



MESTRADO EM CIÊNCIAS
AMBIENTAIS E SAÚDE

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRO-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE**

**A Síndrome Metabólica Como Evidência de Adoecimentos na
Etnia Krikati do Estado do Maranhão – Brasil.**

Oswaldo José Theodoro neto

Goiânia - GO

Fevereiro de 2013



MESTRADO EM CIÊNCIAS
AMBIENTAIS E SAÚDE

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRO - REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COORDENAÇÃO DE PÓS - GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE**

**A Síndrome Metabólica Como Evidência de Adoecimentos na
Etnia Krikati do Estado do Maranhão – Brasil.**

Mestrando: Osvaldo José Theodoro neto

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Ciências Ambientais e Saúde.

**Orientador: Prof. Dr. Aparecido Divino da Cruz
Co-Orientador Profa. Dra. Daniela de Melo e Silva**

Goiânia - GO

Fevereiro de 2013

Theodoro Neto, Osvaldo José.
T388s A Síndrome Metabólica como evidência de adoecimentos na
etnia Krikati do estado do Maranhão – Brasil [manuscrito] /
Osvaldo José Theodoro Neto. – 2013.
90 f. ; il. ; grafs. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de
Goiás, Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde, 2013.
“Orientador: Prof. Dr. Aparecido Divino da Cruz”.


1. Síndrome Metabólica. 2. Obesidade. 3. Índios Krikati. I.
Título.

CDU: 613.25(043)



DISSERTAÇÃO DO MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE
DEFENDIDA EM 15 DE MARÇO DE 2013 E CONSIDERADO
APROVADO PELA BANCA EXAMINADORA:

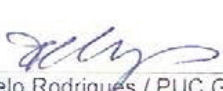
1)


Prof. Dr. Aparecido Divino da Cruz / PUC Goiás (Presidente)

2)


Profa. Dra. Daniela de Melo e Silva / UFG (Membro Externo)

3)


Profa. Dra. Flávia Melo Rodrigues / PUC Goiás (Membro)

4)

Prof. Dr. Cláudio Carlos da Silva / PUC Goiás (Suplente)

AGRADECIMENTOS

Ao nosso Deus pela força e pelo dom do entendimento que me proporciona em todo tempo. À minha família, que sempre me incentivou a prosseguir na minha jornada profissional e pelas suas orações.

À minha esposa, Claudia Barbosa Vilarins Theodoro, que sempre me incentivou e contribuiu com suas orações.

Aos meus filhos queridos: Patrícia, Nilton, André (in memória), Pedro, Amanda e a você que está chegando (Beth). Amo vocês!

Aos meus companheiros de idas e vindas até Goiânia: Jullys Alan, Daisy Castro e Érika Tourinho.

À Erika, obrigado pelo carinho e apreço e pela tolerância nas faltas em sala de aula, quando em missão de campo durante o mestrado.

Aos meus colegas de trabalho. Enfermeiros ou não, pelo incentivo para que continuasse com minha saga até este momento.

À Diretoria da UNISULMA/IESMA. Sem vocês não seria possível este momento. Obrigado pelo incentivo financeiro a mim oferecido!

Aos meus queridos irmãos da Primeira Igreja Batista de Imperatriz. Vocês me incentivaram, oraram, e apostaram em mim. Especialmente ao Pr. Jefferson Dantas, a Dra. Sara Rebouças e ao Diác. Franciné Nogueira (ABASMA). Valeu muito!

À querida Profa. Juraciara Abreu, nutricionista, companheira de campo de pesquisa. Aos acadêmicos: Teresinha Santos, Luiz Felipe, Aureildes Lima e Kamilla Sampaio. Vocês foram demais! Obrigado pela ajuda na coleta de dados.

Aos meus orientadores: Dr. Peixoto e Dra. Daniela. Sem vocês Não seria possível este momento especial na minha vida. Um grande beijo!

A TERRA É SAGRADA

“ (...) Cada pedaço de terra é sagrado para meu povo.

Cada ramo brilhante de um pinheiro, cada punhado de areia

Das praias, a penumbra na floresta densa, cada clareira

e insetos a zumbir são sagrados na memória e na

experiência do meu povo...

Os rios são nossos irmãos, saciam nossa sede.

Os rios carregam nossas canoas e alimentam nossas crianças.

... Sabemos que o homem branco não compreende nossos costumes.

Uma porção de terra, para ele, tem o mesmo significado de qualquer outra,

Pois é um forasteiro que vem à noite e extrai da terra aquilo que necessita.

A terra não é sua irmã, mas sua inimiga,

e quando ele a conquista, prossegue seu caminho...

De uma coisa nós temos certeza: a terra não pertence ao homem,

o homem é que pertence a terra.

Disso temos certeza.

Tudo está associado:

O que fere a terra fere também aos filhos da terra.

Não foi o homem que teceu a teia da vida,

ele é apenas um dos seus fios.

O que quer que faça com essa teia,

fará a si mesmo”

(Cacique Seattle – 1854)

LISTA DE ABREVIATURAS

AIS – Agente Indígena de Saúde

AISAN – Agente Indígena de Saneamento

APS – Atenção Primária em Saúde

CASAI – Casa de Saúde do Índio

CC – Circunferência da Cintura

CICPS – Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde.

CIMI – Conselho Indigenista Missionário

CNS – Conferência Nacional de Saúde.

CTI – Centro de Trabalho Indigenista

DISEI – Distrito Sanitário Especial Indígena.

ESFI – Estratégia de Saúde da Família Indígena

EVS – Equipe Volante da Saúde

FOIRN – Federação da Organização Indígena do Rio Negro

FUNAI – Fundação Nacional do Índio

FUNASA – Fundação Nacional de saúde

GLI – Glicemia

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICA – Índice Cintura Altura

IMC – Índice de Massa Corporal

INPA – Instituto de Pesquisa da Amazônia

ISA – Instituto Sócio Ambiental

MPF – Ministério Público Federal

NCEP – National Cholesterol Education Program

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PA – Pressão Arterial

PCCU – Preventivo do Câncer Cérvico Uterino

RCEst – Razão Cintura Estatura

RCQ – Razão Cintura Quadril

SESAI – Secretaria Especial de Saúde Indígena

SISVAM – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

SM – Síndrome Metabólica

SPI – Serviço de Proteção ao Índio

SRI – Síndrome de Resistência a Insulina

SUSA – Serviço de Unidade Sanitária Aérea

TI – Terras Indígenas

UNISULMA/IESMA – Unidade de Ensino Superior do Maranhão/Instituto de Ensino Superior do Maranhão.

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

		Pag.
Figura 1	População Krikati, cadastrada na Estratégia de Saúde da Família Indígena, Aldeia São José, Montes Altos, Março de 2013.	15
Figura 2	Política de Saúde e Integralidade das Ações – (CIMI/Mensageiro, 2012)	19
Figura 3	Fluxograma do Modelo de Atenção à Saúde Indígena – (CIMI/Mensageiro, 2012)	23
Figura 4	Mapa do Impacto na TI Krikati	50
Figura 5	Classificação pelo Índice de Massa Corporal dos sujeitos da Etnia Krikati acima de 18 anos, cadastrados na Estratégia de Saúde da Família, Montes Altos – MA, fevereiro de 2013.	56
Figura 6	Risco para Síndrome Metabólica dos sujeitos da etnia Krikati acima de 18 anos, cadastrados na Estratégia de Saúde da Família, pelo índice da cintura abdominal. Montes Altos – MA, fevereiro de 2013.	57
Figura 7	Risco para Síndrome Metabólica dos sujeitos da etnia Krikati acima de 18 anos, cadastrados na Estratégia de Saúde da Família, a partir dos parâmetros da pressão arterial Montes Altos – MA, fevereiro de 2013.	57
Figura 8	Risco para Síndrome Metabólica dos sujeitos da etnia Krikati acima de 18 anos, cadastrados na Estratégia de Saúde da Família, a partir dos parâmetros da glicemia Montes Altos – MA, fevereiro de 2013.	58
Figura 9	Índice cintura altura, sexo feminino entre os sujeitos estudados na etnia Krikati acima de 18 anos, cadastrados na Estratégia de Saúde da Família, Montes Altos – MA, fevereiro de 2013.	59
Figura 10	Índice cintura altura, sexo masculino entre os sujeitos estudados na etnia Krikati acima de 18 anos, cadastrados na Estratégia de Saúde da Família, Montes Altos – MA, fevereiro de 2013.	60
Figura 11	Risco para Síndrome Metabólica pelo índice cintura X quadril, sexo masculino entre os sujeitos estudados na etnia Krikati acima De 18 anos, cadastrados na Estratégia de Saúde da Família,	60

Montes Altos – MA, fevereiro de 2013.

Figura 12	Risco para Síndrome Metabólica pelo índice cintura X quadril, sexo feminino entre os sujeitos estudados na etnia Krikati acima De 18 anos, cadastrados na Estratégia de Saúde da Família, Montes Altos – MA, fevereiro de 2013.	61
Figura 13	Síndrome Metabólica sexo masculino entre os sujeitos estudados na etnia Krikati acima De 18 anos, cadastrados na Estratégia de Saúde da Família, Montes Altos – MA, fevereiro de 2013.	62
Figura 14	Síndrome Metabólica sexo feminino entre os sujeitos estudados na etnia Krikati acima De 18 anos, cadastrados na Estratégia de Saúde da Família, Montes Altos – MA, fevereiro de 2013.	62
Tabela 1	Índice de Massa Corporal, utilizado pelo Ministério da Saúde, como parâmetro de avaliação de sujeitos com baixo peso, peso ideal e obesidade. Fonte: Brasil (2006) Caderno de Atenção Básica nº 12.	52
Tabela 2	Medida Cintura Abdominal, utilizado pelo Ministério da Saúde, como parâmetro de avaliação de sujeitos com risco para Síndrome Metabólica e Doenças cardiovasculares. Fonte: Brasil (2006) Caderno de Atenção Básica nº 12.	52
Tabela 3	Medida da Pressão Arterial, utilizado pelo Ministério da Saúde, como parâmetro de avaliação de sujeitos com risco para Síndrome Metabólica e Doenças cardiovasculares. Fonte: Sociedade Brasileira de Hipertensão (2013).	53
Tabela 4	Valores glicêmicos, utilizados pelo Ministério da Saúde, como parâmetro de avaliação de sujeitos com risco para Síndrome Metabólica e diabetes. (2013	53
Tabela 5	Índice Cintura Altura, utilizado no estudo de Margareth Ashwell, como parâmetro de avaliação de sujeitos com risco para Síndrome Metabólica e Doenças cardiovasculares. Fonte: Margareth Ashwell, 2012.	53
Tabela 6	Resumo Cintura x Quadril, utilizado no estudo de Margaret Ashwell, como parâmetro de avaliação de sujeitos com risco para Síndrome Metabólica e Doenças cardiovasculares. Fonte: Margareth Ashwell, 2012.	54
Tabela 7	Variável ICA, Risco para SM e Síndrome Metabólica, por gênero, dos sujeitos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família Indígena, acima dos 18 anos da etnia Krikati, Aldeia São José, Montes Altos – MA, fevereiro de 2013.	55

RESUMO

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde discutiu ações em saúde sob o foco das práticas integrativas, o que foi aceito pela VIII Conferência Nacional de Saúde em 1988. Entre outras coisas o território, cultura e relações seria o foco para construção de novas políticas de saúde. Neste contexto o estudo sobre os adoecimentos destacando-se a obesidade e a síndrome metabólica entre os sujeitos da Etnia Krikati, deve ancorar-se na leitura do território e suas manifestações culturais. O objetivo desta pesquisa foi estudar os adoecimentos entre os sujeitos da etnia Krikati, dando ênfase na obesidade e na síndrome metabólica. Um estudo de natureza descritiva com abordagem quantitativa. Pesquisa desenvolvida na Aldeia São José no município de Montes Altos – MA. Os 70 sujeitos da pesquisa foram representantes de 76 famílias cadastrados na Estratégia de Saúde da Família Indígena acima dos 18 anos de idade. Observou-se no relato da coordenadora da ESFI e pela observação feita no território que há um maior consumo de alimentos industrializados que podem estar oferecendo carga energética acima do necessário; e que foi reduzido atividades como a pesca, caça e plantio, principalmente depois da implantação da Bolsa Família. Quanto ao índice de massa corporal observou-se 80% dos sujeitos estão fora do peso ideal. Quanto ao parâmetro da cintura abdominal 86% estão em risco para síndrome metabólica ($p < 0,01$). Na verificação da pressão arterial 73% cursam com valores dentro da normalidade ($p < 0,01$). Na glicemia capilar os 89% dos sujeitos apresentaram valores dentro da normalidade ($p < 0,01$). Porém, quando se verificou o parâmetro cintura x altura, o sexo feminino apresenta 54% de sujeitos em risco para SM em detrimento de 93% no sexo masculino ($p < 0,03$). No índice cintura x quadril 97% dos sujeitos do sexo masculino apresentam risco para SM; enquanto que no sexo feminino temos 87%. Dos 26 sujeitos que apresentaram a SM a prevalência entre o sexo feminino é de 37%, já masculino 38%. Estes tiveram maiores médias nos parâmetros comparados com os que não apresentaram a SM. Os resultados obtidos apontam que a SM na Etnia Krikati, é o dobro da média verificada em outros povos indígenas, e que é um caso de saúde pública, devendo ser implementado urgentemente ações efetivas para conter este agravo.

Palavras – chave: Síndrome Metabólica. Obesidade. Etnia Krikati. Saúde.

ABSTRACT

The International Conference on Primary Health Care discussed health actions under the focus of integrative practices, which was accepted by the VIII National Health Conference in 1988. Among other things the territory, culture and relationships would be the focus for the construction of new health policies. In this context the study of illnesses emphasis on obesity and metabolic syndrome among the Krikati Ethnicity, must embark upon reading the territory and its cultural manifestations. The objective of this research was to carry out a descriptive study with a quantitative approach about the illnesses among the Krikatis, emphasizing in obesity and metabolic syndrome. The research was carried out in the Krikatis village in the municipality of São José in Montes Altos - MA. A total of 70 subjects representing 76 families who were enrolled in the Indigenous Family Health Strategy participated in this study. All participants were above 18 years of age. The body mass index was observed in 80% of the subjects as far from the ideal body weight. The waist circumference denoted that 86% of the Krikatis were at risk for metabolic syndrome ($p < 0.01$). Blood pressure occurred with 73% of normal levels ($p < 0.01$). CBG in the 89% of subjects had values within the normal range ($p < 0.01$). 54% of the females exhibited risk for MS at 93% of males also were at risk for MS ($p < 0.03$). Of the 26 patients who had MS, the prevalence among females was 37% and 38% in males. Our results indicated that the MS in the Krikatis community was twice the average in other indigenous groups, and that has become an urgent matter of public health locally. Therefore, effective actions should be implemented to deal with and contain this morbidity within São Jose Village.

Key Words: Metabolic Syndrome, obesity, indigenous population, Krikati, health.

SUMÁRIO

	Pag.	
1	INTRODUÇÃO	14
2	REFERENCIAL TEÓRICO	17
2.1.	Política Nacional de Saúde Indígena no Brasil e no Maranhão.	17
2.2.	Saúde, Meio Ambiente, Sustentabilidade e Qualidade de Vida.	31
2.3.	A Política Nacional de Saúde e a Reforma Sanitária no Brasil.	34
2.4.	A Obesidade como Adoecimento no Brasil e a Síndrome Metabólica	38
3	OBJETIVOS	47
3.1.	Geral	47
3.2.	Específicos	47
4	METODOLOGIA	48
4.1.	Tipo de Estudo	48
4.2.	População e Amostra	48
4.3.	Campo da Pesquisa.	49
4.4.	Instrumento e Coleta de Dados	50
4.5	Aspectos Éticos	51
4.6	Análise dos dados	52
5	RESULTADOS	55
6	DISCUSSÃO	64
7	CONCLUINDO E SUGERINDO	72
	REFERÊNCIAS	76
	APÊNDICE	82
	ANEXOS	83

1 INTRODUÇÃO

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde (CICPS) (1978), preconizando e assumindo uma práxis do Ministério da Saúde do Brasil, durante a VIII Conferência Nacional de Saúde (1988) propôs ações para o desenvolvimento das Políticas de Saúde e seus princípios, que norteassem práticas integrativas. Dentre elas se destacaram as ações preventivas baseadas no conhecimento do território e seu meio ambiente, da cultura, das inter-relações, das crenças, dos signos e dos significados, direcionadas na singularidade de cada sujeito, família e/ou comunidade. As ações propostas não deveriam perder o norte das questões ontológicas. A participação popular nas decisões desta política está baseada na Lei 8.142/90, segundo a lógica e o conhecimento de cada território.

Com efeito, os estudos sobre os processos de adoecimentos entre os Krikati, que tem como território a Aldeia São José, localizada na região tocantina do município de Montes Altos - MA, se apresentou como uma possibilidade de aplicar o saber/fazer em ações integradas, envolvendo aspectos da cultura, da religião e da relação com o meio ambiente, como uma estratégia precursora do cuidado ampliado, visando a melhora da qualidade de vida na Aldeia. Adicionalmente, a ação se comprometia com práticas e atitudes cidadãs e de resgate do humano.

Em 1919 o senso do Serviço de Proteção ao Índio (SPI) indicou uma população de 237 dos índios Krikati, distribuído entre as Aldeias Engenho Novo e Canto da Aldeia. Pouco depois já contavam com uma população de 682 índios segundo o censo da FUNASA de 2005, apud AZANHA & LADEIRA, 2005. Atualmente o SPI conta com 921 sujeitos registrados em seu banco de dados

censitários (BRASIL, 2010). Com a fundação de mais uma Aldeia, a de Campo Alegre, e com a migração de algumas famílias para ocupar aquelas terras, o cadastro da Estratégia de Saúde da Família Indígena (ESFI) registra 749 sujeitos Krikati em Montes Altos (Figura 1).

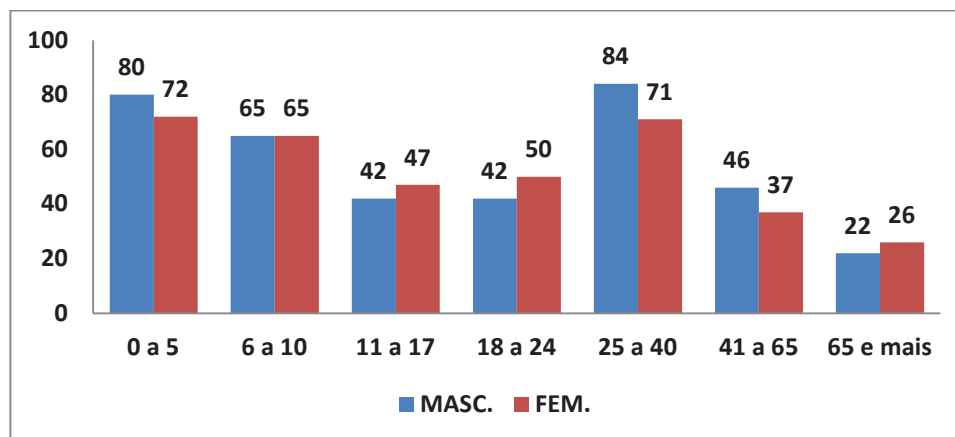


Figura 1. Distribuição da população Krikati por faixa etária e sexo, cadastrada na Estratégia de Saúde da Família Indígena, para a Aldeia São José, Montes Altos, em março de 2013.

Existem estudos significativos, realizados em várias aldeias de povos indígenas no Brasil que apontam para o aparecimento de doenças que anteriormente não faziam parte das patologias pré-existente, como a obesidade, hipertensão e diabetes e a síndrome metabólica (SM), conforme CIMI, (2012); FERREIRA & MAGALHÃES (2006); GIGANTE, et. al.; (2004); & CARDOSO, MATTOS & KOIFMAN, (2001).

