

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO ACADÊMICO

JÚLIA DE CÁSSIA MIGUEL VIEIRA

EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM ABORDAGEM TRANSCULTURAL: o  
padrão alimentar do idoso indígena

RECIFE

2013

**JÚLIA DE CÁSSIA MIGUEL VIEIRA**

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM ABORDAGEM TRANSCULTURAL: o  
padrão alimentar do idoso indígena**

Dissertação apresentada ao Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

**Linha de Pesquisa:** Enfermagem e Educação em Saúde nos Diferentes Cenários do Cuidar

**Grupo de pesquisa:** Saúde do Idoso

**Orientadora:** Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Márcia Carréra Campos Leal

RECIFE

2013

Catálogo na Publicação (CIP)  
Bibliotecária: Mônica Uchôa- CRB4-1010

V657e Vieira, Júlia de Cássia Miguel.  
Educação em saúde com abordagem transcultural: o padrão alimentar do idoso indígena / Júlia de Cássia Miguel. – Recife: O autor, 2013.  
142 f. : il. ; tab. ; quad. ; gráf. ; 30 cm.

Orientador: Márcia Carréra Campos Leal.  
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS.  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013.  
Inclui bibliografia, apêndices e anexos.

1. Idoso. 2. População indígena. 3. Hábitos alimentares. 4. Enfermagem transcultural. 5. Educação em saúde. I. Leal, Márcia Carréra Campos (Orientador). II. Título.

610.736 CDD (22.ed.) UFPE (CCS2013-067)

JÚLIA DE CÁSSIA MIGUEL VIEIRA

EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM ABORDAGEM TRANSCULTURAL: o  
padrão alimentar do idoso indígena

Dissertação aprovada em: 26 de fevereiro de 2013.

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Márcia Carréra Campos Leal – UFPE (Presidente)

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Telma Marques da Silva – UFPE

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Silvana Maria Sobral Griz – UFPE

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Jael Aquino – UPE

RECIFE

2013

*Dedico a Steven de Souza Pimentel, pelo  
companheirismo e força em todas as  
etapas percorridas.*

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus pelos dons e talentos recebidos, pelo cuidado e conforto em todos os momentos.

A Steven de Souza Pimentel, companheiro de todas as horas, pelo incentivo e apoio desde a seleção, que apesar das dificuldades sempre acreditou que seria possível.

À minha mãe, Maria Goreti Miguel Vieira, pelo exemplo de força, humildade e bondade, essenciais na formação de um ser humano capaz de reconhecer às necessidades dos outros.

À minha família, irmãos, tios primos, que apesar da distância estiveram na torcida e em orações.

À minha nova família em Recife, representada por Elita Teixeira de Souza e José Inácio de Souza (in memorian), obrigada pelo apoio e carinho.

À minha orientadora, Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Márcia Carréra, por todos os ensinamentos não somente acadêmicos, mas também nos aspectos humanos, com carinho, compreensão e respeito, obrigada pelo exemplo, incentivo, força e orações.

À Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Ana Paula Marques, pelo apoio e acompanhamento em todo o processo de construção deste estudo.

À Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Eloine Alencar, inicialmente minha co-orientadora, pela ajuda antes mesmo de iniciar este processo, obrigada pelos ensinamentos.

Ao Prof. Dr. Renato Athias, por sua contribuição desde a condição de bolsista eleita do Programa Internacional de Bolsas de Pós-Graduação da Fundação Ford- IFP.

Ao Prof. Dr. Ednaldo Cavalcante pelo incentivo e colaboração na vivência intercultural de ensino e cuidado em enfermagem.

Aos Professores da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra pelos ensinamentos acerca da Enfermagem Gerontológica, em nome do Prof. Dr. João Apóstolo.

À equipe IFP representada pela Fundação Carlos Chagas no Brasil em nome da Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Fúlvia Rosemberg, e em New York representada pela Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Joan Dassin.

Ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, em nome da Coordenação representada pela Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Cleide Maria Pontes e da Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Eliane Maria Ribeiro Vasconcelos, pelos ensinamentos e pelo direcionamento na construção de nossos trabalhos com qualidade.

Aos funcionários da Casa de Saúde do Índio - CASAI de Manaus, em nome do Sr. Severo Gamenha, sinceros agradecimentos.

Aos idosos e familiares internados na CASAI no período da coleta, pelos ensinamentos acerca de seus valores culturais e humanos essenciais no desenvolvimento de uma prática de enfermagem transcultural.

Às minhas amigas Patrícia Monteiro e Carmen Castro pelo apoio incondicional e por mostrar que verdadeiras amizades superam qualquer distância física.

Às minhas novas amigas e companheiras de mestrado, Adriana, Ana Luzia, Danielle, Emily, Felicialle, Francimar, Giselle, Marília e Suely, obrigada pelo carinho e compartilhamento das alegrias, tristezas e dificuldades que nos fortaleceram a cada dia.

Agradeço em especial à Danielle Alencar, pela amizade, companheirismo e compartilhamento dos novos conhecimentos acerca da gerontologia e pela construção conjunta de todas as etapas percorridas neste processo.

Aos amigos e colegas bolsistas IFP pelos compartilhamentos e empenho na busca de uma sociedade mais justa e igualitária.

A todos que contribuíram direta e indiretamente para a concretização deste trabalho, muito obrigada.

*“O caminho de Deus é perfeito; a palavra do Senhor é provada; ele é escudo para todos os que nele se refugiam”.*

*(Bíblia Sagrada, Livro dos Salmos capítulo-18: 30)*

VIEIRA, J.C.M. **Educação em saúde com abordagem transcultural: o padrão alimentar do idoso indígena**. Recife-PE: UFPE, 2013. 142 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pernambuco, Recife-PE, 2013.

## RESUMO

A alimentação é considerada fator essencial para manutenção da saúde dos indivíduos, sendo permeada por contextos culturais particulares a grupos populacionais distintos, que em situações diferentes daquelas comumente vivenciadas, com a mudança de hábitos, podem interferir no processo saúde doença. Considerando as particularidades do idoso indígena, o contexto alimentar em Instituições de Saúde carece atender aspectos inerentes à sua cultura, crenças e valores que permeiam o ato de alimentar-se, que apesar das influências de outros povos, apresenta suas raízes ligadas a tradições milenares. O estudo foi organizado conforme as normas do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco em 4 capítulos: revisão de literatura, métodos e resultados do artigo de revisão e artigo original. O artigo de revisão teve como objetivo avaliar as evidências disponíveis acerca da questão alimentar e nutricional do idoso, em especial o indígena, cuja busca foi realizada nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Literatura Internacional da Área Médica e Biomédica (MEDLINE), Base de Dados em Enfermagem (BDENF), selecionados 13 artigos conforme critérios preestabelecidos. Os resultados mostraram estudos em diversos países, porém nenhum voltado ao idoso indígena, estes apontam mudanças nos hábitos alimentares de idosos, associados principalmente a questões socioeconômicas e culturais, além das mudanças ocorridas com a globalização e a transição nutricional. O artigo original teve como objetivo avaliar o contexto cultural da alimentação de idosos indígenas. O estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, teve como local de estudo a Casa de Saúde do Índio CASAI de Manaus no período de 90 dias com a participação de 30 idosos internados neste período. Utilizou-se para análise dos dados estatística descritiva mediante o Software Estatístico Livre R, com embasamento teórico conceitual da Teoria do Cuidado Cultural proposto por Madeleine Leininger. Os resultados demonstram as novas conformações acerca da visão de mundo e das dimensões das estruturas social e cultural, representada pela presença de elementos tecnológicos, nova configuração religiosa, modos de vida, questões econômicas, educacionais e de ambiente. Neste contexto, cada fator oriundo do modelo Sunrise de Leininger demonstra como o ambiente e o contexto social e cultural direcionam o padrão

alimentar do idoso seja na aldeia ou em Instituições de Saúde. No aspecto geral da alimentação e nutrição na CASAI, os alimentos oferecidos são bem aceitos, porém apresentam-se parcialmente diferentes daqueles consumidos na aldeia, podendo estar relacionado à tendência de significativa parcela referenciar a diminuição do apetite após internação e apresentar quadro de desnutrição segundo avaliação pelo índice de massa corporal. Partindo destes resultados foi elaborado material informativo sobre o contexto cultural da alimentação de idosos indígenas voltados para melhoria do planejamento de cuidados de enfermagem transcultural. Conclui-se que o contexto alimentar dos idosos está intimamente arraigado à sua cultura, porém apresenta mudanças nos hábitos alimentares com forte influência da globalização. Inerente à saúde, os pontos principais relacionam-se à presença de doenças crônicas como hipertensão e diabetes, o alto consumo de açúcares e gorduras, diminuição do apetite após internação e quadro de desnutrição.

Descritores: Idoso. População indígena. Hábitos alimentares. Enfermagem transcultural. Educação em saúde.

## ABSTRACT

The feed is considered essential factor to maintaining the health of individuals, being permeated by particular cultural contexts to different population groups, which in situations different from those commonly experienced with changing habits, may interfere with the health condition. Considering the peculiarities of the indigenous elderly, the feed context in Institutions of Health meet needs inherent aspects of their culture, beliefs and values that permeate the act of eating that despite the influences of other people, has its roots linked to ancient traditions. The study was organized according to the rules of the Graduate Program in Nursing, Federal University of Pernambuco in 4 chapters: literature review, methods and results of the literature review and original article. The review article aim was to evaluate the available evidence on the issue of food and nutrition elderly, especially the indigenous, whose search was conducted in the databases: Latin American and Caribbean Health Sciences (LILACS), Literature International medical and biomedical (MEDLINE), Database of Nursing (BDENF), selected 13 papers as established criteria. The results showed studies in several countries, but none facing the indigenous elderly, these suggested changes in the eating habits of the elderly, mainly associated socioeconomic and cultural issues, in addition to changes with globalization and the nutrition transition. The original article aim was to evaluate the cultural context of feeding elderly indigenous. The descriptive study, transversal, with a quantitative approach, had as local of study the Health House of Indian CASAI Manaus within 90 days with the participation of 30 elderly patients hospitalized during this period. Was used for data analysis descriptive statistics by Statistical Software R Free, with basement conceptual theoretical the Theory of Cultural Care proposed by Madeleine Leininger. The results show the new conformations about the worldview and dimensions of social and cultural structures, represented by the presence of technological elements, new religious setting, livelihoods, economic issues, educational and environment. In this context, each factor derived from Sunrise Model of Leininger demonstrates how the environment and the social and cultural context direct the feeding patterns of the elderly is in the village or in Health Institutions. In general aspect of food and nutrition in CASAI, foods offered are well accepted, but have partially different from those consumed in the village, which may be related to the tendency to cite significant portion decreased appetite after hospitalization and present framework of malnutrition as assessed by body mass index. From these results were prepared information materials about the cultural context of Indian food elderly facing better

planning of transcultural nursing care. We conclude that the context feed the elderly is closely rooted to their culture, but shows changes in eating habits with a strong influence of globalization. Inherent to health, the main points related to the presence of chronic diseases such as hypertension and diabetes, high consumption of sugars and fats, decreased appetite after hospitalization and framework of malnutrition.

Descriptors: Aged. Indigenous population. Food habits. Transcultural nursing. Health education.

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

### **REVISÃO DE LITERATURA**

Figura 1. Pirâmide etária populacional indígena da região norte do Brasil.....	20
Figura 2. Organização do DSEI e Modelo Assistencial.....	23
Figura 3. Mapa do Brasil com localização dos DSEI.....	25
Quadro 1. Etnias indígenas do Estado do Amazonas.....	19
Quadro 2. Principais marcos da legislação sobre Saúde indígena no Brasil.....	24

### **MÉTODO**

Figura 1. Modelo Sunrise de Leininger e as dimensões da diversidade e universalidade do cuidado cultural.....	35
---	----

### **ARTIGO 1**

Tabela 1. Artigos encontrados nas bases de dados LILACS, MEDLINE E BDENF.....	30
Quadro 1. Sinopse dos artigos inclusos na revisão integrativa.....	46

### **ARTIGO 2**

Figura 1. Modelo Sunrise de Leininger.....	66
Figura 2. Modelo Sunrise adaptado para o cuidado cultural indígena.....	69
Figura 3. Padrão alimentar de idosos indígenas segundo a frequência de consumo.....	73

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ALCESTE - Análise Lexical Contextual de um Conjunto de Segmentos de Texto

BDENF – Base de Dados em Enfermagem

CASAI – Casa de Saúde do Índio

DSEI – Distrito Sanitário Especial Indígena

ENDEF - Estudo Nacional de Despesa Familiar

FBS - Fundação Brasil Central

FNS - Fundação Nacional de Saúde

FUNAI – Fundação Nacional do Índio

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IFP – International Fellowship Program / Programa Internacional de Bolsas de Pós-Graduação da Fundação Ford

IMC – Índice de Massa Corporal

LILACS – Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde

MEDLINE – Medical Literature and Retrieval System on Line

OMS – Organização Mundial de Saúde

PBE – Prática Baseada em Evidências

PNDS - Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde

PNI – Política Nacional do Idoso

PNSN - Estudo Nacional sobre Saúde e Nutrição

PUC – Pontifícia Universidade Católica

SESAI – Secretaria Especial de Saúde Indígena

SISREG- Sistema de Regulação do SUS

SUS – Sistema Único de Saúde

SUSA - Serviço de Unidades Sanitárias

TDUCC - Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural

UERJ – Universidade Estadual do Rio de Janeiro

UFPE – Universidade Federal de Pernambuco

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>2 CAPÍTULO 1 - REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>19</b>
<b>2.1 Os idosos indígenas no Brasil .....</b>	<b>19</b>
<b>2.2 Saúde indígena no Brasil .....</b>	<b>22</b>
<b>2.3 Alimentação e nutrição dos idosos indígenas brasileiros.....</b>	<b>25</b>
<b>2.4 O papel da enfermagem nos diversos cenários do cuidar: uma abordagem transcultural</b>	<b>27</b>
<b>3 CAPÍTULO 2 - MÉTODO.....</b>	<b>29</b>
<b>4 CAPÍTULO 3 - ARTIGO DE REVISÃO.....</b>	<b>41</b>
<b>5 CAPÍTULO 4- ARTIGO ORIGINAL.....</b>	<b>61</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>83</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>85</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>93</b>
<b>APÊNDICE A Termo de Consentimento Livre e Esclarecido –TCLE.....</b>	<b>93</b>
<b>APÊNDICE B Termo de Responsabilidade do Pesquisador.....</b>	<b>95</b>
<b>APÊNDICE C Termo de Autorização para Pesquisa DSEI Manaus.....</b>	<b>96</b>
<b>APÊNDICE D Termo de Autorização para Pesquisa FUNAI Manaus.....</b>	<b>97</b>
<b>APÊNDICE E Instrumento de Coleta de Dados do Artigo Original .....</b>	<b>98</b>
<b>APÊNDICE F Material Informativo nos moldes da Teoria de Leininger .....</b>	<b>104</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>121</b>
<b>ANEXO A Instrumento de avaliação do rigor metodológico dos artigos selecionados na revisão integrativa.....</b>	<b>121</b>
<b>ANEXO B Instrumento para classificação hierárquica das evidências para avaliação dos estudos selecionados na revisão integrativa.....</b>	<b>123</b>
<b>ANEXO C Carta de Anuência DSEI.....</b>	<b>124</b>
<b>ANEXO D Carta de Anuência FUNAI.....</b>	<b>125</b>
<b>ANEXO E Parecer do Comitê Nacional de Ética em Pesquisa.....</b>	<b>126</b>
<b>ANEXO F Normas de publicação da Revista de Nutrição PUC de Campinas .....</b>	<b>129</b>
<b>ANEXO G Normas de publicação da Revista de Enfermagem da UERJ .....</b>	<b>137</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é considerado um fenômeno mundial<sup>1</sup>. Estima-se que o número de pessoas com mais de 60 anos, em termos de proporção da população global, aumentará de 11% em 2009 para 22% em 2050<sup>2</sup>.

Estudo realizado pelas Nações Unidas (2009) aponta que este acontecimento resulta da transição de alta para baixa fertilidade e a sucessiva redução da mortalidade adulta, representando uma mudança demográfica sem precedentes iniciada no mundo desenvolvido no século XIX e, de modo recente nos países em desenvolvimento, os quais apresentam propensão ao célere crescimento no futuro próximo, devido ao menor tempo de adaptação às mudanças associadas a este fenômeno<sup>2</sup>.

No Brasil, o quadro demográfico vem evidenciando uma redução no ritmo de crescimento populacional e alterações na sua estrutura etária. Este processo de transição associado à queda das taxas de mortalidade e fecundidade tem causado uma acelerada variação na estrutura etária do país, com diminuição da proporção de crianças e jovens, aumento da população adulta e uma tendência expressiva da elevação de idosos<sup>3</sup>.

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apontam a projeção populacional brasileira para um aumento do número de idosos acima de 60 anos ou mais, com duplicação no período de 2000 a 2020, ao passar de 13,9 para 28,3 milhões, elevando-se em 2050 para 64 milhões<sup>4</sup>. No estado do Amazonas, os dados referentes a este grupo populacional mostram o aumento de 4,9% no ano 2000 para 6% em 2010<sup>3</sup>.

Neste cenário, é importante considerar que, o processo de envelhecimento apresenta mudanças especiais na saúde do idoso, incluindo fatores de origem fisiológica ou em decorrência de outros fatores externos, o que pode interferir direta ou indiretamente na manutenção e promoção da saúde desta população.

De tal modo, os idosos diferenciam-se conforme sua história de vida, seu nível de independência funcional e necessidade de serviços de saúde, onde a avaliação deve estar embasada no processo de envelhecimento e de suas particularidades de acordo com a realidade sociocultural em que vivem<sup>5</sup>. No caso de idosos com culturas distintas, especialmente os indígenas, reconhecer as mudanças peculiares ao envelhecimento e aspectos inerentes à cultura é fundamental na prestação dos cuidados de saúde.

Em relação aos serviços de saúde prestados ao idoso indígena, estes são realizados

nos municípios amazonenses através do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, organizado na forma de Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), disposto de uma rede de serviços de saúde articulado com o Sistema Único de Saúde (SUS), composto por pólos-base ou posto de saúde, e apresenta como apoio em alguns municípios as Casas de Saúde do Índio (CASAI).

Entretanto, para execução de serviços de saúde a estes idosos, a ausência de recursos humanos representa uma das principais barreiras de acesso, além das barreiras geográficas, financeiras, organizacionais, informacionais e culturais, que expressam o tipo da oferta que, de modo conexo, operam promovendo ou dificultando a possibilidade destas pessoas utilizarem os serviços de saúde<sup>6</sup>.

No caso das comunidades indígenas amazonenses, estas apresentam particularidades geográficas que atuam dificultando o acesso aos serviços de saúde, devido às distâncias percorridas em horas ou dias entre os municípios e comunidades. Além disso, grande parte destas apresenta deslocamento majoritariamente por via fluvial e em alguns casos por via aérea.

Nesse contexto, considerando a diversidade étnica no Estado do Amazonas e a missão da CASAI em direcionar suas atenções para população indígena, é de fundamental importância que a equipe de enfermagem não direcione suas ações apenas para idosos acometidos por doenças em geral, mas atue com uma visão holística no cuidado ao ser humano, com suas particularidades e necessidades individuais e coletivas, respeitando suas crenças e costumes como um todo.

Durante vivência profissional em uma CASAI do interior do Amazonas, observou-se que alguns idosos indígenas, ao chegar à Instituição recusavam a alimentação, o que provavelmente contribuía para o retardamento do processo de recuperação da saúde e de seu estado geral. Em conversas individuais sobre tal situação, muitos informaram que além da interferência da doença não gostavam da “comida de branco”, por isso não se alimentavam, sendo necessária a adaptação de cardápio de acordo com a disponibilidade dos alimentos no município.

Acredita-se que o processo de saída das aldeias indígenas para a cidade de Manaus pode contribuir para diversas alterações no contexto alimentar, interferindo no processo saúde-doença do idoso, pois além de estar longe de seu povo, pode encontrar diversos obstáculos que impeçam o desenvolvimento de suas práticas sociais e culturais.

No âmbito da saúde, a alimentação é considerada um fator imprescindível para promover, manter e/ou recuperar a saúde em todas as fases da vida, com variação das necessidades nutricionais de acordo com sexo, faixa etária, atividade física, estado fisiológico ou patológico<sup>7</sup>.

Dentre as medidas propostas para a assistência ao idoso no aspecto nutricional recomenda-se o acompanhamento da aceitação da dieta diariamente, observação de alterações de peso associada à ingestão alimentar, favorecendo a adequação da dieta e intervenções necessárias para o envelhecimento saudável<sup>1</sup>.

Com o processo de envelhecimento, sendo este normal e fisiológico, surgem alterações no organismo que podem alterar as necessidades nutricionais, podendo agravar-se pelo surgimento de doenças, interferências medicamentosas, problemas sociais e psicológicos<sup>7</sup>.

Segundo pesquisadores de referência para saúde indígena, ainda sabe-se pouco sobre o perfil nutricional do indígena brasileiro<sup>8-9</sup>, o que reforça a necessidade de investigar o padrão alimentar e nutricional do idoso indígena, bem como suas interferências na recuperação de sua saúde, utilizando de uma abordagem transcultural que possa fornecer subsídios que auxiliem a enfermagem na prestação da assistência e adequação dos processos de educação em saúde para a referida população.

Face às peculiaridades ocorridas no processo de envelhecimento, e a diversidade da população indígena, em especial o idoso, estudos relacionados à questão alimentar tornam-se importantes para entender o processo saúde-doença e promover o adequado cuidado de enfermagem, utilizando como ferramenta principal a educação em saúde.

Nesse ínterim, a educação e a saúde atuam como meios de produção e emprego de conhecimentos voltados ao desenvolvimento de uma sociedade, que interligados, seja em distintos níveis de atenção à saúde ou na aquisição contínua de conhecimentos pelos profissionais de saúde, ocorre um aproveitamento mesmo que inconscientemente de um ciclo permanente de ensino e aprendizagem<sup>10</sup>.

Partindo desse pressuposto, a CASAI representa um cenário onde a enfermagem além de reconhecer as particularidades dos pacientes, ao mesmo tempo pode utilizar os conhecimentos adquiridos na melhoria dos cuidados prestados em um ciclo constante de educar e cuidar.

Para a compreensão deste estudo será utilizado como embasamento a Teoria Transcultural de Leininger<sup>11</sup>, que enfatiza a importância para o enfermeiro em reconhecer o significado do cuidado cultural, os métodos de cuidado característicos de cada cultura e como os fatores culturais são capazes de influenciar no cuidado ao indivíduo.

A teoria transcultural valoriza a importância que os fatores culturais desempenham no ser humano, pois se o idoso for cuidado de forma incongruente em relação aos seus padrões e crença poderá apresentar sinais de conflitos culturais, frustração, estresse e preocupações de ordem moral e ética<sup>12</sup>.

Para o alcance do cuidado cultural, o processo de educar em saúde se torna a ferramenta fundamental para a implementação e adequação dos cuidados de enfermagem, sendo importante que os profissionais no âmbito da educação em saúde, valorizem o modo de ser individual e coletivo das pessoas, respeitando seus pontos de vista e seu modo de viver e preservar a saúde, bem como os aspectos simbólicos de seu convívio<sup>13</sup>.

A equipe de enfermagem através de suas ações práticas mantém uma importante aproximação com o paciente submetido a cuidados em instituições de saúde<sup>14</sup>. Portanto, este estudo poderá auxiliar o Enfermeiro no reconhecimento das especificidades desta população, contribuindo para a melhor assistência e direcionamento das práticas de educação em saúde.

Dentre os aspectos prioritários para os cuidados de enfermagem em nutrição, é importante a verificação de alterações no paladar e olfato, que podem ocorrer em decorrência da redução do número e mudanças na função de papilas gustativas, atrofia das fibras olfatórias que recobrem a mucosa nasal, redução da secreção salivar, uso de medicamentos, carência nutricional e higiene oral imprópria, sendo recomendados os seguintes cuidados<sup>15</sup>:

Com relação às alterações papilares e das fibras olfatórias, deve-se salientar a importância de alimentos com bom tempero;

A diminuição da secreção salivar pode ser aliviada com ingestão frequente de líquidos e bochechos com água quando da sensação de secura bucal;

A diversificação alimentar evita carências nutricionais e os regimes alimentares devem ser orientados considerando-se o hábito de pacientes e a dificuldade em modifica-los;

A higiene oral (boca, dentes e/ou próteses) deve ser estimulada para proporcionar uma sensação agradável de frescor oral e, estimular o apetite<sup>15</sup>.

Nesse ínterim, enfatiza-se que, o idoso indígena apresenta hábitos alimentares particulares relacionados à sua cultura, onde a alimentação está relacionada a crenças, valores,

costumes, rituais, interação social, e mudanças ocorridas podem alterar o padrão alimentar e a manutenção e recuperação da saúde do idoso. Mediante o exposto, este estudo apresenta a seguinte pergunta condutora: Qual o contexto cultural alimentar do idoso indígena na CASAI Manaus?

Desse modo, o estudo apresenta como objetivo geral: avaliar o contexto cultural da alimentação de idosos indígenas na CASAI de Manaus; e como objetivos específicos: descrever o padrão alimentar na CASAI; identificar os hábitos alimentares dos idosos na CASAI e na comunidade; descrever o contexto cultural alimentar segundo a teoria do cuidado cultural; verificar as condições de saúde; avaliar o estado nutricional.

De acordo com as normas do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), a dissertação foi estruturada em quatro capítulos, sendo apresentados dois artigos: um de revisão integrativa da literatura e outro do artigo original, a serem encaminhados para publicação em periódico científico.

O primeiro capítulo apresenta a revisão da literatura com abordagem geral sobre o índio brasileiro enfatizando o idoso, aspectos políticos da saúde indígena, o cenário da alimentação e nutrição indígena e o papel da enfermagem transcultural no processo de cuidado e educação em saúde em diferentes contextos culturais.

O segundo capítulo descreve o método de forma detalhada, utilizado nos dois artigos científicos.

O terceiro capítulo refere-se ao artigo de revisão “Padrão alimentar de idosos em diferentes contextos culturais” submetido à Revista de Nutrição da Pontifícia Universidade Católica (PUC) de Campinas, cujo objetivo foi avaliar as evidências disponíveis na literatura acerca da questão alimentar e nutricional do idoso, em especial o indígena.

O quarto capítulo corresponde ao artigo original: “Alimentação do idoso indígena sob a ótica da enfermagem transcultural” organizado nos moldes da Revista de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), cuja submissão será realizada após aprovação pela banca examinadora.

## 2 CAPÍTULO 1 - REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 Os idosos indígenas no Brasil

No Brasil existem mais de duzentas etnias indígenas, disseminadas por quase todos estados brasileiros, cujos povos são culturalmente distintos em comparação à sociedade nacional e entre si, com cosmologias, dialetos, meios de subsistência, organização social e sistemas políticos próprios<sup>16</sup>.

Discutir sobre os índios brasileiros significa falar de diversidade de povos, cujos habitantes originariamente ocupavam o território conhecido nos dias atuais como continente americano, ocupação que se data de milhares de anos antecedentes à invasão europeia, destacando-se alguns critérios mais aceitos de autodefinição entre esses povos, ressaltando que estes não são singulares e nem excludentes<sup>17</sup>:

Continuidade histórica com sociedades pré-coloniais; Estreita vinculação com o território; Sistemas sociais, econômicos e políticos bem definidos; Língua, cultura e crenças definidas; Identificar-se como diferente da sociedade nacional e; Vinculação ou articulação com a rede global dos povos indígenas.

De acordo com dados da Fundação Nacional do Índio FUNAI (2012), a população indígena brasileira representa cerca de 0,4 da população nacional com 817.000 índios, somente no Amazonas concentra-se cerca de 20% totalizando 168.680 índios, distribuídos na área urbana em 34.302, rural em 134.37, pertencentes a diversos grupos étnicos, em média 66 etnias indígenas, conforme figura abaixo<sup>18</sup>:

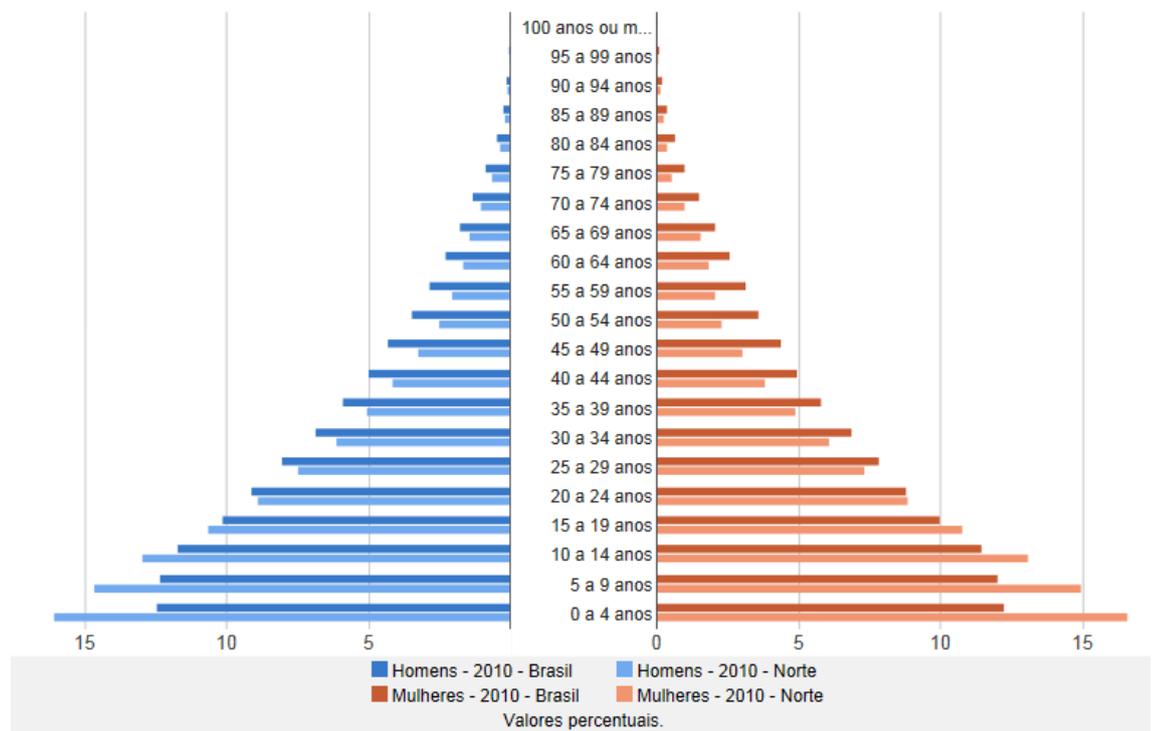
Quadro 1. Etnias indígenas do Estado do Amazonas

Apurinã	Issé	Katawixi	Marimam	Parintintin	Tuyúca
Arapáso	Jarawara	Katukina	Marubo	Paumari	Waimiri-Atroari
Aripuanã	Juma	Katwená	Matis	Pirahã	Waiwái
Banavá-Jafí	Juriti	Kaxarari	Mawaiâna	Pira-tapúya	Wanana
Baniwa	Kaixana	Kaxinawá	Mawé	Sateré-Mawé	Warekena
Barasána	Kambeba	Kayuisana	Mayá	Suriána	Wayampi
Baré	Kanamari	Kobema	Mayoruna	Tariána	Xeréu
Deni	Kanamanti	Kokama	Miranha	Tenharin	Yamamadi
Desana	Karafawyána	Korubo	Miriti	Torá	Yanomami
Himarimã	Karapanã	Kulina	Munduruku	Tukano	Zuruahã
Hixkaryana	Karipuna	Maku	Mura	Tukúna	

Fonte: FUNAI, 2012.

Em 1991, a população indígena praticamente era dividida entre a proporção de crianças e adolescentes (0 a 14 anos de idade) e a proporção de adultos (15 a 64 anos de idade), enquanto os idosos (65 anos ou mais de idade) representavam 4,7% da população total de indígenas<sup>19</sup>. Dados recentes apresentam a pirâmide etária indígena da região norte<sup>20</sup>, cuja base é larga e vai se reduzindo com a idade, em um arquétipo que conjectura suas altas taxas de fecundidade e mortalidade, bastante influenciadas pela população rural.

**Figura 1 Pirâmide populacional indígena da Região Norte**



Fonte: IBGE, 2010.

O idoso indígena está amparado por políticas voltadas à atenção aos povos indígenas em geral<sup>21</sup>, e pela Política Nacional do Idoso<sup>22</sup>, de acordo com as normas que regulamentam esta lei para o idoso brasileiro.

Segundo a Política Nacional do Idoso considera-se idoso, para os efeitos desta Lei, a pessoa maior de sessenta anos de idade, conforme o artigo 3º que rege-se pelos seguintes princípios:

I - a família, a sociedade e o estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida;

II - o processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objeto de conhecimento e informação para todos;

III - o idoso não deve sofrer discriminação de qualquer natureza;

IV - o idoso deve ser o principal agente e o destinatário das transformações a serem efetivadas através desta política;

V - as diferenças econômicas, sociais, regionais e, particularmente, as contradições entre o meio rural e o urbano do Brasil deverão ser observadas pelos poderes públicos e pela sociedade em geral, na aplicação desta Lei<sup>22</sup>.

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas integra a Política Nacional de Saúde, convencionada às determinações das Leis Orgânicas da Saúde com as da Constituição Federal, que reconhecem aos povos indígenas suas especificidades étnicas e culturais e seus direitos territoriais. A implementação desta política remete à adoção de um modelo complementar e distinto de organização dos serviços direcionados à proteção, promoção e recuperação da saúde, que garanta aos índios o exercício de sua cidadania nessa área<sup>21</sup>.

Apesar da ausência na literatura especializada sobre a importância do índio para a sociedade brasileira, suas contribuições iniciaram-se após a chegada dos portugueses, com as orientações técnicas sobre sobrevivência na selva e enfrentamento de seus perigos, além de suas influências culturais e religiosas incluindo seus conhecimentos milenares da medicina tradicional e métodos de subsistência. Tais contribuições denotam a importância desses povos não somente na época da colonização, mas atualmente como atores que preservam seus saberes e na manutenção do equilíbrio ecológico tão considerado pelo mundo inteiro<sup>17</sup>.

Na cultura indígena, o milenar conhecimento dos mais velhos (idosos) é destacado por seus domínios acerca do conhecimento de práticas terapêuticas para o tratamento de doenças, sendo considerados os guardiões das tradições indígenas em seu grupo étnico, devido seus vários anos de convívio com muitas pessoas e por serem dotados de dons superiores que permitem a cura de males e práticas de equilíbrio da natureza<sup>23</sup>.

Neste cenário o papel do idoso na cultura indígena, representa o respeito por parte dos mais jovens que se deve à suas experiências e conhecimentos adquiridos de geração em geração, e sua contribuição para harmonia de seu povo.

