

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

DENIZE LETICIA MARCOLINO

SAÚDE DAS MULHERES INDÍGENAS NO BRASIL:

uma revisão integrativa

Porto Alegre

2012

DENIZE LETICIA MARCOLINO

SAÚDE DAS MULHERES INDÍGENAS NO BRASIL:

uma revisão integrativa

Trabalho de Conclusão apresentado ao curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Enfermeiro.

Orientadora Prof^ª. Dr^ª. Cláudia J. Armellini

Porto Alegre

2012

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pela minha vida e pela sua infinita presença em minha vida.

Agradeço em especial a minha mãe Ivone pelo seu amor, carinho e ensinamentos que tem dedicado a mim ao longo desse tempo. Durante o tempo da minha graduação estivemos longe uma da outra, mas sei que ela sempre esteve ao meu lado, dando-me apoio, incentivo e torcendo para que eu conquistasse os meus objetivos; sempre me motivando e acreditando em minha capacidade.

Ao meu esposo Josias pelo amor, carinho e compreensão e por estar ao meu lado todos os momentos.

Aos meus irmãos Cristiano e Alexsandro e as minhas cunhadas pelo apoio e demonstração de carinho e consideração por mim. As minhas tias, primos e primas que mesmo distantes, sempre estiveram dispostos a ajudarem e incentivarem para que eu concluísse o curso de Enfermagem.

À minha avó pelo amor e carinho que sempre me proporcionou, mesmo sem compreender muito a situação e, muitas vezes, não aceitando bem o fato de eu ter saído do convívio diário da família, mas sempre a espera do meu retorno.

Aos meus colegas de curso de graduação pela recepção, em especial as minhas colegas e amigas de coração, Carla e Francine, estarem comigo nos momentos difíceis e também nos momentos felizes.

Aos docentes da Escola de Enfermagem pelo carisma, companheirismo, por serem exemplos de pessoas e profissionais maravilhosos e por terem contribuído na minha formação.

A todas as pessoas que compõem a Comissão de Acesso e Permanência dos Estudantes Indígenas - CAPEIn, por excelente trabalho de acompanhamento aos estudantes indígenas.

Agradecimento especial à minha querida orientadora, Professora Cláudia Junqueira Armellini, por se colocar a disposição, pelo apoio, incentivo, amizade e orientações durante os semestres de elaboração deste estudo.

RESUMO

O presente estudo é uma revisão integrativa de pesquisa, baseada na metodologia proposta por Cooper (1982), que objetivou conhecer os temas dos estudos sobre a saúde das mulheres indígenas no Brasil. A amostra do estudo contou com 15 artigos científicos pesquisados na base de dados LILACS e publicados entre janeiro de 2005 a dezembro de 2011. A revisão possibilitou a identificação de oito temas relacionados à saúde das mulheres indígenas, sendo dois estudos realizados somente com indivíduos do sexo feminino e os demais incluíram ambos os sexos. Os temas mais frequentes foram perfil metabólico e antropométrico e estado nutricional, e saúde bucal. Outros temas encontrados foram vírus da Hepatite B, C e D, lesão do ligamento cruzado anterior, anemia, câncer de mama, anticorpos do vírus da Varicela-Zoster, Diabetes Mellitus e tolerância à glicose respectivamente. Foi possível perceber a escassez de pesquisas brasileiras que abordassem a temática saúde das mulheres indígenas, principalmente quando se trata de questões referentes ao ciclo gravídico puerperal, fecundidade, planejamento familiar, ginecologia, gênero, cultura entre outras que são relevantes na saúde da mulher. A partir da análise dos estudos, verificou-se que as mulheres indígenas estudadas apresentam presença de fatores protetores para câncer de mama como aleitamento, multiparidade, ausência do uso de hormônios, o não tabagismo e não etilismo. Quanto aos demais estudos, foram constatadas alterações metabólicas e antropométricas entre as populações indígenas estudadas, foram observados indivíduos com excesso de peso, dislipidemias e elevação dos níveis pressóricos. A obesidade central foi encontrada em maior proporção nas mulheres da etnia Suyá. Esses achados se devem ao processo de transição epidemiológica e nutricional observado nas populações indígenas. Frente ao exposto, há necessidade de implementação de medidas que visem o controle e a prevenção da obesidade, como também de ações educativas que possam resgatar hábitos e estilo de vida tradicionais desses grupos, a fim de minimizar problemas relacionados à saúde.

Descritores: Índios sul-americanos, Indígenas, Saúde indígena, Saúde da mulher.

LISTA DE FIGURAS

Quadro 1 – Artigos que compõem a amostra do estudo.....	17
Gráfico 1 – Série histórica do crescimento populacional indígena por região	21

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos artigos segundo os descritores, período de 2005-2011	15
Tabela 2 - Distribuição dos estudos por ano de publicação, período 2005-2011..	18
Tabela 3 – Distribuição dos periódicos que abordam o tema saúde das mulheres indígenas, período 2005-2011	19
Tabela 4 – Distribuição dos estudos segundo o local de realização, período 2005-2011.....	20
Tabela 5 – Distribuição dos estudos por regiões do Brasil, período 2005-2011....	20
Tabela 6 – Distribuição proporcional dos tipos de estudos, período 2005-2011 ...	22
Tabela 7 – Distribuição das etnias nos estudos da amostra, período 2005-2011..	23
Tabela 8 – Distribuição dos temas abordados segundo os estudos da amostra, período 2005-2011	24

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	07
2 OBJETIVO	10
3 REVISÃO DE LITERATURA	11
3.1 Contexto histórico da saúde indígena	11
3.2 A saúde da mulher indígena no Brasil	12
4 METODOLOGIA	14
4.1 Tipo de estudo	14
4.2 Formulação do problema	14
4.3 Coleta de dados	14
4.4 Análise e interpretação dos dados.....	15
4.5 Aspectos éticos.....	16
5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	17
5.1 Caracterização da amostra	18
5.2 Temas abordados sobre a saúde das mulheres indígenas identificados nos estudos selecionados	23
5.2.1 Perfil metabólico, antropométrico e estado nutricional	24
5.2.2 Câncer de mama	28
5.2.3 Anemia	29
5.2.4 Diabete Mellitus e tolerância à glicose	30
5.2.5 Saúde bucal	31
5.2.6 Vírus da Hepatite B, C e D	33
5.2.7 Anticorpos do vírus da Varicela-Zoster (VVZ)	34
5.2.8 Lesão do Ligamento Cruzado Anterior (LCA)	35
6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	36
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
REFERÊNCIAS	43
APÊNDICE A - Instrumento de Coleta de Dados	48
APÊNDICE B – Quadro Sinóptico	49
ANEXO - Carta de aprovação da COMPEAQ – EEUFRGS	50

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, a saúde da mulher vem conquistando seu espaço na sociedade, sendo caracterizada pela criação de políticas de atenção a saúde da mulher, como também pela produção de grande número de estudos envolvendo essa temática.

No entanto, poucos estudos consideram a raça, etnia, classe socioeconômica e a cultura que a mulher está inserida, pois essas variáveis evidenciam as desigualdades que existem na sociedade brasileira. Segundo Coimbra e Garnelo (2003), os estudos na sua maioria, são desenvolvidos em contextos urbanos e, além disso, enfocam grupos étnicos/raciais específicos.

A saúde e a doença resultam de um processo dinâmico de vários fatores como as condições socioeconômicas e culturais que influenciam no seu aparecimento. Assim, as desigualdades sociais, econômicas e culturais revelam-se no processo de adoecer das populações e de cada pessoa em particular, de maneira diferenciada (FUNASA, 2000).

A questão indígena está inserida na sociedade contemporânea, sendo que um dos seus aspectos diz respeito às políticas de saúde dirigidas a esse povo. O indígena, como todo cidadão, destacando suas particularidades, está amparado na Constituição Federal de 1988 que estabelece a saúde como direito de todos (BRASIL, 1988). Esta Constituição representa um marco na relação entre Estado e povos indígenas ao declarar que são reconhecidos aos índios sua organização social, línguas, costumes, crenças, tradições e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam (CRUZ, 2005).

Decorrente disso, foram criadas políticas que visam à atenção a saúde dos povos indígenas, como a Política Nacional de Atenção a Saúde dos Povos Indígenas, a qual requer adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde, garantindo-lhes o acesso à assistência de qualidade e assegurando a integralidade e equidade dos serviços de saúde (FUNASA, 2002).

Porém, quando se trata especificamente da saúde da mulher, identifica-se ainda a necessidade de articulação de novas ações de atenção às mulheres, entre

estas, as mulheres indígenas (BRASIL, 2004). A Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher em uma de suas diretrizes recomenda que a política deve atingir as mulheres em todos os ciclos de vida e faixas etárias dos distintos grupos populacionais, entre eles as indígenas (BRASIL, 2004).

Nas regiões onde a população indígena tem mais contato com a população regional, nota-se o aparecimento de novos problemas de saúde relacionados às mudanças introduzidas no seu modo de vida, especialmente na alimentação, que são a hipertensão arterial, o diabetes, o câncer, o alcoolismo, a depressão, problemas esses cada vez mais frequentes em diversas comunidades (FUNASA, 2002).

O Brasil conta hoje com uma população aproximada de 177.000 mulheres indígenas em idade fértil que representa cerca de 60,0% da população indígena feminina. No entanto, são ainda insuficientes os dados epidemiológicos disponíveis para avaliação dos problemas de saúde da população de mulheres e adolescentes indígenas (BRASIL, 2010).

Em relação à saúde das mulheres indígenas, as ações são focadas no controle do pré-natal, parto e puerpério, prevenção do câncer de colo de útero e de mama, imunização, prevenção das DST/HIV/Aids, atenção em planejamento reprodutivo e vigilância nutricional das gestantes em algumas regiões (BRASIL, 2010).

Em consideração a esses aspectos, pouco se conhece sobre as condições de saúde das mulheres indígenas no Brasil. Acredita-se na relevância das informações dos estudos realizados com essas mulheres, pois os mesmos tornam-se fundamentais tanto para subsidiar a formulação de políticas públicas de saúde voltadas para essa população, no planejamento e na programação de uma assistência de qualidade, quanto para ampliar o conhecimento sobre essa temática para os profissionais de enfermagem como de outras áreas da saúde.

Como indígena da etnia Kaingang e acadêmica de enfermagem, percebi que, durante o curso de graduação, as questões de saúde das mulheres indígenas são pouco abordadas, não sendo consideradas as suas especificidades e o contexto em que vivem.