O Cuidado Ampliado que aponta para ações de humanização da assistência em saúde, e a Gestão Paidéia que nos direciona para o empoderamento dos sujeitos cuidado, pode oferecer subsídios para maior adesão dos Krikati nos programas de controle da hipertensão e do diabetes e cuidados aos adoecidos com a SM. (CAMPOS, 2005; CECCIM, 2006 & CUNHA, 2005). As percepções preliminares é que o cuidado implementado a estes sujeitos não apontam apenas para realizações do atendimento da livre demanda, e com

caráter assistencial biomédico, o que em última instância, denotaria simplesmente os processos de cura, que não dariam conta de compreender o modo como os Krikati simbolicamente se relacionam com os seus processos de adoecimentos.

A problemática desta investigação consiste em saber de forma geral se os processos de adoecimentos como a obesidade, hipertensão arterial e a diabetes nos Krikati são influenciadas por fatores internos e externos (cultural e ambiental) que interferem na qualidade de vida desses sujeitos, com o surgimento da síndrome metabólica?

Os fatores internos e externos influenciaram significativamente o processo saúde e doença favorecendo adoecimentos como a obesidade, hipertensão arterial e diabetes entre os índios Krikati?

Com o objetivo de avaliar a síndrome metabólica como evidência de adoecimentos na etnia Krikati, analisando o sobrepeso, obesidade, utilizando-se de medidas antropométricas, diabetes e hipertensão arterial, e sua relação com o meio ambiente e hábitos de vida. Procurar-se-á responder o seguinte:

Esses fatores são influenciados pelos hábitos alimentares e pelo contato interétnico e o meio ambiente? Qual a prevalência do sobrepeso, da obesidade e da síndrome metabólica entre os Krikati? Que políticas devem ser implementadas para melhorar o consumo de alimentos saudáveis? E qual deve a conduta dos profissionais de saúde e outros no combate a síndrome metabólica? E o que veremos!

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. Política Nacional de Saúde Indígena no Brasil e no Maranhão.

Terra livre, águas puras, florestas sagradas: fonte de saúde. Esta frase foi divulgada pela revista Mensageiro, do Conselho Indigenista Missionário (CIMI), em sua edição nº 192, de março e abril de 2012. A concepção de saúde/doença entre os indígenas está focada na percepção da integralidade. A luta pela terra, a defesa das águas e do meio ambiente e a idéia de que a mata é sagrada, pode garantir saúde ou trazer doenças se não forem bem manejados.

É importante refletir também sobre temas que estão relacionados com outras questões que fazem parte da vida das comunidades, tais como a luta pela terra, a defesa das águas e do meio ambiente. Afinal, tudo isso afeta nossa vida, pois tanto pode ajudar a garantir a saúde como pode contribuir para aumentar a doença. (MOURA, 2012)

A atual população indígena do Brasil é de aproximadamente 345.000 indivíduos, representando 0,2% da população brasileira. Este dado considera apenas aqueles que vivem em aldeias. Há, contudo, estimativas que indicam a existência de cerca de 190 mil índios vivendo fora das terras indígenas, inclusive em áreas urbanas (BRASIL, 2010).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 1998) pautou suas ações com o seguinte lema “Saúde para Todos”. Dentro das concepções da Organização Mundial de Saúde (OMS), saúde não é só ausência de doenças, mas é um completo bem estar e harmonia em todos os aspectos da vida humana. Mais uma vez destaca-se o conceito de integralidade. Enquanto que para os não índios a terra está relacionada apenas consumo, para os indígenas é o sagrado. Portanto agredir a mata é profanar a terra. Em 1854, o Cacique Seattle escreveu ao presidente dos

Estados Unidos da América, depois que o governo apresentou uma proposta de compra das terras de seu povo: “ (...) Cada pedaço desta terra é sagrado para meu povo... cada penumbra na floresta densa... são sagrados na memória de meu povo... O homem branco não compreende... a terra não é sua irmã, mas sua inimiga” (BRITO, 2012). Com a carta o Cacique queria dizer que a mata é sagrada para os indígenas, é a mãe que gera, acolhe, alimenta. A água, a terra, a mata a natureza, o ambiente, os animais, “todos são nossos parentes, todos juntos dão equilíbrio a vida” (BRITO, 2012). Continua a autora:

O Cacique Seattle queria dizer que para nós povos indígenas não há muita diferença entre o natural e o sobrenatural, o humano e o inumano. Ou seja, todos os seres estão interligados, precisam ser contemplados, reconhecidos, respeitados. A nossa visão sobre a criação do mundo é muito maior do que a visão dos colonizadores e de muita gente ainda hoje. Na visão indígena, o mundo não se fez unicamente em torno do ser humano, mas de todas as coisas da natureza.

Olhando o passado dos colonizadores americanos, incluindo a colonização do Brasil, pode se perceber como os colonizadores foram cruéis com os povos indígenas. Os colonizadores impunham maus tratos, trabalhos forçados e escravos, chacinas aos povos indígenas e inseriram doenças, como varíola, gripe, sarampo e tuberculose, nas aldeias, cujos habitantes não tinham resistência imunológicas. Para os colonizadores americanos que vieram da Europa, principalmente de Portugal e da Espanha, o que lhes interessavam era o lucro. Percebendo a facilidade com que os índios morriam ao serem expostos às doenças, alguns colonizadores passaram a usá-las como estratégia complementar de extermínio (MOURA, 2012). O autor ainda discute sobre a exploração do pau-brasil, no território brasileiro, segundo ele o extrativismo não trouxe nenhum benefício para os povos indígenas, a sua prática não só causou o

“apagamento” dos índios, pela redução de suas populações, mas também, pelo sufocamento de suas culturas. A estratégia não deu certo pelas resistências e a luta dos povos indígenas. Muito do que hoje está exposto ainda é reflexo desta desqualificação da cultura indígena. A mais valia deste modelo econômico neoliberal, na qual a única verdade é o lucro, mesmo que isto imposto se transforme em menos qualidade de vida para estes sujeitos. Segundo Britto, (2012), é importante discutir e pensar as questões que afetam e comprometem a saúde, mediante a observação atentadas condições de vida das pessoas e da comunidade e, quando o olhar se volta aos povos indígenas, é preciso reconhecer e ter compromisso com todas as lideranças indígenas e com os que apóiam a causa. A autora ainda escreve:

Para pensar no tema da saúde é necessário que nos coloquemos diante da dor dos outros, do sofrimento imposto a quem busca atendimento e se vê abandonado à própria sorte. Esse tema ainda nos provoca a considerar aspectos mais amplos que dizem respeito à vida no planeta, do sofrimento da mãe terra: a) a contaminação das águas – os rios, lagos e oceanos; b) os maus tratos a terra – desmatamento, mineração destrutiva, envenenamento por agrotóxicos para aumentar produção em grande quantidade e c) a extinção de espécies vegetais e animais.

Os problemas de saúde, portanto, estão vinculados a fatores internos e externos que interferem de forma contundente na qualidade de vida dos povos indígenas. A questão é multifatorial e multifocal, e, portanto, deve ser olhada de forma integrada (Figura 2).



Figura 2. Política de Saúde e Integralidade das Ações nas Aldeias Indígenas.
Fonte: (CIMI - Mensageiro, 2012)

A concepção de saúde dos povos indígenas, por natureza de suas percepções e cultura, aponta para o conceito de integralidade. Segundo Moura (2012) as questões telúricas se confundem com as cósmicas, portanto, para um índio não há dicotomia na forma de pensar sua saúde. A saúde para os índios é diferente da maioria dos não índios. Saúde para o índio é um bem estar, resultante da harmonia dentro de si mesmo, com a sociedade, com toda a natureza e com o divino. Portanto, saúde não é meramente ausência de doença. (MOURA, 2012)

Para os indígenas doença é um evento mórbido que acontece no corpo. Moura (2012) reportou que, em comunidades indígenas, a doença também é entendida de outra maneira. Não é uma enfermidade isolada que diz respeito ao corpo individual. É algo que se relaciona ao corpo da coletividade, das aldeias e de todo povo. Diz ainda o autor:

A doença é um sintoma de desequilíbrio das condições que asseguram a vida, de devastação do meio ambiente, das atitudes inadequadas em relação a si, aos outros, ao ambiente... Cada pessoa precisa ter atenção e cuidado com os demais seres, respeitar as regras estabelecidas culturalmente para proteger toda a vida em comunidade. Tudo isso está relacionado com o estado de saúde da pessoa, de seus parentes próximos e de toda a humanidade.

A cosmovisão dos povos indígenas é integrada em relação ao processo saúde/doença. Portanto, não há um conceito fechado sobre o qual os atores envolvidos nas estratégias de saúde nas aldeias deva se debruçar. Porém, também é verdade que qualquer ação de cuidado deva ser implementada dentro da premissa da integralidade. Cada sujeito é único e deve ser cuidado de modo singular, sem deixar de lado os aspectos ontológicos. Segundo Moura (2012), os antigos sabiam curar doenças. Era a terra que fornecia os remédios através das plantas, folhas e raízes. A idéia a doença é provocada por seres vivos, ou melhor,

por seus espíritos. Relatos dos índios Krikatis, quando a criança adoecer, os pais cometeram alguma atitude que justifique o aparecimento da doença. Assim, baseado nas concepções, é necessário implantar uma política de saúde que atente para as singularidades dos povos indígenas.

No início da colonização brasileira, os missionários assistiam aos índios de forma integrada às políticas do governo (CIMI, 2012). Em 1910 foi criado o Serviço de Proteção ao Índio (SPI), vinculado ao Ministério da Agricultura. As ações davam conta de cuidar das emergências, amansá-los e os confinar em reservas. Na década de 1950, foi criado o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA) vinculado ao Ministério da Saúde, com o objetivo de prestar cuidados às populações de difícil acesso com ações odontológicas, vacinação, controle das doenças transmissíveis e tuberculose.

Após várias denúncias foi extinta a SPI em 1967, e criada a Fundação Nacional do Índio (FUNAI), que no seu âmbito criou as Equipes Volantes da Saúde (EVS), com atendimentos médicos esporádicos e uma maior atividade dos atendentes e auxiliares de enfermagem. A EVS existiu até a década de 1970. A preocupação com o modelo de atenção à saúde indígena provocou a realização da I Conferência de Saúde Indígena em 1986, com a proposição de um atendimento diferenciado. (CIMI, 2012)

O modelo de atendimento aos povos indígenas, proposto pela CSI, deveria garantir o acesso universal e integral à saúde, respeitando as especificidades étnicas, socioculturais e as práticas terapêuticas singulares. Decorrente do modelo proposto, foram criados os Distritos Sanitários Especiais Indigenistas (DISEI), sob a gestão do Ministério da Saúde. Em 1991 foi criado o Distrito Yanomami, em 1993 o Distrito Sanitário do Leste de Roraima, na Terra Indígena

Raposa do Sol. Este último tornou-se referência para a criação de outros distritos. Na II Conferência Nacional de Saúde Indígena em 1993, o modelo dos DISEI configurou-se como base para a política de atenção à saúde das populações indígenas, ligada ao Ministério da Saúde. Os DISEI deveriam ser administrados por Conselhos de Saúde com participação dos indígenas. Desde este tempo que os povos indígenas vinham reivindicando a criação de uma secretaria especial para gestão de atenção à saúde. Em 1999, com a edição do Decreto 3.156/99 e a aprovação da “Lei Arouca” (Lei 9.836 de 23 de setembro de 1999), a política de saúde passou a ser de responsabilidade do Ministério da Saúde. A Lei Arouca estabeleceu que o Governo Federal deveria criar o subsistema de Atenção à Saúde Indígena tendo por base os DISEI, na época foram criados 34 (Portaria 852/99-MS). Com mais transparências nas ações começaram a surgir denúncias de corrupção na FUNASA. (CIMI, 2012)

Várias manifestações foram realizadas e em 2008 através do Projeto de Lei (3.958/2008), a saúde indígena deixaria de ser da responsabilidade da FUNASA e passaria para uma Secretaria Especial. Após dois anos de espera, em 2010, o governo editou a Medida Provisória 483, aprovada pelo Congresso Nacional e a transformou na Lei 12.314/2010 que possibilitou a criação da referida Secretaria. E no dia 19/10/2010 foi editado o decreto 7.336/2010 que oficializou a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAI (CIMI, 2012). O fluxograma abaixo ilustra o modelo de Atenção à Saúde Indígena (Figura 3).

Fluxograma do Modelo de Atenção à Saúde Indígena:

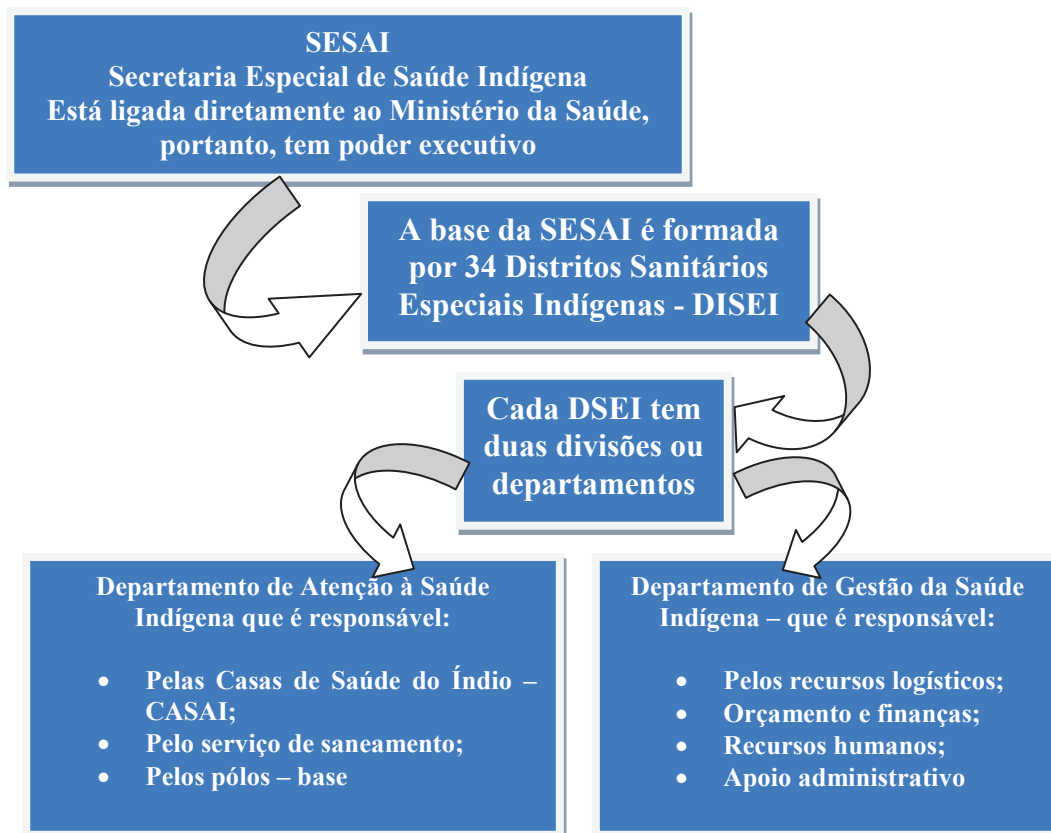


Figura 3. Fluxograma do Modelo de Atenção à Saúde Indígena – Brasil/ Ministério da Saúde. Fonte: (CIMI - Mensageiro, 2012)

O benefício que se observa no modelo de gestão apresentado acima é que há autonomia administrativa e financeira. As decisões devem ser tomadas por um colegiado, possibilitando controle social e se aproximando da realidade dos beneficiários. Nessa perspectiva, qualquer ação proposta teria que ser baseada na lógica da territorialidade com maior participação indígena nas decisões, respeitando-se suas étnicas. Uma conquista considerável no modelo apresentado de atenção à saúde foi a criação dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e também dos Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN). Os indivíduos envolvidos no processo são nativos, conhecedores da língua e dos aspectos

culturais que envolvem cada território. São competências dos AIS: a) acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças; b) acompanhamento das gestantes; c) atendimento nos casos de doenças mais freqüentes (infecção respiratória, diarreia e malária); d) acompanhamento de pacientes crônicos; e) primeiros socorros; f) promoção à saúde e prevenção de doenças de maior prevalência; g) acompanhamento da vacinação e h) acompanhar e supervisionar tratamento de longa duração (BRASIL, 2008).

Como visto anteriormente o novo modelo de atenção à saúde indígena conta com a participação dos Conselhos Distritais, que são integrados por vários Conselhos Locais, contando com uma representatividade indígena escolhida pela própria comunidade. Todos os povos que habitam em um território distrital deverão ter seus representantes legitimamente eleitos. A formação do Conselho se dará na paridade: a) dos povos indígenas indicados pela comunidade; b) das organizações governamentais envolvidas; c) das prestadoras de serviços e d) dos trabalhadores do setor saúde (CIMI, 2012).

Com efeito, toda política indigenista deve ter como princípio o reconhecimento das diferenças e de suas legitimidades. São princípios básicos para atenção à saúde indígena: a) reciprocidade – isto é a troca de experiências, de saberes e de oportunidades de decisão sobre as ações prioritárias em saúde (Gestão Paidéia); b) eficácia simbólica – que se refere às necessidades simbólicas, dos signos e significados, numa aproximação entre medicina e cultura; c) integralidade – visão holística que abrange os determinantes históricos, sociais, culturais e ambientais da saúde e d) autonomia-que prevê que as comunidades indígenas possam realizar a gestão de políticas e ações a elas destinadas (CIMI, 2012).

Em que pese ser uma política cujos aspectos epistemológicos estejam pautados na lógica da atenção básica e na integralidade das ações, ainda se observam dados estatísticos preocupantes, que apontam para condições de péssima qualidade de vida a que ainda são submetidos alguns povos indígenas. A mortalidade infantil entre os povos indígenas é superior à média nacional e é um parâmetro relevante para se determinar a qualidade de vida de um povo.

Segundo um levantamento do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BRASIL, 2010), no Brasil para cada mil crianças que nascem 23 morrem, no caso dos indígenas, são 48 para cada mil. Para a população infantil indígena, as causas mais freqüentes de morte estão relacionadas à desnutrição e à qualidade da atenção à gestante antes e durante o parto. Nas aldeias, as doenças mais freqüentes são afecções respiratórias, diarreias, malária, tuberculose, hepatites, cardiopatias, diabetes doenças hematológicas e renais (BRASIL, 2010).

A sazonalidade das doenças infecciosas comum afeta, em um dado momento, toda a aldeia, pois quase todos os habitantes são contaminados, impondo dificuldades e desafios na busca de alimentos, no plantio, e na caça. Nestas condições a aldeia sofre com a escassez de alimentos, aumentando o adoecimento e baixa a qualidade de vida da comunidade. (BRASIL, 2010).

Na terra indígena Vale do Javari-AM, vivem mais de 20 etnias diferentes. A mortalidade infantil é cinco vezes maior que a média nacional, cerca de 100 mortes por mil nascidos vivos. Na terra indígena Parabubure do povo Xavante em Campinópolis - MT, a taxa de mortalidade é alarmante, das 200 crianças nascidas em 2010, 60 morreram em decorrências de causas respiratórias, parasitárias e infecciosas. Em 2011 a Secretaria de Saúde Indígena confirmou a morte de 89 crianças do povo Xavante (CIMI, 2012). Adicionalmente,

na população indígena brasileira se observa alta taxa de suicídio, em sua maioria cometida por jovens. Se as concepções, os signos e os significados dos povos indígenas fossem mais bem compreendidos, poderiam contribuir muito para a prevenção de condições tão adversas entre os jovens. (CIMI, 2012)

O Maranhão possui uma marcante presença indígena. São cerca de 15.000 índios, pertencentes a oito nações, como os Tenetehara (Guajajara), os Awá (Guajá), os Kaapor (Urubu), os Krikati, os Pukobiê (Gavião), os Ramkokamekra e Apaniekra (Canela) e os Krepu´mKateyê (CORREA, 2000).

