

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE MANAUS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM – ASSOCIADO UEPA/UFAM**

**VALÉRIA PACHECO DIAS**

**SABERES E PRÁTICAS CULTURAIS DE FAMÍLIAS MUNDURUKU SOBRE  
FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES**

**MANAUS  
2018**

VALÉRIA PACHECO DIAS

**SABERES E PRÁTICAS CULTURAIS DE FAMÍLIAS MUNDURUKU SOBRE  
FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Manaus ao programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Amazonas em Associação Ampla com a Universidade do Estado do Pará como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Enfermagem em Saúde Pública e Epidemiologia de Doenças na Amazônia.

Orientador: Prof. Dr. David Lopes Neto  
Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra.Noeli das Neves Toledo

MANAUS  
2018

DIAS, VALÉRIA PACHECO

SABERES E PRÁTICAS CULTURAIS DE FAMÍLIAS MUNDURUKU SOBRE FATORES  
DE RISCO PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Manaus ao programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Amazonas em Associação Ampla com a Universidade do Estado do Pará como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Enfermagem em Saúde Pública e Epidemiologia de Doenças na Amazônia.

**Aprovado em:** \_\_\_\_\_

Banca Examinadora

---

Prof. Dr. David Lopes Neto, Presidente  
Universidade Federal do Amazonas/Programa de Pós-graduação em Enfermagem

---

Profa. Dra Evelyne Marie Therese Mainbourg, Membro interno  
Universidade Federal do Amazonas/Programa de Pós-graduação em Enfermagem

---

Profa. Dra Hélène Laperrière, Membro externo  
Université d'Ottawa

## Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

D541s Dias, Valéria Pacheco  
Saberes e práticas culturais de famílias Munduruku sobre fatores de risco para doenças cardiovasculares / Valéria Pacheco Dias.  
2018  
106 f.: il. color; 31 cm.

Orientadora: David Lopes Neto  
Coorientadora: Noeli das Neves Toledo  
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Amazonas.

1. População indígena. 2. Doenças Cardiovasculares. 3. Fatores de Risco. 4. ; Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde. I. Lopes Neto, David II. Universidade Federal do Amazonas III. Título

Dedico esses escritos aos Povos Indígenas, personificação de resistência e resiliência do Brasil.

Dedico ao Povo Munduruku, em especial ao da Terra Indígena Kwatá-Laranjal, que sempre buscaram o protagonismo em suas reivindicações, sendo exemplo para os demais povos tradicionais.

Dedico a pesquisa brasileira que se ocupa em fazer visível as questões indígenas.

Dedico aos profissionais de saúde, em especial, a equipe de enfermagem, que prestam serviços as aldeias e fora dela, sensíveis ao cuidado transcultural.

## AGRADECIMENTO

A Deus, por Seu amor infinito a mim, agradeço com toda minha vida!

À minha família, minhas irmãs e minha mãe, pelo amor e apoio incondicional;

Ao professor David Lopes Neto, meu orientador, agradeço pela dedicação e por acreditar. À professora Noeli das Neves Toledo, minha co-orientadora, pela paciência e pela oportunidade do Projeto Universal/CNPq;

Aos Programas de incentivo à educação promovidos pelo Governo, que me oportunizou chegar até aqui.

A todos da Escola de Enfermagem de Manaus, ao PPGEnf, aos professores e professoras. À Dra Gilcirene, por ser mediadora do meu período sanduíche na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Agradeço ao Prof. Manoel Alves Rodrigues e a professora Teresa Silva, por me acompanhar no meu período de mobilidade;

Agradeço à Dra. Evelyne, Dra. Hélène, Dra. Alaidistânea e Dr. Zilmar, pela colaboração como participantes de banca de defesa.

Ao Sr. Manoel, cacique de Kwatá e a Sr Willames, cacique de Laranjal, pela acolhida e confiança. Às enfermeiras Elisiane, Simone, Malirra e Kakal e todos os demais, pela acolhida e colaboração;

Agradeço imensamente a Eline, minha auxiliar de pesquisa, que me acompanhou durante minha estada na aldeia. Pela amizade, pela companhia e pela dedicação, obrigada!

Às minhas amigas que compartilharam comigo esse momento de aprendizado Alcemira, Alessandra, Bruna, Cilícia, Joice e Mitsi, Neuriane, Hanna, Iraneide. Obrigada! Ao professor Sergio, do PPGL e ao professor Raimundo Nonato do PPGAS pela contribuição, assim como os amigos que fiz nas disciplinas fora da EEM, Justino, Mayara, Adan, João Paulo. Presentes do mestrado! Aos meus amigos queridos, Chiara, Carol, Sabrina, Maria José, Iago e Thiane (pela ajuda concreta). Também a Bahiyyeh e Jordan, que foram fundamentais para meu ingresso no PPGEnf.

Agradeço a toda a Comunidade do Movimento dos Focolares, que vivem à luz do Ideal de Chiara Lubich, que foram minha família em Manaus e em Coimbra, em especial, agradeço a Joina, por toda a ajuda dedicada.

**A todas as outras pessoas que me ajudaram e me acompanharam. Obrigada! Sou imensamente grata a Deus tê-los colocado na minha vida.**

*N*ão chores meu filho:

*Não chores que a vida*

*É luta renhida:*

*Viver é lutar.*

*A vida é combate*

*Que os fracos abate*

*Que os fortes os braves*

*Se pode exaltar.*

*(...)*

*As armas ensaia*

*Penetra na vida:*

*Pesada ou querida*

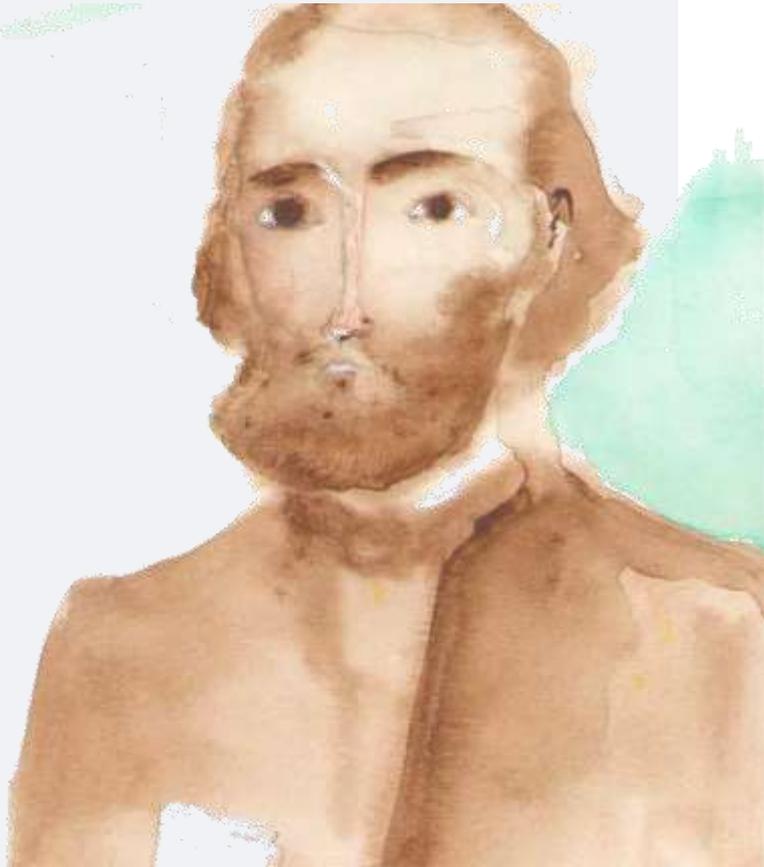
*Viver é lutar.*

*Se o duro combate*

*Os fracos abate*

*Aos fortes aos braves*

*Se pode exaltar.*



Trecho de “Canção do Tamoio” de Antônio Gonçalves Dias (Caxias, MA, 1823 - Guimarães, MA, 1864), poeta romanista de origem humilde e mestiço, considerado o primeiro grande poeta do Brasil. Foi um dos pioneiros do movimento literário indianista.

## RESUMO

Este trabalho teve como objetivo analisar como as famílias da aldeia Kwatá e da aldeia Laranjal experimentam e conferem sentidos aos seus processos de saúde-doença, considerando os significados que atribuem aos fatores de riscos relacionados com o desenvolvimento das Doenças Cardiovasculares. É a parte qualitativa do projeto “Fatores de risco para doenças cardiovasculares em indígenas Munduruku, Kwatá-Laranjal”, financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, aprovado na chamada da Universal 01/2016, processo 424053/2016, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o número do processo 74361617.2.0000.5020. Foi realizado um estudo de campo, descritivo, exploratório de abordagem qualitativa, ocorrido em maio de 2018, nas aldeias de Kwatá e Laranjal. Ao total, 31 pessoas participaram do estudo. Os dados foram coletados por meio da técnica de grupo focal e submetidos à análise de conteúdo temática, amparado pelo *software* MaxQDA, gerando duas categorias êmicas que deram origem a dois artigos como resultados. O primeiro artigo aborda o conhecimento cultural dos Munduruku acerca dos fatores de risco para doenças cardiovasculares, mostrando que, apesar de haver uma demanda nas comunidades para educação em saúde para melhor compreender as doenças cardiovasculares, o conhecimento cultural é um produto híbrido do conhecimento tradicional e conhecimento abstraído de fontes de informações externas à aldeia. No segundo artigo são discutidas as práticas preventivas dos indígenas Munduruku para doenças cardiovasculares, mostrando sintonia com as recomendações de organizações internacionais de saúde, sobretudo no que diz respeito às mudanças de hábitos.

**Palavras-chave:** População indígena; Doenças Cardiovasculares; Fatores de Risco; Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde.