Nas últimas décadas houve um aumento nos movimentos de reivindicação e conquista de direitos indígenas, favorecendo o seguimento de novos caminhos das políticas voltadas para os povos indígenas, apoiadas no modelo da particularidade da diferença, da interculturalidade e da apreciação da diversidade<sup>8</sup>.

Tais políticas vêm sendo desenvolvidas no âmbito das políticas específicas da população indígena, mas sem muita ênfase para as necessidades humanas e culturais, menor ainda no que se refere ao idoso, o que demonstra a necessidade de intensificar os modelos de cuidados em saúde que busquem a interação entre usuários dos serviços de saúde para atender de forma holística esta população.

## **2.2 Saúde indígena no Brasil**

A partir do início do século XX, especificamente em 1918 inicia-se o processo de criação e implantação de medidas voltadas ao cuidado da população indígena, começando com a criação do Serviço de Proteção aos Índios. Todavia, somente em 1940, surgiram as primeiras tentativas de proporcionar aos povos indígenas serviços de saúde, partindo da iniciativa de Noel Nutels, que buscou reconhecer a realidade desta população por meio da expedição Roncador-Xingu, organizada pela Fundação Brasil Central (FBC)<sup>24</sup>.

Nutels criou em 1952, um plano para defesa do índio brasileiro contra a tuberculose, identificada como um dos principais agravos de saúde, destacando a importância da criação de barreiras sanitárias ao redor dos territórios indígenas. Este plano foi vigorado pelo Ministério da Saúde (MS) em 1956, denominado Serviço de Unidades Sanitárias (SUSA), vinculado ao Serviço Nacional de Tuberculose<sup>24</sup>.

A partir deste período até 1990, a saúde indígena passou por transições, até a regulamentação pelo Decreto n.º 3.156, de 27 de agosto de 1999, sobre as condições de assistência à saúde, e pela Medida Provisória n.º 1.911-8, acerca da organização da Presidência da República e dos Ministérios, incluindo a transferência de recursos humanos e outros bens destinados às atividades de assistência à saúde da FUNAI para a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), e pela Lei n.º 9.836/99, de 23 de setembro de 1999, que constitui o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do SUS, conforme figura abaixo<sup>24</sup>.

Figura 2. Organização do DSEI e Modelo Assistencial



Fonte: Ministério da Saúde, 2002.

Para o alcance dos propósitos da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas são estabelecidas as seguintes diretrizes, com objetivo de orientar a definição de ferramentas de planejamento, implementação, avaliação e controle das ações de atenção à saúde dos povos indígenas:

- Organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas na forma de Distritos Sanitários Especiais e Pólos-Base, no nível local, onde a atenção primária e os serviços de referência se situam;
- Preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural;
- Monitoramento das ações de saúde dirigidas aos povos indígenas;
- Articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde;
- Promoção do uso adequado e racional de medicamentos;
- Promoção de ações específicas em situações especiais;
- Promoção da ética na pesquisa e nas ações de atenção à saúde envolvendo comunidades indígenas;
- Promoção de ambientes saudáveis e proteção da saúde indígena;
- Controle social<sup>21</sup>.

Segue no quadro abaixo<sup>16</sup> os principais marcos das legislações para a população indígena no Brasil. A partir de 2012 a saúde indígena passa por transição na sua gestão da FUNASA para a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) do Ministério da Saúde.

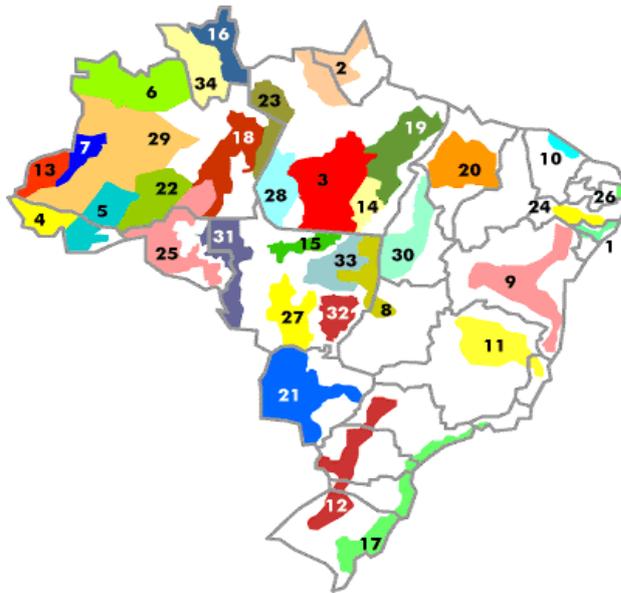
Quadro 2. Principais marcos da legislação sobre saúde indígena no Brasil

Temas /Documentos	Assuntos
Decreto 23 /1991	Transfere da Funai para o Ministério da Saúde a responsabilidade pela coordenação das ações de saúde para população indígena.
Decreto 1.141 / 1994	Constitui a Comissão intersetorial (CSI) e retorna a Coordenação da Saúde indígena para Funai, sendo esta responsável pela questão curativa, e o Ministério da Saúde pelas ações de prevenção (revoga o decreto 23 / 1991)
Resolução 196 / 1996 do Conselho Nacional de Saúde	Aprova diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisas com seres humanos, indicando a especificidade da população indígena.
Lei 9.836 (Lei Arouca)	Institui no âmbito do SUS, o Subsistema de Atenção à Saúde indígena, criando regras de atendimento diferenciado e adaptado às particularidades sociais e geográficas de cada região.
Portaria 852 /1999 do Ministério da Saúde	Cria os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI)
Portaria 1.163 / 1999 do Ministério da Saúde	Dispõe sobre as responsabilidades na prestação de assistência à saúde dos povos indígenas no Ministério da Saúde.
Portaria 479 / 2001 da Funasa	Estabelece diretrizes para elaboração de projetos de estabelecimento de saúde, abastecimento de água, melhorias sanitárias e esgotamento sanitário, em áreas indígenas.
Portaria 254/2002 do Ministério da Saúde	Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos povos indígenas.
Portaria 2.405 /2002 do Ministério da Saúde	Cria o Programa de Promoção da Alimentação Saudável em comunidades indígenas.
Portaria 69 / 2004 da Funasa	Dispõe sobre a criação do Comitê consultivo da Política de Atenção à Saúde dos Povos indígenas, vinculado à Funasa.

Fonte: Santos, 2009.

No atual modelo de atenção à saúde indígena, os DSEI estão divididos em 34 por todo o país, respeitando a distribuição geográfica e particularidades étnicas da população, conforme figura abaixo<sup>21</sup>.

**Figura 3. Mapa do Brasil com localização dos DSEI**



Fonte: Ministério da Saúde, 2002.

Destaque para os DSEI pertencentes ao Estado do Amazonas, conforme localização no mapa: 5 - Alto Rio Purus - AC/AM; 6 - Alto Rio Negro – AM; 7 - Alto Rio Solimões – AM; 13- Vale do Javari – AM; 18- Manaus – AM; 22- Médio Rio Purus – AM; 23- Parintins - AM/PA; 25- Porto Velho - RO/AM; 29- Médio Rio Solimões e Afluentes –AM; 34- Yanomami - RR/AM.

### **2.3 Alimentação e nutrição dos idosos indígenas brasileiros**

Tempos atrás, para a sua subsistência, os povos indígenas utilizavam da agricultura, caça, pesca e coleta, porém, com a influência das organizações expansionistas, surgiram novos padrões econômicos, restrições territoriais e outros fatores que contribuíram para expressiva mudança em sua subsistência, resultando na diminuição e déficit no padrão alimentar<sup>8</sup>.

Nas décadas de 1970 a 1990 os três principais estudos de pesquisas nacionais não incluíram a população indígena como segmento de análise específica, ocorridos no período de 1974 a 1975 o Estudo Nacional de Despesa Familiar (ENDEF), em 1989 o Estudo Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN) e em 1996 a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS)<sup>8</sup>.

A partir dos anos 70 surgiu a realização de vastos e minuciosos estudos sobre as condições de alimentação e nutrição da população brasileira, porém não ocorreu semelhante para os indígenas, já que atualmente o problema alimentar e nutricional é um assunto fundamental das discussões do setor indígena, com amplo aparecimento nos círculos da mídia. Entretanto, apesar da falta de levantamentos mais abrangentes, ocorreu nos últimos anos um acentuado aumento no número de investigações sobre as questões nutricionais dos povos indígenas no país<sup>16</sup>.

Como avanço neste campo, foi realizado entre 2008-2009, o I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos indígenas, com o objetivo de descrever a situação alimentar e nutricional e fatores determinantes em crianças < de 60 meses e mulheres de 14 a 49 anos de idade. Além disso, nos últimos anos foram realizados estudos relacionados à questão nutricional de crianças, com investigação da saúde e nutrição<sup>25-27</sup>. Outros estudos, neste âmbito, avaliaram o crescimento físico, perfil nutricional e o uso do Índice de Massa Corporal (IMC) na avaliação do estado nutricional de adultos<sup>28-29</sup>.

O resultado dos estudos com crianças indígenas evidenciou graves quadros de anemia, desnutrição, baixa estatura para idade, baixo peso, cuja introdução de alimentos industrializados e mudanças culturais no âmbito alimentar são apontadas como fatores desencadeantes para esse conjunto<sup>30-33</sup>. Em relação aos adultos, a maioria dos estudos remete para a questão do sobrepeso e obesidade, bem como os riscos para doenças metabólicas, devido às constantes modificações nos estilos de vida tradicionais e suas formas de subsistência<sup>34-36</sup>.

Em relação aos idosos indígenas, os dados são escassos, já que a maioria dos estudos tem retratado o perfil alimentar e nutricional de crianças, que apresentaram e ainda apresentam agravantes considerados como riscos para a saúde, principalmente quando comparados a indicadores no âmbito nacional.

O conhecimento do perfil epidemiológico em mudança dos povos indígenas, ressaltando a imensa diversidade étnica, é de fundamental importância para dirigir a

organização, planejamento e melhoria da qualidade dos serviços de saúde, ainda focalizados nas doenças, especialmente as infecciosas e parasitárias, por questões históricas e contribuição na morbidade e mortalidade indígena<sup>16</sup>.

#### **2.4 O papel da enfermagem nos diversos cenários do cuidar: uma abordagem transcultural**

A Enfermagem no âmbito de seu exercício profissional vem desempenhando importante papel nos processos de manutenção e recuperação da saúde da população brasileira, por ser uma profissão privilegiada no sentido de reconhecer os diversos contextos de inserção dos indivíduos, seja de forma individual ou coletiva, evidenciando que os conhecimentos relacionados a esta ciência precisam ser amplamente difundidos e aprofundados a cada dia, considerando as diversidades culturais de cada povo.

No cenário da saúde indígena, salienta-se a riqueza em sua diversidade cultural<sup>17</sup>, que significa atualmente o alicerce em defesa de seus direitos e orgulho de pertencimento legítimo, quando a cultura não se refere ao nível de interação com a sociedade nacional, mas com o particular modo de visão de mundo, no âmbito social, político, econômico e espiritual.

Neste aspecto, destaca-se a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (TDUCC) de Madeleine Leininger, que criou o termo “enfermagem transcultural”, considerando distinta da antropologia médica e demais disciplinas, por estar enfocada em culturas diversas no cuidado cultural<sup>11</sup>.

Mediante seus estudos, Leininger utilizou estes conceitos para embasar a teoria (cultura, valores culturais, cuidado de enfermagem culturalmente diverso, etnocentrismo, generalização, estereótipo, congruência cultural, etnoenfermagem e enfermagem transcultural)<sup>11</sup>.

No âmbito do cuidado ao idoso é imprescindível a interação com o paciente, visando à compreensão e conhecimento sobre a sua maneira de viver, inclusive de seus familiares e/ou indivíduos envolvidos no processo. Este direcionamento para a prática gerontológica baseada pela multiplicidade dos princípios culturais, defendendo-os como as muitas dimensões de sua vivência, incluindo o seu meio de convívio, viabilizam um melhor desenvolvimento do cuidar em enfermagem<sup>37</sup>.

É fundamental a compreensão de que o cuidado é cultural, uma vez que cada povo tem suas maneiras particulares de cuidar, sendo fundamental para uma assistência adequada

que a enfermagem avalie as condutas de cuidados culturalmente competentes. Assim, a teoria de Leininger é aplicável, pois tem como objetivo o conhecimento da natureza, essência, fins sociais, assim como o desenvolvimento e melhoria do cuidado de enfermagem, que tem funções culturais peculiares e globais<sup>38-39</sup>.

Este processo terapêutico eficiente é culturalmente organizado e referenciado pelas necessidades do indivíduo, podendo ser validado de acordo com as individualidades das pessoas, pois as culturas têm seu modo típico de conduta em relação ao cuidado, que habitualmente é notório pelos próprios integrantes, mas comumente desconhecido por enfermeiras de outras culturas<sup>12</sup>.

A diversidade cultural no processo de cuidar do idoso constitui-se em valorizar os costumes disseminados por cada povo, onde estes estão compenetrados de maneira decisiva em cada grupo étnico sendo muito complexa sua erradicação, pois os grupos desenvolvem aspectos similares unidos à sua história, à língua e aos costumes, além de habitualmente partilhar de modo comum de suas crenças sobre o envelhecimento<sup>40</sup>.

Com base nesta teoria, a enfermagem pode desempenhar suas atividades profissionais e adaptá-las ao contexto em que vivem os idosos indígenas, auxiliando-os a expor seus anseios e aflições, compartilhando os fatores que podem contribuir para as alterações negativas em seu padrão alimentar e nutricional e, adotar estratégias que promovam o seu bem-estar, uma vez que,

Para uma boa práxis do cuidado de saúde, além da teoria e da filosofia meramente ilustrativa, que por longas décadas ocupar a busca do saber científico na educação em enfermagem demanda levar em consideração aspectos do contexto ambiental, das pessoas, dos fenômenos envolvidos e das culturas<sup>41</sup>.

Portanto, reconhecer as bases culturais da população indígena, em particular no aspecto alimentar e nutricional, torna-se viável as práticas de saúde e educação voltadas à realidade do idoso indígena.

### 3 CAPÍTULO 2 MÉTODO

#### 3.1 Primeiro Artigo - Padrão alimentar de idosos em diferentes contextos culturais

Neste capítulo serão apresentados os procedimentos metodológicos realizados na construção da revisão integrativa. A revisão integrativa apresenta como objetivo a análise de pesquisas relevantes como suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica, permitindo a síntese do conhecimento de um dado assunto, bem como apontar lacunas que necessitam serem preenchidas com a realização de novos estudos<sup>42</sup>.

Para construção foram utilizadas as seguintes etapas<sup>43</sup>:

1. Escolha do tema;
2. Definição da hipótese e objetivos do estudo;
3. Definição de critérios de inclusão e exclusão;
4. Definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados;
5. Busca na literatura, avaliação dos estudos, análise e discussão dos resultados;
6. Apresentação da revisão integrativa.

Para direcionamento do estudo formulou-se a seguinte pergunta norteadora: quais as evidências disponíveis na literatura acerca da questão alimentar e nutricional do idoso, em especial da população indígena, e qual a sua contribuição para a prática do cuidado em enfermagem?

Para seleção dos artigos foram utilizadas três bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Literatura Internacional da Área Médica e Biomédica (MEDLINE), Base de Dados em Enfermagem (BDENF), utilizando os descritores extraídos dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) disponível na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS): idoso, hábitos alimentares, população indígena, cuidados de enfermagem. Para busca na base de dados MEDLINE utilizou-se em substituição ao descritor “população indígena” o descritor “índios sul-americanos”, devido o não reconhecimento do primeiro descritor citado na base citada.

Os critérios de inclusão dos artigos para esta revisão integrativa foram: artigos que abordassem a temática sobre alimentação e nutrição de idosos em diferentes culturas, artigos publicados em inglês, espanhol e português, publicados nos últimos 20 anos (1991-2011).

A busca na literatura foi realizada através de cruzamento em pares dos descritores, utilizando a ferramenta “descriptor de assunto”, na seguinte ordem: idoso *and* hábitos alimentares, idoso *and* população indígena, idoso *and* índios sul-americanos, idoso *and* cuidados de enfermagem, hábitos alimentares *and* população indígena, hábitos alimentares *and* índios sul-americanos e hábitos alimentares *and* cuidados de enfermagem.

Os artigos foram pré-selecionados a partir do título e resumo, e a seleção final obedeceu aos critérios de inclusão preestabelecidos, conforme descrição na tabela abaixo:

Tabela 1. Artigos encontrados nas Bases de Dados LILACS, MEDLINE E BDEFN, 2011.

Base de dados	Artigos encontrados	Artigos selecionados	Artigos repetidos	Artigos excluídos	Artigos inclusos
LILACS	366	57	0	49	08
MEDLINE	5498	56	01	56	05
BDEFN	02	0	0	0	0
Total	5866	113	01	105	13

Foram utilizados para avaliar a qualidade dos estudos selecionados dois instrumentos: o primeiro adaptado do Critical Appraisal Skills Programme (CASP)<sup>44</sup> – Programa de habilidades em leitura crítica, integrante do “Public Health Resource Unit” (PHRU). O instrumento apresenta 10 itens (máximo 10 pontos): 1) objetivo; 2) adequação metodológica; 3) apresentação dos procedimentos teóricos e metodológicos; 4) seleção da amostra; 5) procedimento para a coleta de dados; 6) relação entre o pesquisador e pesquisados; 7) consideração dos aspectos éticos; 8) procedimento para a análise dos dados; 9) apresentação dos resultados; 10) importância da pesquisa. Os resultados de classificação apresentam os seguintes escores: 06 a 10 pontos (boa qualidade metodológica e viés reduzido), e mínima de 5 pontos (qualidade metodológica satisfatória, porém com risco de viés aumentado). A avaliação foi realizada em pares, cujos artigos selecionados neste estudo apresentaram escore entre 6 e 10.

O segundo instrumento foi a Classificação Hierárquica das Evidências para Avaliação dos Estudos<sup>45</sup>, que define os níveis de evidência destes: 1) revisão sistemática ou metá análise; 2) ensaios clínicos randomizados; 3) ensaio clínico sem randomização; 4) estudos de coorte e de caso-controle; 5) revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; 6) único estudo

descritivo ou qualitativo; 7) opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialidades. Os estudos incluídos classificaram-se entre os níveis 5 a 6.

Após avaliação com os instrumentos acima citados foram selecionados 13 artigos. Para a organização e coleta dos dados dos artigos inclusos na revisão integrativa, elaborou-se um instrumento composto pelos seguintes itens: Título do artigo, Autoria, Revista/Ano, Fonte/Idioma, Estudo realizado, Resultados, Conclusões e recomendações.

## **3.2 Segundo Artigo - Alimentação do idoso indígena sob a ótica da enfermagem transcultural**

A pesquisa foi desenvolvida e organizada com base no modelo de estudos quantitativos propostos por Polit e Beck (2011)<sup>42</sup>, seguindo uma sequência de etapas lineares e regulares dividida em cinco fases. A primeira fase de conceituação do estudo foi descrita no capítulo 1 (introdução) e 2 (revisão da literatura), e da segunda a quinta fase foram descritas no capítulo 3 (metodologia) e 4 (artigo original).

### **3.2.1 Delineamento da pesquisa**

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, estes apresentam como objetivo a informação a respeito da distribuição de um evento na população, em termos quantitativos<sup>46</sup>. Os estudos quantitativos são caracterizados por um delineamento da realidade, ao mesmo tempo em que descreve, registra, analisa e interpreta processos ou fenômenos da natureza<sup>47</sup>.

Para a coleta, análise e discussão dos resultados foi utilizado o modelo conceitual criado por Madeleine Leininger, a Teoria da Universalidade e Diversidade Cultural. O modelo conceitual lida com abstrações reunidas por causa da sua relevância para um tema comum, garantindo amplamente uma compreensão do fenômeno estudado e reflete as suposições e visões filosóficas de quem o elaborou<sup>42</sup>.

### **3.2.2 Local de estudo**

O estudo foi realizado na CASAI, localizada na cidade de Manaus, estado do Amazonas. A referida cidade apresenta população estimada de 1.802.525 habitantes segundo dados do IBGE, 2010<sup>48</sup>.

A CASAI é responsável pelo atendimento de toda população indígena do estado, os quais são referenciados por outras CASAI ou DSEI pertencentes ao Amazonas.

Segundo a Portaria do Ministério da Saúde Nº 1776, DE 08 de Setembro de 2003, Art.-106.,-são-competências-da-Casa-de-Saúde-do-Índio<sup>49</sup>:

- I - receber pacientes e seus acompanhantes encaminhados pelos Distritos;
- II - alojar e alimentar pacientes e seus acompanhantes, durante o período de tratamento-médico;
- III - acompanhar pacientes para consultas, exames subsidiários e internações hospitalares;
- IV - prestar assistência de enfermagem aos pacientes pós-hospitalização e em fase de-recuperação;-e
- V - fazer contra-referência com os Pólos Bases e articular o retorno dos pacientes e acompanhamento aos seus domicílios por ocasião da alta.

A CASAI de Manaus está vinculada ao DSEI Manaus, que faz parte do subsistema de saúde indígena sob gestão da Secretaria Especial de Atenção à saúde indígena (SESAI) do Ministério da Saúde (MS). Este local foi escolhido por receber pacientes indígenas de todos os municípios do Amazonas, incluindo idosos de diferentes etnias.

No mês de maio de 2012 foi realizado o reconhecimento do local de estudo e apresentação do projeto aos gestores. Durante este período identificou-se a mudança na dinâmica do processo de referência e contra referência da população, com a implantação do sistema de regulação do Ministério da Saúde (SISREG), definindo-se que os DSEIs do interior só poderão encaminhar os pacientes após marcação de consulta e procedimentos específicos pela CASAI Manaus, o que contribuiu para significativa redução de pacientes internados.

### **3.2.3 População de estudo**

A população de referência foi composta por todos os idosos de ambos os sexos, internados na CASAI Manaus-Amazonas, no período de 90 dias. A idade estabelecida (60 anos e mais) respeita condição que define a pessoa idosa de acordo com a Lei 8842/94 que trata sobre a Política Nacional do Idoso<sup>22</sup>;

#### **3.2.3.1 Amostra do estudo**

A amostra do estudo é do tipo em sequência, que envolve recrutar todas as pessoas

de uma população acessível que atendam aos critérios de elegibilidade ao longo de um intervalo de tempo específico ou até alcançar um tamanho de amostra determinado<sup>42</sup>. A amostra foi composta por 30 idosos, internados no período da coleta (29/10/12 a 26/01/13), perfazendo 90 dias, conforme consentimento em participar do estudo.

#### **3.2.4 Critérios de inclusão**

- Estar internado na CASAI no período de vigência da pesquisa;
- Concordância em participar do estudo com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

#### **3.2.5 Critérios de exclusão**

- Idosos acometidos por patologias que comprometessem os processos de cognição e comunicação, e que estivessem recebendo cuidados paliativos.

#### **3.2.6 Procedimentos para Coleta de dados**

O estudo utilizou como embasamento teórico a Teoria da Universalidade e Diversidade Cultural Madeleine Leininger. Nos estudos quantitativos, o uso de teorias ou modelos conceituais deduz implicações e formulam hipótese, ou seja, prevê o comportamento das variáveis em relação à teoria, sendo necessária a medição das variáveis-chave da teoria, a coleta de dados por amostra adequada e teste de hipóteses por análise estatística<sup>42</sup>.

##### **3.2.6.1 Instrumento**

Para a obtenção dos dados deste estudo foi elaborado um instrumento estruturado (APÊNDICE E), com perguntas fechadas do tipo dicotômicas e de múltipla escolha e abertas, obtidas através de registros institucionais (itens 1 a 12) e entrevista face a face (itens 13 a 35).

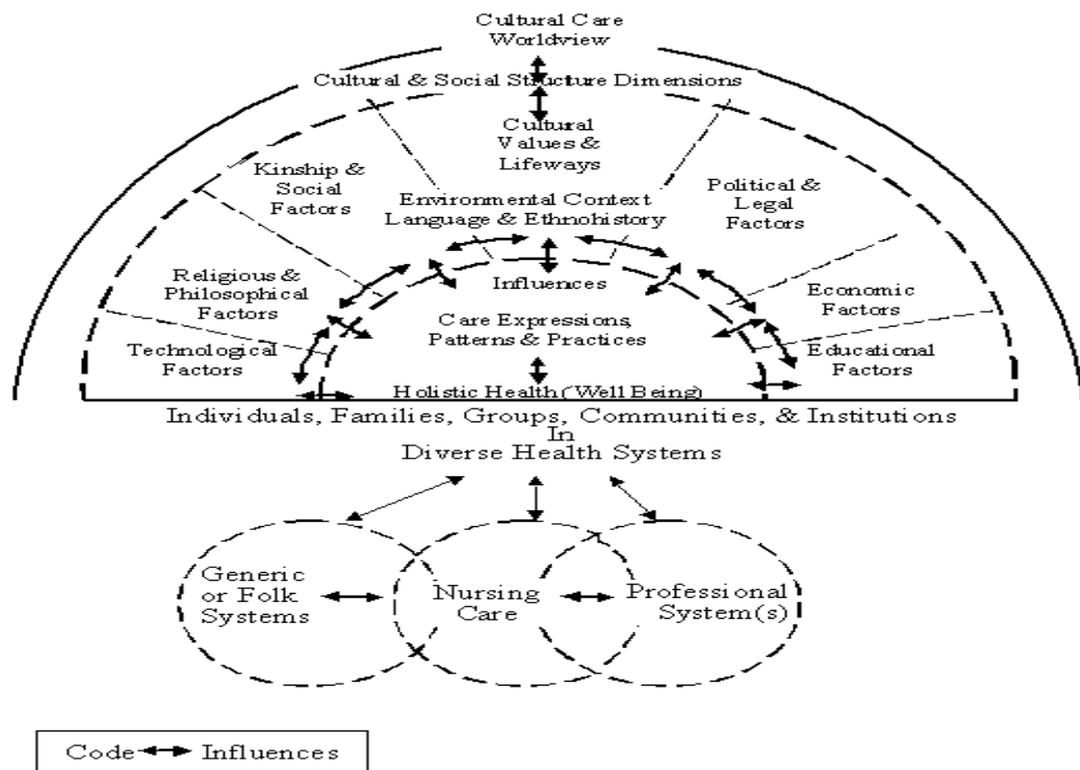
Considerando as particularidades da população idosa indígena e a escassez de estudos referente ao objeto de estudo optou-se por incluir perguntas abertas referentes à visão dos participantes sobre o processo saúde-doença e hábitos alimentares na CASAI e na

comunidade de origem.

### 3.2.7 Operacionalização das Variáveis:

As variáveis investigadas foram organizadas nos moldes do modelo do sol nascente (nível I) proposto por Leininger (figura 1)<sup>50</sup>, partindo 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) e sua relação com o contexto de ambiente e o padrão de cuidado<sup>51</sup>. Além do agrupamento das variáveis sócio-demográficas e condições de saúde.

Figura 1- Modelo Sunrise de Leininger e as dimensões da diversidade e universalidade do cuidado cultural.



Fonte: Leininger, 1991.

Para codificação das perguntas abertas foi realizada análise de conteúdo, especificamente a fase lexical, utilizando o Programa Estatístico “Análise Lexical Contextual de um Conjunto de Segmentos de Texto” ALCESTE, cuja função é de análise quantitativa de

dados textuais<sup>52</sup>.

Quanto às considerações acerca da análise de conteúdo, apesar de comumente utilizada na análise de comunicações nas ciências humanas e sociais, autores alegam ser um método mais frequentemente seguido no tratamento de dados de pesquisas qualitativas<sup>53</sup>. Entretanto, alguns autores a consideram um conjunto de técnicas quantitativas<sup>53-56</sup>, enquanto outros<sup>57-59</sup> defendem que ela possui elementos tanto da abordagem quantitativa como da qualitativa, porque, nesse caso,

a contagem da manifestação dos elementos textuais que emerge do primeiro estágio da análise de conteúdo servirá apenas para a organização e sistematização dos dados, enquanto as fases analíticas posteriores permitirão que o pesquisador apreenda a visão social de mundo por parte dos sujeitos, autores do material textual em análise<sup>60</sup>.

Para disposição dos alimentos consumidos utilizou-se como padrão os estudos de Najas (1994), Philippi (1999) e Cornatosky (2009), adotando o método de frequência de consumo alimentar, que tem como objetivo verificar a partir de uma lista de alimentos a ocorrência de ingestão destes em um período de tempo específico, sendo estabelecido como ponto de corte para o padrão alimentar o consumo a partir de 70% na ingestão diária de alimentos<sup>61-63</sup>.

Para avaliação do estado nutricional foi utilizada a antropometria com verificação do peso e altura, para obtenção do Índice de Massa Corporal IMC para idosos, segundo Lipschitz (1994)<sup>64</sup>.

### **3.2.7.1 Variável dependente**

Padrão alimentar do idoso indígena

### **3.2.7.2 Variáveis independentes**

#### **A) Sociodemográficas**

- Sexo – masculino ou feminino;
- Data de nascimento – formato dia, mês e ano;
- Local de nascimento – categorizada por comunidade indígena de origem;
- DSEI– Distrito Sanitário Especial Indígena responsável;
- Idade – Considerada em anos completos, a partir da data de nascimento e coleta de dados, ou seja, na data da entrevista;

- Motivo da internação – motivo do encaminhamento para CASAI Manaus;
- Antecedentes pessoais – hipertensão arterial sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), cardiopatias, câncer, nefropatias, outros.

#### **B) Condições de saúde**

- Motivo de internação – descrição das causas da internação (diagnóstico, tratamento);
- Antecedentes pessoais – Hipertensão, Diabetes, Cardiopatias, Câncer, Nefropatias, outras doenças;
- Saúde autopercebida - ótima, boa, regular, não sabe/não responde;
- Saúde bucal- percepção da saúde bucal, aspectos inerentes à mastigação, presença de incomodo na boca, boca seca, dificuldade para engolir, escovação, atendimento odontológico e uso de prótese dentária;
- Estado nutricional- classificação do IMC em desnutrição, peso adequado e sobrepeso.

#### **C) Fatores tecnológicos**

- Elementos tecnológicos – uso e propriedade de produtos tecnológicos como televisão, aparelho de som, fogão, ventilador, geladeira;
- Equipamentos utilizados para transporte e agricultura – motor de popa, ralador de mandioca;
- Elementos de comunicação na comunidade: aparelho telefônico (orelhão), celular, radiofonia;

#### **D) Fatores religiosos e filosóficos**

- Religião – católico, protestante, outros;
- Presença de conhecedor das forças da natureza – Pajé;

#### **E) Fatores de companheirismo e sociais**

- Etnia – a ser categorizada, devido o grande número de etnias no Estado do Amazonas;
- Língua falada – língua principal falada pelos idosos;
- Língua materna – língua indígena tradicional falada pelos idosos;
- Estado conjugal – casado (a) ou em união consensual, solteiro (a) (nunca se casou ou morou com companheiro (a), viúvo(a), separado(a) ou divorciado(a));
- Número de filhos – descrição se o(a) idoso (a) teve filhos ou não;
- Arranjo familiar – número e parentesco das pessoas que moram na mesma residência com o (a) idoso (a);

#### **F) Fatores Culturais e modos de vida**

- Concepções sobre o processo saúde-doença: Conceituação sobre saúde e doença na visão indígena, baseado em estudos sobre “O Índio Brasileiro: o que você precisa saber sobre os povos indígenas no Brasil hoje” (Luciano, 2006)<sup>40</sup>, que retrata a concepção sobre este processo de forma diferenciada no aspecto cultural, em contraste à concepção de povos não-indígenas.
- Hábitos alimentares no local de origem – a ser categorizada, pois muitos alimentos da culinária indígena não são conhecidos e descritos na literatura, a ser organizada por tipos de alimentos, quantidade e horário das refeições e com quem realiza as refeições;
- Alimentação na CASAI – descrição de alimentos oferecidos pela Instituição, com descrição da quantidade, horário, tipos de alimentos e aceitação;

#### **G) Fatores políticos e legais**

- Liderança na Comunidade – Ocupação de cargo político de destaque na comunidade;

#### **H) Fatores econômicos**

- Situação Previdenciária – Identificação do tipo de vínculo com a Previdência Social distribuída nas seguintes categorias: não aposentado (a), aposentado (a), pensionista ou em benefício;
- Renda – Renda do (a) idoso (a) em salários mínimos vigentes no momento da investigação;
- Contribuição na renda familiar – Participação do (a) idoso (a) no orçamento da família distribuída nas seguintes categorias: participa totalmente, parcialmente ou não contribui.
- Atividades realizadas para contribuição no sustento familiar – práticas agrícolas (roça), caça e pesca.

#### **I) Fatores educacionais**

- **Escolaridade** – categorizada em anos de estudo com aprovação.

### **3.2.6.2 Pré-teste**

No processo de elaboração de questões de um instrumento estruturado é necessário cuidado na construção de cada pergunta, no intuito de garantir clareza, sensibilidade ao estado psicológico dos entrevistados, ausência de desvio e nível de leitura. Nesse sentido, a

realização de pré-teste é fundamental, por permitir a avaliação da utilidade do instrumento e sua aplicabilidade de acordo com os objetivos da pesquisa<sup>42</sup>.

Neste estudo optou-se pela realização deste processo na primeira semana da coleta, no intuito de adequar as questões de acordo com as particularidades da população alvo e da dinâmica do serviço de saúde. Após esse momento foram realizados os ajustes necessários nos blocos relacionados às condições de saúde e hábitos alimentares. Acerca dos principais alimentos consumidos, foram listados segundo o ponto de corte de 70% para ordenação no instrumento de coleta.

Outro ponto identificado neste momento foi sobre a necessidade de recrutar outro profissional para realização da coleta, pois durante a entrevista havia perguntas abertas que demandam muita atenção, obtenção de dados para avaliação do índice de massa corporal, além da interação com familiares dos idosos, além do reconhecimento prévio acerca da cultura indígena. Nesse sentido, foi treinada uma enfermeira com experiência profissional em saúde indígena para auxílio durante o procedimento de coleta de dados.

### **3.2.6.2 Etapas da Coleta de Dados**

Para execução da coleta e obtenção do TCLE seguiu-se as seguintes etapas:

1. Explicação sobre o projeto de pesquisa ao idoso e (se for o caso) solicitação da presença do acompanhante ou representante legal;
2. Após entendimento solicitou-se permissão para realizar a entrevista;
3. Posteriormente a aceitação seguiu-se a próxima etapa, em caso negativo encerrou a etapa;
4. Perguntou-se cada item do questionário de forma clara, respeitando as particularidades de cada etnia e o nível de compreensão;
5. Após o fim da entrevista solicitou-se a assinatura do idoso ou impressão digital, bem como a assinatura das testemunhas;
6. O pesquisador responsável, o idoso e/ou a pessoa responsável por este (se for o caso), rubricaram todas as folhas do TCLE e complementarão com as assinaturas completas na última folha deste documento.
7. Entregou-se uma cópia do TCLE informando contatos do pesquisador para possíveis dúvidas e/ ou desistência;

### **3.2.8 Análise dos dados**

Após a coleta foi organizado um banco de dados e realizada análise quantitativa das informações, mediante processo sistematizado de base estatística, utilizando o Programa de Base Estatística Livre R.

