

Factores de la cultura Kaingang que interfieren en el cuidado al anciano: perspectiva de los profesionales de la salud¹

Leidyani Karina Rissardo²

Aline Cardoso Machado Moliterno³

Ana Carla Borghi⁴

Lígia Carreira⁵

Objetivo: describir la percepción de los profesionales de la salud en cuanto a los factores de la cultura Kaingang que interfieren en la realización de las prácticas de cuidado a los ancianos de esa etnia. Método: investigación descriptiva, de abordaje cualitativo, fundamentada en el método etnográfico, realizada en diez profesionales de la salud que actúan en la Tierra Indígena Faxinal, estado de Paraná, Brasil. Los datos fueron recolectados en el período de noviembre de 2010 a febrero de 2012 por medio de entrevistas y observación participante, siendo analizados bajo la Teoría Transcultural del Cuidado. Resultados: se evidenció gran interferencia de la cultura Kaingang en el cuidado profesional al anciano, principalmente en el extrañeza cultural de diversas costumbres listadas como aspectos limitadores para asistencia a la salud de esos ancianos. Conclusión: el conocimiento de las interferencias de la asistencia puede contribuir en la formación de una plataforma de informaciones relevantes a los profesionales de salud en la ejecución del cuidado a los ancianos Kaingang.

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

¹ Apoyo financiero de la Fundação Araucária, process nº 197/2010.

² MSc, Enfermera, Prefeitura Municipal de Maringá, Maringá, PR, Brasil.

³ MSc, Profesor Asistente, Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil.

⁴ Estudiante de maestría, Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil.

⁵ PhD, Profesor Adjunto, Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil.

Correspondencia:

Leidyani Karina Rissardo
Rua Doutor Miguel Ferreira, 117
Zona 7
CEP: 87030-300, Maringá, PR, Brasil
E-mail: ka_rissardo@hotmail.com

Copyright © 2013 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Reconocimiento-No Comercial (CC BY-NC). Esta licencia permite a otros distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir de tu obra de modo no comercial, y a pesar de que sus nuevas obras deben siempre mencionarte y mantenerse sin fines comerciales, no están obligados a licenciar sus obras derivadas bajo las mismas condiciones.

Introducción

El envejecimiento de la población indígena se presenta como tema emergente para las investigaciones nacionales e internacionales en el área de la geriatría y gerontología, en vista de ser pocos los estudios que abordan, específicamente, esta parcela de la población. La relevancia de estudios sobre la atención de la población indígena, es pertinente al considerar que creencias y saberes heredados, expresados en formas simbólicas por medio de las cuales los hombres se comunican, perpetúan y desarrollan su conocimiento y sus actividades, forman la cultura del individuo, que a su vez, influencia directamente los pensamientos, decisiones y acciones, especialmente las acciones referentes a los cuidados⁽¹⁻²⁾. Si bien el anciano indígena comparte aquellas necesidades universales del proceso de envejecer, es necesario recordar que las raíces culturales influyen directamente las prácticas de cuidado, así siendo, la asistencia prestada debe considerar esos aspectos.

De esa manera, para cuidar de un individuo es necesario, además del conocimiento técnico científico, considerar sus creencias y valores y, para esto, promover una mayor aproximación con la realidad experimentada por el ser cuidado⁽³⁾. Los profesionales de la salud que se encuentran con esas diversidades culturales deben buscar este conocimiento cultural para en él pautar su plano de asistencia, de forma a amoldarse a las reales necesidades del individuo, ya que, a medida que el profesional se envuelve en el universo cultural de quien está cuidando, el proceso se torna más eficaz⁽⁴⁾.

Es evidente que la inserción en la cultura de esa población en las prácticas de cuidado profesional tiene contratiempos, una vez que éste posee su propio sistema de creencias y costumbres que también interfieren en la manera como es prestado el cuidado. Por eso son imprescindibles estudios que fomenten esas vertientes, considerando las posibilidades y los límites de los profesionales de la salud para la prestación del cuidado frente a la diversidad cultural de la población.

