações fisiológicas apresentadas com o processo de envelhecimento, a cultura da assexualidade do idoso e o preconceito social com os mais velhos favorece a construção do estereótipo de que a sexualidade está designada aos mais jovens, repreendendo o idoso a ter desejos no campo sexual, afastando-o da busca de esclarecimento sobre essa questão o que interfere na prática sexual (ALENCAR *et al.*, 2014).

Concernente associação entre a presença dos diagnósticos de enfermagem com frequência superior a 30% e as variáveis da estrutura social, cultural e de saúde das pessoas idosas indígenas, pode-se observar nos Quadros 6 e 7.

Quadro 6 - Associação entre os Diagnósticos de Enfermagem e características da estrutura social, cultural e de saúde. Natal, Rio Grande do Norte, 2019.

Diagnósticos de Enfermagem															
Variáveis	DentP		p-valor	RIPP		p-valor	DC		p-valor	RVLD		p-valor	DegP		p-valor
	P	A		P	A		P	A		P	A		P	A	
Gênero															
Feminino	29	1	1,000	23	7	0,070	24	6	0,006	18	12	0,382	12	18	0,382
Masculino	21	0		11	10		9	12		10	11		11	10	
Faixa etária															
60 anos a 79	38	0	0,255*	25	13	1,000*	26	12	0,343	17	21	0,022*	16	22	0,463
A partir de 80 anos	12	1		9	4		7	6		11	2		7	6	
Escolaridade															
Não alfabetizado	43	1	1,000*	29	15	1,000*	27	17	0,398*	24	20	1,000*	22	22	0,112*
Alfabetizado	7	0		5	2		6	1		4	3		1	6	
Estado civil															
Com companheiro(a)	19	1	0,329*	14	6	0,685	13	7	0,972	13	7	0,244	8	12	0,557
Sem companheiro(a)	31	0		20	11		20	11		15	16		15	16	
Doença crônica associada															
Sim	29	1	1,000*	21	9	0,546	20	10	0,726	18	12	0,382	14	16	0,788
Não	21	0		13	8		13	8		10	11		9	12	
Etilismo															
Sim	10	0	1,000*	7	3	1,000*	5	5	0,278	5	5	0,728	5	5	0,728
Não	40	1		27	14		28	13		23	18		18	23	
Tabagismo															
Sim	10	0	1,000*	7	3	1,000*	6	4	0,727*	6	4	1,000*	6	4	0,316*
Não	40	1		27	14		27	14		22	19		17	24	
Uso de Medicação contínua															
Sim	28	1	1,000*	21	8	0,318	21	8	0,186	16	13	0,964	12	17	0,540
Não	22	0		13	9		12	10		12	10		11	11	
Dor															
Sim	36	1	1,000*	27	10	0,120	32	5	<0,001	19	18	0,407	18	19	0,407
Não	14	0		7	7		1	13		9	5		5	9	

Legenda: DentP- Dentição prejudicada, RIPP- Risco de integridade da pele prejudicada, DC- Dor crônica, RVLI- Risco de volume de líquido deficiente, DegP- Deglutição prejudicada, P-Presente, A-Ausente. *Teste exato de Fisher.

Fonte: Autoria própria (2019).

Quadro 7 - Associação entre os Diagnósticos de Enfermagem e características da estrutura social, cultural e de saúde. Natal, Rio Grande do Norte, 2019.

Variáveis	Diagnósticos de Enfermagem														
	DeambP		p-valor	DistPS		p-valor	IUE		p-valor	RQ		p-valor	DS		p-valor
	P	A		P	A		P	A		P	A		P	A	
Gênero															
Feminino	17	13	0,047	14	16	0,543	16	14	0,035	11	19	0,806	7	23	0,070
Masculino	6	15		8	13		5	16		7	14		10	11	
Faixa etária															
60 anos a 79	14	24	0,057*	16	22	0,799	15	23	0,673	8	30	0,001*	13	25	0,999*
A partir de 80 anos	9	4		6	7		6	7		10	3		4	9	
Escolaridade															
Não alfabetizado	19	25	0,686*	19	25	1,000*	17	27	0,427*	17	27	0,397*	14	30	0,673*
Alfabetizado	4	3		3	4		4	3		1	6		3	4	
Estado civil															
Com companheiro	11	9	0,254	11	9	0,169	7	13	0,471	8	12	0,572	4	16	0,135*
Sem companheiro	12	19		11	20		14	17		10	21		13	18	
Doença crônica associada															
Sim	17	13	0,047	12	18	0,589	14	16	0,341	14	16	0,073*	10	20	1,000*
Não	6	15		10	11		7	14		4	17		7	14	
Etilismo															
Sim	4	6	1,000*	5	5	0,625	4	6	1,000*	1	9	0,077*	4	6	0,714*
Não	19	22		17	24		17	24		17	24		13	28	
Tabagismo															
Sim	2	8	0,091*	3	7	0,483*	3	7	0,495*	2	8	0,462*	3	7	1,000*
Não	21	20		19	22		18	23		16	25		14	27	
Uso de Medicação contínua															
Sim	17	12	0,026	11	18	0,389	14	15	0,237	15	14	0,007*	9	20	0,689
Não	6	16		11	11		7	15		3	19		8	14	
Dor															
Sim	20	17	0,058*	17	20	0,510	18	19	0,113*	14	23	0,744*	13	24	0,749*
Não	3	11		5	9		3	11		4	10		4	10	

Legenda: DeambP- Deambulação prejudicada, DistPS - Distúrbio no padrão de sono, IUE - Incontinência urinária de esforço, RQ - Risco de queda, DF - Disfunção sexual, P-Presente, A-Ausente. *Teste exato de Fisher

O teste de Qui-quadrado mostrou associação entre a variável gênero ($p=0,006$) e presença de dor ($p=<0,001$) com o diagnóstico Dor crônica. A situação na qual o gênero feminino apresentou maiores frequências desse diagnóstico, é encontrada em outros estudos, os resultados de Valero, Faria e Lucca (2015), apontam que entre os idosos que apresentam dor crônica, observou-se uma população majoritariamente feminina, somando um total de 38 (86,36%) dos 44 sujeitos entrevistados, enquanto apenas 6 eram homens (13,64%). Sobre a associação entre a variável dor e o DE, esta é explicada pelo fato dessa variável ser uma das características definidoras do diagnóstico Dor crônica (NANDA, 2018).

Ainda em relação ao gênero, observou-se associação deste com o DE Incontinência urinária de esforço ($p=0,035$), as participantes do gênero feminino apresentaram uma maior frequência destes diagnósticos. Este resultado é corroborado por Weschenfelder *et al.* (2016) ao observar que 76% dos participantes do estudo que apresentaram incontinência eram do gênero feminino, uma vez que este grupo apresenta uma maior tendência à fraqueza dos músculos do assoalho pélvico.

Concernente à variável faixa etária, observou-se associação desta com os diagnósticos Risco de volume de líquidos deficientes ($p=0,022$) e Risco de queda ($p=0,001$), sendo mais presente em idosos longevos, idade acima de 80 anos. Entende-se que a idade é um fator determinante na capacidade funcional, idosos de 65 a 69 anos, apresentam 1,9 vezes mais chance de desenvolver algum grau de dependência, esse valor aumenta em 36 vezes quando comparado à idosos longevos (LENARDT; CARNEIRO, 2013). Assim, percebe-se que ao passar dos anos a pessoa idosa pode se tornar mais dependente, o que interfere nas AVD, como alimentar-se e beber água, o que pode influenciar na diminuição da ingestão hídrica.

Concernente ao DE Risco de queda, Gawryszewski (2010) observou relação da faixa etária e a queda, comparativamente à faixa de 60 a 69 anos, os idosos na faixa de 70 a 79 anos foram 2,10 vezes e os indivíduos de 80 anos e mais foram 2,26 vezes significativamente mais prováveis de serem atendidos em um serviço de saúde com a causa sendo uma queda do que pelas outras causas externas.

Sobre o DE Deambulação prejudicada, foi evidenciado associação com as variáveis gênero ($p=0,047$) e doença crônica associada ($p=0,047$), foi evidenciado associação estatisticamente significativa com o diagnóstico Deambulação prejudicada ($p=0,047$). Pimenta *et al.* (2015), aponta que o gênero feminino pode estar relacionado às doenças crônicas devido ter uma expectativa de vida maior do que as dos homens fazendo o aumentando a probabilidade das doenças crônicas, assim como também pode estar relacionado a tendência da mulher idosa ter maior percepção das doenças e autocuidado, buscando mais frequentemente a assistência médica de modo a aumentar a probabilidade de diagnóstico de doenças.

A presença de doenças crônicas tem influência na dependência da pessoa idosa, Brito, Menezes e Olinda (2016) observaram a existência da associação entre número de doenças crônicas referidas pelo idoso e incapacidade funcional, quanto mais doenças crônicas referidas, maior o grau de dependência do idoso, o que reflete na capacidade de realizar as Atividades de Vida Diária, como deambular.

Por fim, no que se refere a variável uso de medicação contínua, percebeu-se associação desta com os diagnósticos Deambulação prejudicada ($p=0,026$) e Risco de quedas ($p=0,002$). Sendo assim, os participantes que apresentaram os diagnósticos citados anteriormente, em sua maior parte faziam uso de medicação contínua. Referente ao DE Deambulação prejudicada, pode-se perceber que a variável uso de medicação contínua, está ligada à variável doença crônica associada, uma vez que a pessoa idosa ao conviver com problemas crônicos de saúde, são submetidos a tratamentos com grande número de medicamentos (LUTZI; MIRANDA; BERTOLDI, 2019).

Sobre a associação entre o DE Risco de quedas e o uso de medicação contínua, a NANDA-I (2018-2020) descreve a presença o uso de agente farmacológico como uma condição associada a esse diagnóstico, como, por exemplo, anti-hipertensivos e psicotrópicos, estes, foram os mais presentes na população estudada sendo fármacos anti-hipertensivos. Estes resultados, são corroborados com o estudo de Kuznier *et al.*(2015) que teve como objetivo verificar os fatores de risco para quedas presentes em idosos acompanhados por equipes de Programa de Saúde da Família em uma unidade de atendimento primário de saúde, segundo a taxonomia da NANDA-I. Os resultados mostraram

que dentre os idosos com Risco de queda, 55,5% utilizavam anti-hipertensivos e 26,9% psicotrópicos.

6.2 RESULTADOS QUALITATIVOS

Como resultados qualitativos, após leitura compreensiva e exaustiva do material coletado e sua interpretação e análise, foi possível elaboração de três categorias temáticas e suas subcategorias, a saber as categorias são: 1) Significado da saúde na concepção das pessoas idosas indígenas; 2) A vivencia do estar doente e 3) Práticas de autocuidado indígena. As subcategorias são ilustradas na Figura 6.

Figura 6 - Representação das categorias e subcategorias da análise de conteúdo, sobre s significados de saúde, doença e a cultura de autocuidado das pessoas idosas indígenas. Comunidade indígena do Amarelão, João Câmara, Rio Grande do Norte. 2019.



6.2.1 Significado da saúde na concepção da pessoa idosa indígena

Esta categoria apresenta a concepção da pessoa idosa indígena sobre o significado da saúde. Acredita-se que essa significação acerca da saúde é reflexo da visão de mundo desse grupo específico, a qual influencia nas suas práticas do sistema de cuidados populares. Assim, a categoria apresenta quatro subcategorias: 1- Saúde como ausência de doença; 2- Influência de fatores externo para a da saúde; 3- Capacidade funcional como sinônimos de saúde e 4- A espiritualidade para a obtenção da saúde.

Saúde como ausência de doença

Quando indagados sobre o que significava ter saúde, alguns participantes apresentaram a ideia de saúde como ausência de doença, não sentir dor, ou qualquer outro sinal o sintoma, como pode ser percebido nas falas abaixo:

Ter saúde é viver bem, sem dor, sem doença, ser uma pessoa sadia. (Idoso 3)

É a pessoa não sentir “engembramento” no corpo, aí está com a vida saudável, mas a pessoa sentir um “engembramento” aí não tem saúde. (Idoso 8)

Porque eu estou com saúde né?! Não estou sentindo nada! (Idoso 10)

Meu filho eu acho que saúde é quando a gente não sentir nada né? viver normal, é tudo normal na vida da gente, a gente não sentir nada, aí eu acho que isso aí é uma saúde, mas eu acho que se a pessoa só sente problema do jeito que eu sinto, eu não vou dizer que eu tenho saúde, porque eu não tenho. (Idoso 16)

Ter saúde? É o cara não sentir doença né?... (Idoso 17)

Este significado atribuído pelos participantes pode ser classificado como um sentido voltado à dimensão biológica da saúde. Assim, esse significado biologicista é nitidamente influenciado pelo contato desses indivíduos com as práticas de saúde dos Sistemas Profissionais e políticas de saúde brasileiras ainda permeados pelo modelo Médico-Curativista, este ainda hegemônico segundo (VILARINO; LOPES, 2015).

A presente realidade reflete diretamente em como essas pessoas interpretam e vivenciam o processo de saúde e adoecimento e assim molda a sua interação com o ambiente, os profissionais e serviços de saúde, como também com a sociedade em geral.

Influência de fatores externo para o desenvolvimento da saúde

Esta subcategoria sinaliza que segundo a percepção dos idosos fatores externos também influenciam o desenvolvimento da saúde e sentimento de bem-estar, sendo eles o acesso aos serviços e bens de saúde, a convivência com a família e as relações interpessoais, como pode ser observado a seguir:

Saúde é a gente ter acesso aos meios né? Quando a gente necessita ter acesso aos postos de saúde, as consultas, as vacinas. Saúde também é alimentação adequada né? [...] Saúde também depende muito da sua convivência com os seus familiares, depende da saúde física, mental, depende também da saúde, vamos dizer assim, pra minha pessoa a saúde espiritual também é importante, na minha vida, na dos outros eu não sei (Idoso 1)

Saúde meu filho é ter uma pessoa que tome conta dos idosos, que tenha cuidado com a gente, chegar no postinho ser bem recebido, não faltar uma medicação de uma pressão e sempre. Sempre ter uma pessoa que cuida dos idosos, que faça visita de casa em casa que a gente precisa né? (Idoso 2)

É estar na família ajuda, eu penso assim, na hora que eu precisar eu tenho a minha família ao meu lado né, se eles precisarem de mim eu também estou pronta, ai me ajuda muito. A pessoa que vive aqui sem ter desgosto de nada, com uma família unida, com boa criação, que não vive dando desgosto, agonia nenhuma... eu acho que isso ajuda muito a saúde da pessoa (Idoso 5)

Conversar com o povo ajuda, Ave Maria... a pessoa conversando é tão bom. Quando chega gente aqui para conversar depois que eu fiquei doente (fraturou o braço) é um dia tão ligeiro e eu sozinha é triste, porque fico imaginando... é triste, mas quando chega gente para conversar, é muito bom. (Idoso 8)

Diante destes relatos é perceptível a compreensão por parte dos participantes da relação de fatores não biológicos com a produção da saúde. Essa visão de saúde denomina-se como dimensão bio-sócio-cultural, a qual evidencia a influência de fatores sociais e culturais, ou seja, os próprios determinantes sociais

da saúde envolvidos no tema e a complexidade conceitual que o acompanha (VILARINO; LOPES, 2015).

Nesse contexto, Alves e Oliveira (2018) reafirmam que o processo de saúde e doença e importantes pontos se relacionam a aspectos socioculturais os quais necessitam ser entendidos e interpretados para assim possibilitar a construção de políticas de saúde, processos assistenciais e redes de atenção voltadas congruentes com a necessidade da população.

Assim, o convívio social com a família e a comunidade emerge como importantes agentes promotores de saúde e bem-estar. Por sua vez, o acesso aos serviços também desempenha papel fundamental neste contexto, todavia, percebe-se a dificuldade apesar de avanços melhoria da acessibilidade indígena, persistem barreiras sócio organizacionais, culturais e geográficas no acesso principalmente à média e alta complexidade (GOMES; ESPERIDÃO, 2017).

Capacidade funcional como sinônimos de saúde

Os participantes também apresentaram o significado de saúde ligado à capacidade funcional. Apresentam a importância da independência em poder trabalhar, autonomia para tomada de decisões próprias a fim de resoluções de problemas do cotidiano, assim como poder realizar Atividades Instrumentais de Vida Diária, como, por exemplo, atividades domésticas.

Ter saúde é uma coisa de muita importância né? Porque eu me sinto livre pra fazer o que eu quero, me sinto livre pra trabalhar e o trabalho me dar com o que eu possa ajudar a quem precisa. Pra min a saúde abaixo de Deus é tudo na nossa vida[...]Com saúde eu faço que eu gosto que é trabalhar e quando tenho condições ajudar e sem saúde eu não poderia fazer isso. (Idoso 4)

É andar para brincar com as outras, para andar de pés, pra baixo e pra cima. A saúde não é essa né? pra pessoa viver só dentro de uma rede também não dá né? (Idoso 6)

Com saúde eu trabalho, eu luto na minha casa, eu lavo roupa, eu lavo louça, faço tudo! Isso é importante por que a gente tá movimentando o corpo, ai depois que eu caí doente (fraturou o braço) eu estou “enfadada” dentro de uma rede ou fico sentada direto, isso é muito ruim! (Idoso 8)

Saúde pra gente é tudo na vida né? A pessoa sem saúde não é nada, porque a pessoa sem saúde como é que faz as coisas?

Resolver outra coisa que tem para resolver? Não vai, não pode ir. (Idoso 12)

Com saúde eu consigo fazer todo serviço. Varro casa, lavo louça, lavo roupa, faço toda qualidade de serviço com a saúde. Porque a pessoa doente não faz nada, fica só em cima de uma cama (Idoso 13)

Quando eu estou com saúde eu lavo roupa, eu lavo louça, varro casa, boto comer no fogo, faço tudo! (Idoso 14)

A partir da análise das falas, percebe-se que os significados de saúde emergiram configurando sentidos de autonomia para o gerenciamento da vida da pessoa idosa e a capacidade funcional do indivíduo, o que também é evidenciado em outro estudo (COSTA; SILVA, 2015). Nessa perspectiva, a PNSPI estabelece que as práticas de assistência à saúde precisam ser realizadas e orientadas a fim de alcançar à promoção da autonomia e independência da pessoa idosa, estimulando-a para o autocuidado (BRASIL, 2006).

O conceito de envelhecimento ativo pressupõe a independência funcional como seu principal marcador de saúde. Assim, a capacidade funcional é um novo parâmetro de saúde, estando ligada diretamente à qualidade de vida, essa relação deve ser considerada na construção de estratégias de assistência à saúde para a preservação da autonomia e independência do idoso e consonância com a PNSPI (LIMA; ARAÚJO; SCATTOLIN, 2016).

Nessa perspectiva, fica claro a relação da capacidade funcional e a percepção de saúde da pessoa idosa indígena. Portanto, o profissional enfermeiro deve atentar-se para avaliação desses parâmetros na busca preventiva de pessoas idosas com maior vulnerabilidade para a instalação de dependência e posterior fragilidade, e assim colaborar manter e até mesmo melhorar a qualidade desta população.

