

SAÚDE INDÍGENA KAINGANG E AS DEMANDAS DO CUIDADO NA PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO

Alice do Carmo Jahn¹ jahnalice@gmail.com UFSM – BRASIL

Leticia Prescendo² letiprescendo@hotmail.com UFSM – BRASIL

Maria da Graca Porciuncula Soler³ srgraca@hotmail.com UFSM – BRASIL

Ethel Bastos da Silva⁴ ethelbastos@hotmail.com UFSM – BRASIL

Aline Anklam⁵ alineanklam@gmail.com UFSM – BRASIL

Caroline Casado Fagundes⁶ carolcasadofagundes@gmail.com UFSM – BRASIL

RESUMO

Neste estudo faz-se uma revisão integrativa, de caráter qualitativo, proposta por Minayo (2001), que objetivou conhecer a saúde indígena Kaingang e suas demandas de cuidado na produção do conhecimento na região Sul do Brasil. A amostra contou com nove artigos científicos pesquisados na base de dados Portal eletrônico LILACS, no período de janeiro de 2006 a dezembro de 2015. Foram encontrados cinco temas relacionados à saúde indígena Kaingang, sendo os mais abordados: saúde da mulher, saúde do idoso e estado nutricional. Também foram discutidos: saúde da criança e parasitoses. O estudo revelou a escassez de pesquisas relacionadas à saúde dos povos indígenas Kaingang. Assim, é importante realizar estudos que versem sobre o tema, ainda na graduação em Enfermagem, na perspectiva de aproximar os saberes culturais e qualificar os cuidados em saúde de maneira mais condizente com a realidade indígena.

Descritores: Saúde Indígena, Kaingang, Enfermagem.

ABSTRACT

This study is about an integrative review of qualitative nature as proposed by Minayo (2001) with the objective of learning about the health condition of the Kaingang indigenous people and their care needs within the knowledge production in the southern region of Brazil.

The sample comprised nine scientific articles researched in LILACS database from January 2006 to January 2015. The research found five themes related to the health of the Kaingang indigenous people with predominance of: women's health, health of the elderly and nutritional status. In addition, discussions about children's health and parasitosis have also been found. The study revealed the lack of researches on the health of the Kaingang indigenous people. Therefore, it is important to carry out studies on the subject even at the undergraduate level of the Nursing School with a view to gather cultural knowledge and to qualify the health care in a more compatible way to match with the indigenous reality.

Descriptors: Indigenous Health, Kaingang, Nursing.

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, a implementação das Políticas Públicas de Saúde Indígena apresentou descontinuidade, motivada pela desvalorização de questões culturais e suas especificidades e a biodiversidade, aliadas às mudanças de órgãos e as sucessivas transições nas gestões.

A atenção à saúde indígena adquiriu relevância no país após mobilizações sociais, articulações políticas e a participação efetiva dos indígenas em prol da defesa da atenção à saúde e a garantia dos direitos de cidadania.

A população indígena brasileira é de 817.963 pessoas, com 305 etnias, falantes de 274 idiomas, que habitam em quase todos os Estados brasileiros. Destes, 502.783 vivem na zona rural, e 315.180, na zona urbana. Cada etnia possui cultura própria. A diversidade cultural é uma das riquezas do país, mas também um desafio para elaborar e implementar políticas públicas específicas (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2010).

Os Kaingang representam um dos povos mais numerosos do Brasil, aproximadamente 37.470 mil indígenas (IBGE, 2010). Os Kaingang estão distribuídos em 47 Terras Indígenas (TI), e habitam os estados de São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul (RS). A maior concentração de índios está nas regiões Norte e Noroeste gaúcho, próximas à Universidade Federal de Santa Maria - UFSM, Campus de Palmeira das Missões (Jahn, 2015).

A Saúde Indígena, como tema na graduação de enfermagem da UFSM possibilita conhecer a organização sociocultural, situação de saúde e de vida dessa

comunidade, promovendo a elaboração de ações e intervenções mais exitosas, pois proporcionar ao estudante uma formação pautada na perspectiva cultural é o que determina a produção das práticas de cuidado (Jahn, 2015).

A saúde indígena, abordada nas disciplinas do eixo da Saúde Coletiva, propicia aos alunos aprendizado reflexivo sobre a cultura, com debates teóricos e vivências em comunidades indígenas. Assim, as reflexões sobre diferenciação cultural e produção de saúde e de cuidado provocaram a necessidade de conhecer a produção científica sobre a saúde dos Kaingang.

Com base nesses pressupostos elaborou-se a seguinte questão norteadora: O que vem sendo produzido na literatura na última década sobre a saúde indígena Kaingang na região Sul do Brasil? E o objetivo é conhecer a produção do conhecimento na literatura brasileira sobre a saúde indígena Kaingang nos últimos 10 anos e as demandas e necessidades de cuidado.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Os Kaingang são os indígenas mais numerosos do Brasil Meridional, fazem parte do grupo Jê, e totalizam uma população de 37.470 mil (IBGE, 2010). Eles vivem em mais de 33 TIs, estão distribuídos em quatro Territórios, dos quais três pertencem à região Sul: Paraná, Santa Catarina e RS. Um dos aspectos da cultura do Kaingang é a mobilidade espacial (Jahn, 2015 & Oliveira, 2009).