## ABSTRACT

This study aimed to assess how the family groups of Kwatá and Laranjal villages experience and acknowledge their health-illness processes, taking into account the significance attributed to the risk factors involved in the development of cardiovascular diseases. This study corresponds to the qualitative part of the research project 'Risk factors of cardiovascular diseases in indigenous Munduruku, Kwatá-Laranjal', it is financed by the Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, approved within the Universal-call 01/2016, process 424053/2016, approved by the Research Ethics Committee, and held under process number 74361617.2.0000.5020. A descriptive, exploratory and qualitative field study was carried out in May and June 2018 in Kwatá and Laranjal villages. A total of 31 people participated in the study. Data collection was conducted by Focus Group, analyzed by Bardin Content Analysis, hosted by MaxQDA software. The results were presented in two articles. The first article addresses the cultural knowledge of Munduruku indigenous concerning risk factors of cardiovascular diseases. It shows that although there is a demand in communities for health education, in order to better understand CVD, cultural knowledge is a hybrid product of traditional knowledge and knowledge acquired by sources outside the village. In the second article the practices of the Munduruku people to prevent cardiovascular diseases are discussed, which is done by demonstrating alignment with the recommendations of global organizations, especially in terms of habit changing. Studies in the region should be carried out observing local hierarchization, adopting participatory methods and university extension projects that promote Health Education, as well as studies that aim at indigenous higher education advancements, with the University entrance into indigenous land, reducing, as a result, the impact of academic life on indigenous Munduruku

**Keywords:** Indigenous Population; Cardiovascular Diseases; Risk Factors; Health Knowledge, Attitudes, Practice.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Mapa dos Distritos Especiais de Saúde Indígena- DSEI.....	27
Figura 2- Mapa do Distrito Especial de Saúde Indígena- DSEI Manaus .....	27
Figura 3- Terra Indígena Kwatá-Laranjal.....	29

## LISTAS DE ABREVIACÕES E SIGLAS

AC	Análise de Conteúdo
AIM	Agente Indígena de Malária
AIS	Agente Indígena de Saúde
CEP/UFAM	Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
COSAU	Coordenação do Programa de Pesquisa em Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCV	Doenças Cardiovasculares
DSEI	Distritos Sanitários Especiais Indígenas
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
GF	Grupo Focal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPHAN	Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional
MS	Ministério da Saúde
<i>NCDs</i>	<i>Noncommunicable diseases</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
Sasi-SUS	Subsistema de Atenção à Saúde Indígena
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SPI	Serviço de Proteção aos Índios
SUS	Sistema Único de Saúde
TCCDU	<i>Theory of Culture Care Diversity and Universality</i>
TI	Terra Indígena

## SUMÁRIO

<b>SUMÁRIO</b> .....	12
<b>1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS</b> .....	14
<b>Objetivos</b> .....	17
Geral .....	17
Específico .....	17
<b>2. REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	19
<b>2.1. Conhecimento, saúde/doença/enfermidade</b> .....	19
<b>2.2. Populações Indígenas no Brasil</b> .....	21
<b>2.3. As Doenças Cardiovasculares</b> .....	23
<b>2.4. Doenças Cardiovasculares entre as Populações Indígena</b> .....	24
<b>2.5. Políticas de saúde indígena</b> .....	26
<b>2.6. Indígenas Munduruku</b> .....	28
<b>3. CAMINHO METODOLÓGICO</b> .....	32
<b>3.1. Caracterização do local de pesquisa</b> .....	32
<b>3.2. Participantes</b> .....	37
<b>3.3. Procedimento Metodológico</b> .....	38
3.3.1. Levantamento de Dados .....	38
3.3.2. Armazenamento, Organização e Análise de Dados .....	40
<b>3.4. Uso de diário de campo</b> .....	41
<b>3.5. Aspectos Éticos</b> .....	42
<b>4. RESULTADOS</b> .....	44
<b>4.1. Capítulo 1 - Conhecimento cultural de indígenas Munduruku sobre doenças cardiovasculares, Amazonas, Brasil</b> .....	45
<b>4.2. Capítulo 2 - Práticas preventivas dos indígenas Munduruku para Doenças Cardiovasculares, Amazônia brasileira</b> .....	63
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	80
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	83
<b>APÊNDICES</b> .....	88
<b>ANEXOS</b> .....	94

# 1- Considerações iniciais

## 1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Este estudo é parte de um projeto maior intitulado “Fatores de risco para doenças cardiovasculares em indígenas Munduruku, Kwatá-Laranjal”, financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), aprovado na chamada da Universal 01/2016, processo 424053/2016, cujo objetivo é produzir conhecimentos sobre as relações culturais, ambiente, situações de saúde e condições de vida/vulnerabilidade das populações indígenas, com destaque para os grupos étnicos que vivem no Amazonas.

A Terra Indígena Kwatá-Laranjal está localizada na bacia hidrográfica do Madeira é uma formação fluvial derivada dos três rios andinos Beni, Mamoré (bolivianos) e Madre de Dios (peruano) quando atravessam o território brasileiro, onde percorre 1.425 km - dos seus 3.240 km de extensão- até desaguar no rio Amazonas, que segue em direção ao Oceano Atlântico. Chega ao Brasil pelo sul do estado de Rondônia, atravessa o estado do Amazonas até a foz (ANTAQ, 2013). Apresenta águas fortemente barrentas ou colocação branca, resultante do seu leito argiloso, com presença de áreas de várzea nas suas margens alternadas a áreas de terra firme, enquanto seus tributários, com origem no escudo brasileiro, onde é caracterizado por águas claras (ORTIZ et al., 2007).

A região do Madeira, além do rio homônimo, apresenta como de maior importância o rio Abacaxis, rio Acari, rio Aracá, rio Aracu, rio Arauá, rio Aripuanã, rio Atininga, rio Autaz-Mirim, rio Canumã, rio dos Marmelos, rio Guariba, rio Igapó-Açu, rio Ipixuna, rio Ipixuna ou Pará, rio Juqui, rio Juruena, rio Madeirinha, rio Maici, rio Manicoré, rio Mapiá, rio Mari-mari, rio Maturá, rio Matupiri, rio Roosevelt, rio Sucunduri, rio Tupana, rio Uruapiara e também inúmeros lagos, paranãs e igarapés sumariamente importantes na região (SILVA et al., 2010).

As características geográficas dessa região propiciaram um intenso trânsito comercial e de navegação em épocas pré-coloniais, justificado pela fertilidade do solo e extensão das várzeas e terra firme. As primeiras navegações europeias nessa região registraram a presença de grandes extensões de terras habitadas por uma diversidade de povos distintos (PORRO, 2017).

No mapa de Curt Nimuendajú durante os anos de 1921-1923 relata a presença de povos da etnia Parintintin, Mura, Pirahã, Tóra e Matanawi. Em 1926 Afluentes do Amazonas, Madeira e Autaz Tocantins, Mura, Mundurukú nas imediações do Rio Madeira (ALARCON; VIDAL; CASTRO, 2013)

O violento contato dos povos originários com o branco nas áreas próximas a Belém do Pará, forçaram-nos a buscar refúgio em regiões mais distantes do seu território de origem. Uma parcela do povo Munduruku, da nação Campineira, que inicialmente dominava uma vasta extensão anexa ao rio Tapajós, conhecida como “Mundurukânea”, migrou para a região do Madeira, fixando-se nas margens do rio Canumã (BELEZA et al., 2002).

Os Munduruku que migraram para a Região do Madeira, se enquadraram em atividades mercantis, como retirada de madeira para produção de perfumes, extração de madeira e látex. Esse material era comumente trocado por mercadorias trazidas pelos regatões que eram embarcações que comercializavam produtos de primeira necessidade (BELEZA et al., 2002). Tal inteiração contribuiu para que fossem incorporando novos hábitos diferentes do povo que continuou no território paraense, havendo variação inclusive na língua Munduruku (ALMEIDA, 2010).

Atualmente, grande parte dos Munduruku que migraram para o Amazonas vivem em 1.153.210 hectares demarcados na região e nomeados como Terra Indígena (TI) Kwatá-Laranjal, 26,16% do território de Borba, município localizado no estado do Amazonas, à 215 quilômetros de Manaus, na Mesorregião do Sul Amazonense, pertencente a microrregião Microrregião do Madeira, do Amazonas (INSTITUTO SÓCIOAMBIENTAL, 2017).

É um território de reconhecimento oficial homologado no Decreto s/n - 20/04/2004, que minoritariamente, é ocupado também pelo povo Mawé, além de outras etnias (INSTITUTO SÓCIOAMBIENTAL, 2017), somam juntos 3238 indivíduos em 851 domicílios, o número de indígenas Munduruku dessa área são 3039 (SIASI, 2013). A demarcação da TI teve intensa participação dos Munduruku, uma vez que, não satisfeitos com as demarcações propostas pela então Serviço de Proteção ao Índio (SPI), e posteriormente com a Fundação Nacional do Índio (FUNAI), usaram recursos humanos e financeiros próprios para demarcação dos limites. Há dois polos base na TI, um na aldeia Kwatá e outra em Laranjal, que prestam serviço às aldeias dos rios onde estão situadas (BELEZA et al., 2002).

Antes de torna-los participantes da pesquisa, tive meu primeiro contato com o povo Munduruku devido a um convite para assumir um cargo para enfermeira, por intermédio de uma colega enfermeira que realizava coleta de dados no local, a liderança de Kwatá, portanto, pediu que eu viesse para ver como é a vida na aldeia. Na ocasião, permaneci 14 dias na TI e acompanhei a equipe de saúde em diversas comunidades do rio Canumã, cumprindo um papel

de expectadora e realizando pequenos auxílios que não diziam respeito da função a qual me candidatava, como transportes do matérias de uso da enfermeira.

Nesse período, realizei um intenso contato com a comunidade, em especial em Kwatá, sobretudo às mulheres adultas e idosas. Em minha despedida, perguntavam-me quando retornaria, pergunta que naquele momento não havia resposta, apenas uma cogitação, que ao final, por questões burocráticas da empresa contratante, não se concretizou.

Meu retorno à área ocorreu com três anos mais tarde, com uma proposta de pesquisa, vinculada a uma pesquisa maior, sobre a saúde cardiovascular dos Munduruku. Aceita pelo cacique de Kwatá durante minha segunda estada na aldeia, desta vez para falar da nossa proposta de pesquisa, a pesquisadora passou mais 10 dias em Kwatá .

Em relação a Laranjal, tudo começou com um contato com o cacique durante uma conferência de saúde em Manaus, foi apresentada igual proposta de pesquisa, recebendo também anuência dessa liderança. A proposta foi produzir dados, por meio de Grupo Focal (GF) com Munduruku moradores das aldeias, para compreender o modo que as Doenças Cardiovasculares (DCV) podem estar relacionadas com seus estilos de vida.

Estilos de vida são processos de individualidade dentro de uma sociedade (KOURY, 2010). Em relação a sociedade indígena, as mudanças nesses estilos de vida podem estar associadas a novos agravos de saúde nessas populações no Brasil, como Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), transtornos mentais e comportamentais, causas externas de adoecimento e até morte (GARNELO, 2012). Aos indígenas Munduruku, essas mudanças, contribuíram como o surgimento novas doenças que assolaram as aldeias, como a hipertensão arterial e diabetes mellitus, doenças atribuídas a intensificação do contato com a sociedade envolvente não indígena (MENDONÇA, 2009), deixando essa etnia vulnerável às DCV (OLIVEIRA et al., 2011).