En vista de la necesidad de conocer la influencia del contexto cultural de los ancianos indígenas sobre el cuidado profesional a ellos prestado y del hecho de que la mayor población indígena de la Región Sur de Brasil pertenece a la etnia Kaingang, que corresponde también a una de las cinco etnias más numerosas en el país⁽⁵⁾, se cuestionó: ¿Cuáles son los factores de la cultura Kaingang que interfieren en el proceso de cuidado profesional al anciano de esta etnia? A pesar de las investigaciones ya emprendidas con enfoque en la salud de indígenas, se observó que los modos de actuación de los profesionales

en las Tierras Indígenas (TIs) y sus enfrentamientos y percepciones delante del trabajo en la prestación de la asistencia al anciano indígena han sido poco discutidos⁽⁶⁻⁹⁾.

La experiencia con la población indígena a través de investigaciones y el vacío de conocimiento encontrado sobre las diversas perspectivas del equipo de salud al asistir a esa población motivaron la realización de este estudio, el cual tiene como objetivo describir la percepción de los profesionales de la salud en cuanto a los factores de la cultura Kaingang que interfieren en la realización de las prácticas de cuidado a los ancianos de esta etnia.

Metodología

Se trata de un estudio descriptivo de abordaje cualitativo y fundamentado en el método etnográfico. La etnografía propicia una "descripción densa" de la realidad y la integración de informaciones de diversos actores que actúan en una misma micro realidad, palco de interacciones y conflictos^(1,10). De esa forma, este estudio tuvo como enfoque la observación y la participación de lo cotidiano de los profesionales en la prestación de cuidado a los ancianos Kaingang.

La investigación fue realizada en la Tierra Indígena Faxinal (TIF), situada en la Región Centro Sur del Estado de Paraná, abarcando aproximadamente 600 habitantes de etnia Kaingang. Los datos fueron recolectados en el período de noviembre de 2010 a febrero de 2012, por medio de observación participante en concomitancia con entrevistas realizadas con todos los profesionales integrantes del Equipo Multidisciplinar de Salud Indígena (EMSI). La EMSI está compuesta por enfermero, odontólogo, médico, técnico y auxiliar de enfermería, agente indígena de salud, agente indígena de saneamiento (AISAN) y chofer de la salud, totalizando diez profesionales. También participaron cuatro informantes clave, teniéndose como criterio de elegibilidad un amplio conocimiento al respecto de la cultura Kaingang y un largo período de inserción en la TIF.

Momentos de convivencia de los profesionales con la comunidad también fueron observados, tales como torneo de fútbol, funerales y celebración de misas. En cuanto a las entrevistas, estas fueron realizadas para complementar y validar las percepciones obtenidas con la observación participante, las cuales fueron grabadas en aparato MP4 y, posteriormente, transcritas. Fueron además adoptadas como fuente de registro de los datos, anotaciones en un diario de campo de los investigadores. Todas las informaciones fueron compiladas y analizadas conforme el modelo de la etno-enfermería propuesto por Madeleine Leininger, que utiliza cuatro etapas: 1) relación de los datos recolectados, descritos y documentados; 2) identificación

y clasificación de los descriptores componentes; 3) análisis del estándar contextual y temas principales; inferencias y formulaciones teóricas; 4) validación de los datos. Ese proceso de análisis se inició juntamente con la recolección de datos, permitiendo la validación de los datos en el propio campo de investigación⁽²⁾.

Este estudio fue apreciado por el Comité Nacional de Ética en Investigación, obteniendo parecer favorable del CONEP nº 760/2010 y fueron respetados los preceptos éticos de la resolución 196/96, solicitándose la firma del Término de Consentimiento Libre e Informado en dos vías, siendo una de ellas entregada a los participantes y la otra permaneciendo con los investigadores. En cuanto a la diferenciación de los sujetos y preservación de su identidad, los informantes fueron identificados con la letra 'P' (profesional) acompañada de número arábigo (P1 a P10), y para los informantes clave fueron utilizadas las letras 'ICL' (ICL1 a ICL4).

Resultados y Discusión

Conociendo los actores del estudio – Breve caracterización de los profesionales de la salud

La EMSI es contratada por medio de proceso selectivo con renovación anual, realizado por intermedio de una empresa prestadora de servicios para la Secretaría Especial de Salud Indígena (SESAI). En el caso de los AIS, son contratados por la misma empresa, sin embargo, en lugar de participar de prueba selectiva, son indicados por el cacique o por las liderazgos ligados a este, reforzando lo ya descrito a respecto de la soberanía del cacique en las TI así como la posibilidad de tenerlo como aliado de la EMSI⁽¹¹⁾.