Os Kaingang vivem com sua família nuclear, em aldeia compartilhada com seus parentes, constituindo uma grande família que vive em comunidade (Jahn, 2015; D'Angelis & Veigas, 2003).

Os Kaingang são caracterizados como sociedades sociocêntricas, que reconhecem princípios dualistas. Há um sistema caracterizado pela existência de duas metades exogâmicas, complementares e assimétricas, designadas como Kamé e Kainru (Veiga, 1994, 2000).

O mito dos gêmeos ancestrais está em relação de oposição um ao outro. Kamé "é [...] pesado, de corpo como de espírito, mas é perseverante. A pintura corporal característica de Kairu são manchas, a de Kamé são listras. [...] Kainru é de caráter feroso, tomada de decisões rápidas, mas é de atitudes instáveis; seu corpo é magro e leve" (Nimuendaju, 1987, p. 121-122).

As comunidades indígenas Kaingang possuem líderes religiosos e sábios que presidem os ritos de nomeação, proteção e cura de pessoas e ambientes. São nomeados

de Kuiã e provêm da metade Kamé. Os Kuiã também são nomeados curandeiros e médicos. Eles conhecem e manipulam as plantas do mato e ervas para produzir os remédios (Freitas & Rokág, 2007).

A economia na cultura Kaingang volta-se para caça e pesca, cultivo de moranga, batata doce, mandioca, milho e feijão e criação de suínos e galinhas, mas a principal fonte de renda é a comercialização de artesanato.

Atualmente, os indígenas estão buscando formação acadêmica e qualificação profissional nas Universidades, e atuam na educação — professores em suas aldeias; na saúde — enfermeiros, técnicos de enfermagem, e ocupam cargos em órgãos indigenistas: FUNAI e SESAI (Jahn, 2015 & Friedrich, 2010).

A língua falada pelos Kaingang faz parte da família Jê do tronco macro-jê, e os dialetos sofrem variações de acordo com as regiões. A maioria dos indígenas fala o Kaingang e o português (Oliveira & Gomes, 2013; Jahn, 2015).

Na organização política há uma estrutura hierarquizada. O cacique ocupa a posição máxima e pode ser indicado ou eleito pela comunidade. Ele toma as decisões e conta com o auxílio de demais lideranças de sua confiança para manter a ordem nas aldeias (Jahn, 2015 & Almeida, 2014). O segundo na hierarquia é o vice-cacique, que representa o cacique na sua ausência (Almeida, 2014).

2.1 Políticas de Saúde Indígena: breve contextualização

No Brasil, a assistência à saúde aos povos indígenas iniciou com os missionários e religiosos. Em 1910, o Decreto-Lei n.º 8.072 propôs a sistematização na saúde indígena, criando o Serviço de Proteção ao Índio (SPI) que ficou responsável pela assistência à saúde dos povos indígenas (BRASIL, 2002).

Na década de 1950, criou-se o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA), ligado ao Ministério da Saúde, com a finalidade desenvolver ações de saúde para os povos indígenas e a população rural (BRASIL, 2004).

Em 1967 foi criada a Fundação Nacional do Índio (FUNAI), mediante a Lei n.º 5.371, que substituiu o Serviço de Proteção aos Índios (SPI). A FUNAI ficou responsável por proteger e promover os direitos dos povos indígenas, implementar políticas de saúde, e identificar, delimitar e demarcar Terras Indígenas, entre outras atribuições (Lei n.º 5.371/67). Para isso, a FUNAI adotou Equipes Volantes de Saúde (EVS), mas não atingiu os objetivos por falta de infraestrutura; falta de planejamento na saúde; carência de recursos financeiros; falta de recursos humanos qualificados e

por não considerar os especialistas nativos e as suas crenças relacionadas ao processo de saúde e a medicina tradicional (BRASIL, 2004).

Essa situação motivou a capacitação de Agentes Indígenas de Saúde (AIS), com enfoque no reconhecimento da medicina indígena, os quais atuaram em todo o território brasileiro, na qualidade de voluntários, embora carentes de materiais para desenvolver as atividades (BRASIL, 2004).

Em 1973 foi aprovado o Estatuto do Índio, regulamentado pela Lei 6.001, com a finalidade de preservar sua cultura e integrá-los, progressiva e harmoniosamente à nação brasileira (Costa, 1987; Lei 6.001/73).

Em 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde, foi recomendada a realização da I Conferência Nacional de Saúde Indígena, na qual se discutiram três temas: saúde — direito de todos; reformulação do Sistema Nacional de Saúde, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), e financiamento do setor.