Em meio a problemática do adoecimento de populações indígenas, a legislação brasileira expressa preocupação dos órgãos governamentais em articular as intervenções sanitárias oficiais com as diversas formas indígenas de autoatenção (CATARINA; LANGDON, 2014), legitimando os conhecimentos e práticas de saúde dos indígenas frente a um estado de enfermidade.

Tendo em vista a magnitude dos problemas de DCV relacionados aos indígenas, possivelmente associados às mudanças de estilos de vida vivenciadas por eles, torna-se de

extrema relevância compreender o conhecimento que o indígena Munduruku tem a respeito das DCV, assim como analisar as práticas, hábitos e costumes adotados por eles e que possam contribuir como fatores de risco para DCV.

No propósito de delimitar o objeto deste projeto, foi elaborada a seguinte questão norteadora: Quais significados são atribuídos pelos indígenas Munduruku aos fatores de risco relacionados com o desenvolvimento das Doenças Cardiovasculares?

Trazemos aqui um repertório de informações produzidas a partir dos discursos de indígenas Munduruku acerca de suas percepções em relação ao significado atribuído às DCV e às práticas para prevenir essas doenças. Tais informações são valiosas para a saúde dos povos indígenas, uma vez que buscamos evidenciar suas produções de conhecimento e suas práticas para prevenção de doenças, dando destaque ao protagonismo dos interlocutores. Ressalta-se, ainda, que, do relacionamento da pesquisadora com os profissionais de saúde na TI, foi entregue um material científico que contribui para o trabalho dos profissionais de saúde indígena, notadamente da equipe de enfermagem, servindo de fio condutor do diálogo com base em dialogarmos com estudos atuais da temática indígena e de doenças cardiovasculares. Ademais, este estudo é também um contributo a literatura científica voltada às questões indígenas e políticas afirmativas, grande foco desta pesquisa, fortalecendo a ciência da enfermagem.

## **1.1. Objetivos**

### **1.1.1. Geral**

- Analisar como as famílias da aldeia Kwatá e da aldeia Laranjal experimentam e conferem sentidos aos seus processos de saúde-doença, considerando os significados que atribuem aos fatores de riscos relacionados com o desenvolvimento das DCV.

### **1.1.2. Específico**

- Descrever os conhecimentos que as famílias têm sobre as DCV;
- Descrever os meios utilizados pelas famílias para prevenir DCV.

## 2- Revisão da Literatura

## 2. REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1. Conhecimento, saúde/doença/enfermidade

O saber é um conjunto de elementos que são formados por meio de práticas discursivas e indispensáveis à constituição de uma ciência (FOUCAULT, 2008). Spradley (1980) descreve o saber como um dos três aspectos necessários para compreender o outro, enfatizando o que fazemos, o que sabemos e o que fazemos e usamos.

Quando a tríade saber, fazer e usar é aprendida e compartilhada por membros de algum grupo, é considerada comportamento cultural, conhecimento cultural e artefatos culturais, que nem sempre são distintamente identificados com clareza, contudo, evidenciam a cultura. A cultura é aprendida por inferências das informações observadas no fazer (comportamento cultural), no fazer e usar (artefatos culturais) das pessoas e das informações ouvidas do que é dito (mensagens de voz) (SPRADLEY, 1980).

Baseada em um sistema compartilhado de significados, a cultura é aprendida, revisada, mantida e definida no contexto das pessoas que interagem e sua natureza distingue a vida social de cada povo (FOUCAULT, 2008). A cultura é comparada a uma teia de significados construída pelo homem, na qual o próprio homem é preso (GEERTZ, 2008).

Sendo a cultura um mecanismo de influência em todos os aspectos da vida do ser humano, podemos destacar práticas, como de cuidado da saúde, sendo um comportamento cultural relacionado com aquilo que já é conhecido dentro de um determinado povo.

Não é difícil imaginar que novos problemas de saúde podem acometer certo povo. Blumer, sociólogo estadunidense, explica que esse tipo de evento depende dos símbolos já conhecidos por aquele grupo, que manipulará e modificará os significados das coisas, levando a um processo interpretativo condizente com o que já é conhecido (BLUMER, 1982).

Na Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 1946, a saúde é apresentada como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade” (OMS, 1946). Esta definição de saúde, criticada por muitos estudiosos (ALMEIDA FILHO, 2014), cita dois aspectos importantes da condição de vida a doença e a enfermidade, destacando que suas presenças não são capazes de definir isoladamente o estado de saúde ou não, porém o fato de serem citadas fazem-nas figuras importantes na compreensão do que cerne a saúde.

Boyd alerta sobre a dificuldade de conceituar com precisão “doença e enfermidade”, resultado das incorporações individuais de quem vivencia tais experiências. Na busca de tais definições, o autor descreve a doença como um processo patológico, derivado de uma norma biológica, empregando uma percepção biomédica (BOYD, 2000).

Além das implicações biomédicas, Herry E. Emson compreendia a doença como um estado em que o organismo humano se encontra em atual ou potencial risco para sua sobrevivência, reprodução ou gozo da vida conforme idade, além de circunstância sociais ou temporárias e mudanças ambientais reversíveis (EMSON, 1987).

Nesse contexto, a doença se apresenta como um desequilíbrio orgânico que desestabiliza a saúde do indivíduo, e para a sua restauração, é necessário que seja alcançado um equilíbrio orgânico. Entretanto, as doenças humanas ganham outro significado na relação do ser doente com o outro e com o contexto cultural que vivencia (SCULLY, 2004), do qual emerge o conceito de enfermidade. A enfermidade é definida como um sentimento, uma experiência de insalubridade que é inteiramente pessoal, interior para a pessoa do paciente, que pode estar acompanhada por doença ou não (BOYD, 2000). A enfermidade existe quando se atribui a uma dada experiência sensível um conjunto de significados.

O conceito de enfermidade, portanto, requer a compreensão do problema de saúde dentro da cultura, que podem acarretar aspectos subjetivos e complexos, que leva em conta a realidade das relações estabelecidas com o meio em que as pessoas vivem (BACKES, 2008). Além disso, é importante situar-se em que realidade está sendo falado de saúde. Novos parâmetros são dados ao processo de adoecimento e enfermidade quando relacionadas às práticas de cura tradicionais, como a indígena, que amplia seu condicionamento de saúde ao equilíbrio social e cósmico (GARNELO, 2012).

Os povos indígenas do Brasil adotam práticas de saúde que permitem a manutenção da saúde e envolvem os conhecimentos, os recursos e as terapêuticas utilizados no tratamento e práticas cotidianas de construção dos corpos e das pessoas indígenas, como rezas, dietas alimentares, os remédios feitos à base de plantas e animais (BRASIL, 2012), o que aproxima a relação entre o estado de saúde e o ambiente em que se vive, com o sagrado, podendo ser incorporados rituais xamânicos para a manutenção do equilíbrio e do bem-estar da comunidade e da relação que esta mantém com o cosmos, impedindo que infortúnios de diferentes ordens possam acometê-la (BRASIL, 2012).

## 2.2. Populações Indígenas no Brasil

Para as leis brasileiras o “índio” é “todo indivíduo de origem e ascendência pré-colombiana que se identifica e é identificado como pertencente a um grupo étnico cujas características culturais o distinguem da sociedade nacional” (BRASIL, 2001).

Apesar do termo “índio” ser vastamente utilizada, é resultado de um equívoco empregado pelos exploradores europeus em virtude das semelhanças físicas do povo encontrado com nativos da Índia, país onde acreditavam haver desembarcado. Usa-se, portanto a expressão “povos indígenas” designando a grande diversidade de grupos sociais nativas do Brasil (BRASIL, 2016). Esses grupos são distintamente organizados por “etnia”, que são comunidade definida por afinidades linguísticas, culturais e sociais (BRASIL, 2012).

Os povos indígenas são incluídos no que compõe os “Povos e Comunidades Tradicionais”, descrito como um:

“grupos culturalmente diferenciados e que se reconhecem como tais, que possuem formas próprias de organização social, que ocupam e usam territórios e recursos naturais como condição para sua reprodução cultural, social, religiosa, ancestral e econômica, utilizando conhecimentos, inovações e práticas gerados e transmitidos pela tradição (BRASIL, 2007, p. 18).

O Brasil conta com aproximadamente 896,9 mil indígenas, consistindo 305 etnias que falam 274 idiomas. Enfatiza-se que a história descreve que estima que antes da chegada dos europeus ao Brasil, a população de indígenas contabilizava cinco milhões. A drástica diminuição no número de indivíduos indígenas é resultado das mortes por doenças trazidas pelos brancos ou durante os conflitos com colonizadores (BRASIL, 2012).

Além disso, devido a intensa intervenção dos colonizadores, seja por ações religiosas, seja pela exploração de mão-de-obra escrava, a cultura indígena também sofreu depreciação (BRASIL, 2016). No entanto, nas últimas décadas, ocorreu a chamada “revolução demográfica” indígena no Brasil, revelando alterações que indicavam um evidente crescimento desses povos em ritmo superior à média nacional (BRASIL, 2012).

Nas últimas décadas, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) tem aprimorado sua investigação sobre a população indígena no país. A partir de 1991 foi incluída a categoria “indígena” no questionário da amostra, como mais uma opção de resposta para a pergunta sobre a “cor/raça”. No Censo de 2010, o quesito da “cor/raça”, passou a ser pesquisado no questionário da amostra e no básico, significando que toda a população do país foi indagada

acerca desse quesito. Passaram a ser feitas perguntas adicionais sobre pertencimento étnico e línguas faladas, quando a pessoa informava ser indígena (IBGE, 2012).

Foi evidenciado que 36,2% residiam na área urbana e 63,8% na área rural. As terras indígenas ocupavam em torno de 12,5% do território nacional (106,7 milhões de hectares) onde residiam 517,4 mil indígenas (57,7% do total). Nos estados da Amazônia Legal brasileira (Acre, Amapá, Amazonas, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins e parte do Maranhão) a população indígena é de cerca de 430 mil (48,3% do total) que pertencem a 63 povos diferentes (IBGE, 2012).

Em relação à terras indígenas, a TI Yanomami apresenta maior população, localizada no Amazonas e em Roraima, representando 5% do total das áreas indígenas, e onde vivem 25,7 mil indivíduos. Esses dados também revelam que essa população possui altas taxas de fecundidade, que há mais mulheres nas áreas urbanas e mais homens nas rurais, apesar do declínio no predomínio masculino nas áreas rurais entre 1991 e 2010, especialmente no Sudeste (de 117,5 para 106,9) Norte (de 113,2 para 108,1) e Centro-Oeste (de 107,4 para 103,4) do país (IBGE, 2012) .