Religiosidade/espiritualidade para a obtenção da saúde

Nesta categoria, foi perceptível que a religiosidade/espiritualidade está presente no cotidiano da pessoa idosa, principalmente concernente ao aspecto da saúde, como pode ser observado nas falas dos participantes a seguir:

Eu oro: “Jesus toma conta da minha casa, Jesus toma conta dos meus filhos, Jesus tomar conta dos meus netos e toda minha família!” Meu deus é Jesus, porque o Deus da igreja é o Deus da minha casa! (choro) (Idoso 2)

Porque eu me sinto livre para fazer o que eu quero, me sinto livre para trabalhar e o trabalho me dar com o que eu possa ajudar a quem precisa. Pra min a saúde abaixo de Deus é tudo na nossa vida[...] Com saúde eu faço que eu gosto que é trabalhar e quando tenho condições ajudar e sem saúde eu não poderia fazer isso (Idoso 4)

A gente tem saúde porque Deus quer né? (Idoso 7)

Para se ter saúde aí depende de Deus né, Deus é quem cuida da nossa vida! (Idoso 8)

Só peço a Deus saúde e felicidade. Eu peço assim: ô meu Deus me dê saúde. Ai Ele me dá uma saúde pra eu andar dentro de casa, andar para o meio do terreiro... (Idoso 9)

Só Deus nosso Senhor que bota o braço no meio, assim a gente pede muita saúde à Deus, porque Deus nosso Senhor dá a saúde a pessoa. (Idoso 13)

A religiosidade/espiritualidade tem impacto positivo na qualidade de vida, pois a experiência religiosa satisfaz a necessidade de sentido da vida e age especialmente para lidar com crises e traumas quando os indivíduos não dispõem de outros recursos que possam contribuir para esse suporte, como é o caso de idosos aposentados, viúvos dificuldades de acesso aos serviços de saúde (COSTA; TERRA, 2013).

Nessa perspectiva, a religiosidade/espiritualidade é frequente entre pessoas com mais de 60 anos e os idosos que possuem um senso de religião tendem a ter maior satisfação com a vida, e para alguns, a vida espiritual auxilia na manutenção, promoção e restauração da saúde, através da relação ou conexão com o Ser Superior, o que possibilita uma maior capacidade de suportar as limitações, perdas e dificuldades inerentes ao processo, enfrentando os sofrimentos (KRAUSE, 2003; COSTA; TERRA, 2013).

Conclui-se que o envelhecimento possui uma relação íntima com a espiritualidade nos mais diferentes aspectos do envelhecimento, tendo impacto desde o envelhecimento bem-sucedido até os cuidados no fim da vida. Assim, fica evidente que a espiritualidade e a religiosidade são fatores a serem considerados na avaliação da qualidade de vida em pessoas idosas (LUCCHETTI *et al.*, 2011; CHAVES; GIL, 2015).

No aspecto indígena, a influência do cristianismo acabou misturando-se a religião tribal originária, resultando assim, em uma nova cultura religiosa, demonstrando a existência na prática do sincretismo religioso. Atualmente esse processo de busca e conversão ao cristianismo através de religiões ainda existe, embora diferentemente do que ocorreu no período colonial. A fusão das duas religiosidades (cristã e tribal) se verifica no dia a dia dessas comunidades, como na comunidade deste estudo - etnia Potyguara – como em outras etnias como Kaingang, Guarani e Dornelles (2016).

6.2.2 A vivencia indígena do adoecer

A presente categoria aborda a vivencia da pessoa idosa indígena concernente ao estar doente, observando as repercussões dessa condição em sua vida e sua relação com o mundo ao seu redor. Apresenta-se duas subcategorias, as quais são: 1- Sentimentos vinculados ao estar doente; 2- Condições percebidas como problemas de saúde.

Sentimentos vinculados ao estar doente

Nesta subcategoria, segundo os relatos dos participantes os sentimentos de tristeza, solidão, reclusão e desânimo estão associados à experiência de se estar doente.

Está doente é uma tristeza, a pessoa doente não tem alegria! Eu não vou dizer que eu tenho alegria, eu gostava de fazer as coisas de dia, agora não faço porque estou doente, não posso mais, isso é uma tristeza! Uma pessoa que gostava de trabalhar porque achava bom ter o meu dinheiro. (Idoso 3)

Eu me sinto triste né, porque a pessoa estando bom é alegre e a gente não estando bom não é alegre. (Idoso 8)

Eu não me sinto bem porque eu fico aqui nessa casa e não saio para canto nenhum. Me sinto ruim porque a minha vida lá em baixo (antes de se mudar de casa) era andar e agora aqui ainda não sai para canto nenhum. (Idoso 10)

É como eu estou dizendo. Quando se está doente a pessoa não pode comer, não come bem, não bebe bem, não anda bem. (Idoso 12).

Está doente é uma tristeza, porque a pessoa tem vontade de trabalhar, mas não pode porque está doente. (Idoso 14)

Me sinto desanimada, porque não tem saúde (Idoso 15)

A presença de sentimento negativos, como os sentimentos de medo e tristeza em idosos com doenças crônicas é visto como inevitáveis, principalmente no momento do diagnóstico e no enfrentamento das primeiras restrições ou perdas, como da autonomia e independência. Todavia, entende-se que a menção do isolamento do idoso e sentimento de tristeza não deve ser visualizados como circunstâncias oriundas e esperadas do ser idoso, pois, devido às mudanças corporais e à convivência com limitações atribuídas à velhice, a incidência e probabilidade de adquirirem um transtorno mental, como a depressão, são maiores do que em adultos jovens (SILVA *et al.*, 2018).

Condições percebidas como problemas de saúde

A partir das falas dos participantes, foi possível perceber quais condições por eles vivenciadas são vistas, por estes, como problemas de saúde. Dentre as condições estão a presença da percepção dolorosa, ansiedade, declínio cognitivo com dificuldade para lembrar informações, acuidade visual diminuída, alterações no sono e as doenças crônicas, como, por exemplo, a diabetes mellitus.

Eu tenho problema de pressão e muita dor de cabeça, eu fui agora de meio dia verificar a pressão e a enfermeira disse que estava boa. [...] eu sou muito preocupada, muito nervosa e eu me preocupo com muitas coisas, quem tem família se preocupar né? [...] Eu tenho muita dor nas pernas osteoporose ando quase nada. (Idoso 2)

Eu tenho um problema, é o esquecimento, eu vou cantar e se eu não tiver com papel para cantar lendo uma cópia eu não canto! Um dia chegou um rapaz na rua e pediu pro cantar, aí eu fui cantar lutei, lutei e não soube cantar. (Idoso 4)

O que tem de mais ruim em “riba deu” é meus olhos (não enxerga bem), minhas pernas que tem vez que é calçada, esses negócios que fica doendo nas minhas pernas, só. (Idoso 9)

Eu sinto essa perna aqui, dói!. Quando é de noite eu só falto num botar ela em riba da cama, aí vem correndo a perna todinha, aí nesse osso aqui que puxa nos quadril, ixé!... (Idoso 10)

Esse problema que eu estou dizendo, da dor na perna. É aqui nesse encaixamento aqui, aí desce pra aqui. Dói muito. Dói toda hora, quando eu acordo, quando eu vou dormir, quando eu estou assim assentada num canto. (Idoso 12)

Eu num já disse, eu sinto isso aqui doído, doído, doído e as mãos, tá vendo!? Esse meu dedo aqui é aleijado. As pernas as vezes dói... é como se fosse uma “dormença”, com uma “furmigagem” e uma quentura. (Idoso 15)

A diabetes, mas, mais nunca eu fui tirar, mas mês que entra eu vou mandar o menino olhar. Para ela eu tomo o remédio, mas não faço dieta. (Idosa 16)

O meu sono! Ele é do jeito que eu estou lhe explicando, assim, se eu tomar o “azepam”, o comprimido, eu durmo um sono. Ai tem noite que eu durmo muito, mas tem noite que quando acordo já não me dá mais sono, lá eu tomo outro. Eu fui tentar esse mês passado, eu vou me tirar do “azepam,” vou ver se eu me desacostumo dele, você acredita que eu ia era morrendo!? Eu ia endoidecendo dentro dessa casa, eu disse aos meus meninos: menino, vocês vão ficar sem mãe já que eu vou morrer doida. Olhe, quando eu passei o mês todinho sem tomar o “azepam”, isso aqui meu parece que era um chocalho dentro da cabeça, chocalhando direito e eu chorando de noite dentro da rede sem me dá sono, do tamanho que é a noite meu filho, o dia e a noite eu não prego o olho, passa aqui eu estou dando fé de tudo quando eu não durmo, quando eu tomo o “azepam” acaba esse chocalho da minha cabeça e eu durmo. (Idosa 16)

Em um estudo de base populacional realizado no Ceará, observou-se como principais doenças relatadas pelos idosos estudados as doenças crônicas como a hipertensão (46,2%) e diabetes (18,0%), estando presente também a ansiedade (11,8%). Estas condições apresentam associação significativa com dependência funcional, contribuindo para complicações de saúde futuras na pessoa (PEREIRA; NOGUEIRA; SILVA, 2015; SANTOS JÚNIOR; OLIVEIRA; SILVA, 2014; POSSATO; RABELO, 2017).

Em relação a dor, segundo Ashmawi (2015), observa-se uma prevalência elevada, variando entre 25 e 80%, entre idosos residentes na comunidade, a prevalência varia entre 25 e 52% dos idosos. As dores agudas e crônicas são grandes obstáculos para a obtenção de melhor qualidade de vida e, no idoso é uma das mais importantes causas de morbidade, pois se relacionam fortemente à incapacidade de manutenção de uma vida mais saudável e independente, devido às limitações funcionais importantes, mesmo para atividades simples diárias, como a locomoção.

Concernente ao declínio cognitivo em um estudo brasileiro, encontrou-se uma prevalência de declínio cognitivo de 36,5% entre os idosos avaliados, número considerável visto que o comprometimento cognitivo afeta a capacidade funcional, implicando perda de capacidade funcional. Atualmente, a demência é o problema de saúde mental que mais cresce em importância e número, assim, é perceptível a necessidade do seu diagnóstico precoce do declínio cognitivo, o que permite o tratamento mais eficaz para a melhoria na qualidade de vida dos idosos (MACHADO *et al.*, 2011).

Sobre a acuidade visual diminuída sabe-se que os idosos com baixa visão têm idade mais avançada, pior mobilidade e maior número de atividades instrumentais de vida diária comprometidas. O comprometimento visual também está diretamente relacionado à restrição na participação dos idosos em atividades junto à comunidade o que contribui para o declínio. Soma-se a esses problemas a associado dos problemas de visão à recorrência de quedas entre os idosos (LUIZ *et al.*, 2009; ABREU *et al.*, 2016).

6.2.3 Cultura indígena de autocuidado

Por fim, na presente categoria são apresentados os aspectos concernentes a cultura de autocuidado das pessoas idosas indígenas. Após análise das falas dos participantes emergiram como subcategorias: 1) Uso terapêutico de plantas medicinais; 2) Medicalização do processo saúde-adoecimento e 3) Medicalização do processo saúde-adoecimento.

Uso terapêutico de plantas medicinais

Nesta subcategoria, apresenta-se o uso das plantas medicinais por parte dos idosos indígenas como forma de desenvolver o autocuidado como forma de tratamento como também de prevenção dos problemas de saúde, como pode ser observado a seguir:

Olha pra ser sincera primeiramente recorra as minhas plantas né? Primeiro utilizo as plantas aí depois que eu vejo que eu tenho que no médico, que eu não resolvo com aquele chá, com aquela coisa, aí eu vou no médico no postinho. Eu uso chá da erva cidreira, do capim santo pra quando eu estava com a falta de sono [...] eu tomo também, por exemplo, se levar um corte, precisar de uma coisa para cicatrizar eu faço o cozimento de aroeira que eu tenho em casa [...] uso também pra má digestão, eu uso louro, eu uso uma planta que eu tenho e que algumas pessoas chamam de boldo do Pará, outros chama de Anador, mas eu só sei que é muito bom pra um pra dor de barriga, pra cólicas. E aí quando é uma coisa que eu não sei o que é eu vou pro médico. (Idosa 1)

Tomo chá de boldo, marcela. O boldo às vezes eu sinto uma dor na barriga aí eu tomo o chá. O chá do boldo, o chá da marcela, tudo é pra dor. (Idoso 7)

Eu tomo chá de boldo, chá de erva cidreira, eu tomo elixir quando estou com a barriga ruim. O chá de boldo é bom pra tudo, o de erva cidreira é bom para os nervos, a gente é nervosa, a gente toma erva cidreira, pra mim serve. Toda vez que vou me operar eu digo pra o médico: sou nervosa, aí a senhora tome erva cidreira. Ele me opera que eu nem sinto. Tem o de Capim Santo que é bom pra pressão, erva cidreira também é bom pra pressão (Idoso 8)

É pra tomar chá mesmo... Ela (esposa) faz ali o copo, pega o pau de canela, bota ali no fogo, ferve, aí eu tomo, eu fico vixe maria... é muito bom. (Idoso 17)

Foi possível observar que o uso das plantas medicinais como forma terapêutica no autocuidado é representativo para esse grupo. No Brasil, o uso de plantas medicinais no tratamento de enfermidades tem influências da cultura indígena, cujas marcas foram integradas ao saber popular que circunda de forma heterogenia todo o território nacional e que é utilizado para prevenção e cura de diversas doenças (BADKE *et al.*, 2016).

O uso de plantas medicinais representa um importante recurso para tratamento, cura e prevenção de inúmeras doenças, e muitas vezes é orientado pelo conjunto de conhecimentos acumulados, resultantes da relação direta dos indivíduos com o meio ambiente, como, por exemplo, o uso de plantas medicinais, pelos indígenas Kaingang no tratamento da hipertensão arterial e do diabetes. Todavia, deve-se atentar para o potencial tóxico de algumas plantas medicinais utilizadas pela população, havendo a necessidade de se fazer o seu uso de forma cautelosa (PEREIRA *et al.*, 2016; GARCIA, 2018).

Assim, conclui-se a necessidade do conhecimento sobre plantas medicinais por parte dos profissionais da saúde, inclusive o enfermeiro. Assim, julga-se

importante a existência de cursos de atualização sobre o uso de plantas em tratamentos terapêuticos e, na própria graduação, abordar essa temática durante a formação profissional, uma vez que grande parcela dos povos indígenas tem em seu Sistema Popular a prática de utilizar as plantas medicinais, e que, na aldeia, há um acesso fácil a algumas espécies de plantas (SILVA *et al.*, 2015).

Nesse intuito, o Brasil, no dia 22 de junho de 2006, foi aprovada por base no Decreto 5.813, a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos que visa garantir à população o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, promovendo o uso sustentável da biodiversidade, o desenvolvimento da cadeia produtiva e da indústria nacional, o que potencializa o uso das plantas medicinais nessa realidade (BRASIL, 2006).

Medicalização do processo saúde-adoecimento

Quando indagados quais cuidados realizavam para manter ou recuperar a saúde, os participantes sinalizaram a utilização dos medicamentos de forma unanime, associada a realização de consultas médicas.

Quando eu estou com muita dor vou pra farmácia tomar injeção, já tomo muita pílula. (Idoso 3)

O que eu faço... é tomar aquele remédio. Esses comprimidos, você pode acreditar que mês passado eu comprei tanto do comprimido, que aqui não tem para vender né? De 50 real só sobrou 15 reais, de tanto comprimido que comprei... (Idoso 6)

Para cuidar da saúde eu vou pro médico né? para ele passar remédio. Ele passou uns comprimidos pra mim, mas ele disse: ói só tome quando a dor tiver aperreando. Passou dois envelopes. Agora eu faço tomar o medicamento que o médico passar e ter o repouso né? (Idoso 12)

Para cuidar da saúde o que eu faço é pegar esses remédios e tomar pra vê se melhora. Eu vou no médico, ele passa o medicamento, eu tomo ai melhora. (Idoso 16)

O que eu faço para cuidar da saúde!? O principal para cuidar da saúde a pessoa tem que comprar os remédios, o cara só vai comprar o remédio na hora que sentir uma doença. (Idoso 17)

Na percepção de saúde dos entrevistados, é possível reconhecer a utilização crescente de medicamentos por essa população, assim como uma dependência e submissão ao conhecimento técnico-científico do médico o que

pode gerar uma perda da autonomia dos indivíduos no cuidado à própria saúde. Esse fenômeno denomina-se de iatrogênese social que diz respeito ao processo de dependência crescente da população, no caso presente da parcela idosa, em relação a prescrições médicas, medicações, exames laboratoriais, conhecimento especializado e normas de conduta da medicina, levando à disseminação da ideia do "papel de doente", em que o sujeito se torna passivo e dependente da autoridade médica (LE BRETON, 2011).

Os resultados demonstram que o conhecimento médico-científico foi absorvido pela cultura local, o que influencia os modos de pensar e agir dos idosos investigados. Os participantes acabam reproduzindo uma cultura de cuidado com uma visão biomédica que associa a utilização de medicamentos com o alcance e manutenção da saúde. Outro aspecto evidente pelos relatos é que as práticas preventivas adotadas pelo grupo relacionam-se predominantemente com o a medicina através das consultas e prescrições medicamentosas. Fica evidente a prevalência do modelo médico-curativo que permeia os serviços de saúde, constituindo como senso comum a medicalização da prevenção (MORAES *et al.*, 2016; VILARINO; LOPES, 2015).

Em relação especificamente ao uso exacerbado de medicamentos, Barbosa, Cabral e Alexandre (2019) apontam que os povos indígenas estão passando por um processo de medicalização do processo saúde-doença, com o uso abusivo dos medicamentos, a automedicação e prescrição indiscriminada de fármacos, como, por exemplo, os psicotrópicos. Os resultados apresentados evidenciam elevados índices de consumo de psicotrópicos pelos indígenas da etnia Xukuru e, em contrapartida, um distanciamento das práticas tradicionais de cura vinculado à um modelo de atenção à saúde fragmentário, biologicista e centrado na prescrição medicamentosa, ao contrário do que é preconizado pela PNASPI (BARBOSA; CABRAL; ALEXANDRE, 2019).

Envelhecimento ativo para prevenção de doenças

Por último, nessa subcategoria, são apresentadas as falas dos idosos alguns significados que dão representatividade a uma velhice ativa ligado à importância do trabalho, o desempenho na realização das atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária.

Para me sentir bem eu trabalho com plantas, com pessoas, eu me sinto bem trabalhando! Se eu passar um dia sem fazer nada eu fico doente, porque desde criança eu sou acostumada a trabalhar e aí assim, eu professora, passei 26 anos em sala de aula e a vida de professor é muito agitada e a gente não pode parar de vez [...] (Idoso 1)

Trabalho para ter saúde né? o trabalho ajuda muito. Não é um trabalho muito “forçoso” não, mas a gente movimentar ajuda muito a saúde, a pessoa viver parado num canto é que não dá né (Idoso 5)

Para ter saúde eu trabalho em todo serviço que me botar para trabalhar, porque quando eu não trabalho eu fico doente (Idosos 7)

Antes de ficar doente (fraturar o braço) eu caminhava, ia lá pra Santa Teresinha...Isso ajuda, porque a gente andando é bom pra o coração e a gente parado não é bom não. Eu fazia tudo, varria meus terreiros, eu varria minha casa, colocava água na cisterna. (Idoso 8)

É importante destacar que a qualidade de vida do idoso está diretamente relacionada ao envelhecimento ativo o qual tem relação com a autonomia e à sua capacidade funcional favorecendo o envelhecimento bem-sucedida, associado à redução das doenças crônicas, bem como se relaciona às capacidades físicas e mentais preservadas, aliadas às interações sociais significativas. Assim, tornam-se relevantes os programas de prevenção e de promoção da saúde voltados para os usuários na terceira idade (SOARES *et al.*, 2018).