Em 1986, na I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, debateu-se: gerenciamento das ações e serviços de atenção à saúde para os indígenas, com a responsabilidade de um único órgão na gestão, criando-se uma agência para tal fim, com a garantia de representação indígena, propondo-se os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) sob a gerência do Ministério da Saúde (BRASIL, 1986).

No SUS, e na Constituição Federal do Brasil, de 1988, a saúde é expressa como direito de todos os cidadãos brasileiros, reconhecendo-se o respeito às organizações socioculturais e estabelecendo-se a competência privada da União em legislar sobre as questões indígenas (BRASIL, 1988).

Nos anos 1990 houve disputa pela coordenação das ações de saúde dos povos indígenas entre a FUNAI e a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), instituída em 1991, pelo Decreto nº 100, com a finalidade de promover e executar ações e serviços de saúde pública e de saneamento básico, realizar pesquisas, processar e divulgar informações sobre saúde (Decreto nº 100/91).

Em 1993, na II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, junto a IX Conferência Nacional de Saúde, debateu-se a criação de um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, definindo-se as diretrizes e as atualizações da Política Nacional de Saúde para os povos indígenas. Posteriormente, houve a aprovação da Lei AROUCA, nº 9.836/99, que criou o Subsistema de Saúde Indígena e os Distritos Sanitários Especiais indígenas. Essa lei foi acrescida aos dispositivos na Lei de Nº 8.080/90, e a saúde indígena voltou a ser responsabilidade do Ministério Público, e também as políticas e

diretrizes para a promoção, prevenção e recuperação da saúde indígena e a implementação de um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, componente do SUS.

Em 2001, a III Conferência Nacional de Saúde Indígena analisou os avanços e os obstáculos do SUS na implantação dos DSEIs, e lançou propostas para a efetivação das diretrizes.

Em 2003, na XII Conferência Nacional de Saúde, recomendou-se a realização da IV Conferência Nacional de Saúde Indígena, efetivada em 2006, quando foi reafirmada a FUNASA como órgão gestor das ações da saúde indígena. A Conferência manteve o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do SUS.

O Decreto nº 7.336, de outubro de 2010, criou a Secretária Especial de Saúde Indígena (SESAI), que ficou responsável pela Coordenação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e de todo o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI), articulado com o SUS, descentralizado, com autonomia administrativa, orçamentária e financeira, além da responsabilidade sanitária dos 34 DSEIs (Ferreira, Portillo & Nascimento, 2013).

Em 2013, na Conferência Nacional de Saúde Indígena, debateu-se o tema "Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e o SUS: Direito, Acesso, Diversidade e Atenção Diferenciada", modelo atual utilizado para a saúde indígena descentralizado, com autonomia administrativa, orçamentária, financeira e a responsabilidade sanitária dos 34 DSEIs.

3. METODOLOGIA ADOTADA NO ESTUDO

Este estudo é uma revisão integrativa de literatura cujo método possibilita sumarizar o conhecimento e entender determinado tema de interesse, com base em resultados de pesquisas científicas existentes (Mendes, Silveira & Galvão, 2008).

A revisão integrativa é de cunho qualitativo e se desenvolve pelo processo de formulação da questão norteadora, da coleta, avaliação, análise e interpretação de dados e a apresentação dos resultados (Minayo, 2001, p. 14). A coleta dos dados realizou-se no Portal eletrônico LILACS, no mês de julho de 2016 com os descritores Saúde Indígena, Kaingang e Enfermagem.

Os critérios de inclusão foram: artigos originais, completos, em idioma português, publicados no período de janeiro de 2006 até dezembro de 2015, texto disponível gratuito on-line. Os critérios de exclusão foram: artigos que não tratam da

temática saúde indígena Kaingang na região Sul, do tipo Referencial Teórico, incompletos e Teses.

4. RESULTADOS ENCONTRADOS

A seguir apresentam-se os resultados obtidos no portal eletrônico LILACS.

Tabela 1

Artigos encontrados na base de dados LILACS, no período de 2006 a 2015, por descritor, na região Sul.

DESCRITORES	ARTIGOS PERÍODO DE 2006 A 2015	ARTIGOS DESCRITORES AGRUPADOS	ARTIGOS DUPLICADOS	ARTIGOS PRÉ-SELECIONADOS	ARTIGOS SELECIONADOS
SAÚDE INDÍGENA	242	17	4	13	9
KAINGANG	28				
TOTAL	270				

Fonte: Base de dados LILACS.

No levantamento bibliográfico da temática identificaram-se 270 artigos. Com o agrupamento dos descritores restaram 17. Após a leitura do título e resumos, excluíram-se quatro artigos duplicados, permanecendo 13 estudos, lidos na íntegra. Destes, nove formam a amostra expressa no quadro abaixo:

Quadro 1

Caracterização dos artigos por título, ano de publicação e autores:

Nº ARTIGO	TÍTULO	ANO	AUTORES
1	A cultura e a saúde da mulher indígena: revisão integrativa.	2015	SILVA, DIAZ E SILVA.
2	Condições de vida e saúde do idoso indígena Kaingang.	2015	BORGHI E CARREIRA.
3	Características de gestão, funcionamento e cardápios do Programa Nacional de Alimentação Escolar em escolas Kaingang do Rio Grande do Sul, Brasil.	2014	CASTRO, et al.
4	Organização do serviço de saúde e cuidado ao idoso indígena: sinergias e singularidades do contexto profissional.	2014	RISSARDO E CARREIRA.