A respeito dos dados referentes à morbidade, predominantes nessa população é possível observar que altas taxas de tuberculose, malária, hepatites virais, deterioração da arcada dentária, principalmente devido à cárie, mais expressivamente em crianças se observa grande número de atendimentos por pneumonias, diarreias e parasitoses intestinais somados ainda à desnutrição infantil e doenças carenciais. Além disso, ocorre um crescente aumento nas ocorrências de obesidade, hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo II, neoplasias e doenças cardiovasculares (GARNELO, 2012).

Dentre as doenças que mais acometem os indígenas brasileiros, podemos destacar as DCV, que acompanham as mudanças de hábitos (GARNELO, 2012). Tais mudanças vem em decorrência às mudanças socioculturais e econômicas, resultantes da interação destes povos com a sociedade nacional e da destruição dos ecossistemas que tem interferido de forma significativa nos diversos aspectos da vida cotidiana desses povos (BRASIL, 2016), piorando seu perfil metabólico e tornando-os mais vulneráveis às DCNT.

### 2.3. As Doenças Cardiovasculares

As DCNT são doenças multifatoriais que se desenvolvem no decorrer da vida e são de longa duração (BRASIL, 2014a) e é uma das principais causas de morte no mundial, com 38 milhões (68%) dos 56 milhões de óbitos em 2012 (OMS, 2014).

Os quatro grupos de doenças crônicas, de maior impacto mundial são: doença do aparelho circulatório, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas. Estas têm quatro fatores de risco em comum: tabagismo, inatividade física, alimentação não saudável e álcool (BRASIL, 2014).

Dessas doenças, destacaremos as doenças cardiovasculares, que são um grupo de doenças do coração e dos vasos sanguíneos, que incluem doença coronária, doença cerebrovascular, doença arterial periférica, doença cardíaca reumática, cardiopatia congênita, Trombose venosa profunda e embolia pulmonar (OPAS/OMS, 2017).

No Brasil, as doenças crônicas foram responsáveis por 70% das mortes registradas pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) no ano de 2012, sendo que destas, a maior frequência ocorreu devido a DCV, com 30% dos casos. Apesar de a Região Norte ser a única do País a não apresentar as DCV como primeira causa de morte, ainda assim, 25 % das mulheres e 20% dos homens morrem por esse motivo (BRASIL, 2014b).

A OMS, preocupada com a magnitude do problema, globais para reduzir a carga evitável de doenças não transmissíveis, incluindo o “*Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013-2020*”, com compromisso de reduzir o número de mortes prematuras por DCNT em 25% até 2025 através de nove metas globais voluntárias:

- A 25% relative reduction in risk of premature mortality from cardiovascular diseases, cancer, diabetes, or chronic respiratory diseases.
- At least 10% relative reduction in the harmful use of alcohol, as appropriate, within the national context.
- A 10% relative reduction in prevalence of insufficient physical activity.
- A 30% relative reduction in mean population intake of salt/sodium.
- A 30% relative reduction in prevalence of current tobacco use in persons aged 15+ years.
- A 25% relative reduction in the prevalence of raised blood pressure or contain the prevalence of raised blood pressure, according to national circumstances.
- Halt the rise in diabetes and obesity.
- At least 50% of eligible people receive drug therapy and counselling (including glycaemic control) to prevent heart attacks and strokes.
- An 80% availability of the affordable basic technologies and essential medicines, including generics, required to treat major noncommunicable diseases in both public and private facilities. (OMS, 2014, p. 82).

Observa-se a preocupação global com os problemas de saúde causados pelas DCV, visto que duas das metas traçadas estão diretamente relacionadas com esse tipo de doença. É possível perceber também que fatores relacionados a atividades consideradas de risco DCV foram incluídas. Sabe-se que fatores como idade, sexo e hereditariedade são relacionados ao adoecimento por DCV, porém existem outros relacionados ao estilo de vida, que são chamados de fatores de risco modificáveis, que são:

- Açúcar elevado no sangue (diabetes)
- Colesterol elevado (hipercolesterolemia)
- Triglicerídeos elevados (hipertrigliceridemia)
- Pressão arterial elevada (hipertensão arterial)
- Excesso de peso e obesidade
- Hábito de fumar
- Abuso de bebidas alcoólicas
- Pouco exercício físico (sedentarismo) (BOURBON *et al.*, 2016, p.34)

Os fatores modificáveis vêm aumentando ao passo que a globalização e industrialização avança. As populações mais pobres e vulneráveis são as que sentem o maior impacto da DCV em todo mundo, por consequências humanas, sociais e econômicas. Os indígenas brasileiros ainda estão entre os segmentos mais vulneráveis da população, considerando-se os indicadores de mortalidade, desnutrição, saúde, escolarização (BRASIL, 2016).

#### **2.4. Doenças Cardiovasculares entre as Populações Indígena**

As mudanças nos hábitos alimentares, associadas à diminuição da prática de atividades físicas, resultaram no ganho de peso são fatores observados que contribuem com o aparecimento de DCNT (OMS, 2014) em povos indígenas. Mesmo que os povos indígenas apresentem níveis menores de hipertensão arterial sistêmica que a população nacional (TOLEDO, 2013), o acometimento por essa patologia tem sido frequentes, em razão do processo de crise de identidade cultural, das modificações na subsistência e do estilo de vida entre estes povos (FREITAS; SOUZA; LIMA, 2016; PEREIRA, 2014).

A similaridade das condições de vida da sociedade não indígena, pode significar maiores riscos para desenvolvimento de DCV (SOUZA FILHO, 2016), como observado entre os indígenas da aldeia Jaguaripu, Mato Grosso do Sul, apresentaram prevalências de 29,7% na hipertensão arterial, além de 4,5% na diabetes mellitus e 2,2% de intolerância à glicose, obesidade presente em 14% dos homens e em 30% das mulheres.

Tais achados foram associados a maior expectativa de vida, o processo de urbanização, a inatividade física e o aumento da obesidade foram responsáveis por estes resultados, estando as mulheres dessa aldeia com maior risco para obesidade e diabetes mellitus do que os homens (OLIVEIRA et al., 2016).

Entre as indígenas Guarani e Terena que residem no Município de Dourados, Mato Grosso do Sul, metade das mulheres apresentavam adiposidade abdominal indicando risco muito alto para doenças cardiovasculares, 37,7% apresentavam hipertensão arterial sistêmica, fato que se agravava com contato com a cultura não indígena. (FREITA; SOUZA; LIMA, 2016).

Os indígenas Kaingang e Guarani que residem no Rio Grande do Sul, a síndrome metabólica foi diagnosticada em 65,3% dos indígenas, sendo duas vezes mais frequente nas mulheres (85%) do que nos homens (40,3%) (ROCHA et al., 2011). Um estudo mais recente mostrara que esse mesmo grupo apresentava graves problemas de educação alimentar, no qual 47,9% dos homens e das mulheres foram considerados obesos, apontando para um crescimento do número de DCV nestes indivíduos (BOARETTO; MOLENA-FERNANDES; PIMENTEL, 2015).

A mudança no estilo de vida que acompanha as instalações de redes elétricas e consequentemente outros meios tecnológicos que dela advém, permite o acesso a alimentos industrializado às populações indígenas que por outro lado vem abandonando o plantio das roças. Essas mudanças que facilitam o cotidiano do indígena, trazem consigo doenças como diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica e a desnutrição infantil, como observados em os indígenas Akwen Xerente da aldeia Porteira e Funil, Tocantins (ROCHA et al., 2016).

Quanto ao adoecimento por hipertensão arterial sistêmica, os Akwen Xerente a associam com a fraqueza que impede a realização de atividades diárias, oriunda da mudança na alimentação, visto que o alimento é a sua fonte de energia (RODRIGUES; SANTOS, 2016).

As DCV vêm tomando dimensões cada vez maiores dentre as populações indígenas, podendo ser observado um aumento de 12% na possibilidade de um indígena brasileiro apresentar hipertensão arterial para cada ano do período de 1970 a 2014 (SOUZA FILHO et al., 2015).

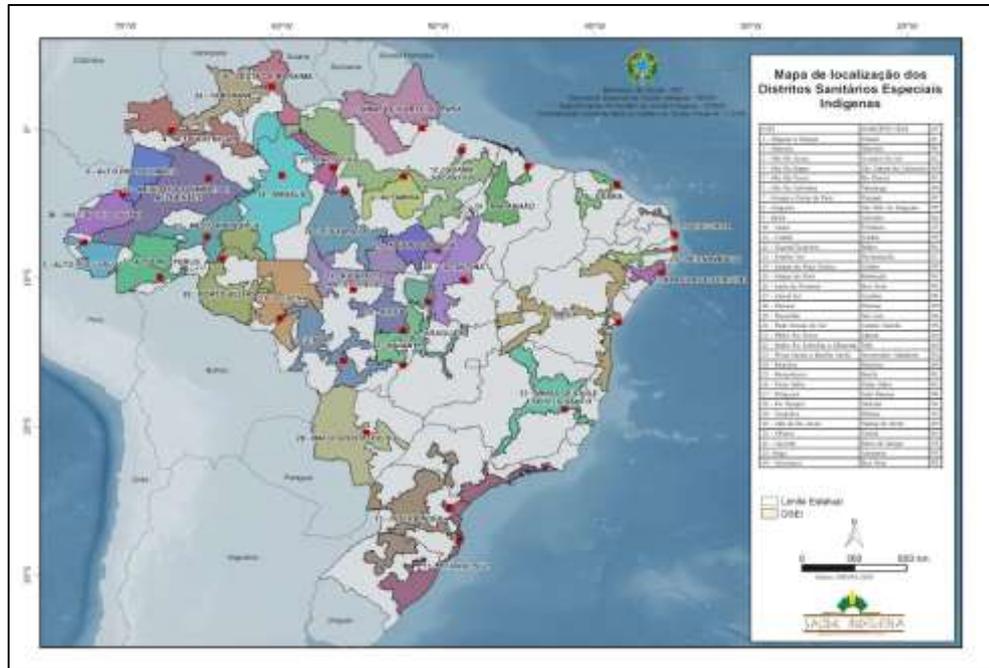
## 2.5. Políticas de saúde indígena

A necessidade de atenção diferenciada para a população indígena deu origem a Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999, conhecida como Lei Arouca, mesmo ano em que o Ministério da Saúde (MS), por intermédio da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), assumiu a responsabilidade de estruturar e operacionalizar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (Sasi-SUS) (BRASIL, 2015), articulado com o Sistema Único de Saúde (SUS), passando a responder por todas as ações de saúde cuja finalidade é eliminar toda forma de discriminação e marginalização através da adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde, garantindo o acesso universal dos indígenas, conforme as diretrizes e princípios estabelecidos pelo SUS (BRASIL, 2002).