Cinco eran del sexo femenino, ocho eran casados y mitad tenía hijos. La edad mínima presentada fue de 22 y la máxima de 67 años. En cuanto a la escolaridad, tres contaban con formación superior completa, siendo el médico, enfermero y dentista; dos tenían curso profesionalizante de auxiliar y técnico de enfermería; otros cuatro con enseñanza media completa y uno con enseñanza media incompleta. Los profesionales con cursos profesionalizantes y aquellos con enseñanza superior presentaron promedio de 14,2 años de formación. Los profesionales tenían, en promedio, 6,8 años de servicio en el equipo de salud de la TIF, con un mínimo de cinco meses y máximo de 28 años. Nueve profesionales cumplían carga horaria semanal de 40 horas y siete actuaban exclusivamente en la TIF, siendo que para tres éste era el primer empleo; aquellos que poseían experiencia profesional previa, solamente dos habían actuado anteriormente junto a la población indígena.

La convivencia con el trabajo de este equipo profesional en la asistencia prestada a los ancianos Kaingang permitió la construcción de una categoría temática: *La diversidad cultural y su impacto en el cuidado profesional al anciano Kaingang*, dividida en dos subcategorías: "El extrañeza del profesional delante de comportamientos y la comprensión de la cultura Kaingang" y "El cuidar en familias Kaingang: repercusión para la asistencia profesional al anciano", las cuales serán descritas a seguir.

La diversidad cultural y su impacto en el cuidado profesional al anciano Kaingang

El extrañeza del profesional de salud delante de comportamientos y comprensión de la cultura Kaingang

La actuación en una población de características culturales excepcionales constituye un desafío para el profesional en lo que se refiere a la comprensión y adaptación a nuevos modos de cuidar. Esta constatación fue posible, en especial, a partir de la observación del cuidado dirigido a la población anciana de la TI investigada, una vez que los ancianos se mostraban como guardianes de las costumbres de los antiguos Kaingang de la región.

En la TIF predomina la utilización del idioma nativo de esta etnia, el Kaingang, así, en lo que se refiere a las diversas barreras culturales observadas durante la investigación entre los profesionales de la salud y los indígenas, se destacó las dificultades de comunicación ocasionada por esta situación. Los sujetos de edad adulta demostraron que, mismo sin el dominio del portugués, eran capaces de expresarse y hacerse entender en este idioma, y así eran considerados bilingües; sin embargo entre los ancianos se evidenció gran dificultad de comprensión o expresión en un idioma diferente del suyo, que es desconocido para la mayoría de los profesionales de salud.

Con los ancianos es más difícil conversar, algunos no hablan bien el portugués, solo hablan lo necesario: hola, adiós, estoy con dolor [...] Si un anciano viene a la UBS, hay que tener un agente de salud junto para conseguir atenderlo, porque el AIS consigue traducir lo que el anciano está hablando (P4).

La mayoría de los ancianos no habla el portugués, apenas el Kaingang mismo, entonces siempre hay que estar llamando un AIS para traducir lo que ellos están diciendo (P1).

La utilización del idioma materno es una forma de preservación no apenas de las tradiciones pero principalmente de la identidad Kaingang⁽¹¹⁾. De esa forma, a pesar de que la barrera lingüística surja como una limitación en la asistencia a esta población, es importante transponerla sin la imposición de otro idioma, de modo a respetar los orígenes y la identidad de este

pueblo. Esta necesidad es percibida al reflexionar sobre la importancia del proceso de comunicación en el cuidado y cuan perjudicial es su ineficiencia para la asistencia a los individuos. Como estrategia de potencializar este proceso, se identificó el AIS como elemento fundamental en la reducción de ruidos ocasionados por la distinción de idiomas entre indígenas y profesionales.

El AIS emerge como elemento facilitador de la comunicación entre la población indígena y la EMSI, ya que la comunicación representa un de los principales pilares en el avance de la atención de la salud para un cuidado humanizado⁽¹²⁾. Así, el lenguaje es identificado como uno de los factores primordiales para la mejoría de la comunicación y, por consiguiente, de la atención a la salud, una vez que a través de ésta el profesional consigue comprender las necesidades de los individuos y así adecuar sus acciones. A pesar de que el AIS sea esencial en el proceso de comunicación y transposición de la barrera lingüística, se constata la necesidad de capacitar al equipo para conocer el idioma Kaingang como medio de facilitar el diálogo entre el profesional y el anciano y así construir vínculos pautados en el intercambio de informaciones, ya que la limitación en el dialecto puede ser interpretada como prejuicio por los indígenas, interfiriendo en la calidad de la atención⁽¹³⁻¹⁴⁾.