5	Processo de gestar e parir entre as mulheres Kaingang.	2013	MOLITERNO, et al.
6	Práticas de cuidado ao recém-nascido: percepção de famílias Kaingang.	2011	RISSARDO, et al.
7	Estado nutricional dos indígenas Kaingang matriculados em escolas indígenas do RS, Brasil.	2010	CASTRO, et al.
8	Avaliação de atividades de controle para enteroparasitose em uma aldeia Kaingang do Paraná.	2009	TOLEDO, et al.
9	Exploração de fatores de risco para câncer de mama em mulheres de etnia Kaingang, Terra Indígena Faxinal, Paraná, Brasil, 2008.	2009	SILVA, et al.

4.1 Caracterização da Amostra

Dos artigos selecionados, 55,5% eram qualitativos, e 22,2%, quantitativos. A maioria (33,3%) constava no periódico Caderno de Saúde Pública, e 11,1%, em periódicos das revistas Ciências do Cuidado da Saúde, Pesquisa Cuidado é Fundamental on-line, Escola Enfermagem USP, Escola Anna Nery, Saúde Pública e a Texto & Contexto Enfermagem.

O maior número de publicações ocorreu em 2015, 2014 e 2009, com 22,2% em cada ano, e 11,1% em 2013, 2011 e 2010.

Os temas abordados sobre a saúde dos indígenas Kaingang foram: saúde da mulher (33,3%), saúde do idoso, perfil antropométrico e estado nutricional da população (22,2%) e saúde da criança e as parasitoses (11,1%).

4.2 Saúde da Mulher Kaingang

Dos artigos estudados, três abordaram a saúde da mulher indígena Kaingang com os temas: câncer de mama, o processo de gestação e a cultura e a saúde.

4.2.1 Câncer de Mama

Em sua pesquisa, Silva et al (2009) analisaram os fatores de risco para o câncer de mama de 104 mulheres indígenas da etnia Kaingang, com idade ≥ 20 anos. Das entrevistadas, 78,9% tinham três ou mais filhos, e 36%, entre oito e dez filhos. Em relação à menarca, 39,4% foi entre onze e treze anos. Quanto ao aborto, 61,5% das mulheres nunca abortaram, e 23,1% tiveram apenas um aborto. Em relação ao

aleitamento materno, 92,3% amamentaram por mais de um ano, e 26%, por dois, três e até sete anos.

Os fatores de risco para o câncer de mama mais prevalentes apresentados pelas mulheres foram: sedentarismo (82,7%); uso de anticoncepcionais hormonais (43,3%); e tabagismo (39,3%).

Destaca-se que a maioria das mulheres indígenas não realizam práticas preventivas ao câncer de mama, e 28,8% dizem conhecer o autoexame, porém apenas 2,9% o realizam (Silva et al, 2009).

Alguns fatores protetores do carcinogênese encontraram-se presentes entre as mulheres: a multiparidade, o aleitamento, ausência do uso de hormônios e o não etilismo.

4.2.2 Processo de Gestar e Parir

A pesquisa de Moliterno et al (2013) trata da gestação e nascimento entre as mulheres Kaingang, a cultura relacionada ao nascimento e as influências dos serviços de saúde nesse processo. O estudo é qualitativo etnográfico, realizado com 30 mulheres Kaingang, por meio de observação participante, grupo focal, entrevistas e questionário semiestruturado sobre aspectos sociodemográficos.

A idade dessas mulheres variou entre 14 e 100 anos, e a idade da primeira gestação entre 12 e 20 anos. Apenas uma relatou parto natimorto, e duas, parto prematuro, ambas tinham menos de trinta anos.

O modo Kaingang de gestar e parir utiliza ervas naturais, desde a descoberta da gestação até o nascimento para inibir o crescimento do feto e diminuir o sofrimento na hora do nascimento.

Quanto à atividade física na gestação, as mulheres Kaingang permanecem ativas, mantendo suas atividades sem nenhuma restrição.

O parto é realizado em casa e na posição de cócoras, com a utilização de ervas para ajudar na hora do nascimento. Esses ensinamentos vêm das mulheres mais idosas. Ao marido cabe providenciar as ervas e cortar o cordão umbilical.

A realidade dessas mulheres se modifica com as unidades de saúde localizadas nas aldeias e a realização do pré-natal, com o encaminhamento para parir no hospital. O local e a posição em decúbito dorsal para o nascimento não condiz com o modo de parir indígena, o que é considerado um desrespeito à cultura na escolha do parto por parte dos profissionais.