Para análise e discussão dos resultados foi utilizada como embasamento a Teoria do cuidado cultural de Leininger, sendo descritas as variáveis em bloco: variáveis sóciodemográficas, condições de saúde, visão de mundo, dimensões da estrutura cultural e social e contexto de língua e ambiente.

No plano de análise estatística, as variáveis categóricas foram descritas sob a forma de proporções, as discretas sob a forma de médias e frequência. A digitação foi realizada em dupla entrada para validação do banco de dados.

### **3.2.9 Aspectos éticos**

O estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, encaminhado e aprovado pelo Comitê Nacional de Ética e Pesquisa (CAAE 00574012.1.0000.5208).

## 4 CAPÍTULO 3 – ARTIGO DE REVISÃO INTEGRATIVA

### **Padrão alimentar de idosos em diferentes contextos culturais**

#### **Dietary patterns of elderly in different cultural contexts**

##### **Short title: Alimentação e cultura na Terceira idade**

##### **Food and culture in old age**

Júlia de Cássia Miguel Vieira<sup>1,2</sup>

Márcia Carréra Campos Leal<sup>1</sup>

Ana Paula de Oliveira Marques<sup>1</sup>

Danielle Lopes de Alencar<sup>1</sup>

#### **Resumo**

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura com o objetivo de avaliar as evidências disponíveis acerca da questão alimentar e nutricional do idoso, em especial o indígena, por ser uma população diferenciada pelos seus hábitos alimentares arraigados a sua cultura e de interesse para definição de políticas assistenciais, bem como de subsidiar teoricamente os cuidados de enfermagem no âmbito da nutrição em saúde. Foram utilizadas para seleção três bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Literatura Internacional da Área Médica e Biomédica (MEDLINE), Base de dados em Enfermagem (BDENF), selecionados 13 artigos conforme critérios preestabelecidos. Os resultados mostraram estudos em diversos países, porém nenhum voltado ao idoso indígena, estes apontam mudanças nos hábitos alimentares de idosos, associados principalmente a questões socioeconômicas e culturais, além das mudanças ocorridas com a globalização e a transição nutricional, o que ressalta a importância de mais estudos que abordem essa temática, enfatizando o indígena, como subsídio para a prática do cuidar em enfermagem.

Termos de indexação: Idoso, Hábitos Alimentares, População Indígena, Índios Sul-Americanos

## Abstract

It is an integrative literature review aimed to assess the available evidence on the issue of food and nutrition elderly, especially the indigenous population to be a differentiated by their eating habits ingrained in their culture and of interest to define welfare policies, as well as theoretically subsidize nursing care within the health nutrition. Were used to select three databases: Latin American and Caribbean Health Sciences (LILACS), International Literature medical and biomedical (MEDLINE), Database of Nursing (BDENF), selected 13 papers as established criteria. The results showed studies in several countries, but none facing the elderly indigenous, these suggested changes in the eating habits of the elderly, mainly associated socioeconomic and cultural issues, in addition to changes with globalization and the nutrition transition, which highlights the importance of more studies that address this theme, emphasizing the indigenous, as support for the practice of nursing care.

Indexing terms: Aged, Food habits, Indigenous population, Indians, South American.

## INTRODUÇÃO

O aumento significativo da população idosa requer crescente capacitação dos profissionais para atender e cuidar de modo particular dessa população, observando as peculiaridades que são inerentes ao ser idoso, que apresenta características que demandam cuidados diferenciados<sup>1</sup>.

Os idosos diferenciam-se conforme sua história de vida, seu nível de independência funcional e necessidade de serviços de saúde, onde a avaliação deve estar embasada no processo de envelhecimento e de suas particularidades de acordo com a realidade sociocultural em que vivem<sup>2</sup>.

Abordando a alimentação, esta é considerada um importante fator para promoção, manutenção e ou/recuperação da saúde em todas as fases da vida, sendo que com o processo de envelhecimento surgem alterações no organismo que podem modificar as necessidades nutricionais do idoso<sup>3</sup>.

Inúmeras são as razões que envolvem a escolha dos alimentos, podendo existir mais de uma variável na escolha final como: a cultura, o status, o prestígio, a pressão publicitária, o aspecto religioso<sup>4</sup>. Tal afirmação denota a importância em reconhecer o contexto alimentar dos idosos nos diferentes cenários do cuidar em saúde.

Devido ao número crescente e da complexidade de conhecimentos na área de saúde, tornou-se indispensável o desenvolvimento de estratégias no âmbito da pesquisa com embasamento científico, aptas a delimitar procedimentos e passos metodológicos mais precisos e de apresentar aos profissionais um melhor emprego das evidências explanadas em numerosos estudos<sup>5</sup>. Portanto, nesse estudo optou-se pelo uso de um dos recursos da prática baseada em evidências (PBE), a revisão integrativa da literatura<sup>6</sup>, que objetiva a organização da sinopse do conhecimento científico produzido sobre a temática investigada para sua posterior associação à prática.

Uma das finalidades da Prática Baseada em Evidências (PBE) é alentar a utilização de resultados de pesquisa atrelada à prática assistencial de saúde nos distintos níveis de atenção, avigorando a importância da pesquisa para a prática clínica<sup>7</sup>, o que possibilita uma visão amplificada dos processos de intervenção sobre a problemática em questão.

Poucas pesquisas brasileiras têm investigado os padrões alimentares de indivíduos idosos<sup>8</sup>. Portanto, visando aprofundar os conhecimentos de forma integrada no contexto do cuidado aos idosos, este estudo tem como objetivo avaliar as evidências disponíveis na literatura acerca da questão alimentar e nutricional do idoso, em especial o indígena, por ser uma população diferenciada pelos seus hábitos alimentares arraigados a sua cultura e de interesse para definição de políticas assistenciais, bem como de subsidiar teoricamente os cuidados de enfermagem no âmbito da nutrição em saúde.

## **PROCEDIMENTO METODOLÓGICO**

Foram utilizadas as seguintes etapas para organização da presente revisão: escolha do tema, definição da hipótese e objetivos do estudo, definição de critérios de inclusão e exclusão, definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados, busca na literatura, avaliação dos estudos, análise e discussão dos resultados, apresentação da revisão integrativa<sup>9</sup>.

Para direcionamento do estudo formulou-se a seguinte pergunta norteadora: quais as evidências disponíveis na literatura acerca da questão alimentar e nutricional do idoso, em especial da população indígena, e qual a sua contribuição para a prática do cuidado em enfermagem?

Para seleção dos artigos foram utilizadas três bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Literatura Internacional da Área Médica e Biomédica (MEDLINE), Base de Dados em Enfermagem (BDENF), utilizando os

descritores extraídos dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) disponível na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS): idoso, hábitos alimentares, população indígena, cuidados de enfermagem. Para busca na base de dados MEDLINE utilizou-se em substituição ao descritor “população indígena” o descritor “índios sul-americanos”, devido o não reconhecimento do primeiro descritor citado na base citada.

Os critérios de inclusão dos artigos para esta revisão integrativa foram: artigos que abordassem a temática sobre alimentação e nutrição de idosos em diferentes culturas, artigos publicados em inglês, espanhol e português, publicados nos últimos 20 anos.

A busca na literatura foi realizada através de cruzamento em pares dos descritores, utilizando a ferramenta “descriptor de assunto”, na seguinte ordem: idoso and hábitos alimentares, idoso and população indígena, idoso and índios sul-americanos, idoso and cuidados de enfermagem, hábitos alimentares and população indígena, hábitos alimentares and índios sul-americanos e hábitos alimentares and cuidados de enfermagem.

Os artigos foram pré-selecionados selecionados a partir do título e resumo, e a seleção final obedeceu os critérios de inclusão preestabelecidos, conforme descrição na tabela abaixo:

Tabela 1. Artigos encontrados nas Bases de Dados LILACS, MEDLINE E BDEFN, 2011.

Base de dados	Artigos encontrados	Artigos selecionados	Artigos repetidos	Artigos excluídos	Artigos inclusos
LILACS	366	57	0	49	08
MEDLINE	5498	56	01	56	05
BDEFN	02	0	0	0	0
Total	5866	113	01	105	13

Foram utilizados para avaliar a qualidade dos estudos selecionados dois instrumentos: o primeiro adaptado do Critical Appraisal Skills Programme (CASP)<sup>10</sup> – Programa de habilidades em leitura crítica, integrante do “Public Health Resource Unit” (PHRU). O instrumento apresenta 10 itens (máximo 10 pontos): 1) objetivo; 2) adequação metodológica; 3) apresentação dos procedimentos teóricos e metodológicos; 4) seleção da amostra; 5) procedimento para a coleta de dados; 6) relação entre o pesquisador e pesquisados; 7) consideração dos aspectos éticos; 8) procedimento para a análise dos dados; 9) apresentação dos resultados; 10) importância da pesquisa.

Os resultados de classificação apresentam os seguintes escores: 06 a 10 pontos (boa qualidade metodológica e viés reduzido), e mínima de 5 pontos (qualidade metodológi-

ca satisfatória, porém com risco de viés aumentado). A avaliação foi realizada em pares, cujos artigos selecionados neste estudo apresentaram escore entre 6 e 10.

O segundo instrumento foi a Classificação Hierárquica das Evidências para Avaliação dos Estudos<sup>11</sup>, que define os níveis de evidência destes: 1) revisão sistemática ou metanálise; 2) ensaios clínicos randomizados; 3) ensaio clínico sem randomização; 4) estudos de coorte e de caso-controle; 5) revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; 6) único estudo descritivo ou qualitativo; 7) opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialidades. Os estudos incluídos classificaram-se entre os níveis 5 a 6.

Após avaliação com os instrumentos acima citados foram selecionados 13 artigos. Para a organização e coleta dos dados dos artigos inclusos na revisão integrativa, elaborou-se um instrumento composto pelos seguintes itens: Título do artigo, Autoria, Revista/Ano, Fonte/Idioma, Estudo realizado, Resultados, Conclusões e recomendações.

## RESULTADOS

Conforme os critérios de inclusão e avaliação foram analisados 13 artigos, onde todos os temas dos artigos estavam relacionados à questão alimentar e nutricional do idoso, bem como sua contribuição para a prática do cuidado em enfermagem, entretanto nenhum destes apresentou referência ao idoso indígena.

Dos 13 artigos, 10 (77%) foram publicados em revistas internacionais e 3 (23%) em revistas nacionais, sendo 5 (39%) em revistas de nutrição, 4 (31%) em revistas de saúde pública, 2 (15%) em revistas de Enfermagem e 2 (15%) em revistas de Ciências da saúde em geral.

Em relação aos delineamentos de pesquisa dos artigos incluídos 11 (84,6%) são de abordagem quantitativa, 1 (7,7%) abordagem qualitativa e 1(7,7%) quantitativa e qualitativa, sendo 06 estudos analíticos (46%) e 7 (54%) descritivos.

Quanto ao local de estudo 3 (23%) foram realizados no Brasil, 2 (15%) nos Estados Unidos da América, 1 (7,7%) na Inglaterra, 1 (7,7%) na Suécia, 1 (7,7%) no México, 1 (7,7%) na Espanha, 1 (7,7%) no Kenya, 1 (7,7%) no Chile, 1 (7,7%) na Argentina, 1 (7,7%) na Colômbia. No Brasil, 2 (67%) realizado no estado de São Paulo, 1 (33%) no Espírito Santo.

Segue nas Figuras de 1 a 3 a avaliação sinóptica dos artigos avaliados na presente revisão integrativa, organizados conforme paridade nas temáticas.

**Quadro 1 - Sinopse dos artigos inclusos na revisão integrativa**

<b>Título do artigo</b>	<b>1. Los hábitos alimentarios en el adulto mayor y su relación con los procesos protectores y deteriorantes en salud<sup>12</sup></b>
<b>Autoria</b>	Restrepo SLM, Morales RMG, Ramírez MCG, López MVL, Varela LEL
<b>Revista/ano</b>	Rev. chil. nutr. / 2006
<b>Fonte /Idioma</b>	LILACS /Espanhol
<b>Estudo realizado</b>	Estudo descritivo, corte transversal, com abordagem quantitativa e qualitativa, buscou investigar os aspectos protetores e deteriorantes relacionados à alimentação e nutrição do idoso.
<b>Resultados</b>	Os hábitos alimentares são contribuintes para fragilidade dos idosos.
<b>Conclusões e recomendações</b>	O consumo identificado está relacionado a questões econômicas e estado psicossocial dos idosos.
<b>Título do artigo</b>	<b>2. Hábitos de consumo de productos apícolas en un colectivo de ancianos<sup>13</sup></b>
<b>Autoria</b>	Orzaez VillanuevaMT, De Frutos Prieto A, Tellez Gonzalez M et al.
<b>Revista/ano</b>	ALAN / 2002
<b>Fonte /Idioma</b>	LILACS / Espanhol
<b>Estudo realizado</b>	Estudo descritivo com abordagem quantitativa, cujo objetivo foi identificar os hábitos de consumos apícolas por idosos da Espanha.
<b>Resultados</b>	Os idosos consomem produtos apícolas e tem conhecimento sobre este.
<b>Conclusões e recomendações</b>	Apesar do consumo e conhecimento em relação ao mel, a maioria dos idosos ignoram os outros produtos apícolas como a própolis.
<b>Título do artigo</b>	<b>3. Relación entre los factores que determinan los síntomas depresivos y los hábitos alimentarios en adultos mayores de México<sup>14</sup></b>
<b>Autoria</b>	Ávila-Funes JA, Garant MP, Aguilar-Navarro S
<b>Revista/ano</b>	Rev Panam Salud Publica / 2006
<b>Fonte /Idioma</b>	LILACS / Espanhol
<b>Estudo</b>	Estudo analítico com abordagem quantitativa objetivou determinar

*continuação*

**realizado** os fatores comuns associados a hábitos alimentares e sintomas depressivos.

**Resultados** Os sintomas depressivos associaram à hipertensão arterial, como também o uso de prótese dentária, incontinência urinária e quedas.

**Conclusões e recomendações** Os autores enfatizam a importância do padrão alimentar em estudos sobre depressão em idosos, recomendam estudos longitudinais.

**Título do artigo** **4. The relationship between nutrient intake, dental status and family cohesion among older Brazilians<sup>15</sup>**

**Autoria** Andrade FB, Caldas Junior AF, Kitoko PM, Zandonade E

**Revista/ano** Cad. Saúde Pública / 2011

**Fonte /Idioma** LILACS /Inglês

**Estudo realizado** Estudo analítico, transversal, quantitativo visou avaliar a relação entre consumo inadequado de nutrientes, condição bucal e coesão familiar.

**Resultados** Não houve associação entre o consumo inadequado e a coesão familiar.

**Conclusões e recomendações** Há relação entre a condição de saúde bucal e o consumo inadequado de nutrientes importantes entre idosos não institucionalizados.

**Título do artigo** **5. Nutritional status, functional abilities and food habits of institutionalized and non-institutionalised elderly people in Morogoro Region, Tanzania<sup>16</sup>**

**Autoria** Nyaruhucha CN, Msuya JM, Matrida E

**Revista/ano** East Afr Med J / 2004

**Fonte /Idioma** MEDLINE / Inglês

**Estudo realizado** Estudo descritivo, transversal, quantitativo, objetivo de determinar o estado nutricional, hábitos alimentares e as habilidades funcionais.

**Resultados** Diferença no estado nutricional entre homens, ambos os sexos com baixo peso e desnutrição. Hábitos alimentares idênticos, incontinência urinária foi a incapacidade funcional mais comum entre homens.

*continuação*

**Conclusões e recomendações** e A maioria dos idosos tem pouca ou nenhuma fonte de renda, que fazem com que eles tenham condições de vida precárias.

**Título do artigo** 6. Dietary patterns of Hispanic elders are associated with acculturation and obesity<sup>17</sup>

**Autoria** Lin H, Bermudez OI, Tucker KL

**Revista/ano** J Nutr. / 2003

**Fonte / Idioma** MEDLINE / Inglês

**Estudo realizado** Estudo descritivo, transversal, quantitativo, objetivo de identificar padrões alimentares entre os idosos hispânicos e não hispânicos.

**Resultados** Os hispânicos foram mais propensos a ingestão de vegetais ricos em amido ou derivados de leite do que não hispânicos, sugerindo associação entre a obesidade. Os idosos com maior grau de aculturação apresentaram maior consumo de frutas e cereais.

**Conclusões e recomendações** e Os autores sugerem que estudos longitudinais são necessários para esclarecer a natureza causal dessas associações.

**Quadro 2 – Sinopse dos artigos inclusos na revisão integrativa**

**Título do artigo** 7. Hábitos alimentarios de adultos mayores de dos regiones de la Provincia de Catamarca, Argentina<sup>18</sup>

**Autoria** Cornatosky MA, Barrionuevo OT, Rodríguez NL, Zeballos JM

**Revista/ano** Diaeta / 2009

**Fonte / Idioma** LILACS /Espanhol

**Estudo realizado** Estudo epidemiológico, descritivo, de corte transversal com abordagem quantitativa, buscou descrever os hábitos alimentares de idosos.

**Resultados** O consumo de alimentos saudáveis foi identificado nas duas regiões, não apresentando diferença significativa de alimentos de risco entre estas.

**Conclusões e recomendações** e Hábitos alimentares são influenciados por fatores econômicos e culturais, sendo importante ação de promoção da alimentação no início da vida.

**Título do artigo** 8. Padrão alimentar de idosos de diferentes estratos

- continuação* **socioeconômicos residentes em localidade urbana da região sudeste, Brasil<sup>19</sup>**
- Autoria** Najas MS, Andrezza R, Souza ALM, Sachs A, Guedes ACB, Sampaio LR et. al
- Revista/ano** Rev. Saúde Pública / 1994
- Fonte /Idioma** LILACS / Português
- Estudo realizado** Estudo analítico com abordagem quantitativa visou identificar o padrão alimentar de idosos.
- Resultados** Os idosos apresentam o mesmo padrão alimentar de outros grupos populacionais em relação aos alimentos energéticos, sendo diferentes em relação aos alimentos proteicos e reguladores.
- Conclusões e recomendações** Quanto à ingestão diária a frequência é maior em locais com melhores condições socioeconômicas.
- Título do artigo** **9. Ingesta de nutrientes en adultos mayores de la comuna de Providencia, Santiago de Chile<sup>20</sup>**
- Autoria** Castillo OV, Rozowski JN, Cuevas AM, Maiz AG, Soto MS, Mardones FS et al .
- Revista/ano** Rev. méd. Chile / 2002
- Fonte /Idioma** LILACS / Espanhol
- Estudo realizado** Estudo analítico com abordagem quantitativa buscou avaliar o consumo alimentar de idosos de classe média.
- Resultados** Os sujeitos apresentaram ingestão adequada de macronutrientes, vitaminas e minerais, exceto cálcio, zinco e ácido fólico, baixa ingestão de calorias.
- Conclusões e recomendações** O padrão alimentar de idosos está provavelmente relacionado ao nível socioeconômico destes.
- Título do artigo** **10. Consumo de frutas e hortaliças por idosos de baixa renda na cidade de São Paulo<sup>8</sup>**
- Autoria** Viebig RF, Pastor-Valero M, Scazufca M, Menezes PR
- Revista/ano** Rev. Saúde Pública / 2009
- Fonte /Idioma** LILACS / Português
- Estudo realizado** Estudo analítico, transversal de base populacional, abordagem quantitativa

*continuação*

<b>Resultados</b>	Os resultados apontam que um terço não consumia nenhum tipo de fruta ou hortaliça, sendo o consumo associado ao nível socioeconômico.
<b>Conclusões e recomendações</b>	O consumo de frutas e hortaliças destes idosos de baixa renda é insuficiente em relação ao recomendado pela Organização Mundial de Saúde.
<b>Título do artigo</b>	<b>11. Dietary quality and social contact among a nationally representative sample of the older adult population in the United States<sup>21</sup></b>
<b>Autoria</b>	Sahyoun NR, Zhang XL
<b>Revista/ano</b>	J Nutr Health Aging /2005
<b>Fonte /Idioma</b>	MEDLINE / Inglês
<b>Estudo realizado</b>	Estudo analítico, abordagem quantitativa, objetivo de identificar associações entre contatos sociais e qualidade da dieta entre idosos.
<b>Resultados</b>	A qualidade da dieta foi afetada por fatores incluindo a frequência de contato social.

**Quadro 3 - Sinopse dos artigos inclusos na revisão integrativa**

<b>Título do artigo</b>	<b>12. The willingness to eat. An investigation of appetite among elderly people<sup>22</sup></b>
<b>Autoria</b>	Wikby K, Fagerskiold A
<b>Revista/ano</b>	Scand J Caring Sci / 2004
<b>Fonte /Idioma</b>	MEDLINE / Inglês
<b>Estudo realizado</b>	Estudo descritivo com abordagem qualitativa, com objetivo de identificar e descrever os fatores de importância relacionados ao apetite entre idosos.
<b>Resultados</b>	A vontade de comer é um papel central no apetite, os fatores que afetam o apetite incluem 6 categorias: humor, valores pessoais, salubridade, alimentação, ambiente para comer e companheirismo na refeição.
<b>Conclusões e recomendações</b>	Recomenda-se que ao planejar e realizar ações de enfermagem sobre comer, todos os fatores devem ser observados e como se afetam entre si.

*continuação*

<b>Título do artigo</b>	<b>13. Hot tea and juk: the institutional meaning of food for Chinese elders in an American nursing home<sup>23</sup></b>
<b>Autoria</b>	Wu S, Barker JC
<b>Revista/ano</b>	J Gerontol Nurs / 2008
<b>Fonte /Idioma</b>	MEDLINE / Inglês
<b>Estudo realizado</b>	Estudo descritivo, qualitativo descreve como idosos chineses em um lar de idosos americanos percebem sua alimentação nas refeições.
<b>Resultados</b>	As refeições não tinham sociabilidade e partilha na concepção dos idosos.
<b>Conclusões e recomendações</b>	Recomenda-se que os profissionais de enfermagem e os pesquisadores devem entender que a prestação de cuidados deve ser culturalmente competente para este grupo étnico (chinês).

---

## **Discussão**

Os achados retratam como os diferentes fatores associam-se a alimentação dos idosos em determinados países do mundo, levando-se em consideração aspectos globais de cada país, bem como as transformações ocorridas ao longo dos tempos.

No Brasil, assim como na maioria dos países em desenvolvimento, as pesquisas sobre o consumo alimentar são escassas<sup>4</sup>, entretanto, os estudos evidenciados surgem como subsídio para as estratégias de atenção à saúde do idoso, especificamente no âmbito do cuidar em enfermagem em diferentes culturas.

A análise do material foi realizada através de leitura crítica visando apreender os eixos temáticos referentes ao objetivo proposto: alimentação e saúde na terceira idade, fatores associados ao padrão alimentar de idosos, cuidados de enfermagem no âmbito alimentar e nutricional e a importância de estudos sobre a alimentação do idoso indígena.

## **Alimentação e saúde na terceira idade**

A alimentação e os padrões alimentares construídos pelo ser humano iniciaram-se pelo instinto, e estes se integram fortemente pela cultura<sup>23</sup>. Os estudos 1 e 5 demonstram que, os hábitos alimentares de idosos corroboram tanto para proteção quanto para

exposição a agravos em sua saúde <sup>12,16</sup>. Os padrões alimentares variam nos diferentes grupos populacionais, sob a influência da cultura, condições ecológicas, climas e solos, como também das pressões econômicas <sup>24</sup>.

No âmbito da saúde <sup>12-17</sup>, os estudos 1 e 6 demonstram que as alterações ou hábitos alimentares funcionam como determinantes do processo saúde-doença, onde a escolha de alimentos resulta em benefícios ou prejuízos à saúde dos idosos. Independente da escolha dos idosos, acompanhadas pelo processo de envelhecimento algumas modificações na dinâmica alimentar podem ocorrer devido a problemas metabólicos, a doenças como hipertensão arterial, obesidade e problemas de saúde bucal <sup>24</sup>.

Portanto, compreender essa dinâmica é essencial para a prática de cuidados de saúde e intervenção de problemas associados à alimentação. A população idosa requer uma atenção especial, minimizando os possíveis problemas que porventura sejam acometidos.

### **Fatores associados ao padrão alimentar de idosos**

Diversos são os fatores que interferem no padrão alimentar de idosos, tais como fatores orgânicos e fisiológicos, patológicos, psicológicos, culturais e econômicos<sup>3</sup>.

O acesso aos alimentos na modernidade, de uma sociedade significativamente urbana, é apontado pela estrutura socioeconômica, envolvendo principalmente as políticas econômicas, sociais, agrícolas e agrárias, o que determina as práticas alimentares e as estabelece pela condição social em que vivem<sup>25</sup>.

Neste contexto, apesar da semelhança no consumo alimentar de idosos em diferentes países, em especial os energéticos, são apontadas diferenças na frequência alimentar quanto à ingestão de alimentos construtores e reguladores, associadas principalmente à dificuldade de acesso aos alimentos e condições socioeconômicas.

Segundo os achados dos estudos 1, 5, 7, 8, 9 e 10, as condições econômicas refletem o principal fator responsável pelo padrão alimentar de idosos <sup>8,12,16,18-20</sup>, o que demonstra que independente das escolhas existe uma limitação comum principalmente em países em desenvolvimento e com intensa desigualdade social.

Outro ponto identificado relaciona-se ao fenômeno da globalização, que direciona o processo de aculturação de idosos, direcionando a mudança de hábitos alimentares, contribuindo para o surgimento de doenças crônico-degenerativas. É importante enfatizar que o hábito de consumir produtos cada vez mais industrializados é um sinal da sociedade moderna, além de surgir como uma tendência mundial neste cenário<sup>27</sup>.

Em vista dessas transformações, as soluções são impostas pela indústria e comércio, apresentando alternativas meio às condições urbanas e apresentando novas modalidades no modo de alimentar-se, o que provavelmente contribui para mudanças no consumo alimentar<sup>26</sup>.

Um fator importante em destaque foi a relação de hábitos alimentares com a cultura<sup>17-18,23</sup>, evidenciada nos estudos 6, 7 e 13, considerada como o conjunto de regras que norteia e dá significado às práticas e condutas dos sujeitos em um dado contexto sociocultural<sup>28</sup>.

Contudo, deve-se ressaltar que as diversas culturas evoluíram num equilíbrio alimentar particular, o que evidencia que suas escolhas despontavam um saber alcançado através de gerações<sup>4</sup>, observando-se que em grupos de idosos, especificamente os chineses (estudo 11)<sup>21</sup>, a cultura alimentar tradicional está estreitamente relacionada ao seu estilo de vida e manutenção da saúde.

Outro fator inerente à alimentação é o aspecto social (estudos 1, 11, 12 e 13)<sup>12,21-23</sup>, com a ocorrência da diminuição dos rituais que acompanham o ato alimentar, principalmente nas grandes metrópoles quando se minimizou o significado deste ato, sem a devida importância para o que se come, com que se come e como se come<sup>4</sup>. Paralelamente aos achados, se confirma pela associação à diminuição da frequência alimentar a poucos contatos sociais, além de doenças como a depressão<sup>14</sup>.

### **Cuidados de enfermagem ao idoso no âmbito alimentar e nutricional**

Os estudos 4, 5, 6, 11, 12 e 13 apontam associação entre ingestão alimentar e problemas de saúde bucal, doenças de ordem psicossocial e divergências culturais no cuidado prestado<sup>15-17,21-23</sup>. A desnutrição, além de aumentar o risco de úlceras por pressão, prejudica sua cura, já que a maior prevalência dessa úlcera está associada à anemia, doença mental e do sistema nervoso<sup>29</sup>.

Nesse contexto, atender de forma satisfatória ao idoso significa avaliar adequadamente de modo interdisciplinar, identificando a sua real capacidade funcional, nível de dependência e capacidades presentes, que muitas vezes são despercebidas pelo idoso e pelos profissionais<sup>30</sup>.

Nos diferentes cenários de cuidado ao idoso, a equipe de enfermagem mantém um próximo e contínuo contato com estes, seja em instituições de saúde ou nos serviços de atenção primária, podendo atuar não somente em relação às práticas de enfermagem, mas

como mediadores entre a equipe multidisciplinar sobre os diversos aspectos da vida do idoso.

Cuidar significa perceber a outra pessoa como ela é, como se apresenta, com seus anseios e necessidades, física, emocional e espiritual, o que permite ao cuidador a prática do cuidado individualizado, num contexto particular do ser cuidado<sup>31</sup>.

Reconhecer as particularidades de cada idoso é importante nas práticas de cuidado de enfermagem, pois a manutenção ou recuperação da saúde seja do nível primário ao mais complexo determinarão o tempo e o custo despendido pela relação nutrição e saúde.

Nesse ínterim, a enfermagem deve estar sensibilizada para o entendimento sobre a realidade dos idosos, buscando o conhecimento sobre os fatores culturais, sociais, econômicos e visões de mundo, para que o direcionamento do cuidado de enfermagem seja satisfatório e eficaz.

### **Importância de estudos sobre alimentação do idoso indígena**

No Brasil, os povos indígenas perpassam ao longo do tempo, diversas experiências de interação com a sociedade nacional, com acentuada intensidade nos processos de mudanças socioeconômicas, culturais e ambientais, com significativos impactos sobre a saúde. Entretanto, as mudanças culturais e alimentares não seguem o nível social e econômico vivenciado por essas populações<sup>32</sup>.

Atualmente o problema alimentar e nutricional é um tema central das discussões da questão indígena, com grande visibilidade nos meios de comunicação. Desde os anos 70 vem sendo realizados amplos e detalhados levantamentos sobre as condições de alimentação e nutrição da população brasileira, não havendo equivalentes para os indígenas<sup>33</sup>.

Os estudos 6, 7 e 13 apontam a cultura como importante fator associado ao padrão alimentar de idosos<sup>17-18,23</sup>, o que remete a importância de se conhecer os hábitos alimentares de idosos indígenas, que apresentam seu modo particular de vida, com costumes, crenças e valores.

Comumente os aspectos socioculturais têm sido negligenciados e vistos sem importância no processo de intervenções preventivas e terapêuticas na área de saúde<sup>28</sup>, assim como os estudos referentes a uma minoria da população definida como "indígena".

A transição alimentar é intrínseca aos processos de industrialização e de urbanização que hoje regulam o acesso aos alimentos. Tais eventos adquiriram escala

planetária, alcançando até mesmo os indivíduos em lugares mais longínquos da globalização, como os povos indígenas<sup>34</sup>.

Entretanto, poucos estudos apresentam a real situação desta população, bem como suas interferências ao longo dos anos, considerando o processo de envelhecimento e o contexto de vida do idoso indígena.

No cuidado prestado a diferentes culturas, esta é compreendida como a abordagem das diversas extensões que agregam o modo de viver de certos indivíduos, envolvendo suas crenças, valores e conhecimentos, e reconhecer este processo permite a aproximação do profissional com o ser idoso, bem como de sua família e contexto de vida onde estão inseridos<sup>1</sup>.

## **CONCLUSÃO**

Alimentar-se não significa um simples ato de ingestão de nutrientes adequados à manutenção da vida, representa a história de vida de cada idoso, segundo suas condições sociais, econômicas, psicológicas, dentre outras, o que exige dos profissionais de enfermagem maior atenção no processo de cuidar.

Mediante os estudos discutidos nesta revisão, observa-se não só o padrão alimentar dos idosos, mas como estes são adquiridos, mantidos e modificados frente às transformações do mundo contemporâneo, respeitando a diversidade cultural de cada país onde foram realizadas as pesquisas.

Como ponto de reflexão, poderíamos nos perguntar: como o conhecimento sobre a questão alimentar e nutricional pode auxiliar nos cuidados de enfermagem? Se o cuidado de enfermagem não é visto de forma holística e não focaliza as particularidades e necessidades básicas do indivíduo, provavelmente esta questão não teria importância.

Porém quando se trata de questões alimentares, surge a diversidade cultural e todos os fatores associados à cultura de um povo, que quando desrespeitados podem contribuir para o surgimento de doenças e até mesmo empecilhos na recuperação da saúde das pessoas.

Portanto, frente ao cuidado de enfermagem ao idoso, reconhecer essa diversidade, significa atender de forma integral, considerando seus hábitos, costumes, crenças e valores relacionados ao processo de nutrição e saúde, em especial aos indígenas, que não foram contemplados nos estudos avaliados.

Conclui-se a necessidade de mais estudos sobre a questão alimentar e nutricional do idoso, em especial o indígena, bem como as discussões sobre a importância desta temática para os cuidados de enfermagem no âmbito da nutrição e saúde da população, ressaltando a importância da visão holística no processo de cuidar em enfermagem.