O Sasi-SUS foi constituído a partir dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), que é uma rede de serviços instalados nas TI a fim de atender à primeira esfera de atenção integrada ao SUS, ou seja, atenção básica à saúde. O modelo adotado pela FUNASA para cumprir essa responsabilidade foi o estabelecimento de convênios com organizações não-governamentais, organizações indígenas, universidades e prefeituras, nos 34 DSEI (Figura 1) atualmente existentes no país, sendo sete localizados no Amazonas (BRASIL, 2009).

Cada DSEI corresponde a uma área geográfica cujos limites podem não levar em consideração as fronteiras municipais e estaduais. O DSEI Manaus (Figura 2), localizado em uma área que vai desde a região metropolitana da capital amazonense até o centro-leste do Estado do Amazonas, com sede em Manaus, é responsável pelo atendimento de 30.768 indígenas, situados em 15 Municípios do estado do Amazonas, possuem 16 polos base, responsáveis pela assistência em 218 aldeias indígenas para 35 etnias, dentre elas os indígenas Munduruku (BRASIL, 2013).

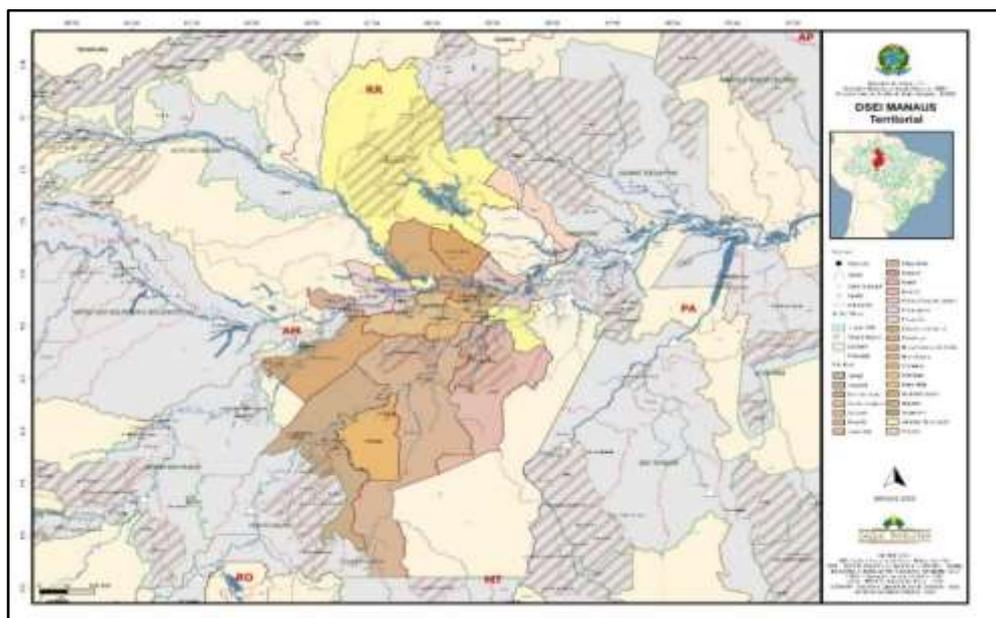
**Figura 1 - Mapa dos Distritos Especiais de Saúde Indígena- DSEI**



Fonte: BRASIL, 2018.

O polo base é a primeira referência do serviço de saúde para o indígena, atuando na atenção básica a saúde, sendo ele a porta de entrada do indígena no SUS. O polo base faz referência a um conjunto de aldeias, localizam-se em uma TI (polo base tipo I) ou na sede no município de referência (polo base tipo II) (FURTADO; LOPES, 2016).

**Figura 2- Mapa do Distrito Especial de Saúde Indígena- DSEI Manaus**



Fonte: BRASIL, 2018.

## 2.6. Indígenas Munduruku

As primeiras referências aos indígenas Munduruku ocorreram por meio do vigário José Monteiro de Noronha, em 1768, referindo-os como “Maturucu”, quando foram avistados às margens do rio Maués, tributário do rio Madeira, antiga Capitania do Rio Negro, atual Estado do Amazonas (MELO; VILLANUEVA, 2008).

Os Munduruku eram conhecidos por serem guerreiros e resistentes ao processo de colonização, que só obteve êxito após o envio de várias expedições e tropas de resgate organizadas pelos portugueses, no final do século XVIII, onde receberam influência de missionários religiosos. Com o advento da borracha e a massiva chegada de nordestinos que ocupavam o Alto Tapajós, o aumento do comércio por barcos, a chegada de doenças infectocontagiosas foram fatores que podem ter influenciado os Munduruku a se retirarem do seu local de origem e fixarem-se nas margens dos rios. Esses eventos, atrelados ao contato constante com os missionários, tornou o contato entre os Munduruku e os não-indígenas constante, ressaltando-se o interesse dos indígenas por produtos trazidos por barco, como açúcar, tecidos, sal, cachaça, o que fez com que os Munduruku trabalhassem na coleta do látex para usar como moeda de troca (RAMOS, 2003).

Há registros, também, de comunidades fora dos territórios demarcados, ao longo da rodovia Transamazônica, próximas ao município de Humaitá, no Amazonas. Hoje, a maioria da população Munduruku da bacia do Madeira habita a Terra Indígena Coatá-Laranjal, que teve os trabalhos de demarcação física concluídos também em 2001 (RAMOS, 2003), que hoje é território reconhecido como Terra Indígena, habitada tradicionalmente pelos Munduruku, assim como a TI Munduruku, no Pará (MELO; VILLANUEVA, 2008)

Os Munduruku têm um histórico de contato com a sociedade não indígena, que influenciou a adoção de novos hábitos, a exemplo da língua Munduruku que passa por processo de desuso, com domínio quase exclusivo do Português, com crianças e jovens que não falam plenamente o Munduruku nas comunidades da Terra Indígena Kwatá-Laranjal, no Amazonas (MELO; VILLANUEVA, 2008).

Dados do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), em todo território nacional, mostram que a etnia Munduruku apresenta uma população de 13.237 indivíduos (SIASI, 2013), estando presentes, principalmente, nos estados do Pará, 8.740 (sudoeste, calha e afluentes do rio Tapajós, nos municípios de Santarém, Itaituba,

Jacareacanga), Amazonas 4.262 (leste, rio Canumã, município de Nova Olinda e próximo a Transamazônica, município de Borba) e Mato Grosso 230 (Norte, região do rio dos Peixes,

**Figura 3 - Terra Indígena Kwatá-Laranjal** e ao Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) de Manaus (AM) (SIASI, 2013).



Fonte: Google Maps®, 2018.

No livro “Kwatá-Laranjal: história e reconquista da Terra”, de autoria dos próprios Munduruku, a partir do Projeto KABIA’RA (Programa de Formação de Professores Indígenas Munduruku, Sateré-Mawé e Mura), é relatado a história de luta pelo território. Nele, é relatado que o movimento para demarcação do território durante o cacicado do Sr. Nunito Cardoso Munduruku, iniciou na década de 40, com o então órgão responsável, o Serviço de Proteção aos Índios (SPI) que atuou na retirada dos brancos do local. Porém, anteriormente, no ano de 1928, o SPI já havia feito um loteamento de 20.100 ha, aos Munduruku (BELEZA et al, 2002). O livro não deixa claro como iniciou a usurpação de tal território. Em 1967, com a extinção do SPI e criação da FUNAI como órgão indigenista nacional, foi criado dois postos indígenas no território. Um em Kwatá e outro em Laranjal, a partir dos quais iniciaram o trabalho de demarcação, consolidada, com intenso auxílio dos Munduruku.

A IT Kwatá-Laranjal é composta por dois polos base que tem como referências as aldeias de Kwatá e Laranjal. O polo base de Kwatá aporta 21 aldeias: Apuí, Aru, As Cobras, Cafezal, Caióé, Cajoal, Empresinha, Fronteira, Jutai/malocão, Juvenal, Makambira, Mamoal,

Micaela, Niterói, Pajurá, Parawá, Santo Antônio, São Domingos, São Francisco, Sauru e Tartaruginha, contabilizando 1.889 indivíduos Munduruku (SIASI, 2013).

O polo base de Laranjal atende 10 aldeias: Boa Hora, Cacoal, Jacaré, Laguinho, Mucajá, Sorval, Terra Vermelha, Varre Vento, Vila Batista (Cipozinho) e Vila Nova, contabilizando 1150 indivíduos da etnia Munduruku (SIASI, 2013). Visto o crescimento da população indígena no Brasil, estima-se que esse número é maior, pois os dados disponíveis que são utilizados pela equipe de saúde não são atualizados desde 2013 (SIASI, 2013).

Apesar de fazer parte do município de Borba, o acesso a Terra Indígena é feito a partir do município de Nova Olinda do Norte, a exemplo da aldeia Kwatá com os dois seguintes itinerários: o primeiro é saindo pelo porto localizado na Zona Sul com aproximadamente 7h de viagem, e a segunda opção é pela região portuária central de Manaus, com uma viagem com duração de aproximadamente 15h (FURTADO, 2015).

Atividades de cuidado são amplamente difundidas entre os indígenas Munduruku, como o uso remédios caseiros, sobretudo os fitoterápicos (SCOPEL et al., 2015), desse modo, o indígena Munduruku busca resolutividade dos problemas de saúde, na união entre práticas tradicionais somadas às práticas integrativas e complementares, cultura indígena no processo de cuidar (FURTADO et al., 2016).

## 2- Gamirho Metodológico

### 3. CAMINHO METODOLÓGICO

Estudo de campo, descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa, realizado no mês de maio de 2018, nas aldeias de Kwatá e Laranjal.

#### 3.1. Caracterização do local de pesquisa

O estudo foi realizado na TI Kwatá-Laranjal, que é composta por 1.153.210 hectares, ocupando 26,16% do território de Borba, município localizado no estado do Amazonas, à 215 quilômetros de Manaus, na Mesorregião do Sul Amazonense, pertencente a microrregião do Madeira, do Estado do Amazonas (BRASIL, 2012). A TI Kwatá-Laranjal pertence ao Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) de Manaus (AM) (SIASI, 2013).