A Terra Indígena Krikati está localizada nos municípios maranhenses de Montes Altos e Sítio Novo, a sudoeste do estado. (A região é banhada por rios e córregos das bacias do Tocantins, incluindo os Rios Lajeado, Arraia, Tapuio, entre outros) e Pindaré/Mearim. Aliás, este importante rio do Maranhão tem sua cabeceira principal dentro da Terra Indígena. Em 2005, os Krikatis habitavam em duas aldeias, a de São José, maior e mais antiga, e a de Raiz, fundada poucos meses depois da conclusão da demarcação física da área em 1999. Havia ainda a Aldeia Cocal, composta por indivíduos Guajajara casados com algumas mulheres Krikati, que teve seu território declarado como Terra Indígena em 08 de julho de 1992, através da portaria ministerial nº 328. Esta portaria designou como posse indígena um total de 146 mil hectares. Em 1999, a FUNAI iniciou o processo de desocupação, com o pagamento das benfeitorias, no entanto a este fato ainda não se efetivara na prática. Enquanto isso, os Krikatis estão recebendo uma terra devastada, com poucas matas, sem regiões de caça e sem peixes (LADEIRA E AZANHA, 2005).

O contato deste pesquisador com esta região deu-se no início de 2001, quando realiza o projeto de implantação da Estratégia de Saúde da Família de

Montes Altos e para tanto, precisava conhecer o território que compunha o município. Sob forte tensão de disputa das terras entre os agricultores e os Krikatis, já que na área a ser demarcada aflorava as tensões entre as partes, e ainda havia grupos de fazendeiros sendo deslocados do território dos Krikati para a sede do município ou em assentamentos nas imediações. Segundo Correa (2000) foram quarenta anos de luta que provocou entre outras coisas um modo de vida precária aos Krikati:

A Terra Indígena Krikati, palco de disputa pela terra entre os índios Krikati e os fazendeiros, está localizada na Micro-região de Imperatriz, entre os municípios de Montes Altos, Lajeado Novo, Sítio Novo e Amarante, região sul do Maranhão. Esta até início do século XIX, era habitada por 15 grupos indígenas classificados na Família Lingüística *Timbira*, os quais eram altamente especializados à região. O avanço das frentes de expansão nos campos naturais desses grupos gerou confrontos... Foram quarenta anos de luta ininterrupta, seguidos de um modo de vida precária (grifo nosso) das populações indígenas... No entanto as nações indígenas que tem sobrevivido ao confronto... continuam enfrentando dificuldades, principalmente em relação à garantia de um espaço territorial.

A Terra Indígena dos Krikati, no Maranhão é a mais desmatada no Brasil, afirmou o Jornal Via de Fato, tendo como fonte o Fórum Carajás (JORNAL VIA DE FATO, 2013). Continua ainda o artigo:

A Terra Indígena que acumula o maior percentual de degradação de floresta no Brasil é a Krikati, no Maranhão. Nada menos do que 77,6% da área, de 1.442 km², já foram desmatados ao longo dos anos. É no Maranhão onde a FUNAI encontra os maiores problemas para proteger as terras indígenas: das 20 áreas mais desmatadas em 2011, cinco eram no Maranhão. De acordo com dados da FUNAI, das 689 terras indígenas cadastradas, apenas 61% estão com o procedimento administrativo de regularização fundiária concluído, com registro na Secretaria do Patrimônio da União — ou seja, 422 delas. Mesmos nas terras já regularizadas, há problemas, com 20% ocupados por não índios. Ações judiciais postergam a saída de posseiros, e são constantes as invasões das TI por madeireiros e garimpeiros, deixando os índios à mercê de conflitos fundiários. Não basta só reprimir, pois as invasões são constantes. É preciso levar alternativas para os municípios sobreviverem com atividades lícitas. Mesmo com as dificuldades, as terras indígenas contribuem para a preservação da floresta Amazônica, já que representam 21,5% da Amazônia Legal.

Os Krikati tiveram suas terras invadidas por fazendas de gado desde o século XIX e só tiveram seus direitos territoriais plenamente reconhecidos pelo Estado Brasileiro em 2004, depois de décadas de conflitos. Hoje procuram dar curso ao seu modo de vida e visão de mundo característicos dos povos Timbira que habitam essa região. A autodenominação do grupo é Krĩcatijê, que quer dizer “aqueles da aldeia grande”, denominação esta que lhes é aplicada também pelos demais Timbira. Seus vizinhos imediatos, os Pukopjê, a eles se referem usando o designativo Põcatêgê que significa “os que dominam a chapada” (LADEIRA E AZANHA, 2005).

O desmatamento trás consigo uma séries de questões que implicam em piora da qualidade de vida dos Krikati. No ano de 2012, houve 280 casos de Leishmaniose Tegumentar Americana na Aldeia São José, talvez relacionado com o intenso desmatamento observado na região. Segundo a Coordenadora da ESFI Foi construído uma força tarefa e vários atores como a FUNAI, a Secretária de Saúde do Estado e do Município de Montes Altos, os profissionais da ESFI e pesquisadores da USP, participaram para tentar controlar a situação caótica.

Correa (2000) relatou que dos 15 grupos existentes no Maranhão, somente quatro chegaram ao século XX, a saber: Gavião, Apaniekra, Ramkokamekra e Krikati. Pressupõe-se que além das disputas pelo território, estas nações enfrentam condições desfavoráveis ao pleno desenvolvimento de sua qualidade de vida. Portanto, políticas públicas de saúde baseadas nos princípios de territorialidade, integralidade e cuidado ampliado, na perspectiva da gestão Paidéia, pode proporcionar um resgate das mazelas ali desenvolvidas e um momento ímpar, para desenvolver as potencialidades do território e pleno

exercício da cidadania destas nações. Veja a reportagem do Globo em 2012 sobre as condições de atendimento aos índios Krikatis:

No Maranhão, vivem cerca de 32 mil indígenas, que são obrigados a sair das aldeias quando precisam de atendimento médico. Quando chegam à cidade, o drama só aumenta. Maria Salete Krikati viajou cerca de 70 quilômetros em busca de atendimento na Casa de Apoio à Saúde Indígena de Imperatriz, sudoeste do Maranhão. Encontraram as enfermarias desativadas, camas enferrujadas, colchões rasgados, sem lençol, e banheiros sujos. Maria Aurora veio de mais longe, viajou cerca de 300 quilômetros para fazer uma cirurgia de catarata, mas corre o risco de perder a visão por causa da demora no atendimento. Os indígenas também se queixam da falta de transporte para os pacientes. Uma ambulância foi abandonada, enquanto mulheres e crianças se arriscam em uma viagem perigosa na carroceria de uma caminhonete da FUNASA. O Ministério Público Federal entrou com ação civil pública na justiça em 2008 cobrando providências na Casa de Apoio à Saúde Indígena de Imperatriz. Segundo Arão Guajajara, presidente do Conselho Distrital de Saúde Indígena, falhas na política de assistência aos índios provocam sérias conseqüências nas aldeias. "O alcoolismo, a questão da prostituição, a contaminação de algumas pessoas com HIV, a questão social com crianças e adolescentes, há crianças nos municípios catando lixo. Quem vai dar uma resposta a esse problema. Lucínio Brito Carmona, chefe do Distrito Sanitário Especial Indígena do Maranhão, reconhece as carências no atendimento aos índios e promete uma solução. "Vamos levantar a real situação da saúde indígena e ainda este ano, vamos construir a Casa de Apoio à Saúde Indígena e um posto de saúde". A Justiça do Maranhão deu um prazo de 120 dias para que o Governo Federal, por meio da FUNASA, melhore a assistência.

Mesmo com os avanços na política de saúde as populações indígenas, ainda há muito que fazer. O contato interétnico é outro fator importante que merece destaque no momento atual, pois é crítico processo de aculturação dos grupos indígenas. O contato interétnico pode transferir para matriz cultural dos Krikatis condutas que podem ser a gênese de adoecimentos que dantes não se percebiam. O *modus vivendus* dos Krikatis pode ter sido influenciado pelo contato interétnico, incorporando elementos do capitalismo, e, portanto, tendo um impacto negativo na qualidade de vida do grupo. Correa (2000) argumentou que diferentes enfoques podem ser discutidos para justificar a teoria do contato interétnico. No

presente estudo, destaca-se aquele citado no “*Memorandum for The Study of Acculturation*”, apud Correa (2000), que assim define aculturação:

Aculturação compreende os fenômenos que resultam quando indivíduos ou grupos, possuidores de culturas diferentes entram em contato permanente e direto, com mudanças subseqüentes os padrões culturais de um ou ambos os grupos (tradução de Correa 2000).

Portanto, a aculturação é resultante do contato entre dois povos. No caso dos Krikatis o fator de aculturação resultou numa conduta pela qual se percebe o predomínio de fenômenos dos não índios no processo saúde/doença. Uma minoria estrangeira pode chegar trazendo dominação de sua cultura e embotar a cultura dos indígenas, e mais do que isto, pode trazer dizimação, cristianização e doenças infecciosas. Conforme o texto de Barreto (2004):

Wapichana, Pataxó, Macuxi, Guarani, Xucuru e muitos mais. Antes, eram cinco milhões, hoje, são 405 mil Índios. A população indígena brasileira atual é formada por 210 povos. Eles falam mais de 170 línguas. Ao longo dos anos, esses povos foram sendo dizimados. A colonização, a cristianização, as epidemias de doenças infecciosas, a escravidão, o trabalho forçado, os maus tratos e o confinamento fizeram e ainda fazem parte da realidade indígena no Brasil.

O presente estudo se justifica, portanto, pelo fato de que as políticas de saúde e os cuidados aos povos indígenas têm que ser pensada à luz de seus signos e significados, sua relação com o meio ambiente para fundamentação de uma re-significação epistemológica que aponte para a integralidade das ações e o cuidado ampliado dos sujeitos.

2.2. Saúde, Meio Ambiente, Sustentabilidade e Qualidade de Vida.

Há uma relação significativa entre saúde, meio ambiente, sustentabilidade e qualidade de vida. O grande desafio na atualidade é adequar o crescimento econômico sem corromper o meio ambiente. Esta realidade é ainda mais relevante, quando se fala do homem como centro nevrálgico da situação no que se refere à sustentabilidade, meio ambiente e os desafios das cidades, em que pese qualidade de vida ser desejado por todos, é privilégio de poucos (AMARAL, 2010). Diz ainda o autor:

A saúde da população, sobretudo daquele que vive em áreas desfavorecidas, e seus determinantes fundamentais – alimento, ar e água – serão diretamente afetados por alterações no meio ambiente... (AMARAL, 2010)

Na Conferência Sobre o Meio Ambiente “RIO – 92” inauguraram-se a preocupação com a saúde relacionada ao meio ambiente, sendo período caracterizado pelo surgimento de Organizações Não-Governamentais e movimentos ecológicos. A RIO-92 foi um marco importante para a sociedade brasileira, que reconheceu a importância da questão ambiental para a saúde humana e do planeta (TAMBELLINI E CÂMARA, 1998).

No enfoque a partir da ecologia política e justiça ambiental, os problemas ambientais bem como os de saúde deles decorrentes são entendidos a partir de relações de poder estabelecidas nos territórios. Isto é, os problemas sócio-ambientais baseiam-se no desrespeito à natureza e aos interesses legítimos dos habitantes do lugar, empurrando para seus ombros a parte mais suja do desenvolvimento, ou seja, as principais cargas ambientais (PORTO, 2005).

Em que pese a cultura globalizada há vislumbres de atitudes do estabelecimento de uma política econômica e de sustentabilidade local em meio a cultura mundializada. Fundado em dezembro de 2008, o Instituto Saúde e Sustentabilidade foi inovador e pioneiro em propor o conceito de promoção da saúde, como discussão do tema por vários atores sociais, trazendo para o cerne da questão o homem e a saúde humana sob um novo olhar, o ambiente e a vida plena como desafios para um viver saudável (SALDIVA, 2010).

Segundo Sobrinho (2010), a revolução industrial, o capitalismo e o socialismo trouxeram desenvolvimento social, sem, contudo representar distribuição igualitária da riqueza para todos. Muito pelo contrário trouxe desigualdade social, violência e desprezo pelo meio ambiente, ameaçando a vida humana e de outras espécies. O autor ainda discute as relações entre a casa (OIKOS), a cidade (POLIS) e o planeta (KOSMOS) como uma relação dialógica, e que não podem absolutamente se pensados isoladamente. O macro influencia o micro. Fundamenta seu pensamento a partir dos pressupostos de uma trilogia que considera ímpar: justiça, equilíbrio e economia. “Partindo desses três pressupostos, chegamos às bases das nossas tarefas imediatas e futuras: **justiça social, equilíbrio ambiental e economia integradora**” (grifo do autor).

Falo de uma **justiça social** que não seja uma imposição do igualitarismo raso... que as pessoas não querem, pois são diferentes nos seus desejos e valores... o consumismo insustentável é uma ameaça ao planeta. Falo de um **equilíbrio ambiental** que não seja um imobilismo artificial. O que queremos é o reconhecimento prudente de que os recursos naturais são finitos e devem ser administrados com ciência, com sabedoria... falo de uma **economia integradora** que não seja estagnação, não seja rejeição dos recursos extraordinários da ciência, da inovação e do espírito empreendedor dos homens e mulheres... É possível sim, que o trabalho, a agricultura, o comércio, o

consumo, a ciência se movimentem numa nova lógica: a lógica da sustentabilidade (SOBRINHO, 2010).

Saldiva (2010) discutiu acerca do homem e o meio ambiente urbano em seu artigo, o autor argumentou que as cidades geram idéias, produtos e conceitos urbanos, que são consumidos por seus habitantes. Portanto, as cidades se transformaram em atrativos para todos os que desejam consumir. Contudo, o grande paradoxo é que o consumo extremo não se traduz em melhora da qualidade de vida para o ser humano, outros seres e a natureza. Qualidade de vida e meio ambiente demandam ações integradas e requer estudo das diferentes áreas do conhecimento. No caso das cidades, as pressões são sentidas com maior intensidade pelos segmentos mais frágeis: as crianças, os idosos, os portadores de doenças crônicas e, entre todos os mencionados, o mais pobres (SALDIVA, 2010).

É sabido por todos e está bem difundido nos meios técnicos e acadêmicos que os determinantes territoriais, sociais e ambientais afetam de maneira muito clara a qualidade de vida dos seres humanos. O ambiente é determinante no aparecimento de doenças. Maricato et al. (2010) afirmam que as condições do habitat, o território e as condições ambientais estão intimamente ligados ao aparecimento de doenças, principalmente aquelas veiculadas pela água. O adensamento das casas, por exemplo, continua afetando de maneira significativa o aparelho respiratório, e os mais vulneráveis são as crianças e os idosos.

Como podem ser descritos os determinantes sociais, territoriais e ambientais dos povos indígenas? Se não há uma fuga em massa dessas comunidades para as grandes metrópoles, quais são os fatores pertinentes que podem apontar para uma relação do meio ambiente e a qualidade de vida nas

comunidades indígenas? Kaiabi (2005) afirmou que cuidar da saúde não é só tomar remédio, é também cuidar da terra. Neste contexto, fica claro a ampliação do processo saúde/doença e também fica clara íntima relação destes parâmetros com o meio ambiente.

O problema da desnutrição... antigamente nossos meninos pegavam peixinho com flecha, assava e comia com seus irmãos. Hoje, estão eles estão trocando essa alimentação pela televisão... Antigamente, nós pescávamos, hoje nem olhamos mais para o rio (KAIABI, 2005).

O *modus vivendus* dos índios estão sendo influenciados pela cultura dos brancos. Não há uma fuga em massa dos índios para os espaços urbanos, porém as culturas consumistas das cidades estão afetando a cultura dentro das Aldeias, trazendo assim todos os malefícios que esta cultura híbrida pode acarretar, inclusive, afetando a qualidade de vida dos índios. Marubo (2005) relatou que, antes do contato com a cultura dos brancos, os índios não tinham malária, nem diarreia. As comunidades indígenas viviam bem, não tinham hepatite e nem gastrite. Segundo o autor, os índios não compreendem a febre, um sintoma comum a vários agravos a saúde. O contato interétnico trouxe consigo doenças que antes não existiam nas comunidades indígenas (Marubo, 2005).

2.3. A Política Nacional de Saúde e a Reforma Sanitária no Brasil.

O modelo biomédico como linha epistemológica aponta para o processo de cura, anatomizando os sujeitos e possibilitando um cuidado especializado sem uma relação dialógica entre o sujeito cuidador e aquele que é cuidado. O modelo proposto não se apresenta como uma ruptura da supremacia do sujeito cuidador em relação ao sujeito cuidado. Há uma nova maneira de olhar os sujeitos que são

cuidados. Nesse caso há uma possibilidade do empoderamento dos Krikatis, provocando a sua participação efetiva nas políticas de saúde do seu território? O modelo Paidéia é uma possibilidade de programar a gestão participativa dos indígenas através da trilogia: poder, saber e afeto, e pode ser implementado na Aldeia São José? Adequando as políticas de saúde na Aldeia aos saberes da integralidade das ações e do cuidado ampliado pode controlar a obesidade, hipertensão arterial, diabetes e a síndrome metabólica?

Desde as concepções de Alma Ata que o modelo biomédico vem sendo discutido como um modelo que deve paulatinamente ser substituído por outro que esteja centrado na integralidade das ações e que seja precursora de leitura dos territórios. No Brasil, a partir da VIII CNS, a atenção básica mereceu destaque por se mostrar num modelo que preconiza ações intersetoriais e o trabalho em equipe. A partir da gestão Paidéia e do modelo ampliado tem se discutido a humanização da assistência e empoderamento do sujeito no cuidado e na participação efetiva das políticas públicas de saúde, através do controle social (CICPS, 1978)

O modelo gerencial que se preconiza com o enfoque da gestão Paidéia visa ampliar ações conjuntas entre gestores e a comunidade na intervenção do processo saúde/doença. Segundo Campos (2005), esta metodologia considera os efeitos interativos dos recursos de poder, conhecimento, e também os afetos sobre o trabalho e da gestão em saúde. Neste caso há mais transparência na utilização dos recursos da saúde e avaliação do trabalho em equipe, e na autonomia e co-responsabilização dos sujeitos consigo mesmo e com os outros.

O Apoio Paidéia é uma postura metodológica que busca reformular os tradicionais mecanismos de gestão. Não se trata de uma proposta que busque suprimir outras funções gerenciais, mas de um modo complementar para realizar

coordenação, planificação, supervisão e avaliação do trabalho em equipe (CAMPOS, 2005)

A autonomia implica necessariamente a construção de maiores capacidades de análise e de co-responsabilização pelo cuidado consigo, com os outros, com o ambiente; enfim, com a vida (CAMPOS, 2005). Segundo Cunha (2005) as diretrizes simplificadas para o Cuidado Ampliado têm a intencionalidade de sugerir hábitos para as equipes das Unidades Básicas de Saúde, a fim de diminuir a resistência ao tratamento. Ainda se compõe de elementos que são utilizados no processo de humanização da assistência. Cunha (2005) aponta estas diretrizes: a) evitar recomendações pastorais e culpabilizantes; b) trabalhar com ofertas e não apenas com restrições; c) especificar ofertas para cada sujeito; d) evitar iniciar as consultas questionando aferições e comportamentos; e) perguntar o que o paciente entendeu do que foi dito sobre sua doença e medicação; f) evitar dizer “sempre” ou “nunca” (preferir conceito de possibilidades); g) evitar assustar o usuário; h) lembrar que a doença crônica não pode ser a única preocupação da vida, equilibrando combate a doença com produção de vida, e os eventos mórbidos com o máximo de apoio e o mínimo de medicação. Estas recomendações visam em ultima instancia abordar os aspectos das singularidades dos sujeitos e avançar para além das questões biológicas e aumentar a adesão dos sujeitos aos programas implementados e trabalhar a integralidade.