## REFERÊNCIAS \*

1. Hammerschmidt KSA, Zagonel IPS, Lenardt MH. Envolvimentos da teoria do cuidado cultural na sustentabilidade do cuidado gerontológico. *Acta Paul Enferm.* 2007; 20(3): 362-67. doi: 10.1590/S0103-21002007000300020.
2. Gugelmin SA, Santos RV. Uso do índice de massa corporal na avaliação do estado nutricional de adultos indígenas Xavante, Terra Indígena Sangradouro-Volta Grande, Mato Grosso, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2006; 22 (9): 1865-72. doi: 10.1590/S0102-311X2006000900017.
3. Marucci MFN. Alimentação e hidratação: cuidados específicos e sua relação com o contexto familiar. In: Duarte YAO, Diogo MJD, organizadores. *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico.* São Paulo: Atheneu; 2000.
4. Bleil SI. O Padrão Alimentar Ocidental: considerações sobre a mudança de hábitos no Brasil. *Cad Debates [Internet].* 1998 [acesso 2011 dez 7]; 6:1-25. Disponível em: <[http://www.unicamp.br/nepa/arquivo\\_san/O\\_Padrao\\_Alimentar\\_Ocidental.pdf](http://www.unicamp.br/nepa/arquivo_san/O_Padrao_Alimentar_Ocidental.pdf)>.
5. Souza M.T, Silva M.D, Carvalho, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein [Internet].* 2010 [acesso 2011 dez 7]; 8(1pt1):102-6. Disponível em: <[http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1134-Einsteinv8n1\\_p102-106\\_port.pdf](http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1134-Einsteinv8n1_p102-106_port.pdf)>
6. Silveira RCCP, Galvão CM. O cuidado de enfermagem e o cateter de Hickman: a busca de evidências. *Acta Paul Enferm [Internet].* 2005 [acesso 2011 jul 19]; 18(3): 276-84. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010321002005000300008&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002005000300008&lng=en)>. doi: 10.1590/S0103-21002005000300008.
7. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto-Enferm. [Internet].* 2008 [acesso 2011 jul 10]; 17(4):758-64. Disponível em:

- <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010407072008000400018&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072008000400018&lng=pt)>  
. doi: 10.1590/S0104-07072008000400018
8. Viebig RF, Pastor-Valero M, Scazufca M, Menezes PR. Consumo de frutas e hortaliças por idosos de baixa renda na cidade de São Paulo. *Rev Saúde Pública*. [Internet]. 2009 [acesso 2011 nov 30]; 43(5): 806-13. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003489102009000500009&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102009000500009&lng=pt)>. Epub 04-Set-2009>. doi: 10.1590/S0034-89102009005000048.
9. Ursi ES, Galvão CM. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2006 [acesso 2012 Nov 27]; 14(1): 124-31. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010411692006000100017&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692006000100017&lng=en)>. doi: 10.1590/S0104-11692006000100017.
10. Milton Keynes Primary Care Trust. *Critical Appraisal Skills Programme*. London: Oxford; 2002.
11. Stillwell S, Melnyk BM, Fineout-Overholt E, Williamson K. Evidence-based practice: step by step. *Am J Nurs*. 2010; 110 (5):41-7.
12. Restrepo SLM, Morales RMG, Ramírez MCG, López MVL, Varela LEL. Los hábitos alimentarios en el adulto mayor y su relación con los procesos protectores y deteriorantes en salud. *Rev Chil Nutr*. [Internet]. 2006 [acesso 2011 nov 30]; 33(3):500-10. Disponível em: <[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S071775182006000500006&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071775182006000500006&lng=es)>. doi: 10.4067/S0717-75182006000500006.
13. Orzaez Villanueva MT, De Frutos Prieto A, Tellez Gonzalez M et al. Hábitos de consumo de productos apícolas en un colectivo de ancianos. *ALAN*. [Internet]. 2002 [acesso 2011 nov 30]; 52(4):362-7. Disponível em: <[http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S000406222002000400006&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S000406222002000400006&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0004-0622.
14. Ávila-Funes JA, Garant MP, Aguilar-Navarro S. Relación entre los factores que determinan los síntomas depresivos y los hábitos alimentarios en adultos mayores de México. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2006 [acesso 2011 nov 30]; 19(5):321-30. Disponível em:

- <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S102049892006000500005&lng=en](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102049892006000500005&lng=en)>. doi: 10.1590/S1020-49892006000500005.
15. Andrade FB, Caldas AF Junior, Kitoko PM, Zandonade E. The relationship between nutrient intake, dental status and family cohesion among older Brazilians. *Cad Saúde Pública*. [Internet]. 2011 [acesso 2011 nov 30]; 27(1):113-22. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010211X2011000100012&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010211X2011000100012&lng=en)>. doi: 10.1590/S0102-311X2011000100012.
16. Nyaruhucha CN, Msuya JM, Matruda E. Nutritional status, food habits and functional abilities of the institutionalized and non-institutionalised elderly people in Morogoro Region, Tanzania. *East Afr Med J*. 2004;81 (5):248-53.
17. Lin H, Bermudez OI, Tucker KL. Dietary patterns of Hispanic elders are associated with acculturation and obesity. *J Nutr*. 2003; 133 (11):3651-7.
18. Cornatosky MA, Barrionuevo OT, Rodríguez NL, Zeballos JM. Hábitos alimentarios de adultos mayores de dos regiones de la Provincia de Catamarca, Argentina. *Diaeta* [Internet]. 2009 [acesso 2011 dez 1]; 27(129):11-7. Disponível em: <[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S185273372009000400003&lng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S185273372009000400003&lng=es)>.
19. Najas MS, Andrezza R, Souza ALM, Sachs A, Guedes ACB, Sampaio LR, et al. Padrão alimentar de idosos de diferentes estratos socioeconômicos residentes em localidade urbana da região sudeste, Brasil. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 1994 [acesso 2011 nov 30]; 28(3):187-91. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003489101994000300004&lng=p](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489101994000300004&lng=p)>. doi: 10.1590/S0034-89101994000300004.
20. Castillo OV, Rozowski JN, Cuevas AM, Maiz AG, Soto MS, Mardones FS, et al. Ingesta de nutrientes en adultos mayores de la comuna de Providencia, Santiago de Chile. *Rev Méd Chile* [Internet]. 2002 [acesso 2011 nov 30]; 130(12):1335-42. Disponível em: <[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003498872002001200002&lng=pt](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003498872002001200002&lng=pt)>. doi: 10.4067/S0034-98872002001200002.

21. Sahyoun NR, Zhang XL. Dietary quality and social contact among a nationally representative sample of the older adult population in the United States. *J Nutr Health Aging*. 2005; 9(3):177-83.
22. Wikby K, Fagerskiold A. The willingness to eat. An investigation of appetite among elderly people. *Scand J Caring Sci*. 2004;18 (2):120-7.
23. Wu S, Barker JC. Hot tea and juk: the institutional meaning of food for Chinese elders in American nursing home. *J Gerontol Nurs*. 2008; 34(11):46-54.
24. Chaves N. Alimentação e sociedade; A inter-relação dos aspectos antropológicos, culturais e sociais com a nutrição. Costa MCMA, Lago ES (Org.) Recife: CEPE, 2009.
25. Diogo MJD, Neri AL, Cachioni M. Saúde e Qualidade de vida na Velhice. 2ª ed. Campinas SP: Alínea, 2006.
26. Garcia RWD. Reflexos da globalização na cultura alimentar: considerações sobre as mudanças na alimentação urbana. *Rev Nutr*. [Internet]. 2003 [acesso 2011 dez 7]; 16(4):483-92. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S14152732003000400011&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14152732003000400011&lng=en)>. doi: 10.1590/S1415-52732003000400011.
27. Alvarenga MRM, Oliveira MAC, Faccenda O, Amendola F. Avaliação do risco nutricional em idosos atendidos por Equipes de Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet]. 2010 [acesso 2011 dez 7]; 44(4):1046-51. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S00802342010000400027&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00802342010000400027&lng=en)>. doi: 10.1590/S0080-62342010000400027.
28. Nakamura D, Martin D, Santos JFQ. Antropologia para enfermagem. Barueri SP: Manole, 2009.
29. Campos SF, Chagas ACP, Costa ABP, França REM, Jansen AK. Fatores associados ao desenvolvimento de Úlceras de pressão: o impacto da nutrição. *Rev. Nutr*. [Internet]. 2010 [acesso 2012 Nov 29]; 23(5): 703-14. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141552732010000500002&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141552732010000500002&lng=en)>. doi: 10.1590/S1415-52732010000500002.

30. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde (BR). Manual de enfermagem. O Processo de Envelhecimento e a Assistência ao Idoso. In: Duarte YAO, organizador. Brasília: Universidade de São Paulo; 2001. p. 185-96.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Guia prático do cuidador. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
32. Moura PG, Batista LRV, Moreira EAM. População indígena: uma reflexão sobre a influência da civilização urbana no Estado nutricional e na saúde bucal; Rev. Nutr [Internet]. 2010 [acesso 2012 nov 29]; 23(3):459-65. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141552732010000300013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141552732010000300013&lng=en&nrm=iso)>. ISSN 1415-5273. doi: 10.1590/S1415-52732010000300013.
33. Coimbra CEA Jr, Santos RV. Perfil Epidemiológico da População Indígena no Brasil: Considerações gerais. In: Goldbaum M, organizador. Perfil Epidemiológico da População Brasileira. Brasília: Centro Nacional de Epidemiologia/ CENEPI, Ministério da Saúde; 2001.
34. Garnelo L, Welch JR. Transição alimentar e diversidade cultural: desafios à política de saúde indígena no Brasil. Cad Saúde Pública. 2009; 25(9):1872-3.

## 5 CAPÍTULO 4 - ARTIGO ORIGINAL

### ALIMENTAÇÃO DO IDOSO INDÍGENA SOB A ÓTICA DA ENFERMAGEM TRANSCULTURAL FEED OF INDIAN ELDERLY FROM THE PERSPECTIVE THE TRANSCULTURAL NURSING ALIMENTACIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES EM PERSPECTIVE CROSS- CULTURAL DE ENFERMERÍA

Sugestão de título abreviado para cabeçalho: Alimentação e saúde de idosos indígenas

Júlia de Cássia Miguel Vieira<sup>i</sup>

Márcia Carréra Campos Lea<sup>ii</sup>

Ana Paula de Oliveira Marques<sup>iii</sup>

Danielle Lopes de Alencar<sup>iv</sup>

#### RESUMO:

A alimentação é considerada fator essencial para manutenção da saúde dos indivíduos, sendo permeada por contextos culturais específicos. **Objetivo:** avaliar o contexto cultural da alimentação de idosos indígenas. **Metodologia:** estudo descritivo, transversal, quantitativo, realizado na Casa de Saúde do Índio de Manaus - CASAI no período de 90 dias, com participação de 30 idosos. Para análise dos dados foi realizada estatística descritiva mediante o Software Estatístico Livre R, embasada pela Teoria do Cuidado Cultural proposto por Madeleine Leininger. **Resultados:** Na CASAI os alimentos oferecidos são bem aceitos, porém apresentam-se parcialmente diferentes daqueles consumidos na aldeia, podendo relacionar-se à diminuição do apetite após internação, evidenciado pelo quadro de desnutrição. No contexto cultural alimentar, os resultados demonstram as novas conformações acerca da visão de mundo e das dimensões das estruturas social e cultural. **Conclusão:** O contexto alimentar dos idosos está arraigado à sua cultura, porém com forte influência da globalização.

**Palavras-chave:** Idoso; população indígena; enfermagem transcultural; educação em saúde.

**ABSTRACT:**

The feed is considered essential factor to maintaining the health of individuals, being permeated by specific cultural contexts. **Objective:** To evaluate the cultural context of feeding elderly indigenous. **Methodology:** descriptive, cross-sectional, quantitative, performed at the Indian Health Manaus CASAI within 90 days, with the participation of 30 seniors. Data analysis was performed by descriptive statistics Free Statistical Software R, based on the Theory of Cultural Care proposed by Madeleine Leininger. **Results:** In CASAI the foods offered are well accepted, but have partially different from those consumed in the village, it may be related to decreased appetite after hospitalization, as evidenced by the picture of malnutrition. In the context of cultural food, the results show the new conformations about the worldview and dimensions of social and cultural structures. **Conclusion:** The context of elderly food is ingrained in their culture, but with a strong influence of globalization.

**Keywords:** Aged; indigenous population; transcultural nursing; health education.

**RESUMEN:**

La alimentación es considerada esencial para mantener la salud de las personas, siendo permeados por contextos culturales específicos. **Objetivo:** Evaluar el contexto cultural de la alimentación indígena ancianos. **Metodología:** Estudio descriptivo, transversal, cuantitativo, realizado en Manaus Salud Indígena Casai un plazo de 90 días, con la participación de 30 personas mayores. El análisis de datos se realizó mediante estadística descriptiva Libre R Statistical Software, basado en la Teoría del Cuidado Cultural propuesto por Madeleine Leininger. **Resultados:** En la CASAI los alimentos ofrecidos son bien aceptados, pero tienen parcialmente diferentes de los que se consumen en el pueblo, puede ser relacionada con la disminución del apetito después de la hospitalización, como lo demuestra el cuadro de desnutrición. En el contexto de alimento cultural, los resultados muestran las conformaciones nuevas acerca de la visión del mundo y las dimensiones de las estructuras sociales y culturales. **Conclusion:** El contexto de la alimentación de los ancianos está arraigada en su cultura, pero con una fuerte influencia de la globalización.

**Palabras clave:** Anciano; población indígena; enfermería transcultural; educación en salud.

## INTRODUÇÃO

Os sistemas alimentares indígenas são tão diversos como suas culturas, com forte influência dos processos migratórios<sup>1</sup>. São inúmeras as dimensões a considerar para discussão acerca da alimentação indígena, como os diversos ecossistemas, condições ecológicas diversas, sociodiversidade com distinções de adaptação ambiental, resultante da união de centenas de indígenas remanescentes, estrangeiros e povos miscigenados<sup>2</sup>.

Tais dimensões atreladas às especificidades inerentes ao processo de envelhecimento por si só corroboram para um importante risco nutricional, além de outros fatores, seja fisiológicos, sociais, psicológicos e econômicos<sup>3</sup>.

Se tratando de idosos indígenas, alimentar-se em ambientes diferentes de sua comunidade indígena, como Instituições de cuidados de saúde, demanda atenção especial dos profissionais, pois além das morbididades instaladas, alterações na dinâmica alimentar podem atuar negativamente para o processo de recuperação do quadro de saúde e conseqüentemente a extensão do período de internação e conflitos de ordem cultural.

Destarte, a cultura de origem tem uma importante influência em diversos aspectos da vida dos indivíduos, como crenças, comportamento, percepções, emoções, linguagem, religião, rituais, alimentação, atitudes em relação à dor e doenças, podendo ter significativas implicações para a saúde e para os cuidados prestados<sup>4</sup>.

Nesse sentido, este estudo teve como objetivo avaliar o contexto cultural da alimentação do idoso indígena internado na Casa de Saúde do Índio (CASAI) de Manaus, considerando os aspectos gerais que o permeiam na aldeia, no intuito de compreender esta relação com as práticas realizadas em ambiente institucionalizado e suas interferências no processo saúde-doença.

Para avaliação e compreensão deste estudo foi utilizado como embasamento teórico a Teoria da Universalidade e Diversidade do Cuidado Cultural proposto por Madeleine Leininger, que destaca a importância para o enfermeiro quanto ao reconhecimento do significado do cuidado cultural, os métodos de cuidar característicos de cada cultura e sua influência no cuidado ao indivíduo<sup>4</sup>.

Compreendendo que a cultura em que se nasce e que se vive não é única, mas apenas uma de várias que se adquire, dependendo do contexto, alguns podem agir mais culturalmente do que outros, ou em ocasiões distintas, o comportamento pode ser determinado

mais pela personalidade, status econômico, ensinamentos educacionais ou pelas características do ambiente em que vivem<sup>4</sup>.

Portanto, reconhecer as particularidades do idoso indígena em relação à alimentação é um importante passo no preenchimento das lacunas existentes para o redirecionamento das práticas de enfermagem em nutrição de forma congruente.

## REFERENCIAL TEÓRICO

Os primeiros achados sobre a alimentação da população indígena no Brasil datam da chegada dos portugueses em 1500<sup>2</sup>, descritas na carta de Pero Vaz de Caminha ao Rei de Portugal, conforme o seguinte texto:

Mostraram-lhes um carneiro, não fizeram caso dele. Mostraram-lhes uma galinha, quase tiveram medo dela, e não lhe queriam pôr a mão. Depois lhe pegaram, mas como espantados.

[...] Deram-lhes ali de comer: pão e peixe cozido, confeitos, fartéis, mel, figos passados. Não quiseram comer daquilo quase nada; e se provavam alguma coisa, logo a lançavam fora.

[...] Eles não lavram nem criam. Nem há aqui boi ou vaca, cabra, ovelha ou galinha, ou qualquer outro animal que esteja acostumado ao viver do homem. E não comem senão deste inhame, de que aqui há muito, e dessa semente e frutos que a terra e as árvores de si deitam. E com isto andam tais e tão rijos e tão nédios que o não somos nós tanto, com quanto trigo e legumes comemos<sup>6</sup>.

Segundo Leite (2006), os estudos sobre alimentação e nutrição de indígenas brasileiros retratam as mudanças no padrão alimentar relacionados ao período de transição nutricional, onde a questão ambiental e socioeconômica e o processo de aculturação atuam como importantes fatores de impacto nas alterações nutricionais<sup>7</sup>.

De acordo com Mondini (2009), Mondini (2007), Orellana (2006), Menegolla (2006) e Pícoli (2006) foram evidenciados em seus estudos com crianças indígenas, graves quadros de anemia, desnutrição, baixa estatura para idade, baixo peso, onde a introdução de alimentos industrializados e mudanças culturais no âmbito alimentar podem contribuir para esse conjunto<sup>8-12</sup>.

Em relação aos adultos e à população em geral, os estudos realizados por Salvo (2009), Capelli (2001), Gugelmin (2006), Sampei (2007) e Gimeno (2007) apontam para problemas relacionados ao sobrepeso e obesidade, bem como os riscos para doenças

metabólicas, associadas às constantes modificações nos estilos de vida tradicionais e suas formas de subsistência<sup>13-17</sup>.

Apesar do aumento de pesquisas nessa temática não se observou estudos relacionados ao idoso indígena, sendo que, os realizados com idosos não indígenas demonstraram que os hábitos alimentares corroboram tanto para proteção quanto para exposição a agravos à saúde<sup>18-19</sup>, e os padrões alimentares modificam-se nos diferentes grupos populacionais influenciados pela cultura, condições ecológicas, climas e solos, e pressões econômicas<sup>20</sup>.

Quanto à utilização da enfermagem transcultural no cuidado gerontológico, os autores que utilizaram a Teoria de Leininger sugerem que a enfermagem valorize a história de vida, adequa as práticas de cuidado culturalmente congruentes, associe a educação em saúde nos modelos assistenciais específicos para esta população<sup>21-24</sup>.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, realizado na Casa de Saúde do Índio CASAI, na cidade de Manaus, estado do Amazonas-Brasil, no período de 90 dias, entre os meses de novembro de 2012 a janeiro de 2013. A população de estudo foi composta por idosos com idade igual ou superior a 60 anos conforme definição da Política Nacional do idoso<sup>25</sup>.

A CASAI faz parte do Distrito Sanitário Especial Indígena DSEI de Manaus, vinculado a Secretaria Especial de Saúde Indígena SESAI do Ministério da Saúde MS, cujos objetivos são:

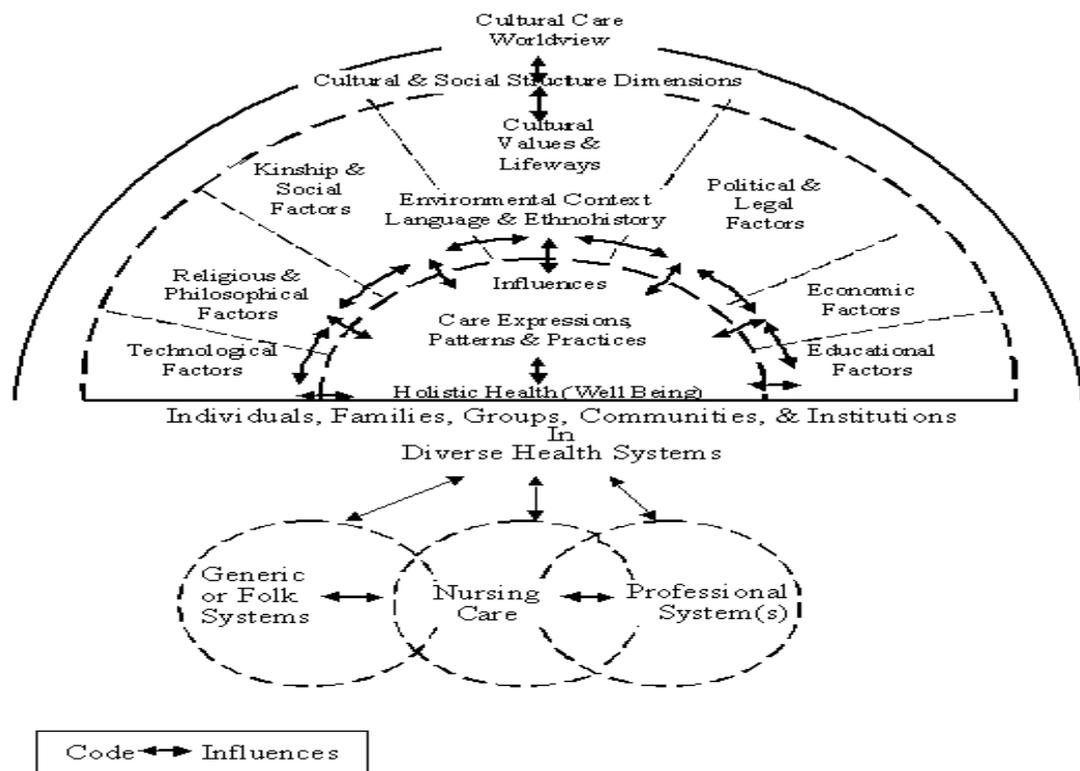
Receber pacientes e seus acompanhantes encaminhados pelos DSEI; alojar e alimentar paciente e seus acompanhantes, durante o período de tratamento médico; acompanhar pacientes para consultas, exames subsidiários e internações hospitalares; prestar assistência de enfermagem aos pacientes pós-hospitalização e em fase de recuperação; e fazer contra referência com os Polos Bases e articular o retorno dos pacientes e acompanhamento aos seus domicílios por ocasião da alta<sup>26</sup>.

A amostra adotada foi do tipo em sequência, totalizando o número de 30 participantes, obedecendo aos critérios de inclusão: internação no período correspondente à coleta, concordância em participar do estudo. Foram excluídos idosos acometidos por patologias que comprometam os processos de cognição e comunicação.

A coleta, avaliação e discussão dos resultados utilizou como embasamento a Teoria do cuidado cultural de Madeleine Leininger<sup>27</sup>, que descreve as dimensões da diversidade e universalidade do cuidado cultural.

As informações foram obtidas através de instrumento estruturado (roteiro de entrevista) com perguntas abertas e fechadas. As variáveis investigadas foram organizadas nos moldes do modelo do sol nascente (nível I) proposto por Leininger (Figura 1), partindo 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) e sua relação com o contexto de ambiente e o padrão de cuidado<sup>27</sup>. Além do agrupamento das variáveis sócio-demográficas e condições de saúde.

Figura 1. Modelo Sunrise Leininger



Fonte: Leininger, 1991

Para codificação das perguntas abertas foi realizada análise lexical utilizando o Programa Estatístico “Análise Lexical Contextual de um Conjunto de Segmentos de Texto” ALCESTE, cuja função é de análise quantitativa de dados textuais.

Para disposição dos alimentos consumidos utilizou-se como padrão os estudos de

Najas (1994), Philippi (1999) e Cornatosky (2009), adotando o método de frequência de consumo alimentar, que tem como objetivo verificar a partir de uma lista de alimentos a ocorrência de ingestão destes em um período de tempo específico, sendo estabelecido como ponto de corte para o padrão alimentar o consumo a partir de 70% na ingestão diária de alimentos<sup>28-30</sup>.

Após a coleta, foi realizado o registro das informações mediante o Programa de Base Estatística Livre R, em dupla entrada. Para análise estatística, as variáveis categóricas foram descritas sob a forma de proporções e as discretas sob a forma de médias e frequências.

O estudo foi submetido para apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, encaminhado e aprovado pelo Comitê Nacional de Ética e Pesquisa (CAAE 00574012.1.0000.5208) e teve o apoio financeiro do Programa Internacional de Bolsas de Pós-Graduação da Fundação Ford.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em relação aos *dados sóciodemográficos*, dos 30 idosos participantes do estudo, 53% são do sexo masculino e 47% sexo feminino, etnias predominante Sateré-maué (33%), mura (17%), Tikuna (17%), outras (33%), a idade mínima foi de 60 e máxima de 83 anos, média igual a 68 anos, maioria na faixa etária de 60 a 69 anos.

Quanto às *condições de saúde*, os principais motivos de internação foram relacionados à necessidade da realização de procedimentos cirúrgicos (30%), investigação e tratamento de doenças do sistema digestório (10%), circulatório (10%), câncer (10%), renal (7%), avaliação diagnóstica para tuberculose (7%) outros (26%). Entre os antecedentes pessoais destacou-se a hipertensão arterial sistêmica (HAS) (30%), câncer (20%), cardiopatias (17%), diabetes mellitus (DM) (13%) e nefropatias (10%).

Em relação à saúde bucal, (53%) consideram sua condição boa, porém (40%) referem problemas relacionados à mastigação. Apesar da existência da prática da escovação, esta tem sido realizada de 1 a 2 vezes ao dia por (54%) dos entrevistados, (73%) foram atendidos por dentista no período compreendido entre 1 e 4 anos, (54%) usam prótese dentária.

No contexto da saúde de idosos, estudos apontam que as alterações ou hábitos alimentares funcionam como determinantes do processo saúde doença<sup>18,31-33</sup>, e algumas

modificações nessa dinâmica podem estar relacionadas a distúrbios metabólicos, doenças como HAS e problemas de saúde bucal.

Assim, é importante o reconhecimento dos antecedentes pessoais para o acompanhamento alimentar e nutricional, bem como a adoção de práticas educativas específicas em relação ao histórico de saúde pregresso e atual.

Um importante fator observado foi na avaliação antropométrica realizada para avaliação do Índice de Massa Corporal IMC para idosos<sup>34</sup>, quando (60%) apresentaram IMC <22 (desnutrição), (33%) 22-27 (adequado) e (7%) >27 (sobrepeso).

Tal quadro pode estar relacionado a inúmeros fatores de interferência no padrão alimentar de idosos, seja orgânicos e fisiológicos, patológicos, psicológicos, culturais e econômicos<sup>35</sup>. No caso de indígenas, o processo de civilização tem acarretado em fome e penúria, conseguinte a alteração nos padrões alimentares, aumento das doenças e carências nutricionais<sup>2</sup>.

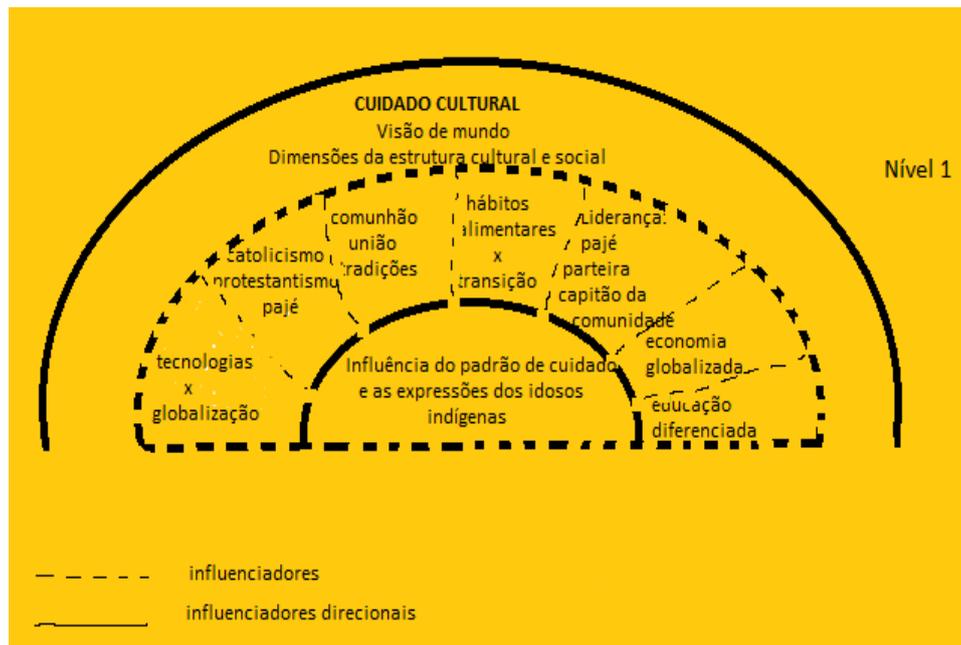
Acerca dessa pesquisa, não houve um estudo aprofundado sobre o perfil nutricional, bem como os fatores associados, mas uma visão mais ampla que permeia a alimentação, porém estes resultados pedem maior atenção e investigação sobre a necessidade de avaliação nutricional específica por equipe multidisciplinar, em especial nutricionista, no intuito de prevenir maiores agravos à saúde.

Outro ponto importante é que anteriormente à internação, os idosos indígenas já apresentavam morbidades instaladas, ou seja, o fato de estar internado em uma Instituição de Saúde fora de seu ambiente não determina os agravos à saúde atual, mas provavelmente esteja ligado aos modos de vida na própria comunidade indígena.

Desse modo, para que possamos compreender o contexto cultural alimentar na CASAI é fundamental conhecer como as práticas alimentares se dão na comunidade de origem e, que fatores permeiam o ato de alimentar-se? É nesse sentido que apresentamos a importância do embasamento teórico de Madeleine Leininger, pois avaliando cada item proposto pela teórica sobre os modos de ver o mundo e as dimensões que permeiam a vida social e cultural é possível planejar um cuidado de enfermagem culturalmente congruente.

Partindo dos resultados obtidos no presente estudo, apresentamos o modelo Sunrise adaptado, contendo os dados referentes à visão de mundo, dimensões da estrutura cultural e social e contexto de língua e ambiente, os quais foram organizados e descritos para compreender o contexto alimentar do idoso, conforme ilustrados na Figura 2.

Figura 2 Contexto Cultural Alimentar Indígena adaptado do Modelo Sunrise de Leininger



Fonte: Vieira, 2013.

### Visão de mundo de idosos indígenas

A organização social, cultural e econômica de um povo indígena está relacionada a uma concepção de mundo e de vida, ou seja, a uma definida cosmologia constituída por meio dos mitos e dos ritos, onde os modos de vida variam de povo para povo dependendo do tipo de relações estabelecidas com o meio natural e sobrenatural <sup>36</sup>.

No âmbito da enfermagem transcultural, “a visão de mundo é a forma na qual as pessoas veem o mundo ou o universo e formam um quadro ou instância de valor sobre o mundo e suas vidas<sup>27</sup>”. Portanto, para se pensar em práticas preventivas e de tratamento é fundamental a compreensão acerca da concepção indígena sobre saúde e doença, pois o que resulta este processo é o tipo de interação individual e coletiva estabelecida com as demais pessoas e com a natureza, já que esta é considerada dualista, ou seja, é composta por seres naturais e sobrenaturais <sup>36</sup>.

Neste estudo foi investigada a visão sobre a saúde, a doença e as causas da doença, pois as práticas alimentares estão diretamente relacionadas a estes fenômenos, ou seja, muitos alimentos são restritos dependo do estado de saúde do indivíduo, ou até mesmo seguidos da tradição em manter o equilíbrio do corpo e se prevenir de doenças, já que alguma transgressão no aspecto alimentar poderia causar danos a uma pessoa ou à coletividade.

Sobre a concepção sobre saúde, (45%) relacionaram a saúde ao equilíbrio/bem estar, (30%) à ausência de enfermidade e (25%) não respondeu. Sobre doença, (45%) referem-na como o desequilíbrio/mal estar, (30%) à presença de enfermidade e (25%) não respondeu. Como causa das doenças, (50%) acredita estar relacionada a causas externas, (10%) provocadas pela natureza, (10%) por contato com os brancos e (30%) não responderam.

Na perspectiva indígena, a saúde é considerada natural, como uma dádiva da natureza, cuja manutenção depende da vigilância e cuidado com os espíritos maus presentes na natureza. Por outro lado, a doença é o resultado da luta interna da natureza entre espíritos bons e maus, sendo sempre adquirida, provocada e merecida moralmente e espiritualmente, podendo ser contraída de duas maneiras: provocadas por pessoas (feitas) ou pela própria natureza (reação)<sup>36</sup>.

Partindo das respostas, observa-se não somente a concepção indígena sobre saúde, doença e suas causas, mas uma mistura de conceitos embutidos com as novas frentes expansionistas, ou seja, a saúde deixa de ser vista como algo estreitamente relacionado à natureza e sim ligada a novas enfermidades (trazidas pelos brancos), e causadas não somente por mitos, mas por situações reais, oriundas do contato com outros povos.

No âmbito da CASAI, é importante que os profissionais de saúde compreendam essas visões de mundo, pois se algum idoso apresenta algum tipo de restrição alimentar atrelada à sua crença, conseqüentemente reduzirá a ingesta alimentar. Caso acredite que sua doença foi causada por pessoas (feita), dificilmente acreditará na eficácia de um tratamento médico e de seus medicamentos, já que estas doenças só podem ser curadas por alguém que tenha ligação direta com um conhecedor das forças da natureza, nesse caso o Pajé.

### **Dimensões das estruturas social e cultural**

Em relação aos *fatores tecnológicos* foi referido por (87%) dos participantes a presença de elementos tais como aparelhos de som, fogão, televisão, geladeira. Tal configuração pode contribuir para as novas formas de conservação, preparação, consumo e escolha dos alimentos, seja pela influência midiática ou pelas limitações acompanhadas pelo processo de envelhecimento.

Com a globalização, as sociedades nativas sofrem com as mudanças advindas que apesar de ser um facilitador da vida humana os leva à dependência das tecnologias e de manufaturados<sup>2</sup>. No sistema alimentar funcionam como modificadores do padrão, pois com a

televisão e o rádio outros víveres são apresentados, em especial os industrializados, o fogão e a geladeira permitem a conservação de produtos congelados, que geralmente deixam de ser consumidos de forma defumada, com quantidades mínimas de condimentos para uso abusivo de sal e gorduras.

Um fator importante nessa configuração tecnológica é a presença midiática na vida da população indígena, que em qualquer cultura impulsiona a aquisição de alimentos atrativos, e ainda representam o poder econômico para compra de novos alimentos, geralmente menos saudáveis que os alimentos produzidos na própria aldeia.

O uso de equipamentos de transporte e auxílio para agricultura de subsistência foi referido por (77%) dos entrevistados, representado por motores de polpa para barco/canoa e ralador de mandioca. Outro ponto importante foi quanto ao uso de comunicação como radiofonia e telefone, porém somente (67%) possui formas de comunicação na comunidade.

A absorção de novas tecnologias teve importante efeito na vida das pessoas e do meio ambiente, como o uso de motores de popa que ampliou o raio de apropriação e exploração de influenciando diretamente a segurança alimentar<sup>2</sup>. No sentido de comunicação, esta é apresentada como uma realidade vivenciada, porém na CASAI não há radiofonia, telefone fixo ou orelhão disponível para comunicação com familiares, ou seja, a comunicação geralmente é limitada, criando uma barreira por longos meses entre o idoso e a procedência.

Na investigação sobre *fatores religiosos e filosóficos*, a religião mais referida foi a católica (50%), acompanhada do protestantismo (37%) e (10%) mantém a crença indígena tradicional. Desde a época da colonização inúmeras mudanças vêm ocorrendo em relação às crenças indígenas, partindo da introdução do catolicismo<sup>37</sup>, e conseguinte do protestantismo. Isso denota maior atenção quando ao aspecto espiritual que muitas vezes entra em conflitos sobre as crenças puramente indígenas e aquelas aprendidas por outras culturas.

Apesar das referências sobre pertencimento a religiões consideradas “de brancos”, grande parte dos idosos (80%) refere presença de um líder espiritual nas aldeias, o pajé, sendo este procurado por (63%) dos participantes do estudo. O pajé é considerado um profundo conhecedor dos segredos e das manifestações da natureza, atuando como intermediário entre o natural e o sobrenatural, possui o poder de curar doenças, como também pode provocar a doença ou a morte também em busca do equilíbrio<sup>36</sup>.