Además del obstáculo lingüístico, se observaron costumbres culturalmente aprendidas y ejecutadas que se evidencian, en un primer momento, como factores de riesgo para las condiciones de salud de los ancianos Kaingang. Entre los costumbres culturales de los ancianos Kaingang que los profesionales de salud relataron es posible destacar (1) manutención de una pequeña hoguera en el centro de sus residencias; (2) utilización de los dientes en punta de forma que queden bien afilados; (3) diversidad de los hábitos alimentares (4) posicionamiento del anciano Kaingang en cuanto al proceso de cuidado (5) atribución del poder de cura al blanco. La exposición prolongada al humo se evidencia como factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades respiratorias. En estas circunstancias, el profesional orienta sobre las consecuencias de la práctica, sin embargo es preciso considerar la relevancia cultural de este hábito.

Los más viejos tienen la costumbre de tener fuego dentro de casa. Ya llegamos explicando que hace mal quedarse mucho en el humo, perjudica la respiración, pero eso es bien complicado, porque ellos ya están acostumbrados con aquello, viven eso desde el nacimiento, ¿Cómo es que los sacamos del humo de ellos? [...] es necesario tener cautela, porque es la cultura de ellos, por eso es complicado [...] no podemos cambiar la cultura de ellos. (P6).

Para los Kaingang, el fuego, además de ofrecer calor para el ambiente, propicia la manutención de los alimentos

y el fortalecimiento del espíritu⁽⁵⁾. Por otro lado, se sabe que el humo propicia la ocurrencia de enfermedades respiratorias, lo que interfiere directamente en la salud del anciano. En este contexto, la relevancia de la costumbre debe ser considerada por el profesional de salud, a fin de garantizar el cuidado con reducción de conflictos y/o causar estrés a aquel que lo recibe⁽²⁾, y promover intervenciones que se adapten de la mejor forma posible a las modificaciones exigidas para evolución de la calidad de la salud del anciano Kaingang.

En lo que se refiere al hábito Kaingang de utilizar los dientes de forma que queden bien afilados, se evidenció la responsabilidad de los profesionales en no interferir en esa práctica; pero también se observó preocupación delante de los daños ocasionados por esta conducta culturalmente determinada en la salud bucal de los ancianos Kaingang.

Cuando comencé a trabajar aquí, lo encontré raro. Hice muchas dentaduras para ellos, entregué todas muy bonitas, pero después de dos semanas, ellos [los indígenas] venían a la consulta con las prótesis todas afiladas en punta [...] Lijaban las extremidades dejándolas bien puntiagudas [...] esto puede ocasionar fístulas y evolucionar para absceso. Es complicado (P3).

Bajo la perspectiva de un individuo no conocedor, se observa que la estética de los dientes se relaciona al (des) cuidado con las prótesis ofrecidas, sin embargo, en la cultura Kaingang este acto se justifica por la comparación que este pueblo hace de sus dientes con la fuerza de la madera. Por ser las partes de las extremidades de la madera más frágiles, los individuos de esta etnia afilan los dientes dejándolos en forma de lanza de forma que permanezca apenas la parte central, entendida por ellos como siendo la más fuerte⁽⁵⁾. Muchas veces es preciso que el profesional asocie los conocimientos clínicos adquiridos en su formación con las informaciones sobre la cultura local, con la finalidad de comprender la universalidad de los cuidados que presta.

Otro aspecto de extrañeza de los profesionales de salud fueron los hábitos alimentares de los ancianos Kaingang, principalmente en lo que se refiere a las características de los alimentos ingeridos por esta parcela poblacional.

Pensé que ellos comían pescados, comidas saludables [...] me preocupa la alimentación de ellos, porque no es nada de eso que comen, ellos comen mucho carbohidrato como: patatas, mandioca, harina y grasa de cerdo. Colocan grasa en todo (P9).