Após a conclusão do curso de Enfermagem pretendo retornar a minha aldeia e exercer a profissão na atenção básica dentro da mesma. Tais fatos motivaram-me

aprofundar os conhecimentos sobre a saúde das mulheres indígenas, por meio da busca de publicações sobre essa população.

Baseada na relevância do estudo questiona-se: Quais os temas abordados na literatura científica sobre a saúde das mulheres indígenas no Brasil?

2 OBJETIVO

Conhecer os temas abordados na literatura científica sobre a saúde das mulheres indígenas brasileiras.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Na revisão de literatura serão abordados aspectos quanto ao contexto histórico da saúde indígena e um breve levantamento das questões sobre a saúde das mulheres indígenas no Brasil.

3.1 Contexto histórico da saúde indígena

Historicamente, a questão de saúde dos povos indígenas vem enfrentando grandes transições. Por volta do ano de 1910, a atenção à saúde dos povos indígenas era de responsabilidade do Serviço de Proteção ao Índio (SPI), onde a assistência à saúde passou a ter uma atenção maior do Estado. Assim, uma das primeiras ações do Estado foi a recuperação da saúde dos indígenas frente às epidemias que surgiram naquela época (BRASIL, 2002).

Em 1967, com a extinção do SPI, foi criada a Fundação Nacional do Índio (FUNAI) e estabelecidos setores para atender especificamente aos problemas de saúde existentes entre a população indígena. A assistência passa a ser prestada pela equipe volante de saúde, a qual realiza atendimentos às comunidades indígenas de sua área de atuação, prestando assistência médica, aplicação de vacinas e supervisionando o trabalho de saúde local (BERNARDES, 2011). Também, foram estabelecidos Postos de Saúde dentro das áreas indígenas, visando atender às necessidades de saúde primária das comunidades (FUNASA, 2000).

Em 1986, com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde foi recomendada a realização da I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio que aconteceu no mesmo ano, onde surgiu a proposta que dá origem ao subsistema especial de atenção a saúde dos povos indígenas (FUNASA, 2000).

Na década de 90, a saúde indígena passa a ser de responsabilidade do Ministério da Saúde por meio da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), a qual conta com Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), que são unidades sanitárias de âmbito local, garantindo-lhes o acesso integral à saúde, contemplando as especificidades étnicas e culturais, por meio desse subsistema integrado ao Sistema Único de Saúde (BERNARDES, 2011).

A Política Nacional de Atenção a Saúde dos Povos Indígenas conceitua o DSEI como sendo um modelo de organização de serviços orientado para um espaço etno-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado (FUNASA, 2000).

Um recente acontecimento nesse contexto foi a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), aprovado em agosto do ano de 2010. Tal fato resultou que as ações da saúde indígena fossem transferidas ao Ministério da Saúde. Compete a essa Secretaria coordenar e executar o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena em todo Território Nacional, tendo como incumbência a proteção, a promoção e a recuperação da saúde dos povos indígenas, além de orientar o desenvolvimento das ações de atenção integral à saúde indígena e de educação em saúde, segundo as peculiaridades, o perfil epidemiológico e a condição sanitária de cada Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), em consonância com as políticas e programas do SUS (BRASIL, 2010).

3.2 A saúde da mulher indígena no Brasil

Atualmente, as mulheres indígenas buscam a sua independência, conquistando seu espaço na sociedade e aos poucos vem incluindo-se em movimentos sociais devido as suas necessidades (CRUZ, 2003). Cruz (2003) refere que as tentativas de formulação de um novo olhar sobre a identidade e o papel das mulheres indígenas implicam na sua família e no seu povo, pois tradicionalmente são voltadas basicamente para a família, sendo essa a atribuição que suas comunidades esperam.

A alta taxa de fecundidade encontrada pode ser resultante da valorização sociocultural, fato esse evidenciado pelo número significativo de mulheres indígenas envolvidas em uniões conjugais e pelo início da fase reprodutiva por volta dos 13-14 anos que se estendem até os 40-45 anos (COIMBRA; GARNELO, 2003).

Com relação à saúde reprodutiva da mulher indígena, vale ressaltar a importância de atentar para os impactos do processo de mudanças sócio-culturais enfrentadas por algumas populações indígenas no Brasil (COIMBRA; GARNELO, 2003). Cita-se o caso das mulheres indígenas Suruí, que apresentam alta prevalência de anemia, o que resulta um grave problema de saúde entre as mulheres em idade reprodutiva. Sua ocorrência pode estar associada a uma recente

diferenciação socioeconômica interna à sociedade indígena (ORELLANA et al., 2011).

Segundo Azevedo (2009), a doença não pode ser compreendida sem a avaliação do contexto sociocultural e ambiental na qual se insere. É nesse sentido que os eventos que ocorrem durante o período reprodutivo das mulheres são imediatamente inscritos na totalidade de seus contextos socioculturais e ambientais.

Acrescenta-se a isso que a saúde reprodutiva das mulheres indígenas tem apontado para elevadas taxas de fecundidade, prevalência de doenças sexualmente transmissíveis, lesões ginecológicas e mastopatias (COIMBRA; GARNELO, 2003).

As populações aldeadas não costumam trazer as questões relacionadas à saúde reprodutiva para atenção dos profissionais de saúde não indígenas, sendo que a demanda por pré-natal e parto costumam ser pequena, pois parecem preferir manter sob seu próprio controle (COIMBRA, GARNELO, 2003). Contudo, garantir uma atenção diferenciada pela valorização das práticas tradicionais seria um meio de melhorar a atenção e adesão das mulheres indígenas no cuidado a sua própria saúde (FUNASA, 2000).

Assim, a saúde e a doença são fenômenos construídos em cada contexto sociocultural que envolve uma série de elementos relacionados à forma de diagnosticar, tratar e prevenir as doenças. Todavia, é importante destacar que, de modo geral, a percepção deste fenômeno ultrapassa simplesmente a noção meramente biofísica, pois suas explicações inserem-se num contexto de totalidade (CRUZ, 2007). Nessa perspectiva, apesar da semelhança biológica, as circunstâncias de vida das mulheres são distintas e esta diversidade vai resultar em diferentes níveis de saúde e doença para cada mulher (OLIVEIRA; MEYER, 2005).

Portanto, torna-se necessária a elaboração de políticas públicas que acolham as mulheres em todos os aspectos que, de uma forma ou de outra, influenciam na sua saúde. Também fica explícita a necessidade de formação dos profissionais para o atendimento específico às mulheres indígenas (AZEVEDO, 2009).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Foi realizada uma revisão integrativa de pesquisa, baseada na metodologia proposta por Cooper (1982).

Conforme orienta o Cooper (1982), a revisão integrativa se desenvolve em cinco etapas: formulação do problema, coleta de dados, avaliação dos dados, análise e interpretação dos dados e apresentação dos resultados.

4.2 Formulação do problema

A formulação do problema é proposta através da seguinte questão norteadora: Quais são os temas abordados na literatura científica sobre a saúde das mulheres indígenas no Brasil?

4.3 Coleta de dados

Foram utilizados artigos de periódicos que contemplaram a temática estudada e indexados na base de dados da Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde – LILACS, por ser o mais importante e abrangente índice da literatura científica e técnica da América Latina e Caribe.

A escolha dos descritores foi baseada nos Descritores em Ciências da Saúde- (DeCS) criados pela Biblioteca Regional de Medicina (BIREME). São eles: índios sul-americanos, saúde indígena, indígenas e saúde da mulher.

Os critérios de inclusão dos artigos foram: ser artigo original que incluam dados primários, que aborde a temática da saúde das mulheres indígenas, resultantes de estudos do tipo quantitativo, qualitativo e quali-quantitativo, em idioma português, publicado no período de janeiro de 2005 até dezembro de 2011 e com texto disponível gratuitamente e *online*.

Os critérios de exclusão foram: artigos que não abordaram a temática da saúde da mulher, do tipo Referencial Teórico, Teses e Revisões Integrativas, artigo incompleto e não escrito no idioma português.

Os resultados obtidos na busca estão apresentados na Tabela 1.

4.4 Análise e interpretação dos dados

A Tabela 1 mostra a distribuição dos artigos encontrados, no período 2005-2011, por descritor, na base de dados LILACS.

Tabela 1 – Distribuição dos artigos segundo os descritores, período de 2005-2011.

DESCRITORES	Artigos no período de 2005-2011	Artigos duplicados	Artigos pré-selecionados	Artigos selecionados
Índios sul-americanos	100	59	16	8
Indígenas	143	50	15	3
Saúde indígena	76	32	12	3
Saúde da mulher	922	8	2	1
TOTAL	1241	149	45	15

A busca inicial considerou os critérios de inclusão e exclusão, exceto a abordagem temática, resultando 1.241 artigos. Destes foram excluídos 149 artigos que se encontravam duplicados tanto entre os descritores quanto dentro de um mesmo descritor. Portanto, num primeiro momento, um total de 1.092 artigos foi submetido à leitura de título e resumo utilizando-se como critério de inclusão que o artigo abordasse o tema saúde da mulher indígena.

Da leitura do título e do resumo resultaram 45 artigos que abordaram o tema, saúde da mulher indígena, para serem lidos na íntegra (Tabela 1). A avaliação foi por meio da leitura criteriosa dos artigos focando a questão norteadora. Finalmente, identificou-se 15 publicações que constituíram a amostra deste estudo.

Para organização dos dados dos artigos, foi utilizado um Instrumento de Coleta de Dados, elaborado para esse fim (APÊNDICE A) que contempla os seguintes aspectos: dados de identificação do artigo (título, autores, titulação dos autores, nome do periódico, ano de publicação, volume e número); objetivo do estudo; tipo de estudo; amostra; local do estudo; temas abordados; resultado do estudo; conclusões e limitações do estudo.

Cada instrumento foi preenchido individualmente após a leitura criteriosa dos artigos selecionados.

O propósito desta etapa é sintetizar e comparar os dados registrados nos instrumentos de coleta de dados (COOPER, 1982). Nesta etapa, para fins de análise e interpretação dos dados, foi elaborado um Quadro Sinóptico (APÊNDICE B) com as informações contidas no Instrumento de Coleta de cada artigo, objetivando a comparação e a análise dos resultados.

Para apresentação dos resultados foram utilizados quadros e tabelas.

4.5 Aspectos éticos

O presente estudo respeita os aspectos éticos, assegurando a autenticidade das ideias, conceitos e definições dos autores, assim como foram realizadas citações e referências de acordo com as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

O projeto teve aprovação da disciplina Trabalho de Conclusão de Curso I e da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ/UFRGS) sob o número 22.109 (ANEXO I).