4.2.3 A Cultura e a Saúde da Mulher

O estudo de Silva, Diaz e Silva (2015) foi uma revisão integrativa para investigar a realidade de saúde das mulheres indígenas e seus povos da etnia Guarani e Kaingang, da região Sul do Brasil; aborda as Políticas Públicas de Saúde direcionadas aos indígenas e a inserção dos profissionais de enfermagem nesse contexto.

Os achados revelam que apesar de os povos indígenas terem seus direitos à saúde assegurados por lei, as mulheres indígenas não recebem a atenção em saúde de que necessitam, pois, muitas vezes, os profissionais de saúde não estão preparados para considerar as particularidades, cultura e crenças para realizar o cuidado.

As ações em saúde para a população indígena devem ser repensadas e os profissionais que atendem essa população devem criar estratégias de intervenção em saúde, proporcionando um atendimento humanizado, com vínculo, sem ignorar a cultura indígena.

4.2.4 Saúde do Idoso

Sobre a saúde dos idosos foram encontrados dois artigos: o primeiro, de caráter qualitativo, realizado com dez profissionais da área da saúde (enfermeiro, médico, dentista, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem e agentes indígenas de saúde (AIS) e motorista da saúde), de Unidade Básica de Saúde da Terra Indígena Faxinal-TIF, no Paraná, Brasil. Os dados, coletados mediante observação participante e entrevistas, foram analisados mediante Etnoenfermagem, proposta por Madeleine Leininger em sua Teoria da diversidade e universalidade do cuidado.

Dos dez profissionais (cinco do sexo masculino e cinco do sexo feminino), quatro tinham entre 20 a 29 anos, dois entre 30 a 39 anos, dois entre 40 e 49 anos e dois, 50 anos ou mais. Quanto à escolaridade, um tinha o ensino fundamental incompleto, dois o ensino fundamental completo, quatro ensino médio e três ensino superior. Sobre o tempo de vínculo com a ESI, quatro atuavam de cinco a doze meses, quatro de um a sete anos e dois trabalhavam há mais de sete anos. Somente dois profissionais tinham experiência com populações indígenas.

Para acessar os serviços de saúde há transporte disponível, pois o processo de envelhecimento traz menor disposição para procurar esses serviços e se deslocar para os diferentes níveis de atenção.

Diversas condições dificultam a assistência aos idosos Kaingang da TIF: limitação de recursos humanos e materiais, falta de capacitação profissional, falta de estrutura física adequada e limitação de profissionais.

Os resultados sugerem a criação de estratégias que proporcionem melhora nos serviços de saúde, com ações de saúde de qualidade aos idosos indígenas e para (re)pensar o processo de trabalho desses profissionais na busca do conhecimento.

O segundo estudo, de Borghi e Carreira (2015), refere-se às condições de vida e saúde do idoso indígena Kaingang, com abordagem qualitativa, apoiada no referencial da etnografia. A pesquisa ocorreu na Terra Indígena Faxinal, Paraná, Brasil, com 28 idosos, convidados a partir de uma lista da população residente na TIF, fornecida pela unidade de saúde local e pelo escritório da FUNAI, em novembro de 2010. Os dados foram coletados mediante observação participante e entrevistas.

Dos idosos Kaingangs investigados, 17 eram mulheres, e 11, homens. Destes, 11 tinham idade entre 60 a 69 anos; seis, entre 70 e 79 anos; sete idosos com 80 anos e mais, e um com mais de 100 anos. Do total, 16 eram casados; 10, viúvos; e dois, separados, destes idosos 14 viviam com suas famílias estendidas.

Os idosos Kaingang seguem seus costumes, sua cultura, sua linguagem do tronco linguístico macro-jê, seu princípio cosmológico dualista — sistema de metades. Moram em casas de madeira, sem repartições, e de chão batido. Alguns domicílios não possuem banheiro. O lixo domiciliar é descartado no ambiente, queimado ou enterrado. A maioria tem acesso à água potável e à energia elétrica.

Na produção de artesanato, a maioria dos idosos confecciona e prepara a matéria-prima, e para apanhar taquara e/ou trabalhar na roça, caminham longas distâncias, o que os torna fisicamente ativos e independentes.

4.2.5 Estado Nutricional

Dois estudos abordam o estado nutricional dos indígenas Kaingang, o primeiro descreveu as características de funcionamento, gestão e cardápios do Programa Nacional de Alimentação Escolar, avaliando o estado nutricional de crianças indígenas Kaingang de 35 escolas indígenas do RS/Brasil, localizadas em 12 Terras Indígenas Kaingang. O estudo é de natureza transversal, com aplicação de questionário aos diretores e vice-diretores.

A maioria dos diretores (77,1%) relatou receber sugestão de cardápio das coordenadorias regionais de educação, mas somente 11,4% adotavam-no integralmente. A maioria das escolas (70%) elaboravam as refeições com três grupos alimentares ou mais, com baixa oferta de verduras e legumes, leite e derivados. O estudo apontou a falta de espaço físico para realizar as refeições e seu armazenamento. Há necessidade de

mais estudos sobre o PNAE indígena e pretende-se subsidiar políticas públicas de saúde, alimentação e nutrição para o espaço escolar indígena nacional.