As aldeias selecionadas foram Kwatá e Laranjal, aldeias que batizam a TI. Os locais foram escolhidos pela similaridade socio-política, por contarem com recursos semelhantes, tal como o polo base, e por esse motivo, haverem sofrido estímulos externos singulares a outras aldeias. Na aldeia de Kwatá, são contadas 348 pessoas, e na de Laranjal, 195 pessoas.

##### 3.1.1. Aldeia Kwatá

Kwatá está localizada na margem direita rio Canumã, afluente com o rio Madeira, sendo a terceira aldeia no sentido da correnteza do rio. Está localizada a 2 horas de Nova Olinda, a montante do rio, se considerar uma viagem realizada na cheia e com motor de popa de 40Hp. A localidade conta com eletricidade, conquistada com o advento do Programa Luz para Todos de 2003, porém foi estabilizada apenas no ano de 2016, após inúmeras reivindicações da liderança.

A eletricidade permite que haja uma caixa-d'água comunitária, que transporta água através de uma bomba diretamente interligada ao rio. Foi relatado pelos indígenas que ainda não foi possível a perfuração de poço artesiano na aldeia, não conta sinal de telefonia telefônica e há apenas um ponto de internet, localizado na Escola Estadual "D. Ester Munduruku" que oferece acesso exclusivamente aos computadores na escola.

Kwatá tem uma rua principal pavimentada, que vai do porto até a ponte, que é cercada por casas familiares com semelhantes fachadas. Do lado esquerdo da rua, encontra-se a Igreja de São Raimundo Nonato, fundada por missionários jesuítas, o polo-base de saúde indígena

“Kwatá”, ao lado da casa do vice-cacique estão situadas a Igreja Batista Tradicional e a Escola Estadual.

Na aldeia, tem um centro de convivência defronte a uma praça com três bancos, um telefone de uso público (vulgarmente conhecido como orelhão) que não funcionava no momento da estada da pesquisadora na aldeia; a casa de forno do cacique, seguida pela casa do cacique. Verificou-se seis pequenos comércios, nos quais era possível encontrar gêneros alimentícios e de higiene, um deles vendia gasolina e dois vendiam pão. As construções são intercaladas por arbustos, que na ocasião estavam floridos e com grandes árvores, como castanheiras.

Este espaço principal encontra-se alinhado ao rio Canumã, que ao longo da sua extensão é composto por inúmeros portos familiares, nos quais é possível encontrar três ou quatro pequenas embarcações do tipo canoas de madeira ou de metal. Não havia remos nem motores nas embarcações, estes itens eram recolhidos após a viagem e guardados nas casas dos indígenas. Os moradores relataram que toda a orla do Canumã revela belíssimas e quilométricas praias a partir do mês de agosto, período de grande fartura de peixe e tracajá (quelônio presente na região amazônica).

Há alguns caminhos que levam ao restante da aldeia. O que fica ao lado da casa do vice-cacique é um caminho que leva ao estabelecimento poliesportivo e sociocultural que tem com uma concha acústica ao fundo, construída pela prefeitura Borba para realização de atividades recreativas, desportivas, artísticas e culturais. Ao fundo da concha acústica há uma gravura de dois personagens icônicos para os Munduruku: O Daidú (tatú) e o Wa-ti-panpan (jacaré), duas figuras cosmológicas Munduruku, que se apresentam em músicas infantis. A quadra poliesportiva é coberta, percebendo-se seu uso diário com partidas de futebol por mulheres e homens indígenas. Era necessário pagar uma taxa de cinco reais por equipe ao vice-cacique para utilizá-la.

Aos arredores da quadra poliesportiva tem ruas não pavimentadas, porém gramadas, com casas alinhadas com cercaduras de madeira. Seguindo pelo lado direito da quadra, encontramos um declínio forrado de gramado e raízes, cercado de árvores frondosas que abrem caminho para dois ou três portos, situados na margem do lago do Tucano, o qual apresenta a água mais cristalina que do rio Canumã, em sua outra margem, a paisagem mostra um morro gramado, que abriga Cajual, uma aldeia que faz parte da aldeia Kwatá, o cacique é o mesmo.

Voltando ao nosso ponto de partida, agora seguindo pelo outro lado da aldeia, avistamos uma vasta área descampada, com algumas casas alinhadas e um galpão para descanso em dias quentes. Naquela área tem alguns caminhos que levam a um campo de futebol de grama, que fica situado diante da Escola Municipal. A escola é de construção nova, foi inaugurada recentemente, funciona, mas ainda passa por ajustes.

Ao lado do campo de futebol tem um local de mata alta apontado como local de construção de uma nova estrutura para o polo-base. Partindo para o lado esquerdo da escola, há um caminho de roçado e casas que dão acesso também ao Lago do Tucano.

De volta à Escola Municipal, deparou-se com a rua pavimentada, na frente do porto do cacique. Naquela ocasião, as ingazeiras estavam carregadas de fruto.

Nas casas, em geral, pode-se encontrar, ao menos, uma árvore frutífera, algumas fazem um verdadeiro pomar. Algumas famílias têm criação de galinhas soltas pelo terreiro. Chama a atenção o número de cachorros, animais companheiros de caça dos seus donos.

São raras as roças que estão perto da casa dos donos, são necessários alguns minutos de canoa a remo, para chegar na maioria delas, onde são cultivadas diversas raízes, como cará, macaxeira e mandioca, além de outros itens alimentícios como milho, banana, cana. A mandioca é o mais plantado.

É um local de aparência urbana, com muitos jovens vestidos como jovens não indígenas, destacando-se pujantemente dos mais velhos que trajam vestes simples, com tecidos frescos. Os homens, geralmente, usam o peito desnudo e as mulheres usam camisetas, bermudas, saias e vestidos, este último sendo a veste principal das senhoras. Porém, durante as celebrações religiosas, todos se apresentam vestidos com roupas formais.

O primeiro contato da pesquisadora com a liderança de Kwatá, pessoa que responde burocraticamente por toda Terra Indígena, ocorreu a três anos do início desta pesquisa. Porém, a proposta da pesquisa foi realizada em fevereiro de 2017, tempo em que foi exposta a proposta de pesquisa e coletada a assinatura para o Termo de Anuência. À liderança da aldeia Laranjal, foi apresentada a proposta de pesquisa em maio de 2017, antes da coleta de dados (Apêndice ).

### 3.1.2. Aldeia Laranjal

Laranjal, por sua vez, desfruta de uma paisagem mais singela, casas com características mais campesinas e com menos comércios na área. As ruas são irregulares e as habitações, em sua maioria, pequenas, com espaços harmoniosos com a vegetação local, poucas são as casas de alvenaria, predominando casas de tábuas de madeira, com o assoalho elevado, tipo palfita. A área é coberta por arbustos e um gramado regular, não presente nas imediações das residências, que são varridas e livre de arbustos, exceto por plantas de uso do morador.

Apesar de haver eletricidade no local, não há iluminação das vias públicas, embora todas as casas disponham de uma lâmpada na fachada principal, que auxilia na iluminação noturna, não suficiente para deslocamento de pessoas para uma casa mais distante, fazendo necessário que todos que experimentam fazer uma caminhada a noite porte consigo uma lanterna.

A vizinhança, no geral, é composta por parentes, sendo eles irmãos, filhos ou netos. Ocorrendo desse modo, muitas atividades entre as casas vizinhas, como almoço, farinhada, pesca, caça e roçado. Em Laranjal, haviam muitos idosos que faziam do roçado uma atividade solitária, remando nas primeiras horas do amanhecer para o seu trabalho e retornando com a última luz natural do dia. Um trabalho quase diário, definido como “gostar de uma roça” entre os demais.

Em geral, as roças pertencem a um grupo familiar, nelas as atividades de fazer o roçado, plantar, limpar e colher é realizada por todos, idosos, adultos e crianças, mulheres grávidas ou pessoas com problema de saúde se sentirem capazes.

Foram avistadas várias roças próximas das casas, no caminho entre elas e as casas comumente haviam plantas para fins curativos ou frutíferos. Algumas ainda, haviam arbustos floridos e outras plantas ornamentais.

A aldeia conta com um polo-base de saúde indígena, que fica relativamente longe do centro. No centro encontra-se uma Igreja Católica dedicada a São João, fundada pelos primeiros moradores do local, ainda hoje é organizada e liderada pela própria comunidade.

Ao seu lado esquerdo há uma escola municipal, com cinco salas. Dentro dela, está guardado um item de grande apreço pela comunidade, um manequim do Daidú, confeccionado por um artesão que trabalhava no Festival de Parintins.

Do lado esquerdo, há um amplo centro social, coberto, com um palco e muitos acentos. Defronte têm um pequeno palco de madeira e palha que é usado nos períodos de festa. Na parte de trás, encontra-se uma antiga instalação da FUNASA, hoje abandonada e que serve de galpão, usada em dias de festa também. Segundo nessa direção, encontramos uma ponte que dá acesso a outra localidade da aldeia, diversas casas e caminhos.

Um deles nos guiará até a Escola Estadual, recém-inaugurada, que conta com quatro salas e um laboratório de informática ainda não instalado, na frente, há uma área gramada muito bem aparada, ao lado, há um campo gramado de futebol e na retaguarda, um caminho que leva a outras casas.

Se retornando um pouco adiante da escola, podemos escolher um caminho que leva ao local mais bonito da aldeia: o porto do Sr. Rãé<sup>1</sup>. Uma área ampla, de água âmbar, como todo o rio Mari-mari, porém cristalina, propícia para o banho. Pelas redondezas, encontramos uma casa de farinha muito bem equipada e algumas casas de assoalho elevado.

Voltando a escola, entrando pelo caminho antes mencionado, encontraremos algumas casas mais escondidas, roças, uma escola abandonada, onde encontrei apenas uns lagartos enormes. Ao final, encontramos a residência do Sr. Cururu.com uma casa de farinha, roça, porto, parentes vizinhos. Vivem afastados para garantir o sossego da família.

Há mais uma povoação, para a qual só é possível chegar de embarcação, onde mora Sr. Punaré e sua família, além de algumas irmãs e suas famílias. Durante o período de vazante, o percurso é de 20 minutos por via fluvial e dessa povoação até o centro de Laranjal necessita ser realizado a pé, demorando duas horas. Ali viveu o Sr. Tuibaé, famoso por haver vivido 108 anos. Ouvei outros relatos de pessoas centenárias que viveram nessa povoação, a maioria, proveniente de uma antiga aldeia do outro lado do rio, a aldeia original de Laranjal, chamada pelos mais idosos de “Vila”, que foi evacuada devido a um surto de uma febre chamada de “paludismo” ou “cisão” que devastou grande parte da população (BELEZA et. al., p 68, 2002), hoje associada pelos moradores com malária ou febre tifoide, porém, alguns acreditam ter sido castigo da Mãe-Terra, por desrespeito do branco a locais sagrados.