Um estilo de vida saudável está associado ao incremento da prática de atividades físicas, sejam elas realizadas no âmbito do trabalho, da locomoção, do lazer e das atividades domésticas, e, como consequência, com melhores padrões de saúde e qualidade de vida. Sendo assim, é importante que haja um planejamento de ações voltadas para esse grupo populacional, que é crescente, no sentido de preparar a sociedade brasileira para um envelhecimento mais saudável, o que aumentará a qualidade de vida adicional adquirida ao longo de décadas (TOSCANO; OLIVEIRA, 2009).

Com isso, a promoção do envelhecimento ativo, é reconhecidamente a meta de toda ação de saúde. Sua abordagem baseia-se no reconhecimento dos direitos das pessoas idosas e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e autorrealização. Para tanto é importante entender que as pessoas idosas constituem um grupo heterogêneo, mas que possui pontos em comum. Também será necessário vencer preconceitos e discutir mitos arraigados

em nossa cultura, principalmente concernente ao modo de vida da pessoa idosa indígena. Os profissionais de saúde e a comunidade devem perceber que a prevenção e a promoção de saúde não são privilégio apenas dos jovens, e as ações de prevenção, sejam elas primárias, secundárias ou terciárias, devem ser incorporadas à atenção à saúde da pessoa idosa (BRASIL, 2006).

6.3 INTEGRAÇÃO DOS RESULTADOS QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS.

Este item descreve as convergências e divergências observadas entre os resultados obtidos nas abordagens quantitativa e qualitativa, relacionadas as respostas humanas e a cultura de autocuidado das pessoas idosas indígenas a partir dos componentes da Teoria da Universalidade e Diversidade do Cuidado Cultural.

6.3.1 Estrutura cultural e social

Ao se analisar os dados quantitativos e qualitativos é possível observar características específicas da estrutura cultural e social do grupo estudado que exercem influência sobre a visão de mundo e significado da saúde, doença e construção da cultura de autocuidado. Os fatores religiosos e filosóficos estão marcados com ênfase nos idosos indígenas, por ser observado que todos os participantes apresentaram algum tipo de crença religiosa e 98% acreditavam na força da natureza.

As falas apresentadas nas entrevistas, apontaram como a espiritualidade/religiosidade oportuniza a sensação de saúde e bem estar, assim como uma ferramenta de cura e busca pela saúde. Essa realidade pode ser observada no seguinte trecho: “*só Deus nosso Senhor que bota o braço no meio, assim a gente pede muita saúde à Deus, porque Deus nosso Senhor dá a saúde a pessoa. (Idoso 13)*”.

Esses achados ainda são corroborados quando observa-se que 64,7% afirmaram recorrer a ritual de cura por intermédio das benzedeiiras/curandeiras que ainda permanecem na comunidade. Estudos revelam que o uso da religiosidade como recurso terapêutico é compatível para melhoria da saúde mental e física da pessoa idosa, permitindo elucidar um melhor desempenho na qualidade desses indivíduos, existindo associação positiva entre religiosidade e a

qualidade de vida em pessoas idosas, ou seja, os idosos com melhores índices de espiritualidade apresentaram também melhores índices de qualidade de vida (SANTOS; ABDALA, 2014).

No estudo de Marques *et al.* (2015), observou-se o papel pessoa mais velha dentro da a dinâmica cultural de uma comunidade indígena e evidenciou sua ligação com o papel com à transmissão e preservação dos costumes: mitos, rituais e frequência à casa de reza. Assim, é existente ainda entre os povos indígenas a preocupação em preservar a religião, evitando quebra da tradição e perpetuação desses costumes.

Concernente a tradição da reza, esta adquire um valor fundamental, uma vez que é pois é tida como uma forma de combater algumas doenças, tipos de mal-estares e até mesmo pedir saúde. Nesse contexto, algumas pessoas mais velhas servem de força motriz para perpetuação desse costume, reúnem-se com pessoas da comunidade rezar, realizar os rituais religiosos, além de cantos e aconselhamentos, contam histórias, a fim de transmitir seus costumes, valores e religião (MARQUES *et al.*, 2015).

Os fatores de companheirismo e sociais surgem como expressivos para os significados em saúde, doença e autocuidado. Na população estudada 60,8% dos idosos tinham companheiro e 74,5% morava com o núcleo familiar. Os dados qualitativos fortalecem esse aspecto, como pode ser observado no trecho a seguir: *“[...]eu penso assim, na hora que eu precisar eu tenho a minha família ao meu lado né, se eles precisarem de mim eu também estou pronta, ai me ajuda muito. A pessoa que vive aqui sem ter desgosto de nada, com uma família unida, com boa criação, que não vive dando desgosto, agonia nenhuma... eu acho que isso ajuda muito a saúde da pessoa (Idoso 5).*

A família possui um papel fundamental no cuidado a pessoa idoso, pois é nesse âmbito que envelhecimento ganha significância e magnitude, uma vez que as necessidades de cuidados aumentam e a família deve ser é o principal ponto de apoio do idoso. Outrossim, a também necessita de atenção dos profissionais de saúde, a fim de prepara-los para que o cuidado oferecido seja de qualidade e humanizado, e os familiares também sintam-se corresponsável pela saúde da pessoa idosa (SANTOS *et al.*, 2016).

Na realidade indígena, a família configura-se de duas formas distintas. Primeiramente é vista como os graus de parentescos em relação aos laços de

sangue, contudo também é percebida de forma mais ampla, na qual a comunidade caracteriza-se como um grande grupo familiar, como por exemplo, na etnia Guarani-Mbyá e Potyguara (grupo familiar Mendonça do Amarelão) (MARQUES *et al.*, 2015).

Nessa situação descrita, compreende-se que prestar assistência à pessoa idosa sem englobar e contextualizar sua família segue em contra fluxo a lógica da integralidade, uma vez percebido o papel da família nesse cenário. Ressalta-se que esses familiares podem ser o cuidador principal do idoso, e de acordo com as necessidades e grau de cuidado demandado podem apresentar desgaste físico, psicológico e emocional, sendo então também objeto do cuidado e assistência da rede de atenção à pessoa idosa (SANTOS *et al.*, 2016).

Dada a importância da família como órgão de apoio e desenvolvimento de cuidado e saúde, a impossibilidade de o idoso dispor desse recurso poderá levá-lo a situações de morbidade significativa, seja sob a perspectiva física, psíquica ou social que acabam por interferir na capacidade funcional do idoso. Dessa feita, a mobilização da rede de suporte informal por meio da família (parentes, amigos, vizinhos, comunidade) deve transcender aspectos meramente do uso desse suporte e sim realmente a integração do idoso com esta rede familiar (REIS; TRAD, 2015; GUEDES *et al.*, 2017).

6.3.2 Visão de mundo e sua relação significados de saúde, doença e a cultura de autocuidado

A visão de mundo está relacionada com a organização social e cultural de um povo e assim, é refletida nos modos de vida, os quais variam de povo para povo dependendo do tipo de relações estabelecidas com o meio natural e sobrenatural (VIEIRA *et al.*, 2016).

Para a enfermagem transcultural, a visão de mundo é a maneira pela qual as pessoas percebem o universo, o mundo, constroem e vivem seus valores sobre o mundo e suas vidas (GEORGE, 2000). Nessa perspectiva, para se pensar na assistência à saúde ao idoso indígena, é imprescindível a compreensão acerca do significado indígena sobre saúde e doença, pois estes resultam na cultura de autocuidado em saúde e subsidiam a interação individual e coletiva, inclusive com os profissionais da saúde.

Neste estudo, foi investigada o significado de saúde, da doença e a cultura de autocuidado, pois o contexto da assistência de enfermagem em saúde indígena baseada na atenção diferenciada e na enfermagem transcultural está diretamente relacionadas a estes fenômenos.

6.3.3 Significado de saúde

Sobre o significado de saúde, a partir das falas dos participantes, pode-se perceber a compreensão desta como a ausência de doença, o que é observado no trecho a seguir:

“Meu filho eu acho que saúde é quando a gente não sentir nada né? vive normal, é tudo normal na vida da gente, a gente não sentir nada, ai eu acho que isso aí é uma saúde, mas eu acho que se a pessoa só sente problema do jeito que eu sinto, eu não vou dizer que eu tenho saúde, porque eu não tenho.” (Idoso 16)

A fala acima reforça uma lacuna nas ações de autocuidado voltados para prevenção, observados pelos dados quantitativos apontam que 51% dos idosos costumam se consultar com o enfermeiro e apenas e apenas 29,3% realiza consultas de prevenção do câncer de próstata/pênis ou colo de útero/mama. Salienta-se que esses índices são preocupantes pelo motivo da existência de uma unidade básica de saúde dentro do território da comunidade indígena do Amarelão.

Essa percepção de saúde como ausência de doença expressa pelos idosos dialoga com a lógica do modelo biomédico e medico-curativista ainda predominante na formação dos profissionais de saúde e na condução dos processos assistenciais e gerenciais dos serviços de saúde. Acrescenta-se a estes a influência do paradigma cartesiano e flexneriano, ainda dominante no campo da saúde, expresso por meio do mecanicismo, da unicausalidade, do tecnicismo, do biologicismo, do individualismo, e principalmente do curativismo. Contudo, a partir de uma reflexão baseada na literatura e nas políticas públicas vigentes em nosso país, percebeu-se a incorporação de um novo paradigma emergente, necessário para compreendermos as necessidades de saúde do idoso indígena frente às mudanças no perfil epidemiológico, observadas ao decorrer das últimas décadas do século XX (RAMOS *et al.*, 2013; MENDES, 2006)

O surgimento de um novo paradigma emergente na saúde, relaciona-se com a mudança paradigmática descrita por Thomas Kuhn, como sendo consequência do acúmulo de crises no interior de um paradigma, resultante de um determinado momento histórico onde predomina um quadro epistêmico (KUHN, 1996).

O paradigma da produção social da saúde é orientado pelo conceito positivo de saúde e traz consigo um conceito ampliado de saúde, em que o ser saudável, não pode ser apenas àquele que não está doente, mas também a possibilidade do indivíduo produzir a sua própria saúde, quer mediante cuidados tradicionalmente conhecidos, quer por ações que influenciem o seu meio – ações e políticas para a redução de desigualdades, cooperação intersetorial e participação da sociedade (RAMOS *et al.*, 2013; MENDES, 2006)

Nessa perspectiva, a criação do SUS enquanto processo social de construção coletiva, tem como maior conquista a retirada da indigência de milhões de brasileiros despossuídos, que adquirem o direito à saúde, antes negado pelo modelo médico-assistencial privatista (AZEVEDO, 2017). Hoje, a promoção à saúde nos sistemas de saúde constitui-se numa necessidade, pautada na análise e intervenção dos determinantes e condicionantes sociais da saúde, o que demanda o envolvimento dos usuários, profissionais e gestores, além da intersetorialidade.

Essa nova realidade necessita de uma profunda mudança na formação profissional (nível técnico, graduação e pós-graduação) para que os profissionais da saúde possam atuar como agentes de transformação, possibilitando aos usuários, principalmente aqueles que são minorias e vulneráveis, como os idosos indígenas, a terem acesso a informação acerca da necessidade e importância da prevenção como forma de melhoria da qualidade de vida e assim proporcionando promoção à saúde.

Para os idosos indígenas a saúde também tem relação com a capacidade funcional para desempenho das atividades cotidianas. Os dados qualitativos sinalizaram esse aspecto, como pode ser observado a seguir:

“Saúde é andar para brincar com as outras, para andar de pés, para baixo e pra cima. A saúde não é essa né? pra pessoa viver só dentro de uma rede também não dá né?” (Idoso 6)

“Com saúde eu trabalho, eu luto na minha casa, eu lavo roupa, eu lavo louça, faço tudo. Isso é importante por que a gente tá movimentando o corpo, ai depois se eu caí doente (fraturou o braço) eu estou “enfadada” dentro de uma rede ou fico sentada direto, isso é muito ruim!” (Idoso 8).

Tais percepções sobre saúde descritas pelos entrevistados, remetem-nos a importância da manutenção da capacidade funcional da pessoa idosa. É imprescindível, reconhecer essa necessidade como fundamental para o sentimento de bem-estar e saúde da pessoa idosa indígena, contudo, os dados quantitativos demonstraram características preocupantes das condições de saúde dos participantes.

Ressalta-se que 58,8% dos idosos afirmaram possuir alguma limitação para realizar alguma AVD, nesse aspecto 52,9% possui dificuldade para mastigar, 47,1% para engolir. Ainda sobre condições de saúde, 88,2% referiram acuidade visual diminuída, além de 72,5% dos idosos afirmarem sentir algum tipo de dor, sendo em 66,7% há mais de 3 meses.

Observa-se haver uma divergência entre os dados qualitativos e quantitativos na perspectiva de que as condições de saúde apresentadas pelos idosos indígenas são inversas à percepção de saúde do sistema popular, caracterizando-os como idosos não saudáveis. Essa ligação entre a capacidade funcional e saúde da pessoa idosa também é compreendida e vivenciada pelo sistema profissional, sendo a capacidade de executar atividades de vida diária o mais importante indicador de funcionalidade em idosos observados na literatura (LOPES; SANTOS, 2015).

De qualquer forma, é importante conhecer o perfil funcional dos idosos para a elaboração de um plano de ação que integre atividades de promoção da saúde, de prevenção e tratamento desses comprometimentos, quando for o caso. Diante dessa realidade a caderneta de saúde da pessoa idosa configura-se como uma ferramenta para a qualificação da atenção e prevenção do declínio funcional, uma vez que promove o levantamento periódico de determinantes importante que podem interferir no bem-estar da pessoa idosa e leva-lo a fragilidade (LOPES; SANTOS, 2015; SCHMIDT *et al.*, 2019).

6.3.4 Significado de doença

No que concerne ao significado de doença, os idosos expressaram a relação deste com a presença de sentimentos negativos, como, por exemplo, evidenciado na fala a seguir:

“Estar doente é uma tristeza, a pessoa doente não tem alegria! Eu não vou dizer que eu tenho alegria, eu gostava de fazer as coisas de dia, agora não faço porque estou doente, não posso mais, isso é uma tristeza!” (Idoso 3)

“Me sinto desanimada, porque não tem saúde.” (Idoso 15)

Nessa perspectiva, os dados quantitativos também demonstram essa relação, ao ser observado a existência de diagnósticos de enfermagem que estão relacionados com sentimento negativos sendo estes, Ansiedade (13,7%) e Medo (3,9%), como também a existências de DE que podem ser consequências desses sentimentos negativos ligados ao significado de doença, como, por exemplo, Insônia (17,6%), Processos familiares disfuncionais (7,8%) e Controle ineficaz da saúde (3,9%).

Diante desta condição, as limitações trazidas pelo adoecimento repercutem em sentimentos negativos e sofrimento emocional para os idosos. As doenças crônicas por gerarem diminuição da funcionalidade têm impacto significativo na qualidade de vida da pessoa idosa por interromperem a continuidade do estilo de vida. Em um estudo realizados com idosos, 30% dos participantes apontaram que a presença de doenças crônicas indicaram um quadro de dependência e diminuição da autonomia, sendo relatado em contexto de sofrimento psicológico, angústia e declínio da qualidade de vida (ROCHA; CIOSAK, 2014).

Para Bretanha *et al.* (2015) a presença de incapacidades funcionais dobrou a probabilidade de ocorrência de sintomas depressivos em pessoas idosas, corroborando que a mínima alteração nas funções nas AVD pode ser fator para perda da autonomia e conseqüente isolamento social, além do desenvolvimento de sentimentos de ansiedade e insegurança, podendo evoluir para um quadro depressivo (BRETANHA *et al.*, 2015).

A partir das falas dos participantes, foi possível perceber quais condições por eles vivenciadas são vistas, por estes, como problemas de saúde. Dentre as

condições estão a presença da percepção dolorosa, ansiedade, declínio cognitivo com dificuldade para lembrar informações, acuidade visual diminuída, alterações no sono e as doenças crônicas, como, por exemplo, a diabetes mellitus.

Sendo compatíveis com alguns diagnósticos de enfermagem identificados tais como Ansiedade, Memória prejudicada, Distúrbio no padrão de sono, Dor crônica, e até mesmo condições de saúde como a presença de doenças crônicas associadas 58,8% e a acuidade visual diminuída em 88,2% dos idosos.

6.3.5 Cultura de autocuidado

Sobre a cultura de autocuidado das pessoas idosas indígenas, dentro das principais práticas observou-se o uso de chá de plantas medicinais com frequência de 76,5% dos participantes. Esse uso também está presente nos dados qualitativos, como é evidenciado no relato abaixo:

“Olha pra ser sincera primeiramente recorra as minhas plantas né? Primeiro utilizo as plantas aí depois que eu vejo que eu tenho que no médico, que eu não resolvo com aquele chá, com aquela coisa, aí eu vou no médico no postinho” (Idosa 1).

Essa prática é corroborada pelos resultados de Pereira *et al.* (2016), foi relatado o uso de plantas por 78,4% dos idosos, estas adquiridas nos próprios quintais. Esses dados constataam que as plantas medicinais estão presentes no cotidiano dos idosos, refletem o conhecimento popular dos mesmos sobre seu uso, refletindo como um importante recurso terapêutico para a assistência à saúde dessa população (PEREIRA *et al.*, 2016).

No contexto, as plantas medicinais são de fácil acesso à população, resgata o conhecimento popular e favorece a participação popular no processo de autocuidado. Diante dessa realidade, no SUS, são desenvolvidas ações para a implementação da a PNPMF (BRASIL, 2006), contudo pouco se avançou devidos diversas dificuldades para seu uso, dentre estas, o pouco conhecimento os profissionais de saúde têm sobre a Fitoterapia, o entendimento deturpado sobre a eficácia e a segurança deste tratamento por parte de usuários e profissionais de saúde o que tem ligação a uma lógica nos moldes que favorecem o uso do medicamento sintético em detrimento à outras possibilidades terapêuticas (FIGUEREDO; GURGEL; GURGEL JÚNIOR, 2014).

Salienta-se que em um estudo realizado com discentes do curso graduação em enfermagem foi verificado a insegurança que os graduandos possuem frente à atuação como futuros profissionais nas orientações referentes ao uso das plantas medicinais. Estes achados apontam a necessidade de revisão nos currículos para que deem suporte sobre o tema, com vistas à promoção da saúde e a integralidade do cuidado.

Justifica-se, assim, a necessidade de incorporação da temática da utilização das plantas medicinais, como terapia complementar à saúde, nos cursos de graduação, pois o assunto não é discutido claramente nas aulas teóricas e nem praticado durante as atividades em campo. Mesmo com a existência de resolução do COFEN, concedendo aos enfermeiros o uso de plantas medicinais como uma de suas especialidades (BADKE *et al.*, 2017).