La poca producción científica existente sobre el anciano indígena, aliada a su restricta divulgación en medios no académicos, favorece una imagen irreal del indio cazador y pescador, ya que la realidad de esta población cambió con el pasar del tiempo. La reducción de las selvas y la polución de las aguas han restringido esas prácticas,

cabiéndole al indígena substituir los grupos alimentares y adaptarlos a la posibilidad de obtenerlos. Como la escasa renta imposibilita la frecuente compra de carne, consecuentemente se reduce la ingestión de proteínas de esta población. Además de eso, la imposibilidad de hacer rotación del suelo, impuesta por la delimitación de los territorios indígenas, y las constantes alteraciones climáticas, inviabilizan la agricultura antiguamente practicada⁽⁵⁾.

De ese modo, la alimentación se basa en aquello que es de fácil obtención o cultivo, siendo preservada la utilización de la grasa de cerdo como en los tiempos de los ancestrales. Se destaca que la grasa es considerada un alimento valioso en esta comunidad y también utilizada en algunas situaciones como moneda de cambio entre los individuos. En este contexto se observan individuos cuya dieta es potencialmente perjudicial a la salud, resultado de adaptación de la cultura a los cambios ocurridos en las últimas décadas. Así como mostraron extrañeza en relación a los hábitos alimentares, los profesionales también mostraron sorpresa con las peculiaridades del comportamiento de los ancianos en el transcurso del proceso de cuidado:

Lo que usted le diga a ellos está bien, no es igual al blanco que cuestiona todo [...] ellos nunca quieren saber por qué aplicó la vacuna. Ya el no indígena hace mil preguntas, cualquier cosita ya corre para el médico, porque quien atendió no lo hizo bien, no sabía el procedimiento [...] El indio no dice eso (P10).

El no cuestionamiento del sujeto se evidencia como característica importante de la práctica, sin embargo puede indicar un bajo nivel de empoderamiento de la población representada. Se cuestiona en esta situación como el anciano indígena comprende sus derechos delante del sistema de salud y cuáles son las reales finalidades de las UBS en el territorio indígena. Delante de la constatación de una posible sumisión de los individuos se destaca la necesidad de estimularlos a discurrir sobre sus sentimientos y perspectivas, así como sobre su satisfacción por el servicio. Esas medidas posibilitarían la contemplación de las reales necesidades de salud de la población y el intercambio de ideas en el campo del cuidar, aproximando las prácticas tradicionales de cuidado de los Kaingang de las prácticas preconizadas por el equipo de salud^(8,15-16).

Por otro lado, se cuestiona también la posibilidad de una transferencia del poder, antes atribuido al *kuya* (curandero) y ahora perteneciente al equipo de salud: suponiendo que un *kuya* tiene poderes sobrenaturales para indicar los tratamientos ¿El equipo tendría los mismos poderes en la percepción de los indígenas? Esa percepción es reforzada por la creencia de cura que esta población

deposita sobre los tratamientos de salud ofrecidos y la hospitalización. Se observó que algunos ancianos son resistentes a la asistencia profesional, sin embargo, al aceptarla, no son admitidas fallas terapéuticas, conforme resalta un de los profesionales de salud.

El niño murió y vino en el cajón lacrado, por orden médica. Fueron a buscar el cuerpo en Curitiba. Cuando el jefe de la FUNAI llegó, ellos [los indios] querían matarlo [al funcionario de la FUNAI]. Porque si fue para el hospital, el blanco tiene que curar, no acepta otro resultado. Aquí en la UBS también es así, a veces nos preguntan: ¿Usted estudió para qué? Tiene que curarme (P10).

Este comportamiento del anciano en no admitir fallas terapéuticas en el proceso de cuidado de los profesionales de salud fue descrito también en estudios con otras etnias, como la Baniwa, para la cual los medicamentos y otras mercaderías del sistema formal de salud tienen funciones simbólicas asociadas al poder mágico del blanco; así, estas mercaderías tienen el poder de curar, y si no hay cura la culpa es del profesional que estaba realizando el cuidado⁽⁷⁾. En esta perspectiva es necesario que exista transparencia sobre las posibilidades terapéuticas de cada caso. Para eso es importante la capacitación de los AIS para actuar como interlocutores en el esclarecimiento de dudas de la población y posibilitar el entendimiento de que los procesos terapéuticos tienen posibilidades de fallar. No obstante, es grande el desafío impuesto a los profesionales, ya que asumir la posibilidad de fallas es bastante difícil, mismo cuando se trata de individuos no indígenas, cuya creencia de cura y de poderes sobrenaturales tiende a ser menor.