Cabe ressaltar que historicamente a religião tem influenciado as práticas alimentares, seja como forma de evitar o pecado ou como forma de purificação e aproximação de um ser

superior. Considerando que as religiões apresentam doutrinas distintas, pode entrar em contraste com crenças tradicionais atuantes na reconfiguração dos credos dos idosos.

Em relação aos *fatores de companheirismo e sociais*, (57%) dos idosos são casados e tiveram filhos. Na cultura indígena, é muito forte a ligação social entre parentescos e alianças<sup>37</sup>. Nesse sentido, é importante considerar que na condição de enfermidade e muitas vezes na suspeita de alguma doença incompreendida pelo ser idoso, a distância da família e de seus costumes é brutal do ponto de vista social e cultural, que infelizmente devido às barreiras de acesso à saúde esta é a única solução para “se buscar” os tratamentos de saúde.

Os *Fatores culturais e modos de vida* foram investigados no intuito de compreender especificamente o contexto alimentar tanto na comunidade quanto na CASAI, na investigação sobre restrição alimentar verificou-se que (57%) tem algum tipo de restrição. Comumente essa prática relaciona-se diretamente à convivência entre os seres, como citado no exemplo: “Não se pode comer carne crua, pois esta ação pode provocar uma doença que tem a ver com problemas no estômago, o que é interpretado como crescimento de algum bicho no interior do indivíduo a partir de ingestão de carne crua”<sup>36</sup>.

A restrição alimentar é um dos pontos mais importantes de observação pela enfermagem, pois se os alimentos oferecidos são considerados impróprios e não há a comunicação entre quem cuida e quem é cuidado, o resultado negativo irá refletir irremediavelmente na saúde e na relação entre ambos.

Quanto ao modo de alimentar-se na aldeia, (40%) referiram realizar 3 refeições diárias, (27%) mais de 4, (20%) 2, (10%) 1 e (3%) não responderam. Quanto ao período, (53%) referiram realizar as refeições no café, almoço e jantar, (30%) no café, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde, jantar e ceia e (17%) somente o almoço. Em relação a esses achados, um estudo de base antropológica discute a alimentação indígena muitas vezes considerada invisível, ou seja, à primeira vista não se enxerga, pois ela se dá comumente nas roças no meio da floresta também invisíveis aos olhos do branco<sup>1</sup>.

O presente estudo utilizou os horários de refeição utilizando como parâmetro os períodos referidos pelos participantes, já que esses horários não seguem uma rotina estabelecida. Autores descrevem que os autóctones não se sentam à mesa para comer num determinado momento, as reuniões em família ocorrem quando todos retornam de suas atividades geralmente no fim do dia, e no decorrer do dia comem quando sentem fome<sup>1</sup>.

Portanto, apesar da maioria dos idosos referirem se alimentar 3 vezes ao dia, provavelmente não tenha sido considerado tudo aquilo que se come diariamente, pois estudos etnográficos em uma região amazônica narram que: “As pessoas comem durante o dia aquilo que encontram na roça ou no mato (tubérculos, frutas) e bebem chibé (água com farinha) em uma cuia, do mesmo jeito que o mingau”<sup>1</sup>.

Quando perguntados sobre com quem se alimentam na aldeia, (70%) informaram que se alimentam com a família, (17%) com amigos e (13%) sozinhos. Quanto aos alimentos preferidos, os mais citados foram: peixes, frango e carnes de caça. Ressalta-se que, é comum o compartilhamento das refeições na casa comunitária diariamente, nos fins de semana ou nas festas<sup>1</sup>, que advindo para uma realidade de institucionalização, isso altera um padrão de alimentar-se, ao vivenciar esse momento com pessoas desconhecidas e em horários preestabelecidos.

Para compreender a aceitação alimentar na CaSAI é necessário conhecer como se dá a alimentação na aldeia, pois as mudanças de horário, quantidade e tipo de alimentos pode ser um fator de interferência no padrão alimentar.

No período de internação na CASAI, (77%) refere alimentar-se mais de 4 vezes ao dia, (13%) 3, (7%) 2 e (3%) 1 vez ao dia, periodicidade diferente em relação ao local de origem. Do total, (84%) realizam as refeições no café, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde, jantar e ceia, (13%) no café, almoço e jantar e (13%) somente o almoço.

Quando perguntados sobre a satisfação a respeito da alimentação oferecida na CASAI, (63%) referiu que gosta e (37%) não gosta da comida. Perguntados se informavam à equipe de enfermagem caso não aceitassem a dieta, (27%) disseram que sim e (73%) que não. Sobre o apetite após internação, (40%) proferiram que se manteve (30%) que diminuiu e (30%) que aumentou.

Como maioria dos idosos não informa à equipe de enfermagem quando não aceitam a dieta, observa-se um sério problema do acompanhamento alimentar, já que a comunicação, ponto fundamental para melhoria está comprometida.

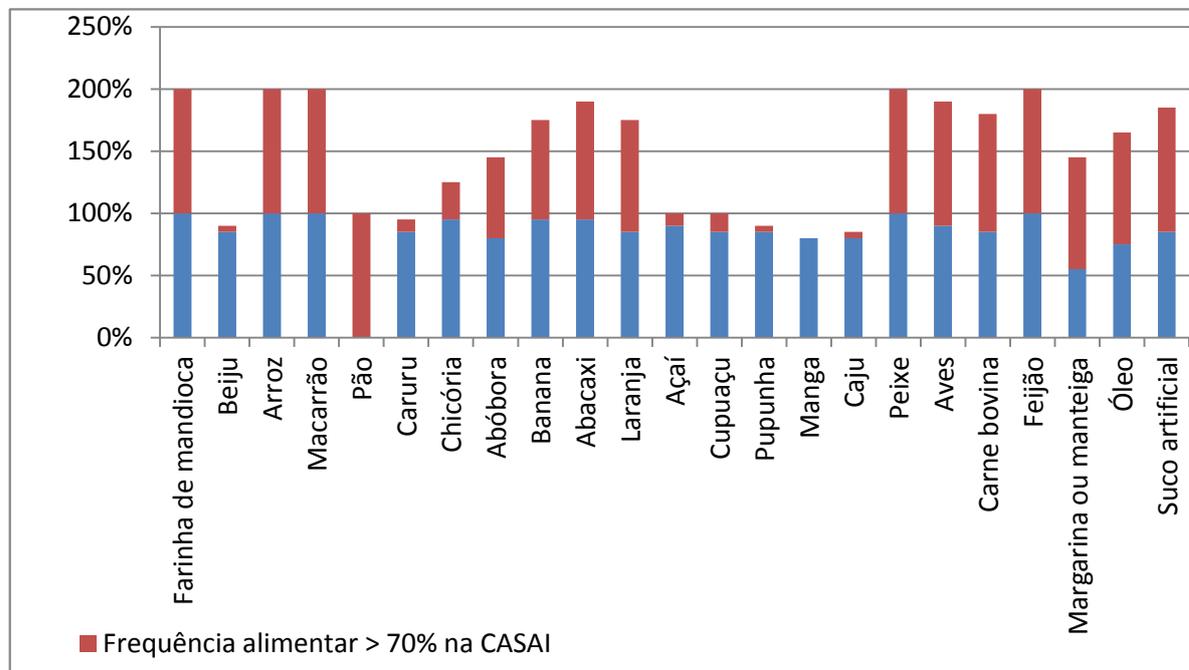
A satisfação e aceitação alimentar é um importante fator para a recuperação da saúde dos idosos. Um estudo qualitativo com idosos institucionalizados na Suécia acerca da vontade de comer demonstrou que isso estar associado a condições que afetam o seu apetite e consequentemente seu estado nutricional, citando seis categorias que afetam o apetite: humor, valores pessoais, salubridade, alimentação, ambiente e comunhão nas refeições<sup>38</sup>.

Quanto à resposta dos idosos nesta pesquisa, o fato de a maioria referir que gosta da comida não pode ser considerado um perfeito contentamento, já que o contexto final da alimentação não se limita ao alimento em si. No estudo referido com idosos suecos, a refeição apresenta como o principal ponto a comunhão, considerando que os hábitos e rituais fazem parte de sua personalidade e quando alterados causa um desequilíbrio de adaptação em suas vidas<sup>38</sup>.

Outro estudo realizado com idosos chineses sobre o contexto alimentar em uma Instituição americana mostrou que durante as refeições não havia sociabilidade, e um dos pontos estava ligado a hábitos alimentares diferentes. Partindo dessa observação, os autores sugerem que para o atendimento de enfermagem no aspecto nutricional é importante que desde a admissão dos pacientes se conheçam as preferências alimentares e haja maior interação interdisciplinar na adequação das dietas<sup>39</sup>.

A frequência de consumo alimentar foi investigada no intuito de compreender as similaridades dos produtos e da aceitação, associadas ao padrão cultural específico da cultura indígena, conforme descrição na Figura 3.

**Figura 3. Padrão alimentar de idosos indígenas segundo a frequência de consumo. Manaus, 2013.**



Na avaliação dos alimentos consumidos por mais de 70% dos idosos, observou-se similaridade nos tipos de produtos tanto na CASAI quanto da aldeia, majoritariamente industrializados, principalmente no grupo de cereais, massas e carnes.

Por outro lado, na CASAI o consumo de frutas mostra-se significativamente inferior em relação à aldeia, elevado na classe de óleos e gorduras e no grupo de doces, representado pelo suco em pó (nos 2 ambientes).

Para compreensão dos *fatores políticos e legais* inquiriu-se a presença de funções de liderança exercidas pelos idosos na aldeia, identificando (15%) pajé, (10%) de parteiras e (7%) capitão da comunidade. Essas funções representam o papel do idoso na aldeia, sua representação para o seu povo, considerando que a alimentação está ligada a preferências culturais experimentadas e passada de geração em geração por seus líderes, e também ligada aos conhecimentos e indicações repassadas pelos pajés<sup>2</sup>.

Quanto aos *fatores econômicos* (80%) são aposentados, (20%) não aposentados. Quanto à renda (53%) recebem de 1 a 2 salários mínimos, (33%) < que 1 salário mínimo, (10%) sem renda e (4%) não responde. Em relação à contribuição, (40%) contribuem totalmente para o sustento familiar, (27%) em parte, (13%) não contribui, (20%) não responde.

Do total, (67%) praticam agricultura de subsistência para auxiliar no sustento. Nessa configuração econômica, dependendo do grau de contato e sua absorção, os recursos passam a ser utilizados para autossuficiência alimentar e aquisição de bens de consumo manufaturados<sup>1</sup>.

Contudo, deve-se ressaltar que geralmente as aldeias indígenas ficam distantes de centros comerciais, ou seja, a utilização de recursos financeiros além de não suprir as necessidades individuais e coletivas corrobora para o aumento da dependência de um mercado muito superior ao que se pode comprar, já que há a participação financeira para o sustento de maioria dos idosos.

Ao avaliar os *fatores educacionais*, (50%) dos idosos nunca estudou, e dos (50%) que estudaram, (87%) frequentou até 4 anos de estudo, (7%) até 8 anos, (6%) não responde. Tais dados relacionam-se ao fato no qual a educação escolar era unicamente uma forma de aculturação, o que causava repulsa à escolarização, além de esmagar línguas, ignorar conhecimentos, perseguir e proibir culturas e tradições<sup>36</sup>.

No *Contexto de língua e ambiente*, (90%) falam a língua materna indígena, dos quais (80%) fala português e (20%) somente língua indígena. Estima-se que em 1.500 havia 1.200 a 1.500 línguas indígenas e, atualmente existem em média 180 das quais muitas estão

ameaçadas, seja por substituição à línguas majoritárias, redução dos membros ou a adoção pelo português<sup>36</sup>.

A língua é um dos importantes fatores de pertencimento étnico, apesar de muitos idosos falarem a língua portuguesa, não significa que a compreensão por parte dos profissionais seja facilmente estabelecida, por ser uma condição imposta desde os tempos coloniais, e não é um progresso, mas sim um aniquilamento de importantes valores culturais.

### **Implicações para Enfermagem no aspecto alimentar e nutricional**

No âmbito do cuidado ao idoso é imprescindível à interação entre quem cuida e quem é cuidado, visando à compreensão e conhecimento sobre a sua maneira de viver, inclusive de seus familiares e/ou indivíduos envolvidos neste processo. Este direcionamento é baseado pela multiplicidade dos princípios culturais, defendendo-os como as muitas dimensões da vivência do idoso, incluindo o seu meio de convívio, o que viabiliza um melhor desenvolvimento do cuidar em enfermagem<sup>40</sup>.

Considerando o modelo de atenção à saúde na CASAI, a enfermagem é a equipe de saúde responsável pelos pacientes nas 24 horas, porém a organização estrutural do serviço nem sempre permite maior interação entre profissionais e pacientes. O serviço de nutrição conta com apenas um profissional para atendimento de um quantitativo elevado de pessoas, o que poderia dificultar o acompanhamento adequado.

Frentes às particularidades da alimentação é importante que a enfermeira identifique as causas de baixa aceitação e que este ponto faça parte de seu planejamento de enfermagem<sup>38</sup>. Tendo em vista as alterações no padrão alimentar e nutricional é necessário melhor acompanhamento das possíveis causas e que as práticas de cuidado sejam reavaliadas.

Os resultados permeados pela teoria de Leininger, onde o foco é o paciente, demonstram que a valorização do conhecimento e da compreensão da cultura dos idosos é essencial para os modelos de cuidado<sup>27</sup>. Dessa forma, é importante que o foco esteja voltado para a prática da competência cultural, que implica na resposta efetiva por parte das organizações de saúde em responder às necessidades culturais trazidas pelos pacientes em relação ao seu cuidado de saúde<sup>4</sup>.

Na competência cultural, as dimensões estão direcionadas em aumentar a sensibilidade dos profissionais quanto à cultura de um povo, melhorar o acesso aos cuidados de saúde e reduzir as barreiras organizacionais<sup>4</sup>. Assim tanto a visão de mundo quanto cada fator

relacionado à alimentação e saúde é ponto de análise seja para organização do processo de enfermagem ou mesmo para mudanças comportamentais muitas vezes focalizadas no modelo biomédico.

## **CONCLUSÕES**

O padrão alimentar de idosos está intimamente arraigado à sua cultura, paralelamente observa-se que os hábitos alimentares vêm sofrendo influências com o processo de globalização, seja pelo tipo de alimentos consumidos e aspectos sociais e culturais que permeiam o ato de alimentar-se.

No contexto da saúde, quatro pontos merecem a atenção especial: a presença de doenças crônicas como hipertensão e diabetes, o alto consumo de gorduras e açúcares representado por suco em pó artificial, a diminuição do apetite após internação e o quadro de desnutrição apresentado por maioria dos idosos.

Analisando esses fatores, observam-se importantes agravos à saúde destes idosos, já que a presença de enfermidades já havia sido instalada, assim como os hábitos alimentares já adquiridos anteriormente à internação.

Este estudo poderá subsidiar direcionamento sobre a alimentação na CASAI no aspecto cultural, assim como acompanhar e melhorar o quadro de desnutrição, porém, estudos longitudinais de base populacional e etnográficos são essenciais diretamente nas aldeias para que a promoção da saúde no âmbito da nutrição seja efetiva na promoção de agravos à saúde, já que desde a chegada das frentes de expansão os prejuízos aumentam drasticamente.

Reconhecer o contexto cultural da alimentação do idoso indígena traz uma importante fonte para entendimento da enfermagem transcultural, na premissa de que nenhum cuidado pode ser satisfatório se não respeitar as diferenças culturais. É importante destacar as limitações do estudo acerca do número reduzido de participantes e do tipo de análise, sugere-se que novos estudos sejam realizados com amostras maiores, análises estatísticas comparativas e de associação.

## REFERÊNCIAS\*

1. Katz E. Alimentação indígena na América Latina: comida invisível, comida de pobres ou patrimônio culinário? Espaço Ameríndio. 2009 [citado em 01 jan 2013]; 3(1): 25-41. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/EspacoAmerindio/article/view/8319>. Acesso em: 01/01/2013.
2. Salgado CAB. Segurança alimentar e nutricional em terras indígenas. Revista de Estudos e Pesquisas, FUNAI, Brasília, 2007 [citado em 01 jan 2013]; 4(1): 131-86. Disponível em: [http://www.funai.gov.br/projetos/Plano\\_editorial/Pdf/REP41/04Carlos\\_Antonio\\_Bezerra\\_Salgado-Seguranca\\_alimentar\\_e\\_nutricional\\_em\\_terras\\_indigenas.pdf](http://www.funai.gov.br/projetos/Plano_editorial/Pdf/REP41/04Carlos_Antonio_Bezerra_Salgado-Seguranca_alimentar_e_nutricional_em_terras_indigenas.pdf)
3. Silveira EAS, Souza Lopes AC, Caiaffa WT. Avaliação do Estado Nutricional de Idosos. In: Kac G, Sichieri R, Gigante DP (Orgs.). Epidemiologia Nutricional. Rio de Janeiro: Fiocruz/Atheneu; 2007.
4. Helman CG. Cultura, Saúde e Doença. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
5. Oriá MOB, Ximenes LB, Alves MDS. Madeleine Leininger and the Theory of the Cultural Care Diversity and Universality: an Historical Overview. Online Braz J Nurs (OBJN-ISSN 1676-4285). 2005 [citado em 10 mai 2011]; 4(2) Disponível em: [www.uff.br/nepae/objn402oriaetal.htm](http://www.uff.br/nepae/objn402oriaetal.htm)
6. Núcleo de Pesquisas em Informática, Literatura e Linguística NUPILL. A Carta, de Pero Vaz de Caminha Edição de base: Carta a El Rei D. Manuel. [citado em 01 jan 2013] Dominus: São Paulo; 1963. Disponível em: <http://www.culturabrasil.org/zip/carta.pdf>
7. Leite MS, Santos RV, Gugelmin AS, Coimbra Jr. CEA. Crescimento físico e perfil nutricional da população indígena Xavante de Sangradouro – Volta Grande, Mato Grosso, Brasil. Cad. saúde pública. 2006 [citado em 05 out 2011]; 22 (2): 265-76. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n2/04.pdf>
8. Mondini L, Rodrigues DA, Gimeno SGA, Baruzzi RG. Estado nutricional e níveis de hemoglobina em crianças Aruak e Karibe: povos indígenas do Alto Xingu, Brasil Central, 2001-2002. Rev. bras. epidemiol. 2009 [citado em 03 nov 2011]; 12(3): 469-77. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-90X2009000300015&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-90X2009000300015&lng=pt). <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2009000300015>
9. Mondini L, Canó EN, Fagundes U, Lima EES, Rodrigues D, Baruzzi RG. Condições de nutrição em crianças Kamaiurá: povo indígena do Alto Xingu, Brasil Central. Rev. bras.

- epidemiol. 2007 [citado em 03 nov 2011]; 10(1): 39-47. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415790X2007000100005&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X2007000100005&lng=en).  
<http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2007000100005>
10. 32 Orellana JDY, Coimbra Jr Carlos EA, Lourenço AEP, Santos RV. Estado nutricional e anemia em crianças Suruí, Amazônia, Brasil. J. Pediatr. 2006 [citado em 03 nov 2011]; 82(5): 383-88. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S002175572006000600013&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S002175572006000600013&lng=en).  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572006000600013>
11. 33 Menegolla IA, Drachler ML, Rodrigues IH, Schwingel LR, Scapinello E, Pedroso M B, et al . Estado nutricional e fatores associados à estatura de crianças da Terra Indígena Guarita, Sul do Brasil. Cad. saúde pública . 2006 [citado em 04 nov 2011]; 22(2): 395-406. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006000200017&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000200017&lng=pt). <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000200017>
12. Picoli RP, Carandina L, Ribas DLB. Saúde materno-infantil e nutrição de crianças Kaiowa e Gaurani, Área indígena de Caarapo, Mato Grosso do Sul, Brasil. Cad. saúde pública. 2006 [citado em 05 out 2011] (1): 223-27. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n1/25.pdf>
13. Salvo VLMA, Rodrigues D, Baruzzi RG, Pagliaro H, Gimeno SGA. Perfil metabólico e antropométrico dos Suyá: Parque Indígena do Xingu, Brasil Central. Rev. bras. epidemiol. 2009 [citado em 03 nov 2011]; 12(3): 458-68. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2009000300014&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2009000300014&lng=pt). <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2009000300014>
14. Capelli JCS, Koifman S. Avaliação do estado nutricional da comunidade indígena Parkatêjê, Bom Jesus do Tocantins, Pará, Brasil. Cad. saúde pública. 2001 [citado em 08 fev 2013]; 17(2): 433-37. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2001000200018&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2001000200018&lng=en).  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2001000200018>
15. Gugelmin AS, Santos RV. Uso do índice de massa corporal na avaliação do estado nutricional de adultos indígenas Xavante, Terra indígena Sangradouro-Volta Grande, Mato Grosso, Brasil. Cad. saúde pública. 2008 [citado em 05 out 2011]; 22 (9): 1865-72. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n9/10.pdf>

16. Sampei MA, Canó EN, Fagundes U, Lima EES, Rodrigues D, Sigulem DM, et al . Avaliação antropométrica de adolescentes Kamayurá, povo indígena do Alto Xingu, Brasil Central (2000-2001). *Cad. saúde pública*. 2007 [citado em 03 nov 2011]; 23(6): 1443-53. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007000600019&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000600019&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000600019>
17. Gimeno SGA, Rodrigues D, Pagliaro H, Cano EN, Lima EES, Baruzzi RG. Perfil metabólico e antropométrico de índios Aruák: Mehináku, Waurá e Yawalapití, Alto Xingu, Brasil Central, 2000/2002. *Cad. saúde pública*. 2007 [citado em 04 nov 2011]; 23(8): 1946-54. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007000800021&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000800021&lng=pt). <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000800021>
18. Restrepo SLM, Morales RMG, Ramírez MCG, López MVL, Varela LEL. Los hábitos alimentarios en el adulto mayor y su relación con los procesos protectores y deteriorantes en salud. *Rev Chil Nutr*. 2006 [citado em 2011 nov 30]; 33(3):500-10. Disponível em: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S071775182006000500006&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071775182006000500006&lng=es) >. doi:10.4067/S0717-75182006000500006.
19. Nyaruhucha CN, Msuya JM, Matrida E. Nutritional status, food habits and functional abilities of the institutionalized and non-institutionalised elderly people in Morogoro Region, Tanzania. *East Afr Med J*. 2004; 81 (5):248-53.
20. Chaves N. Alimentação e sociedade; A inter-relação dos aspectos antropológicos, culturais e sociais com a nutrição. Costa MCMA, Lago ES (Org.) Recife: CEPE; 2009.
21. Carvalho VL, Pereira EM. Educação e qualidade de vida das pessoas aposentadas sob a ótica da enfermagem transcultural. *Texto & contexto enferm*. 1999; 8(3):111-27.
22. Hammerschmidt KSA, Zagonel IPS, Lenardt MH. Envolvimentos da teoria do cuidado cultural na sustentabilidade do cuidado gerontológico. *Acta paul. enferm*. 2007 [citado em 18 jul 2011]; 20(3): 362-67. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-1002007000300020&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-1002007000300020&lng=en). doi: 10.1590/S0103-21002007000300020
23. Leuning CJ, Small LF, Van Dyk A. Meanings and expressions of care and caring for elders in urban Namibian families: a transcultural nursing study. *Curationis*. 2000; 23(3):71-80.

24. Portella MR. Cuidar para um envelhecer saudável : a construção de um processo educativo com mulheres rurais / Caring for a health aging: the construction of an educational process with rural women. *Rev. bras. enferm.* 1999; 52(3):355-364.
25. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome (Brasil). Política Nacional do Idoso. Lei nº 8.842, de janeiro de 1994. Brasília: 1ª edição, reimpresso em maio de 2010; [citado em 05 mai 2011]. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/gestaodainformacao/biblioteca/secretaria-nacional-de-assistencia-social-snas/cadernos/politica-nacional-do-idoso/politica-nacional-do-idoso>
26. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria MS nº 1776, de 08 de setembro de 2003. Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde; 2003. 40 p. [acesso em 10 jun 2011]. Disponível em: <http://www.indigena.caop.mp.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=30>
27. George JB et al. Teorias de Enfermagem: os fundamentos à prática profissional. 4. Ed. Porto Alegre: Artmed ; 2000.
28. Najas MS, Andrezza R, Souza ALM, Sachs A, Guedes ACB, Sampaio LR, et al . Padrão alimentar de idosos de diferentes estratos socioeconômicos residentes em localidade urbana da região sudeste, Brasil. *Rev Saúde Pública.* 1994 [citado em 2011 nov 30]; 28(3):187-91. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003489101994000300004&lng=p](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489101994000300004&lng=p) >. doi: 10.1590/S0034-89101994000300004.
29. Philippi ST, Latterza AR, Cruz ATR, Ribeiro LC. Pirâmide alimentar adaptada: guia para escolha dos alimentos. *Rev. Nutr., Campinas,* 12(1): 65-80, jan./abr., 1999
30. Cornatosky MA, Barrionuevo OT, Rodríguez NL, Zeballos JM. Hábitos alimentarios de adultos mayores de dos regiones de la Provincia de Catamarca, Argentina. *Diaeta.* 2009 [citado em 01 dez 2011]; 27(129):11-7. Disponível em: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S185273372009000400003&lng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S185273372009000400003&lng=es).
31. Andrade FB, Caldas AF Junior, Kitoko PM, Zandonade E. The relationship between nutrient intake, dental status and family cohesion among older Brazilians. *Cad Saúde Pública.* 2011 [citado em 30 nov 2011]; 27(1):113-22. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010211X2011000100012&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010211X2011000100012&lng=en) >. doi: 10.1590/S0102-311X2011000100012.

32. Nyaruhucha CN, Msuya JM, Matrida E. Nutritional status, food habits and functional abilities of the institutionalized and non-institutionalised elderly people in Morogoro Region, Tanzania. *East Afr Med J.* 2004; 81 (5):248-53.
33. Lin H, Bermudez OI, Tucker KL. Dietary patterns of Hispanic elders are associated with acculturation and obesity. *J Nutr.* 2003; 133 (11):3651-7.
34. Cervi A, Franceschini SCC, Priore SE. Análise crítica do uso do índice de massa corporal para idosos. *Rev. Nutr., Campinas.* 2005; 18(6). Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141552732005000600007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141552732005000600007&lng=en&nrm=iso)>. access on 05 Feb. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732005000600007>
35. Marucci MFN. Alimentação e hidratação: cuidados específicos e sua relação com o contexto familiar. In: Duarte YAO, Diogo MJD, organizadores. *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico.* São Paulo: Atheneu; 2000.
36. Luciano G. O índio brasileiro: o que você precisa saber sobre os povos indígenas no Brasil de hoje. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade; LACED/ Museu Nacional, 2006.
37. Soares OE. *Ações em Saúde Amazônica: o modelo do Alto Rio Negro.* Federação das Organizações Indígenas do Alto Rio Negro. São Gabriel da Cachoeira-Amazonas; 2008.
38. Wikby K, Fagerskiold A. The willingness to eat. An investigation of appetite among elderly people. *Scand J Caring Sci.* 2004;18 (2):120-7.
39. Wu S, Barker JC. Hot tea and juk: the institutional meaning of food for Chinese elders in American nursing home. *J Gerontol Nurs.* 2008; 34(11):46-54.
40. Souza JR, Zagonel IPS, Maftum MA. O cuidado de enfermagem ao idoso: uma reflexão segundo a teoria transcultural de Leininger. *Rev. RENE.* [internet]. 2007 [acesso 10 mai 2011]; 8(3): 117-25. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/680>

*\*Referências organizadas de acordo com as normas da Revista de Enfermagem da UERJ*

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Avaliar o contexto alimentar do idoso indígena não representa tarefa fácil, pois a cultura que permeia esse sistema é peculiar e especial nas formas de enxergar o mundo e sua relação com o corpo e a manutenção do equilíbrio físico e espiritual.

Todavia, promover, manter ou recuperar a saúde de indivíduos fora de seu ambiente de moradia requer sensibilidade e uma visão holística em cada etapa de planejamento do cuidado, considerando as firmes raízes de formação e práticas assistenciais oriundas do modelo biomédico.

Partindo dos resultados deste estudo, observa-se a urgência na implementação de políticas no âmbito da nutrição e saúde, pois apesar da alimentação ser permeada pela cultura tradicional, a mudança de hábitos emerge para a ascensão progressiva de doenças relacionadas à transição nutricional.

Considerando os agravos à saúde dos idosos associadas aos hábitos alimentares, a prática de educação em saúde emergida do reconhecimento do contexto cultural pode servir de âncora na promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas e metabólicas, antes inexistentes para esta população.

Neste momento trazemos a reflexão sobre a importância deste trabalho, sobre o porquê de estudarmos a alimentação e cuidados de enfermagem?

A Enfermagem, desde a atenção primária atua de maneira muito próxima às pessoas, ou seja, se não nos preocuparmos com aspectos considerados fundamentais para a sobrevivência humana como nos preocuparemos com as técnicas específicas da profissão?

Portanto, seja na comunidade ou nas Instituições de Saúde, identificar os valores culturais nos permite melhorar a assistência prestada e o próprio reconhecimento por parte de quem a recebe, quebrando barreiras, preconceitos e uma maior interação entre seres humanos independente das diferenças.

Assim, como resultado deste trabalho construiu-se um material informativo acerca dos principais achados em relação aos fatores que permeiam a alimentação indígena na terceira idade, além de fornecer subsídios à prática da enfermagem em nutrição.

Este material não objetiva esgotar nem limitar os conhecimentos acerca do contexto alimentar do idoso indígena, mas apresentar um primeiro passo para se ponderar acerca da importância que a cultura exerce sobre as práticas de cuidado de enfermagem e de saúde, e

que a falta de reconhecimento das particularidades do indivíduo podem conflitar as relações de quem cuida e de quem é cuidado.

Partindo dos pressupostos da Teoria de Leininger, quando toda a prática deve partir do reconhecimento da realidade cultural das pessoas, enfatizamos que nenhuma prática, mesmo utilizando-se do mais alto conhecimento científico, se não respeitar as diferenças inerentes ao ser cuidado estarão comprometidas e pouco eficientes.

Logo, todos os pontos apresentados foi no intuito de compreender, refletir e utilizar como base para melhoria dos cuidados prestados à população idosa indígena, e que este possa contribuir para reflexão sobre a importância que um cuidado culturalmente competente pode exercer sobre a vida e o processo saúde e doença dos indivíduos independente da origem cultural.

## REFERÊNCIAS\*

- 1 Ministério da Saúde (Brasil). Manual de Enfermagem. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
  
- 2 United Nations. World Population Ageing 2009. Department of Economic and Social Affairs [internet]. New York, 2009. [acesso em 18 fev 2013]. Disponível em: [http://www.un.org/esa/population/publications/WPA2009/WPA2009\\_WorkingPaper.pdf](http://www.un.org/esa/population/publications/WPA2009/WPA2009_WorkingPaper.pdf)
  
- 3 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE (Brasil). Indicadores Sociais e Municipais: Uma Análise dos Resultados do Universo do Censo Demográfico 2010. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais, Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica número 28. [internet]. Rio de Janeiro; 2011 [acesso em 20 fev 2013]. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/indicadores\\_sociais\\_municipais/indicadores\\_sociais\\_municipais.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/indicadores_sociais_municipais/indicadores_sociais_municipais.pdf)
  
- 4 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE (Brasil). Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período 1980-2050 - Revisão 2008. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica [internet]. Rio de Janeiro; 2008 [acesso em 18 fev 2013]. Disponível em: [ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas\\_Projecoes\\_Populacao/Revisao\\_2008\\_Projecoes\\_1980\\_2050/Revisao\\_2008\\_Projecoes\\_1980\\_2050/](ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_Projecoes_Populacao/Revisao_2008_Projecoes_1980_2050/Revisao_2008_Projecoes_1980_2050/)
  
- 5 Ministério da Saúde (Brasil). Portaria n° 2528 de 19 de Outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa [internet]. Brasília; 2008 [acesso em 05 mai 2011]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>
  
- 6 Travassos C, Castro MSM. Determinantes e Desigualdades Sociais no Acesso e na Utilização de Serviços de Saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Costa Lobato LV, Noronha JC, Carvalho AI (Orgs). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. p. 219-21.
  
- 7 Marucci MFN. Alimentação e hidratação: cuidados específicos e sua relação com o contexto familiar. In: Duarte YAO, Diogo MJD, organizadores. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 223-35.

8 Coimbra Jr. CEA , Santos RV . Perfil Epidemiológico da População Indígena no Brasil: Considerações gerais. In: Perfil Epidemiológico da População Brasileira, Goldbaum M (org.), Escola Nacional de Saúde Pública- Departamento de Endemias S. Pessoa. Universidade Federal de Rondônia. Centro de Estudos em Saúde do Índio de Rondônia [internet]. Porto Velho; 2001 [acesso em 05 mai 2011] Disponível em: <http://www.cesir.unir.br/pdfs/doc3.pdf>

9 Capelli JCS, Koifman S. Avaliação do estado nutricional da comunidade indígena Parkatêjê, Bom Jesus do Tocantins, Pará, Brasil. Cad. saúde pública [internet]. 2001 [acesso em 08 fev 2013]; 17(2): 433-37. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2001000200018&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2001000200018&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2001000200018>

10 Pereira ALF. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. Cad. saúde pública [internet]. 2003 [acesso em 10 mai 2011]; 19 (5):1527-534. Disponível em: [//www.scielo.br/scielo.php?script=pid=S0102-311X2003000500031sci\\_arttext&DOI 10.1590/S0102-311X2003000500031](http://www.scielo.br/scielo.php?script=pid=S0102-311X2003000500031sci_arttext&DOI%2010.1590/S0102-311X2003000500031)

11 Oriá MOB, Ximenes LB, Alves MDS. Madeleine Leininger and the Theory of the Cultural Care Diversity and Universality: an Historical Overview. Online Braz J Nurs (OBJN-ISSN 1676-4285) [internet]. 2005 [acesso em 10 mai 2011]; 4(2) Disponível em: [www.uff.br/nepae/objn402oriaetal.htm](http://www.uff.br/nepae/objn402oriaetal.htm)

12 Souza JR, Zagonel IPS, Maftum MA. O cuidado de enfermagem ao idoso: uma reflexão segundo a teoria transcultural de Leininger. Rev. RENE. [internet]. 2007 [acesso 10 mai 2011]; 8(3): 117-25. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/680>

13 Alvim NAT, Ferreira MA. Perspectiva problematizadora da educação popular em saúde e a enfermagem. Texto & contexto enferm. [Internet]. 2007 [acesso 12 out 2011] ; 16(2): 315-19. Disponível em: [//www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072007000200015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000200015) DOI 10.1590/S0104-07072007000200015

14 Turrini R N T. Percepção das enfermeiras sobre fatores de risco para a infecção hospitalar. Rev. Esc. Enferm. USP. [internet]. 2000 [acesso em 25 out 2011]; 34(2): 174-84. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S00802342000000200007&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00802342000000200007&lng=pt). <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342000000200007>

15 Nakamura NA, Bello KMAS. Avaliando e Cuidando de Aspectos Relacionados com a Alimentação. In: Duarte YAO, Diogo MJD, organizadores. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 223-35.