5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A seguir serão apresentados os dados obtidos por meio de quadros, gráficos e tabelas.

No Quadro 1 são apresentados os 15 artigos que constituem a amostra.

Quadro 1 – Artigos que compõem a amostra do estudo.

Nº Artigo	Título	Autores	Ano
1	Prevalência de IgG do vírus varicela-zoster (VVZ) em indígenas da tribo Araweté, em Altamira, Pará, de janeiro-fevereiro de 2001	COSTA; RAMOS;MONTEIRO	2006
2	Soroepidemiologia da hepatite B e C em índios Kaingang do Sul do Brasil	FERREIRA et al.	2006
3	Uso do Índice de Massa Corporal na avaliação do estado nutricional de adultos indígenas Xavante, Terra Indígena Sangradouro-Volta Grande, Mato Grosso, Brasil	GUGELMIN; SANTOS	2006
4	Perfil metabólico e antropométrico de índios Aruák: Mehináku, Waurá e Yawalapití, Alto Xingu, Brasil Central, 2000/2002	GIMENO et al.	2007
5	Prevalência dos marcadores sorológicos dos vírus das hepatites B e D na área indígena Apyterewa, do grupo Parakanã, Pará, Brasil	NUNES; MONTEIRO; SOARES	2007
6	Cárie dentária e necessidade de tratamento odontológico entre os índios Baniwa do Alto Rio Negro, Amazonas	CARNEIRO et al.	2008
7	Lesão do ligamento cruzado anterior (LCA) do joelho em população indígena do estado do Amazonas, Brasil	STEWIEN et al.	2008
8	Exploração de fatores de risco para câncer de mama em mulheres de etnia Kaingáng, Terra Indígena Faxinal, Paraná, Brasil, 2008	SILVA et al.	2009
9	Perfil metabólico e antropométrico dos Suyá. Parque Indígena do Xingu, Brasil Central	SALVO et al.	2009
10	Saúde bucal dos índios Guarani no Estado do Rio de Janeiro, Brasil	ALVES FILHO; SANTOS; VETTORE	2009
11	Diferenciais de cárie dentária entre os índios Xavante de Mato Grosso, Brasil	ARANTES; SANTOS; FRAZÃO	2010
12	Estado nutricional dos indígenas Kaingáng matriculados em escolas indígenas do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil	CASTRO et al.	2010
13	Prevalência de diabetes melito e tolerância à glicose diminuída nos indígenas da Aldeia Jaguapiru, Brasil	OLIVEIRA et al.	2011
14	Prevalência e fatores associados à anemia em mulheres indígenas Suruí com idade entre 15 e 49 anos, Amazônia, Brasil	ORELLANA et al.	2011
15	Prevalência da síndrome metabólica em indígenas com mais de 40 anos no Rio Grande do Sul, Brasil	ROCHA et al.	2011

5.1 Caracterização da amostra

A amostra foi caracterizada segundo o ano de publicação, local de coleta do estudo, região de estudo, tipo de estudo e etnia.

Tabela 2 - Distribuição dos estudos por ano de publicação, período 2005-2011.

Ano de publicação	F	(%)
2011	3	20,0
2010	2	13,3
2009	3	20,0
2008	2	13,3
2007	2	13,3
2006	3	20,0
2005	0	0,0
TOTAL	15	100,0

Legenda: F- frequência; (%) - percentual

O maior número de publicações sobre o tema saúde das mulheres indígenas ocorreu nos anos de 2011, 2009, 2006 com um percentual de 20,0% cada um, seguido dos anos 2010, 2008 e 2007 com um percentual de 13,3% cada. Não houve um aumento significativo da quantidade de publicações de estudos com as mulheres indígenas entre os anos estudados. Acredita-se que um dos fatores que possa ter influenciado tal situação seja o pouco investimento para estudos que incluam populações indígenas ou também o difícil acesso a esse grupo.

Tabela 3 – Distribuição dos periódicos que abordam o tema saúde das mulheres indígenas, período 2005-2011.

Nome do periódico	F	(%)
Cad. Saúde Pública	6	40,0
Rev. Panam. Salud Públ.	3	20,0
Rev. bras. epidemiol.	2	13,2
Rev. Bras. Saude Mater. Infant.	1	6,7
Acta ortop. bras.	1	6,7
Rev. para. med	1	6,7
Ciênc. saúde colet.	1	6,7
TOTAL	15	100,0

Legenda: F- frequência; (%) - percentual

Conforme a Tabela 3, sete periódicos diferentes foram detectados, sendo quatro da área de saúde coletiva, um de medicina, um da especialidade de ortopedia e outro da área materno-infantil.

O maior percentual de artigos relacionados ao tema estudado ocorreu no periódico Cad. Saúde Pública, correspondendo a 40,0% do total de artigos encontrados. Verificou-se que não houve publicações sobre o tema estudado nos periódicos da área da enfermagem. Isso indica a pouca ênfase nessa temática no meio dos acadêmicos e profissionais de enfermagem.

Tabela 4 – Distribuição dos estudos segundo o local de realização, período 2005-2011.

Local de coleta de dados do estudo	F	(%)
Mato Grosso	4	26,7
Rio Grande do Sul	2	13,3
Paraná	2	13,3
Amazonas	2	13,3
Pará	2	13,3
Rondônia	1	6,7
Mato Grosso do Sul	1	6,7
Rio de Janeiro	1	6,7
TOTAL	15	100,0

Legenda: F- frequência; (%) - percentual

Quanto ao local do estudo, o maior percentual concentrou-se no estado do Mato Grosso, equivalente a 26,7%, seguidos dos estados do Rio Grande do Sul, Paraná, Amazonas e Pará com 13,3% cada um. O menor percentual ocorreu nos estados de Rondônia, Mato Grosso do Sul e Rio de Janeiro com 6,7% cada.

Tabela 5 – Distribuição dos estudos por regiões do Brasil, período 2005-2011.

Região do estudo	F	(%)
Norte	5	33,3
Centro-oeste	5	33,3
Sul	4	26,7
Sudeste	1	6,7
Nordeste	0	0,0
TOTAL	15	100,0

Legenda: F- frequência; (%) - percentual

Se analisarmos a produção de artigos por região do Brasil, verificam-se na Tabela 5 que as regiões onde ocorreu maior produção de estudos foram as regiões Norte e Centro-oeste, ambas com percentual de 33,3% cada, seguidas das regiões Sul (26,7%) e Sudeste (6,7%). Observa-se ainda que não se encontrou estudo produzido na região Nordeste. Segundo a FUNASA (2002), cerca de 60,0% da população indígena vive nas regiões Centro-Oeste e Norte do país, onde estão concentradas 98,7% das terras indígenas.

No ano de 2010, a distribuição proporcional das populações indígenas por região no Brasil era de 10,7% nas regiões Sul–Sudeste, 17,6% na Centro-oeste, 25,7% na Nordeste e 46,0% na Norte (FUNASA, 2002). Assim, o fato dos estudos serem mais concentrados na região Norte e Centro-oeste pode ser decorrente do maior percentual de população indígena e também pelos programas e projetos desenvolvidos com indígenas nessas regiões (GIMENO et al., 2007; SALVO et al., 2009).

Ao analisarmos o Gráfico 1, podemos perceber que entre o período de 2005 a 2010, a população indígena não mostrou um crescimento significativo por regiões. A região Norte manteve-se a região com maior concentração de população indígena ao longo do período.

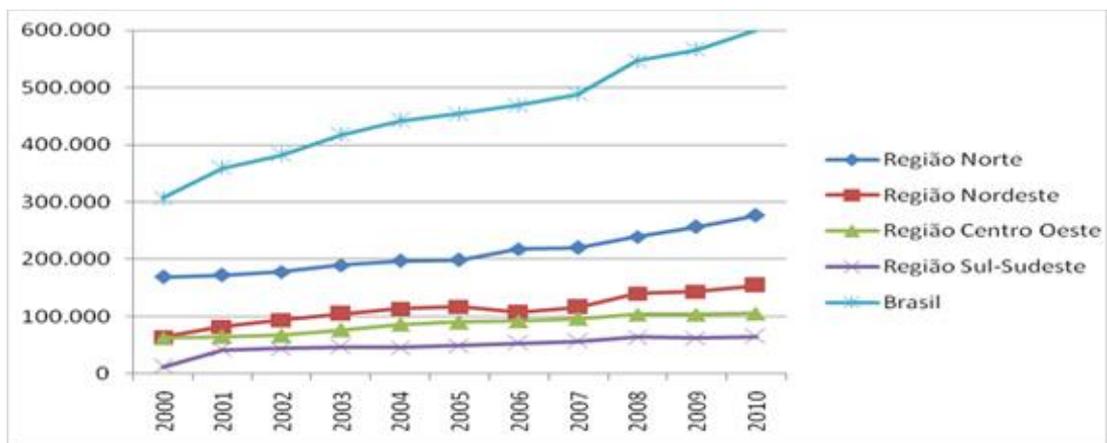


Gráfico 1 – Série histórica do crescimento populacional indígena por região.
Fonte: FUNASA, 2010.

Com relação ao tipo de estudo utilizado nos artigos selecionados, temos a tabela a seguir.

Tabela 6 – Distribuição proporcional dos tipos de estudos, período 2005-2011.

Tipo de estudo	F	(%)
Estudo transversal	4	26,6
Estudo epidemiológico transversal do tipo inquérito	2	13,3
Estudo transversal, descritivo e analítico	1	6,7
Estudo transversal descritivo e exploratório	1	6,7
Não informado	7	46,7
TOTAL	15	100,0

Legenda: F- frequência; % - percentual

Verificou-se que 53,3% dos artigos identificaram o tipo de estudo, sendo todos eles do tipo transversal. No entanto, em 50,0% desses foram acrescentadas outras classificações.

Entre os 15 estudos da amostra, verificou-se que apenas dois foram desenvolvidos somente com mulheres indígenas com idade ≥ 15 anos. Os demais estudos foram realizados com populações indígenas incluindo homens e mulheres, mas na apresentação de seus resultados e análise dos dados os indivíduos foram separados por sexo.

Tabela 7 – Distribuição das etnias nos estudos da amostra, período 2005-2011.

Etnias	N° estudos
Kaingang	3
Xavante	2
Araweté	1
Aruák	1
Baniwa	1
Guarani	1
Kaingang/Guarani	1
Parakanã	1
Suyá	1
Suruí	1
Ticuna	1
Não informado	1

O termo etnia refere-se ao âmbito cultural; um grupo étnico é definido por afinidades linguísticas, culturais e possuem origem em comum (SANTOS et al., 2010).