Es de hecho complejo el proceso de cuidado del anciano indígena, una vez que los profesionales precisan al mismo tiempo preservar la cultura del indio y evitar el agravamiento de su salud, lo que exige mayor flexibilidad de la asistencia, habiendo constante manutención, negociación y cambios en la estandarización del cuidado⁽²⁾.

El cuidar en familias Kaingang: repercusión en la asistencia profesional al anciano

El cuidado de la familia al anciano Kaingang en la perspectiva del profesional de salud nos conduce a cuestiones fundamentales sobre la asistencia, una vez que el seno familiar constituye importante escenario de práctica para el cuidado, siendo esencial para el resultado de los cuidados propuestos por los profesionales de salud. En este estudio fue posible identificar que las familias establecen un orden de prioridad. Por ejemplo, se existe alimento suficiente para apenas un miembro de la familia, este debe ser ofrecido al niño; si sobra, es ofrecido al adulto, y apenas después de la satisfacción de estos, el anciano es recordado.

Es muy complicada la cuestión del cuidado de la familia con el anciano aquí en la TIF, porque ellos (Kaingang) estipulan que primero es el niño, el adulto y después los ancianos. A veces el dinero de la jubilación no sobra ni para comprar comida para el anciano, porque la prioridad no es de él, ¿Entiende? [...] Nosotros no podemos interferir, ellos (indígenas) no aceptan que interfiramos, hablan que la cultura es esa y es así que tienen que ser, con esas cosas todas, con los viejitos de ese modo (P2).

La dinámica social Kaingang evidencia una organización distinta de la observada entre los no indios. Uno de los aspectos que se destacan entre estas diferencias es la división de los alimentos, que es realizada entre los componentes de la familia extendida, no apenas entre los residentes en aquel domicilio⁽¹¹⁾. El anciano surge en este contexto como mantenedor de sus descendentes, proveyendo alimentos a todos antes de él mismo alimentarse, sugiriendo la preferencia de la manutención de la comunidad en detrimento del individuo. Como consecuencia de ese orden de prioridad mantenida por la cultura Kaingang para la alimentación, los profesionales mencionaron que, muchas veces, los ancianos presentaban síntomas de hipoglucemia justamente por carencia alimentar, ya que las familias de esos ancianos generalmente son extensas, componiendo diversos individuos que reciben prioridad para alimentación en relación al mismo.

Hay muchos casos de carencia alimentar en los ancianos, tratamos de ayudar a aquellos que están precisando de alimento, si tenemos alguna cosa en casa la traemos o de aquí de la UBS mismo. Pero no sirve de nada, porque es aquella cosa: donde tienen un viejito tienen siete u ocho personas, y el alimento va a durar unos dos días (P3).

Por otro lado, se pondera que el juzgamiento de la exclusión del anciano por sí solo es peligroso, una vez que cada población tiene sus peculiaridades y la comprensión de las relaciones familiares es esencial para la identificación de los papeles sociales ejercidos por cada uno de ellos. Un estudio sobre la dinámica social de la población Kaingang ratifica esta afirmación al encontrar que los ancianos, en muchos casos, son los responsables por el sustento de familias extensas y por la educación de los nietos⁽¹¹⁾. Entonces, se entiende que cuidar de este intervalo de edad específica tiene un aspecto bastante peculiar en lo que se refiere a la atención a la población indígena, teniendo la familia tanto como escenario de práctica de cuidado al individuo como de práctica de cuidado al colectivo. En la determinación de los papeles sociales ejercidos por cada uno se evidenció el anciano como un importante cuidador de la familia.

En las familias siempre tienen un anciano. Quien cuida de los niños es el abuelo o la abuela [...] entonces procuro orientar bien

a los más viejos porque son ellos [ancianos] que cuidan de todo. En verdad percibimos que para las familias los ancianos tienen la obligación de cuidar, y no de ser cuidados (P3).

Existen varios ancianos de aquí que cuidan de toda la familia, la jubilación es renta de sustento de muchos. El pilar de la cultura Kaingang son ellos (ancianos) [...] (P7).