16 Santos RV, Cardoso AM, Garnelo L, Coimbra Jr CEA, Chaves MBG. Saúde dos Povos Indígenas e Políticas Públicas no Brasil. In: Giovanella L, Escorel S, Costa Lobato LV, Noronha JC, Carvalho AI. Organizadores. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.p. 1040-1043.

17 Luciano GS. O Índio Brasileiro: o que você precisa saber sobre os povos indígenas no Brasil de hoje. Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade; LACED/ Museu Nacional. Brasília; 2006.

18 Ministério da Justiça (Brasil). Fundação Nacional do Índio – FUNAI. Povos Indígenas [internet]. Brasília; 2012 [acesso em 20 out 2011]. Disponível em: <http://www.funai.gov.br/>

19 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE (Brasil). Importância dos censos nacionais no conhecimento da demografia e da saúde dos indígenas no Brasil [internet]. 2009 [acesso em 09 mai 2011]. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic\\_sociosaude/2009/com\\_import.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/com_import.pdf)

20 Instituto Brasileiro de geografia e Estatística-IBGE (Brasil). Indígenas. Pirâmide etária [internet]. 2010 [acesso em 04 jan 2013]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/indigenas/piramide.html>.

21 Ministério da Saúde (Brasil). Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas [internet] Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde; 2002 [acesso em 05 mai 2011]. Disponível em: [http://www.funasa.gov.br/internet/Bibli\\_saudeInd.asp](http://www.funasa.gov.br/internet/Bibli_saudeInd.asp)

22 Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome (Brasil). Política Nacional do Idoso. Lei nº 8.842, de janeiro de 1994 [internet]. Brasília: 1ª edição, reimpresso em maio de 2010; [acesso em 05 mai 2011]. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/gestaodainformacao/biblioteca/secretaria-nacional-de-assistencia-social-snas/cadernos/politica-nacional-do-idoso/politica-nacional-do-idoso>

23 Brasil. Ministério da Saúde. Medicina Tradicional Fulni-ô – Nossa Natureza Sagrada. Associação Mista Cacique Procópio Sarapó & Área de Medicina Tradicional Indígena, Projeto Vigisus II/ FUNASA. Brasília; 2008.

24 Coimbra Jr CEA, Et al. The Xavante in transition: health, ecology and bioanthropology in Central Brasil. Ann Arbor: University of Michigan Press; 2002.

- 25 Escobar AL, Santos RV, Coimbra Jr CEA. Avaliação nutricional de crianças indígenas Pakaanova (Wari), Rondônia, Brasil. *Rev. bras. saúde matern. Infant* [internet]. 2003 [acesso em 05 out 2011]; 3 (4): 452-61. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v3n4/18890.pdf>
- 26 Ribas DLB, Sganzerla A, Zorzatto JR, Philippi ST. Nutrição e saúde infantil em uma comunidade indígena Terena, Mato Grosso do Sul, Brasil. *Cad. saúde pública* [internet]. 2001 [acesso em 05 out 2011]; 17 (2): 323-31. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v17n2/4177.pdf>
- 27 Picoli RP, Carandina L, Ribas DLB. Saúde materno-infantil e nutrição de crianças Kaiowa e Gaurani, Área indígena de Caarapo, Mato Grosso do Sul, Brasil. *Cad. saúde pública* [internet]. 2006 [acesso em 05 out 2011] (1): 223-27. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n1/25.pdf>
- 28 Leite MS, Santos RV, Gugelmin AS, Coimbra Jr. CEA. Crescimento físico e perfil nutricional da população indígena Xavante de Sangradouro – Volta Grande, Mato Grosso, Brasil. *Cad. saúde pública* [internet] 2006 [acesso em 05 out 2011]; 22 (2): 265-76. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n2/04.pdf>
- 29 Gugelmin AS, Santos RV. Uso do índice de massa corporal na avaliação do estado nutricional de adultos indígenas Xavante, Terra indígena Sangradouro-Volta Grande, Mato Grosso, Brasil. *Cad. saúde pública* [internet] 2008 [acesso em 05 out 2011]; 22 (9): 1865-72. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n9/10.pdf>
- 30 Mondini L, Rodrigues DA, Gimeno SGA, Baruzzi RG. Estado nutricional e níveis de hemoglobina em crianças Aruak e Karibe: povos indígenas do Alto Xingu, Brasil Central, 2001-2002. *Rev. bras. epidemiol.* [internet]. 2009 [acesso em 03 nov 2011]; 12(3): 469-77. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-90X2009000300015&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-90X2009000300015&lng=pt). <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2009000300015>
- 31 Mondini L, Canó EN, Fagundes U, Lima EES, Rodrigues D, Baruzzi RG. Condições de nutrição em crianças Kamaiurá: povo indígena do Alto Xingu, Brasil Central. *Rev. bras. epidemiol.* [internet]. 2007 [acesso em 03 nov 2011]; 10(1): 39-47. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415790X2007000100005&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X2007000100005&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2007000100005>
- 32 Orellana JDY, Coimbra Jr Carlos EA, Lourenço AEP, Santos RV. Estado nutricional e anemia em crianças Suruí, Amazônia, Brasil. *J. Pediatr.* [internet]. 2006 [acesso em 03 nov 2011]; 82(5): 383-88. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S002175572006000600013&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S002175572006000600013&lng=en).  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572006000600013>

33 Menegolla IA, Drachler ML, Rodrigues IH, Schwingel LR, Scapinello E, Pedroso M B, et al . Estado nutricional e fatores associados à estatura de crianças da Terra Indígena Guarita, Sul do Brasil. *Cad. saúde pública* [internet]. 2006 [acesso em 04 nov 2011]; 22(2): 395-406. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006000200017&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000200017&lng=pt). <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000200017>

34 Salvo VLMA, Rodrigues D, Baruzzi RG, Pagliaro H, Gimeno SGA. Perfil metabólico e antropométrico dos Suyá: Parque Indígena do Xingu, Brasil Central. *Rev. bras. epidemiol.* [internet]. 2009 [acesso em 03 nov 2011]; 12(3): 458-68. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2009000300014&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2009000300014&lng=pt). <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2009000300014>

35 Sampei MA, Canó EN, Fagundes U, Lima EES, Rodrigues D, Sigulem DM, et al . Avaliação antropométrica de adolescentes Kamayurá, povo indígena do Alto Xingu, Brasil Central (2000-2001). *Cad. saúde pública* [internet]. 2007 [acesso em 03 nov 2011]; 23(6): 1443-53. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007000600019&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000600019&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000600019>

36 Gimeno SGA, Rodrigues D, Pagliaro H, Cano EN, Lima EES, Baruzzi RG. Perfil metabólico e antropométrico de índios Aruák: Mehináku, Waurá e Yawalapití, Alto Xingu, Brasil Central, 2000/2002. *Cad. saúde pública* [internet]. 2007 [acesso em 04 nov 2011]; 23(8): 1946-54. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007000800021&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000800021&lng=pt). <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000800021>

37 Hammerschmidt KSA, Zagonel IPS, Lenardt MH. Envolvimentos da teoria do cuidado cultural na sustentabilidade do cuidado gerontológico. *Acta paul. enferm.* [internet]. 2007 [acesso em 18 jul 2011]; 20(3): 362-67. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-1002007000300020&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-1002007000300020&lng=en). doi: 10.1590/S0103-21002007000300020

38 Silva Junior FJG, et al . Assistência de enfermagem ao portador de Hanseníase: abordagem transcultural. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 61, n. spe, Nov. 2008 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003471672008000700010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672008000700010&lng=en&nrm=iso)>. access on 09 Feb. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672008000700010>.

- 39 Erdtmann BK, Erdmann AL. O modelo do sol nascente e razão sensível na enfermagem. *Rev. bras. enferm.* [internet]. 2003 [acesso em 10 jan 2013]; 56(5): 523-27. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672003000500011&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672003000500011&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672003000500011>.
- 40 Moura MAV, Chamilco RAISI, Silva LR. A teoria transcultural e sua aplicação em algumas pesquisas de enfermagem: uma reflexão. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.* [internet]. 2005 [acesso em 16 jul 2011]; 9(3): 434-40. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-1452005000300012&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-1452005000300012&lng=pt). doi: 10.1590/S1414-81452005000300012.
- 41 Alvares REC. O cuidado das crianças no processo saúde-doença: crenças, valores e práticas nas famílias da cultura Kabano da Amazônia Peruana [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2012. 213 p. Doutorado em Ciências.
- 42 Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
- 43 Ursi ES, Galvão CM. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. *Rev. Latinoam. Enferm.* [internet]. 2006 [acesso em 27 nov 2012]; 14(1): 124-31. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692006000100017&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000100017&lng=en)>. doi: 10.1590/S0104-11692006000100017.
- 44 Critical Appraisal Skills Programme (CASP). Milton Keynes Primary Care Trust; 2002.
- 45 Stillwell S, Melnyk BM, Fineout-Overholt E, Williamson K. Evidence-Based Practice: step by step. *Am J Nurs.* [internet]. 2010 [acesso em 07 out 2012]; 110 (5):41-7. Disponível em: [http://journals.lww.com/ajnonline/Fulltext/2010/05000/Evidence\\_Based\\_Practice,\\_Step\\_by\\_Step\\_Searching.24.aspx](http://journals.lww.com/ajnonline/Fulltext/2010/05000/Evidence_Based_Practice,_Step_by_Step_Searching.24.aspx)
- 46 Pereira MG. Epidemiologia Teoria e Prática. 12. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
- 47 Rouquayrol MZ, Filho NA. Epidemiologia e Saúde. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003.
- 48 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE (Brasil). Censo populacional do Amazonas. [internet] 2010 [acesso em 05 mar 2011]. Disponível em:

[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas\\_pdf/total\\_populacao\\_amazonas.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/total_populacao_amazonas.pdf)

49 Ministério da Saúde (Brasil). Portaria MS nº 1776, de 08 de setembro de 2003[internet]. Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde; 2003. 40 p. [acesso em 10 jun 2011]. Disponível em:  
<http://www.indigena.caop.mp.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=30>

50 Leininger MM. Culture Care Diversity and Universality. New York: National League for Nursing; 1991.

51 George JB, Et al. Teorias de Enfermagem: os fundamentos à prática profissional. 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2000.

52 Nascimento ARA, Menandro PRM. Análise lexical e análise de conteúdo: uma proposta de utilização conjugada. Estud. pesquis. psicol., Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, dez. 2006 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-42812006000200007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812006000200007&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 09 jan. 2013.

53 Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 7. Ed. São Paulo: Hucitec; 2000. 269 p.

54 Harris H. Content analysis of secondary data: a study of courage in managerial decision making. Journal of Business Ethics. 2001; 34(3/4): 191-208.

55 Silverman D. Interpreting qualitative data: methods for analysing talk, text and interaction. Thousand Oaks, CA: Sage; 1993.

56 Neuman WL. Social research methods. 2 Ed. Boston, MA: Allyn & Bacon; 1994.

57 Berg BL. Qualitative research methods for the social sciences. 3 Ed. Boston, MA: Allyn & Bacon; 1998.

58 Insch GS, Moore JE, Murphy LD. Content analysis in leadership research: examples, procedures and suggestions for future use. Leadership Quarterly. 1997; v. 8, p.1-25.

59 Sarantakos S. Social research. South Melbourne: Macmillan Australia, 1993.

60 Capelle MC, Lopes Melo COM, Gonçalves CA. Análise de conteúdo e análise de discurso nas ciências sociais. Organizações Rurais & Agroindustriais-Revista Eletrônica de Administração da UFLA. [internet] 2003; 5 (1). Disponível em: <http://revista.dae.ufla.br/index.php/ora/article/viewArticle/251>

61 Najas MS, Andrezza R, Souza ALM, Sachs A, Guedes ACB, Sampaio LR, et al . Padrão alimentar de idosos de diferentes estratos socioeconômicos residentes em localidade urbana da região sudeste, Brasil. Rev Saúde Pública [Internet]. 1994 [acesso em 30 nov 2011]; 28(3):187-91. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003489101994000300004&lng=p](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489101994000300004&lng=p)>. doi: 10.1590/S0034-89101994000300004.

62 Philippi ST, Latterza AR, Cruz ATR, Ribeiro LC. Pirâmide alimentar adaptada: guia para escolha dos alimentos. Rev. Nutr., Campinas, 12(1): 65-80, jan./abr., 1999

63 Cornatosky MA, Barrionuevo OT, Rodríguez NL, Zeballos JM. Hábitos alimentarios de adultos mayores de dos regiones de la Provincia de Catamarca, Argentina. Diaeta [Internet]. 2009 [acesso em 01 dez 2011]; 27(129):11-7. Disponível em: <[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S185273372009000400003&lng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S185273372009000400003&lng=es)>.

64 Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. Primary Care. 1994; 21(1): 55-67.

*\*Referências da Introdução, Capítulo 1 Revisão da literatura e Capítulo 2 Métodos.*

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

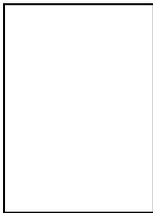
O (A) Sr. (a) está sendo convidado (a) para participar, de livre vontade, de uma pesquisa. Após o entendimento das informações a seguir, caso aceite participar, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. A pesquisa é intitulada como **Educação em saúde com abordagem transcultural: O padrão alimentar do idoso indígena**, onde a responsável é a aluna de mestrado Júlia de Cássia Miguel Vieira e a orientadora Dr<sup>a</sup>. Márcia Carrera Campos Leal da Universidade Federal de Pernambuco. Abaixo estão as explicações caso aceite participar desta pesquisa:

1. O (A) Sr.(a) poderá participar de livre vontade da pesquisa e mesmo que tenha assinado este documento (TCLE) poderá desistir a qualquer momento, sem nenhum problema;
2. O estudo tem por objetivo analisar o padrão alimentar e nutricional do idoso indígena;
3. O (A) Sr.(a) poderá responder as perguntas ao pesquisador em um local reservado e não é obrigado a responder a nenhuma questão da qual não estiver à vontade;
4. A pesquisa poderá lhe causar constrangimento, ou seja, poderá ficar envergonhado por não entender alguma pergunta, mas poderá ficar à vontade para tirar qualquer dúvida;
5. O estudo lhe ajudará com uma cartilha de apresentação dos alimentos que são da sua comunidade e do seu costume alimentar, para que os profissionais de saúde entendam um pouco de sua cultura e melhore os cuidados prestados.
6. Os responsáveis pelo estudo não falarão meu nome em nenhum momento e se comprometerão em não contar para ninguém sobre a entrevista, nem minha identidade, e somente minhas respostas serão incluídas para os resultados da pesquisa.
7. Em caso de dúvidas posso procurar a mestrande Júlia de Cássia Miguel Vieira no contato: 081 84044553 ou email: [july\\_nurse21r@hotmail.com](mailto:july_nurse21r@hotmail.com) como também a Dr<sup>a</sup>. Márcia Carrera Campos Leal no contato comercial: 081 2126 8550 ou email: [marciacarrera@hotmail.com](mailto:marciacarrera@hotmail.com)
8. Poderei entrar em contato com o Comitê de Ética da UFPE em caso de dúvidas ou se me sentir prejudicado de outra forma pelo telefone e endereço: Avenida da Engenharia s/n – 1º andar, Cidade Universitária, Recife – PE, CEP: 50740-600. Tel: 081 2126 8588
9. Uma das cópias desse documento ficará comigo.

10. Todas as folhas deste documento serão rubricadas pelo pesquisador responsável, por mim e/ou pela pessoa responsável por mim (se for o caso), e as assinaturas completas estarão na última folha deste documento.

Eu, \_\_\_\_\_ abaixo assinado, concordo em participar do estudo **Educação em saúde com abordagem transcultural: O padrão alimentar do idoso indígena**, como participante. Fui informado de forma clara pelo pesquisador sobre a pesquisa, como ela será realizada, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que eu seja prejudicado.

Manaus \_\_\_/\_\_\_/2012



Impressão datilográfica

---

Assinatura do entrevistado (a) ou impressão digital

---

Responsável pela pesquisa

---

Testemunha (1)

---

Testemunha (2)

## **APÊNDICE B - Termo de responsabilidade do pesquisador**

Por este termo de responsabilidade, eu, Júlia de Cássia Miguel Vieira, estudante do Mestrado acadêmico em Enfermagem da UFPE do semestre 2011.2, pesquisadora do projeto intitulado **Educação em saúde com abordagem transcultural: O padrão alimentar do idoso indígena**, comprometo-me em cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras procedentes da resolução N° 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e da resolução N° 304 de 9 de agosto de 2000 como regulamentação complementar para os povos indígenas, a fim de assegurar os direitos e deveres relacionados à comunidade científica, acadêmica e sujeitos da pesquisa.

Reitero minha responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo em minha residência todas as informações inerentes a presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e o sigilo das entrevistas correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de cinco anos após o término do estudo. Informarei e apresentarei, sempre que solicitado pelo Comitê de Ética da UFPE, pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, pela instituição onde está sendo realizado o estudo, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ao Comitê de Ética qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

Recife, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2012.

---

Júlia de Cássia Miguel Vieira

**APÊNDICE C – Termo de Autorização para Pesquisa**

Autora: Júlia de Cássia Miguel Vieira

Contato: (81) 97225620 / 87339656 e-mail: july\_nurse21@hotmail.com

Ao Coordenador do DSEI Manaus-AM

Eu, **Júlia de Cássia Miguel Vieira**, enfermeira, discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, nível de mestrado, venho através desta, solicitar a V.S. (a) autorização para realização e coleta de dados da pesquisa intitulada **“Educação em saúde com abordagem transcultural: O padrão alimentar do idoso indígena”**. Os dados coletados irão compor a dissertação de mestrado que tem como objetivo identificar os fatores que podem alterar o padrão alimentar e nutricional do idoso indígena internado na CASAI Manaus, bem como suas implicações no processo de recuperação da saúde, visando subsidiar o desenho de estratégias assistenciais em enfermagem e práticas de educação em saúde baseada na Teoria do cuidado Transcultural de Madeleine Leininger.

Este estudo não trará ônus ou riscos para a instituição, e quanto aos envolvidos o risco poderá ser mínimo (constrangimento), já que envolverá apenas uma entrevista, onde os benefícios serão inúmeros, como a confecção de cartilhas sobre o padrão alimentar do idoso indígena, além do direcionamento para o planejamento das ações de enfermagem através do cuidado cultural específico no âmbito da saúde indígena. A qualquer momento do estudo o (a) Senhor (a) poderá solicitar esclarecimento ou dirimir dúvidas.

Eu, \_\_\_\_\_, após leitura e compreensão do texto acima, dou permissão para a execução da coleta de dados na Casa de Saúde do Índio (CASAI- Manaus).

Manaus, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**APÊNDICE D – Termo de Autorização para Pesquisa**

Autora: Júlia de Cássia Miguel Vieira

Contato: (81) 97225620 / 87339656 e-mail: july\_nurse21@hotmail.com

Ao Coordenador Regional da Fundação Nacional do Índio (FUNAI) de Manaus-AM

Eu, **Júlia de Cássia Miguel Vieira**, enfermeira, discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, nível de mestrado, venho através desta, solicitar a V.S. (a) autorização para realização e coleta de dados da pesquisa intitulada **“Educação em saúde com abordagem transcultural: O padrão alimentar do idoso indígena”**. Os dados coletados irão compor a dissertação de mestrado que tem como objetivo identificar os fatores que podem alterar o padrão alimentar e nutricional do idoso indígena internado na CASAI Manaus, bem como suas implicações no processo de recuperação da saúde, visando subsidiar o desenho de estratégias assistenciais em enfermagem e práticas de educação em saúde baseada na Teoria do cuidado Transcultural de Madeleine Leininger.

Este estudo não trará ônus ou riscos para a instituição, e quanto aos envolvidos o risco poderá ser mínimo (constrangimento), já que envolverá apenas uma entrevista, onde os benefícios serão inúmeros, como a confecção de cartilhas sobre o padrão alimentar do idoso indígena, além do direcionamento para o planejamento das ações de enfermagem através do cuidado cultural específico no âmbito da saúde indígena. A qualquer momento do estudo o (a) Senhor (a) poderá solicitar esclarecimento ou dirimir dúvidas.

Eu, \_\_\_\_\_, após leitura e compreensão do texto acima, dou permissão para a execução da coleta de dados na Casa de Saúde do Índio (CASAI- Manaus).

Manaus, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**APÊNDICE E – Roteiro de Entrevista  
DADOS PARA IDENTIFICAÇÃO**

01 N° Questionário: _____ Nquest: _____	02 Entrevistador: _____ Entrev: _____
03 Data da entrevista: ___/___/___ Data _____	04 N° do idoso: _____ Nidoso: _____
Nome: _____	

**A) DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS**

05 Sexo (1) masculino (2)feminino	05 Sexo: _____
06 Data de nascimento ___/___/___	06 Data: dd/mm/aaaa
07 Local de nascimento: _____ 7.1 etnia: _____	07 Localnasc: _____ 7.1 etn: _____
08 DSEI: _____	08 DSEI: _____
09 Idade em anos completos: _____	09 Idanos: _____
10 Faixa etária (1) 60 a 69 anos (2) 70 a 79 anos (3) 80 a 89 anos (4) 90 anos e mais	10 Fetaria: _____

**B) CONDIÇÃO DE SAÚDE**

11 Motivo da internação: _____	11 Motintern: _____
12 Antecedentes pessoais 12.1 HAS (1) sim (2) não 12.2 Diabetes (1) sim (2) não 12.3 Cardiopatias (1) sim (2) não	12.4 Câncer (1) sim (2) não 12.5 Nefropatias (1) sim (2) não 12.6 Outras: _____
13 Estado nutricional Medidas antropométricas 13.1 Peso _____ Kg 29.2 Altura _____ m 29.3 IMC _____ Kg/m <sup>2</sup> 13.4 Classificação segundo IMC (1) desnutrição - <22 (2) peso adequado - 22-27 (3) sobrepeso - > 27 Referência para idosos- Lipschits, 1994.	29.1Peso: _____ Kg 29.2Alt; _____ m 29.3IMC: _____ Kg/m <sup>2</sup> 29.4 IMC: _____
13 Saúde autopercebida 13.1 O que o (a) Sr(a) acha de sua saúde? (1) ótima (2) boa (3) regular (4) péssima (99) não sabe/não responde	13.1 saúdeper: _____
14 Saúde Bucal 14.1 O que o (a) Sr.(a) acha da saúde de sua boca? (1) ótima (2) boa (3) regular (4) péssima (99) não sabe/não responde	14.1 saúdebucal: _____
14.2 O que o (a) Sr.(a) acha de sua mastigação? (1) ótima (2) boa (3) regular (4) péssima (99) não sabe/não responde	14.2 mastigação: _____
14.3 O (A) Sr.(a) tem algo que incomoda sua boca? (1) sim (2) não (99) não sabe/não responde	14.3 incomodoboca: _____
14.4 O (A) Sr.(a) sente a boca seca ou com pouca saliva? (1) sim (2) não (99) não sabe/não responde	14.4 salivação: _____
14.5 O (A) Sr.(a) sente dificuldade para engolir? (1) sim (2) não (99) não sabe/não responde	14.5 engolir: _____
14.6 O (A) Sr.(a) tem dificuldade para identificar sabores? (1) sim (2) não (99) não sabe/não responde	14.6 identsabores: _____
14.7 O (A) Sr.(a) escova os dentes? (1) sim (2) não (9) não se aplica 14.7.1 Se sim, quantas vezes o (a) Sr. (a) escova os dentes? (1) uma (2) duas (3) três (4) quatro ou mais (3) não se aplica 14.7.2 Uso da escova de dente (1) individual (2) coletiva (9) não se aplica	<i>Se resposta positiva responder os itens 14.7.1 e 14.7.2</i> 14.7 escovação: _____ 14.7.1 qtdeescova: _____ 14.7.2 usoescova: _____
14.8 O (A) Sr. (a) já foi atendido por algum dentista?	<i>Se resposta positiva</i>

(1) sim (2) não (99) não sabe/não responde 14.8.1 Se sim, há quanto tempo? (1) 1 a 2 anos (2) 3 a 4 anos (3) mais 5 anos (9) não se aplica (99) não sabe/responde	<b>responder o item 14.8.1</b> 14.8 Atendodonto: _____ 14.8.1 Tempodentista: _____
14.9 O Sr. usa prótese? (1) sim total (2) sim parcial (3) não (9) não se aplica 14.9.1 Tipo de prótese (1) superior e inferior (2) inferior (3) superior (9) não se aplica	<b>Em caso positivo responder o item 14.9.1</b> 14.9 usoprótese: _____ 14.9.1 tipoprótese: _____

### C) FATORES TECNOLÓGICOS

15 O (A) Sr. (a) possui aparelhos tecnológicos em sua casa? (1) Sim (2) não Quais elementos tecnológicos o (a) Sr (a) possui em sua residência? 15.1 televisão (1) sim (2) não 15.2 geladeira (1) sim (2) não 15.3 fogão (1) sim (2) não 15.4 aparelho de som (1) sim (2) não 15.5 outros: _____	<b>Se resposta positiva responder o item 15.1</b> 15 Tec: _____ 15.1 tel: _____ 15.2 gel: _____ 15.3 fog: _____ 15.4 som: _____ 15.5 outros: _____
16 O Sr.(a) utiliza equipamentos de auxílio para transporte e agricultura de subsistência (produção de alimentos para a sua família)? (1) sim (2) não Quais equipamentos 16.1 motor para barco ou canoa (1) sim (2) não 16.2 ralador de mandioca (1) sim (2) não 16.3 outros: _____	<b>Se resposta positiva responder os itens seguintes</b> 16 Equisubsist: _____ 16.1 barcocanoa: _____ 16.2 ralador: _____ 16.3 outros: _____
17 Existe elementos de comunicação existem na sua comunidade? (1) sim (2) não 17.1 aparelho telefônico (orelhão/celular) (1) sim (2) não 17.2 radiofonia (1) sim (2) não 17.3 internet (1) sim (2) não 17.4 outros: _____	17 Elecom: _____ 17.1 tel: _____ 17.2 radiofonia: _____ 17.3 internet: _____ 17.4 outros: _____

### D) FATORES RELIGIOSOS E FILOSÓFICOS

18 Religião/crença: (1) crença indígena (2) católico (3) protestante (4) outros: _____ (99) não sabe/responde	18 Rel: _____
19 Na sua Comunidade existe um conhecedor das forças da natureza (pajé)? (1) sim (2) não (99) não sabe/não responde 19.1 Em caso positivo, quando o (a) Sr(a). procura esse conhecedor? _____ _____	19 Pajé: _____ 19.1 Propajé: _____

### E) FATORES DE COMPANHEIRISMO E SOCIAIS

20 Comunicação 20.1 língua falada: _____	20.2 língua materna: _____	20.1 Dialeto: _____ 20.2 língua matena: _____
21 Estado conjugal (1) casado(a) (2) união estável (3) solteiro (a) (4) viúvo (a) (5) separado (a), divorciado (a) (6) outros _____	21 Estconj: _____	
22 O Sr (a) tem ou teve filhos? (1) sim (2) não 22.1 Quantos filhos o(a) Sr.(a) teve? (1) de 1 a 2 (2) de 3 a 4 (3) de 5 a 6 (4) mais de 7 (9) não se aplica	<b>Se positivo responder o item 22.1</b> 22 Filhos: _____ 22.1 Nfilhos: _____	
23 Arranjo familiar (0) companheiro (a) (0) sim (1) não (1) amigo (a) (0) sim (1) não _____ (2) irmã (o) (0) sim (1) não _____ (3) filho (a) (0) sim (1) não _____ (4) enteado (0) sim (1) não _____	(5) nora (0) sim (1) não _____ (6) genro (0) sim (1) não _____ (7) cunhado (0) sim (1) não _____ (8) Neto (a) (0) sim (1) não _____ (9) Outros (as) (0) sim (1) não _____ Total: _____	23 Mora com: _____ 23.1 N° moradores: _____ <b>Colocar a quantidade de pessoas ao lado de cada membro familiar</b>

### F) FATORES CULTURAIS E MODOS DE VIDA

<p>24 Concepções sobre o processo saúde-doença</p> <p>24.1 Para o (a) Sr.(a) o que é saúde?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>24.1</p> <p>Saúde: _____</p>																																																																																																																																								
<p>24.2 Para o (a) Sr.(a) o que é doença?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>24.2</p> <p>Doença: _____</p>																																																																																																																																								
<p>24.3 O que o (a) Sr.(a) acha que causou sua doença?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>24.3</p> <p>Causadoença: _____</p>																																																																																																																																								
<p>24.4 O (A) Sr.(a) tem alguma restrição (proibição) alimentar? Qual o motivo?</p> <p>(1) sim (2) não (99) não sabe/não responde _____</p> <p>_____</p>	<p>24.4</p> <p>Alimento proibido__</p>																																																																																																																																								
<p>25 Hábitos alimentares no local de residência</p> <p>25.1 Quantas vezes ao dia o Sr. se alimenta?</p> <p>(1) 1 vez (2) 2 vezes (3) 3 vezes (4) mais de 3 vezes (99) não sabe/ão responde</p>	<p>25.1 N° refeições: _____</p>																																																																																																																																								
<p>25.2 Quais as refeições que o (a) Sr. (a) faz?</p> <p>(1) café, lanche manhã, almoço, lanche tarde, jantar, ceia</p> <p>(2) café, almoço, jantar</p> <p>(3) almoço</p> <p>(4) outros _____</p>	<p>25.2</p> <p>Períodoref: _____</p>																																																																																																																																								
<p>25.3 Em sua residência com quem o Sr. (a) se alimenta?</p> <p>(1) com a família (2) sozinho (a) (3) com amigos (99) não sabe/não responde</p>	<p>25.3</p> <p>Alimentação: _____</p>																																																																																																																																								
<p>25.4 Que tipos de comida que o (a) Sr. (a) mais gosta de comer?</p>	<p>25.4 _____</p>																																																																																																																																								
<p>25.5 Frequência alimentar no local de moradia</p> <table border="1" data-bbox="145 1283 1177 1982"> <thead> <tr> <th data-bbox="145 1283 359 1317">ALIMENTOS</th> <th colspan="7" data-bbox="359 1283 1177 1317">FREQUÊNCIA DE CONSUMO</th> </tr> <tr> <th data-bbox="145 1317 359 1440">Cereais, pães, tubérculos e raízes</th> <th data-bbox="359 1317 539 1440">Nunca ou menos de 1 x por mês (1)</th> <th data-bbox="539 1317 635 1440">1 a 3 x-sem(2)</th> <th data-bbox="635 1317 730 1440">2 a 4 x-sem(3)</th> <th data-bbox="730 1317 826 1440">1 x ao dia (4)</th> <th data-bbox="826 1317 922 1440">2 a 3 x ao dia (5)</th> <th data-bbox="922 1317 1018 1440">4 a 5 x ao dia (6)</th> <th data-bbox="1018 1317 1177 1440">&gt; que 6 x ao dia (7)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1. Farinha de mandioca</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2 Beiju</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3 Arroz</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4 Macarrão</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5 Pão</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6 raízes e feculentos</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td><b>Hortaliças</b></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>7 Caruru</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>8 Chicória</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>9 Gerimun</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td><b>Frutas</b></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10 banana</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>11 abacaxi</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>12 laranja</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>13 açai</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	ALIMENTOS	FREQUÊNCIA DE CONSUMO							Cereais, pães, tubérculos e raízes	Nunca ou menos de 1 x por mês (1)	1 a 3 x-sem(2)	2 a 4 x-sem(3)	1 x ao dia (4)	2 a 3 x ao dia (5)	4 a 5 x ao dia (6)	> que 6 x ao dia (7)	1. Farinha de mandioca								2 Beiju								3 Arroz								4 Macarrão								5 Pão								6 raízes e feculentos								<b>Hortaliças</b>								7 Caruru								8 Chicória								9 Gerimun								<b>Frutas</b>								10 banana								11 abacaxi								12 laranja								13 açai								<p>25.5</p> <p>Alimentação: _____</p> <p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p>4. _____</p> <p>5. _____</p> <p>6. _____</p> <p>7. _____</p> <p>8. _____</p> <p>9. _____</p> <p>10. _____</p> <p>11. _____</p> <p>12. _____</p> <p>13. _____</p> <p>14. _____</p> <p>15. _____</p> <p>16. _____</p> <p>17. _____</p> <p>18. _____</p> <p>19. _____</p> <p>20. _____</p> <p>21. _____</p> <p>22. _____</p>
ALIMENTOS	FREQUÊNCIA DE CONSUMO																																																																																																																																								
Cereais, pães, tubérculos e raízes	Nunca ou menos de 1 x por mês (1)	1 a 3 x-sem(2)	2 a 4 x-sem(3)	1 x ao dia (4)	2 a 3 x ao dia (5)	4 a 5 x ao dia (6)	> que 6 x ao dia (7)																																																																																																																																		
1. Farinha de mandioca																																																																																																																																									
2 Beiju																																																																																																																																									
3 Arroz																																																																																																																																									
4 Macarrão																																																																																																																																									
5 Pão																																																																																																																																									
6 raízes e feculentos																																																																																																																																									
<b>Hortaliças</b>																																																																																																																																									
7 Caruru																																																																																																																																									
8 Chicória																																																																																																																																									
9 Gerimun																																																																																																																																									
<b>Frutas</b>																																																																																																																																									
10 banana																																																																																																																																									
11 abacaxi																																																																																																																																									
12 laranja																																																																																																																																									
13 açai																																																																																																																																									





30.2 Se resposta positiva do item 30.1 qual a função que o(a) Sr(a) ocupa? ( ) pajé ( ) capitão da comunidade ( ) parteira ( ) outros (9) não se aplica	
--	--

**H) FATORES ECONÔMICOS**

31 Situação previdenciária: (1) aposentado (a) (2) não aposentado (a) (3) pensionista (4) aposentado (a) e pensionista	31 Sitprev: _____
32 Renda mensal (1) Sem renda (2) menor que um salário mínimo (até R\$ 622,00) (3) De um a dois salários mínimos (de R\$ 622,00 a 1244,00) (4) De três a quatro salários mínimos (de R\$ 1866,00 a 2488,00)	32 Rendmensal: _____
33 Contribuição no sustento familiar (1) Sim, totalmente (2) Sim, em parte (3) não (99) não sabe/ não responde	33 Sustfam: _____
34 Quais dessas atividades o (a) Sr(a) realiza para contribuir no sustento de sua família? ( 1 ) agricultura de subsistência (roça) ( 2 ) caça	( 3 ) pesca ( 4 ) nenhum ( 5 ) outros: 34 Ativsust: _____

**I) FATORES EDUCACIONAIS**

35 O Sr. (a) estudou? (1) sim (2) não	35 Estud: _____
35.1 Até que série o Sr (a) estudou- quantos anos? (1) primário incompleto (2) primário completo (3) fundamental incompleto (4) fundamental completo (5) ensino médio incompleto (6) ensino médio completo (9) não sabe (99) não respondeu	35.1 Anosest: _____

**APÊNDICE F – Material informativo**

**ALIMENTAÇÃO E CULTURA: cuidados de enfermagem ao idoso indígena**



Recife, 2013.