Segundo Ceccim (2006), o conceito de integralidade ajuda muito a repensar a formação dos profissionais de saúde que não pode ser apenas técnica, tem que compreender cultura, sistema e relação. Uma atenção integral não se dará desqualificando a cultura das populações. Integralidade é um termo amplo com muito significado, porém, não é qualquer coisa. A integralidade é a

ferramenta do Movimento da Reforma Sanitária... Tentar fechar a noção de integralidade seria agredir essa trajetória. Não se pode reduzir o termo, nem o prescrever como doença, nem relacioná-lo somente aos aspectos biológicos. Integralidade é uma contextualização da vida (MATTOS, 2006).

As concepções de Alma-Ata direcionam o enfoque da saúde para a atenção primária em saúde (APS) que segundo Campos (2005), resolve 80% dos problemas de saúde com uma resolutibilidade de 95% dos casos, e tem menor custo e desconstrói o processo apenas de cura dos adoecimentos e trabalha na lógica da integralidade das ações. A CICPS entre outras coisas formulou que a saúde não é ausência de doenças; que é direito e dever dos povos participar do planejamento da saúde; que os povos atinjam um nível de saúde com qualidade de vida.

A CICPS em Alma-Ata na Rússia em setembro de 1978, expressando a necessidade de promover a saúde para todos os povos. Debruçou sobre a seguinte ideal: “Saúde para todos os povos até o ano 2000”, e formulou a seguinte declaração entre outras coisas: a) que a saúde é um completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente ausência de doença ou enfermidade – é um direito humano fundamental... requer ações de outros setores sociais e econômico, além do setor saúde. b) É direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde. c) Uma das principais metas sociais dos governos, das organizações internacionais e de toda a comunidade mundial na próxima década deve ser a de que todos os povos do mundo, até o ano 2000, atinjam um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva (CICPS, 1978)

2.4. A Obesidade e a Síndrome Metabólica como Adoecimentos no Brasil.

Mudanças nutricionais, demográficas e socioeconômicas têm ocorrido em muitos países em desenvolvimento. Estas alterações vêm acarretando graves conseqüências na saúde das populações atuais. A obesidade é um agravo à saúde com morbi-mortalidade significativa, geralmente é uma condição resultante de dietas nutricionais inadequadas e de estilo de vida sedentária (MISRA e KHURANA, 2008).

A priori percebe-se que o modo como vivem os Krikatis, um possível reflexo de seu hibridismo cultural contemporâneo, comporte-se com um elemento subjacente importante no aparecimento de agravos à saúde da Aldeia, manifestados por patologias como hipertensão arterial, diabetes e obesidade.

De acordo com a OMS (2000), a obesidade é uma doença crônica definida como um acúmulo excessivo de tecido adiposo num nível que compromete a saúde dos indivíduos. Os agravos ocasionados por essa patologia são extensos e relacionam-se a enfermidades distintas, tais como alterações cardio e cerebrovasculares, diabetes tipo 2, hipertensão arterial sistêmica e certos tipos de câncer (Ferreira & Magalhães, 2006). Estima-se que os gastos públicos com a obesidade consumam de 2% a 7% do orçamento destinado à saúde nos países desenvolvidos (OMS, 2000). Nesse contexto, a obesidade apresenta-se como um grave problema de saúde pública em países como os Estados Unidos, ocasionando altas taxas de morbi-mortalidade, especialmente em portadores de diabetes tipo 2 e de doença aterosclerótica cardiovascular (MOKDAD et al.;1999 E WILLETT et al.; 1999).

A obesidade é uma doença de etiologia não totalmente esclarecida. Essa enfermidade é causada pela interação de diferentes fatores, o que confere a

patologia uma natureza multifatorial (FERREIRA e MAGALHÃES, 2006 e PENA e BACALHO, 2000).

A obesidade é diagnosticada de acordo com o Índice de Massa Corporal (IMC), um parâmetro estipulado pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2000). O IMC é obtido pelo cálculo da relação entre peso corpóreo (Kg) e estatura dos indivíduos. De acordo com esse parâmetro, são considerados obesos os indivíduos cujo IMC esteja num valor superior ou igual ao percentil 30.

No Brasil, a evolução da obesidade situa-se dentro do corrente processo de transição nutricional no país. A obesidade dos brasileiros apresenta um perfil heterogêneo, uma vez que discrepâncias regionais e entre grupos populacionais são bastante evidentes (Ferreira e Magalhães, 2006). Na população infantil, a obesidade é prevalente em 5% do grupo (Monteiro, 2004). Entre os adolescentes brasileiros de 15-17 anos, a prevalência do excesso de peso a 20% entre o sexo masculino e no sexo feminino (7% do total) na mesma faixa etária (FERREIRA E MAGALHÃES, 2006).

De acordo com Ferreira e Magalhães (2006), na população idosa brasileira, a qual compreende indivíduos com idade ≥ 65 anos, nota-se que as mulheres são mais acometidas pelo sobrepeso/obesidade e o percentual mostrou-se em torno de 18%, enquanto que nos homens os valores foram consideravelmente menores (5%). Entre a população adulta, vários estudos têm relatado um aumento drástico na prevalência de obesidade nesse grupo, sendo cerca de 70% nas mulheres e 100% nos homens (FERREIRA E MAGALHÃES, 2006).

Dessa forma, a obesidade pode ser capaz de desregular o metabolismo, comprometendo, por exemplo, a ação da insulina no controle da glicemia, da pressão sanguínea e dos lipídeos plasmáticos (MISRA E KHURANA, 2009). Com

isso, a obesidade pode acarretar um efeito cascata que leva à hiperglicemia, dislipidemia, hipertensão e predisposição para um estado pró-coagulante (trombose), ocasionando o que clinicamente é conhecido como síndrome metabólica (GRUNDY, 2004).

A síndrome metabólica (SM), também conhecida como síndrome de resistência à insulina. A SM é caracterizada pela coexistência de alterações fenotípicas, como obesidade e hiperinsulinemia, dislipidemia e hipertensão (SOUZA *et al.*, 2007). O termo foi sugerido pela OMS, pois não foi comprovado que a resistência à insulina é o fator causal. Em 2001, o Programa de Educação Nacional do Colesterol (do inglês, NCEP ou *National Cholesterol Education Program*) estabeleceu cinco parâmetros para o diagnóstico da síndrome metabólica em adultos: circunferência abdominal (> 90 cm nos homens e > 91 cm nas mulheres); trigliceridemia em jejum > 130 mg/dL; níveis séricos da fração de alta densidade do colesterol (HDL) < 40 mg/dL; pressão arterial diastólica acima do percentil 90 e glicemia em jejum ≥ 100 mg/dL. Alterações em pelo menos três destes parâmetros confirmam o diagnóstico da SM (SOUZA *et al.*, 2007).

Assim como a obesidade, a SM tem caráter multifatorial, sendo que fatores dietéticos, vida sedentária, mutações e polimorfismos genéticos associados à resistência à insulina, à hipertensão e às alterações lipídicas podem desencadear essa patologia (MEIGS *et al.*, 2009; MISRA E KHURANA, 2009; HUG *et al.*, 2008; SOUZA, 2007; CARR E BRUNZEL, 2004). O aumento da prevalência da obesidade, verificado nos países após a industrialização, vem acompanhado do aumento da prevalência de diabetes melito tipo 2, hipertensão arterial e alterações lipídicas em diferentes graus (SOUZA *et al.*, 2007).

As doenças crônicas não transmissíveis tem se tornado caso de saúde pública em todo o território nacional, e um desafio para os profissionais de saúde. A prevalência do sobrepeso e da obesidade cresceu muito nos últimos 30 anos, e aponta para risco efetivo de outras doenças como a hipertensão arterial e o diabetes (BRASIL, 2006).

Os valores antropométricos, pressórico e glicêmico são parâmetros eficazes no diagnóstico da obesidade e da síndrome metabólica. O IMC era até bem pouco tempo um excelente método para identificar sujeitos com sobrepeso e obesidade, contudo, segundo Ueta (2011), a razão cintura quadril (RCQ) e a circunferência da cintura (CC) se mostram melhores preditores de risco para doenças cardiovasculares. Haun et al. (2009) relataram que a razão cintura/estatura quando comparada aos outros indicadores antropométricos de obesidade apresentou-se como o melhor método para prever risco coronariano, e comparando o método da razão cintura estatura, concluíram assim:

Os indicadores de obesidade abdominal são melhores para discriminar RCEst (razão cintura estatura) que o indicador de obesidade generalizada (IMC), e que o RCEst possui valores próximos aos encontrados em outros estudos e é uma medida com representação estatística que justifica sua utilização.

A estratégia foi proposta pela Dra. Margareth Ashwell após avaliar os resultados de um estudo sobre obesidade central e o índice cintura altura. Ela criou o gráfico, conhecido como *The Ashwell Shape Chart*, que indica como o índice cintura/altura pode prever o risco relativo à saúde individual (ASHWELL, 2012). Os valores de corte da pressão arterial e da glicemia foram discutidos a luz do que é preconizado pelas respectivas sociedades de hipertensão arterial e diabetes.

Existem alguns métodos utilizados para a avaliação da gordura abdominal (localização central) como a relação cintura/quadril - RCQ, que consiste num indicador complementar para o diagnóstico nutricional, uma vez que tem boa correlação com a gordura abdominal e associação com o risco de morbimortalidade (BRASIL, 2004). Consideram-se como riscos para doenças cardiovasculares valores de Relação Cintura/Quadril $>0,9$ para homens e $> 0,85$ para mulheres (UETA, 2011)

A obesidade é um fenômeno que deve ser tratado de forma intersetorial. E com a co-responsabilidade dos vários atores envolvidos na questão, principalmente os sujeitos do cuidado. Nesta perspectiva, para que a promoção da saúde se dê plenamente, deve ser construída por meio de uma ação intersetorial do poder público em parceria com os diversos setores da sociedade (ONU, 2005 apud BRASIL, 2006). Sobrepeso e obesidade estão intimamente ligados ao modo como vivem os sujeitos, como se relacionam, a cultura, como percebem o mundo e as coisas e principalmente como lidam com os hábitos alimentares. O estilo de vida, que reflete as expressões socioculturais de vida, também se traduz nos hábitos alimentares, no trabalho diário, nas atividades de lazer, entre outros, que estão especialmente relacionados às doenças crônicas não transmissíveis (PAIM, 1997; POSSAS 1989; CHOR, 1989; MENDONÇA, 2005, apud BRASIL, 2006).

As origens da chamada transição nutricional estão fortemente ligadas às mudanças nos padrões de consumo de alimentos. Neste contexto, destaca-se o novo papel da mulher na sociedade e sua inserção no mercado de trabalho. (GIGANTE, 2004 apud BRASIL, 2006).

Mendonça (2005), diz que na abordagem subjetiva da obesidade o conceito de risco é social e culturalmente construído, o que é considerado risco vai ser variável, diferenciando-se de acordo com a idade, gênero, profissão, e a condição socioeconômica. Para as classes populares, há uma valorização

estética da corpulência e da gordura, especialmente entre as mulheres, a obesidade passa a constituir um símbolo de poder na família, sem conotação negativa. Esta visão é oposta nas classes socialmente privilegiadas (ZALUAR, 1985; BOLTANSKI, 1989; TONIAL, 2001 apud BRASIL, 2006). A percepção da obesidade pode estar associada a sucesso econômico e à ascensão social. Porém, atualmente há uma nova concepção da corpolatria e narcisismo conforme citação abaixo:

A percepção da obesidade em homens e mulheres também pode ser distinta: como alguns estudiosos têm observado, a obesidade pode estar associada às idéias de sucesso econômico, força política e condição social, ou ao contrário, um corpo discriminado, sem controle.

A esse respeito, Fischler (1995) define as sociedades modernas como "lipóforas", ou seja, odeiam a gordura. Atualmente, tem vigorado uma nova ética em relação ao corpo: o culto narcisista, dietético, higiênico e terapêutico (TONIAL, 2001; FELIPPE, 2003; FERREIRA, 2003).

Coimbra et al. (2005) discutiram que, no cenário e tendências da saúde e da epidemiologia, os povos indígenas enfrentam problemas de saúde especificamente relacionado aos aspectos socioculturais e ambientais, que reflete no processo saúde/doença com maior prevalência das doenças crônicas não transmissíveis e sustentabilidade alimentar. A saúde indígena no Brasil vem sofrendo mudanças significativas nos perfis epidemiológicos e até reestruturação do modelo de atenção em saúde provocados pela intensa aceleração das mudanças desde a chegada dos europeus, com uma profunda corrupção e devastação dos territórios indígenas (COIMBRA et al., 2005). Afirma ainda o autor que entre os Xavantes, pela mudança nos hábitos alimentares e a preferência

pelos artigos industrializados, resultou em desnutrição exuberante entre as crianças e, entre os adultos, a obesidade obteve prevalência de 34,2%.

Cardoso et al. (2001) discutiram sobre a prevalência da diabetes e da síndrome da resistência à insulina entre os índios Guarani do Rio de Janeiro. Os autores apontaram uma relação do agravo à saúde com variáveis geográficas, étnicas e socioeconômicas. As desigualdades no aumento das prevalências entre os indígenas podem estar relacionadas às variáveis genéticas, variados graus de urbanização e modernização do estilo de vida e níveis de exposição a diversos fatores de risco. Cardoso et al. (2001) apontaram para vários estudos relacionando a obesidade entre os índios como uma predisposição genética para acumular gordura para os tempos de privação, e que disto resulta na síndrome da resistência insulínica (SRI).

Greenlund (1999), Hall et al. (1991 e 1992), apud Cardoso et al. (2001) afirmaram que em populações autóctones, como os índios Navajo, Chippewa e Menominee dos Estados Unidos, tem sido observado que mudanças de hábitos alimentares e tendência ao sedentarismo, aliados à predisposição genética, influenciam no perfil antropométrico e metabólico dos grupos, acarretando maior incidência e prevalência da obesidade, sobretudo a central, desordens metabólicas como a SRI.

No estudo de Weiss (1998), sobre o contato interétnico e o perfil da saúde doença entre os Enawenê-Nawê no Mato Grosso, os resultados apontam para uma maior prevalência da obesidade entre os sujeitos do sexo masculino do que os do sexo feminino. Naquele estudo, 35,3% das mulheres estavam eutróficas, em detrimento dos 23,2% dos homens, tendo sido considerado como parâmetro o IMC dos participantes. Segundo Gimeno (2013), o povo indígena do Alto Xingu

tem prevalências de excesso de peso, obesidade central e dislipidemias superiores a 60%, e pelo menos 15% desses indivíduos já apresentam síndrome metabólica.

Como visto o excesso de peso, obesidade central e dislipidemias são fatores preponderantes para o aparecimento da síndrome metabólica. Partindo desta premissa, há caminhos que podem ser percorridos, que possam ser de grande valia no controle desta condição deletéria? Que contribuição pode oferecer os profissionais de saúde e outros para enfrentar o problema nas aldeias?

Segundo a Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), faz parte de uma Política Nacional de Alimentação e Nutrição, que pode efetivamente contribuir para que haja no meio das comunidades hábitos saudáveis de consumo alimentar, proporcionando as pessoas maior autonomia para sobre o controle de sua saúde. O SISVAN ainda oferece condições para diagnóstico e controle do sobrepeso e da obesidade em adultos (BRASIL, 2004).

Sobre a segurança alimentar nas comunidades indígenas, Lopes et al. (2006) dizem que a parceria entre as associações como o Instituto Sócio Ambiental (ISA) e a Federação das Organizações Indígena do Rio Negro (FOIRN), favorece o desenvolvimento de projetos de piscicultura e manejo agroflorestral, visando a segurança alimentar das comunidades das Terras Indígenas (TI) do Alto Rio Negro. O projeto piloto incluiu reprodução de espécies nativa de peixe entre outras atividades.

Em 2003, o projeto foi avaliado por uma equipe externa de especialistas composta pelo antropólogo Gilberto Azanha (Centro de Trabalho Indigenista – CTI), o agrônomo Johannes Van Lecwmem (Instituto de Pesquisa da Amazônia – INPA) e o biólogo

José Augusto Senhorini (Centro de Pesquisa e Gestão de Recursos Pesqueiros Continentais/Instituto do meio Ambiente – IBAMA), cujo relatório resumidamente conclui o seguinte: “O Projeto Manejo Sustentado dos Recursos Naturais na Região do Rio Negro, se constitui, no que diz respeito à implantação da piscicultura, é uma experiência única...” (LOPES et al., 2006)

A responsabilidade do profissional de saúde com relação às mudanças nos hábitos de vida não deve se traduzir em um processo de normatização e imposição de idéias, mas sim na co-construção (Gestão Paidéia), e muito menos de culpabilização, e sim no acolhimento (Clínica Ampliada) do indivíduo, pois o que está em jogo não se restringe apenas à mudança do consumo de alimentos, de atividade física, mas tem influência sobre dos significados ligados ao comer, ao corpo, ao viver (GARCIA, 1992; RITO, 2004, apud BRASIL/SISVAN, 2004). O profissional de saúde deve focar suas ações na integralidade do ser humano pensando suas ações na cosmovisão social, psicológica, genética, clínica e alimentar implicada no sobrepeso/obesidade, tanto no modo singular, como nas questões ontológicas (BURLANDY, 2004 apud, BRASIL/SISVAN, 2004).

As práticas alimentares estão amplamente relacionadas com as questões simbólicas de cada povo. Desta forma, o cuidado em saúde no que se refere à alimentação saudável demanda saberes e fazeres que preconizem o imaginário, o meio ambiente, a cultura e as relações dos sujeitos Krikatis. Os processos educativos em saúde e a maneira como são cuidados devem, portanto ajustar-se ao máximo aos signos e significados desses sujeitos, e devem estar o mais próximo possível da realidade em que vivem como grupo, seu território, sua cultura, suas crenças e suas relações.

3 OBJETIVOS

3.1. Geral – Avaliar a síndrome metabólica como evidência de adoecimentos na etnia Krikati, analisando o sobrepeso, obesidade, diabetes e hipertensão arterial e medidas antropométricas.

3.2. Específicos -

- Descrever os adoecimentos entre os Krikati, dando ênfase no sobrepeso, obesidade e síndrome metabólica.
- Realizar análise antropométrica específica nos sujeitos cadastrados na Estratégia de Saúde Indígena na Aldeia São José.
- Analisar os valores antropométricos a luz da literatura consultada na cosmovisão da obesidade
- Contribuir, apresentando a ótica Paidéia, o método ampliado e outras ações já desenvolvidas em outras etnias como práxis.
- Sugerir a realização de outras pesquisas com enfoque nas questões genéticas da obesidade.
- Propor ações conjuntas e interdisciplinares através do Projeto Saúde na Aldeia.

4 METODOLOGIA

4.1. Tipo de Estudo.

Esta é uma pesquisa de natureza quantitativa e descritiva.

4.2. População e Amostra

A nação Krikati do município de Montes Altos – Maranhão é formada por uma população de 793 sujeitos atualmente cadastrados na Estratégia de Saúde da Família da Aldeia São José. Destes, 378 sujeitos apresentavam idade ≥ 18 anos, compondo 76 famílias. Segundo BARBETTA (2002), considerando o tamanho da população e assumindo-se um erro amostral tolerável de 5%, o tamanho mínimo da amostra foi estimado em 70 participantes.