En las intervenciones terapéuticas tradicionales ocurridas entre los individuos de esta etnia participan los más ancianos una vez que son responsables por la enseñanza y educación de los nietos⁽¹⁷⁾. Así puede ser percibido que el anciano ayuda en la manutención de la salud y educación de sus miembros, de forma que ese individuo se torna fundamental en el cuidado de la familia como un colectivo. Consientes de esta realidad, la EMSI percibe a estos sujetos como multiplicadores de las acciones de salud en sus familias, buscando así la orientación de los jóvenes a través de acciones junto a los ancianos. Desatender la importancia y el reconocimiento de la cultura y de los papeles ejercidos por los miembros de la familia puede establecer juzgamientos equivocados, ocasionando divergencias en las relaciones establecidas con la población y, consecuentemente, en las decisiones tomadas en el transcurso de la implementación de los cuidados⁽⁷⁾.

Por este contexto, se observa que la EMSI de salud limitaba el cuidado al anciano Kaingang como un proceso individual, no incluyendo la familia en el cuidado de este miembro, ya que al comprender la jerarquía arriba descrita en la dinámica de cuidado entre los Kaingang, concluye que sus acciones son más efectivas cuando no incluyen a la familia en las etapas del proceso de cuidado al anciano:

Muchas veces no tienen como contar con la familia para cuidar de los ancianos. Ustedes pueden ver, los ancianos vienen solos para la UBS, nadie los acompaña. Es difícil, porque cae todo para nosotras. Entonces los AISs, como viven aquí, quedan responsables por el cuidado cuando el anciano precisa [...] La familia ayuda cuando precisa realizar algún servicio en casa y el anciano no consigue lavar ropa, cocinar, esas cosas; pero cuidar, dar un baño, cambiar cuando precisa, es muy difícil (P7).

Se pregunta qué aspecto, aisladamente, podría ser considerado como perjudicial a la asistencia, una vez que la literatura indica que la familia constituye un importante elemento de apoyo y cuidado al anciano^(11,18). De esa forma, se imprescindible la comprensión de la dinámica y concepción de cuidado de la población Kaingang, ya que a partir de allí es que el profesional conseguirá entender el real significado de cuidado para estos pueblos, ya que el no-cuidado observado por la EMSI puede ser representado como algo habitual para los Kaingang, una vez que expectativas de cuidado está compenetrada por diferentes prácticas, concepciones y significados.

La significación del cuidado está basada en las interacciones cotidianas ocurridas entre el anciano y la familia, los cuales son tenidos como actores sociales constantemente influenciados por historias y valores culturales⁽¹⁸⁻¹⁹⁾. Un estudio realizado con poblaciones ribereñas mostró que el cuidado a la salud y a la enfermedad entre las familias ocurre de manera dinámica y concomitantemente a los cuidados ejercidos por los profesionales, aumentando así los elementos que componen el complejo tejido de significados del cuidado cultural⁽²⁰⁾.

Delante de esas constataciones, se concluye que es necesario actuar junto a esas familias, lo que requiere del profesional la comprensión de la ambigüedad de las relaciones y del antagonismo de sentimientos e intereses expresados por sus miembros⁽¹⁹⁾. Por otro lado, la comprensión de la influencia de la cultura en la ejecución de acciones asistenciales a los ancianos Kaingang en la realidad de la TIF impone una reflexión sobre las peculiaridades de los servicios, de modo a evidenciar los nudos a ser desatados.

Consideraciones finales

Este estudio posibilitó la identificación de cuan desafiante es para el sistema profesional realizar la asistencia a la salud del anciano indígena, una vez que las peculiaridades culturales del anciano Kaingang interfieren en las prácticas y estrategias adoptadas para el proceso de cuidado. Los aspectos culturales que se destacaron entre los hallazgos de este estudio fueron la importancia del fuego, la utilización de dientes afilados, la preservación de hábitos alimentares, el no cuestionamiento de las prácticas profesionales y la transferencia del poder de cura al no indígena. También, se destacó que la cultura es determinante en el establecimiento de los papeles sociales y en la dinámica familiar de los individuos.

Este estudio reforzó la necesidad de conocer/comprender las especificidades culturales para un cuidado integral y efectivo. De la misma forma, fue evidente la importancia de estrategias que respeten el modo de vida de los ancianos y contribuyan para prácticas de cuidado efectivas, minimizando posibles perjuicios provenientes de las costumbres de este pueblo. Así, le cabe al enfermero como miembro del equipo de salud, la elaboración y ejecución de planos asistenciales, la comprensión de aspectos culturales, que es una herramienta esencial en la planificación del cuidado.