Conforme mostra a Tabela 7, a etnia Kaingang foi a mais estudada, aparecendo em quatro estudos. Esse grupo vive nos estados de São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. A etnia Xavante, que vive no estado do Mato Grosso, foi incluída em dois estudos analisados.

5.2 Temas abordados sobre a saúde das mulheres indígenas identificados nos estudos selecionados

Após leitura dos estudos e de seus objetivos identificou-se oito temas conforme a Tabela 8, abaixo.

Tabela 8 – Distribuição dos temas abordados segundo os estudos da amostra, período 2005-2011.

Tema	Estudo	F	(%)
Perfil metabólico, antropométrico e estado nutricional	ROCHA et al., 2011 SALVO et al., 2009 GIMENO et al., 2007 CASTRO et al., 2010 GUGELMIN; SANTOS, 2006	5	33,2
Saúde bucal	ARANTES; SANTOS; FRAZÃO, 2010 CARNEIRO et al., 2008 ALVES FILHO; SANTOS; VETTORE, 2009	3	20,0
Hepatites	NUNES; MONTEIRO; SOARES, 2007 FERREIRA et al., 2006	2	13,3
Varicela-zoster	COSTA; RAMOS; MONTEIRO, 2006	1	6,6
Lesão do ligamento cruzado	STEWIEN et al., 2008	1	6,6
Câncer mama	SILVA et al., 2009	1	6,6
Diabete e tolerância à glicose	OLIVEIRA et al., 2011	1	6,6
Anemia	ORELLANA et al., 2011	1	6,6
TOTAL	-	15	100,0

Legenda: F- frequência; (%) - percentual

O tema com maior percentual entre os artigos foi Perfil metabólico, antropométrico e estado nutricional com total de 33,2%, seguidos de Saúde bucal com 20,0% e Hepatites com 13,3%. Os temas de menor percentual de publicação foram Varicela-zoster, Lesão do ligamento cruzado, Câncer mama, Diabete e tolerância à glicose, e Anemia com percentual de 6,6% cada.

5.2.1 Perfil metabólico, antropométrico e estado nutricional

Três estudos (GIMENO et al., 2007; SALVO et al., 2009; ROCHA et al., 2011), descrevem sobre o perfil metabólico e antropométrico. Foram realizados exame físico, verificação da pressão arterial, medidas antropométricas (peso, altura, perímetros corporal e dobras cutâneas) e coletadas amostras de sangue.

Estudo de Gimeno et al. (2007) que teve como objetivo descrever o perfil metabólico e antropométrico de índios Aruák que habitam o Alto Xingu/MT, incluiu 201 indivíduos de ambos os sexos, sendo 99 do sexo feminino. Os dados identificaram que os valores médios de colesterol total, triglicérides, HDL colesterol, LDL colesterol, VLDL colesterol, ácido úrico e glicemia de jejum estavam dentro dos valores de normalidade. O valor médio do IMC das mulheres indígenas era de 25,6 kg/m², da pressão arterial sistólica foi de 107,3 mmHg e o da diastólica de 68,2 mmHg, valores estes dentro do padrão de normalidade.

O resultado do estado nutricional e das doenças crônicas das indígenas também foi apresentado segundo a idade, dividindo-as em dois grupos, <40 anos e ≥ 40 anos. Entre as indígenas com idade <40 anos, foi identificado que 48,2% das mulheres estavam com sobrepeso e 12,5% com obesidade, 76,4% com obesidade abdominal, 20,7% com excesso de tecido adiposo, 52,8% com dislipidemia, 21,8% com pré-hipertensão, 3,7% com hiperuricemia e 1,9% com glicemia de jejum alterada.

Já as indígenas com idade ≥ 40 anos apresentaram os seguintes resultados: 43,6% com sobrepeso e 10,3% com obesidade, 79,0% com obesidade abdominal, 10,5% com excesso de tecido adiposo, 81,2% com dislipidemia, 15,8% com pré-hipertensão, 7,9% com hipertensão e 8,1% com glicemia de jejum alterada. Nenhum caso de diabetes mellitus foi observado entre as mulheres indígenas Aruák. Identifica-se que as mulheres com idade ≥ 40 anos tem menor percentual de sobrepeso, obesidade, excesso de tecido adiposo, pré-hipertensão e maior percentual de obesidade abdominal, dislipidemia e glicemia de jejum alterada quando comparadas as mulheres com idade <40 anos. Não foi diagnosticada hipertensão em mulheres de idade <40 anos, assim como a hiperuricemia em mulheres com idade ≥ 40 anos (GIMENO et al., 2007).

Salvo et al. (2009), realizaram estudo com objetivo de descrever o perfil metabólico e antropométrico de índios da etnia Suyá que vivem no Parque Indígena do Xingu/MT. Foram incluídos na amostra 86 indígenas de ambos os sexos, sendo 41 do sexo feminino. Os dados identificaram que os valores médios de colesterol total, triglicérides, HDL colesterol, LDL colesterol, VLDL colesterol, ácido úrico e glicemia de jejum estavam dentro dos valores de normalidade. O valor médio do IMC das indígenas era de 23,53 kg/m², ou seja, dentro do valor de normalidade. O valor

médio da pressão arterial sistólica foi de 104,14 mmHg e o da diastólica de 65,67 mmHg.

Quando comparamos os dois grupos de mulheres, foi identificado que segundo o estado nutricional e presença de doenças crônicas, as mulheres com idade >40 anos tinham maior percentual de obesidade central, dislipidemia, pré-hipertensão e glicemia de jejum alterada. Já as mulheres com < 40 anos tinham maior percentual de excesso de gordura e síndrome metabólica. Não foi observado caso de hiperuricemia em ambos os grupos de mulheres.

Estudo de Rocha et al. (2011), que objetivou identificar a prevalência da Síndrome Metabólica, incluiu 150 indígenas, 67 homens e 83 mulheres, pertencentes as etnias Kaingang e Guarani do Rio Grande do Sul. Este estudo mostrou que a prevalência da Síndrome Metabólica foi de 85,0% nessas mulheres. As variáveis que foram utilizadas para diagnóstico da síndrome não foram apresentadas separadamente por sexo.

Outros dois estudos (CASTRO et al., 2010; GUGELMIN; SANTOS, 2006), apresentaram informações sobre o estado nutricional das mulheres indígenas. Os dados foram obtidos por meio da aferição das medidas antropométricas e analisadas segundo as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Castro et al. (2010) realizaram estudo com o objetivo de descrever o estado nutricional dos indígenas da etnia Kaingang matriculados nas escolas indígenas de 12 terras indígenas do estado do Rio Grande do Sul. Foram incluídos 3.254 indígenas, sendo crianças (n = 1.383; 42,5%), adolescentes (n = 1.824; 56,1%), adultos (n = 45; 1,4%) e idosos (n = 2; 0,1%).

Na avaliação dos adolescentes (masculino e feminino), encontrou-se um quadro com importante déficit de estatura e de excesso de peso. O percentual de excesso de peso das indígenas adolescentes foi de (9,2%). Entre os adultos, o excesso de peso atingiu 80,0% dos avaliados, e mais de 45% estavam em risco aumentado para complicações metabólicas. Ainda nesse grupo, foi verificado maior frequência de sobrepeso e obesidade no sexo feminino. Nos valores de circunferência da cintura (CC) foram observados valores mais elevados entre 88,9% das mulheres.

O estudo realizado por Gugelmin e Santos (2006) teve como objetivo comparar valores de IMC com medidas de composição corporal de uma amostra de adultos Xavante. Foram incluídos 128 indivíduos adultos, sendo 63 mulheres e 65

homens, da etnia Xavante do estado do Mato Grosso. Verificou-se que, de acordo com as recomendações da OMS, 80,0% do total dos indivíduos examinados apresentaram excesso de massa corporal. Entre as mulheres foi evidenciado um percentual de 49,2% de sobrepeso e 41,3% de obesidade. Todas as mulheres entre 40 a 59 anos apresentaram excesso de peso. Os achados indicaram que entre as mulheres, o IMC apresentou alta correlação com a massa corporal e com as medidas de composição corporal.

Os resultados dos estudos realizados por GIMENO et al. (2007), SALVO et al. (2009) e ROCHA et al. (2011) mostraram alterações metabólicas e antropométricas entre os indígenas das etnias Aruák, Suyá, Kaingang e Guarani, pois foram observados dados significativos de indivíduos com sobrepeso, obesidade central, excesso de gordura, dislipidemia, alteração dos níveis pressóricos e alteração na glicemia de jejum.

Os dados revelam que os indígenas das etnias Aruák, Suyá, Kaingang e Guarani agravaram seu perfil metabólico e tornaram-se mais suscetíveis as doenças crônicas não-transmissíveis (CARDOSO; MATTOS; KOIFMAN, 2001; GIMENO et al., 2007; SALVO et al., 2009).

Com relação aos indígenas Kaingang, o estudo de Gugelmin e Santos (2006) revelou uma situação nutricional característica do fenômeno de transição nutricional. Sendo representado também na fase da adolescência marcada por importantes prevalências de retardo de estatura e excesso de peso, principalmente no sexo feminino.

Possíveis determinantes do quadro de excesso de peso entre os Kaingang podem ser relacionadas às mudanças registradas nos estilos de vida das populações indígenas, comumente associadas a mudanças importantes nas práticas alimentares (CASTRO et al., 2010; LEITE et al., 2007). Esses achados, sobretudo, podem indicar que há um processo de transição nutricional em curso na população, o que está resultando em aumento nas frequências de sobrepeso e obesidade em adultos (CASTRO et al., 2010; GIMENO et al., 2007; GULGEMIN; SANTOS, 2006; SALVO et al., 2009). Assim torna-se importante monitorar o perfil nutricional dos povos indígenas no Brasil (GULGEMIN; SANTOS, 2006).

5.2.2 Câncer de mama

Estudo realizado por Silva et al. (2009) com objetivo de analisar a saúde das mulheres Kaingang da Terra Indígena Faxinal/PR quanto aos fatores de risco para o câncer de mama, incluiu 104 mulheres de etnia Kaingang, com idade ≥ 20 anos. Na amostra que compõem o estudo foram investigadas: número de filhos; idade da menarca; tempo de aleitamento materno; uso de anticoncepcionais hormonais; uso de terapia de reposição hormonal; sedentarismo; tabagismo, ingestão alcoólica; presença de câncer de mama ou extra-mamário; parente portador de câncer e tipo de dieta.