No presente estudo, a amostra aleatória pela demanda foi de 81 sujeitos participantes dentro das famílias cadastradas na Estratégia de Saúde da Família. Foram examinadas 07(sete) mulheres grávidas, porém seus dados não foram incluídos nas análises estatísticas. Também foram eliminados das análises seis (06) participantes que não apareceram no dia da avaliação da glicemia capilar. Assim, aderiu ao estudo um todo de 68 sujeitos.

Os sujeitos foram selecionados a partir do cadastro na Estratégia de Saúde da Família Indígena com idade acima dos 18 anos. Durante a avaliação antropométrica e orientações, os sujeitos foram esclarecidos sobre o projeto, e convidados a participar da pesquisa. Aqueles que concordarão assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice 1), que lhes foi aplicado pelos pesquisadores (docentes e discentes de enfermagem e nutrição).

Como critério de exclusão os sujeitos que apresentaram idades abaixo de 18 anos (foram avaliados antropometricamente, porém, foram eliminados da análise estatística), ainda foram excluídos da análise as gestantes, aqueles que no momento da coleta da glicemia não estavam na aldeia, os que não tinham residência no território, e aqueles que não assinaram o consentimento livre e esclarecido.

4.3. Campo da Pesquisa.

O município de Montes Altos, formado por um bioma de Cerrado, está localizado no Sul do Maranhão, ladeado pelos municípios de Sítio Novo, Ribamar Fiquene, Buritirana, Governador Edison Lobão e Amarante do Maranhão. O município tem uma população de 9.413 habitantes, possui 1.488.331 Km² e uma densidade demográfica de 643 hab./Km². O PIB per capita de Montes Altos é estimado em R\$3.382,42, o IDH (índice de desenvolvimento humano) é de 0,611. Montes Altos apresenta economia sustentada por práticas na agropecuária, na agricultura de subsistência e no extrativismo (SANCHES, 2003).

A Terra Indígena Krikati está localizada entre os municípios maranhenses de Montes Altos e Sítio Novo, a sudoeste do estado. É banhada por rios e córregos das bacias do Tocantins (Lajeado, Arraia, Tapuio, entre outros) e Pindaré/Mearim. Tiveram seu território declarado como Terra Indígena em 08 de julho de 1992, através da portaria ministerial nº 328. Esta portaria designou como posse indígena um total de 146 mil hectares (LADEIRA & AZANHA, 2005). Tem ao longo de suas terras a estrada MA 280 que começa na BR 010 até o Município de Sítio Novo – MA. A aldeia dista apenas 18 km de Montes Altos (Figura 4).

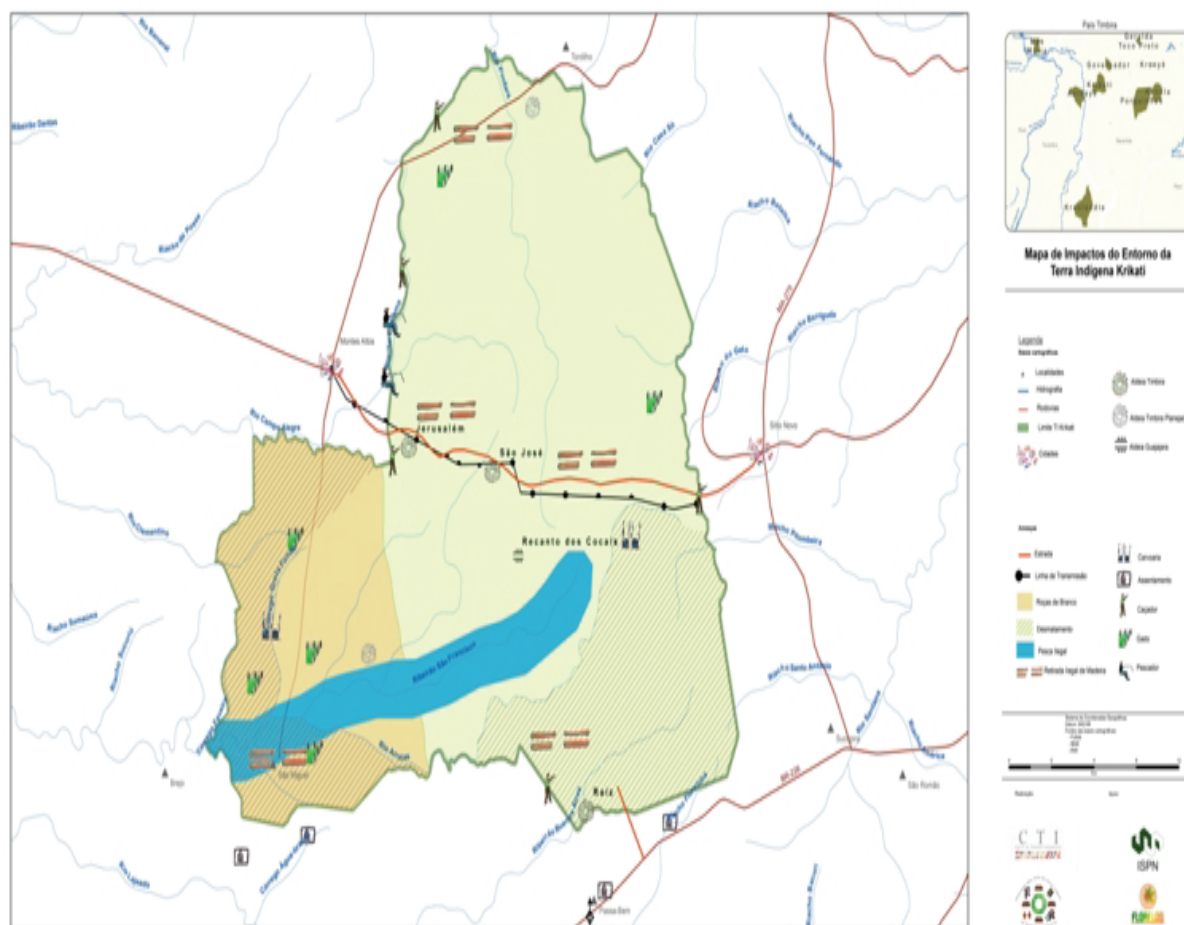


Figura 4. Mapa da Aldeia Krikati, 2012. Fonte: Mapas de Impacto do Entorno da Terra Indígena Krikati – ISPN – Fundo Amazônia. Instituto Sociedade População e Natureza

4.4. Instrumento e Coleta de Dados.

No primeiro momento foi realizada a verificação das medidas antropométricas como altura, peso, cintura abdominal, quadril, braço e medida dos valores pressóricos. No segundo momento foram verificados os valores da glicemia capilar, após duas horas de carga glicêmica. (Apêndice 2)

Procedimento para coleta:

- Contato com o Cacique da Aldeia e com a Coordenadora da ESFI para expor os objetivos da pesquisa e assinar autorização.
- Solicitação de autorização do Presidente da FUNAI DE Imperatriz, para o desenvolvimento da pesquisa na área pretendida.
- Encaminhamento do Projeto ao Comitê Nacional de Ética em Pesquisa e do Comitê de Ética em Pesquisa do UNICEUMA – MA.
- Agendamento com o Cacique e com a Coordenadora da ESFI para efetuar a coleta dos dados.
- Interpretação na língua nativa dos AIS na hora da comunicação do teor do consentimento livre e esclarecido, dos objetivos da pesquisa e dos questionamentos quanto aos dados a serem coletados, bem como a devolutiva dos resultados.

Como prevenir e cuidar dos sujeitos com obesidade, controlar a hipertensão arterial e a diabetes é uma das linhas de pesquisa do **Projeto Saúde na Aldeia** que é realizado pelos cursos de saúde da UNISULMA: Enfermagem, Biologia, Nutrição e Educação Física.

4.5. Aspectos Éticos.

O projeto foi aprovado pelo Comitê Nacional de Ética e Pesquisa e pelo Comitê de Ética e Pesquisa do UNICEUMA – MA. Sob o parecer nº 264.645. Os achados foram comentados e analisados, preservando-se o anonimato dos sujeitos. Os achados foram registrados e arquivados. As informações serão mantidas em poder do pesquisador por cinco anos, após os quais serão destruídos, conforme previsto na Resolução 196/96-CONAS da CONEP/MS.

4.6. Análise dos dados.

Os dados foram armazenados em uma planilha do software Excel®, 2007. Analisados pelo pacote BIOESTAT 5.0 (Ayres e Ayres, 2007). Adotado um nível de significância de 0,05 (5%) em todas as análises.

A comparação dos dados foi categorizada partindo de critérios apontados por especialistas e utilizados como parâmetros para risco a partir das fórmulas e cálculos preconizados como o índice de massa corporal; cintura abdominal; pressão arterial; glicemia capilar; índice cintura altura e resumo cintura quadril. Vejamos:

Menor que 18,5	Baixo Peso
18,5 a 24,9	Peso Ideal
25 a 29,9	Excesso de Peso
30 a 34,9	Obesidade Classe I
35 a 39,9	Obesidade Classe II
Acima de 40	Obesidade Classe III

Tabela 1. Índice de Massa Corporal, utilizado pelo Ministério da Saúde, como parâmetro de avaliação de sujeitos com baixo peso, peso ideal e obesidade. Fonte: Brasil (2006) Caderno de Atenção Básica nº 12.

Fórmula:

IMC:

Sistólica acima de 130 mmHg	Hipertensão Arterial
Diastólica acima de 90 mmHg	Hipertensão Arterial

Tabela 3. Medida da Pressão Arterial, utilizado pelo Ministério da Saúde, como parâmetro de avaliação de sujeitos com risco para Síndrome Metabólica e Doenças cardiovasculares. Fonte: Sociedade Brasileira de Hipertensão (2013)

GLICEMIA	SITUAÇÃO	CATEGORIA
VALOR		
Abaixo de 70 mg/dl	Jejum	Hipoglicemia
70 a 99 mg/dl	Jejum	Normal
Menor que 140 mg/dl	Pós Prandial	Normal
Acima de 140 mg/dl	Pós Prandial	Hiperglicemia
100 a 125 mg/dl	Jejum	Intolerância à glicose

Tabela 4. Valores glicêmicos, utilizados pelo Ministério da Saúde, como parâmetro de avaliação de sujeitos com risco para Síndrome Metabólica e diabetes. (2013)
Fonte: Sociedade Brasileira de Diabetes/American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes. Diabetes Care 28: suplemento 1, janeiro,2005.

ÍNDICE CINTURA X ALTURA

GÊNERO	PESO NORMAL	SOBREPESO	OBESIDADE
MULHER	8 a 20	21 a 25	Acima de 25
HOMEM	21 a 32	33 a 38	Acima de 38

Tabela 5. Índice Cintura Altura, utilizado no estudo de Margareth Ashwell, como parâmetro de avaliação de sujeitos com risco para Síndrome Metabólica e Doenças cardiovasculares. Fonte: Margareth Ashwell, 2012.

Fórmula:

ICA:

RESUMO CINTURA X QUADRIL

GÊNERO	NORMAL	RISCO
MULHER	0,85	Acima de 0,85
HOMEM	0,9	Acima de 0,9

Tabela 6. Resumo Cintura x Quadril, utilizado no estudo de Margareth Ashwell, como parâmetro de avaliação de sujeitos com risco para Síndrome Metabólica e Doenças cardiovasculares. Fonte: Margareth Ashwell, 2012.

Fórmula:

RCQ:

A seguir serão apresentados os resultados pela análise estatística descritiva dos valores do índice de massa de corporal; cintura abdominal; pressão arterial e glicemia capilar após duas horas de carga glicêmica, índice cintura altura e os sujeitos que apresentaram três características anormais, tanto nos valores antropométricos, como nos valores pressóricos e glicêmicos, e foram diagnosticados como possuindo a SM.

NA análise dos dados pelo gênero masculino e feminino em maior amplitude a diferença para a variável SM os homens apresentaram 37,9%, e as mulheres 38,5%. No que se refere à variável cintura x altura 93,3% dos homens apresentaram alteração, enquanto que as mulheres 56,4%. Quanto à variável risco para SM os homens apresentaram valor de 96,5% em detrimento dos 89,7% das mulheres. Veja a tabela abaixo:

Variável	Homem (n)	%	Mulher (n)	%
ICA				
Normal	2	6,7	17	43,6
Alterado	27	93,3	22	56,4
TOTAL	29	100	39	100
RISCO P/SM				
Sim	28	96,5	35	89,7
Não	1	3,5	4	10,3
TOTAL	29	100	39	100
SÍNDROME METABÓLICA				
Sim	11	37,9	15	38,5
Não	18	62,1	24	61,5
TOTAL	29	100	39	100

Tabela 7. Variável ICA, Risco para SM e Síndrome Metabólica, por gênero, dos sujeitos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família Indígena, acima dos 18 anos da etnia Krikati, Aldeia São José, Montes Altos – MA, fevereiro de 2013.

Quanto ao IMC, entre os sujeitos estudados observou-se excesso de peso em 43% da população. Dos participantes, 22% apresentavam obesidade classe I e 19% apresentaram peso ideal, 15% apresentaram obesidade classe II. E apenas 1% apresentou-se abaixo do peso. Não foi registrado nenhum sujeito com obesidade classe III (Figura 5). 80% dos participantes apresentaram excesso de peso e obesidade classe I e II, correspondendo a maioria absoluta na faixa etária estudada. Veja a figura abaixo:

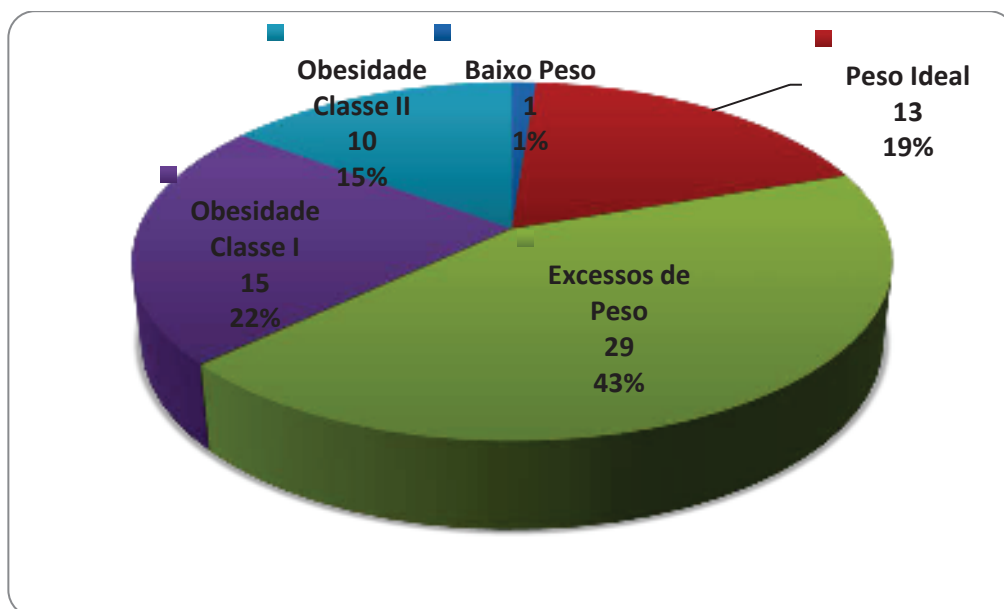


Figura 5. Classificação pelo Índice de Massa Corporal dos sujeitos da etnia Krikati acima de 18 anos, cadastrados na Estratégia de Saúde da Família, Montes Altos – MA, fevereiro de 2013.

Dos 68 sujeitos analisados e cadastrados na Estratégia de Saúde da Família Indígena a maioria absoluta, ou seja, 86% (oitenta e seis) apresentam risco significativo para SM quando se trata da verificação da cintura abdominal, contra 14% (quatorze) que se encontram nos limites da normalidade.

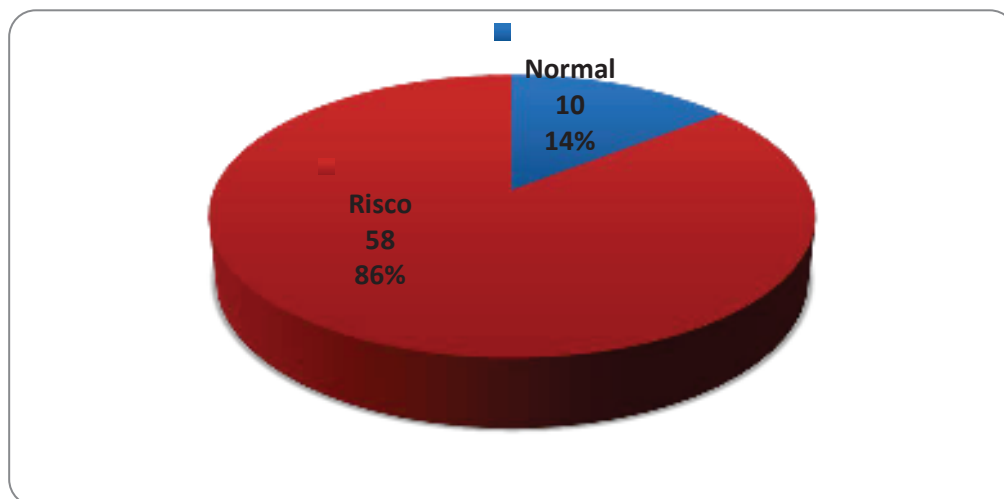


Figura 6. Risco para Síndrome Metabólica dos sujeitos da etnia Krikati acima de 18 anos, cadastrados na Estratégia de Saúde da Família, pelo índice da cintura abdominal. Montes Altos – MA, fevereiro de 2013.

Os sujeitos estudados apresentaram valores pressóricos arteriais distribuídos em categorias: 73% ótimo, entre (120x80 mmHg); 11% como normal (130x85 mmHg) e 16% em risco, sístole acima de 140 e diástole acima de 90 (Figura 7).

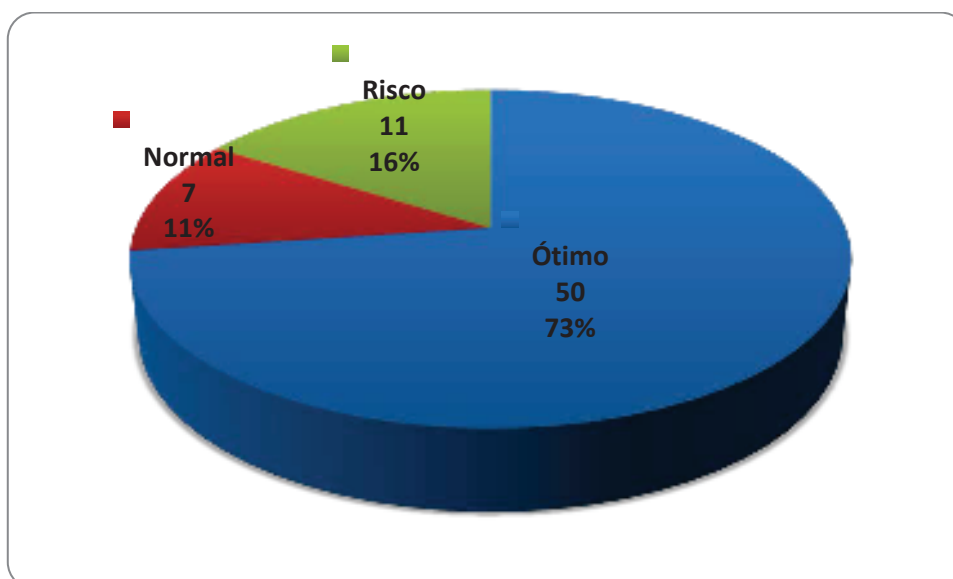


Figura 7. Risco para Síndrome Metabólica dos sujeitos da etnia Krikati acima de 18 anos, cadastrados na Estratégia de Saúde da Família, a partir dos parâmetros da pressão arterial Montes Altos – MA, fevereiro de 2013.