Ainda sobre a cultura de autocuidado, os dados quantitativos revelam um grande consumo de medicamentos pelos idosos indígenas, mais da metade dos participantes (56,9%) utilizam medicamentos de uso contínuo, entre os quais apresentaram-se em maiores frequências os anti-hipertensivos 37,3% e psicotrópicos 11,8%. Sobre este ponto, os dados qualitativos reafirmam essa prática como presente na cultura de autocuidado, como observado abaixo:

O que eu faço... é tomar aquele remédio. Esses comprimidos, você pode acreditar que mês passado eu comprei tanto do comprimido, que aqui não tem para vender né? De 50 real só sobrou 15 reais, de tanto comprimido que comprei... (Idoso 6)

O que eu faço para cuidar da saúde!? O principal para cuidar da saúde a pessoa tem que comprar os remédios, o cara só vai comprar o remédio na hora que sentir uma doença. (Idoso 17)

Estes resultados são corroborados por Barbosa, Cabral e Alexandre (2019) ao observarem que indígenas da etnia Xukuru apresentaram elevados índices de consumo de medicamentos, entre esses, psicotrópicos e, em contrapartida, apresentaram um distanciamento das práticas tradicionais de cura. Os achados mostraram que a presença de vulnerável socioeconômica leva essa população à cronificação do consumo dos psicotrópicos. Isso sinaliza para um processo de medicalização das problemáticas de saúde entre os grupos étnicos indígenas, vinculados ao predomínio do modelo biomédico nos serviços de saúde o que desencadeia uma atenção à saúde fragmentário, biologicista e centrado na

prescrição e consumo medicamentoso (BARBOSA; CABRAL; ALEXANDRE, 2019).

Uma pesquisa etnográfica realizada com a etnia Guarani, também demonstrou a medicalização, situação na qual a APS oferecida para aquela população tinha como forte característica o “assistencialismo hipermedicalizante de caráter curativo”, estando a disponibilidade de medicamentos associada a presença das equipes de saúde na aldeia, o que volta-se a reflexão da responsabilidades dos profissionais de saúde na prescrição e introdução dos medicamentos nas práticas de cuidado e saúde entre dos indígenas (DIEHL; GRASSI, 2010).

Esse contexto apresentando, evidencia além do processo de medicalização, o de farmacologização, o qual interage com os processos de medicalização. A farmacologização cria identidades em torno do uso de determinados fármacos dentro de grupos populacionais, além de reforçar a ideia de que para cada mal existe um comprimido para trata-lo, levando à expansão da utilização de fármacos de forma abusiva, incluindo o uso por indivíduos saudáveis (CAMARGO JÚNIOR, 2014).

Por fim, dentro da cultura de autocuidado das pessoas idosas indígenas, compreende-se que o envelhecimento ativo é percebido como uma forma de se prevenir complicações da velhice, como a própria incapacidade, perda da autônima e a instalação da fragilidade no idoso. Estes aspectos são revelados nos dados qualitativos, como pode ser observado abaixo:

“Para me sentir bem eu trabalho com plantas, com pessoas, eu me sinto bem trabalhando! Se eu passar um dia sem fazer nada eu fico doente, porque desde criança eu sou acostumada a trabalhar[...] (Idoso 1)

Trabalho para ter saúde né? o trabalho ajuda muito. Não é um trabalho muito “forçoso” não, mas a gente movimentar ajuda muito a saúde, a pessoa viver parado num canto é que não dá né (Idoso 5)

Sobre esta condição, observa-se uma relação diretamente entre envelhecimento ativo e participação comunitária dos idosos. Assim, uma participação social reduzida pode contribuir para exacerbar incapacidades ou impor limitações no estilo de vida, contribuindo para o isolamento social, que por

sua vez, pode interferir na saúde e na qualidade de vida do idoso (CAMPOS; FERREIRA; VARGAS, 2015).

Campos, Ferreira e Vargas (2015), evidenciaram uma baixa participação comunitária de idosos (21,9%), contudo, concernente a este aspecto, o grupo de idosos indígenas do presente estudo, apresentaram uma frequência de 43,1%, o que pode ser justificado pelo fato do idoso, na cultura indígena, apresentar importante papel na preservação dos costumes e cultura, uma vez que este é visto como aquele que detém conhecimento das práticas tradicionais e história do seu povo e, por isso, tem responsabilidade de repassar essas crenças e saberes como forma de perpetuar a identidade do seu povo (BORGHI *et al.*, 2015).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da integração entre os dados quantitativos e qualitativos, este estudo explorou as respostas humanas e a cultura de autocuidado de pessoas idosas indígenas no contexto da comunidade, na perspectiva da Visão de mundo, das características da Estrutura Cultural e Social e sua influência nos significados de saúde, doença e cultura de autocuidado em saúde.

Em relação à estrutura cultural e social percebeu-se haver forte influência da crença nas forças da natureza e do cristianismo. No tocante as relações familiares e de parentesco, a maioria dos idosos possuem companheiro e moravam junto ao núcleo familiar, e uma expressiva parcela exerce alguma função social na comunidade.

Ao reportarmos as condições de saúde, destaca-se a presença do hábito do etilismo e tabagismo, assim como as limitações para realização de alguma Atividade de Vida Diária. Ressalta-se a presença marcante das doenças crônicas e uso de medicamentos com frequência, referido por mais da metade dos participantes aliadas a baixa prática de cuidados preventivos. Soma-se a esta realidade a ausência da Caderneta de saúde da Pessoa Idosa, a qual levanta questionamentos quanto ao acesso universal aos serviços de saúde e qualidade da assistência à esta população.

Ao nos deparar com o perfil dos diagnósticos de enfermagem encontrados nas pessoas idosas indígenas, identificou-se um conjunto de respostas humanas, que revelam o comprometimento funcional e independência do idoso, sendo os Diagnósticos de Enfermagem mais frequentes: Dentição Prejudicada; Risco de integridade da pele prejudicada; Dor crônica; Risco de volume de líquido deficiente; Deglutição prejudicada; Deambulação prejudicada; Distúrbio no padrão de sono; Incontinência urinária de esforço; Risco de quedas e Disfunção sexual.

Diante dessa realidade, as respostas humanas identificadas, indicam que as condições de saúde apresentadas por esse grupo de idosos, quando não tratadas e/ou acompanhadas pelos serviços de saúde, geram alto grau de dependência e diminuição da expectativa de vida do idoso. Nesse sentido, reafirma-se a necessidade do acompanhamento pelo profissional enfermeiro, principalmente com ações voltadas para a prevenção e controle dos agravos, além

das ações de reabilitação, evitando maiores complicações e instalação da fragilidade.

Com base nas convergências e combinações dos resultados qualitativos e quantitativos, identificou-se que entre as respostas humanas mais presentes nas pessoas idosas indígenas, são àquelas resultantes de fatores que influenciam a capacidade funcional da pessoa idosa.

Sobre a autopercepção de saúde, os problemas informados relacionam-se as condições limitantes que também interferem no desempenho de atividades do cotidiano. No que diz respeito às práticas de autocuidado, evidenciou-se a utilização de plantas medicinais para prevenção e tratamento de doenças, assim como, a realização de atividades domésticas, trabalho braçal e a autonomia na resolução de problemas, como formas de obtenção de saúde, ou seja, um envelhecimento ativo.

Todavia, há um processo de medicalização do processo saúde-doença, étnico e singular, presente nesse universo tão específico. É possível identificar essa realidade quando os mesmos citam a dependência do uso de fármacos, inclusive psicotrópicos. Informações estas, também evidenciadas nos dados quantitativos, implicando na necessidade de reflexões a acerca do uso abusivo, da automedicação e sobre a prescrição indiscriminada de medicamentos para esta população.

Os resultados do estudo, também revelaram uma baixa presença de práticas de prevenção adotadas pelo grupo, o que deixa evidente a influência do modelo médico-curativo, absorvido nas práticas de autocuidado dessa população, fruto do contato com a sociedade não indígena por meio dos serviços de saúde. Salienta-se a necessidade do fortalecimento da cultura indígena nas práticas de autocuidado por parte dos enfermeiros e profissionais da saúde em geral, afim de reafirmar a identidade própria deste grupo e evidenciar a pessoa indígena como protagonista do próprio processo de cuidado.

O presente estudo possui forte potencial de gerar contribuições para o cuidado de enfermagem qualificado, sistematizado e culturalmente congruente às pessoas idosas indígenas. Acredita-se que foi possível demonstrar a realidade de saúde vivenciada por este grupo específico e conseqüentemente as necessidades em saúde desta população.

Como limitação do estudo, acredita-se que utilização de um instrumento não validado para guiar a consulta de enfermagem possa ter deixado algum aspecto específico de saúde da pessoa idosa descoberto durante o levantamento dos dados, todavia, não foi observado na literatura um instrumento validade voltado a esta população. Assim, como sugestão, acredita-se necessário a construção e validação de um instrumento para consulta de enfermagem à pessoa idosa indígena que possibilite seu uso na prática assistencial, como também na pesquisa em enfermagem.

REFERÊNCIAS

ABREU, D.R.O.M.; *et al.* Fatores associados à recorrência de quedas em uma coorte de idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 11, p.3439-46, 2016.

ALENCAR, D.L.; *et al.* Fatores que interferem na sexualidade de idosos: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3533-3542, 2014.

ALMEIDA, T.S.O.; FOOK, S.M.; MARIZ, S.M. Associação entre etilismo e subsequente hipertensão arterial sistêmica: uma revisão sistematizada. **Revista saúde e ciência online**, v. 5, n. 1, p. 76-90, 2016.

ALVES, S.A.A.; OLIVEIRA, M.L.B. Aspectos socioculturais da saúde e da doença e suas repercussões pragmáticas. **J Hum Growth Dev**, v. 28, n. 2, p. 183-88, 2018.

AMARAL, I.T.; ABRAHÃO, A.L. Nursing consultation in Family Health Strategy, increasing the recognition of the distinct forms of action: an integrative review. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 9, n. 4, p. 899, 2017.

AMARAL, Z.M.P.; *et al.* Fatores associados ao tabagismo em idosos: Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP). **Cad Saúde Pública**, v. 28, n. 3, p. 583-96, 2012.

ANDRADE, L. E.; *et al.* Avaliação do nível de autonomia e funcionalidade idosos, a partir da aplicação de bateria de testes do protocolo GDLAM: revisando a literatura. **Ciências Biológicas e de Saúde**, Aracaju, v.3, n.1, p.61-72, out. 2015.

ANDRANDE, G.S.C.R.; FERNANDA, M. Assistência de enfermagem à população indígena: um estudo bibliográfico. **Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo**, v. 63, n. 2, p. 100–104, 2018.

ANTES, D.L.; SCHNEIDER, I.J.C.; D'ORSI, E. Mortalidade por queda em idosos: estudo de série temporal. **Rev Bras Geriatr Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 769-778, dez. 2015.

ARAÚJO, L.U.A.A.; *et al.* Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.8, p.3521-3532, 2014.

ASHMAWI, H.A. Dor no idoso. **Rev Dor**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 161, Sept. 2015.

AZEVEDO, D.M.; *et al.* Paradigmas emergentes: um ensaio analítico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 10, n. 3, mai. 2017.

BADKE, M.R.; *et al.* O conhecimento de discentes de enfermagem sobre uso de plantas medicinais como terapia complementar. **J. res.: fundam. care. Online**. v. 9, n. 2, p. 459-465, abr./jun 2017.

BADKE, M.R.; *et al.* Saber popular: uso de plantas medicinais como forma terapêutica no cuidado à saúde. **Rev Enferm UFSM**, v. 6, n. 2, p. 225-34, jun. 2016.

BARBOSA, V.F.B.; CABRAL, L.B.; ALEXANDRE, A.C.S. Medicalização e Saúde Indígena: uma análise do consumo de psicotrópicos pelos índios Xukuru de Cimbres. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 2993-3000, ago. 2019

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Portugal: Edições 70, 2009.

BARRETO, M.; *et al.* Aging population and chronic diseases: Reflections on the challenges for the System of Public Health. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 18, n. 1, p. 325–339, 2015.

BARRETO, M.P. A rede federal de educação e sua expansão no rio grande do norte: uma análise do campus do IFRN na Cidade de João câmara/RN. **HOLOS**, v.4, p. 415-437, 2014.

BARROS, A.; GOLDBAUM, M. Desafios do envelhecimento em contexto de desigualdade social. **Rev Saude Publica**, v. 52, n. 2, p. 9–11, 2018.

BORGHI, A.C.; CARREIRA, L. Condições de vida e saúde do idoso indígena Kaingang. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 19, n.3, p. 511-517, 2015.

BORGHI, A.C.; *et al.* Singularidades culturais: o acesso do idoso indígena aos serviços públicos de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.49, n.4, p.589-595, 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília; 12 dez. 2013.

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

BRASIL. Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília; 01 out. 2003.

BRASIL. Lei n. 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. **Diário Oficial da União**, Brasília; 04 jan. 1994.

BRASIL. Lei nº 9.836 de 23 de setembro de 1999. Acrescenta dispositivos à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. **Diário Oficial da União**, Brasília; 23 set. 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. **Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política e Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório do III Fórum de Monitoramento do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRITO, K.Q.D.; MENEZES, T.N.; OLINDA, R.A. Incapacidade funcional: condições de saúde e prática de atividade física em idosos. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 69, n. 5, p. 825-832, out. 2016.

CAMARGO, J.R.; ROCHEL, K. Medicalização, farmacologização e imperialismo sanitário. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 844-846, Mai. 2013

CAMPOS, A.C.V.; FERREIRA, E.F.F.; VARGAS, A.M. Determinantes do envelhecimento ativo segundo a qualidade de vida e gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 7, p. 2221-2237, 2015.

CAMPOS, M. B.; *et al.* Diferenciais de mortalidade entre indígenas e não indígenas no Brasil com base no Censo Demográfico de 2010. **Caderno de Saúde Pública**, v.33, n.5, p.1-6, 2017.

CARDOSO, M.D. Saúde e povos indígenas no Brasil: notas sobre alguns temas equívocos na política atual. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 4, p. 860–866, 2014.

CARVALHO, M.R.; REESINK, E.; CAVIHNAC, J. **Negros no mundo dos índios: imagens, reflexos, alteridades organização**. Natal (RN): EDUFRN, 2011.

CAVALINI, B.A.; FERREIRA, M.C.G.; FERREIRA, M.A. Política Nacional do idoso e sua implementação na assistência de enfermagem. **Revista da Pro-Reitoria da Extensão e Cultura**, v. 02, n. 01, p. 3–11, 2014.

CHAVES, L.J.; GIL, C.A. Concepções de idosos sobre espiritualidade relacionada ao envelhecimento e qualidade de vida. **Ciênc saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 12, p. 3641-3652, Dez. 2015.

CLARES, J.W.B.; *et al.* Subconjunto de diagnósticos de enfermagem para idosos na Atenção Primária à Saúde. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 50, n. 2, p. 272-278, abr. 2016.

COATES, A. R.; MARCHITO, S. P.; VITTOY, B. Indigenous Child Health in Brazil: The Evaluation of Impacts as a Human Rights Issue. **Health and Human Rights Journal**, v.18, n.1, p.221-234, jun. 2016.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº358 de 2009. **Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.** Brasília (DF): COFEN, 2009.

CORBIN, J; STRAUSS, A. **Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing Grounded Theory.** California: SAGE, 2015.

COSTA, F.B.; NEWTON, L.T. Espiritualidade, religiosidade e qualidade de vida em idosos. **Revista Geriatria & Gerontologia**, v. 7, n. 3, p. 173-8, 2013.

COSTA, J.M.; SILVA, G.P. Concepções de saúde para idosos acompanhados em ambulatório de geriatria de uma instituição hospitalar. **Rev SBPH**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 111-128, dez. 2015.

CRESWELL, J.W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativos, quantitativos e misto.** 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CRESWELL, J.W.; CLARCK, V.L.P. **Pesquisa de métodos mistos.** 2 ed. Porto alegre: Penso, 2013.

DIAS, F.A.; GAMA, Z.A.S.; TAVARES, D.M.S. Atenção Primária à saúde do idoso: Modelo Conceitual De Enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 22, n. 3, 2017.

DIAS, M.S.A.; ARAUJO, T.L.; BARROSO, M.G.T. Developing the care proposed by Leininger with a person in dialysis treatment. **Rev Esc Enferm USP**, v. 35, n. 4, p. 354–360, 2001.

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

DINIZ, I.A.; *et al.* Percepção dos enfermeiros gestores da atenção primária sobre o processo de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n. 2, p. 206–213, 2015.

DORNELLES, E.N.P. The christian influence in the originating indigenous cultures guarani and kaingang and the consequential religious syncretism. **Diversidade Religiosa**, João Pessoa, v. 6, n. 2, p. 119-136, 2016.

DUNCAN, B.B; *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Rev Saúde Pública**, São Paulo , v. 46, supl. 1, p. 126-134, Dez. 2012.

DYNIWICZ, A. **Metodologia da Pesquisa em Saúde para iniciantes**. 3 ed. São Caetano do Sul (SP): Difusão, 2009.

FALKENBERG, M. B.; SHIMIZU, H. E.; BERMUDEZ, X. P. D. Social representations of the health care of the Mbyá-Guarani indigenous population by health workers. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 25, n. 2846, p.1-9, 2017.

FERRETTI, F.; *et al.* Qualidade de vida de idosos com e sem dor crônica. **BrJP**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 111-115, Jun. 2018.

FIGUEREDO, C.A.; *et al.* A Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos: construção, perspectivas e desafios. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, n. 2, p. 381-400, 2014.

FURTADO, B.A.; *et al.* Percepção de indígenas munduruku e equipe multidisciplinar de saúde indígena sobre resolutividade na atenção à saúde. **Enferm Foco**, v. 7, n. 3, p. 71-4, 2016.

GARCIA, S.C.P. “Só por Deus”: cura e tratamento de hipertensão arterial e diabetes entre os indígenas Kaingang da Terra Indígena Xapecó, Santa Catarina. **MÉTIS: história & cultura**, jun. 2018.

GAWRYSZEWSKI, V.P. A importância das quedas no mesmo nível entre idosos no estado de são paulo. **Rev Assoc Med Bras.**, São Paulo, v. 56, n. 2, p. 162-167, 2010.

GEORGE, J.B. **Teorias de Enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

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

GOMES, S.C.; ESPERIDIÃO, M.A. Acesso dos usuários indígenas aos serviços de saúde de Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 5, 2017.

GONÇALVES, J.B.; OLIVEIRA, E.L. Diversidade cultural e relações de gênero em. **Educ Pesqui**, v. 44, n. 185144, p. 1–19, 2018.

GUEDES, H.; *et al.* Identificação de diagnósticos de enfermagem do domínio segurança/proteção em idosos admitidos no sistema hospitalar. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 11, n. 2, p. 249-56, 2019.

GUEDES, M.B.O.G.; *et al.* Apoio social e o cuidado integral à saúde do idoso. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, n. 04, p. 1185-1204, 2017.

GUERRA, J. G, A. **Mendonça do Amarelão: origem, migrações, aspectos de sua cultura e identidade étnica**. João Pessoa: Ideia, 2017.