A maioria das mulheres entrevistadas (63,5%) encontrava-se na faixa etária não compatível com a maior incidência de câncer de mama entre a população não indígena. Segundo o Instituto Nacional do Câncer (BRASIL, 2009), a idade é um fator de importância crítica, sendo que o risco aumenta cada vez mais quando comparadas mulheres com idade ≥ 60 anos.

Das mulheres entrevistadas, 78,9% tinham três ou mais filhos. Dentre 43 mulheres com cinco ou mais filhos, 36,0% informaram ter entre oito e 10 filhos. Em 39,4% das mulheres, a menarca ocorreu entre 11 e 13 anos de idade. Em relação ao aborto, 61,5% das mulheres nunca tiveram, 23,1% tiveram um aborto. No estudo, 92,3% das mulheres apresentou um longo período amamentação, de um ano ou mais. Destas, 26% informaram que mantiveram o aleitamento por dois, três e até sete anos.

Entre os fatores de risco para câncer de mama presente nas mulheres Kaingang o sedentarismo (82,7%) foi o mais prevalente, seguidos de uso de anticoncepcionais hormonais (43,3%), tabagismo (39,3%). Cabe informar que o uso do tabaco entre as mulheres era de forma não sistemática. Todas as mulheres declararam desconhecer caso de câncer de mama ou em regiões extra-mamárias tanto entre elas quanto entre parentes de primeiro grau.

Em relação à alimentação, Silva et al. (2009) observaram grande consumo de alimentos ricos em carboidratos, carne vermelha e baixo consumo de frutas e verduras. O consumo de frutas e vegetais ricos em fibras e oxidantes atuam como fatores protetores para câncer de mama (LIMA et al., 2001).

Os fatores protetores da carcinogênese como aleitamento, multiparidade, ausência do uso de hormônios, o não tabagismo e não etilismo estavam presentes

entre as mulheres estudadas. Segundo Silva et al. (2009), quanto ao conhecimento sobre o câncer de mama 38,5% das mulheres já ouviram falar; 28,8% referem ter conhecimento sobre o auto-exame da mama, mas somente 2,9% praticam de forma correta. Entre as mulheres que consultavam na Unidade Básica de Saúde apenas 18,3% foram submetidas ao exame clínico das mamas. Os dados evidenciaram que as práticas preventivas para a neoplasia mamária como o exame clínico, a mamografia e a realização do auto-exame das mamas não são realizados de modo satisfatório pela equipe de saúde e nem pelas mulheres Kaingang.

5.2.3 Anemia

Estudo de Orellana et al. (2011) que investigou a prevalência e os fatores associados à ocorrência de anemia em mulheres indígenas, incluiu 173 mulheres da etnia Suruí, sendo 162 não gestantes e 11 gestantes, com idade entre 15 e 49 anos, do estado de Rondônia.

Entre essas mulheres, não foram observadas diferenças significativas nas médias de hemoglobina segundo a faixa etária. No entanto, a prevalência de anemia entre as faixas etárias mostrou importante diferença, sendo detectada uma diminuição expressiva nas prevalências de anemia com o aumento da idade.

A prevalência de anemia entre as gestantes foi de 81,8% entre elas 88,9% foram classificadas como anemia moderada e 11,1% como anemia leve. Nenhum caso de anemia grave foi observado nesse grupo de gestantes. A prevalência da anemia entre as mulheres não gestantes foi de 67,3%.

As prevalências de anemia entre as indígenas aumentaram com a diminuição do Status Sócio Econômico (SSE), com diferença de significância estatística. As mulheres com SSE baixo apresentaram 3,5 vezes mais chances de serem anêmicas em relação aos demais estratos. Possuir filhos anêmicos com 6 a 35 meses de idade e SSE baixo foram fatores associados à anemia. Mulheres com filhos anêmicos com 6 a 35 meses de idade apresentam 3,0 vezes mais chances de terem anemia em relação àquelas sem filhos anêmicos.

A probabilidade da anemia aumenta em 21% nas mães que tem um ou dois filhos com anemia. O grupo etário de 15 a 24 anos tem chances de 1,8 para desenvolvimento de anemia em relação aos demais faixas etárias.

Os achados deste estudo indicam que a anemia é um grave problema de saúde entre as mulheres Suruí em idade reprodutiva, e que a ocorrência da anemia parece estar intimamente associada a uma recente diferenciação socioeconômica interna à sociedade indígena (ORELLANA et al., 2011).

5.2.4 Diabetes mellitus e tolerância à glicose

O estudo realizado por Oliveira et al. (2011), teve como objetivo avaliar a prevalência de Diabetes Mellitus (DM) e de tolerância à glicose diminuída em indígenas da Aldeia Jaguapiru, estado de Mato Grosso do Sul. A amostra investigada compreendeu 606 indígenas, sendo 268 do sexo masculino e 338 do sexo feminino, com idade entre 18 a 69 anos. O estudo não informa a etnia estudada.

A glicemia de jejum das 338 mulheres mostrou que 270 (79,9%) apresentou glicemia normal, 35 (10,4%) com glicemia de jejum alterada, 23 (6,8%) com diagnóstico de Diabetes Mellitus e 10 (2,9%) com tolerância a glicose diminuída.

Ao considerar por faixa etária, a prevalência de DM para faixa de 18 a 29 anos foi de 0,81% e de 12,8% para a faixa de 60 a 69 anos, com maior frequência no sexo feminino. Quanto ao valor do índice de massa corporal, 33,1% das mulheres apresentaram IMC < 25, 36,1% apresentaram valor do IMC \geq 25 e < 30, e 30,8% IMC \geq 30.

As mulheres com tolerância à glicose diminuída e com IMC > 30 apresentaram maior percentual de mulheres com obesidade em relação às demais mulheres. Entretanto, a obesidade esteve presente em 30,8% das mulheres. O percentual de mulheres diabéticas e intolerantes à glicose não alfabetizadas foi significativamente maior em comparação às não diabéticas (OLIVEIRA et al., 2011). A obesidade relacionou-se a um aumento de 2,2 vezes para o risco de desenvolver DM.

A história familiar de DM foi referida por 33,3% dos diabéticos e 30,7% dos intolerantes à glicose, sendo significativa nesses grupos. O estudo descreve que 12 participantes receberam o diagnóstico de diabetes durante o estudo. A prevalência de DM e a de tolerância diminuída à glicose foi mais frequente entre as mulheres.

As prevalências de DM e de tolerância à glicose diminuída foram significativas nesta população, o que se torna um crescente problema para a saúde pública. A

prevalência de obesidade teve um percentual significativo entre as mulheres dessa aldeia estudada.

5.2.5 Saúde bucal

Com relação ao tema saúde bucal das mulheres indígenas, três estudos (CARNEIRO et al., 2008; ALVES FILHO; SANTOS; VETTORE, 2009; ARANTES, SANTOS, FRAZÃO, 2010) foram desenvolvidos com etnias indígenas diferentes para avaliação da situação de saúde bucal e analisaram a prevalência das doenças periodontais, segundo sexo e faixas etárias.

Carneiro et al. (2008), com objetivo de avaliar as condições de saúde bucal e as necessidades de tratamento odontológico, desenvolveram um estudo com a população indígena da etnia Baniwa que vive no estado do Amazonas. A amostra incluiu 590 indígenas de ambos os sexos.

Em relação à média de dentes cariados, observou-se a prevalência de 1,5% das mulheres na faixa etária de 15 a 19 anos. Para os dentes perdidos, as médias foram mais elevadas nas mulheres comparadas aos homens. Um percentual de 63,0% das mulheres usava prótese total ou parcial na arcada superior. Na faixa etária entre 15 e 19 anos, as mulheres apresentaram maior número de dentes que não precisavam de tratamento comparadas aos homens. Entre os 20 e 29 anos, as mulheres apresentaram maior média de dentes que necessitavam de restauração, em relação aos homens. Na comparação entre os sexos, destacou-se a necessidade das mulheres por prótese total (9,8% na arcada superior e 5,7% na inferior, contra 2,7% e 1,0% entre os homens). No estudo, um total de 434 indivíduos (73,6%) apresentou alguma necessidade de tratamento odontológico (CARNEIRO et al., 2008).

No estudo de Alves Filho, Santos e Vettore (2009) com objetivo de descrever a situação de saúde bucal dos índios Guarani do estado do Rio de Janeiro, foram incluídos 508 indígenas na amostra, sendo 51,4% do sexo masculino e 48,6% do sexo feminino. Na comparação entre a média do número de dentes, as mulheres nas faixas etárias de 12 a 19 anos apresentaram número maior às demais faixas etárias. Já as mulheres com idade entre 45 e ≥ 75 anos, apresentaram valores médios menores do número de dentes, com isso se observou que a perda dentária experimentou um crescimento com o aumento da idade.

Os resultados relativos à presença de cálculo dental, como condição periodontal mais grave, foram detectados em 66,7% das mulheres na faixa etária de 45 a 64 anos de idade. O percentual de sangramento gengival em mulheres com idade entre 65 a 74 anos foi de 33,3%, seguido de 15,4% nas mulheres com idade \geq 75 anos e de 7,7% para a faixa de 35 a 44 anos. A presença de dentes cariados foi observada em todas as faixas etárias, aumentando progressivamente com a idade.

O estudo de Arantes, Santos, Frazão (2010) desenvolvido com indígenas da etnia Xavante no estado de Mato Grosso teve como objetivo avaliar os níveis de experiência de cárie. Participaram do estudo 691 indígenas, sendo 359 do sexo masculino e 332 do sexo feminino. Foi observado valores médios de 31,67% de superfícies cariadas nas mulheres, seguidos de 28,71% de superfície perdidas. A média de obturação foi 2,62% para as mulheres. Assim, a experiência acumulada de cárie, expressa pelas médias de superfície cariadas e perdidas foi mais expressiva nas mulheres. O número de dentes obturados nas mulheres foi quase nulo, o que expressa baixa presença de serviços restaurativos (ARANTES, SANTOS, FRAZÃO, 2010).

Pela análise dos estudos, pode-se observar que os dados demonstram a deterioração das condições de saúde bucal dos povos indígenas ao longo do tempo, principalmente de cárie dentária em praticamente todas as faixas etárias (ARANTES; SANTOS; COIMBRA, 2001; ARANTES; SANTOS; FRAZAO, 2010; FONSECA, 2005). Os riscos para desenvolvimento da cárie em povos indígenas aumentaram à medida que se intensificou a interação dessas populações com a sociedade nacional envolvente (ANTUNES, 2003). O contato permanente com a sociedade não indígena impôs transformações nas formas de subsistência, nos sistemas socioculturais e no estilo de vida dessa população, em geral com impactos negativos para sua saúde. As mudanças nos hábitos alimentares, a introdução de alimentos industrializados, são particularmente importantes na determinação do atual quadro epidemiológico da saúde bucal das mulheres indígenas (ARANTES, SANTOS; COIMBRA, 2001).