A partir da leitura dos valores glicêmicos pós prandial, após duas horas de carga glicêmica, os valores encontrados nos apontam para os seguintes percentuais e categorias: Normal foram aqueles com glicemia ≤ 140 mg/dL, nesta categoria foram encontrados 89% da população. Por outro lado, 11% dos participantes apresentaram valores ≥ 140 mg/dL (Figura 8).

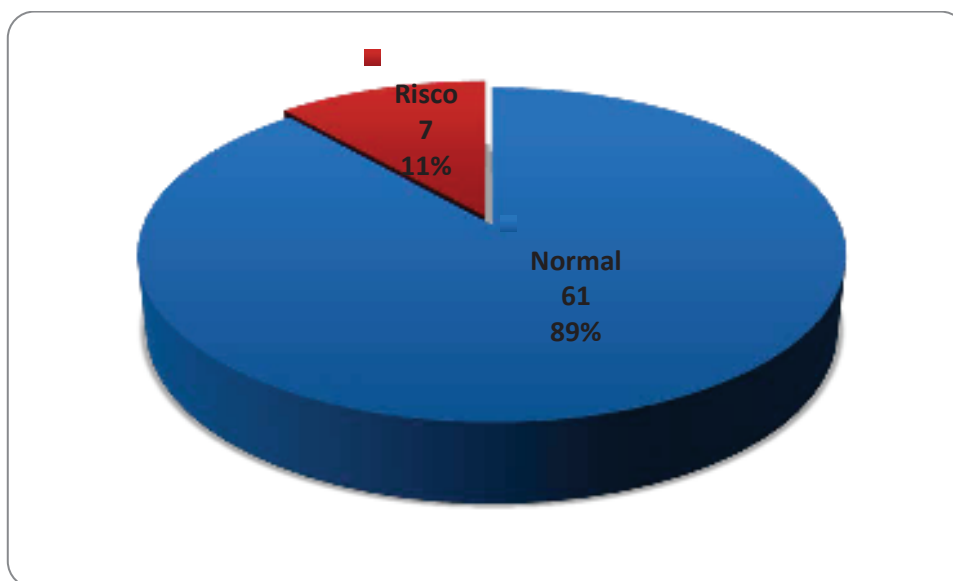


Figura 8. Risco para Síndrome Metabólica dos sujeitos da etnia Krikati acima de 18 anos, cadastrados na Estratégia de Saúde da Família, a partir dos parâmetros da glicemia Montes Altos – MA, fevereiro de 2013.

Os seguintes parâmetros equivalem às médias dos 26 sujeitos diagnosticados com a síndrome metabólica. Suas médias estão mais altas em relação aos que não possuem. A prevalência da SM na população Krikati foi de 37%. Observa-se ainda que a média do valor da glicemia capilar pós prandial após duas horas de carga glicêmica, apresentou valores significativos, contudo dentre os que apresentam a síndrome metabólica o valor ultrapassou a 160 mg/dL. A seguir a cintura abdominal apresentou um fator importante para análise, apresentando média entre 100 e 80 cm. Os valores do IMC e ICA apresentaram

diferença significativa mesmo utilizando os mesmos valores para a análise. O IMC não se mostrou significativo estatisticamente quando analisado, enquanto que o ICA apresentou maiores valores e significância estatística. Quanto à pressão arterial os valores médios permearam entre 100 x 80 mmHg.

A seguir são apresentados os resultados do ICA entre as mulheres e os homens. O índice cintura altura é um parâmetro importante para avaliar riscos para doenças crônicas não transmissíveis. Entre as mulheres, a maioria (46%) apresentou peso normal, 36% apresentaram sobrepeso e 18% encontravam-se obesas. Somando aquelas que tem sobrepeso e obesidade teremos a maioria absoluta de 54% que estão com aumento do peso corporal (Figura 10).

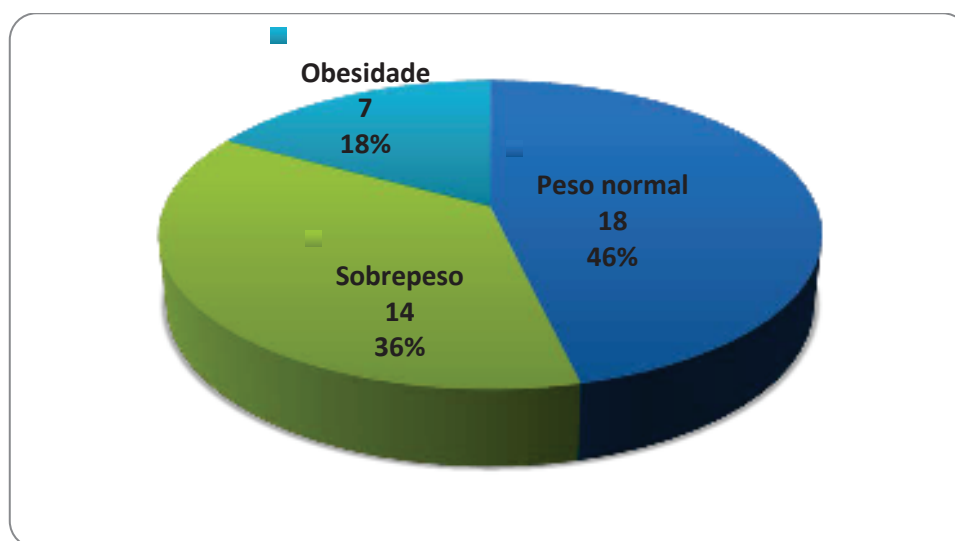


Figura 9. Índice cintura x altura, sexo feminino entre os sujeitos estudados na etnia Krikati acima de 18 anos, cadastrados na Estratégia de Saúde da Família, Montes Altos – MA, fevereiro de 2013.

Entre os homens, a maioria absoluta (79%) apresentou obesidade, 14% apresentaram sobrepeso e a apenas 7% apresentou peso ideal. Somando aqueles que são obesos e sobrepeso, um valor expressivo de 93% (noventa e

três) dos sujeitos tem a qualidade de vida comprometida e alto risco para doenças crônicas não transmissíveis (Figura 11).

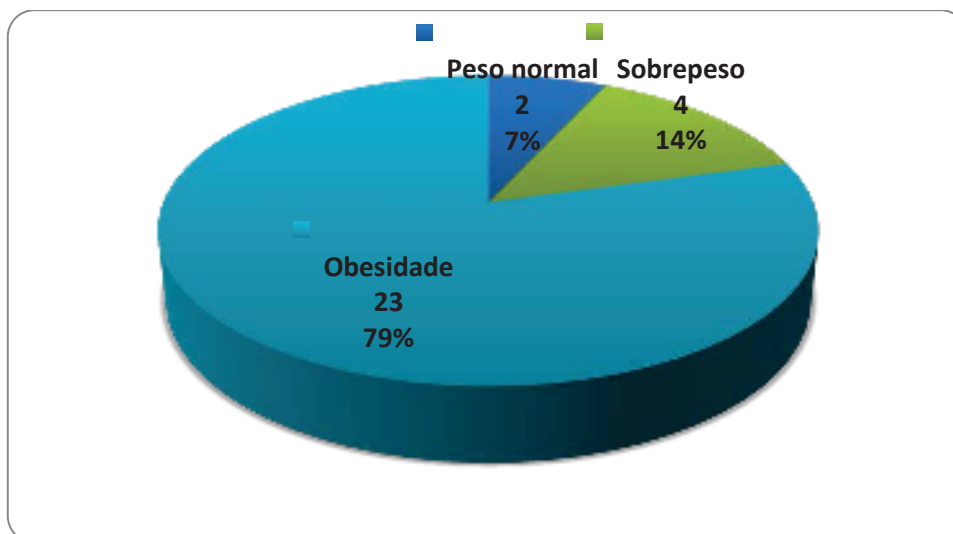


Figura 10. Índice cintura:altura, sexo masculino entre os sujeitos estudados na etnia Krikati acima de 18 anos, cadastrados na Estratégia de Saúde da Família, Montes Altos – MA, fevereiro de 2013.

O índice cintura x quadril entre os 29 sujeitos do sexo masculino apresentou números bastante significativos, ou seja, 97% estão em risco para síndrome metabólica, em detrimento de apenas 3% com índices normais (Figura 12).

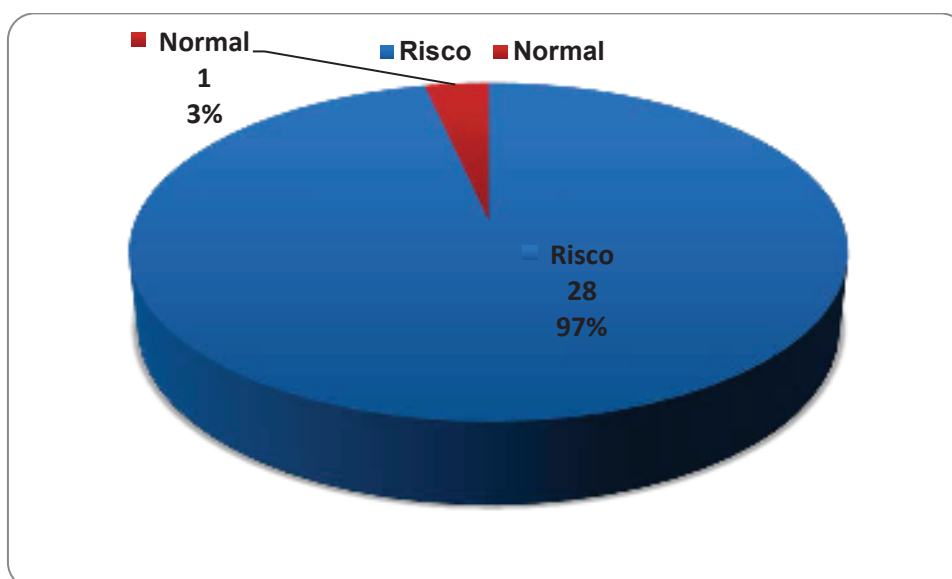


Figura 11. Risco para Síndrome Metabólica pelo índice cintura x quadril, sexo masculino entre os sujeitos estudados na etnia Krikati acima de 18 anos, cadastrados na Estratégia de Saúde da Família, Montes Altos – MA, fevereiro de 2013.

Os percentuais das mulheres em risco para síndrome metabólica no índice cintura x quadril, os apontam para 87% em risco, em detrimento dos 13% normal (Figura 13).

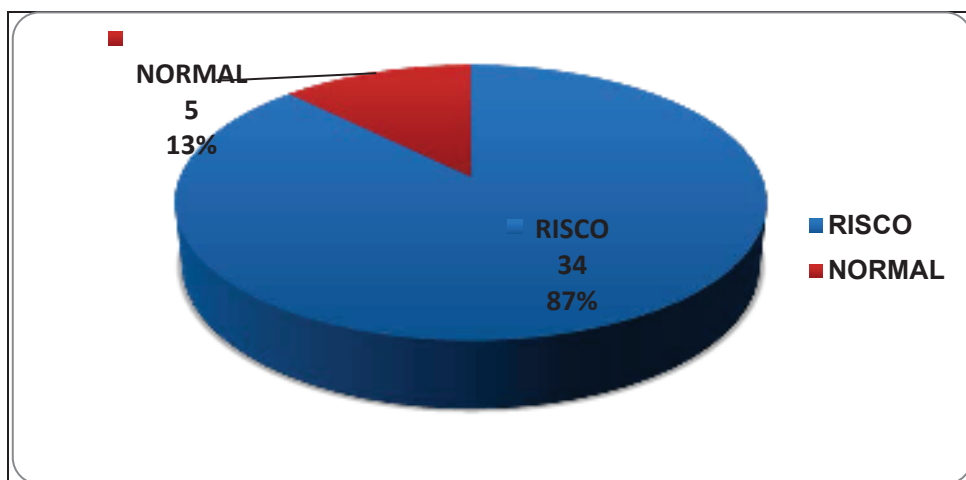


Figura 12. Risco para Síndrome Metabólica pelo índice cintura:quadril, sexo feminino entre os sujeitos estudados na etnia Krikati acima de 18 anos, cadastrados na Estratégia de Saúde da Família, Montes Altos – MA, fevereiro de 2013.

Dentre os sujeitos do sexo masculino estudados, aqueles que apresentaram três ou mais valores anormais e foram diagnosticados como tendo a Síndrome Metabólica 38%, em detrimento de 62% que não a apresentaram (Figura 14)

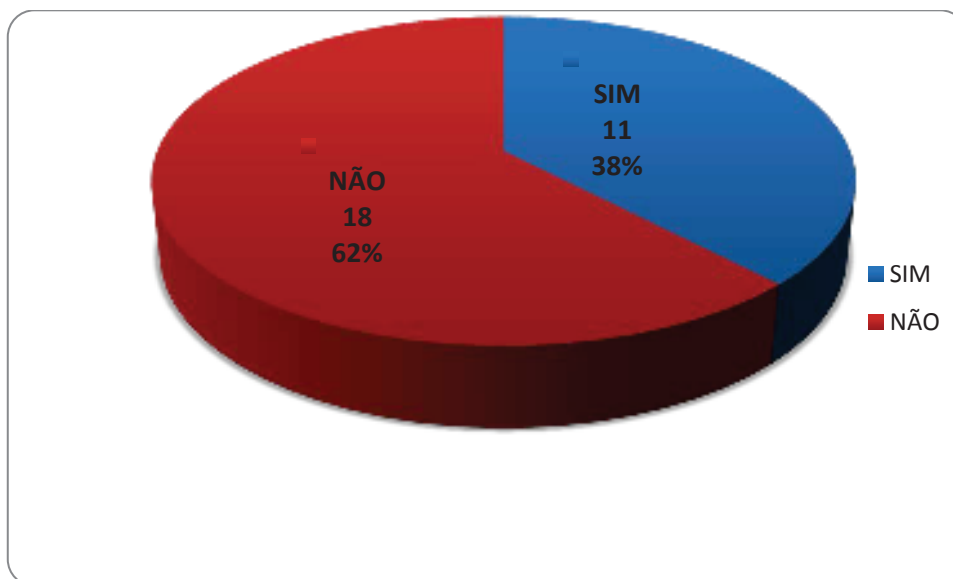


Figura 13. Síndrome Metabólica sexo masculino entre os sujeitos estudados na etnia Krikati acima de 18 anos, cadastrados na Estratégia de Saúde da Família, Montes Altos – MA, fevereiro de 2013.

Entre as mulheres os valores não são muito diferentes. 38% apresentaram a SM, enquanto que 62% não a apresentaram (Figura 15).

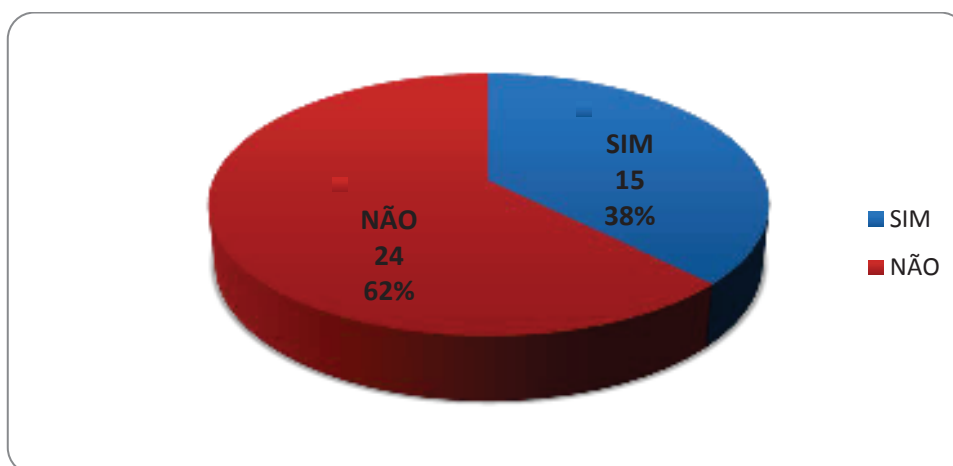


Figura 14. Síndrome Metabólica sexo feminino entre os sujeitos estudados na etnia Krikati acima de 18 anos, cadastrados na Estratégia de Saúde da Família, Montes Altos – MA, fevereiro de 2013.

Quanto ao parâmetro IMC apresentou valor ($p=0,08$), não sendo significativo estatisticamente. Já os parâmetros que se apresentaram significância

estatisticamente foram CA, PA, GLI, e ICA, conforme indicado na Tabela I a seguir. O IMC sozinho não foi significativo porque distribuiu o peso pelo corpo todo, enquanto que o índice cintura: altura e cintura: quadril destacou a obesidade central.

GRUPO	SIGNIFICÂNCIA
IMC	p=0,08
CA	p<0,01
PA	p<0,01
GLI	p<0,01
ICA	p<0,03

Tabela 8. Valor p e significância dos parâmetros estudados pelo teste T Student, por gênero, dos sujeitos cadastrados na ESFI Krikati, 2013.

6 DISCUSSÃO

Enquanto enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família do Município de Montes Altos por quatro anos e contribuindo efetivamente com as ações de saúde na Aldeia São José (Krikati), e como professor da unidade didática Modelos e Atenção de Políticas de Saúde, aos ingressantes do primeiro período do Curso de Graduação em Enfermagem da UNISULMA, e realizando ações em educação para saúde, foi possível mesmo que parcialmente por meio das discussões acadêmicas no Fórum Territorial sobre Integralidade em Saúde, perceber que o modo como estes sujeitos são cuidados preconiza modelo de ações em políticas de saúde aplicadas aos não índios.

A exaltação de ações meramente biomédicas em detrimento das ações integradas e do cuidado ampliado era a filosofia do serviço. Hoje, as experiências e a observação direta quando orientando monografias de conclusão de curso realizamos algumas visitas na Aldeia São José, e ao Programa de Saúde da Família Indígena lá existente, podemos constatar mudanças. Enfim, já se podem vislumbrar ações relativamente voltadas para a singularidade dos sujeitos Krikati, levando em conta a etnia e modo de vida. Contudo, há muito que caminhar.

Discutiremos os dados apresentados a luz das teorias apresentadas. Observa-se claramente que a questão da obesidade entre os indígenas da etnia Krikati é uma questão de saúde pública.

Marcadamente os avanços tecnológicos que chegaram à aldeia não tem se transformado em boa qualidade de vida para seus habitantes. Os índios Krikati têm acesso à rede mundial de internet, antenas parabólicas, estrada com asfalto em boas condições, facilitando o ir e vir (conforme anexo 3).

Porém, os efeitos de uma cultura híbrida. Invasão de suas terras e, desestruturada política de saúde antes da implantação da ESFI, se traduz no objeto fundante das mazelas e agravos como a SM. Não obstante o progresso, e junto com ele o risco para uma boa qualidade de vida (CIMI, 2012; MOURA, 2012; LADEIRA & AZANHA, 2005).

Não se justifica uma política de saúde sem absoluto controle social, e que não atente para as singularidades dos sujeitos indígenas. Que seja a expressão de toda cosmovisão, percepção do território, e do atendimento em saúde baseado na sua cultura e relações.