Provisoriamente, todos mudaram-se para o outro lado do igarapé, batizando o local de São João. O primeiro a se mudar para o Miri<sup>2</sup>, atual aldeia de Laranjal, foi o Sr. Ranhé, em

---

<sup>1</sup> Para manter o anonimato dos participantes, os nomes foram substituídos por elementos da língua Tupi

<sup>2</sup> Tipo de vegetação que nasce nas margens do rio das aldeias visitadas.

seguida, muitos o seguiram, inclusive o posto do SPI, antes instalado na Vila. Dessa maneira, o Miri tornou-se Laranjal e a Vila, tornou-se um cemitério, um lugar de memórias. No São João, vive apenas um casal centenário e seus familiares. Lá há somente gerador de energia a motor.

As pessoas que vivenciaram essa história, são chamados pelos demais de velhos, antigos e ocasionalmente de primeiros. Geralmente são pessoas centenárias ou que abeira. Em Laranjal, vivem dois antigos, Dona Aixé e Sr. Marã. Outras pessoas acima de 80 anos, também considerados velhos, mas sujeitos a sofrer a advertência de que “não são aqueles velhos primeiros”.

Aos indivíduos que têm pai e mãe Munduruku e que já vivem há muitos anos na região, são autodenominados de “Munduruku Patrícios”. Tais características são as procuradas para composição dos participantes desta investigação, podendo, entretanto, ser filho de apenas um genitor Munduruku, sendo ele também registrado pela FUNAI como Munduruku.

### **3.2. Participantes**

Os participantes do estudo foram membros de famílias que residem na aldeia de Kwatá e de Laranjal, sede dos polos base da TI, indicados pela própria família e que respeitassem os seguintes critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 18 anos, pertencer à etnia envolvida no estudo, residir na aldeia que for realizada a pesquisa. Os critérios de exclusão foi pessoas que apresentassem alguma limitação psicocognitivas.

Em cada aldeia visitada, o respectivo cacique teve o papel de informante-chave e apontou as famílias que vive mais tempo na aldeia de pesquisa, assim como o tempo de permanência.

As informações coletadas foram reafirmadas com o Agente Indígena de Saúde (AIS) de maior tempo na aldeia tendo em vista que existem caciques jovens e AIS antigos. Foi previsto que as famílias passassem por um processo de sorteio, no qual seriam selecionadas até dez, e em seguida procuradas e convidadas a eleger um ou dois membros da família, de modo que fosse um do sexo feminino e outro, masculino, para participação de um GF. Entretanto, foi desconsiderado o uso do sorteio devido ao número de famílias indicadas.

As pessoas selecionadas pelas famílias foram convidadas a fazerem-se presentes no local e hora acertado previamente com a liderança da aldeia. Para as duas aldeias, foram estabelecidos um número mínimo de seis participantes para compor o GF (explanado no tópico 2.3.1), sendo o máximo composto por dez pessoas. Para garantir a homogeneidade necessária

para execução de um GF, os grupos foram divididos por sexo, havendo, portanto, um grupo de cada sexo em cada aldeia.

### 3.3. Procedimento Metodológico

#### 3.3.1. Levantamento de Dados

O levantamento de dados ocorreu a partir da técnica de GF, por se permitir manifestar comportamentos, sentimentos, percepções, significados e vivências do grupo, bem como propiciar um espaço de escambo de experiências, diálogo e reflexões entre os participantes (PRATES et al., 2015; KINALSKI et al., 2017; SCHVINGEL; GIONGO; MUNHOZ, 2017).

Trata-se de uma técnica oriunda das Ciências Sociais que coleta dados a partir de interações grupais, na discussão de um tópico escolhido pelo pesquisador. Ocupa uma posição intermediária entre a observação participante e a entrevista de profundidade, e valoriza sobretudo a interação que se estabelece entre os participantes, e vem sendo largamente utilizada em pesquisas em saúde (SCHVINGEL; GIONGO; MUNHOZ, 2017).

Para o sucesso do GF, exige-se um planejamento bem delineado, com objetivos claros, possibilitando que as informações de interesse da pesquisa emergjam, no entanto, é necessário também flexibilidade, passível de alteração, o planejamento do método poderá garantir uma exploração profunda de determinado tema ou objeto de pesquisa (TRAD, 2009; BOCCATO; FERREIRA, 2014; PRATES et al., 2015; SOARES; CAMELO; RESCK, 2016; KINALSKI et al., 2017; SCHVINGEL; GIONGO; MUNHOZ, 2017).

Inicialmente foi traçado um planejamento para sucesso da execução do GF, estando nela presentes elementos operacionais para execução do GF, sendo eles “recursos necessários; definição do número de participantes e de grupos a serem realizados; perfil dos participantes; processo de seleção e tempo de duração (TRAD, 2009).

Os recursos materiais foram: dois gravadores de voz, papéis e canetas para anotação, roteiro de condução para o GF (APÊNDICE B) e um lanche composto por biscoitos variados, inclusive *light*, café e água que foi disposto próximo aos participantes, de modo que se servissem à vontade, sem prejuízo na sua participação no grupo.

Como recursos humanos havia eu, como moderadora e uma auxiliar. A moderadora do grupo teve a função de fazer o convite às famílias, após contato com informante-chave, acertar local e horário para a execução do GF, organizar roteiro de condução, moderar o GF, onde foram empregadas as atribuições descritas por Scrimshaw e Hurtado (1987, p. 12) (TRAD, 2009).

A auxiliar teve a função de observadora do grupo, de administrar o tempo e a marcação de horários, ocupar-se da funcionalidade dos gravadores. Um dos gravadores foi mantido em seu poder, o outro, no centro do grupo, que não limitou no seu serviço de coleta de dados (COSTA, 2012). Também encarregava-se de fazer anotações sobre observações no grupo (KINALSKI et al., 2017). Ocupou-se de tal tarefa uma enfermeira convidada e previamente treinada para tal função.

Quanto ao número de participantes, não há um consenso, porém os números sugeridos variam no mínimo de cinco a sete, e máximo de oito a 12, sendo estes selecionados, de modo a garantir homogeneidade entre os participantes, e quanto os números de encontros, pode variar de acordo com o interesse do pesquisador (SOARES; CAMELO; RESCK, 2016; SCHVINGEL; GIONGO; MUNHOZ, 2017). O tempo de duração dos grupos aplicados variou de 80 a 120 minutos, tempo adequado, segundo a literatura de base (PRATES et al., 2015).

Em cada aldeia, foram realizados dois GF, cada um em um dia, o primeiro com participantes do sexo masculino e outro, feminino, assegurando assim, a homogeneidade da amostra. Os grupos das duas aldeias foram acolhidos em situações semelhantes, em escolas, assegurando, desse modo, a privacidade e conforto do grupo e às 15h, horário de reduzida atividade nas aldeias.

Enquanto aguardávamos *quórum* para início do grupo, iniciava-se uma calorosa conversa entre os participantes do grupo. Em todos os grupos, via-se a interação entre o grupo e a animação por terem sido convidados. Nem todas as pessoas convidadas compareciam, em apenas uma reunião com o grupo masculino, todos os convidados fizeram-se presentes.

O grupo focal iniciou com a apresentação da pesquisadora e da auxiliar de pesquisa, que explicaram a dinâmica do grupo focal, realizando, no percurso da investigação, a leitura em voz alta do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual já estava de posse dos participantes duas cópias impressas (Apêndice ). Em seguida, foi dado um tempo para leitura individual do TCLE e para esclarecimentos de dúvidas de cada participante que necessitasse. Uma das cópias ficou em posse de cada participante, a outra sob guarda da pesquisadora, todas devidamente assinadas. Logo após essa primeira fase, foi realizado o preenchimento da “ficha individual de identificação do participante”, que identificou o grupo de participação, o número de chamada do participante e idade (Apêndice ).

Aos participantes da pesquisa eram inquiridas questões disparadoras sobre o que sabiam sobre doenças cardiovasculares (O que vocês sabem sobre problema do coração?); o

que deve ser feito para não ter doenças cardiovasculares (As doenças do coração podem ser evitadas). Ao final, ainda foi perguntado se desejam fazer mais algum comentário sobre o tema.

Superado esse momento, foi realizada a leitura esculta de todas as falas, destacando as expressões que tiveram maior significado com os objetivos traçados.

### 3.3.2. Armazenamento, Organização e Análise de Dados

Os áudios provenientes dos grupos focais foram armazenados, transcritos e organizados no *software* MaxQDA<sup>®</sup>. As transcrições foram associadas ao registro em áudio, sincronizadas com o registro áudio, facilitando o processo de análise dos dados (VERBI, 2016).

O MaxQDA é uma ferramenta de tecnologia de informação e comunicação desenvolvida para facilitar e enriquecer um conjunto de tarefas relacionada com Análise de Conteúdo (AC), funcionando como um intermédio entre os dados empíricos e a análise desenvolvida (NEVES; SANTOS, 2018).

Inicialmente, todos os áudios foram descarregados na Lista de Documentos no MaxQDA, divididos em pastas distintas: uma de Kwatá e outra de Laranjal, em seguida, os áudios foram transcritos, de modo que as falas digitadas acompanhassem o tempo do áudio. Vale ressaltar que o *software* possibilitou categorizar as entrevistas diretamente com o uso dos áudios, porém, por questões de familiaridade, as falas foram escritas.

A organização dos dados primários originou duas codificações, com 18 subcodificações, sendo essas reagrupadas conforme a técnica de análise escolhida.

A Análise de Conteúdo foi escolhida para analisar dos dados por possibilitar o estudo dos fenômenos sociais atrelados a um objeto, bem como suas interações (CAVALCANTE; CALIXTO; KERR PINHEIRO, 2014), considerando-se que a AC possibilita inferir sentidos de um documento ou dados qualitativos de modo a identificar os núcleos de sentido, através de um conjunto de técnicas elencadas organizadas em três fases (BARDIN, 2011):

- Pré-análise: fase que compreende a leitura geral do material de análise, de modo a organizá-lo para investigação e o pesquisador possa conduzir as operações sucessivas de análise (SILVA; FOSSÁ, 2015). Tal etapa compreende a leitura flutuante, constituição do *corpus*, formulação e reformulação de hipóteses ou pressupostos (CAVALCANTE; CALIXTO; KERR PINHEIRO, 2014). Nessa fase, a leitura flutuante dos discursos propiciou a escolha dos documentos e a demarcação do *corpus*, que foi composto pelas falas provenientes do

material captado durante o grupo focal. Para este estudo, as informações foram agregadas em categorias temáticas.