## FICHA CATALOGRÁFICA

Alimentação e Cultura Indígena: Cuidado de Enfermagem em Nutrição ao Idoso / Organizadoras: Júlia de Cássia Miguel Vieira & Márcia Carréra Campos Leal,

Colaboradores: Patrícia Nunes Monteiro, Ana Paula de Oliveira Marques e Danielle Lopes de Alencar. – Recife: 2013. –

Realização: Universidade Federal de Pernambuco

Apoio financeiro: Programa Internacional de Bolsas de Pós-Graduação da Fundação Ford

1. Saúde do Idoso
2. Saúde indígena
3. Enfermagem Transcultural
4. Educação em Saúde

## SUMÁRIO

<b>PREFÁCIO.....</b>	<b>4</b>
<b>APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>6</b>
<b>POVOS INDÍGENAS .....</b>	<b>7</b>
<b>CONTEXTO ALIMENTAR E CULTURAL DOS IDOSOS INDÍGENAS X CUIDADOS DE SAÚDE.....</b>	<b>8</b>
Visão de mundo.....	8
Dimensões da estrutura social e cultural.....	9
Padrão alimentar de idosos indígenas.....	13
<b>CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM NUTRIÇÃO INDÍGENA.....</b>	<b>14</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>15</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>16</b>

## PREFÁCIO

É com imensa alegria que apresentamos a publicação “Alimentação e Cultura Indígena: Cuidado de Enfermagem em Nutrição ao Idoso” produto da Dissertação de Mestrado em Enfermagem, realizado na Universidade Federal de Pernambuco. Teve o apoio financeiro do Programa Internacional de Bolsa de Pós-Graduação da Fundação Ford.

Para que o leitor possa entender o resultado magnífico dessa publicação, apresento a vocês primeiro a Enfermeira Júlia de Cássia Miguel Vieira, mestrande de grande potencial científico e principalmente humano. Sua dedicação e interesse pelos povos indígenas levam-nos ao conhecimento sobre a cultura desta população, proporciona às esferas governamentais, possibilidades de melhoria na qualidade de vida, em especial dos idosos indígenas, bem como o respeito a sua cultura.

Júlia superou todas as dificuldades possíveis e inimagináveis na realização de um trabalho árduo de campo, procurou entender na prática vivenciada a teoria do cuidado cultural de Madeleine Leininger, fortalecendo o seu perfil de profissional da saúde em prol do cuidar.

Portanto, o estudo resultante deste material foi realizado na Casa de Saúde do Índio CASAI de Manaus no período de 90 dias entre os meses de outubro de 2012 e janeiro de 2013, cujos objetivos foram:

- Avaliar o contexto cultural da alimentação de idosos indígenas na CASAI;
- Identificar os hábitos alimentares dos idosos na CASAI e na comunidade;
- Descrever as variáveis investigadas segundo a teoria do cuidado cultural de Madeleine Leininger;
- Apresentar estratégias de educação em saúde nos moldes da Teoria transcultural de Leininger.

O projeto contou com a participação dos profissionais na área de enfermagem, nutrição e odontologia, cujas áreas de atuação são direcionadas para atenção da saúde do idoso, saúde indígena e saúde pública em geral.

Márcia Carréra

## **APRESENTAÇÃO**

O presente material apresenta uma síntese dos principais resultados e reflexões acerca do contexto cultural alimentar indígena na terceira idade, além dos fatores intrínsecos da cultura indígena brasileira.

Os tópicos apresentados seguiram os moldes propostos pela Enfermeira, Doutora em Antropologia, Madeleine Leininger, autora da Teoria da Universalidade e Diversidade do Cuidado Cultural apresentando contextualização sobre: a visão de mundo, dimensões da estrutura cultural e social incluindo (fatores tecnológicos, religiosos e filosóficos, de companheirismo e sociais, culturais e modos de vida, políticos e legais, econômicos e educacionais) e sua relação com o contexto de ambiente e o padrão de cuidado em enfermagem.

Esta publicação informativa possui caráter pedagógico, podendo ser utilizada como material educativo nos processos de educação em saúde tanto nas CASAI quanto nas comunidades indígenas, no intuito de implementar as práticas relacionadas à nutrição em enfermagem.

Dessa forma, pretendemos contribuir para o exercício de uma prática de cuidados tanto da enfermagem quanto da equipe multidisciplinar de saúde indígena, partindo sempre da realidade cultural dos indivíduos, respeitando suas crenças, valores e tradições em prol de um modelo de saúde culturalmente competente.

## POVOS INDÍGENAS

No Brasil existem mais de duzentas etnias indígenas disseminadas por quase todos estados brasileiros, cujos povos são culturalmente distintos em comparação à sociedade nacional e entre si, com cosmologias, dialetos, meios de subsistência, organização social e sistemas políticos próprios<sup>1</sup>.

Discutir sobre essa população significa falar de diversidade de povos, cujos habitantes originariamente ocupavam o território conhecido nos dias atuais como continente americano, ocupação que se data de milhares de anos antecedentes à invasão européia<sup>2</sup>.

De acordo com dados da Fundação Nacional do Índio (2012), a população indígena brasileira representa cerca de 0,4 da população nacional com 817.000 índios, somente no Amazonas concentra-se cerca de 20% totalizando 168.680, distribuídos na área urbana em 34.302, rural em 134.37, pertencentes a diversos grupos étnicos, em média 66 etnias indígenas, sem dados específicos para idosos, conforme figura abaixo<sup>3</sup>:

Quadro 1. Etnias indígenas do Estado do Amazonas, Brasil. 2012.

Apurinã	Issé	Katawixi	Marimam	Parintintin	Tuyúca
Arapáso	Jarawara	Katukina	Marubo	Paumari	Waimiri-Atroari
Aripuaná	Juma	Katwená	Matis	Pirahã	Waiwái
Banavá- Jafí	Juriti	Kaxarari	Mawaiãna	Pira-tapúya	Wanana
Baniwa	Kaixana	Kaxinawá	Mawé	Sateré-Mawé	Warekena
Barasána	Kambeba	Kayuisana	Mayá	Suriána	Wayampi
Baré	Kanamari	Kobema	Mayoruna	Tariána	Xeréu
Deni	Kanamanti	Kokama	Miranha	Tenharin	Yamamadi
Desana	Karafawyána	Korubo	Miriti	Torá	Yanomami
Himarimã	Karapanã	Kulina	Munduruku	Tukano	Zuruahã
Hixkaryana	Karipuna	Maku	Mura	Tukúna	

Fonte: FUNAI (2012).

## CONTEXTO ALIMENTAR E CULTURAL DOS IDOSOS INDÍGENAS X CUIDADOS DE SAÚDE

O idoso indígena está amparado por políticas voltadas a atenção aos povos indígenas em geral, e pela Política Nacional do Idoso de acordo com as normas que regulamentam esta lei para o idoso brasileiro<sup>4</sup>.

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas integra a Política Nacional de Saúde, compatibilizando as determinações das Leis Orgânicas da Saúde com as da Constituição Federal, que reconhecem aos povos indígenas suas especificidades étnicas e culturais e seus direitos territoriais. A implementação desta política requer a adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde, que garanta aos índios o exercício de sua cidadania nesse campo<sup>5</sup>.

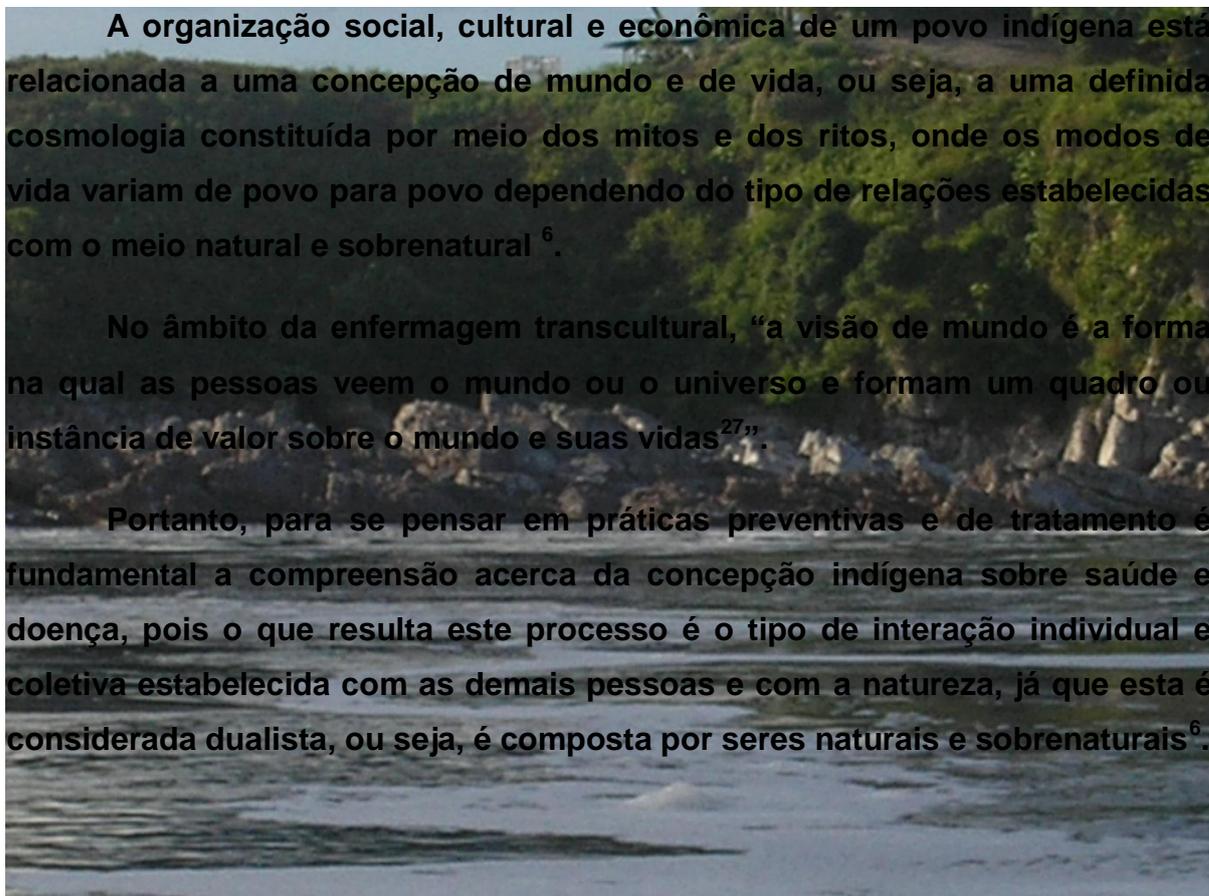
Para compreensão do contexto alimentar e a saúde de idosos indígenas abordaremos as questões relacionadas à visão de mundo e as dimensões da estrutura social e cultural de acordo com os resultados obtidos no estudo.

### *Visão de mundo*

A organização social, cultural e econômica de um povo indígena está relacionada a uma concepção de mundo e de vida, ou seja, a uma definida cosmologia constituída por meio dos mitos e dos ritos, onde os modos de vida variam de povo para povo dependendo do tipo de relações estabelecidas com o meio natural e sobrenatural<sup>6</sup>.

No âmbito da enfermagem transcultural, “a visão de mundo é a forma na qual as pessoas veem o mundo ou o universo e formam um quadro ou instância de valor sobre o mundo e suas vidas<sup>27</sup>”.

Portanto, para se pensar em práticas preventivas e de tratamento é fundamental a compreensão acerca da concepção indígena sobre saúde e doença, pois o que resulta este processo é o tipo de interação individual e coletiva estabelecida com as demais pessoas e com a natureza, já que esta é considerada dualista, ou seja, é composta por seres naturais e sobrenaturais<sup>6</sup>.



## Dimensões da estrutura social e cultural

### *Fatores tecnológicos*

Transporte: motor de popa.



Fonte: Vieira, 2013

O reconhecimento acerca da dinâmica alimentar associada ao uso de tecnologias direciona para um novo cenário, tanto no aspecto do tipo de alimento quanto nas formas de consumo.

Com o uso da geladeira, os alimentos passam a ser consumidos de novas maneiras, quando anteriormente estes eram preparados de forma defumada, cujo processo permitia a conservação em tempo prolongado e sem o acréscimo de condimentos alimentícios.

Os motores de popa apesar de facilitar o trabalho agrícola, também corroboram para o aumento do consumo de produtos industrializados.

A introdução de produtos tecnológicos é uma realidade na vida dos povos indígenas. Com a globalização chegaram eletrodomésticos como: geladeira, fogão, televisão, motores de popa, ralador de mandioca, aparelhos de comunicação como telefones, internet e radiofonia.

Esse processo funciona como importante modificador das práticas alimentares tradicionais.

*Eletrodomésticos:* alteração nos modos de conservação, preparo e consumo de alimentos;

*Transporte motorizado:* ampliam o acesso aos alimentos seja nas aldeias como em centros urbanos;

*Meios de Comunicação:* a expansão midiática contribui para mudanças no padrão alimentar por influências de culturas a nível global.

## **Fatores religiosos e filosóficos, de companheirismo e sociais**

### Festa religiosa



A cultura indígena apresenta suas crenças e valores intimamente ligados à natureza, seja natural ou sobrenatural, com mitos e ritos específicos a cada povo.



Nesse contexto, o pajé é considerado um profundo conhecedor dos segredos e das manifestações da natureza, atuando como intermediário entre o natural e o sobrenatural, possui o poder de curar doenças, como também pode provocar a doença ou a morte também em busca do equilíbrio<sup>6</sup>.

Fonte: Vieira, 2012.

Importante enfatizar que apesar dessa nova configuração religiosa, a maioria dos idosos participantes do estudo informou a procura ao pajé.

Portanto, nas Instituições de saúde ausência tanto deste, quanto de outros representantes religiosos representa uma lacuna espiritual, que pode interferir nos hábitos alimentares.

Entretanto, juntamente ao processo de colonização surgiram as novas religiões, identificadas predominantes na vida dos idosos, representada pelo catolicismo e protestantismo, cujas práticas religiosas foram incorporadas no cotidiano das comunidades indígenas.

## Fatores culturais e modos de vida, políticos e legais



Fonte: Vieira, 2012.

Autores descrevem que os indígenas não se sentam à mesa para comer num determinado momento, as reuniões em família ocorrem quando todos retornam de suas atividades geralmente no fim do dia, e no decorrer do dia comem quando sentem fome, sendo comum o compartilhamento das refeições na casa comunitária diariamente, nos fins de semana ou nas festas<sup>7</sup>. Na realidade de institucionalização, isso altera um padrão de alimentar-se, passando a realizar esse momento com pessoas desconhecidas e em horários preestabelecidos, o que torna fundamental a adaptação desse momento no sentido de preservar alguns aspectos inerentes à cultura.

Destacam-se na cultura indígena o milenar conhecimento dos mais velhos (idosos), por seus domínios acerca do conhecimento de práticas terapêuticas para o tratamento de doenças, sendo considerados os guardiões das tradições indígenas em seu grupo étnico, levando em consideração seus vários anos de convívio com muitas pessoas, além de serem dotados de dons superiores que permitem a cura de males e de contribuir para o equilíbrio da natureza<sup>5</sup>.

Dentre as posições de liderança ocupadas pelos idosos estão: o pajé, a parteira e o capitão da comunidade.

Na condição de internação, é importante que os profissionais conheçam o modo de vida dos idosos, suas posições de liderança, no sentido de compreender algumas atitudes frente ao processo saúde-doença.

**Fatores econômicos, educacionais e sua relação com o contexto de ambiente e língua**

A economia indígena é representada principalmente pela agricultura de subsistência, acompanhada pela caça, pesca e produção de artesanatos.

Além disso, grande parte dos idosos é aposentada, o que viabiliza a compra de produtos alimentares industrializados.

Apesar de essa dinâmica econômica influenciar o padrão alimentar, não significa que os costumes tradicionais tenham se perdido, até porque essa não é uma escolha independente, mas a própria adaptação humana frente às mudanças impostas pela sociedade globalizada e suas influências.

Outro ponto a considerar é que muitos idosos, mesmo sendo aposentados, contribuem para o sustento familiar, reduzindo as possibilidades de usufruto para as necessidades individuais.

Práticas de subsistência: casa de farinha



Fonte: Vieira, 2012

No ambiente em que vivem os indígenas, a língua é um dos importantes fatores de pertencimento étnico, apesar de muitos idosos falarem a língua portuguesa, não significa que a compreensão por parte dos profissionais seja facilmente estabelecida, já que esta é uma condição imposta desde os tempos de colonização que, na verdade não é um progresso e sim um aniquilamento de importantes valores culturais.

Assim, os profissionais de saúde precisam estar atentos às barreiras de comunicação linguística, sendo esta uma das causas de atritos e incongruências na prestação de serviços à saúde.

### ***Padrão alimentar de idosos indígenas***



Ao avaliar o padrão alimentar de idosos foi considerada a frequência de consumo de alimentos nas classes da pirâmide alimentar brasileira adaptada, adotando-se como ponto de corte 70% ou mais de ingestão diária<sup>8-10</sup>, conforme a descrição:

#### *Padrão alimentar na comunidade*

*Cereais, pães, tubérculos e raízes:* farinha de mandioca, beijú, arroz e macarrão;

*Hortaliças:* Caruru, chicória e abóbora;

*Frutas:* banana, abacaxi, laranja, açaí, cupuaçu, pupunha, manga e caju;

*Carnes:* peixe, aves, carne bovina;

*Leguminosas:* feijão;

*Óleos e gordura:* óleo de cozinha;

*Açúcares e doces:* suco em pó artificial.

OBS: As carnes de caça representaram 50% da ingestão diária e leite e derivados 65%, apesar de não representarem o padrão de acordo com o ponto de corte, foram os alimentos consumidos com frequência.

## **CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM NUTRIÇÃO INDÍGENA**

No âmbito do cuidado gerontológico é imprescindível a interação com o idoso, visando a compreensão e conhecimento sobre a sua maneira de viver, inclusive de seus familiares e/ou indivíduos envolvidos no processo. Este direcionamento é baseado pela multiplicidade dos princípios culturais, defendendo-os como as muitas dimensões da vivência do idoso, incluindo o seu meio de convívio, o que viabiliza um melhor desenvolvimento do cuidar em enfermagem<sup>11</sup>.

Na prestação dos cuidados de enfermagem em nutrição alguns pontos devem ser considerados nos planos de cuidado:

1. Preferência alimentar de acordo com a cultura;
2. Acompanhamento da aceitação da dieta;
3. Identificação de fatores culturais e de saúde relacionados ao ato de alimentar-se, tais como: restrição alimentar, problemas de saúde bucal, de ordem fisiológica.
4. Acompanhamento antropométrico desde a internação, no intuito de prevenir e tratar possíveis distúrbios nutricionais;
5. Avaliação multidisciplinar (enfermagem, nutrição, serviço social) quando identificados problemas relacionados à ingestão e/ou distúrbios nutricionais.
6. Promoção de educação continuada com equipe de enfermagem para melhor interação frente a diversidades culturais e junto aos pacientes e familiares para identificação das necessidades, visando a promoção, manutenção e recuperação da saúde na internação e após a alta.
7. Estabelecimento de plano de cuidados após a alta, principalmente nos casos de uso de dispositivos como sondas de alimentação, dietas específicas para distúrbios gastrintestinais, dentre outros.

A alimentação é um dos principais fatores no reestabelecimento da saúde do ser humano, além de ser considerada uma necessidade básica dos indivíduos, representa significados de compartilhamento, tradições, principalmente na cultura indígena.

Nas Instituições de saúde, os custos com internação estão diretamente ligados, pois se a alimentação não é bem aceita, se o preparo não atende às necessidades nutricionais, conseqüentemente o tempo de internação é prolongado, novas doenças são instaladas, além do conflito causado pelo estresse dos pacientes.

Portanto, não basta ter o alimento em quantidade e em número satisfatório de refeições, mas também saber se este é consumido, e isso é papel da enfermagem. Pois então haveria incoerência em se ter padrões institucionais bem definidos para alimentação, quando em contrapartida existem problemas nutricionais principalmente de desnutrição.

Frentes às particularidades da alimentação de idosos é importante que a enfermeira identifique as causas de baixa aceitação e que este ponto faça parte de seu planejamento de enfermagem<sup>12</sup>. Tendo em vista que existem alterações no padrão alimentar e nutricional de idosos indígenas, é necessário um melhor acompanhamento das possíveis causas e que as práticas de cuidado sejam reavaliadas.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este material não objetiva esgotar nem limitar os conhecimentos acerca do contexto alimentar do idoso indígena, mas apresentar um primeiro passo para se pensar na importância que a cultura exerce sobre as práticas de cuidado de enfermagem e de saúde, e que a falta de reconhecimento das particularidades do indivíduo podem conflitar as relações de quem cuida e de quem é cuidado.

No âmbito da enfermagem transcultural, toda a prática deve partir do reconhecimento da realidade cultural das pessoas, ou seja, nenhuma prática, mesmo utilizando-se do mais alto conhecimento científico, se não respeitar as diferenças inerentes ao ser cuidado estarão comprometidas e pouco eficientes. Todos os pontos apresentados foi no intuito de compreender, refletir e utilizar como base para melhoria dos cuidados prestados à população idosa indígena.

## REFERÊNCIAS

- 1 Souza JR, Zagonel IPS, Maftum MA. O cuidado de enfermagem ao idoso: uma reflexão segundo a teoria transcultural de Leininger. Rev. RENE Fortaleza, 8(3): 117-125.
- 2 Alvim NAT, Ferreira MA. Perspectiva problematizadora da educação popular em saúde e a enfermagem. Texto contexto - enferm. [Internet]. 2007 [citado 2011 out 12] ; 16(2): 315-19. Disponível em: [//www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072007000200015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000200015) DOI 10.1590/S0104-07072007000200015.
- 3 Brasil. Ministério da Justiça. Fundação Nacional do Índio – FUNAI. Povos Indígenas. Brasília, 2012. Disponível em : <http://www.funai.gov.br/>. Acesso em: 20/10/2012.
- 4 Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. Política Nacional do Idoso. Lei nº 8.842, de janeiro de 1994. Brasília: 1ª edição, reimpresso em maio de 2010. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/gestaodainformacao/biblioteca/secretaria-nacional-de-assistencia-social-snas/cadernos/politica-nacional-do-idoso/politica-nacional-do-idoso>. Acesso em: 05/05/2011.
- 5 Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Aprovada pela Portaria do Ministério da Saúde nº254, de 31 de janeiro de 2002. Brasília: 2002.
- 6 Luciano G. O índio brasileiro: o que você precisa saber sobre os povos indígenas no Brasil de hoje. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade; LACED/ Museu Nacional, 2006.
- 7 katz E. Alimentação indígena na América Latina: comida invisível, comida de pobres ou patrimônio culinário? Espaço Ameríndio, Porto Alegre, v. 3 n. 1, p. 25-41, jan./jun. 2009. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/EspacoAmerindio/article/view/8319>. Acesso em: 01/01/2013.

8 Najas MS, Andrezza R, Souza ALM, Sachs A, Guedes ACB, Sampaio LR, et al . Padrão alimentar de idosos de diferentes estratos socioeconômicos residentes em localidade urbana da região sudeste, Brasil. Rev Saúde Pública [Internet]. 1994 [acesso 2011 nov 30]; 28(3):187-91. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003489101994000300004&lng=p](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489101994000300004&lng=p)>. doi: 10.1590/S0034-89101994000300004.

9 Philippi ST, Latterza AR, Cruz ATR. Ribeiro LC. Pirâmide alimentar adaptada: guia para escolha dos alimentos. Rev. Nutr., Campinas, 12(1): 65-80, jan./abr., 1999

10 Cornatosky MA, Barrionuevo OT, Rodríguez NL, Zeballos JM. Hábitos alimentarios de adultos mayores de dos regiones de la Provincia de Catamarca, Argentina. Diaeta [Internet]. 2009 [acesso 2011 dez 1]; 27(129):11-7. Disponível em: <[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S185273372009000400003&lng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S185273372009000400003&lng=es)>.

11 Souza JR, Zagonel IPS, Maftum MA. O cuidado de enfermagem ao idoso: uma reflexão segundo a teoria transcultural de Leininger. Rev. RENE Fortaleza, 8(3): 117-125.

12 Wikby K, Fagerskiold A. The willingness to eat. An investigation of appetite among elderly people. Scand J Caring Sci. 2004;18 (2):120-7.

## ANEXOS

**ANEXO A – Instrumento de avaliação do rigor metodológico dos artigos selecionados na Revisão Integrativa**

Código da publicação \_\_\_\_\_

Tipo de estudo: quantitativo ( ) qualitativo ( ) quanti –qualitativo ( )

Ano de publicação: \_\_\_\_\_ Base de dados: \_\_\_\_\_

Nível de evidência: \_\_\_\_\_

Questões	Considerações	Julgamento
1. Objetivo claro e justificado?	<input type="checkbox"/> explicita objetivo <input type="checkbox"/> explicita relevância do estudo	( ) Sim ( ) Não
2. Há adequação da metodologia?	<input type="checkbox"/> A pesquisa visa interpretar e/ou iluminar as ações ?	( ) Sim ( ) Não
3. Os procedimentos teóricos – metodológicos são apresentados e discutidos?	<input type="checkbox"/> Explicita os procedimentos metodológicos	( ) Sim ( ) Não
4. A amostra do estudo foi selecionada adequadamente ?	<input type="checkbox"/> explicita os critérios de seleção (inclusão e exclusão) da amostra do estudo.	( ) Sim ( ) Não
5. A coleta de dados está detalhada?	<input type="checkbox"/> explicita a forma de coleta de dados (entrevista, grupo focal, ...) <input type="checkbox"/> explicita o uso do instrumento para a coleta (questionário, roteiro, ...)	( ) Sim ( ) Não
6. A relação entre pesquisador e pesquisados foi considerada?	<input type="checkbox"/> o pesquisador examina criticamente a sua atuação como pesquisador, reconhecendo potencial de viés (na seleção da amostra, na formulação de perguntas) <input type="checkbox"/> descreve ajustes e suas implicações no desenho da pesquisa.	( ) Sim ( ) Não
7. Os aspectos éticos da pesquisa foram considerados?	<input type="checkbox"/> Menção de aprovação pelo comitê de ética.	( ) Sim

	<input type="checkbox"/> Menção do termo de consentimento autorizado	( ) Não
8. A análise de dados é rigorosa e fundamentada? Especifica os testes estatísticos?	<input type="checkbox"/> explícita o processo de análise. <input type="checkbox"/> explícita como as categorias de análise foram identificadas. <input type="checkbox"/> os resultados refletem os achados.	( ) Sim ( ) Não
9. Os resultados foram apresentados claramente?	<input type="checkbox"/> explícita os resultados <input type="checkbox"/> dialoga seus resultados com o de outros pesquisadores <input type="checkbox"/> os resultados são analisados à luz da questão do estudo	( ) Sim ( ) Não
10. Qual a importância da pesquisa?	<input type="checkbox"/> explícita a contribuição e limitações da pesquisa ( para a prática, construção do conhecimento...) <input type="checkbox"/> indica novas questões da pesquisa	( ) Sim ( ) Não

Resultado:

Escore 06 a 10 pontos ( ) Escore no mínimo 05 pontos ( )

Os artigos com pontuação de 06 a 10 foram classificados com boa qualidade metodológica e viés reduzido e para os artigos com pontuação mínima de 05 foram classificados como estudos com qualidade metodológica satisfatória, porém com risco de viés aumentado.

\*Adaptado de Critical Appraisal Skills Programme (CAPS)

Critical Appraisal Skills Programme (CASP). Milton Keynes Primary Care Trust, 2002. All rights reserved.

**ANEXO B – Instrumento para classificação hierárquica das evidências para avaliação dos estudos selecionados na Revisão Integrativa**

CLASSIFICAÇÃO HIERÁRQUICA DAS EVIDÊNCIAS PARA AVALIAÇÃO DOS ESTUDOS. STILLWELLSB; OVERHOLT-FINEOUTE; MELNYKBM; WILLIAMSONKM. EVIDENCE-BASED PRACTICE: STEP BY STEP. *AMERICAN JOURNAL OF NURSING*. 2010; 110(5): 41-7.

Nível de evidência	Tipo de evidência
I	Revisão sistemática ou metá-análise (síntese das evidências de todos relevantes ensaios clínicos e randomizados)
II	Evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delimitado.
III	Evidências obtidas de ensaios clínicos bem delimitados sem randomização.
IV	Evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delimitados.
V	Evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos.
VI	Evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo.
VII	Evidências oriundas de opinião de autoridades e / ou relatório de comitês de especialidades.

## ANEXO C- Carta de Anuência DSEI Manaus



Ministério da Saúde  
Secretária Especial de Saúde Indígena  
Distrito Sanitário Especial Indígena de Manaus  
Rua Henrique Martins, 434 – Centro – Manaus/AM 69010-010

Ofício nº. 029/2012/DSEI MANAUS/SESAI

Manaus, 13 de janeiro de 2012.

A Sua Senhoria a Senhora

**MÁRCIA CARRERA CAMPOS LEAL**

Professora Dra. do PPG em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco

Depto. de Medicina Social, Centro de Ciências da Saúde

Av. da Engenharia, s/nº - Cidade Universitária – Campus da UFPE

50740-600 – Recife/PE

Senhora Professora,

Considerando o projeto de pesquisa intitulado “Nutrição e Saúde da População Idosa Indígena: uma fonte para educação em saúde com abordagem transcultural”, da mestrandia Júlia de Cássia Miguel Vieira, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, enviado a este DSEI com solicitação de autorização de pesquisa na Casa de Apoio à Saúde Indígena de Manaus-CASAI Manaus;

Considerando a importância da pesquisa em alimentação e nutrição a partir de uma abordagem transcultural, conforme descrito no projeto de pesquisa anexo a este documento;

Considerando as orientações do Parecer Técnico nº 85 CGAPSI/DASI/SESAI, e o Despacho nº 09/2012/DIASI/DSEI-MANAUS/SESAI/AM, autorizo a pesquisa, indicando que a mesma deverá ser iniciada após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da referida Universidade e o com prévio agendamento junto a CASAI Manaus;

Solicito que a discente envie, ao final da dissertação de mestrado, o material desenvolvido no projeto, bem como que orientadora e aluna tomem ciência de todos os pareceres anexados ao projeto e encaminhem o parecer do Comitê a este Distrito quando liberado.

  
Edivan de Moura Borges  
Ch. do Serv. de Recursos Logísticos  
DSEI/Manaus/AM  
PT Nº 1 135/2011

Atenciosamente,

  
Edivan de Moura Borges  
Ch. do Serv. de Recursos Logísticos  
DSEI/Manaus/AM  
PT Nº 1 135/2011

  
**EDIVAN DE MOURA BORGES**  
Chefe do DSEI/ MAO-Substituto Eventual  
PT 1078/2011

**ANEXO D – Carta de Anuência FUNAI**

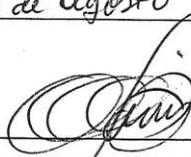
**ANEXO A – Termo de Anuência**

**FUNAI MANAUS**

**TERMO DE ANUÊNCIA**

Declaramos para os devidos fins, que concordamos em receber *Júlia de Cássia Miguel Vieira*, aluna do Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, facultando-lhe o uso das instalações da CASAI Manaus, a qual sob orientação da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Márcia Carréra Campos Leal participará do Projeto de Pesquisa intitulado “**Nutrição e Saúde do idoso indígena: uma fonte para educação em saúde com abordagem transcultural**”, informamos que a coleta dos dados deverá ser previamente agendada junto a secretaria executiva da CASAI Manaus, bem como só será iniciada após aprovação pelo Comitê de Ética.

Manaus, 25 de agosto de 2011.

  
\_\_\_\_\_  
Coordenador (a) da FUNAI Manaus

Odiney Rodrigues Hayden  
Coordenador Regional Substituto  
PORT. Nº 764/PRES - 01.06.2010

Recebido em  
05.09.11 às 15:30  
JH

## ANEXO E – Parecer do Comitê Nacional de Ética e Pesquisa

COMISSÃO NACIONAL DE  
ÉTICA EM PESQUISA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DA CONEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Educação em saúde com abordagem transcultural: o padrão alimentar do idoso indígena

**Pesquisador:** Júlia de Cássia Miguel Vieira

**Área Temática:** Área 6. Populações Indígenas

**Versão:** 5

**CAAE:** 00574012.1.0000.5208

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 130.398

**Data da Relatoria:** 29/08/2012

#### Apresentação do Projeto:

O contexto social de inserção do idoso apresenta diversas lacunas especiais que agregam seus valores, costumes e tradições, muitas vezes

incompreensíveis pelos profissionais de saúde em nosso país, onde a compreensão deste processo é essencial para a organização dos serviços de

saúde e da execução da assistência prestada. O idoso indígena, além destas alterações específicas do envelhecimento, ainda passa por situações

que interferem em seu modo de vida e de recuperação da saúde frente às questões culturais e sociais, como a questão da mudança de ambiente

que pode contribuir para alteração do padrão alimentar e nutricional, podendo comprometer a manutenção e interferir na recuperação de sua saúde.

A alimentação é considerada um fator imprescindível para promover, manter e/ou recuperar a saúde em todas as fases da vida, com variação das

necessidades nutricionais de acordo com sexo, faixa etária, atividade física, estado fisiológico ou patológico.

Dentre as medidas propostas para a

assistência ao idoso no aspecto nutricional recomenda-se o acompanhamento da aceitação da dieta diariamente, observação de alterações de peso

associada à ingestão alimentar, favorecendo a adequação da dieta e intervenções necessárias para o envelhecimento saudável. Devido a

importância do reconhecimento do processo de cuidar ao idoso indígena, este estudo tem o

Endereço:

Bairro:

CEP:

UF:

Município:

Telefone:

E-mail:

## COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



objetivo de analisar o padrão alimentar do idoso indígena internado na Casa de Saúde do Índio (CASAI) de Manaus localizada na cidade de Manaus, estado do Amazonas, utilizando como embasamento a teoria do cuidado cultural de Madeleine Leininger. No âmbito do cuidar, a equipe de enfermagem é o maior grupo em números e que mantém o maior contato com o paciente submetido a cuidados em instituições de saúde. Portanto, este estudo além de fornecer novos conhecimentos no âmbito da saúde e nutrição, poderá auxiliar o Enfermeiro no reconhecimento das especificidades desta população, contribuindo para a melhor assistência e práticas de educação em saúde que garantam a autonomia, independência e a melhoria da qualidade de vida do idoso indígena.