Os hábitos alimentares foram totalmente modificados, talvez pelo fácil acesso aos centros urbanos, de onde trazem todos os tipos de alimentos industrializados que antigamente não utilizavam e a aproximação com grupos “brancos” que influenciam de forma exuberante a cultura. Há facilidade para chegar ao centro da cidade, são apenas 18 km de distancia da Aldeia. A estrada MA 280 cortando as terras dos Krikati, não poderia se tornar num óbice para uma boa qualidade de vida. Como cidadãos têm direito de ir e vir. Contudo, a estrada facilitou a entrada de alimentos que anteriormente não faziam parte do cardápio daqueles sujeitos. Isto sim trouxe mazelas na saúde da Aldeia. (veja anexo 4)

Conforme relato da enfermeira de ELS - coordenadora da estratégia de saúde da família indígena na Aldeia São José, houve mudança nos hábitos alimentares dos índios Krikati. Antes comiam os alimentos que produziam aqui na Aldeia, além das caças e das pescas. Hoje, é possível ver nos lixos doméstico pacotes de biscoitos recheados, garrafas PET de refrigerantes entre outras embalagens de alimentos industrializados. Segundo a enfermeira o consumo de carboidrato industrializado aumentou significativamente entre os índios Krikati,

trazendo consigo todas as mazelas de uma cidade grande (conforme anexos 3 e 4). Isto está consoante com Saldiva (2010), que comenta o fato de que, mesmo havendo consumo extremo, e que isto represente atrativos para as cidades, contudo, não se reflete em melhoria da qualidade de vida para os sujeitos das pequenas cidades.

Estes relatos estão de acordo com Kaiabi (2005) que relata o fato de que antigamente as crianças indígenas pescavam e comiam seus peixinhos com seus irmãos, hoje só comem doces e adoecem; diz ainda que cuidar da saúde não é só tomar remédio é também cuidar da terra.

As terras indígenas (TI) dos Krikati são cortadas pela auto-estrada MA 280, que começa na entrada de Montes Altos – MA, através da BR 010, e vai até Sítio Novo – MA. Isto facilitou de maneira exuberante o ir e vir dos índios para cidade e o contato interétnico com sujeitos não índios, como visto acima. (veja figura 3) Este contato trouxe consigo mudanças significativas no modo de vida dos Krikati. Mudanças extraordinárias no seu habitat. As extrações de madeira provocaram um desmatamento de grandes dimensões. Recentemente houve 280 casos de Leishmaniose Tegumentar Americana. A coordenadora da ESFI afirma que está relacionando com este desmatamento acentuado. Segundo Marubo, (2005) diz que antes do contato com a cultura dos “brancos” os índios não tinham doenças como malária, hepatite ou gastrite. A relação com o meio ambiente afeta de maneira contundente os processos de adoecimento estes resultados está consoante com Kaiabi (2005), quando este afirma que o grande problema da desnutrição nas aldeias indígenas é que antigamente se pescava. O autor diz que hoje os índios estão trocando o prazer da alimentação saudável com suas

comidas típicas e naturais, pelas atividades que levam a vida sedentária como assistir televisão por muito tempo.

Está claro que pelo gráfico da relação IMC a grande maioria dos sujeitos apresenta algum distúrbio relacionado com excesso de peso e obesidade. Nesse caso são 80% com peso inadequado. Muito embora estatisticamente não seja relevante por apresentar significância de ($p=0,08$), este parâmetro não é mais utilizado como fator preditor de risco para doenças cardiovasculares por distribuir a gordura corporal por todo o corpo (peso/metro²), e não levar em consideração a obesidade central que segundo Ashwell, (2012); Ueta, (2011); Misra & Khurana (2008) a obesidade é afetada pelas dietas nutricionais inadequadas e a obesidade central é o grande risco para doenças cardiovasculares, e que ainda mudanças demográficas, socioeconômica e estilo de vida sedentário, elevam de forma efetiva a morbimortalidade nas populações atuais. Segundo a OMS (2000) a obesidade é uma doença crônica cujos agravos estão intimamente relacionados com alterações cardiovasculares, cerebrovasculares, diabetes tipo II, hipertensão arterial sistêmica e certos tipos de câncer, com gastos de 2% a 7% dos orçamentos de saúde nos países desenvolvidos. Não foi estudada a renda familiar dos sujeitos envolvidos na amostra, porém, a sua maioria não tem trabalho e vivem com renda da bolsa família. Segundo a Sociedade Brasileira de Endocrinologia (2013) no estudo sobre a obesidade, a relação prevalência e faixa de renda mostram que na população mais pobre o valor é significativamente maior do que nas regiões com maior concentração, onde se percebe uma redução importante. No estudo sobre a prevalência em adultos no Brasil, Gigante (1997), aponta para 21% entre homens e mulheres. Já entre os Krikati, esta

prevalência para ambos os sexos está em números preocupantes acima de 80%. Ou seja quatro vezes mais do que a média nacional.

Na avaliação da cintura abdominal os resultados foram expressivos 86% dos sujeitos apresentam valores que os categorizam com obesidade central. Na avaliação estatística os números mostraram-se com significância de ($p < 0,01$).

A obesidade central é um parâmetro importante para risco da síndrome metabólica. A grande maioria dos sujeitos da amostra tanto homens como mulheres, está com risco de problemas cardiometabólico. Segundo Ness-abramof & Apoviam, (2008) e Welbom & Dhaliwal (2007) apud Ueta (2011), a circunferência da cintura acima 88 cm para mulheres e 102 cm para homens, está associada com maior risco cardiometabólico, e indica ainda que é um melhor parâmetro do que IMC na predição de risco cardiovascular. Ueta (2011) ainda afirma que a gordura abdominal representa tanto risco a saúde por ser a gordura dividida em dois espaços principais: visceral (tronco) e subcutânea (sob a pele). Assim a gordura é armazenada em pequenas quantidades no coração, pâncreas, fígado e músculo, conhecido como gordura intramuscular, que é utilizada como combustível durante os exercícios.

Os valores pressóricos e o glicêmico dos sujeitos da amostra apontam para números que em sua maioria está dentro dos valores de normalidade: 73% e 89% respectivamente.

Agora, estes parâmetros (PA e GLI) devem ser devidamente controlados pelo fato de que dentre os apresentados neste estudo, três que estejam acima da normalidade pode ser diagnosticada como síndrome metabólica. Ou seja, controlar a hipertensão e o diabetes ajuda de maneira efetiva no combate a SM, conforme Souza et al (2007). Na análise desses dados observa-se, que os

valores pressóricos e glicêmicos, estejam na grande maioria dentro dos limites de normalidade, o maior problema dos Krikati é a obesidade central. Os valores da glicemia e da pressão arterial merecem estudos mais aprofundados, pelo fato de estar dentro dos limites da anormalidade nos sujeitos estudados, porém contribua para o diagnóstico da síndrome metabólica, como afirmado acima. Como podemos ver a obesidade entre os Krikati não se apresenta como óbice para correr, jogar bola, e carregar tora de buriti (mais ou menos 50 kg) nas costas. Isto, talvez mereça estudos mais aprofundados, para saber se esta obesidade central é uma mutação genética para realizar gastos energéticos em tempos de privação e de atividades físicas, conforme descreve Ueta (2001) e Cardoso et.al., (2001)

Quando analisados a cintura abdominal com a altura, houve diferença (conforme figuras 9 e 10) significativa entre homens e mulheres, 18% das mulheres estão com obesidade, enquanto que os somam 79%. Somados os que apresentam sobrepeso e obesidade, os homens apresentaram uma prevalência de 93%; enquanto que nas mulheres a prevalência foi de 54%. Segundo Ashwell (2013), a circunferência da cintura deve ser a metade da altura. A pesquisadora é criadora do gráfico de forma (The Ashwell Shape Chart), que mostra como o índice cintura altura pode prever risco a saúde. Outro trabalho científico importante é o dos pesquisadores Haun, DR; Pitanga, FJG e Lessa, I.(2009), em que a RCest (Razão Cintura Estatura) é uma medida com representação estatística que justifica sua utilização. Nos Krikati os preditores da razão cintura altura mostram que a obesidade entre estes sujeitos é caso de saúde pública considerando a prevalência do adoecimento.

Na média dos parâmetros estudados foram categorizados como tendo a síndrome metabólica 26 sujeitos que apresentaram até três parâmetros de

anormalidades. Estes apresentam gráficos com maiores amplitude em relação aos 42 sujeitos que não apresentaram a SM, o que era esperado. Não houve diferença da síndrome metabólica entre os gêneros (38% sexo masculino e 38% no sexo feminino) A prevalência da SM de 38% indica que este adoecimento entre os Krikati, é caso de saúde pública, e merece atenção por parte dos atores envolvidos na questão. Cardoso et al., (2001) falando da resistência a insulina entre os Guarani, relaciona entre outras coisas, com a mudança no estilo de vida, com condições sociogeográficas, e na disposição genética dos índios acumularem gordura central para os tempos de privação. Reafirma-se que talvez fosse relevante realizar estudos entre os Krikati, para observar se há mutação genética corroborando com obesidade central como no estudo de Greenlund, (1999); Hall et. al. (1991 e 1992), apud Cardoso et.al., (2001).

Voltando a falar da prevalência de 38% da SM entre os Krikati, observamos que ela é duas vezes maior se relacionando com estudos de Gimeno, (2013), que em pesquisa com os indígenas do Alto Xingu verificou uma prevalência de excesso de peso, obesidade central e dislipidemias superiores a 60%, e que pelo menos 15% desses indivíduos já apresentavam síndrome metabólica.

A questão da obesidade e sobrepeso entre os Krikati deve ainda está focado na cosmovisão desses sujeitos sobre este fenômeno. Observa-se que mesmo com sobrepeso, as mulheres e os homens desta etnia não deixam de realizar atividades como jogar futebol, correr com toras de buriti nos ombros. Observa-se ainda que os valores da pressão arterial e da glicemia capilar estão na sua maioria dentro dos limites da normalidade. Não julgamos achar a ruptura do problema, porem, creio que este tema mereça estudos mais detalhados para investigar a percepção, principalmente das mulheres, já que no estudo de Tonial

et al., (2001) a obesidade pode estar associada ao fenomeno da fartura e que pode representar acesso ao poder economico.

Porém, torna-se claro que urgentemente deve haver ações em saúde face ao quadro epidemiológico da obesidade, sobrepeso e SM entre os Krikati. É necessário que se aponte para estratégias publicas eficazes, capaz de dar conta em conter o avanço espetacular da desnutrição e da obesidade na Aldeia São José. Integrando todos os atores envolvidos, principalmente com a comunidade, na interface da Integralidade das ações, Clínica Ampliada e da Gestão Paidéia, e somando saberes contidos dentro da política alimentar do SISVAN. As contribuições do FOIRN (Federação da Organização Indígena do Rio Negro), evidentemente adaptado a cosmovisão dos Krikati, e, trabalhando com o propósito de acolher estes sujeitos, e direcionar ações para o empoderamento da comunidade indígena. Na ótica do poder, saber e afeto.

7 CONCLUINDO E SUGERINDO

A política de atenção em saúde aos sujeitos indígenas no Brasil, ainda se traduz na epistemologia do cuidado da cura simplesmente.

Muito embora o esforço da SESAI, e da inserção de política que pretensamente atente para singularidade das ações e com a implantação dos distritos sanitários e do controle social, muitos povos indígenas ainda vivem de forma deletéria sob condições de vida que apontam para baixa qualidade de vida como é caso da desnutrição e da obesidade.

Historicamente, percebemos que o legado de uma política de exploração das terras, das riquezas e intromissão interétnicas, principalmente das culturas dos povos indígenas se constitui no objeto fundante da condição deletéria em que são submetidos. É urgente e imperativo que se resgate o *módus vivendus* destes sujeitos, sua cidadania, cultura e cosmovisão. É preciso que se criem políticas de educação em saúde para formação de profissionais autóctones que em última instância poderiam de modo muito eficaz se traduzir em um cuidado mais efetivo e afetivo para comunidade. Índio cuidando de índio!

A introdução de outras culturas não indígenas está contribuindo para uma qualidade de vida menos saudável a esses povos. Muito embora haja uma boa vontade de sujeitos bem intencionados e desejosos de realizar um trabalho com qualidade. Mas, isto não se compara ao cuidado de um sujeito índio cuidando de outro.

Agora trago uma crise de entendimento ao fato: Não sei se é mais danosa a política integrativa e emancipatória ou o isolamento desses sujeitos? Seja como for, se há necessidade de intervenção nos processos políticos em saúde,

educação, saneamento... não se pode construí-lo sem diálogo com as comunidades indígenas. “Nenhum branco resolve o problema da desnutrição para nós. Hoje não tem branco que resolve para nós. Nós temos que estar juntos para resolver. (KAIABI, 2005). Kaiabi ainda afirma que não se pode cuidar da saúde isoladamente, só ter médico para dar remédio. É muito mais! As ações que em última análise se traduza como medida que produza bons resultados, devem estar apontando para discussão das políticas de saúde com a comunidade indígena.

O presente estudo aponta para números que merecem ser analisados e a partir deles, possibilitar a discussão com os sujeitos da etnia Krikati, a fim de que se construam ações em saúde e educação para melhoria da qualidade de vida.

O objeto fundante destas condições pode estar sendo relacionado com o maior contato interétnico, maior introdução de alimentos ricos em carboidrato que antes não faziam parte do cardápio desses sujeitos; menor gasto energético pelo suprimento de ações como a pesca, caça e plantio.

Os principais resultados apontaram para a existência de obesidade entre os Krikati, com maior significação para o índice cintura x altura com prevalência de 93% para os homens e 54% para as mulheres estudadas. No índice Cintura x Quadril 97% dos homens estão em risco, contra 87% das mulheres. Portanto, a obesidade central entre os Krikati está em um nível muito elevado e se não for discutido este fenômeno com a comunidade pode aumentar muito os casos de SM um futuro próximo. Este número é duas vezes maior do que a média nacional.

Os sujeitos que apresentam a SM contam com 38% de prevalência, duas vezes maior que estudos realizados em outras etnias. Já há casos de amputação de membros inferiores por causa do diabetes na Aldeia São José.

Isto posto afirma-se que a obesidade entre os Krikati é um caso de saúde pública, e que deve haver ações conjuntas dos atores envolvidos no processo saúde adoecimento, principalmente os da comunidade.

É necessário estudos mais aprofundados quanto à leitura destes fenômenos no que se refere a obesidade central e se há mutação genética, saber qual a percepção destes sujeitos frente ao problema, principalmente as mulheres quando a cosmovisão da obesidade, a fim de juntos possam ser construídas medidas de controle da SM.

Os profissionais envolvidos na Estratégia de Saúde da Família Indígena, os sujeitos pesquisadores e seus alunos, a comunidade, devem discutir as causas da obesidade e construir mecanismos para melhorar os resultados no consumo de alimentos mais naturais, e que possa combater a SM.

É possível que ações como a que ocorreu em Rio Negro (FOIRN), possa se traduzir em ações conjuntas com a comunidade, governo e trabalhadores da saúde, para melhorar o consumo de alimentos com maior poder nutricionais e mais saudáveis. E que sejam construtores de boa qualidade de vida.

Os profissionais devem se utilizar dos processos epistemológicos da Clínica Ampliada, da gestão Paidéia e da integralidade das ações para que possa haver maior adesão ao programa por parte desses sujeitos.

Sendo a obesidade é um sério problema de saúde, com uma prevalência para SM maior do que em outras comunidades indígenas, é urgente que se crie numa ótica multi e interprofissional, e sabendo que o problema não é unifocal e ainda reafirmamos, com o aval da comunidade, Políticas de Saúde e de Educação entre outras, para combater este agravo não transmissível, mas que traz consigo péssima qualidade de vida aos sujeitos da etnia Krikati.

O Projeto Saúde na Aldeia (UNISULMA/IESMA) poderá muito colaborar com o combate a SM, pois o olhar será interdisciplinar, multifocal, priorizando a territorialidade, e de maneira clara a contribuição da comunidade Krikati para consubstanciar as práticas no processo saúde/doença. Muito há que se fazer para que a SM como evidência de adoecimentos entre os Krikati não se traduza em menor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- AMARAL, JLG do. In: Saldiva, Paulo et. Al., **Meio Ambiente e Saúde: o desafio das metrópoles**. São Paulo: Ex-Libris Comunicação Integrada, 2010. 200p.
- ASHWELL, Margaret. (OBE/PHD). **Estudo Sobre a Obesidade Central e o ICA**. Disponível em <<http://www.globalsterinstitute.com>> Acessado em 09 de fevereiro de 2013.
- AYRES, M; AYRES JUNIOR M; AYRES, DL e SANTOS AA. **BIOESTAT 5.0: aplicações estatísticas nas áreas das ciências biomédicas**. Belém: ONG Mamiraua. 2007.
- AZANHA, Gilberto e LADEIRA, Maria Elisa. **Povo Indígena Krikati**. Disponível em gilberto.azanha@trabalhoindigenista.org.br julho de 2005. Acessado em 05/07/2009. as 16h.
- BARBETA, Pedro Alberto. **Estatística Aplicada as Ciências Sociais**. 5.ed. Cap.3. Editora UFSC, 2002. Disponível em <<http://www.inf.ufsc.br>> - acessado em 19 de fevereiro de 2013.
- BARRETO, Paulo Menna. **Índios ainda sofrem discriminação: Representantes das comunidades indígenas reivindicam uma política governamental voltada para a solução de seus problemas**. Disponível em < <http://www.folhadoamapá.com.br>>. (Acessado em 05/07 de 2009, às 16h.)
- BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. 3.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989. 191p.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNASA/IBGE. Censo 2010. <disponível em [HTTP:// funasa.gov.br](http://funasa.gov.br)> acessado em 28 de fevereiro de 2013.
- BRASIL/Ministério da Saúde. **8ª Conferencia Nacional de Saúde - 1988**. Disponível em <[http:// WWW. saude.gov.br](http://WWW.saude.gov.br)> Acessado em 05 de março de 2013.
- BRASIL/Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196 de 10 de outubro de 1996**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: 10/10/1996.
- BRASIL/Ministério da Saúde/Secretária de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Básica. **Obesidade**. Brasília: MS. Caderno de Atenção Básica nº 12. Série A Normas e Manuais Técnicos. 108p. 2006.
- BRASIL/Ministério da Saúde/Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. **Orientações Básicas para a Coleta, o Processamento, a Análise de Dados e a Informação em Serviços de Saúde**. Brasília: MS, 2004. 120p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL/MPF/ 6CCR. **Manual de atuação do agente de saúde indígena, 2008.** Disponível em: <<http://6ccr.pgr.mpf.gov.br/institucional/grupos-de-trabalho/saude/manual-de-atuacao-do-agt-saude-indigena>> acessado em 20 de fevereiro de 2013.

BRITO, Edna de. IN: CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO (CIMI). **Terra Livre, Águas Puras, Florestas Sagradas: fonte de saúde.** O Mensageiro. Belem: Ed. 192. Março/abril de 2012.

CAMPOS, Gastão W.S. **Paidéia e gestão: um ensaio e apoio Paidéia no trabalho em saúde.** (mimeografado s/d) (Coletânea: Integralidade, do curso de especialização em ativação dos processos de mudança na formação superior de profissionais de saúde, ENSP/FIOCRUZ, 2005).

CARDOSO, AM; MATTOS, IE; KOIFMAN, RJ. Prevalência de fatores de risco para doença cardiovasculares na população Guarani—Mbyá do Estado do Rio de Janeiro. Caderno de Saúde Pública. 2001, 17(2) 345-54.

CARR MC E BRUNZELL JD: **Abdominal obesity and dyslipidemia in the metabolic syndrome.** J Clin Endocrinol Metab 89:2601-2607, 2004.

CECCIM, Ricardo Burg. **A ciência e a arte de um saber-fazer em saúde.** In: MEYER, DE; WALDOW, VR e LOPES, MJM. **Marcas de diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1998, capítulo 05. pp. 87-1002.