En esta actuación, la familia precisa ser comprendida, valorizada y debidamente instrumentalizada, ya que su participación es importante como estímulo para el cuidado del anciano, debiendo haber siempre respeto a sus

percepciones, expectativas y comprensión del cuidado. Pensamos que los resultados de este estudio pueden contribuir para la transformación de la práctica asistencial, especialmente en el cuidado al anciano Kaingang, con la comprensión de la importancia de reconocer los factores culturales que envuelven la asistencia en salud a estos individuos. Esperamos, también, que el estudio sirva como subsidio para el desarrollo de investigaciones referentes al tema y de proyectos que fomenten la instrumentalización de los profesionales actuantes en el área para minimizar dudas referentes a esas influencias culturales.

Referencias

1. Geertz CA *Interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: LTC; 2011.
2. Leininger M, Mcfarland MR. *Culture Care diversity and universality: a worldwide nursing theory*. 2nd ed. New York: Jones and Bartlett Publishers; 2006.
3. Castillo CAG, Vásquez ML. El cuidado de sí de la embarazada diabética como una vía para asegurar un hijo sano. *Texto Contexto Enferm*. 2006;15(1):74-8.
4. Herrera EM, Posada MLA. Creencias y prácticas de cuidado de la salud de ancianos. *Av Enferm*. 2010;28(n. esp):61-72.
5. Faustino RC, Farias AKA, Alves JNK, Mota LT. Kaingang do Faxinal: nossos conhecimentos e nossas histórias antigas. Maringá: Eduem; 2010.
6. Diehl EE, Grassi F. Uso de medicamentos em uma aldeia Guaraní do litoral de Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(8):1549-60.
7. Garnelo L, Wright R. Doença, cura e serviços de saúde. Representações, práticas e demandas Baniwa. *Cad Saúde Pública*. 2001;17(2):273-84.
8. Langdon EJ, Diehl EE. Participação e autonomia nos espaços interculturais de Saúde Indígena: reflexões a partir do sul do Brasil. *Saúde Soc*. 2007;16(2):19-36.
9. Diehl EE, Langdon EJ, Dias-Scopel RP. Contribuição dos agentes indígenas de saúde na atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas brasileiros. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(5):819-31.
10. Deslandes SF, Gomes R. A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde: notas teóricas. In: Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004. p. 99-120.
11. Moliterno ACM, Padilha AM, Faustino RC, Mota LT, Carreira L. Dinâmica social e familiar: uma descrição etnográfica de famílias de idosos Kaingang. *Cienc Cuid Saúde*. 2011;10(4):836-44.
12. Ministério da Saúde (BR). *Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção*. Brasília; 2010.

13. McBain-Rigg K, Veitch C. Cultural barriers to health care for aboriginal and Torres Strait Islanders in Mount Isa. *Austr J Rural Health*. 2011;19(2):70-4.
14. Alarcón AMM, Astudillo P, Barrios S, Rivas E. Política de Salud Intercultural: Perspectiva de usuarios mapuches y equipos de salud en la IX región, Chile. *Rev Méd Chile*. 2004;132 (9):1109-14.
15. Gil LP. Políticas de Saúde, Pluralidade Terapêutica e Identidade na Amazônia. *Saúde Soc*. 2007;16 (2):48-60.
16. Peiris D, Brown A, Cass A. Addressing inequities in access to quality health care for indigenous people. *CMJA*. 2008;179(10):985-6.
17. Marroni MA, Faro ACM. Sendo enfermeira de índios: relato de experiência sobre o cuidar do índio no sul do Brasil. *Enferm Global*. 2004;5(1):1-7.
18. Carreira L, Rodrigues RAP. Dificuldades dos familiares de idosos portadores de doenças crônicas no acesso à Unidade Básica de Saúde. *Rev Bras Enferm*. 2010;63(6):933-99.
19. Siles GJ, Solano RMC. Cultural history and aesthetics of nursing care. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011;19(5):1096-105.
20. Carreira L, Alvim NAT. O cuidar ribeirinho: as práticas populares de saúde em famílias da ilha Mutum, Estado do Paraná Maringá. *Acta Scientiarum*. 2002;24(3):791-801.