O outro estudo descreveu o estado nutricional, destacando desnutrição e obesidade nos indígenas da etnia Kaingang matriculados nas 35 escolas indígenas Kaingang do RS, Brasil. Participaram do estudo 3.254 indígenas, adolescentes, crianças, adultos e idosos.

Foram coletadas medidas antropométricas — peso e altura — analisadas segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS). Houve destaque para o excesso de peso e déficit de estatura dos adolescentes. O percentual de excesso de peso foi 9,2% entre os adolescentes, e 80% nos adultos. As mulheres indígenas apresentam sobrepeso e obesidade. O sobrepeso e a obesidade entre os Kaingang podem estar relacionados às mudanças no estilo de vida associadas às práticas alimentares — baixa oferta de alimentos com fibras — que dão lugar a alimentos industrializados e com altos teores de carboidratos (Castro et al 2014).

4.2.6 Parasitoses

O estudo de Toledo et al (2009) analisou o estado parasitológico de comunidade indígena Kaingang. O método foi um estudo longitudinal, realizado entre 2004 e 2006, com 447 pessoas dessa etnia, no município de Cândido de Abreu, Paraná.

Foram obtidos indicadores parasitológicos de saúde em três inquéritos coparassitológicos, em 2004, 2005 e 2006, sendo coletadas 250, 147 e 126 amostras de fezes, respectivamente, nas Unidades Básicas de Saúde da aldeia. As condições de moradia e higiene foram determinadas mediante questionário aplicado a 69 (2004), 57 (2005) e 38 (2006) das 90 famílias.

O maior percentual de pessoas examinadas tinha idade escolar de 5 a 19 anos, perfazendo 39,6%, 38,8% e 48,4%, respectivamente, no primeiro, segundo e terceiro inquéritos, acompanhada da faixa etária > 20 anos.

A prevalência de enteroparasitos (presença de alguma espécie de helminto ou protozoário intestinal) nas amostras de fezes examinadas durante os três inquéritos foram: 229 (91,6%), 139 (94,6%) e 110 (87,3%), sem redução significativa.

A prevalência de algumas espécies se reduziu; a de outras aumentou significativamente. As infecções de alta intensidade por geohelmintos apresentaram taxas menores de 2% no período estudado.

Houve melhoras nos indicadores parasitológicos de saúde da população — redução na prevalência de algumas espécies de enteroparasitos e manutenção de baixa

carga parasitária — mostrando a importância de se associar o tratamento antiparasitário às melhorias sanitárias.

4.2.7 Saúde da Criança

O estudo de Rissardo et al (2011), de caráter qualitativo, analisou as práticas no cuidado do recém-nascido a partir da percepção das mulheres indígenas. Participaram do estudo 30 mulheres com filhos da etnia Kaingang, residentes na Terra Indígena Faxinal de Catanduvás, Paraná, Brasil, e os dados foram coletados por meio de observação participante e entrevistas, utilizando o referencial de Madeleine Leininger.

Das indígenas pesquisadas, 13 já eram avós; dez, tinham entre 14 e 29 anos, doze entre 30 e 39 anos, e oito tinham 60 anos ou mais — idade mínima de 14 e a máxima 100 anos.

Identificaram-se várias práticas de cuidados com os recém-nascidos, sendo as mais frequentes: banho com água morna após o nascimento, limpeza do coto umbilical com ervas. Das 30 investigadas, 17 amamentaram seus filhos durante três anos ou mais.

As indígenas destacaram hipótese de discriminação à etnia por parte dos profissionais de saúde, principalmente em relação ao banho no âmbito hospitalar, que não era dado, apenas limpavam a criança com panos umedecidos.

Por fim, os autores concluíram que os profissionais da saúde, principalmente os enfermeiros, cuja essência é o cuidar, devem utilizar estratégias que respeitem os saberes tradicionais dos indígenas em relação ao recém-nascido, a fim de negociar as práticas que necessitem de adequações para garantir a preservação da saúde dos indivíduos.

5. DISCUSSÃO

Em relação à saúde das mulheres Kaingang, para Silva et al. (2009), o longo período de aleitamento materno é um dos fatores protetores no câncer de mama. E Inumaru (2011) confirma: o aleitamento é um dos fatores protetores para a neoplasia maligna de mama. E o não uso de hormônios e a multiparidade são destacados como fatores protetores de câncer de mama (Silva et al., 2009).

Moliterno et al, (2013) ressaltam que a mulher indígena Kaingang realiza um preparo com chás de ervas do mato, durante a gestação, para que o feto não cresça muito e facilite seu nascimento.

No parto, a mulher indígena tem por tradição ter o filho sozinha e de cócoras. SABATINO (2010) afirma que na posição de cócoras, a mulher apresenta maior

diâmetro do canal vaginal, sem falar da força gravitacional positiva. Também é costume a placenta e o coto umbilical serem enterrados, retratando a relação do kaingang com a terra (Moliterno et al, 2013).