GUTIÉRREZ, M.G.R.; MORAIS, S.C.R.V. Systematization of nursing care and the formation of professional identity. **Rev Bras Enferm**, v. 40, n. 2, p.436-41. 2017.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico**. Rio de Janeiro (RJ): IBGE, 2010.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Os indígenas no Censo Demográfico 2010**: primeiras considerações com base no quesito cor ou raça. Rio de Janeiro (RJ): IBGE, 2012.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geográfica e Estatística. **Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação**. 2018. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>. Acesso em: 18 out. 2018.

JOHN, W.C.; VICKI, L. **Pesquisa de métodos mistos**. 2 ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

KRAUSE, N. Religious meaning and subjective well-being in later life. **Journal of Gerontology: Social Sciences**, v. 58, n. 3, p. 160-70, 2003.

KUHN, T. **A estrutura das revoluções científicas**. São Paulo (SP): Perspectiva, 1996.

KUZNIER, T.P.; *et al.* Fatores de risco para quedas descritos na taxonomia da NANDA-I para uma população de idosos. **R Enferm Cent O Min**, v. 5, n. 3, p. 1855-70, dez. 2015.

LEBRÃO, M.L. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. **Saúde Coletiva**, v. 4, n. 17, p. 135–140, 2007.

LEININGER, M.M. Teoria do cuidado transcultural: diversidade e universalidade. **Anais**. I Simpósio Brasileiro Teorias de Enfermagem; 20-24 maio 1985; Florianópolis, Santa Catarina. Florianópolis: UFSC, 1985. p. 255-88.

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

LENARDT, M.H.; CARNEIRO, N.H.K. Associação entre as características sociodemográficas e a capacidade funcional de idosos longevos da comunidade. **Cogitare Enferm**, v. 18, n. 1, p. 13-20, 2013.

LEOPARDI, M.T. **Teorias em enfermagem: instrumentos para a prática**. Florianópolis: Papa-Livros, 1999.

LIMA, B.M.; ARAÚJO, F.A.; SCATTOLIN, F.A.A. Qualidade de vida e independência funcional de idosos frequentadores do clube do idoso do município de Sorocaba. **ABCS Health Sci**, v. 41, n. 3, p. 168-75, 2016.

LIMA, M.R.A.; *et al.* Nurses' performance on indigenous and African-Brazilian health care practices. **Rev Bras Enferm**, v. 69, n.5, p.788-94, 2015.

LINHARES, C.D.; TOCANTINS, F.R.; LEMOS, A. Nursing actions in primary care and quality of life of the elderly: integrative review. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 6, n. 4, p. 1630, 2014.

LISBOA, J.F.H. Etnogênese e movimento indígena: lutas políticas e identitárias na virada do século XX para o XXI. **Revista de Estudos em Relações Interétnica**, v. 20, n. 2, p. 68–86, 2017.

LOPES, G.L.; SANTOS, M.I.P.O. Funcionalidade de idosos cadastrados em uma unidade da Estratégia Saúde da Família segundo categorias da Classificação Internacional de Funcionalidade. **Rev Bras Geriatr Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 71-83, Mar. 2015.

LUCCHETTI, G.; *et al.* O idoso e sua espiritualidade: impacto sobre diferentes aspectos do envelhecimento. **Rev Bras Geriatr Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 159-167, Mar. 2011.

LUIZ, L.C.; *et al.* Associação entre déficit visual e aspectos clínico-funcionais em idosos da comunidade. **Rev Bras Fisioter**, São Carlos, v. 13, n. 5, p. 444-450, Out. 2009.

MACHADO, J.C.; *et al.* Declínio cognitivo de idosos e sua associação com fatores epidemiológicos em Viçosa, Minas Gerais. **Rev Bras Geriatr Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 109-121, Mar. 2011.

MACIEL, G.M.C.; *et al.* Avaliação da fragilidade no idoso pelo enfermeiro: revisão integrativa. **R Enferm Cent O Min**, v. 6, n. 3, p. 2430-38, dez. 2016.

MARQUES, F.D.; *et al.* A vivência dos mais velhos em uma comunidade indígena Guarani Mbyá. **Psicol Soc.**, Belo Horizonte, v. 27, n. 2, p. 415-427, Ago. 2015.

MARQUES-VIEIRA, C.M.A.; *et al.* Diagnóstico de enfermagem "deambulação prejudicada" no paciente idoso: revisão integrativa da literatura. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 36, n. 1, p. 104-11, 2015.

MENDES, E.V. Entrevista: A abordagem das condições crônicas pelo Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 2, p. 431–436, 2018.

MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 34. ed. Petrópolis, Rj: Vozes, 2015.

MONTEIRO, N.T.; CEOLIM, M.F. Qualidade do sono de idosos no domicílio e na hospitalização. **Texto contexto – enferm**, v. 23, n. 2, p. 356-64, 2014.

MONTICELLI, M.; *et al.* Transcultural Theory applications in nursing practice from master's theses. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 220–228, 2010.

MORAES, G.V.O.; *et al.* A percepção dos idosos sobre o saber biomédico no cuidado à velhice e às "coisas da idade". **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, n. 1, 2016.

MOURAO, L.F.; *et al.* Estudo da associação entre doenças crônicas naturais do envelhecimento e alterações da deglutição referidas por idosos da comunidade. **Audiol Commun Res.**, São Paulo, v. 21, e1657, 2016.

NANDA. North American Nursing Diagnosis Association International. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: Definições e classificações 2018-2020**. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

NOBREGA, R.V.; NOBREGA, M.M.L.; SILVA, K.L. Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para crianças na Clínica Pediátrica de um hospital escola. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 64, n. 3, p. 501-510, Jun. 2011.

NUNES, A.M. Demografia, envelhecimento e saúde: uma análise ao interior de Portugal. **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 20, n. 1, p. 133, 2017.

OLIVEIRA, A.S.; *et al.* Fatores ambientais e risco de quedas em idosos: revisão sistemática. **Rev Bras Geriatr Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 637-645, set. 2014.

OLIVEIRA, L.P.B.A.; SANTOS, S.M.A. Conciliando diversas formas de tratamento à saúde: um estudo com idosos na atenção primária. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 25, n. 3, 2016.

OLIVEIRA, M.S.N.; *et al.* Autocuidado de idosos diagnosticados com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 7, n. 3, p. 490 - 503, out. 2017.

OLIVEIRA, R.R.; *et al.* Diagnósticos de enfermagem de idosos cadastrados em estratégias de saúde da família em um município do interior de Goiás. **R Enferm Cent O Min**, v. 1, n. 2, p. 248-59, 2011.

PAGOTTO, V.; *et al.* Circunferência da panturrilha: validação clínica para avaliação de massa muscular em idosos. **Rev Bras Enferm**, v. 71, n. 2, p. 322-28, 2018.

PEREIRA, A.R.A. Uso tradicional de plantas medicinais por idosos. **Rev Rene**, v. 17, n. 3, p. 427-34, 2016.

PEREIRA, D.S.; NOGUEIRA, J.A.D.; SILVA, C.A.B. Qualidade de vida e situação de saúde de idosos: um estudo de base populacional no Sertão Central do Ceará. **Rev Bras Geriatr Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 893-908, Dez. 2015 .

PEREIRA, E.R.; *et al.* A experiência de um serviço de saúde especializado no atendimento a pacientes indígenas. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 3, p. 1077-1090, 2014.

PEREIRA, E.R.; *et al.* Perfil de morbidade de indígenas em serviço especializado. **Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde**, Caçador, v.3, n.1, p. 144-157, 2014.

PIMENTA, F.B.; *et al.* Fatores associados a doenças crônicas em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 8, p. 2489-2498, 2015.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 9 ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

PONTES, A.L.M.; REGO, S.; GARNELO, L. O modelo de atenção diferenciada nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: reflexões a partir do Alto Rio Negro/AM. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 3199-210, 2015.

POSSATTO, J.M.; RABELO, D.F. Condições de saúde psicológica, capacidade funcional e suporte social de idosos. **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 20, n. 2, p. 45-58, jun. 2017.

RAMOS, D.K.R.; *et al.* Paradigmas da saúde e a (des)valorização do cuidado em enfermagem. **Enfermagem em Foco**, v. 4, n. 1, p. 41-44, 2013.

RAMOS, L.V.; OSÓRIO, N.B.; SINÉSIO NETO, L. Caderneta de saúde da pessoa Idosa na atenção primária: uma revisão integrativa. **Revista Humanidades e Inovação**, v. 6, n. 2, p. 272-80, 2019.

RAMOS, P.N. Avaliação da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e ao Envelhecimento em Serviços de Atenção Primária. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 20, n. 2017, p. 247–269, 2018.

REIS, D. A.; *et al.* Health of the indigenous elderly in brazil: integrative review. **Revista de Enfermagem da UFPE online**, Recife, v.10, n.8, p.3077-89, ago., 2016.

REIS, L.A.; TRAD, L.A.B. Suporte familiar ao idoso com comprometimento da funcionalidade: a perspectiva da família. **Psicol Teor Prat.**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 28-41, dez. 2015.

RIBEIRO, A. A.; *et al.* Aspectos culturais e históricos na produção do cuidado em um serviço de atenção à saúde indígena. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.22, n.6, p.2003-12, 2017.

RIBEIRO, A.A.; FORTUNA, C.M.; ARANTES, C.I.S. O trabalho de enfermagem em uma instituição de apoio ao indígena. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 24, n. 1, p. 138–145, 2015.

RISNER, P.B. Nursing diagnosis: diagnostic sistements. In: CHRISTENSEN, P.J; KENNEY, J.W. **Nursing Process: application of conceptual modes**. 3^a ed. St. Louis: Mosby, 1990.

RISSARDO, L. K.; *et al.* Fatores da cultura Kaingang que interferem no cuidado ao idoso: olhar dos profissionais de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.21, n.6, p.1345-52, dez. 2013.

RISSARDO, L. K.; *et al.* Práticas de cuidado ao idoso indígena-atuação dos profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.67, n.6, p. 919-927, dez, 2014.

RISSARDO, L.K.; CARREIRA, L. Novos horizontes: um olhar para o cuidado profissional ao idoso indígena. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v.15, n.3, p.396, set. 2016.

RISSARDO, L.K.; CARREIRA, L. Organização do serviço de saúde e cuidado ao idoso indígena: sinergias e singularidades do contexto profissional. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n.1, p.73-81, 2014.

ROCHA, A.C.A.L.; CIOSAK, S.I. Doença Crônica no Idoso: Espiritualidade e Enfrentamento. *Rev Esc Enferm USP*, **São Paulo**, v. 48, n. spe 2, p. 87-93, **Dec.** 2014.

RODRIGUES, D.A. Epidemiological invisibility characterizes brazilian native indians' health. **Rev Paul Pediatr**, v. 36, n. 2, p. 122-122, 2018.

SANDES, L.F.F.; *et al.* Atenção primária à saúde de indígenas sul-americanos: revisão integrativa da literatura. **Rev Panam Salud Publica**, v. 42, n. 1, p. 1-9, 2018.

SANTIAGO, L.M.; *et al.* Caracterização da saúde de idosos numa perspectiva fonoaudiológica. **Rev CEFAC**, São Paulo, v. 18, n. 5, p. 1088-1096, Oct. 2016.

SANTOS JÚNIOR, E.B.; OLIVEIRA, L.O.A.B.; SILVA, R.A.R. Chronic non-communicable diseases and the functional capacity of elderly people. **J. res.: fundam. care. Online**, v. 6, n. 2, p. 516-24, 2014.

SANTOS, A.C.B.; *et al.* Antropologia da saúde e da doença: contribuições para a construção de novas práticas em saúde. **Rev NUFEN**, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 11-21, dez. 2012.

SANTOS, G.S.; CUNHA, I.C.K.O. Capacidade funcional e sua mensuração em idosos: uma revisão integrativa. **REFACS**, v. 2, n. 3, p. 269-78, 2014.

SANTOS, J.L.G.; *et al.* Integração entre dados quantitativos e qualitativos em uma pesquisa de métodos mistos. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 26, n. 3, 2017.

SANTOS, M.M.; *et al.* Assistência prestada pelo Sistema Único de Saúde de Teresina à população indígena do Maranhão, 2011: um estudo descritivo. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, n. 1, p. 1-10, 2016.

- SANTOS, N.C.; ABDALA, G.A. Religiosidade e qualidade de vida relacionada à saúde dos idosos em um município na Bahia, Brasil. **Rev Bras Geriatr Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 795-805, Dec. 2014.
- SANTOS, S.C.; *et al.* Saúde do idoso: reflexões acerca da Integralidade do cuidado. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v. 29, n. Supl, p. 118-127, dez. 2016.
- SCHMIDT, A.; *et al.* Preenchimento da caderneta de saúde da pessoa idosa: Relato de experiência. **SANARE**, Sobral, v.18 n.1, p.98-106, jun. 2019.
- SCHMIDT, M.I.; DUNCAN, B.B. O enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis: um desafio para a sociedade brasileira. **Epidemiol Serv Saúde**, Brasília, v. 20, n. 4, p. 421-423, dez. 2011.
- SILVA, G.F. “**Nós, os potiguara do CATU**”: emergência étnica e territorialização no Rio Grande do Norte (século XX). 174f. 2016. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2016.
- SILVA, G.G.P.; *et al.* Incontinência Urinária em Idosos: um relato de experiência de um ciclo de palestras. **Revista Enfermagem Atual InDerme**, v. 86, n. 24, 8 abr. 2019.
- SILVA, G.O.; *et al.* Repercussões do adoecimento crônico na saúde mental de pessoas idosas. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 12, n. 11, p. 2923-32, nov. 2018.
- SILVA, K.M.; VICENTE, F.R.; SANTOS, S.M.A. Consulta de enfermagem ao idoso na atenção primária à saúde: revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, n. 3, p. 681–687, 2014.
- SILVA, N.C.; GONÇALVES, M.J.F.; LOPES NETO, D. Enfermagem em saúde indígena: aplicando as Diretrizes Curriculares. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.56, n.4, p.388-391, ago. 2003.
- SILVA, R.J.; *et al.* A experiência de alunos do PET-Saúde com a saúde indígena e o programa Mais Médicos. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, sup. 1, p. 1005-14, 2015.
- SILVEIRA, D.B.; DAHER, D.V.; ACIOLI, S. Implicações da cultura no cuidado da equipe de saúde da família em uma comunidade quilombola. **Revista de Enfermagem UERJ**, v. 23, n. 5, p. 622–626, 2015.
- SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. **Brunner & Suddarth**: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.
- SOARES, N.V.; *et al.* Sentimentos, expectativas e adaptação de idosos internados em instituição de longa permanência. **Rev Min Enferm**, v. 22, p. 11-24, 2018.
- SOUSA, A.A.D.; *et al.* Qualidade de vida e incapacidade funcional entre idosos cadastrados na estratégia de saúde da família. **ABCS Health Sci**, v. 43, n. 1, p. 14-24, 2018.

SOUSA, N.F.S.; *et al.* Envelhecimento ativo: prevalência e diferenças de gênero e idade em estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 11, 2018.

SOUZA, D.P.; *et al.* Qualidade de Vida em Idosos portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. **Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, v.10, n. 31, nov. 2016.

TERÇAS, A.C.P.; *et al.* Produção de pesquisa clínica em área indígena: relato de experiência com os haliti-paresí. **Revista de Enfermagem da UFPE**, Recife, v.10, n.6, p.2253-61, jun. 2016.

TOSCANO, J.J.O.; OLIVEIRA, A.C.C. Qualidade de vida em idosos com distintos níveis de atividade física. **Rev Bras Med Esporte**, Niterói, v. 15, n. 3, p. 169-173, Jun. 2009.

VALER, D.B.; *et al.* O significado de envelhecimento saudável para pessoas idosas vinculadas a grupos educativos. **Rev Bras Geriatr Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 809-819, Dez. 2015.

VALERO, M.C.; FARIA, M.Q.G.; LUCCA, P.S.R. Avaliação e tratamento de dor crônica no paciente idoso. **Revista Thêma et Scientia**, v. 5, n. 2, dez. 2015.

VIEIRA, J.C.M.; *et al.* Alimentação de idosos indígenas sob a ótica da enfermagem transcultural. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.24, n.2, 2016.

VILARINO, M.A.M.; LOPES, M.J.M. Envelhecimento e saúde nas palavras de idosos de Porto Alegre. **Estud Interdiscip Envelhec**, v. 13, n. 1, p. 63-77, 2008.

WEBER, A.F. **Pesquisa de opinião pública: princípios e exercícios**. Santa Maria: UFSM, 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE A - INSTRUMENTO PARA COLETA DOS DADOS QUANTITATIVOS.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM
 Campus Universitário Sn – Lagoa Nova, Natal/RN
 CEP. 59072-970, Fone: 3215- 3196

Pesquisa: RESPOSTAS HUMANAS EM ENFERMAGEM SAÚDE, CULTURA E CUIDADO EM SAÚDE DE PESSOAS IDOSAS INDÍGENAS: perspectivas para a prática.