### **Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Analisar o padrão alimentar do idoso indígena internado na CASAI de Manaus.

Objetivo Secundário:

1 Identificar o perfil alimentar do idoso indígena participante do estudo; 2 Caracterizar a amostra segundo variáveis associadas; 3 Verificar a existência de associação entre perfil alimentar e as variáveis demográficas, fatores tecnológicos, religiosos e filosóficos, de companheirismo e sociais, culturais e modos de vida, políticos e legais, econômicos; 4 Apresentar cartilha ilustrativa sobre hábitos alimentares dos idosos; 5 Apresentar estratégias de educação em saúde nos moldes da Teoria transcultural de Leininger;

### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Este estudo poderá acarretar em prejuízos no sentido de constrangimento ao participante durante a realização da entrevista.

Benefícios:

Os resultados desta pesquisa poderá trazer como benefício a possibilidade de auxiliar na implementação de políticas que busquem atender os idosos internados nas CASAI's do Estado do Amazonas, adequando os alimentos oferecidos de acordo com suas especificidades culturais e sociais.

Mediante descrição do padrão alimentar encontrado será confeccionada uma cartilha ilustrativas de acordo com as especificidades étnicas de cada grupo, o que auxiliará na compreensão sobre os hábitos alimentares e os aspectos socioculturais nos serviços de saúde indígena. Frente às

Endereço:

Bairro:

CEP:

UF:

Município:

Telefone:

E-mail:

COMISSÃO NACIONAL DE  
ÉTICA EM PESQUISA



diversidades culturais da cultura indígena, este trabalho servirá como uma nova fonte no âmbito das pesquisas sobre nutrição indígena, auxiliando na compreensão dos cuidados de enfermagem, bem como para a elaboração de estratégias de educação em saúde no sentido de compartilhar conhecimentos acerca do cuidado de enfermagem transcultural.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Todas as pendências solicitadas foram atendidas.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

As alterações nos TCLE foram atendidas.

**Recomendações:**

Sem recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Todas as pendências solicitadas foram devidamente atendidas.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**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 196/96, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Situação: Protocolo aprovado.

24 de Outubro de 2012

---

**Assinador por:**  
**Anibal Gil Lopes**  
(Coordenador)

## ANEXO F- Normas Revista de Nutrição PUC Campinas

### INSTRUÇÕES AOS AUTORES

#### *Escopo e política*

A Revista de Nutrição é um periódico especializado que publica artigos que contribuem para o estudo da Nutrição em suas diversas subáreas e interfaces. Com periodicidade bimestral, está aberta a contribuições da comunidade científica nacional e internacional.

Os manuscritos podem ser rejeitados sem comentários detalhados após análise inicial, por pelo menos dois editores da Revista de Nutrição, se os artigos forem considerados inadequados ou de prioridade científica insuficiente para publicação na Revista.

#### *Categoria dos artigos*

A Revista aceita artigos inéditos em português, espanhol ou inglês, com título, resumo e termos de indexação no idioma original e em inglês, nas seguintes categorias:

*Original:* contribuições destinadas à divulgação de resultados de pesquisas inéditas, tendo em vista a relevância do tema, o alcance e o conhecimento gerado para a área da pesquisa (limite máximo de 5 mil palavras).

*Especial:* artigos a convite sobre temas atuais (limite máximo de 6 mil palavras).

*Revisão (a convite):* síntese de conhecimentos disponíveis sobre determinado tema, mediante análise e interpretação de bibliografia pertinente, de modo a conter uma análise crítica e comparativa dos trabalhos na área, que discuta os limites e alcances metodológicos, permitindo indicar perspectivas de continuidade de estudos naquela linha de pesquisa (limite máximo de 6 mil palavras). Serão publicados até dois trabalhos por fascículo.

*Comunicação:* relato de informações sobre temas relevantes, apoiado em pesquisas recentes, cujo mote seja subsidiar o trabalho de profissionais que atuam na área, servindo de apresentação ou atualização sobre o tema (limite máximo de 4 mil palavras).

*Nota Científica:* dados inéditos parciais de uma pesquisa em andamento (limite máximo de 4 mil palavras).

*Ensaio:* trabalhos que possam trazer reflexão e discussão de assunto que gere questionamentos e hipóteses para futuras pesquisas (limite máximo de 5 mil palavras).

*Seção Temática (a convite):* seção destinada à publicação de 2 a 3 artigos coordenados entre si, de diferentes autores, e versando sobre tema de interesse atual (máximo de 10 mil palavras no total).

*Categoria e a área temática do artigo:* os autores devem indicar a categoria do artigo e a área temática, a saber: alimentação e ciências sociais, avaliação nutricional, bioquímica nutricional,

dietética, educação nutricional, epidemiologia e estatística, micronutrientes, nutrição clínica, nutrição experimental, nutrição e geriatria, nutrição materno-infantil, nutrição em produção de refeições, políticas de alimentação e nutrição e coletiva.

#### Pesquisas envolvendo seres vivos

Resultados de pesquisas relacionadas a seres humanos e animais devem ser acompanhados de cópia de aprovação do parecer de um Comitê de Ética em pesquisa.

#### Registros de Ensaio Clínicos

Artigos com resultados de pesquisas clínicas devem apresentar um número de identificação em um dos Registros de Ensaio Clínicos validados pelos critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

Os autores devem indicar três possíveis revisores para o manuscrito. Opcionalmente, podem indicar três revisores para os quais não gostaria que seu trabalho fosse enviado.

#### Procedimentos editoriais

##### *Autoria*

A indicação dos nomes dos autores logo abaixo do título do artigo é limitada a 6. O crédito de autoria deverá ser baseado em contribuições substanciais, tais como concepção e desenho, ou análise e interpretação dos dados. Não se justifica a inclusão de nomes de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima.

Os manuscritos devem conter, na página de identificação, explicitamente, a contribuição de cada um dos autores.

##### *Processo de julgamento dos manuscritos*

Todos os outros manuscritos só iniciarão o processo de tramitação se estiverem de acordo com as Instruções aos Autores. Caso contrário, serão devolvidos para adequação às normas, inclusão de carta ou de outros documentos eventualmente necessários.

Recomenda-se fortemente que o(s) autor(es) busque(m) assessoria linguística profissional (revisores e/ou tradutores certificados em língua portuguesa e inglesa) antes de submeter(em) originais que possam conter incorreções e/ou inadequações morfológicas, sintáticas, idiomáticas ou de estilo. Devem ainda evitar o uso da primeira pessoa "meu estudo...", ou da primeira pessoa do plural "percebemos...", pois em texto científico o discurso deve ser impessoal, sem juízo de valor e na terceira pessoa do singular.

Originals identificados com incorreções e/ou inadequações morfológicas ou sintáticas serão devolvidos antes mesmo de serem submetidos à avaliação quanto ao mérito do trabalho e à conveniência de sua publicação.

Aprovados nesta fase, os manuscritos serão encaminhados aos revisores ad hoc selecionados pelos editores. Cada manuscrito será enviado para dois revisores de reconhecida competência na temática abordada, podendo um deles ser escolhido a partir da indicação dos autores. Em caso de desacordo, o original será enviado para uma terceira avaliação.

Todo processo de avaliação dos manuscritos terminará na segunda e última versão.

O processo de avaliação por pares é o sistema de blind review, procedimento sigiloso quanto à identidade tanto dos autores quanto dos revisores. Por isso os autores deverão empregar todos os meios possíveis para evitar a identificação de autoria do manuscrito.

Os pareceres dos revisores comportam três possibilidades: a) aprovação; b) recomendação de nova análise; c) recusa. Em quaisquer desses casos, o autor será comunicado.

Os pareceres são analisados pelos editores associados, que propõem ao Editor Científico a aprovação ou não do manuscrito.

Manuscritos recusados, mas com possibilidade de reformulação, poderão retornar como novo trabalho, iniciando outro processo de julgamento.

#### *Conflito de interesse*

No caso da identificação de conflito de interesse da parte dos revisores, o Comitê Editorial encaminhará o manuscrito a outro revisor ad hoc.

Manuscritos aceitos: manuscritos aceitos poderão retornar aos autores para aprovação de eventuais alterações, no processo de editoração e normalização, de acordo com o estilo da Revista.

Provas: serão enviadas provas tipográficas aos autores para a correção de erros de impressão. As provas devem retornar ao Núcleo de Editoração na data estipulada. Outras mudanças no manuscrito original não serão aceitas nesta fase.

#### *Preparo do manuscrito*

##### Submissão de trabalhos

Serão aceitos trabalhos acompanhados de carta assinada por todos os autores, com descrição do tipo de trabalho e da área temática, declaração de que o trabalho está sendo submetido apenas à Revista de Nutrição e de concordância com a cessão de direitos autorais e uma carta sobre a principal contribuição do estudo para a área.

Caso haja utilização de figuras ou tabelas publicadas em outras fontes, deve-se anexar documento que ateste a permissão para seu uso.

Enviar os manuscritos via site <<http://www.scielo.br/rn>>, preparados em espaço entrelinhas 1,5, com fonte Arial 11. O arquivo deverá ser gravado em editor de texto similar ou superior à versão 97-2003 do Word (Windows).

O texto deverá contemplar o número de palavras de acordo com a categoria do artigo. As folhas deverão ter numeração personalizada desde a folha de rosto (que deverá apresentar o número 1). O papel deverá ser de tamanho A4, com formatação de margens superior e inferior (no mínimo 2,5cm), esquerda e direita (no mínimo 3cm).

Os artigos devem ter, aproximadamente, 30 referências, exceto no caso de artigos de revisão, que podem apresentar em torno de 50. Sempre que uma referência possuir o número de Digital Object Identifier (DOI), este deve ser informado.

Versão reformulada: a versão reformulada deverá ser encaminhada via <<http://www.scielo.br/rn>>. O(s) autor(es) deverá(ão) enviar apenas a última versão do trabalho.

O texto do artigo deverá empregar fonte colorida (cor azul) ou sublinhar, para todas as alterações, juntamente com uma carta ao editor, reiterando o interesse em publicar nesta Revista e informando quais alterações foram processadas no manuscrito, na versão reformulada. Se houver discordância quanto às recomendações dos revisores, o(s) autor (es) deverão apresentar os argumentos que justificam sua posição. O título e o código do manuscrito deverão ser especificados.

*Página de rosto:*

- a) título completo - deve ser conciso, evitando excesso de palavras, como "avaliação do...", "considerações acerca de..." 'estudo exploratório....";
- b) short title com até 40 caracteres (incluindo espaços), em português (ou espanhol) e inglês;
- c) nome de todos os autores por extenso, indicando a filiação institucional de cada um. Será aceita uma única titulação e filiação por autor. O(s) autor(es) deverá(ão), portanto, escolher, entre suas titulações e filiações institucionais, aquela que julgar(em) a mais importante.
- d) Todos os dados da titulação e da filiação deverão ser apresentados por extenso, sem siglas.
- e) Indicação dos endereços completos de todas as universidades às quais estão vinculados os autores;
- f) Indicação de endereço para correspondência com o autor para a tramitação do original, incluindo fax, telefone e endereço eletrônico;

Observação: esta deverá ser a única parte do texto com a identificação dos autores.

*Resumo:* todos os artigos submetidos em português ou espanhol deverão ter resumo no idioma original e em inglês, com um mínimo de 150 palavras e máximo de 250 palavras.

Os artigos submetidos em inglês deverão vir acompanhados de resumo em português, além do abstract em inglês.

Para os artigos originais, os resumos devem ser estruturados destacando objetivos, métodos básicos adotados, informação sobre o local, população e amostragem da pesquisa, resultados e conclusões mais relevantes, considerando os objetivos do trabalho, e indicando formas de continuidade do estudo. Para as demais categorias, o formato dos resumos deve ser o narrativo, mas com as mesmas informações.

O texto não deve conter citações e abreviaturas. Destacar no mínimo três e no máximo seis termos de indexação, utilizando os descritores em Ciência da Saúde - DeCS - da Bireme <<http://decs.bvs.br>>.

Texto: com exceção dos manuscritos apresentados como Revisão, Comunicação, Nota Científica e Ensaio, os trabalhos deverão seguir a estrutura formal para trabalhos científicos:

*Introdução:* deve conter revisão da literatura atualizada e pertinente ao tema, adequada à apresentação do problema, e que destaque sua relevância. Não deve ser extensa, a não ser em manuscritos submetidos como Artigo de Revisão.

*Métodos:* deve conter descrição clara e sucinta do método empregado, acompanhada da correspondente citação bibliográfica, incluindo: procedimentos adotados; universo e amostra; instrumentos de medida e, se aplicável, método de validação; tratamento estatístico.

Em relação à análise estatística, os autores devem demonstrar que os procedimentos utilizados foram não somente apropriados para testar as hipóteses do estudo, mas também corretamente interpretados.

Os níveis de significância estatística (ex.  $p < 0.05$ ;  $p < 0.01$ ;  $p < 0.001$ ) devem ser mencionados.

Informar que a pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética credenciado junto ao Conselho Nacional de Saúde e fornecer o número do processo.

Ao relatar experimentos com animais, indicar se as diretrizes de conselhos de pesquisa institucionais ou nacionais - ou se qualquer lei nacional relativa aos cuidados e ao uso de animais de laboratório - foram seguidas.

*Resultados:* sempre que possível, os resultados devem ser apresentados em tabelas ou figuras, elaboradas de forma a serem auto-explicativas e com análise estatística. Evitar repetir dados no texto.

Tabelas, quadros e figuras devem ser limitados a cinco no conjunto e numerados consecutiva e independentemente com algarismos arábicos, de acordo com a ordem de menção dos dados, e devem vir em folhas individuais e separadas, com indicação de sua localização no texto. É imprescindível a informação do local e ano do estudo. A cada um se deve atribuir um título breve. Os quadros e tabelas terão as bordas laterais abertas.

O(s) autor(es) se responsabiliza(m) pela qualidade das figuras (desenhos, ilustrações, tabelas, quadros e gráficos), que deverão ser elaboradas em tamanhos de uma ou duas colunas (7 e 15cm,

respectivamente); não é permitido o formato paisagem. Figuras digitalizadas deverão ter extensão jpeg e resolução mínima de 300 dpi.

Gráficos e desenhos deverão ser gerados em programas de desenho vetorial (Microsoft Excel, CorelDraw, Adobe Illustrator etc.), acompanhados de seus parâmetros quantitativos, em forma de tabela e com nome de todas as variáveis.

A publicação de imagens coloridas, após avaliação da viabilidade técnica de sua reprodução, será custeada pelo(s) autor(es). Em caso de manifestação de interesse por parte do(s) autor(es), a Revista de Nutrição providenciará um orçamento dos custos envolvidos, que poderão variar de acordo com o número de imagens, sua distribuição em páginas diferentes e a publicação concomitante de material em cores por parte de outro(s) autor(es).

Uma vez apresentado ao(s) autor(es) o orçamento dos custos correspondentes ao material de seu interesse, este(s) deverá(ão) efetuar depósito bancário. As informações para o depósito serão fornecidas oportunamente.

*Discussão:* deve explorar, adequada e objetivamente, os resultados, discutidos à luz de outras observações já registradas na literatura.

*Conclusão:* apresentar as conclusões relevantes, considerando os objetivos do trabalho, e indicar formas de continuidade do estudo. Não serão aceitas citações bibliográficas nesta seção.

*Agradecimentos:* podem ser registrados agradecimentos, em parágrafo não superior a três linhas, dirigidos a instituições ou indivíduos que prestaram efetiva colaboração para o trabalho.

*Anexos:* deverão ser incluídos apenas quando imprescindíveis à compreensão do texto. Caberá aos editores julgar a necessidade de sua publicação.

*Abreviaturas e siglas:* deverão ser utilizadas de forma padronizada, restringindo-se apenas àquelas usadas convencionalmente ou sancionadas pelo uso, acompanhadas do significado, por extenso, quando da primeira citação no texto. Não devem ser usadas no título e no resumo.

Referências de acordo com o estilo Vancouver

*Referências:* devem ser numeradas consecutivamente, seguindo a ordem em que foram mencionadas pela primeira vez no texto, conforme o estilo Vancouver.

Nas referências com dois até o limite de seis autores, citam-se todos os autores; acima de seis autores, citam-se os seis primeiros autores, seguido de et al.

As abreviaturas dos títulos dos periódicos citados deverão estar de acordo com o Index Medicus.

Não serão aceitas citações/referências de monografias de conclusão de curso de graduação, de trabalhos de Congressos, Simpósios, Workshops, Encontros, entre outros, e de textos não publicados (aulas, entre outros).

Se um trabalho não publicado, de autoria de um dos autores do manuscrito, for citado (ou seja, um artigo in press), será necessário incluir a carta de aceitação da revista que publicará o referido artigo.

Se dados não publicados obtidos por outros pesquisadores forem citados pelo manuscrito, será necessário incluir uma carta de autorização, do uso dos mesmos por seus autores.

*Citações bibliográficas no texto:* deverão ser expostas em ordem numérica, em algarismos arábicos, meia linha acima e após a citação, e devem constar da lista de referências. Se forem dois autores, citam-se ambos ligados pelo "&"; se forem mais de dois, cita-se o primeiro autor, seguido da expressão et al.

A exatidão e a adequação das referências a trabalhos que tenham sido consultados e mencionados no texto do artigo são de responsabilidade do autor. Todos os autores cujos trabalhos forem citados no texto deverão ser listados na seção de Referências.

#### *Lista de checagem*

- Declaração de responsabilidade e transferência de direitos autorais assinada por cada autor.
- Verificar se o texto, incluindo resumos, tabelas e referências, está reproduzido com letras fonte Arial, corpo 11 e entrelinhas 1,5 e com formatação de margens superior e inferior (no mínimo 2,5cm), esquerda e direita (no mínimo 3cm).
- Indicação da categoria e área temática do artigo.
- Verificar se estão completas as informações de legendas das figuras e tabelas.
- Preparar página de rosto com as informações solicitadas.
- Incluir o nome de agências financiadoras e o número do processo.
- Indicar se o artigo é baseado em tese/dissertação, colocando o título, o nome da instituição, o ano de defesa.
- Incluir título do manuscrito, em português e em inglês.
- Incluir título abreviado (short title), com 40 caracteres, para fins de legenda em todas as páginas.
- Incluir resumos estruturados para trabalhos submetidos na categoria de originais e narrativos para manuscritos submetidos nas demais categorias, com um mínimo de 150 palavras e máximo de 250 palavras nos dois idiomas, português e inglês, ou em espanhol, nos casos em que se aplique, com termos de indexação
- Verificar se as referências estão normalizadas segundo estilo Vancouver, ordenadas na ordem em que foram mencionadas pela primeira vez no texto, e se todas estão citadas no texto.
- Incluir permissão de editores para reprodução de figuras ou tabelas publicadas.
- Cópia do parecer do Comitê de Ética em pesquisa.

#### *Documentos*

### Declaração de responsabilidade e transferência de direitos autorais

Cada autor deve ler e assinar os documentos (1) Declaração de Responsabilidade e (2) Transferência de Direitos Autorais, nos quais constarão:

- Título do manuscrito:

- Nome por extenso dos autores (na mesma ordem em que aparecem no manuscrito).

- Autor responsável pelas negociações:

1. Declaração de responsabilidade: todas as pessoas relacionadas como autoras devem assinar declarações de responsabilidade nos termos abaixo:

- "Certifico que participei da concepção do trabalho para tornar pública minha responsabilidade pelo seu conteúdo, que não omiti quaisquer ligações ou acordos de financiamento entre os autores e companhias que possam ter interesse na publicação deste artigo";

- "Certifico que o manuscrito é original e que o trabalho, em parte ou na íntegra, ou qualquer outro trabalho com conteúdo substancialmente similar, de minha autoria, não foi enviado a outra Revista e não o será, enquanto sua publicação estiver sendo considerada pela Revista de Nutrição, quer seja no formato impresso ou no eletrônico".

2. Transferência de Direitos Autorais: "Declaro que, em caso de aceitação do artigo, a Revista de Nutrição passa a ter os direitos autorais a ele referentes, que se tornarão propriedade exclusiva da Revista, vedado a qualquer reprodução, total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem que a prévia e necessária autorização seja solicitada e, se obtida, farei constar o competente agradecimento à Revista".

Assinatura do(s) autores(s) Data \_\_ / \_\_ / \_\_

### *Justificativa do artigo*

Destaco que a principal contribuição do estudo para a área em que se insere é a seguinte:

---

(Escreva um parágrafo justificando porque a revista deve publicar o seu artigo, destacando a sua relevância científica, a sua contribuição para as discussões na área em que se insere, o(s) ponto(s) que caracteriza(m) a sua originalidade e o conseqüente potencial de ser citado)

Dada a competência na área do estudo, indico o nome dos seguintes pesquisadores (três) que podem atuar como revisores do manuscrito. Declaro igualmente não haver qualquer conflito de interesses para esta indicação.

---

## **ANEXO G – Norma Revista de Enfermagem UERJ**

### **REVISTA ENFERMAGEM UERJ**

#### **Normas para Publicação**

##### **Política Editorial**

A Revista Enfermagem UERJ, criada em 1993, é um veículo de difusão científica da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Seu principal objetivo é publicar trabalhos originais e inéditos de autores brasileiros e de outros países, que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da Enfermagem, da Saúde e ciências afins. É uma revista trimestral, que publica resultados de pesquisa, estudos teóricos, revisões críticas da literatura e discussão de temas atuais e relevantes para os campos aos quais se destina.

Caracteriza-se como periódico internacional, abrangendo predominantemente os países da América Latina e Caribe, embora também tenha circulação nos Estados Unidos, Canadá, França, Suécia, Portugal e Espanha.

A proposta editorial da Revista vem ao encontro das tendências contemporâneas de integração e complementaridade de áreas de conhecimento, que levam em conta a vocação da Enfermagem para a diversidade e para a articulação das diferentes áreas. Adota a normalização dos "Requisitos Uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos" (Estilo Vancouver), conforme matéria publicada pelo International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e disponível em <http://www.icmje.org/>.

O processo editorial da Revista Enfermagem UERJ visa a apresentar à comunidade científica textos que representem uma contribuição significativa para a área.

A abreviatura de seu título é Rev enferm UERJ, que deve ser usada em bibliografias, notas de rodapé, referências e legendas bibliográficas.

##### **Submissão do Manuscrito**

1. A submissão dos manuscritos é feita on-line no site: <http://www.facenf.uerj.br/revenfermuerj.html>
2. O nome completo de cada autor, sua instituição de origem, país, e-mail e síntese da biografia devem ser informados nos metadados e no corpo do artigo, logo abaixo dos títulos.
3. Os autores deverão enviar documento de Transferência de Direitos Autorais e Declaração de Responsabilidade. Estes documentos deverão ser elaborados conforme modelos da Revista (disponível na página web da Revista), digitalizados no formato PDF e anexados no processo de submissão.
4. Os conceitos emitidos no manuscrito são de responsabilidade exclusiva do(s) autor(es), não refletindo obrigatoriamente a opinião dos Editores e do Conselho Editorial.
5. Caso a pesquisa envolva seres humanos, os autores deverão apresentar, também, declaração de que foi obtido consentimento dos sujeitos por escrito (consentimento informado), anexando cópia da apro-

vação do Comitê de Ética que analisou o estudo. Este documento deverá ser digitalizado no formato PDF e anexado no processo de submissão.

6.O processo de revisão editorial só terá início se o encaminhamento do manuscrito obedecer às condições anteriores; caso contrário, todo o material será devolvido para adequação.

7.Caso o manuscrito seja aprovado para publicação, todos os seus autores, sem exceção, deverão ser assinantes da Revista.

### **Procedimentos da Comissão Editorial**

1.Os Editores recebem o material encaminhado para publicação e fazem uma primeira apreciação, no que se refere à adequação dos textos às normas de publicação e, se considerados potencialmente publicáveis, serão encaminhados para dois Consultores Ad Hoc.

2.Os autores são comunicados sobre o recebimento do manuscrito pelo Editor, através de e-mail. Os autores deverão ficar atento à confirmação de recebimento, que será enviada pela Secretaria da Revista para o mesmo e-mail de remessa ou outro expressamente indicado.

3.Os Consultores Ad Hoc emitem seus pareceres em três modalidades: aceito sem alterações; recomendando modificações ou recusando a publicação do manuscrito. No caso de recomendação com modificações, os autores serão notificados das sugestões, devendo cumpri-las num prazo de 30 dias, a partir do seu recebimento. Em caso de recusa, os autores serão notificados das razões que justificam a decisão. Os manuscritos recusados poderão ser reapresentados à Revista, desde que sejam amplamente reformulados, sendo considerados como contribuição nova. Cópias dos pareceres serão enviadas aos autores, exceto quando houver restrição expressa por parte do Consultor. Os originais não publicados serão destruídos após seis meses da finalização da tramitação editorial.

4.A versão final do manuscrito, contendo as alterações solicitadas pelos consultores, será avaliada pelo Conselho Editorial, que tomará a decisão final acerca da publicação ou da solicitação de novas alterações.

5.Após aprovação do Conselho Editorial, será comunicado aos autores o volume e o fascículo da Revista no qual o artigo será publicado.

6.No caso de aceitação para publicação, os Editores reservam-se o direito de introduzir pequenas alterações no texto, figuras e tabelas para efeito de padronização, conforme parâmetros editoriais da Revista e dos Requisitos Uniformes.

7.O processo de avaliação por pares utiliza o sistema de blind review, preservando a identidade dos autores e consultores. As identidades dos autores serão informadas ao Conselho Editorial apenas na fase final de avaliação.

### **Direitos autorais**

A Revista Enfermagem UERJ detém os direitos autorais de todas as matérias publicadas. A reprodução total dos artigos em outras publicações requer autorização por escrito dos Editores. As citações

(com mais de 500 palavras), reprodução de uma ou mais figuras, tabelas ou outras ilustrações devem ter permissão escrita dos Editores e dos autores.

A reprodução de outras publicações pela Revista deverá obedecer aos seguintes critérios. As citações (com mais de 500 palavras), reprodução de uma ou mais figuras, tabelas ou outras ilustrações devem ter permissão escrita do detentor dos direitos autorais do trabalho original para a reprodução na Revista Enfermagem UERJ. A permissão deve ser endereçada ao autor do trabalho submetido.

### **Composição do Manuscrito**

A Revista Enfermagem UERJ adota as normas de publicação "Requisitos Uniformes" (Estilo Vancouver). Os manuscritos submetidos devem ser redigidos em português, espanhol, inglês ou francês e apresentar as referências como última seção.

Os textos deverão ser apresentados dentro de uma das seguintes modalidades:

Artigo de Pesquisa - Investigação baseada em dados empíricos, que utilize metodologia científica e incluam introdução, referencial teórico, metodologia, resultados e discussão, conclusão - limitados a 3.500 palavras;

Estudo Teórico - Análise de construtos teóricos, levando ao questionamento de modelos existentes na enfermagem e na saúde e a elaboração de hipóteses para futuras pesquisas - limitados a 3.000 palavras;

Artigo de Revisão - corresponde à análise de um corpo abrangente e extenso de investigações, relativas a assuntos de interesse para o desenvolvimento da enfermagem e da saúde - limitados a 3.000 palavras;

Atualidade - Texto reflexivo ou informativo sobre assunto relevante e atual, com perspectiva de interesse para a enfermagem e a saúde; intercâmbio de opiniões entre editores e leitores sobre trabalhos publicados - limitados a 2.500 palavras.

A contagem de palavras dar-se-á da Introdução ao fim da Conclusão, excluindo-se as referências e quaisquer figuras.

Os textos deverão ser digitados em processador de texto Word for Windows, versão 2007 ou anterior, papel tamanho A4, espaçamento entrelinhas 1,5, sem recuo de parágrafos, fonte Times New Roman tamanho 12, com formatação de margens superior, inferior, esquerda e direita de 2 cm, numeradas, embaixo e à direita, a partir da primeira folha.

Não deverá ser utilizada nenhuma forma de destaque no texto (sublinhado, negrito, marcas d'água, aspas), exceto para títulos e subtítulos. Utilize apenas itálico em palavras ou expressões que realmente necessitem ser enfatizadas no texto impresso.

A apresentação dos trabalhos deve ser encaminhada em um único arquivo, exceção feita às tabelas/figuras.

O arquivo deve conter a seguintes informações em ordem:

**Título**

Título pleno nos idiomas Português, Inglês e Espanhol, não devendo exceder 15 palavras. Não deve incluir siglas, nomes de cidades, países ou outras informações geográficas, nem chamadas para notas.

· Sugestão de título abreviado para cabeçalho, não devendo exceder seis palavras.

**Autoria**

Nomes dos autores e suas afiliações institucionais

**Resumo em Português**

O resumo deve ter entre 100 e 150 palavras. No caso de relato de pesquisa, o resumo deve incluir: problema investigado, objetivos do estudo, método de pesquisa contendo características pertinentes da amostra ou grupo de estudo, e procedimentos utilizados para a coleta e análise de dados, campo e período do estudo, resultados relevantes, conclusão ou suas implicações ou aplicações. Os resumos de revisão crítica, de estudo teórico ou de artigo de atualidades devem incluir: tema, objetivo, tese, construto sob análise ou organizador do estudo, fontes utilizadas e conclusões. Não inserir chamada para notas.

**Palavras-Chave**

Devem ser apresentadas quatro palavras-chave, digitadas em letra minúscula (apenas a letra inicial da primeira palavra deverá ser maiúscula) e separadas por ponto-e-vírgula. Devem ser escolhidas palavras que classifiquem o texto com precisão adequada, que permitam que ele seja recuperado junto com trabalhos semelhantes, e que possivelmente seriam evocadas por um pesquisador efetuando levantamento bibliográfico.

Deverá ser dada preferência ao uso de descritores extraídos do vocabulário Descritores em Ciências da Saúde (LILACS), quando acompanharem os resumos em português, e do Medical Subject Headings (MESH), quando acompanharem os Abstracts. Se não forem encontrados descritores disponíveis para cobrirem a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos ou expressões de uso conhecido.

Se o texto e seu resumo inicial forem redigidos em português, apresentar o Abstract (em inglês) e o Resumen (em espanhol) obedecendo às mesmas especificações para a versão em português, seguidos de keywords e palavras clave, compatíveis e na mesma ordem de inserção das palavras-chave em português.

Se o texto e seu resumo inicial forem redigidos em inglês, espanhol ou francês, apresentar dois resumos em idiomas diferentes, observando a seguinte ordem: português, inglês, espanhol ou francês.

**Corpo do Texto**

Não inicie uma nova página a cada subtítulo; separe-os utilizando uma linha em branco. Em todas as categorias de trabalho original, o texto deve ter uma organização de reconhecimento fácil, sinalizada por um sistema de títulos e subtítulos que reflitam esta organização.

As referências no texto a figuras e tabelas deverão ser feitas sempre acompanhadas do número respectivo ao qual se referem (não devem ser utilizadas as expressões “a tabela acima” ou “a figura abaixo”).

Os locais sugeridos para inserção de figuras e tabelas deverão ser indicados no texto.

As citações de autores deverão ser feitas conforme os exemplos apresentados na seção final deste texto, observando os Requisitos Uniformes (Estilo Vancouver).

A transcrição na íntegra de um texto de até três linhas deve ser delimitada por aspas e numerada de acordo com a ordem de citação no texto. Uma citação literal com mais de três linhas deve ser apresentada em bloco próprio e sem aspas, começando em nova linha, com recuo de 2,5cm da margem esquerda. O tamanho da fonte para citações deve ser 12, como no restante do texto, sem destaque. Não empregar os termos *op. cit.*, *id.*, *Ibidem*. A expressão *apud* é a única a ser utilizada no texto ou notas. Apenas as obras consultadas e mencionadas no texto devem aparecer na lista de referências.

A citação de trechos de depoimentos dos entrevistados deverá ser apresentada com recuo de 2,5cm da margem esquerda, em itálico, sem aspas e com a identificação fictícia do depoente (Ex: E1, E2, .)

### **Referências**

Observar o Estilo Vancouver.

Os artigos deverão apresentar o limite mínimo de 10 obras analisadas. A formatação da lista de referências deve adotar espaço 1,5 e tamanho de fonte 12, sem parágrafo, recuo ou deslocamento das margens; o sobrenome dos autores em letras minúsculas, à exceção da primeira letra; os nomes secundários serão representados por suas iniciais em maiúsculas sem separação entre elas; não fazer destaques para títulos. Numerar as referências de forma consecutiva, conforme a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto e identificá-las pelo mesmo número sempre que citadas.

### **Anexos**

Apenas quando contiverem informação original importante, ou destacamento indispensável para a compreensão de alguma seção do trabalho. Recomenda-se evitar anexos.

### **Tabelas**

O total de tabelas/figuras não deverá exceder a 3 (três) ilustrações.

Apresentar uma tabela por arquivo separado do texto, com título numerado sequencialmente, compostas no software MS-Excel versão 2007 ou anterior. O comprimento da tabela não deve exceder 55 linhas, incluindo título, e largura de 8cm, 12cm ou 16cm.

A tabela deverá ser digitada utilizando-se fonte Times New Roman tamanho 10 e espaçamento entrelinhas simples, sem qualquer forma de tabulação ou recuos de parágrafos.

### **Figuras**

São consideradas como figura todas as ilustrações que não se enquadrem na definição de tabela; portanto, quadros, gráficos, desenhos, fotos, etc. Não são aceitas figuras coloridas ou com fundo reticulado (cinza).

Apresentar uma figura por arquivo separado do texto, com título numerado sequencialmente e legenda, compostas nos softwares MS-Excel versão 2007 ou anterior, e arquivos com extensão TIF ou JPG. Não gravar em formato BMP ou compactados.

A figura deverá ser formatada utilizando-se fonte Times New Roman tamanho 10 e espaçamento entrelinhas simples, sem qualquer forma de tabulação ou recuos de parágrafos.

Ao usar scanner para reproduzir imagens, utilizar resolução de 300 DPI no modo tons de cinza.

Não serão aceitos arquivos de figuras (gráficos, quadros e ilustrações) ou de tabelas construídos em outros processadores e colados como figura no Word.

### **Notas**

As notas não-bibliográficas deverão ser reduzidas a um mínimo e colocadas em página separada do texto, identificadas e ordenadas por algarismos romanos, (não utilizar o recurso de inserir nota de rodapé, mas apenas digitá-las como parte normal do texto).

Inserir agradecimentos às agências financiadoras, informação e outros, seguidas pelas demais observações relativas ao texto do trabalho.

### **Exemplos de Citações no Corpo do Texto**

Não mencionar os nomes dos autores das citações. Indicar os números das obras conforme lista de referências do texto.