As mulheres relatam o desconforto e a frieza que sentem por parte dos profissionais quando necessitam do parto hospitalar, onde seus costumes e cultura não são considerados. As indígenas mais novas têm receio em ter seus filhos em casa, mas concordam que o parto hospitalar é desconfortável (Moliterno et al, 2013).

A aproximação dos indígenas com o homem branco modificou algumas de suas características, como os hábitos alimentares, que contribuem para o aparecimento da obesidade (Castro et al, 2010 & Castro et al, 2014). Os distúrbios nutricionais que levam ao sobrepeso e à obesidade, entre os adultos indígenas, são preocupantes, pois esses altos índices ocasionam maiores riscos de aquisição de doenças crônicas não transmissíveis (CASTRO et al, 2010).

Segundo Castro et al, (2014), as crianças em idade escolar têm seus hábitos alimentares distorcidos dentro da própria escola, pois a oferta de alimentos ricos em carboidratos e industrializados é bem maior que a de alimentos ricos em fibras — verduras, leguminosas e frutas. Desse modo, há um crescente aumento de indígenas com sobrepeso, da infância para a vida adulta, principalmente de mulheres indígenas kaingang que lideram o alto índice de complicações metabólicas. Assim, torna-se necessário desenvolver ações educativas visando ao controle dessas disfunções metabólicas, prevenindo o sobrepeso/obesidade, resgatando os hábitos alimentares e estilo de vida dos Kaingang (Castro et al 2010 & Castro et al 2014).

Outro assunto discutido nos artigos aqui selecionados é a saúde do idoso. RISSARDO e Carreira (2013) mostram que os profissionais da área da saúde que atuam com a população idosa indígena Kaingang relatam dificuldades na assistência integral, tendo falta de recursos financeiros e materiais, além da falta de preparo para trabalhar com o idoso indígena. Outro empecilho para a assistência em saúde é a linguagem, dificultando a comunicação entre indígenas e profissionais da saúde (Diehl & Longdon, 2007; Rissardo & Carreira, 2013).

Quanto ao modo de vida do indígena Kaingang, Borghi e Carreira (2015) apontam que, mesmo em sua velhice, ele continua a cultivar seus costumes com a prática de artesanatos, de plantio e colheita de alguns alimentos — a mandioca e o milho. Também é o idoso Kaingang que passa os ensinamentos aos mais jovens de sua família. E, conforme Rissardo & Carreira (2013), os hábitos de vida dos idosos

Kaingang são essenciais para mantê-los fisicamente ativos, independentes e com boa saúde.

Em relação à saúde das crianças indígenas, destacam-se as práticas no cuidado do recém-nascido relacionadas ao banho com água morna após o nascimento, a limpeza do coto umbilical e o aleitamento materno, práticas consideradas primordiais para a saúde da criança indígena (Rissardo et al, 2011).

Desse modo, os profissionais da saúde tem que entender a finalidade de cada prática de saúde realizada pelos Kaingang e negociar a adequação de algumas delas (Rissardo et al 2011).

Já, Silva, Diaz e Silva (2015), ressaltam que, apesar de as indígenas terem seus direitos à saúde assegurados em lei, nem sempre recebem a atenção de que necessitam.

No que se refere à ocorrência de parasitoses entre os indígenas Kaingang, o estudo de Toledo et al (2009), apontou o grande índice de entoparasitoses: em 2014 (91,6%), em 2015 (94,6%) e em 2016 (87,3%).

Apesar de os serviços de saúde orientarem para o uso de antiparasitários, foram coletadas amostras de água e solo, apontando contaminações. Toledo et al, (2009), destacam que o costume indígena da ingestão de água e banhos de rios e de caminharem descalços dificulta as ações para diminuir os casos de parasitoses.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na presente revisão integrativa identifica-se que os temas abordados nos estudos com as populações indígenas Kaingang evoluem: saúde da mulher – câncer de mama - processo de gestação, cultura, idoso, estado nutricional, parasitoses e criança.

Os estudos apontam as limitações dos profissionais para atuar nesses espaços por falta de preparo relacionados ao desconhecimento da cultura, dos costumes e hábitos dessas populações. É preciso fortalecer o tema em disciplinas nos cursos de graduação de Enfermagem, com ênfase na cultura, para que as práticas de cuidado sejam negociadas e readequadas.

Os profissionais da enfermagem e da saúde, que atuam junto às populações indígenas, têm por finalidade criar ações resolutivas que possam intervir no processo de adoecimento, sensibilizando os indígenas Kaingang para as transições que seus hábitos de vida vêm sofrendo e influenciando seu bem-estar.

A inclusão da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas nas disciplinas de graduação em enfermagem fortalecerão a formação de profissionais para atuar em equipes de Saúde Indígena.