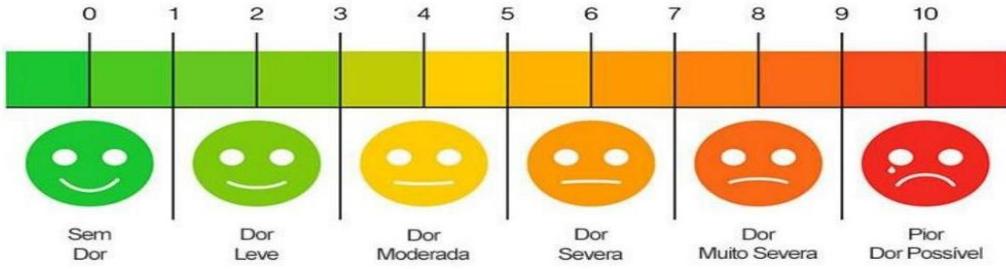
ROTEIRO PARA CONSULTA DE ENFERMAGEM

DADOS PARA IDENTIFICAÇÃO	
Data da coleta: ___/___/___	Entrevistador: _____
Iniciais: _____	Idade em anos: _____
Sexo: () Masculino () Feminino	Comunidade: _____
ESTRUTURA CULTURAL E SOCIAL	
Fatores Educacionais	
Anos de estudo: _____	
Fatores Econômicos	
Renda Mensal: () Menos de 1 salário () de 1 a 3 salários () mais de 4 salários	O Sr. (a) recebe auxílio previdenciário? () Sim () Não
Qual a principal fonte de renda da família? () Agricultura; () Queima da castanha do Caju; () Outro: _____	Mais alguém ajuda na renda familiar? () Sim; () Não; Se sim, quem? _____
Fatores Políticos e Legais	
O Sr.(a) ocupa alguma função na comunidade? () Sim () Não Se sim qual? _____	
Fatores de Parentesco e Sociais	
Estado Civil: () Casado () União estável () Viúvo () Solteiro	Se casado ou viúvo, há quanto anos: _____
O Sr.(a) tem ou teve filhos? () Sim () Não	Quantos filhos o Sr. (a) tem ou teve? _____
Arranjo familiar: () Companheiro(a) () Amigo () Irmã () Filho () Enteadado () Nora () Genro () Cunhado () Neto () Outro	
Fatores Tecnológicos	

Qual meio de transporte o Sr.(a) utilizada? () Carro () Moto () Bicicleta () Carroça () Animal de carga () Outro: _____	
O Sr.(a) utiliza equipamentos de auxílio para agricultura? () Enxada () Ralador de mandioca/milho () Outro: _____	
A quais meios de comunicação o Sr. (a) tem em acesso em sua casa? () Celular () Televisão () Rádio () Internet () Computador () Outro: _____ () Nenhum	
Fatores Religiosos e Filosófico	
Qual a religião/crença o Sr.(a) professa?() Crença indígena () Católico () Protestante () Outra: _____ () não sabe/responde	
O Sr.(a) acredita nas forças da natureza? () Sim () Não	
Valores Culturais e Modos de Vida	
Ocupação anterior: _____	Ocupação atual: _____
Número de refeições/dia: _____	Ingesta hídrica/dia: _____
Tipo de moradia: () Alvenaria () Taipa	O Sr.(a) tem acesso a água encanada? () Sim; () Não. Se não, qual a fonte? _____
O Sr.(a) tem acesso a fossa séptica? () Sim () Não	O Sr.(a) tem acesso a luz elétrica? () Sim () Não
ANAMNESE	
Domínio 1: Promoção a Saúde	
O Sr.(a) tem alguma doença diagnosticada? () Hipertensão () Diabetes; () Parkinson () Alzheimer; () Neoplasia () DPOC () Outra _____	O Sr.(a) faz uso de medicação de uso contínuo? () Sim () Não Se sim, qual? _____ _____
O Sr.(a) foi submetido a algum procedimento cirúrgico? () Sim () Não Se sim, qual? _____	O Sr.(a) já sofreu alguma queda nos meses? () Sim () Não Se sim, quando? _____
O Sr.(a) tem a caderneta da pessoa idosa? () Sim () Não	O Sr.(a) toma a vacina contra a influenza anualmente? () Sim () Não
O Sr.(a) utiliza os serviços da unidade de saúde da comunidade? () Sim () Não	O Sr.(a) costuma se consultar com o enfermeiro (a)? () Sim () Não Se sim, porque? _____
O Sr.(a) tem o hábito de: () Etilismo; Frequência: _____ () Tabagismo;	O Sr.(a) faz uso de chás de plantas medicinais? () Sim () Não

frequência: _____	
O Sr.(a) participa ou realiza algum ritual quando doente? () Sim () Não Se sim qual? _____ _____	Se homem: o Sr. realiza exames e consultas para prevenção do câncer de próstata/pênis? () Sim () Não
Se mulher: a Sra. realiza exames e consultas para prevenção do câncer de mama/ colo de útero? () Sim () Não () NS	Qual outra atividade o Sr.(a) realiza afim de recuperar ou manter a saúde? _____ _____
Domínio 2: Nutrição	
Dieta via: () Oral () SNG () SNE () Gastrostomia () Jejunostomia	
Condição atual do apetite: () Aumentada () Diminuída () Conservada	
O Sr.(a) tem dificuldade para mastigar os alimentos? () Sim () Não	O Sr.(a) dificuldade para engolir os alimentos? () Sim () Não
Domínio 3: Eliminação e Troca	
Período de micções: () Mais frequente dia () Mais frequente noite () Indiferente	Desconforto urinário: () Ardor () Sangramento () Dificuldade para eliminação
Tipo habitual de fezes: () Normal; () Pastosa; () Diarreicas; () Endurecida	Desconforto ao defecar? () Nenhum () Dificuldade () Cólica () Sangramento () Outros: _____
Às vezes o Sr.(a)perde urina ou fica molhado (a): () Sim () Não Se sim, isso provoca algum incomodo ou embaraço? () Sim () Não	
Domínio 4: Atividade/Repouso	
Tipo de sono: () Ininterrupto () Interrompido () Agitado () Acorda descansado () Demora a dormir.	Limitação física durante a AVD () Cansaço () Dispneia () Vertigem () Outra: _____
Sem ajuda o Sr.(a) é capaz de: Sair da cama? () Sim () Não Vestir-se? () Sim () Não Preparar suas refeições? () Sim () Não Fazer compras? () Sim () Não	
Domínio 5: Percepção/cognição	
O Sr.(a) tem alguma dificuldade para: () Ler () Falar () Escrever () Memorizar () Ouvir () Outro: _____	
Solicite à pessoa idosa repita o nome de três objetos: Mesa, Maça, Dinheiro. Após 3 minutos pedir que os repita. A pessoa idosa conseguiu repetir as três palavras? () Sim () Apenas uma () Apenas duas () Nenhuma	

Domínio 6: Autopercepção	
O Sr.(a) deseja ser diferente: () Sim; () Não. Justifique: _____	
O Sr.(a) sofreu alguma modificação no corpo relacionado a doença: () Sim () Não Qual? _____	
O Sr.(a) contribui de alguma forma para sua saúde? () Sim () Não Como? _____	
O Sr.(a) é satisfeito coma aparência, estilo de vida e realizações: () Sim () Não Justifique: _____	
Quais os planos do Sr.(a) para o futuro? _____ _____	
Domínio 7: Papéis e Relacionamentos	
O Sr.(a) cuida de alguém? () Sim () Não Se sim, Quem? _____	
Alguém cuida do Sr.(a) ? () Sim; () Não	O Sr.(a) está satisfeito com a posição de ser cuidado? () Sim () Não Justifique _____
O Sr.(a) relaciona-se bem com: () Família () Vizinhos () Colegas de trabalho () Outros: _____	O Sr.(a) sente solidão? () Sim () Não
Domínio 8: Sexualidade	
O Sr.(a) tem alguma preocupação ou até infelicidade em relação a sua sexualidade? () Sim () Não Se sim, qual? _____ _____	
Ocorreu alguma mudança na função sexual (libido/excitação/orgasmo) do Sr.(a) após os 60 anos? () Sim () Não Se sim, qual? _____ _____	
O Sr.(a) tem algum problema na capacidade de desfrutar do prazer nas relações sexuais? () Sim () Não Se _____ sim, qual? _____	
Domínio 9: Enfrentamento/Tolerância ao estresse	
O Sr.(a) sofreu alguma mudança recente na vida (último 2 anos): () Sim () Não Qual? _____	Qual foi a reação do Sr.(a) a mudança: () Alegria () Tristeza () Preocupação () Outra: _____

Quais sentimentos o Sr.(a) apresenta com frequência? <input type="checkbox"/> Medo; <input type="checkbox"/> Ansiedade; <input type="checkbox"/> Tristeza; <input type="checkbox"/> Raiva; <input type="checkbox"/> Desanimo; <input type="checkbox"/> Alegria; <input type="checkbox"/> Segurança <input type="checkbox"/> Outro: _____		
Domínio 10: Princípios da vida		
O Sr.(a) tem sentimento de fé? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Qual a contribuição da fé religiosa para o Sr.(a) no enfrentamento dos problemas da vida diária: _____ _____		
Domínio 11: Segurança/Proteção		
Higiene: <input type="checkbox"/> Higiene corporal adequada <input type="checkbox"/> Higiene corporal deficitária <input type="checkbox"/> Higiene oral adequada <input type="checkbox"/> Higiene oral deficitária		
O Sr.(a) tem dificuldade para andar: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Justifique: _____		
O Sr.(a) sofreu queda nos últimos 6 meses? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Nº de ocorrências _____	O Sr.(a) tem tonturas/vertigem ao mudar de posição? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
O Sr.(a) utiliza apoio para andar? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, qual? _____ _____		
Domínio 12: Conforto		
O Sr.(a) sente algum desconforto/ dor atual? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Há _____ quanto tempo? _____ -	
Qualidade da dor: <input type="checkbox"/> Pontada <input type="checkbox"/> Queimação <input type="checkbox"/> Pulsátil <input type="checkbox"/> Constrictiva		
Intensidade da dor:		
		
EXAME FÍSICO		
Pressão _____ mmHg	Arterial: Pulso: _____ bat/min	Saturação: _____ %
Respiração: _____ mrpm	Temperatura: _____ °C	Peso: _____ kg
Circunferência panturrilha: _____ cm	Altura: _____ cm	IMC: _____
Nível de consciência: <input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Inconsciente <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado		

Movimentação: () Deambula () Deambula com ajuda () Claudicante () Não deambula
Pele/tecido: () Sem alteração () Palidez () Cianose () Icterícia () Lesão tecidual: _____
Crânio: () Normal () Lesões no couro cabeludo () Cefaleia () Alopecia; () Pediculose
Olhos: () Acuidade visual preservada () Acuidade visual diminuída OD/OE () Uso de lentes corretivas/óculos
Ouvidos: () Acuidade auditiva preservada () Acuidade auditiva diminuída OD/OE () Uso de prótese auditiva.
Nariz: () Normal () Coriza () Epistaxe () Outros _____
Boca: () Mucosa íntegra () Lesão na mucosa () Prótese _____ () Falhas dentárias () Higiene oral adequada () Higiene oral inadequada
Pescoço: () Presença de linfonodos () Outros _____
Tórax: () Sem alterações anatômicas () Com alterações anatômicas: _____ () Expansibilidade torácica normal () Expansibilidade torácica diminuída
Região mamária: () Sem alterações () Ginecomastia () Nódulos palpáveis () Outro _____
Ausulta pulmonar: () Murmúrio vesiculares presente () Murmúrio vesiculares diminuído () Roncos () Sibilos; () Estertores.
Ausulta cardíaca: () Presença de sopro () Ritmo normal () Taquicardia () Bradicardia () Outro _____
Abdome: () Indolor () Plano () Globoso () Em avental () Flácido a palpação () Resistente a palpação () Presença de ruídos hidroaéreos () Ruídos hidroaéreos diminuídos () Ausência de ruídos hidroaéreos
Membros superiores e inferiores: () Sensibilidade e força motora preservada em todas as extremidades/ () Paresia _____ () Plegia _____ () Edema _____ () Toca a nuca com ambas as mãos () Apanha um lápis sobre a mesa com cada uma das mãos e coloca-o de volta

APÊNDICE B - INSTRUMENTO PARA COLETA DOS DADOS QUALITATIVOS.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

Campus Universitário Sn – Lagoa Nova, Natal/RN
CEP. 59072-970, Fone: 3215- 3196

Pesquisa: RESPOSTAS HUMANAS EM ENFERMAGEM SAÚDE, CULTURA E CUIDADO EM SAÚDE DE PESSOAS IDOSAS INDÍGENAS: perspectivas para a prática.

ROTEIRO ENTREVISTA ABERTA

1. Para o Sr.(a) o que é ter Saúde?
2. Para o Sr.(a) o que é estar doente?
3. No momento atual, o Sr.(a) tem algum problema de saúde?
4. Como o Sr.(a) faz, para cuidar da sua saúde?
5. Quando o Sr.(a) fica doente, quais são os cuidados que realiza para se recuperar?

APÊNDICE C – TERMO DE REGISTRO DO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO**

Registro do Consentimento Livre e Esclarecido

Esclarecimentos:

Este é um convite para o(a) senhor(a) participar da pesquisa sobre as respostas humanas da enfermagem, e sobre a cultura e o cuidado de saúde de idosos(as) indígenas. O que desejamos saber é como está a situação de saúde das pessoas idosas indígenas, que residem na Comunidade do Amarelão, João Câmara, Rio Grande do Norte, e de que maneira elas se cuidam. O pesquisador responsável é a Professora de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Rejane Maria Paiva de Menezes.

Caso o(a) Senhor(a) aceite, sua participação será através de respostas em uma entrevista baseada em um formulário com perguntas sobre a sua saúde e o que o(a) senhor(a) faz para se cuidar, como também, o pesquisador irá examinar seu corpo, preservando sua privacidade, para observar sua condição de saúde.

Ao responder as perguntas a voz do(a) senhor(a) estará sendo gravada com o uso de um gravador digital do pesquisador. Tanto a entrevista como a gravação da sua voz só serão iniciadas após a

_____ (rubrica do Participante) _____ (rubrica do Pesquisador)

assinatura deste documento pelo(a) senhor(a). A entrevista tem previsão de duração de 60 minutos.

Ao assinar este documento o(a) senhor(a) autoriza a gravação da sua voz e a utilização desta gravação para esta pesquisa. Com isso, sinalizamos que sua participação será completamente voluntária e se desejar, poderá deixar de participar da entrevista ou da pesquisa a qualquer momento, sem qualquer prejuízo, sendo a gravação interrompida e não utilizada na pesquisa.

O(a) senhor(a) tem o direito de não querer participar ou retirar sua autorização, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a).

A gravação da sua voz não será divulgada e as informações dadas pelo(a) senhor(a), em nenhum momento serão identificadas com seu nome, garantindo o seu anonimato e divulgadas somente para fins desta pesquisa. Reforçamos que essa pesquisa não possui finalidades comerciais ou econômicas.

Nosso encontro acontecerá na Unidade Básica de Saúde da Comunidade do Amarelão se o(a) senhor(a) já estiver no local para realizar alguma consulta ou procedimento de saúde, ou, ocorrerá em sua casa, se o(a) senhor(a) achar melhor.

A entrevista será realizada em um ambiente com a presença apenas do(a) senhor(a) e do pesquisador, a fim de manter um ambiente tranquilo.

O(a) Senhor(a) será informado sobre os riscos, benefícios e qualquer outro assunto e pergunta que o(a) senhor(a) venha a fazer.

_____ (rubrica do Participante) _____ (rubrica do Pesquisador)

O risco que o(a) senhora(a) corre ao participar desta pesquisa está relacionado ao desconforto que possa vir a sentir ao responder as questões que estaremos a lhe perguntar ou ao ser examinado pelo pesquisador. Caso isso ocorra, o(a) senhor(a) poderá parar a entrevista a qualquer momento e estaremos ao seu lado para ouvi-lo(a) sobre seu desconforto, se assim desejar.

Os benefícios de sua participação são indiretos e estão ligados com os resultados da pesquisa para melhorar o atendimento de enfermagem para a pessoa idosa indígena. Além de ajudar a auxiliar no planejamento das ações de saúde junto a essa população.

Durante a sua participação, caso aconteça alguma situação de problema com a sua saúde que venha a estar relacionada com a pesquisa, o pesquisador assumirá responsabilidade e o(a) senhor(a) receberá assistência gratuita que será prestada pela pesquisadora responsável e os profissionais de saúde que trabalham na Unidade Básica de Saúde do Amarelão ou Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) que poderão ser acionados conforme o ocorrido.

Afirmamos que o(a) senhor(a) não terá despesas por sua participação, e nem receberá pagamento por ela. Mesmo assim, se comprovado gasto por parte do(a) senhor(a) com sua participação na pesquisa (por exemplo, transporte, alimentação) o pesquisador se responsabiliza por ressarcir o valor, devolvendo o valor gasto pelo(a) senhor(a).

_____ (rubrica do Participante) _____ (rubrica do Pesquisador)

O(a) senhor(a) terá o direito a indenização de acordo com as leis vigentes nos pais, em caso de dano comprovado decorrente a sua participação na pesquisa.

Os resultados desse estudo, serão guardados pelo pesquisador responsável por essa pesquisa em local seguro e por um período de 5 anos.

O estudo em questão foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, as duas instituições avaliam a ética das pesquisas antes que elas comecem e assim tem a finalidade de proteger as pessoas que participam de pesquisas e preserva os seus direitos.

Este documento foi impresso em duas vias, e caso aceite participar da pesquisa, o senhor(a) deverá assina-lo. Este documento será assinado pelo senhor(a), participante da pesquisa, e pela pesquisadora, e rubricada pelos dois em todas as páginas. Uma das vias ficará com o(a) senhor(a) e a outra com a pesquisadora responsável.

Em qualquer momento da pesquisa o(a) senhor(a) poderá tirar suas dúvidas ligando para a Professora, Rejane Maria Paiva de Menezes, no endereço: Campus universitário - UFRN, Lagoa Nova, Departamento de Enfermagem, e-mail: rejemene@gmail.com, e nos telefones: (084) 3215-3615e (084) 99158-1245.

Se necessário for, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa — da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, nos

_____ (rubrica do Participante) _____ (rubrica do Pesquisador)

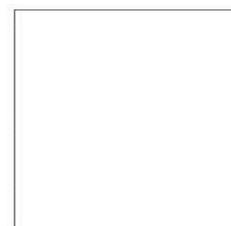
telefones (84) 3215-3135 / (84) 9.9193.6266, através do e-mail cepufrn@reitoria.ufrn.br. O(a) senhor(a) ainda pode ir pessoalmente à sede do CEP, de segunda a sexta, das 08:00h às 12:00h e das 14:00h às 18:00h, na Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Av. Senador Salgado Filho, s/n. Campus Central, Lagoa Nova. Natal/RN, ou com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, no telefone (61) 3315-5877 e através do e-mail conep@saude.gov.br, ou no endereço SRTV 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar – Asa Norte CEP: 70719-040, Brasília-DF.

Registro de Consentimento Livre e Esclarecido

Após ter sido explicado sobre os objetivos, importância e o modo como as informações serão coletadas nessa pesquisa, além de conhecer os riscos e benefícios que ela trará para mim, e ter entendido sobre todos os meus direitos, aceitei participar da pesquisa: **Respostas humanas em enfermagem, cultura e cuidado em saúde de pessoas idosas indígenas: perspectivas para a prática**, e autorizo a divulgação das informações por mim fornecidas em congressos e/ou publicações científicas, desde que nenhum dado possa me identificar.

*Não assine este documento se ainda tiver alguma dúvida a respeito.

João Câmara, ____/____/____.



Impressão datiloscópica do participante

Assinatura do participante da pesquisa

_____ (rubrica do Participante) _____ (rubrica do Pesquisador)

Declaração do pesquisador responsável

Como pesquisador responsável pelo estudo: **Respostas humanas em enfermagem, cultura e cuidado em saúde de pessoas idosas indígenas: perspectivas para a prática**, declaro que assumo a inteira responsabilidade de cumprir fielmente os procedimentos metodológicos e direitos que foram esclarecidos e assegurados ao participante desse estudo, assim como, manter sigilo e confidencialidade sobre a identidade do mesmo.

Declaro ainda estar ciente que na inobservância do compromisso ora assumido estarei infringindo as normas e diretrizes propostas pela Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, a Resolução n° 304/2000 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas envolvendo populações indígenas e a Portaria n° 177/PRES/2006, Artigo 6°, da Fundação Nacional do Índio.

Natal, ____/____/____.

Profª Drª Rejane Maria Paiva de Menezes

_____ (rubrica do Participante) _____ (rubrica do Pesquisador)

ANEXOS

ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA DA LIDERANÇA INDÍGENA DA COMUNIDADE DO AMARELÃO



CARTA DE ANUÊNCIA

Por ter sido informado verbalmente e por escrito sobre os objetivos e metodologia da pesquisa intitulada RESPOSTAS HUMANAS EM ENFERMAGEM, CULTURA E CUIDADO EM SAÚDE DE PESSOAS IDOSAS INDÍGENAS, coordenada pela Profa. Rejane Maria Paiva de Menezes, concordo em autorizar a realização da etapa de coleta de dados nesta comunidade/associação que represento.