CECCIM, Ricardo Burg. **A integralidade ensina os profissionais a lidarem com histórias de vida.** Disponível em <http://www.lappis.org.br>. Acessado em 14/02/2006. (Coletânea: Integralidade, do curso de especialização em ativação dos processos de mudança na formação superior de profissionais de saúde, ENSP/FIOCRUZ, 2006).

COIMBRA, JR et al. (org.) **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas do Brasil.** [online]. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005. 260p.

COITINHO DO et al.; **Condições nutricionais da população brasileira : adultos e idosos.** Brasília: Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, 2001.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS EM SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata** – 6 a 12 de setembro de 1978 – URSS. (Disponível em <[Http://www.ebah.com.br/declaração-alma-ata](http://www.ebah.com.br/declaração-alma-ata)> - acessado em 19/02/2013)

CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO (CIMI). **Terra Livre, Águas Puras, Florestas Sagradas: fonte de saúde.** O Mensageiro. Belem: Ed. 192. Março/abril de 2012.

CORREA, Kátia Núbia Ferreira. **Muita Terra Para Pouco Índio?** O processo de demarcação da terra indígena Krikati. São Luis: Edições UFMA-PROIN-CS, 2000. 208 p.

CUNHA, Gustavo Tenório. **A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica.** São Paulo: Hucitec, 2005. 212p.

DÍAZ, FR & LÓPEZ, FJB. **Bioestatística.** São Paulo: Thomson Learning, 2007. 284p.

FELIPPE, F. **Obesidade Zero:** a cultura do comer na sociedade de consumo. Porto Alegre: Sulina, 2003.

FERREIRA VA E MAGALHÃES R. **Obesidade no Brasil: tendências atuais.** Revista Portuguesa de Saúde Pública, vol. 24, n.2, 2006.

FERREIRA, VA. **Obesidade e Pobreza:** o aparente paradoxo. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2003.

GIGANTE, D. et. al.; **Consumo alimentar de famílias de baixa renda no município de Piracicaba/SP.** Saúde em revista: Segurança Alimentar e Nutricional São Paulo. v 6, n13, maio/agosto 2004. In: BRASIL/Ministério da Saúde/Secretária de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Básica. **Obesidade.** Brasília: MS. Caderno de Atenção Básica. Série A Normas e Manuais Técnicos. 108p. 2006.

GIMENO, SGA. **Perfil nutricional e metabólico de índios Kisêdjê.** São Paulo: UNIFESP/FAPESP, 2012-2013.

GRUNDY SM. **Obesity, Metabolic Syndrome, and Cardiovascular Disease.** The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism Vol. 89, No. 6 2595-2600, 2004.

HAUN, DR; PITANGA, FJG e LESSA, I. **Razão Cintura Estatura Comparado a outros Indicadores Antropométricos de obesidade como Preditor de Risco Coronariano.** Salvador – UFBA, Instituto de Saúde Coletiva. Revista Associação Médica Brasileira, 2009. 55(6): 705 – 11. Disponível em <[http:// WWW.Scielo.br/pdf](http://WWW.Scielo.br/pdf)> Acessado em 09 de fevereiro de 2013.

HUG, TUOMILEHTO J, SILVENTOINEN K, BARENGO N, JOUSILAHTI P. **Joint effects of physical activity, body mass index, waist circumference and waist-to-hip ratio with the risk of cardiovascular disease among middle-aged Finnish men and women.** Eur Heart J; 25:2183–2184, 2004.

ISPN - **Instituto Sociedade População e Natureza:** Centro de pesquisa e documentação, independente, brasileiro e sem fins lucrativos. Seu objetivo central é contribuir para a viabilização do desenvolvimento sustentável com equidade social e equilíbrio ambiental. Disponível em <<http://www.ispn.org.br>> Acessado em 17 de fevereiro de 2013.

Jornal O Globo. **Condições de atendimentos de saúde aos índios krikati.** Disponível em <<http://g1.globo.com>> em 23 de março de 2012. Acessado em 15 de fevereiro de 2013.

Jornal Via de Fato. **No Maranhão índios têm dificuldade para conseguir atendimento médico.** Disponível em <<http://viasdefato.jor.br/>> matéria escrita em 03 de janeiro de 2013, acessado em 15 de janeiro de 2013.

KAIABI, M. Cuidar da saúde não é só tomar remédio, é também cuidar da terra. In: INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL. **Povos Indígenas no Brasil, 2001-2005.** / editores gerais Beto Ricardo e Fany Ricardo. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2006. 879p.

LADEIRA, Maria Elisa. **Krikati : um longo processo para o reconhecimento de suas terras.** In: RICARDO, Carlos Alberto (Ed.). Povos Indígenas no Brasil : 1987/88/89/90. São Paulo : Cedi, 1991. p. 491-2. (Aconteceu Especial, 18)

LOPES, MC; VELD, PVD e MINENATSU, RE. Projeto Piloto Mostra Resultados Positivos. In: INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL. **Povos Indígenas no Brasil, 2001-2005.** / editores gerais Beto Ricardo e Fany Ricardo. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2006. 879p.

MARICATO, E; OGURA, AT; COMARÚ, F. Crise urbana, produção do habitat e doença. In: Saldiva, Paulo et. Al., **Meio Ambiente e Saúde: o desafio das metrópoles.** São Paulo: Ex-Libris Comunicação Integrada, 2010. 200p.

MARUBO, LBK. É tudo pensamento de Pajé. In: INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL. **Povos Indígenas no Brasil, 2001-2005.** / editores gerais Beto Ricardo e Fany Ricardo. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2006. 879p.

MEIGS JB. **Prediction of type 2 diabetes: the dawn of polygenetic testing for complex disease.** Diabetologia 52:568–570, 2009. DOI 10.1007/s00125-009-1296-9

MENDONÇA, C. **Práticas alimentares e de atividade física em mulheres obesas atendidas em unidades de saúde pública em Niterói: trajetórias e narrativas.** Tese de doutorado ENSP/FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2005. In: BRASIL/Ministério da Saúde/Secretária de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Básica. **Obesidade.** Brasília: MS. Caderno de Atenção Básica. Série A Normas e Manuais Técnicos. 108p. 2006.

MISRA A E KHURANA L. **Obesity and the metabolic syndrome in developing countries.** [J Clin Endocrinol Metab.](#) Nov Suppl 1:S9-30, 2008.

MOKDAD AH; MARY KS; DIETZ WH; BOWMAN B.A.; MARKS J S.; KOPLAN JP. **The Spread of the Obesity Epidemic in the United States, 1991-1998.** JAMA; 282:1519-1522. 1999.

MONTEIRO CA. **Epidemia: 39% dos paulistanos têm excesso de peso : obesidade já é o segundo maior fator de risco na cidade; entre as doenças que ela favorece estão tipos de câncer.** In Caderno Cotidiano. Folha de São Paulo. São Paulo, 14 de Março de 2004, 7-9.

MOURA, Márcia. IN: CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO (CIMI). **Terra Livre, Águas Puras, Florestas Sagradas: fonte de saúde.** O Mensageiro. Belem: Ed. 192. Março/abril de 2012.

OMS. **Obesity: preventing and managing the global epidemic.** Report of a WHO consultation. World Health Organ Tech Rep Ser.; 894; i–xii, 1–253, 2000.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – 2005 / BRASIL/Ministério da Saúde/Secretária de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Básica. **Obesidade.** Brasília: MS. Caderno de Atenção Básica. Série A Normas e Manuais Técnicos. 108p. 2006.

PAIM, 1997; POSSAS, 1989; CHOR, 1989; MENDONÇA, 2005; apud BRASIL Ministério da Saúde/Secretária de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Básica. **Obesidade.** Brasília: MS. Caderno de Atenção Básica. Série A Normas e Manuais Técnicos. 108p. 2006.

PENA, M.; BACALLAO, J. — **La obesidade en la pobreza : um problema emergente en las Américas,** in PENA, M.; BACALLAO, J. — La obesidad en la pobreza : un nuevo reto para la salud publica. Washington : OPAS, 2000.

PHILIPPI, ST e ALVARENGA, M. **Transtornos Alimentares: uma visão nutricional.** São Paulo: Manole, 2004. 226p.

PORTO, MFS. **Saúde do Trabalhador e o Desafio Ambiental:** contribuições do enfoque ecossocial, da ecologia política e do movimento pela justiça ambiental. **Ciências e Saúde Coletiva.** 10: 829-839. 2005.

RICARDO, B e RICARDO, F. **Povos Indígenas do Brasil 2001-2005.** São Paulo: Instituto Sócio Ambiental, 2006. 879p.

SALDIVA, Paulo et.al., **Meio Ambiente e Saúde: o desafio das metrópoles.** São Paulo: Ex-Libris Comunicação Integrada, 2010. 200p.

SANCHES, Edmilson. **Enciclopédia de Imperatriz: 150 anos: 1852-2002.** Imperatriz: Instituto Imperatriz, 2003. 600p.

SBD - **Sociedade Brasileira de Diabetes**/American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes. Diabetes Care 28:suplemento 1, janeiro,2005. Disponível em <<http://www.diabetes.org.br>>. Acessado em 07 de fevereiro de 2013.

SBH - **Sociedade Brasileira de Hipertensão.** Valores pressóricos preditores para normal e risco. Disponível em <<http://www.sbh.org.br>> Acessado em 07 de fevereiro de 2013.

SOBRINHO, EJMA. Nossa casa, nossa cidade, nosso planeta. In: Saldiva, Paulo et. Al., **Meio Ambiente e Saúde: o desafio das metrópoles**. São Paulo: Ex-Libris Comunicação Integrada, 2010. 200p.

SOUZA LJ, GICOVATE NETO C, CHALITA FEB, REIS AFF, BASTOS DA, CÔRTEZ VA. **Prevalência de obesidade e fatores de risco cardiovascular em Campos**, Rio de Janeiro. Arq Bras Endocrinol Metab, 47:669-76, 2007.

TAMBELLINI, AM e CAMARA, VM. A temática saúde ambiente no processo do desenvolvimento do campo da saúde coletiva: aspectos históricos, conceituais e metodológicos. **Ciências e Saúde Coletiva**. v3, n2. 1998.

THE LANCET/NEWS. MED. BR. **A relação cintura-quadril, e não o índice de massa corporal é a melhor medida de obesidade para avaliar o risco de um ataque cardíaco**. Disponível em: <<http://www.news.med.br/p/medical-journal/842/a-relacao-cintura-quadril-e-nao-o-indice-de-massa-corporal-e-a-melhor-medida-de-obesidade-para-avaliar-o-risco-de-um-ataque-cardiaco-segundo-estudo-publicado-na-revista-the-lancet-clique-e-calcule.htm>>. Acessado em: 8 fev. 2013.

TONIAL, S. **Desnutrição e Obesidade**: faces contraditórias na miséria e na abundancia. Recife: IMIP, 2001.

TRIVINÔS, ANS. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa em qualitativa em educação**. 1. ed. 17ª reimpressão. São Paulo: Atlas, 2008. 175p.

UETA, Julieta. **Razão Cintura-Quadril, Circunferência da Cintura e IMC**: o que usar para indicação de risco à saúde - 2011. Disponível em <<http://www.drlenkravits.com/articles/wasttohip.html>> acessado em 07 de fevereiro de 2013.

WEISS, Maria Clara Vieira. **Contato interétnico, perfil de saúde e doença e modelos de intervenção mínima**: o caso dos Enawenê-Nawê em Mato Grosso. Rio de Janeiro: ENSP, 1998. 173 p. (Tese de Doutorado)

ZALUAR, A. **A máquina e a revolta**: organizações populares e o significado da pobreza. São Paulo: Brasiliense, 1985.

APÊNDICES

ANEXOS

ANEXO 1

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRO-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE



**PROJETO: AMBIENTE E ADOECIMENTOS ENTRE OS ÍNDIOS KRIKATI:
saberes e fazeres no cuidado em saúde.**

Orientador: Prof. Dr. Aparecido Divino da Cruz – PUC GOIÁS
Co-Orientadora Profa. Dra. Daniela Silva Melo – PUC GOIÁS
Pesquisador: Osvaldo José Theodoro Neto (Mestrando PUC GOIÁS)
Co-Pesquisadora: Dra. Sara Rebouças (Médica – HRMI/Imperatriz MA)

AO

COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DO UNICEUMA – MA

Coordenador: Dr. Vinicius José da Silva Nina.

Rua: Josué Montello, 01 – Renascença II - São Luis – MA.

CEP.: 65075-120

Fone/Fax: (98) 3214-4212 – e-mail: cep@ceuma.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Dados de identificação

Título do Projeto: AMBIENTE E ADOECIMENTOS ENTRE OS ÍNDIOS KRIKATI:
saberes e fazeres no cuidado em saúde.

Local da Pesquisa: Aldeia São José de Montes Altos – MA.

Pesquisador Responsável: Osvaldo José Theodoro Neto

Co-Pesquisador: Dra. Sara Rebouças

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que se destina a avaliar as causas de adoecimentos e fatores ambientais em sua Aldeia, com foco na obesidade, que é um fator de risco para doenças como a hipertensão arterial e o diabetes. Este estudo é importante por que vai determinar as causas mais comuns desses adoecimentos e encaminhar os índios que apresentarem a doença para tratamento.

A pesquisa será feita da seguinte maneira: Será realizado consultas com profissionais de saúde a fim de encontrar sujeitos acima do peso, que possivelmente estejam com diabetes e hipertensão arterial nos índios acima de 18 anos e os que são atendidos nos serviços da Estratégia de Saúde da Família Indígena no Programa HIPERDIA que já estão diagnosticados com hipertensão e diabete. Também serão atendidos pelos professores e alunos do Projeto Saúde na Aldeia da UNISULMA para, avaliação da obesidade, dentre outros problemas de saúde. Será realizada coleta de sangue dos participantes por funcionários especializados do laboratório de Análises Clínicas do Estado do Maranhão (SAME), para análise dos níveis de do colesterol total e frações e de glicose no sangue.

Existe risco no momento da coleta do exame pela picada da agulha, como de infecção, porém, a coleta de sangue será realizada por profissionais habilitados e com materiais descartáveis do próprio Laboratório. Existem ainda riscos culturais, sociais e psicológicos, porém, você contará com a assistência do pesquisador se necessário, em todas as etapas de sua participação no estudo e da Secretaria de Saúde do Município, conforme documento assinado pela secretária de saúde.

Os benefícios que você deverá esperar com a sua participação, mesmo que indiretamente serão: a) diagnóstico das doenças na Aldeia São José. b) qual a relação dessas doenças com o meio ambiente e os aspectos culturais e c) os índios doentes serão encaminhados para profissionais de saúde a fim de realizar o tratamento na ESFI. d) e, continuação do tratamento e dos aspectos preventivos e de promoção da saúde, através do Projeto Saúde na Aldeia da UNISULMA/IESMA. (Unidade de Ensino Superior do Maranhão). E ainda poderá ser encaminhados se for o caso para Secretária do Município. Está assegurada a devolução dos resultados dos exames aos participantes da pesquisa.

Sempre que você desejar serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo. A qualquer momento, você poderá recusar a continuar participando desta pesquisa e, também, poderá retirar seu consentimento, sem que para isto sofra qualquer penalidade ou prejuízo, ou seja, sem qualquer prejuízo da continuidade do seu acompanhamento médico e participação do Projeto Saúde na Aldeia.

Também poderá recorrer ao CEP (Comitê de Ética e Pesquisa), que tem a finalidade de avaliar as pesquisas realizadas em nosso território, a fim de observar se estão dentro da ética e humanização como aborda a Lei 196/96, que trata da pesquisa com seres humanos. Este COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DO UNICEUMA – MA, situado a Rua: Josué Montello, 01 – Renascença II - São Luis – MA. CEP.: 65075-120, Fone/Fax: (98) 3214-4212 – e-mail: cep@ceuma.br, funcionando de segunda a sexta feira no horário 14h às 21h, está a sua disposição para maiores esclarecimento em caso de dúvida.

Será garantido o sigilo quanto a sua identificação e das informações obtidas pela sua participação pela pesquisa, e a divulgação das mencionadas informações só será feita por meio de tabelas e gráficos. Você não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Você será indenizado (a) por este pesquisador caso venha a ter com sua participação nesse estudo danos a sua integridade física ou moral que venha a sofrer. Para essas despesas estão garantidos os recursos, devendo assinar o termo de consentimento e rubricar todas as folhas.

Pesquisador Responsável
Oswaldo José Theodoro Neto
CPF – 561 890 877 – 87 RG 4.003.009 – IFP/RJ
COREM – 86.919 – MA
Rua Dorgival Pinheiro de Sousa, 10, Vila Redenção, Imperatriz – 65.900-000.
Tel.: (99) 8171-9090 (99) 9901-2687 (99) 2101-0202 (UNISULMA)

Sujeito da Pesquisa



FICHAS CONTENDO OS DADOS DOS PACIENTES
DADOS ANTROPOMÉTRICOS E SÍNDROME METABÓLICA

MESTRADO EM CIÊNCIAS
AMBIENTAIS E SAÚDE

ANEXO 2

1. DADOS SOBRE O SUJEITO E A DOENÇA

Número:

Nome: _____

Sexo: ()M ()F

Data de nascimento (DD/MM/AAAA): _____

Naturalidade: _____ Etnia _____

Procedência: _____

Escolaridade: ()ensino fundamental incompleto ()ensino fundamental completo
 ()ensino médio incompleto ()ensino médio completo
 ()ensino superior incompleto ()ensino superior completo
 ()pós-graduação

Glicemia capilar: _____ mg/dl (horário da última refeição: _____)

Pressão arterial: _____ mmHg Altura: _____ cm Circ. Quadril _____ cm

Circunferência abdominal: _____ cm IMC _____

Sintomas de diabetes: ()poliúria ()polaciúria ()nictúria
 ()emagrecimento ()polidipsia ()apetite muito
 aumentado

()sudorese ()dor em MMII ()falta de sensibilidade.

Diagnóstico prévio de diabetes mellitus? ()Não ()Sim. Há quanto tempo?

Diagnóstico prévio de HAS? ()Não ()Sim. Há quanto tempo?

Diagnóstico prévio de dislipidemia? ()Não ()Sim. Há quanto tempo?

Antecedentes familiares (pai, mãe e irmãos): ()DM ()HAS
 ()Dislipidemia

Pratica atividade física? ()Não ()Sim. Qual frequência? _____ vezes/semana

Perfil lipídico: colesterol total >>> _____

LDL-colesterol >>> _____

HDL-colesterol >>> _____

VLDL-colesterol >>> _____

2. DADOS SOBRE HÁBITOS ALIMENTARES E O MEIO AMBIENTE E O ATENDIMENTO

Quais são os alimentos ingeridos pelo Senhor (a), e quantas refeições faz por dia?

Quais são os frutos/verduras/legumes produzidos aqui na Aldeia?

O Senhor (a) acha que o atendimento oferecido pela ESFI na Aldeia atende suas necessidades?
() SIM () NÃO. Quais são as dificuldades?

O Senhor (a) acha que o atendimento oferecido pelo FUNAI atende suas necessidades?
() SIM () NÃO. Quais são as dificuldades?

O Senhor (a) acha que o atendimento oferecido pelo município atende suas necessidades?
() SIM () NÃO. Quais são as dificuldades?

Pesquisador Responsável
Osvaldo José Theodoro Neto
COREN – 86.919 – MA

Co - Pesquisadora
Dra. Sara Brito Rebouças
CRM – 4540 – MA

Imperatriz, ____/____/____

Assinatura do sujeito ou responsável

ANEXO 3

MA 280 CORTANTO AS TERRAS INDÍGENAS DOS KRIKATI



MA 280. Foto realizada em 03 de março de 2013 – Luiz Felipe

ANEXO 4

MA 280 CORTANTO AS TERRAS INDÍGENAS DOS KRIKATI



MA 280. Foto realizada em 03 de março de 2013 – Luiz Felipe