Além disso, diversos estudos realizados no Brasil demonstram que a deterioração da situação de saúde bucal pode ter como principal fator o aumento no consumo de alimentos industrializados, em especial o açúcar e outros tipos de carboidratos (ARANTES; SANTOS; FRAZAO, 2010; FONSECA, 2005).

A partir dos dados apresentados, podemos observar que do ponto de vista epidemiológico, a cárie dentária é possivelmente a doença bucal de maior relevância

entre as mulheres das etnias estudadas (ALVES FILHO; SANTOS; VETTORE, 2009; FONSECA, 2005). Ambos os estudos revelam um grande número de pessoas com necessidades de tratamento, o que sugere a necessidade de intensificação de medidas de promoção de saúde junto a essa etnia.

5.2.6 Vírus da Hepatite B, C e D

Dois estudos abordaram a hepatite como tema (FERREIRA et al., 2006; NUNES; MONTEIRO; SOARES, 2007).

Estudo desenvolvido por Nunes, Monteiro, Pereira (2007) teve como objetivo estudar a prevalência dos vírus das hepatites B (HBV) e D (HDV) nos indígenas da etnia Parakanã do estado do Pará. A amostra incluiu 258 indivíduos, sendo 122 do sexo masculino e 136 do sexo feminino.

A prevalência foi de 3,9% (10/258) para o HBsAg+ e de 53,5% (138/258) para o anti-HBc+/anti-HBs+. Foram detectados portadores de HBsAg+ acima de dez anos de idade, sendo mais prevalente na faixa etária igual ou superior a quarenta anos.

Quanto ao sexo, o estudo mostrou que, para o antígeno do HBV positivo, havia apenas uma única portadora do vírus. Houve maior prevalência do anti-HBs+ para o sexo feminino. Vale ressaltar que não houve ocorrência de sorologia positiva para o HDV.

Quanto a presença de indivíduos portadores de HBsAg+, não puderam determinar a ocorrência do vírus. É discutível que os fatores culturais, sociais, econômicos, genéticos, populacionais, geográficos ou históricos possam ter alguma influência nessas populações (BRAGA et al., 2001).

O estudo de Ferreira et al. (2006), desenvolvido com população indígena Kaingang no estado do Paraná teve por objetivo investigar a prevalência de infecção pelo vírus da Hepatite B e C. Foram investigadas 214 amostras de sangue, sendo 133 do sexo feminino e 81 do sexo masculino.

Na amostra foi observada uma positividade de 71,02% para o marcador anti-HBs e de 15,42% para o anti-HBc. Somente uma mulher de 30 anos, apresentou positividade para anti-VHC. A distribuição do marcador anti-HBs, que representa imunidade contra o VHB foi variável nas diferentes faixas etárias. Por outro lado, a presença do marcador anti-HBc, que indica contato prévio com o VHB, apresentou um gradiente de positividade crescente em relação à idade. A ausência de

positividade para todos os marcadores investigados ocorreu em 26,63% dos indivíduos, indicando ausência de contato prévio ou vacinação contra o VHB.

Ferreira et al. (2006) sugerem que tais resultados podem ser decorrentes de práticas culturais dessa população. Aspectos culturais, como a perfuração do lábio inferior e nas orelhas; as práticas sexuais iniciadas precocemente; uso comum de objetos e utensílios na alimentação, tatuagens e rituais podem ser agentes favorecedores da transmissão do vírus nessas populações. Os resultados do estudo indicam baixa prevalência de ambas às infecções, por VHB e VHC na população estudada.

Nunes, Monteiro e Soares (2007) referem que a alta prevalência de anti-HBs nas populações estudadas indica uma boa abrangência da imunização ativa artificial, pois 89,5% do total de participantes haviam recebido três doses da vacina contra a hepatite B.

5.2.7 Anticorpos do vírus da Varicela-Zoster (VVZ)

O estudo realizado por Costa, Ramos e Monteiro (2006) teve objetivo de determinar a prevalência de anticorpos IgG para o vírus da Varicela-Zoster (VVZ) em indígenas da etnia Araweté no estado do Pará. Foram incluídos na amostra 357 indígenas, sendo 173 do sexo masculino e 184 do sexo feminino.

Os achados revelaram uma taxa de 83,2% (297) de positividade para a presença de anticorpos da classe IgG para o vírus Varicela-Zoster. Observou-se que o sexo feminino foi mais acometido pelo VVZ, com um percentual de 88,0% (162/184). Esse fato pode ser justificado pelo convívio das mulheres com os indivíduos infectados, geralmente as crianças, considerado costume predominante da tribo (COSTA; RAMOS; MONTEIRO, 2006). Outro fator que pode estar associado, possibilitando a ampla disseminação do VVZ, pode ser o difícil acesso a uma assistência médica que acaba agravando as condições de saúde das comunidades isoladas.

Contudo, esses resultados oferecem subsídios para que estratégias de vacinação sejam implementadas nas comunidades indígenas, em especial na população estudada onde cerca de 17,0% do total de indivíduos ainda não possuem imunidade para o vírus da Varicela-Zoster.

5.2.8 Lesão do Ligamento Cruzado Anterior (LCA)

Stewien et al. (2008) realizaram um estudo com objetivo de determinar a ocorrência de lesão do ligamento cruzado anterior (LCA) do joelho em uma população indígena. A amostra incluiu 151 indígenas, sendo 88 do sexo masculino e 63 do sexo feminino da etnia Ticuna, do estado do Amazonas.

O exame físico realizado nas indígenas mostrou que 3,4% das mulheres apresentaram lesão do LCA. A maioria das mulheres (77,4%) apresentou alinhamento dos joelhos em varo. Todas as lesões do LCA foram observadas em indígenas com alinhamento dos joelhos em varo. As 3,4% das mulheres indígenas que apresentaram lesão do LCA eram da faixa etária de 20 a 29 anos e de 50 a 59 anos. Esses dados revelam que, apesar do número pequeno de mulheres apresentarem lesão LCA, torna se importante um atenção maior para esses casos, pois os mesmos podem tem risco de evoluir para um tratamento cirúrgico.

Em relação a esse assunto não se encontrou dados específicos relacionados a lesão do LCA nas mulheres indígenas do Brasil, como também existem poucos dados epidemiológicos sobre lesões ligamentares do joelho nas populações indígenas.

6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nesta revisão integrativa verificou-se que entre a população indígena as mulheres indígenas apresentam inúmeros problemas de saúde sendo influenciadas pelo seu hábito de vida e o seu contexto atual.

As doenças crônicas não transmissíveis que anteriormente eram pouco frequentes entre os povos indígenas, hoje já fazem parte de sua realidade (SALVO et al., 2009). Contudo, principalmente devido as mudanças provocadas pelo processo de urbanização, esses grupos tornaram-se mais suscetíveis à determinadas doenças crônicas como as cardiovasculares e ao diabetes mellitus, entre outras (CARDOSO, 2001). Acredita-se que a urbanização, a aproximação do indígena com o homem branco e o encontro de duas ou mais culturas modificaram os hábitos alimentares, que podem ter contribuído para a anemia e o aparecimento de mais doenças.

Os achados nesses estudos também se devem ao processo de transição epidemiológica e nutricional observado nas populações indígenas (CARDOSO, 2001; GIMENO et al., 2007; SALVO et al., 2009) que têm em comum um agravo nutricional associado à presença de diversas consequências na sua saúde (GIMENO et al., 2007).

Além disso, os distúrbios nutricionais que ocasionam excesso de peso entre os adultos tornam preocupante a alta frequência de sobrepeso/obesidade e os altos valores de circunferência da cintura, que conferem maiores riscos de doenças crônicas não transmissíveis (CARDOSO; MATTOS; KOIFMAN, 2001; GIMENO et al., 2007; GULGEMIN; SANTOS, 2006; SALVO et al., 2009; ROCHA et al., 2011). Segundo Castro et al. (2010), um crescente excesso de peso, da infância à vida adulta é destacado nos estudos. Também chama atenção o alto percentual de mulheres Kaingang em risco para complicações metabólicas.

Contudo, percebe-se a necessidade de implementação de medidas urgentes que visem tanto ao controle quanto à prevenção da obesidade e outros fatores de risco cardiovasculares entre esses indivíduos (GIMENO et al., 2007). Também há necessidade de ações educativas para resgatar hábitos e estilo de vida tradicionais

desses grupos, a fim de minimizar o avanço desses problemas relacionados à saúde dessa população indígena em particular (ROCHA et al., 2011; SALVO et al., 2009).

Diante das evidências, são ainda necessários estudos com vistas a caracterizar, em detalhes, os determinantes do excesso de peso evidenciados nessas populações. No caso do Brasil, ainda se têm poucos registros sobre a situação nutricional das populações indígenas (SANTOS, 1993).

No que se refere à ocorrência de DM nas mulheres indígenas estudadas, foi evidenciado que a história familiar é um importante fator de risco para desenvolver distúrbios metabólicos como diabetes mellitus. Isso vai ao encontro de que a história familiar de DM é um importante fator de risco para desenvolvimento do DM tipo 2, que tem um forte componente hereditário (BRASIL, 2002).

A literatura mostra que 90,0% dos diabéticos do tipo 2 tem sobrepeso ou obesidade, especialmente de distribuição abdominal (BRASIL, 2002). Apesar disso, os fatores comportamentais relacionados com o ambiente familiar tem mostrado risco aumentado de desenvolvimento de DM. A transição epidemiológica e a morbimortalidade relacionada às doenças crônicas não transmissíveis entre os indígenas são atribuídas às alterações no estilo de vida desses povos o qual tem exigido atenção, treinamento e recursos especiais para ações de prevenção, diagnóstico e tratamento (COIMBRA; GARDNELO, 2003). Com isso, são recomendados educação em saúde para essa população com orientações nutricionais e incentivo à prática de atividades físicas como forma de prevenção desses problemas de saúde ocasionados pela mudança de hábitos de vida da população indígena.