Esta comunidade/associação está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

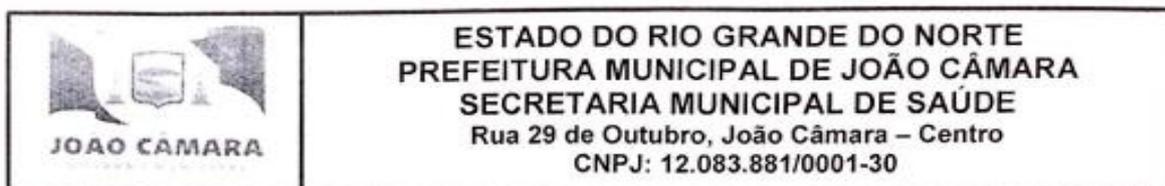
Esta autorização está condicionada à aprovação prévia da pesquisa acima citada por um Comitê de Ética em Pesquisa e ao cumprimento das determinações éticas propostas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS e suas complementares.

O descumprimento desses condicionamentos assegura-me o direito de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa.

João Câmara, 10 de dezembro de 2018.

Tayse Michelle Campos da Silva
(Coordenação Administrativa da ACA)

ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE JOÃO CÂMARA



CARTA DE ANUÊNCIA

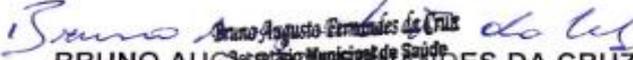
Por ter sido informado verbalmente e por escrito sobre os objetivos e metodologia da pesquisa intitulada RESPOSTAS HUMANAS EM ENFERMAGEM, CULTURA E CUIDADO EM SAÚDE DE PESSOAS IDOSAS INDÍGENAS: PERSPECTIVAS PARA A PRÁTICA, coordenada pela Profa. Rejane Maria Paiva de Menezes, concordo em autorizar a realização da etapa de coleta de dados nesta Instituição que represento.

Esta Instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Esta autorização está condicionada à aprovação prévia da pesquisa acima citada por um Comitê de Ética em Pesquisa e ao cumprimento das determinações éticas propostas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS e suas complementares.

O descumprimento desses condicionamentos assegura-me o direito de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa.

João Câmara, 26 de Novembro de 2018.


BRUNO AUGUSTO FERNANDES DA CRUZ
 Secretário Municipal de Saúde
 CPF: 098.353.054-80
 Port.230/2018-GP

ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DA CONEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Respostas humanas em enfermagem, cultura e cuidado em saúde de pessoas idosas indígenas: perspectivas para a prática

Pesquisador: REJANE MARIA PAIVA DE MENEZES

Área Temática: Estudos com populações indígenas;

Versão: 4

CAAE: 07990219.7.0000.5537

Instituição Proponente: Pós-Graduação em Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.475.904

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos “Apresentação do Projeto”, “Objetivo da Pesquisa” e “Avaliação dos Riscos e Benefícios” foram obtidas do arquivo contendo as Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1283284.pdf, de 19/07/2019) e do Projeto Detalhado.

INTRODUÇÃO

O Brasil vivencia um acentuado aumento de pessoas idosas, cujas projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), indicam possuir uma proporção atual de 12,3% da população brasileira, e até 2030 esse número subirá para 18,73% (IBGE, 2018). Nesse aspecto, o aumento considerável de pessoas idosas na população em geral, denota ser uma realidade mundial, e entre suas principais consequências está o impacto nos sistemas e serviços de saúde em todos os níveis de atenção. Conforme os demógrafos, trata-se de uma tendência resultante da diminuição das taxas de fecundidade e mortalidade, e do aumento da expectativa de vida, tendo em vista a melhoria das condições socioeconômicas e os avanços político, cultural e técnico científicos no campo da saúde e desenvolvimento tecnológico. Essas alterações implicam em mudanças no perfil epidemiológico, observando-se aumento na prevalência de condições crônicas, e outras próprias da sociedade atual, como as causas externas (ARAÚJO et al., 2014). O processo de envelhecimento, pode confundir-se com o processo saúde-doença, porém, trata-se de um

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 3.475.904

processo natural, não patológico, universal e irreversível, que resulta em uma perda funcional progressiva no organismo. São características do envelhecimento as alterações orgânicas, como a redução do equilíbrio e da mobilidade, de capacidades respiratória e cardiovascular, e modificações psicológicas, assim aumentando as necessidades de cuidado e acesso aos serviços de saúde (ANDRADE et al., 2015). Entre os problemas de saúde comuns à fase do envelhecimento, estão as condições e doenças crônicas, que se configuram no país como grave problema de saúde pública, não somente pelos elevados custos para o Sistema Único de Saúde (SUS), como também pelas consequências que podem acarretar na vida da pessoa idosa, implicando em alguns casos em óbitos, em outros, perda da capacidade funcional e, por conseguinte, diminuição da qualidade de vida (SOUZA et al., 2016). As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) compõem o conjunto de condições crônicas, e são responsáveis por 72% das causas de mortes no país. Dentre estas, as doenças cardiovasculares, câncer, doença respiratória crônica e diabetes respondem pela maioria dos óbitos, evidenciando a transição epidemiológica na população brasileira (BRASIL, 2013 apud DUNCAN et al., 2012; BRASIL, 2018).). A Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios, realizada em 2008, em seus resultados sobre condições crônicas apresentou que 68,7% da população idosa, possuíam pelo menos uma doença ou agravamento não transmissível, sendo que 53,3% apresentavam hipertensão; 24,2% artrite; 17,3% doenças do coração; 16,1% diabetes e 12% depressão. Além disso, cerca de 22% das pessoas idosas apresentavam duas doenças e/ou agravamentos crônicos e 13% apresentavam três ou mais (BRASIL, 2014). Essas doenças atingem mais fortemente as camadas populacionais de baixa renda e escolaridade, além de grupos vulneráveis, étnicos e minoritários como os idosos, as populações negras e indígenas. Assim, as desigualdades sociais, influenciam as diferenças no acesso aos bens e aos serviços de saúde, como, ao acesso à informação, reforçando que os determinantes sociais da saúde relacionam-se com uma maior prevalência ou menor prevalência e evolução das condições crônicas em uma sociedade (SCHMIDT et al., 2011). No Brasil, ocorre igualmente, um aumento na população idosa entre os povos indígenas, os quais compartilham das mesmas necessidades que são universais no processo de envelhecimento, concernente as alterações fisiológicas, tornando-os susceptíveis à fragilidade, à maior dependência de cuidados e desenvolvimento de agravos à saúde (RISSARDO; CARREIRA, 2016). Nessa linha de raciocínio, observam-se outras diferenças significativas de saúde em todo o mundo entre populações indígenas e não indígenas, porém, cada vez mais vê-se similaridades entre essa população, e a população brasileira em geral. Sabe-se que importantes transformações socioculturais e territoriais contribuíram para as mudanças no perfil epidemiológico da população indígena atual, fruto do processo de contato, muitas vezes, imposto, desigual e conflituoso, com a

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 3.475.904

sociedade, e como consequência, o surgimento das condições crônicas de saúde (COATES et al., 2016; PEREIRA et al., 2014). As demandas em saúde da população indígena aumentam em proporção superior aos serviços de saúde que são ofertados, tal situação poderia ser reduzida de forma acessível e sustentável através do estabelecimento de ações sistemáticas e continuadas de programas que incluam o cuidado integral às DCNT, no contexto da atenção primária à saúde no interior das áreas indígenas (BRASIL, 2018; PEREIRA et al., 2014). A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) regulamenta e normatiza as ações de saúde junto à essa população, e garante o acesso à atenção integral à saúde. Por outro lado, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) enfatiza a necessidade da realização de ações de promoção à saúde junto aos diversos grupos populacionais, entre esses os povos indígenas, por considerar tratar-se de uma população vulnerável (BRASIL, 2002; BRASIL, 2006; REIS et al., 2016). Mesmo tendo o direito à saúde, garantidos por lei, e com políticas públicas de saúde que atendam às necessidades das pessoas idosas indígenas, observam-se obstáculos para maior resolutividade da assistência à saúde. Entre os quais citam-se, o número reduzido de profissionais de saúde capacitados e sua não fixação por períodos prolongados nas áreas de atendimento para os índios, além da escassez de insumos (equipamentos e materiais), ocasionando uma descontinuidade no fluxo de atendimento nessa realidade (RISSARDO; CARREIRA, 2014; PONTES, 2015; FURTADO, 2016). Dentre esses obstáculos citados, a diversidade cultural nos espaços sociais indígenas dos serviços de saúde gera conflito com a assistência em saúde, a qual, muitas vezes é direcionada por um modelo de atendimento com foco apenas na doença, onde os conceitos pré-concebidos e estereotipados que influenciam negativamente as atitudes da equipe de saúde durante o cuidado. Nesse aspecto, é importante que o profissional de saúde, em especial, o profissional enfermeiro, compreenda o adoecimento como processo sociocultural e considere as experiências das pessoas cuidadas no processo de trabalho da enfermagem (RIBEIRO e tal., 2017). É função da Atenção Primária à Saúde (APS) desenvolver intervenções nas comunidades indígenas com alvo na promoção da saúde e prevenção de doenças e assim colaborar para melhoria das condições de vida dessa população. Ao mesmo tempo, é necessário que os serviços de saúde se aproximem dos aspectos socioculturais que interferem no processo de saúde-doença dos povos indígenas para acolher e intervir segundo suas necessidades (PEREIRA et al., 2014). A APS é reconhecida como porta de entrada do SUS, objetiva atender o conjunto de necessidades de saúde e organizar as respostas de forma adequada e oportuna, seu impacto pode resultar positivamente nas condições de saúde. Desse modo, as condições crônicas constituem um desafio atual para as equipes que trabalham nesse nível de atenção à saúde, devido serem prevalentes, multifatoriais, e sua

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 3.475.904

abordagem, para ser efetiva, necessariamente envolve diversos profissionais saúde e exige o protagonismo dos indivíduos, suas famílias e comunidade (BRASIL, 2014). Por sua vez, espera-se que as equipes da APS, desenvolvam ações coletivas na comunidade de dimensão sociocultural na comunidade, voltadas para a promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida. Destarte, o enfermeiro nesse nível de atenção à saúde tem um amplo espaço para sua atuação profissional, seja por meio da consulta de enfermagem, como por meio de atividades de educação em saúde, que podem ser realizadas em nível individual ou coletivo (SILVA; VICENTE; SANTOS, 2014; LINHARES; TOCANTINS; LEMOS, 2014). Nesse sentido, ressalta-se a consulta de enfermagem (CE) como importante instrumento científico, para identificar situações de saúde/doença, objetivando a realização de prescrição e implementação de cuidados de enfermagem que possam contribuir para promoção, prevenção, recuperação e reabilitação do indivíduo, da família e da comunidade. Para tanto, a consulta de enfermagem é composta de histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e, ainda, avaliação (AMARAL; ABRAHÃO, 2017). Como ferramenta tecnológica, o diagnóstico de enfermagem é um julgamento clínico sobre uma resposta humana a condição de saúde/processo da vida, ou uma vulnerabilidade a tal resposta, sendo fundamental para realização da (CE), que organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos; representa o modo de fazer e de pensar próprio do enfermeiro, possibilita a organização das condições necessárias à realização do cuidado e a documentação da prática profissional (GUITIÉRREZ; MORAIS, 2017; NANDA, 2018). Embora seja evidente a importância dessa metodologia para a prática, além da sua obrigatoriedade legal, vê-se que a sua implementação no cenário nacional brasileiro ainda ocorre, de forma retraída no âmbito da APS, e se restringe, na maioria das vezes, a setores da área hospitalar (DINIZ et al., 2015). A Agenda Nacional de Prioridade em Pesquisa em Saúde (2015), em suas sub agendas aponta a necessidade de pesquisas relacionadas à magnitude e dinâmica dos problemas relacionados à saúde indígena, como também à saúde do idoso. Com isso, a presente pesquisa pretende corroborar para o fortalecimento das práticas de saúde e enfermagem a essa população específica, principalmente, no âmbito do SUS, além da inclusão dessa minoria nas pautas de discussões de políticas públicas, currículos de formação em saúde e reconhecimento social. Ressalta-se que os dados sobre a saúde das pessoas idosas indígenas brasileiras ainda se encontram fragmentados, por diversas vezes, ocorrem discrepância entre eles, o que nos remete a dúvidas sobre quem são esses indivíduos, como estão, e como veem e vivem o processo saúde e doença e os cuidados em saúde. Mas com a existência de políticas de atenção à saúde da pessoa idosa e dos povos indígenas no país, percebe-se a importância de estudos que subsidiem o cuidado à esta parcela populacional (RISSARDO;

Endereço: SRTVN 701, Via W5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 3.475.904

CARREIRA, 2016). Ainda sobre os aspectos importantes relacionados à saúde dessa população, a literatura aponta uma lacuna do conhecimento, tanto no que se refere ao perfil de saúde-doença, quanto sobre a cultura de cuidado dos povos indígenas dispersos em todo território nacional e em diferentes contextos socioculturais, razão pela qual, impõem-se dificuldades no planejamento de ações voltadas para a atenção integral à saúde dessa população. Esta situação descrita contribui para a invisibilidade dessas informações, pois os serviços de saúde, nesse contexto, ainda não estão organizados ao ponto de compor um banco de dados em que considerem as especificidades étnicas e culturais desses povos (PEREIRA et al., 2014). Mediante a problemática descrita, ancorada na reflexão e teorização a partir de uma revisão narrativa da literatura, evidencia-se a existência de lacunas na literatura sobre a problemática em foco, em relação as condições de saúde e cultura de cuidado das pessoas idosas indígenas. Com base nessa afirmação, este estudo justifica-se por ser relevante, atual, e próprio da etnia indígena em uma realidade sociocultural específica, porém, ainda não investigado o suficiente para o cumprimento da meta de um atendimento integral a saúde dessa população. Já a motivação, para a realização do estudo, partiu da minha vivência cotidiana com uma comunidade indígena do interior do Rio Grande do Norte. Associado a isso, por tratar-se de uma comunidade vulnerável a riscos e agravos à saúde, com baixo poder aquisitivo e condição social, além dos problemas ambientais, que entre outros, está o acesso difícil a água potável, haja vista a dificuldade para perfuração de poços, por situar-se em região de solo de pedra e a ausência de infraestrutura e encanamentos, configurando graves problemas para comunidade. O fato de ser enfermeiro, e conhecer desde a minha infância essa comunidade, despertou-me o olhar voltados para a condição de saúde dessa população, objetivando uma análise e reflexão sobre os problemas de saúde do povo indígena, em particular os idosos. Além disso, o presente estudo tem o propósito oferecer informações ao poder público e aos profissionais de saúde, sobretudo aos enfermeiros, para o planejamento e avaliação das ações de autocuidado e do cuidado intercultural congruente, de maneira que, possa auxiliar na diminuição do preconceito e contribua para o desenvolvimento da promoção à saúde das pessoas idosas indígenas. Para a prática da Enfermagem em particular, o estudo pretende contribuir para a implementação da sistematização da assistência no processo de trabalho do enfermeiro nesse contexto, uma vez que, a interpretação das respostas humanas por meio do diagnóstico de enfermagem, quando utilizada corretamente, possibilita direcionar as ações/intervenções a serem implementadas pelos profissionais de enfermagem. Além de possibilitar a utilização de uma linguagem específica da área, de forma a garantir uma comunicação clara, precisa e objetiva entre todos que compõem a equipe de enfermagem (NÓBREGA; NÓBREGA; SILVA, 2011). Percebe-se

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 3.475.904

então, a importância e necessidade em se conhecer a cultura de cuidado em saúde de pessoas idosas indígenas, população essa em crescimento, e quais as respostas humanas de saúde dessa população, a fim de proporcionar uma assistência de enfermagem qualificada, direcionada, sistematizada, pautada na realização do processo de enfermagem e culturalmente coerente. A partir dessas considerações iniciais, acrescidas do meu contato pessoal e conhecimento empírico sobre a atenção à saúde indígena na comunidade do Amarelão, pretendo desenvolver o presente estudo com a seguinte questão de pesquisa: “Quais as respostas humanas em enfermagem e a cultura de cuidado em saúde das pessoas idosas indígenas?”.

HIPÓTESE

Os dados sobre a saúde das pessoas idosas indígenas brasileiras ainda se encontram fragmentados, por diversas vezes, ocorrem discrepância entre eles, o que nos remete a dúvidas sobre quem são esses indivíduos, como estão, e como veem e vivem o processo saúde e doença e os cuidados em saúde. Mas com a existência de políticas de atenção à saúde da pessoa idosa e dos povos indígenas no país, percebe-se a importância de estudos que subsidiem o cuidado à esta parcela populacional (RISSARDO; CARREIRA, 2016). Nessa perspectiva, pretende-se assim oferecer informações ao poder público e aos profissionais de saúde, sobretudo aos enfermeiros, para o planejamento e avaliação das ações de autocuidado e do cuidado intercultural congruente, de maneira que, possa auxiliar na diminuição do preconceito e contribua para o desenvolvimento da promoção à saúde das pessoas idosas indígenas. Para a prática da Enfermagem em particular, o estudo pretende contribuir para a implementação da sistematização da assistência no processo de trabalho do enfermeiro nesse contexto, uma vez que, a interpretação das respostas humanas por meio do diagnóstico de enfermagem, quando utilizada corretamente, possibilita direcionar as ações/intervenções a serem implementadas pelos profissionais de enfermagem. Além de possibilitar a utilização de uma linguagem específica da área, de forma a garantir uma comunicação clara, precisa e objetiva entre todos que compõem a equipe de enfermagem (NÓBREGA; NÓBREGA; SILVA, 2011). Percebe-se então, a importância e necessidade em se conhecer a cultura de cuidado em saúde de pessoas idosas indígenas, população essa em crescimento, e quais as respostas humanas de saúde dessa população, a fim de proporcionar uma assistência de enfermagem qualificada, direcionada, sistematizada, pautada na realização do processo de enfermagem e culturalmente coerente.