Referencias

ALMEIDA A.C.(2014). Organização Kaingang: o caso das lideranças tradicionais e políticas no Paraná. Revista Ciências Sociais em Perspectiva.(13)25. ISSN: 1981-4747 (eletrônica) — 1677-9665 (impresa) Vol. 13 – Nº 25 – 2014.

- . Fundação Nacional do Índio. FUNAI. 1967.
- . Lei nº 5.371 de 5 de dezembro de 1967.
- . (1973). Lei nº 6.001 - de 19 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o Estatuto do Índio.
- . (1986). Ministério da Saúde. Relatório final da Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio. Tema específico da 8ª Conferência Nacional de Saúde.
- . (1988). Constituição da República Federativa do Brasil, Brasília, 5 de outubro.
- . Decreto no 100, de 16 de abril de 1991.
- . Decreto no 23, de 4 de fevereiro de 1991.
- . (1993). Ministério da Saúde. Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas. Luziânia, 25 a 27 de outubro.
- . DECRETO No 1.141, DE 5 DE MAIO DE 1994.
- . (1999). Lei no 9.836, de 23 de setembro de 1999. Brasília.
- . (2000). Política Nacional de Atenção a Saúde dos Povos Indígenas. Brasília: FUNASA.
- . (2001). Ministério da Saúde. Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Indígena. Luziânia, GO.
- . (2002). Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Aprovada pela Portaria nº 254, de 31 de janeiro de 2002. Brasília: MS.
- . (2004). Fundação Nacional de Saúde. Manual de atenção à saúde da criança indígena brasileira. Brasília: Ministério da Saúde.
- . (2007). Fundação Nacional de Saúde. 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (4. :2006: Rio Quente, GO). 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, Rio Quente-GO, 27 a 31 de março de 2006: relatório final. Brasília: FUNASA.
- . (2009). Fundação Nacional de Saúde. Sistema de informações da atenção à saúde indígena (SIASI): demografia dos povos indígenas.

. DECRETO Nº 7.336, DE 19 DE OUTUBRO DE 2010.

. Fundação Nacional de Saúde. Impactos na saúde e no sistema único de saúde decorrentes de agravos relacionados a um saneamento ambiental inadequado / Fundação Nacional de Saúde – Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2010.

. Ministério da Saúde. (2015). 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena : relatório final / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde.

. Portaria nº 1.907 de 17 de outubro de 2016.

D'Angeliswd, R. & Veiga, J. (2003). Habitação e Acampamentos Kaingang hoje e no passado. Revista cadernos do CEOM, Chapecó: Unochapecó.

Diehl, E. E. & Langdon, E. J. (2007). Transformações na Atenção à Saúde Indígena: Tensões e Negociações em um Contexto Indígena Brasileiro. Revista Javeriana.

Freitas, A. E. C. & Rokág, F. S. (2007). O kujà e o sistema de medicina tradicional kaingang – “por uma política do respeito”: Relatório do II Encontro dos Kujà, Terra Indígena Kaingang Morro do Osso, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Pelotas, RS: Editora da UFPEL.

Friedrich, A. H. S. (2010). A Cultura Indígena Kaingang como Referência para a Criação de Joias. Monografia, UNIJUI.

IBGE. (2010). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. Rio Grande do Sul.

Jahn, A. C. (2015). O Kófa: uma etnografia sobre velhice Kaingang. 2015. 143 f. Tese (Doutorado) Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Enfermagem. Programa de Pós- Graduação em Enfermagem.

Mendes K. S., Silveira, R. C & Galvão, C. M. (2008).Revisão integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidencias na saúde e na enfermagem; Texto & contexto enfermagem.

Minayo, M. C. S.(2001). Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, P.14.

Nimuendajú, C. (1987). As lendas da criação e destruição do mundo como fundamentos da religião dos Apapocúva Guarani. Tradução de Charlotte Emmerich e Eduardo B. Viveiros de Castro. São Paulo: Hucitec: Edusp.

Oliveira L. R. & Gomes N. S. O tronco macro-jê em ms: o caso da língua terena. Web Revista Discursividade.

Oliveira, D. C., Meira, T. A. V. & Santana, V. C. (2013). Cultura e Alimentação: uma análise etnográfica de práticas alimentares. EFDeportes.com, Revista Digital. Buenos Aires.

Sabatino, H. (2010). Análise crítica dos benefícios do parto normal em distintas posições. *Tempus Actas Saúde Col.*

Tavares, J. S., Melo, A. S. O., Amorim, M. M. R., Barros, V. O., Takita, M. Y. & Benício M. H. D. (2009). Padrão de atividade física entre gestantes atendidas pela estratégia saúde da família de Campina Grande-PB. *Rev. Bras. Epidemiol.*

Veiga, J. (1994). Organização social e cosmovisão Kaingang: uma introdução ao parentesco, casamento e nomeação em uma sociedade Jê meridional. Dissertação (Mestrado) PPGAS/Unicamp, Campinas.

.(2000). Cosmologia e práticas rituais Kaingang. Tese (Doutorado)– PPGAS/Unicamp, Campinas.