Quanto a fatores de risco para câncer de mama (SILVA et al., 2009), percebe-se a presença dos fatores protetores nas mulheres indígenas da etnia Kaingang, o que relaciona com outros achados na literatura como o estudo realizado por Lima et al. (2001) junto com mulheres indígenas da etnia Terena, onde foi observado que a duração média do aleitamento materno foi de 84 meses. A prática da lactação é apontada como fator protetor convincente para a neoplasia maligna de mama, tanto em mulheres na pré-menopausa quanto na pós-menopausa (INUMARU, 2011).

A multiparidade, o não uso de hormônios e o longo período de aleitamento das mulheres Kaingang, também é um fato observado em outras etnias indígenas. Caso analisado ainda com as índias Terena do Mato Grosso do Sul, o que justificou-se que o não registro do câncer de mama nesse grupo era devido a fatores

protetores encontrados na população de estudo, como a primeira gestação precoce, a amamentação, a multiparidade entre outros (LIMA et al., 2001).

Com relação a alimentação, o consumo de gordura animal e ausência de prática regular de atividades parecem contribuir para possível ação carcinogênica (LIMA et al., 2001; SILVA et al., 2009).

Frente a isto, mesmo na ausência de alguns fatores de risco, torna-se necessário um cuidado específico com a saúde da mulher indígena, particularmente em relação ao câncer de mama, já que são escassos estudos e pesquisas que abordam esse assunto e outras temáticas relacionadas à saúde das mulheres indígenas.

Sobre a anemia em mulheres indígenas da etnia Suruí (ORELLANA et al., 2011), analisou-se que mulheres em idade reprodutiva gestante e não gestantes apresentaram uma elevada prevalência de anemia. Segundo o primeiro Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas realizado nos anos de 2008 e 2009, quando comparados por macroregião, a região Norte apresenta a maior prevalência de anemia, sendo aproximadamente duas vezes superior aquela observada na população geral de mulheres indígenas em idade reprodutiva e não gestantes. Levando em consideração os dados apresentados no mesmo estudo, verifica-se uma elevada prevalência de anemia nas mulheres indígenas em idade reprodutiva e não gestantes no Brasil (ABRASCO, 2009).

Com isso, deve se considerar que desde o contato permanente com população não indígena, os índios Suruí vêm enfrentando intensas transformações ambientais e socioeconômicas, com um crescente envolvimento na economia de mercado e o abandono parcial de atividades tradicionais de subsistência, no qual produtos industrializados passam a compor a alimentação dos indígenas (ORELLANA et al., 2011).

Quanto as infecções por HBV, HCV e HDV (FERREIRA et al., 2006; NUNES; MONTEIRO; SOARES, 2007), os dados indicam uma baixa prevalência de estas infecções nas etnias estudadas. No entanto, literaturas mostram que a infecção pelo HBV é endêmica na América do Sul e sua prevalência é particularmente alta na Amazônia, inclusive entre as populações indígenas (BRAGA, 2004).

Sobre a prevalência de anticorpos do Vírus da Varicela-Zoster, os achados revelaram um elevado índice de soro positividade de 83,2% (297/357). As mulheres

foram mais acometidas, com um percentual de 88,0%, ou seja, 162 das 184 que participaram da amostra.

Outro aspecto importante neste estudo é que aproximadamente 17% do total de indivíduos pesquisados, ainda não apresentam imunidade contra o VVZ (COSTA; RAMOS; MONTEIRO, 2006). A partir desse dado, há uma necessidade de vacinação de rotina contra varicela na população suscetível, a fim de conferir proteção contra doença severa em comunidades não imunes.

A taxa de soropositividade de anticorpos IgG para o VVZ encontrados foram elevados em todos os grupos etários na comunidade indígena Araweté, o qual insinua uma ampla circulação do vírus entre as comunidades.

O ligamento cruzado anterior (LCA) é o principal estabilizador anterior do joelho (STEWIEN, 2008). Cerca de 70% das lesões ocorre durante a atividade esportiva, ocorrendo a maioria destas lesões entre 20 e 30 anos de idade, sendo bilateral em cerca de 20% dos casos (NORONHA, 2006; SOARES, 2007).

No entanto, literaturas indicam que quando a rotura do LCA diz respeito às mulheres, estas apresentam risco de lesão duas vezes superior comparadas com aquilo que se verifica no futebol masculino, destacando-se a ocorrência das lesões por não contato (BRITO; SOARES; REBELO, 2009).

Segundo Soares (2007), o índice de lesão encontrado nos indígenas se deve a hábitos culturais, provavelmente à prática do futebol. Isto permite supor, que a maioria dos indivíduos com lesão do LCA apresenta indicação para um tratamento cirúrgico. Contudo, por estarem isolados dos centros urbanos, a tendência é ficarem sujeitos à evolução natural da doença, com perda progressiva de sua capacidade funcional do joelho, fato que limitará as atividades habituais.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente revisão integrativa buscou reunir os temas abordados nos estudos realizados sobre a saúde das mulheres indígenas brasileiras, com intuito de conhecer mais sobre a saúde dessas mulheres na sociedade contemporânea. A metodologia utilizada nesta revisão mostrou-se uma importante ferramenta para o desenvolvimento e análise dos resultados encontrados.

Por meio da análise dos estudos, verificou-se que o tema mais abrangente foi relacionado às questões nutricionais das mulheres, o qual influencia os demais problemas de saúde encontrados nessa população. Os estudos recentes realizadas com mulheres indígenas no país têm se constituído, na maioria, de informação sobre a nutrição, aspectos biológicos e antropológicos do processo saúde-doença em etnias específicas. Com isso, apesar de serem limitados na representação étnica, os dados chamam atenção para uma tendência de transição epidemiológica e nutricional entre os povos indígenas (COIMBRA; GARNELO, 2003; LEITE et al., 2007).

Entre as mulheres indígenas, chama atenção a ocorrência de problemas de saúde como sobrepeso, obesidade, alteração nos níveis pressóricos, diabetes mellitus, anemia em mulheres gestantes e não gestantes e doenças periodontais. Vale ressaltar que os mesmos problemas de saúde apontam para aspectos peculiares ao processo da transição entre as mulheres indígenas, deixando-as em situação de maior vulnerabilidade para doenças infecciosas e doenças crônicas não transmissíveis, além de outras complicações na sua saúde. Em parte, esses achados podem ser atribuídos a mudanças de hábitos alimentares, com a redução do consumo de alimentos tradicionais, em favor do consumo de alimentos industrializados (LEITE et al., 2007).

Conforme o estudo percebeu-se que simultaneamente às mudanças na alimentação, verifica-se também uma tendência à redução e intensidade da atividade física, que podem ser em decorrência de alterações importantes nas estratégias de subsistência das populações indígenas. Esses achados refletem uma gradual e importante mudança no perfil epidemiológico dessas mulheres, em que as doenças crônicas não transmissíveis assumem um papel expressivo.

Nesse sentido, nas sociedades tradicionais, quando o indivíduo adoece, as causas do adoecimento estão relacionadas com as representações sobre o ser humano, com as atividades que o indivíduo desempenha na sociedade e com o meio ambiente na qual está inserido (AZEVEDO, 2009).

Com a recorrência de determinadas condições verificadas a partir dos estudos realizados em diferentes etnias e macrorregiões, tornam-se essenciais medidas de prevenção e de tratamento voltadas à saúde das mulheres indígenas, levando em consideração as mudanças recentes na trajetória histórica do seu povo, o qual se revela como um dos importantes elementos na ocorrência do agravo a saúde dessa população. Observou-se também a necessidade de planejar um trabalho de educação para saúde, voltado para essa população, partindo do entendimento dos sistemas tradicionais de cuidado com a saúde das mulheres. Com isso, torna-se importante os profissionais de saúde estarem informados sobre o sistema sócio cultural das mulheres indígenas.

Percebeu-se que mesmo com a criação da Política Nacional de Atenção a Saúde dos Povos Indígenas em 2002, há ausência de políticas e programas específicos para as mulheres indígenas, pois não foi citado nenhum programa específico para acompanhamento das mulheres nos estudos analisados. Desta forma, verifica-se que apesar dos dados disponíveis, não é possível caracterizar de modo satisfatório as condições de saúde das mulheres indígenas no Brasil.

Outro fator a ser considerado é a pouca produção de estudos com enfoque nas diversas questões relacionadas à mulher indígena, como as questões reprodutivas incluindo a anticoncepção, planejamento familiar, ginecologia, climatério. Aspectos culturais, sociais também são importantes medidas a serem consideradas no âmbito do processo saúde-doença. É notório que a atenção à saúde da mulher indígena ainda é precária, não se conseguindo garantir ações com uma assistência de qualidade.

Entretanto, quanto à escassez dos estudos relacionados à saúde das mulheres indígenas, torna-se importante que ocorra um estímulo para produção de estudos que abordem essa temática na área da saúde como também nas demais áreas de conhecimento. Espera-se que o acesso dos estudantes indígenas nas universidades possa contribuir para o aumento de pesquisas que envolvam as populações indígenas, promovendo estudos que possam contribuir na caracterização das condições de saúde desses povos, principalmente das

mulheres, e subsidiar no planejamento de ações e programas para prevenção e promoção a saúde das mulheres.

REFERÊNCIAS

- ABRASCO (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva). **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**: Relatório Final. Rio de Janeiro, RJ; 2009.
- ALVES FILHO, P.; SANTOS, R. V.; VETTORE, M. V. Saúde bucal dos índios Guarani no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 1, p. 37-46, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v25n1/04.pdf>. Acesso em: 12 mar 2012.
- ANTUNES, R. Saúde bucal dos povos indígenas do Brasil: panorama atual e perspectivas. In: COIMBRA Jr, C. E. A.; SANTOS, R. V.; ESCOBAR, A. L. **Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ ABRASCO; p. 49-72, 2003.
- ARANTES, R.; SANTOS, R. V.; COIMBRA C. E. A. Saúde bucal na população indígena Xavante de Pimentel Barbosa, Mato Grosso, Brasil. **Cad. Saúde Pública.**, [online], v. 17, n. 2, p. 375-384, 2001;
- ARANTES, R.; SANTOS, R. V.; FRAZÃO, P. Diferenciais de cárie dentária entre os índios Xavante de Mato Grosso, Brasil. **Rev. bras. epidemiol.** v. 13, n.2, p. 223-236, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v13n2/05.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2012.
- AZEVEDO, M. Saúde reprodutiva e mulheres indígenas do Alto Rio Negro. **Caderno CRH**, Salvador, v. 22, n. 57, p. 463-477, set./dez. 2009.
- BERNARDES A. G. Saúde indígena e políticas públicas: alteridade e estado de exceção. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 15, n. 36, p. 153-64, jan./mar. 2011.
- BRAGA, W. S. M. Infecção pelos vírus das hepatites B e D entre grupos indígenas da Amazônia Brasileira: aspectos epidemiológicos. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.** v. 37, p. 9–13, 2004.
- BRAGA, W. S. M. et al. Ocorrência da infecção pelo vírus da hepatite B (VHB) e delta (VHD) em sete grupos indígenas do Estado do Amazonas. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, v. 34, n. 4, p. 349-355, 2001.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em 1º de jun. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Ações de atenção à saúde da mulher e da criança indígenas**. Brasília, 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/texto_ms_160910.pdf>. Acesso em: 1º jun. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Parâmetros para o rastreamento do câncer de mama**: recomendações para gestores estaduais e municipais. Instituto Nacional de Câncer – Rio de Janeiro: INCA, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher**: princípios e diretrizes. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria Especial de Saúde Indígena - SESAI**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br>. Acesso em 1º jun. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabete mellitus**: hipertensão arterial e diabete mellitus. Departamento de ações Programáticas Estratégicas. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Portaria n. 254/GM**, de 31 de janeiro de 2002. Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Disponível em: http://www.funasa.gov.br/internet/arquivos/legislacao/portariasMinisteriais/Pm_254_2002.pdf. Acesso em: 20 nov. 2011.