METODOLOGIA

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.719-040
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3315-5877 **E-mail:** conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 3.475.904

O presente estudo é do tipo observacional descritivo, exploratório e transversal com abordagem mista de métodos, a fim de realizar uma análise abrangente do problema de pesquisa. Nos estudos observacionais o pesquisador desempenha um papel passivo na observação dos eventos que ocorrem com os participantes dos estudos (HULEY, 2003). A pesquisa descritiva, por sua vez, busca a frequência, característica, relação e associação entre variáveis, além de observar, descrever, explorar e documentar os aspectos de uma situação. Os fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, sem interferência do pesquisador, e têm ainda como atributo a precisão das características de indivíduos, situações ou grupos, e a frequência com que ocorrem determinados fenômenos (POLIT; BECK, 2019; DYNIEWICZ, 2009). Já a pesquisa exploratória tem por objetivo saber como determinado fato ou fenômeno manifesta-se, o que interfere nele e como as variáveis se interrelacionam. São úteis para objetos de pesquisa pouco explorado (DYNIEWICZ, 2009). Nos estudos transversais, de acordo com Polit e Beck (2019), os dados são coletados em um único momento, são quantas especialmente direcionadas para narrar a situação, o status do fenômeno ou a relação entre os fenômenos em um ponto fixo do tempo. Segundo Creswell (2010, p. 27), uma pesquisa de métodos mistos (MM) implica em: [...] suposições filosóficas, o uso de abordagens qualitativas e quantitativas e a mistura das duas abordagens em estudo. Por isso, é mais do que uma simples coleta e análise dos dois tipos de dados; envolve também o uso das duas abordagens em conjunto, de modo que a força geral de um estudo seja maior do que a da pesquisa qualitativa ou quantitativa isolada. Nessas pesquisas os dados quantitativos e qualitativos se completam e incrementam a confiança na validade dos resultados. Com isso, o delineamento do presente estudo será baseado no modelo de projeto convergente paralelo (Figura 3), ou também chamado de triangulação concomitante, no qual os dados quantitativos e qualitativos são coletados e analisados simultaneamente, contudo separados, priorizando igualmente os métodos. Contudo, após da análise dos dados, os resultados dos dois conjuntos de dados são misturados para entendimento mais completo do fenômeno estudado (CRESWELL; CLARK, 2010; POLIT; BECK, 2019). Assim, far-se-á um levantamento das respostas humanas em enfermagem das pessoas idosas indígenas e a descrição da cultura de cuidado em saúde na perspectiva de concepção de saúde, doença e cuidados em saúde. O estudo será realizado na comunidade indígena do Amarelão localizada na região do Mato Grande, interior do Rio Grande do Norte, no município de João Câmara distante aproximadamente a 80 km da capital do estado. O município de João Câmara localiza-se na microrregião da Baixa Verde, a qual se insere na área territorial da mesorregião agreste potiguar. Segundo o IBGE (2012), o município possui 32.227 habitantes, e em relação à economia local o setor terciário teve e tem

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 3.475.904

grande importância na dinâmica econômica e social municipal, gerando emprego e renda (BARRETO, 2014). Sobre o grupo indígena dos Mendonça do Amarelão (João Câmara/RN), certas peculiaridades que lhes são próprias, chamam atenção. O grupo é formado por mais de duas mil pessoas, dispersas em territórios distintos no estado do Rio Grande do Norte (GUERRA, 2017). Os mesmos se identificam como uma grande família, cuja referência identitária (Mendonça), os remetem a uma origem indígena ligada aos seus antecessores que vieram para o Rio Grande do Norte através de migrações que saíram da Paraíba durante o período histórico de agravamento das tomadas de terras indígenas no século XIX (GUERRA, 2017). Ressalta-se que a território da comunidade alvo da pesquisa não é demarcada pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI) como Terra Indígena, conforme observado no site do próprio órgão, caracterizando-a uma população indígena fora de Terras Indígenas (FUNAI, 2019).

METODOLOGIA DE ANÁLISE DE DADOS

Os dados obtidos da aplicação do histórico de enfermagem serão analisados seguindo duas etapas (RISNER, 1990): fase I - análise e síntese dos dados; fase II – estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem utilizando-se a taxonomia da NANDA-I (2018-2020). Esses diagnósticos de enfermagem e suas características definidoras serão decodificados, categorizados e inseridos em um banco de dados. Após a digitação, revisão e correção, os mesmos serão analisados por meio do software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 20.0 de acordo com a estatística descritiva, para as variáveis quantitativas (idade, anos de estudo, renda e número de filhos) sendo calculado média, desvio padrão. Para as demais variáveis serão calculadas frequências absolutas e relativas. Para verificar a associação entre os diagnósticos de enfermagem e as variáveis sócio demográficas, epidemiológicas e de estrutura cultural e social serão utilizados testes estatísticos. Em relação aos dados qualitativos oriundos das respostas das questões da entrevista semiestruturada, serão analisados a partir do embasamento da Teoria do cuidado cultural de Leininger através da técnica de análise de conteúdo temática, definida por Bardin (2009), na qual o tema, é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado, segundo critérios relativos a teoria, que serve de guia a leitura. Seguindo essa técnica, afirma-se que uma análise temática, consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença qualitativa de determinados temas denota os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso. Trata-se de uma técnica sistemática de análise, constituída das etapas: pré-análise, exploração do material ou codificação; tratamento dos resultados, inferência e interpretação. A etapa da pré-análise, faz-se uma leitura flutuante de todo o material

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 3.475.904

recolhido, nas entrevistas, deixando-nos levar pelas ideias centrais que permeiam o conteúdo. Nessa etapa, determina -se a unidade de registro, que corresponde ao tema do estudo (BARDIN, 2009). Na etapa seguinte, chega-se a exploração do material recolhido, identificando-se o conteúdo através da decodificação dos dados brutos, com vistas ao alcance do núcleo de compreensão do texto, e das unidades temáticas, naturalmente oriundas das ideias centrais das falas dos entrevistados, e que através de exercícios mentais de aproximação, entre os núcleos de significados e as categorias de análise (BARDIN, 2009). É necessário que o pesquisador atente para que no momento da organização das categorias temáticas, um mesmo componente não esteja presente em mais de uma categoria, estabelecendo uma exclusividade de cada elemento. Sendo a terceira e última etapa, correspondente ao tratamento dos resultados, inferência e interpretação, ocorre a condensação e destaque de informações para análise, período onde também é realizada a análise crítica e reflexiva das informações (BARDIN, 2009).

DESFECHO PRIMÁRIO

Espera-se obter os diagnósticos de enfermagem presentes nas pessoas idosas indígenas e assim a possibilidade de traçar o perfil epidemiológico de saúde da população idosa do Amarelão. Assim como conhecer a cultura de cuidado dessa população por meio do significado de saúde, doença e cuidados em saúde.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Como critérios de inclusão o participante deverá ter idade igual ou superior a 60 anos; autodeclarar-se indígena e residir na comunidade do Amarelão.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos do estudo indivíduos com algum comprometimento cognitivo que o impossibilite de responder os questionamentos da pesquisa e os indivíduos que estiverem ausentes da comunidade durante o período de coleta de dados.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO

Analisar as respostas humanas em enfermagem e a cultura de cuidado em saúde das pessoas idosas indígenas no contexto da Atenção Primária à Saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conepe@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 3.475.904

Este estudo oferece riscos mínimos aos participantes, como desconforto ou constrangimento durante a entrevista, ao responder as questões dos instrumentos.

BENEFÍCIOS

Como benefícios, espera-se que os resultados alcançados, contribuam para melhoria da prática assistencial do enfermeiro a pessoa idosa indígena, com enfoque na cultura de cuidados à essa população, no contexto da atenção primária à saúde. Além, de um maior esclarecimento sobre o saber da enfermagem e fortalecimento das políticas de saúde voltadas para idosos indígenas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Este projeto será orientado pela Profª Dra Rejane Maria Paiva de Menezes objetiva cumprir etapa no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Mestrado - no âmbito da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. O projeto de pesquisa tem a finalidade de analisar as respostas humanas em enfermagem e a cultura de cuidado em saúde das pessoas idosas indígenas no contexto da Atenção Primária à Saúde. Nesse trabalho, o cenário de estudo é uma comunidade indígena, localizada na região agreste do Estado do Rio Grande do Norte.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide item "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Análise das respostas ao parecer pendente nº 3.432.814 emitido pela Conep em 03/07/2019:

1. Considerando que é um projeto cuja metodologia utilizada é de Ciências Humanas e Sociais, solicita-se estar em conformidade com a Resolução CNS nº 510 de 2016 (Normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais) e à Resolução CNS nº 304 de 2000 (Pesquisa com População Indígena), especialmente nas declarações e no Registro do Consentimento Livre e Esclarecido (quando houver).
RESPOSTA: Foram realizadas as modificações solicitadas, adequando as declarações e Registro do Consentimento Livre e Esclarecido conforme Resolução CNS nº 510 de 2016 e Resolução CNS nº 304 de 2000.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2. Em comunidades cuja cultura grupal reconheça a autoridade do líder ou do coletivo sobre o

Endereço: SRTVN 701, Via W5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 3.475.904

indivíduo, a obtenção da autorização para a pesquisa deve respeitar tal particularidade, sem prejuízo do consentimento individual, quando possível e desejável. Desta forma, solicita-se apresentar autorização das lideranças ou, caso seja inviável sua apresentação no momento, declaração do/a pesquisador/a que esta será obtida antes do início da pesquisa (Resolução CNS n° 304 de 2000, item 2.4).

RESPOSTA: Em conformidade com a Resolução CNS n° 304 de 2000, item 2.4, o documento “Carta_associacao_amarelao” anexada à Plataforma Brasil em 10/01/2019 afirma a consentimento da liderança da comunidade para realização da presente pesquisa. O documento está assinado pela liderança da comunidade alvo e foi disponibilizada aos pesquisadores em sua forma impressa com o papel timbrado e já assinado. Ainda assim, no momento que antecede a coleta as autoridades locais e os participantes da pesquisa serão consultados sobre a permanência da anuência da realização da pesquisa, assim como da voluntariedade das participações e consentimento individual de cada participante por meio da apresentação e assinatura do termo do processo de consentimento livre e esclarecido.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

3. Quanto ao arquivo, “Doc_4_TCLE_2_modificado.docx.”, submetido à Plataforma Brasil em 17/04/2019, seguem as considerações:

3.1. Solicita-se que as informações sobre USO DE IMAGEM E/OU VOZ sejam incluídas no Processo e Registro de Consentimento Livre e Esclarecido. Como envolve povos indígenas deverá contemplar também a PORTARIA n° 177/PRES/2006, Artigo 6°, da FUNAI e demais legislações pertinentes.

RESPOSTA: Referente ao acréscimo ao uso de voz a consideração foi atendida em conformidade à Portaria n° 177/PRES/2006, Artigo 6°, da FUNAI.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

3.2. Considerando a Resolução CNS n° 510 de 2016, Artigo 2°, Inciso XXIV, ressarcimento “é uma compensação material dos gastos decorrentes da participação na pesquisa, ou seja, despesas do participante e seus acompanhantes, tais como transporte e alimentação”, diferindo da indenização que é a possibilidade legal de demandar uma compensação frente a um dano resultante da participação no projeto de pesquisa, caso seja necessário (Código Civil, Lei 10.406/2002, Artigos 927 a 954). Considerando estas especificidades, solicita-se excluir dos documentos o trecho “[...]”

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conepe@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 3.475.904

ISTO É (destaque nosso), caso se sinta prejudicado por ter participado você será indenizado” descritos na página (3 de 5), uma vez que a sentença está imprecisa e enseja confusão entre “Ressarcimento” e “Indenização”. Solicita-se incluir de forma clara e objetiva a explicação dos itens sobre ressarcimento (se os participantes tiverem gastos para participar da pesquisa) e indenização.

RESPOSTA: Consideração atendida, sendo modificado no termo para Registro de Consentimento, conforme resolução nº 510/2016.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

3.3. O documento deve assegurar de forma clara e afirmativa que o participante de pesquisa receberá uma via (E NÃO CÓPIA) do documento, assinada pelo participante da pesquisa (ou seu representante legal) e pela pesquisadora, e rubricada em todas as páginas por ambos (Resolução CNS nº 510 de 2016, Artigo 17, Inciso X).

RESPOSTA: Consideração atendida, substituído a palavra cópia por via, e acrescentado informação que as vias deverão estar assinadas pelo participante da pesquisa e a pesquisadora, assim como rubricada em todas as páginas por ambos.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

3.4. O Registro de Consentimento não apresentou uma breve explicação sobre o que é a Conep. Como o estudo envolveu análise ética pela Conep, o Registro de Consentimento deve apresentar breve esclarecimento sobre esta Comissão (Resolução CNS nº 510, de 2016, capítulo III, seção II, Artigo 17, inciso IX). Solicita-se adequação.

RESPOSTA: Solicitação atendida, sendo inserido no documento uma breve explicação sobre o que é a Conep.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

3.5. De forma a garantir sua integridade, o documento deve apresentar a numeração das páginas, recomendando-se ainda que esta seja inserida de forma a indicar, também, o número total de páginas, por exemplo, 1 de 2 e 2 de 2. Solicita-se adequação.

RESPOSTA: Solicitação atendida. Foram inseridas a numeração de cada página. O documento já apresentava a numeração de forma a indicar o número total de páginas, por exemplo, Página 1 de 6.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

Endereço: SRTVN 701, Via W5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conept@saude.gov.br

**COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA**



Continuação do Parecer: 3.475.904

Considerações Finais a critério da CONEP:

Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - Conep, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 510 de 2016, na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Situação: Protocolo aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1283284.pdf	19/07/2019 13:51:21		Aceito
Parecer Anterior	Carta_Resposta.pdf	19/07/2019 13:40:42	REJANE MARIA PAIVA DE	Aceito
Parecer Anterior	Carta_Resposta.docx	19/07/2019 13:40:26	REJANE MARIA PAIVA DE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Pesquisa_Plataforma_Brasil_ModificadoVersaoLimpa.doc	19/07/2019 13:38:06	REJANE MARIA PAIVA DE MENEZES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Pesquisa_Plataforma_Brasil_Modificado.doc	19/07/2019 13:31:39	REJANE MARIA PAIVA DE MENEZES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Doc_4_Registro_de_Concentimento_Modificado_VersaoLimpa.docx	19/07/2019 13:21:17	REJANE MARIA PAIVA DE MENEZES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Doc_4_Registro_de_Concentimento_Modificado.docx	19/07/2019 13:20:42	REJANE MARIA PAIVA DE MENEZES	Aceito
Outros	Respostas_pendencias_CEP_3.pdf	17/04/2019 19:15:16	REJANE MARIA PAIVA DE	Aceito
Outros	Respostas_pendencias_CEP_3.docx	17/04/2019 19:14:51	REJANE MARIA PAIVA DE	Aceito
Outros	Dados_FUNAI.pdf	17/04/2019 16:56:08	REJANE MARIA PAIVA DE	Aceito
Outros	Dados_FUNAI.docx	17/04/2019 16:55:06	REJANE MARIA PAIVA DE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	Documento_2_Projeto_Pesquisa_2_Submetido_Plataforma_Brasil_modificad	17/04/2019 16:54:50	REJANE MARIA PAIVA DE	Aceito

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 3.475.904

Outros	docx	01:01:03	PAIVA DE	Aceito
Outros	Documento_10_Instrumento_Coleta.pdf	10/01/2019 00:59:39	REJANE MARIA PAIVA DE	Aceito
Outros	Documento_9_Termo_Confidencialidade.docx	10/01/2019 00:58:29	REJANE MARIA PAIVA DE	Aceito
Outros	Documento_9_Termo_Confidencialidade.pdf	10/01/2019 00:57:34	REJANE MARIA PAIVA DE	Aceito
Outros	Documento_7_termo_gravacao_voz.docx	10/01/2019 00:56:12	REJANE MARIA PAIVA DE	Aceito
Outros	Documento_7_termo_gravacao_voz.pdf	10/01/2019 00:55:24	REJANE MARIA PAIVA DE	Aceito
Outros	Justificativa_.pdf	10/01/2019 00:54:02	REJANE MARIA PAIVA DE	Aceito
Outros	Justificativa_.docx	10/01/2019 00:51:10	REJANE MARIA PAIVA DE	Aceito
Outros	Carta_secretaria_municipal_joao_camarara.pdf	10/01/2019 00:50:31	REJANE MARIA PAIVA DE	Aceito
Outros	Carta_associacao_amarelaio.pdf	10/01/2019 00:50:09	REJANE MARIA PAIVA DE	Aceito
Outros	Documento_5_Declaracao_nao_inicio.docx	10/01/2019 00:49:11	REJANE MARIA PAIVA DE	Aceito
Outros	Documento_5_Declaracao_nao_inicio.pdf	10/01/2019 00:48:55	REJANE MARIA PAIVA DE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Documento_4_TCLE.docx	10/01/2019 00:46:31	REJANE MARIA PAIVA DE MENEZES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Documento_4_TCLE.pdf	10/01/2019 00:45:00	REJANE MARIA PAIVA DE MENEZES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Documento_3_Projeto_Pesquisa.docx	10/01/2019 00:43:13	REJANE MARIA PAIVA DE MENEZES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Documento_3_Projeto_Pesquisa.pdf	10/01/2019 00:42:39	REJANE MARIA PAIVA DE MENEZES	Aceito
Outros	Documento_2_Projeto_Pesquisa_Submetido_Plataforma_Brasil.docx	10/01/2019 00:40:07	REJANE MARIA PAIVA DE	Aceito
Outros	Documento_2_Projeto_Pesquisa_Submetido_Plataforma_Brasil.pdf	10/01/2019 00:38:56	REJANE MARIA PAIVA DE	Aceito
Folha de Rosto	Documento_1_Folha_de_Rosto.pdf	10/01/2019 00:26:51	REJANE MARIA PAIVA DE	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 3.475.904

Investigador	o.pdf	17/04/2019 16:54:50	REJANE MARIA PAIVA DE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Documento_2_Projeto_Pesquisa_2_Sub metido_Plataforma_Brasil_modificado.d ocx	17/04/2019 16:54:31	REJANE MARIA PAIVA DE MENEZES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Doc_4_TCLE_2_modificado.pdf	17/04/2019 16:54:11	REJANE MARIA PAIVA DE MENEZES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Doc_4_TCLE_2_modificado.docx	17/04/2019 16:53:16	REJANE MARIA PAIVA DE MENEZES	Aceito
Outros	Documento_2_Projeto_Pesquisa_Subm etido_Plataforma_Brasil_modificado.doc x	21/03/2019 19:37:39	REJANE MARIA PAIVA DE MENEZES	Aceito
Outros	Doc_Respostas_pendencias.pdf	21/03/2019 19:35:00	REJANE MARIA PAIVA DE	Aceito
Outros	Doc_Respostas_pendencias.docx	21/03/2019 19:34:24	REJANE MARIA PAIVA DE	Aceito
Cronograma	Documento_13_Cronograma_detalhado modificado.pdf	21/03/2019 19:33:00	REJANE MARIA PAIVA DE	Aceito
Cronograma	Documento_13_Cronograma_detalhado modificado.docx	21/03/2019 19:32:50	REJANE MARIA PAIVA DE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Doc_4_TCLE_modificado.docx	21/03/2019 19:31:04	REJANE MARIA PAIVA DE MENEZES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Doc_4_TCLE_modificado.pdf	21/03/2019 19:30:45	REJANE MARIA PAIVA DE MENEZES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Documento_3_Projeto_Pesquisa_modifi cado.pdf	21/03/2019 19:29:51	REJANE MARIA PAIVA DE MENEZES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Documento_3_Projeto_Pesquisa_modifi cado.docx	21/03/2019 19:29:20	REJANE MARIA PAIVA DE MENEZES	Aceito
Cronograma	Documento_13_Cronograma_detalhado. docx	10/01/2019 01:04:54	REJANE MARIA PAIVA DE	Aceito
Cronograma	Documento_13_Cronograma_detalhado. pdf	10/01/2019 01:04:29	REJANE MARIA PAIVA DE	Aceito
Outros	Documneto_11_Formulario_CEP_UFRN .docx	10/01/2019 01:03:55	REJANE MARIA PAIVA DE	Aceito
Outros	Documneto_11_Formulario_CEP_UFRN .pdf	10/01/2019 01:02:55	REJANE MARIA PAIVA DE	Aceito
Outros	Documento_10_Instrumento_Coleta.	10/01/2019	REJANE MARIA	Aceito

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF **Município:** BRASÍLIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 3.475.904

Aprovado

BRASILIA, 30 de Julho de 2019

Assinado por:
Jorge Alves de Almeida Venancio
(Coordenador(a))

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.719-040
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3315-5877 **E-mail:** conep@saude.gov.br