BRITO, J.; SOARES, J.; REBELO, A. N. Prevenção de lesões do ligamento cruzado anterior em futebolistas. **Rev Bras Med Esporte**, v. 15, n. 1, p. 62-69, 2009.

CARDOSO, A. M; MATTOS, I. E; KOIFMAN, R. J. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares na população Guaraní-Mbyá do Estado do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, v. 17, n. 2, p. 345-354, mar-abr, 2001.

CARNEIRO, M. C. G. et al. Cárie dentária e necessidade de tratamento odontológico entre os índios Baniwa do Alto Rio Negro, Amazonas. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 13, n. 6, p. 1985-1992, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v13n6/a34v13n6.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2012.

CASTRO, G. B. et al. **Ausência de óbitos por câncer de mama entre mulheres indígenas residentes em Mato Grosso, Brasil, 2000**: proteção ou subnotificação?, Disponível em: <http://www.mcrc.com.br/ausencia.asp>. Acesso em 15 mar. 2012.

CASTRO, T. G. et al. Estado nutricional dos indígenas Kaingang matriculados em escolas indígenas do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 9, p. 1766-1776, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v26n9/10.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2012.

COIMBRA Jr, C. E. A.; GARNELO, L. **Questões de saúde reprodutiva da mulher indígena no Brasil**. Universidade Federal de Rondônia. Escola Nacional de Saúde Pública. Centro de Estudos em Saúde do Índio de Rondônia, Departamento de Endemias S. Pessoa. Porto Velho, 2003. (Documento de Trabalho n.7). Disponível em: <http://www.cesir.unir.br/pdfs/doc7.pdf>. Acesso em: 1º mai. 2012.

COOPER, H. M. Scientific guidelines for conducting integrative research reviews. **Review of Educational Research**, v.52, n.2, p. 291-302, 1982.

COSTA, M. R. M. da; RAMOS, C. S.; MONTEIRO, T. A. F. Prevalência de IgG do vírus varicela-zoster (VVZ) em indígenas da tribo Araweté, em Altamira, Pará, de janeiro-fevereiro 2001. **Rev. Para. Med.** v. 20, n. 4, p. 23-28, 2006. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/rpm/v20n4/v20n4a05.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2012.

CRUZ K. R. da. **Política indigenista de saúde e participação indígena: desafios do respeito à diferença.** In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 2, 2005, Maranhão. Disponível em: http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppII/pagina_PGPP/Trabalhos2/Katiane_Ribeiro_da_Cruz121.pdf. Acesso em: 1º mai. 2012.

CRUZ, K. R. da. **Povos indígenas e política de saúde no Brasil: o específico e o diferenciado como desafios.** Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) - Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2003.

CRUZ, K. R. da. **Povos indígenas, saúde e ações afirmativas: Universalidade e diversidade como desafios.** In: XIII CONGRESSO BRASILEIRO DE SOCIOLOGIA, 2007, Pernambuco. Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2007.

FERREIRA, A. et al. Soroepidemiologia da hepatite B e C em índios Kaingang do Sul do Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 20, n.4, p. 230-235, 2006. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v20n4/a03v20n4.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2012.

FONSECA, F. A. **Prevalência da cárie dentária na comunidade indígena Maxacali 2004** [monografia]. Belo Horizonte (MG): Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais; 2005.

FUNASA. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.** Brasília: Funasa, 2000.

FUNASA. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde; 2002.

GARNELO, L. ; SAMPAIO, S. As bases sócio-culturais do controle social em saúde indígena. Problemas e questões da Região Norte. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 1, p. 2003.

GIMENO, S. G. A. et al. Perfil metabólico e antropométrico de índios Aruák: Mehináku, Waurá e Yawalapití, Alto Xingu, Brasil Central, 2000/2002. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 8, p. 1946-1954, 2007. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v23n8/21.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2012.

GUGELMIN, S. A.; SANTOS, R. V. 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**, v. 22, n. 9, p. 1865-1872, 2006. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v22n9/10.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2012.

INUMARU, L. E. Fatores de risco e de proteção para câncer de mama: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n.7, p. 1259-1270, 2011.

LEITE, M. S. et al. Perfis de saúde indígena, tendências nacionais e contextos locais: reflexões a partir do caso Xavante, Mato Grosso. In: COIMBRA Jr, C. E. A., SANTOS R. V.; ESCOBAR, A. L. **Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ABRASCO, 2003, p. 105- 25.

LIMA, M. G. et al. Fatores de risco para câncer de mama em mulheres indígenas Terêna de área rural, Estado do Mato Grosso do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 17, n. 5, p.1537-1544, 2001.

NORONHA, J. C. **Lesões do ligamento cruzado anterior**. In: ESPREGUEIRA-MENDES, J.; PESSOA, P. (Ed.). O Joelho. Lisboa: Lidel–edições técnicas, 2006. p. 147-82

NUNES, H. M.; MONTEIRO, M. R. C. C.; SOARES, M. C. P. Prevalência dos marcadores sorológicos dos vírus das hepatites B e D na área indígena Apyterewa, do grupo Parakanã, Pará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 11, p. 2767-2779, 2007. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v23n11/22.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2012.

OLIVEIRA D. L. L; MEYER D. Gênero e saúde das mulheres. In: OLIVEIRA D. L. L. (Org.). **Enfermagem na gravidez, parto e puerpério: notas de aula**. Porto Alegre: UFRGS, 2005. p. 9-30.

OLIVEIRA, G. F. de. et al. Prevalência de diabetes melito e tolerância à glicose diminuída nos indígenas da Aldeia Jaguapiru, Brasil. **Rev. Panam. Salud Públ.** v. 29, n. 5, p. 315-321, 2011. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v29n5/a03v29n5.pdf>. Acesso em:12 mar. 2012.

ORELLANA, J. D. Y. et al. Prevalência e fatores associados à anemia em mulheres indígenas Suruí com idade entre 15 e 49 anos, Amazônia, Brasil.**Rev. Bras. Saúde Materno Infantil**, v. 11, n. 2, p. 153-161, abr./jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v11n2/a06v11n2.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2012.

ROCHA, A. K. S. et al. Prevalência da síndrome metabólica em indígenas com mais de 40 anos no Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev Panam. Salud Pública**, v. 29, n. 1, p. 41-45, 2011. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v29n1/06.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2012.

SALVO, V. L. M. A. et al. Perfil metabólico e antropométrico dos Suyá: Parque Indígena do Xingu, Brasil Central. **Rev bras. epidemiol.** v. 12, n. 3, p. 458-468, 2009. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rbepid/v12n3/14.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2012.

SANTOS, D. J. S. et al. Raça versus etnia: diferenciar para melhor aplicar. **Dental Press J. Orthod.** v. 15, n. 3, p. 121-124, 2010.

SANTOS, R. V. Crescimento físico e estado nutricional de populações indígenas brasileiras. **Cad Saúde Pública**. n. 9, p. 46-57, 1993.

SILVA, E. P. et al. Exploração de fatores de risco para câncer de mama em mulheres de etnia Kaingáng, Terra Indígena Faxinal, Paraná, Brasil, 2008. **Cad. Saúde Pública**, vol.25, n.7, p. 1493-1500, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v25n7/07.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2012.

SOARES, J. O treino do futebolista. Lesões - **Nutrição**. Porto: Porto Editora; 2007.

STEWIEN, E. T. M. et al. Lesão do ligamento cruzado anterior (LCA) do joelho em população indígena do estado do Amazonas, Brasil. **Acta ortop. Bras.** v. 16, n. 4, p. 204-206, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/aob/v16n4/v16n4a03.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2012.

APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados

Título do trabalho		
Autor(es)		
Titulação dos autores		
Periódico		
Ano	Volume	Número
Objetivo(s)		
Tipo de estudo		
Amostra		
Local de estudo		
Tema(s) abordado(s)		
Resultado do estudo		
Conclusão		
Limitações do estudo		

APÊNDICE B – Quadro Sinóptico

Nº DO ARTIGO	TÍTULO DO ARTIGO	AUTORES	ANO	OBJETIVO	AMOSTRA	TEMAS ABORDADOS	RESULTADOS

ANEXO - Carta de aprovação da COMPESQ- EEUFRGS

Projeto de Pesquisa

Página 1 de 1

Pesquisador: Claudia Junqueira Armellini**Dados do Projeto de Pesquisa****Projeto Nº:** 22109**Título:** Saúde das mulheres indígenas no Brasil: uma revisão integrativa**Área do Conhecimento:** Enfermagem**Início:** 15/12/2011**Previsão de conclusão:** 15/07/2012**Situação:** projeto em andamento**Origem:** Escola de Enfermagem

Projeto Isolado com linha temática NULL

Objetivo: Conhecer os temas de pesquisas sobre a saúde das mulheres indígenas brasileiras.**Palavras-Chave**

Índios Sul-americanos

Saúde Da Mulher

Saúde Indígena

Equipe UFRGS**Nome:** Claudia Junqueira Armellini**Participação:** Coordenador**Início:** 15/12/2011**Nome:** Denize Leticia Marcolino**Participação:** Pesquisador**Início:** 15/12/2011**Anexos****Projeto Completo****Data de Envio:** 02/12/2011**Avaliações**

Comissão de Pesquisa de Enfermagem - Aprovado em 14/12/2011

[Visualizar Parecer](#)