- Exploração do material: esta fase consistiu na construção das categorias, em operações de codificação dos discursos selecionados anteriormente, na definição de regras de contagem e na classificação, além da agregação das informações em categorias simbólicas ou temáticas (SILVA; FOSSÁ, 2015).

As falas foram recortadas em unidades de registro, das quais emergiram uma primeira categorização, aglomerada de acordo com os assuntos similares para formação de novas categorias, chamadas de categorias iniciais. Essas categorias, por sua vez, passaram por uma nova aglomeração, formando categorias intermediárias.

Tratamento dos resultados, inferência e interpretação: fase na qual os dados se tornaram significativos e válidos, propiciando sentidos velados entre o material analisado e o imediatamente apreendido. A inferência é um instrumento de indução para se investigarem as causas a partir dos efeitos. A interpretação, por sua vez, é a compreensão dos conceitos, aquilo que dá sentido a referência geral, essas interpretações buscam o significado dos discursos em profundidade (CÂMARA, 2013). Nesta fase, foram instituídas duas categorias finais, construídas em consonância com os objetivos propostos no trabalho e delas emergiram subcategorias que foram trabalhadas de modo a identificar os saberes e as atitudes que os indígenas Munduruku apresentaram frente aos fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares.

Para garantir a integridade dos participantes, seus nomes foram substituídos por elementos caracterizadores da região norte brasileira, traduzidos para o tupi (BARROSO, 1951). Foi realizada a codificação dos grupos do estudo: grupo Masculino de Laranjal (ML), Feminino de Laranjal (FL), Masculino de Kwatá (MK) e Feminino de Kwatá (FK).

### **3.4. Uso de diário de campo**

De modo complementar às informações coletadas nos grupos focais, foram registradas em um diário de campo as observações e as impressões acerca do cotidiano dos Munduruku. Os registros foram realizados em todo o período de estada na TI, principalmente, nos momentos da realização dos convites às famílias e nos momentos sociais aos quais as pesquisadoras eram convidadas a participar, assim como na dinâmica apresentada durante o grupo focal. A principal função do diário de campo foi subsidiar informações que confirmassem ou contrastassem com os dados obtidos nos grupos focais (RIBEIRO; FORTUNA; ARANTES, 2015).

### **3.5. Aspectos Éticos**

Foi apresentado o protocolo do projeto às lideranças das aldeias e requerida as assinaturas dos Termos de Anuências. O projeto foi aprovado, respectivamente, pela Coordenação do Programa de Pesquisa em Saúde (COSAU/CNPq), Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas (CEP/UFAM), Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), sob o CAAE 74361617.2.0000.5020, de 27 de fevereiro de 2018 (Anexo A), Fundação Nacional do Índio e Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional (IPHAN).

## 5- Resultados

#### 4. RESULTADOS

Foram convidadas 10 famílias de cada aldeia, das quais, apenas 31 pessoas participaram do estudo, portanto, nove pessoas não compareceram nas reuniões. Em ambas as aldeias, o número de homens que se fizeram presentes nos grupos, foi superior ao das mulheres.

Nenhum dos grupos iniciou no horário previsto, havendo um atraso de 30 minutos a uma hora, houve a justificativa que primeiro a comunidade observava se de fato a reunião ocorreria, outra seria por pessoas que moravam mais afastado do centro. As idades dos participantes para todos os grupos variaram entre 20 e 86 anos, e o tempo de gravação do GF variou de 1h55min à 2h12min. Em todos os casos as pesquisadoras permaneceram por mais 30min no local para conversar com os participantes sobre as DCV.

Nos grupos de Laranjal, o primeiro a ser entrevistado (ML) contou com 8 participantes e o grupo FL com 6 participantes. Em Kwatá, o grupo MK houveram 10 participantes, sendo o único grupo em que vieram todos os convidados e o grupo FK, no qual participaram 7 pessoas.

Apenas no grupo MK foi realizada uma pausa de 20min devido a uma forte chuva que prejudicava o andamento da conversa. Nos grupos femininos haviam presenças de crianças que entravam e saíam das salas algumas vezes. Apesar dessas intercorrências, não houve desistência de nenhuma participante e as distrações notificadas não impediram a participação das mulheres nos grupos.

A maioria dos participantes eram Munduruku patrícios, havendo outros que haviam somente um dos pais Munduruku, sendo o outro genitor um indígena de etnia distinta ou um “civilizado, se referem aos não-indígenas na aldeia ou como dizem na língua Munduruku, *Parywat*.

A análise das discussões em grupo permitiu dar significados atribuídos pelos representantes das famílias das aldeias às causas das DCV, que de acordo com o posposto neste trabalho, emergiu em duas categorias que foram trabalhadas em dois artigos, apresentados nas próximas páginas.

#### **4.1. Artigo 1 - Conhecimento cultural de indígenas Munduruku sobre doenças cardiovasculares, Amazonas, Brasil<sup>3</sup>**

##### **RESUMO**

Indígenas Munduruku vêm sofrendo com as mudanças do seu estilo de vida e trazendo impactos negativos para a saúde, como o caso das doenças cardiovasculares (DCV). O estudo tem como objetivo descrever o conhecimento cultural de famílias Munduruku sobre doenças cardiovasculares. Estudo descritivo, de abordagem qualitativa, realizado com 31 pessoas, das aldeias Kwatá e Laranjal. Foi realizada a técnica de grupo focal para coleta de dados, que posteriormente foram submetidos a análise de conteúdo temática, amparada pelo software MaxQDA. Emergiram dessas falas, duas categorias: Necessidade de educação em saúde para o autocuidado e Conceito cultural de DCV. Os participantes demonstraram interesse em obter informações sobre as DCV. Os conceitos de DCV formalizavam um conhecimento híbrido entre o saber científico e tradicional. Este estudo fornece subsídios para a compreensão da necessidade de profissionais da saúde culturalmente competentes para um trabalho educacional apropriado.

**Palavras-chave:** População indígena; Doenças Cardiovasculares; Fatores de Risco; Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde.

##### **Introdução**

Este artigo apresenta o conhecimento cultural do povo Munduruku acerca das Doenças Cardiovasculares (DCV). Munduruku é um dos tantos povos indígenas existentes no Brasil. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010, existem 305 etnias diferentes no território nacional (IBGE, 2012).

---

<sup>3</sup> Artigo formatado segundo as normas do *Journal of Transcultural Nursing*

O nome Munduruku faz referência a organização marcial desse povo, que se aproximavam do seu alvo em grande quantidade, como formigas vermelhas, alusão criada e difundida pelo povo Parintintins. Conhecidos por serem combativos e de feroz proeza em batalha, também apelidados de “coleccionadores de cabeça” por portarem consigo a cabeça do oponente derrotado. Fala-se da existência desse povo desde 1768, por meio do roteiro de viagem pela região do vigário Dr. José Monteiro de Noronha.

Apesar da resistência em interagir com outros grupos, principalmente os não indígenas, foram se aproximando da cultura do mundo ocidental, sob a influência de missionários religiosos, passando a ter intensa participação na extração da seringa e venda de matéria-prima para os regatões (comércios fluviais). Isto, associado às infestações de doenças contagiosas, fizeram com que os Munduruku se afastassem do interior, passando a fazer moradia nas beiras dos rios na região do Madeira. O contato também possibilitou o acesso a alimentos externos às aldeias, como: o açúcar, os tecidos, o sal e a cachaça (RAMOS, 2003).

São provenientes de uma região denominada Mundurukânea, localizada hoje dentro do Estado do Pará e que corresponde a uma Terra Indígena (TI) batizada por esse nome. Alguns Munduruku que migraram dessa região, se fixando no nordeste do Mato Grosso e no Amazonas, na TI Kwatá-Laranjal, cenário do nosso estudo.

Segundo dados do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), em todo território nacional, a etnia Munduruku apresenta 13.237 indivíduos (SIASI, 2013), estando presentes principalmente nos estados do Pará, 8.740 (sudoeste, calha e afluentes do rio Tapajós, nos municípios de Santarém, Itaituba, Jacareacanga), Amazonas 4.262 (leste, rio Canumã, município de Nova Olinda e próximo a Transamazônica, município de Borba), Mato Grosso 230 (Norte, região do rio dos Peixes, município e Juara) (Melo & Villanueva, 2008; Ramos, 2003).

Os Munduruku, assim como outros povos indígenas, vêm sofrendo com as mudanças implantadas desde os primeiros contatos com os não-indígenas, possibilitando cada vez mais sua inserção no mundo industrializado. Esta realidade tem influenciado a mudança do seu modo de vida, visto impactar negativamente, na sua condição de vida e saúde. Dentre as doenças crônicas, mais comumente prevalentes, destacam-se as Cardiovasculares (DCV), associadas principalmente ao elevado número de casos de hipertensão e diabetes, também frequente neste grupo étnico (Anand et al., 2015; Crinall et al., 2017; de Souza Filho, Ferreira, dos Santos, & Pierin, 2015; de Souza, 2016; Ribeiro, 2008; Selak et al., 2013).

Nesta perspectiva, consiste o tema da nossa trajetória de investigação, visto que as DCV configuram-se como uma das principais causas de morte no mundo (31%), apresentando-se majoritariamente em países de baixa e média renda (OPAS/OMS, 2016).

Os fatores de risco para DCV se apresenta como um alarmante problema de saúde para a população indígena brasileira, exigindo que haja um olhar diferenciado pelas políticas públicas para o cuidado com essa população (Augusto et al., 2018; de Souza Filho et al., 2015; Fávaro, Santos, Cunha, Leite, & Coimbra Jr., 2015; Rodrigues & Santos, 2016).

Entender como os indígenas Munduruku é construído o conhecimento cultural em relação às DCV, pode ser ferramenta eficaz na elaboração e implementação de estratégias de prevenção e controle dessas doenças (Gibson et al., 2015). Conhecimento cultural é compreendido como saberes que permitem construtos e limites para a prática de comportamentos em uma determinada cultura (Spradley, 1980).

Ao mesmo tempo, o acesso ao conhecimento cultural pode fortalecer o emprego de práticas seguras de cuidado, que são comumente desenvolvidas pelo grupo (Sagar, 2012). Para isso, traçamos um paralelo dos dados produzidos por meio da *Theory of Culture Care Diversity and Universality* (TCCDU), formulado pela Enfermeira Margareth Leininger.

A TCCDU se refere a um conjunto de inter-relações de conceitos e hipóteses que respeitam os comportamentos, os valores, as crenças dos indivíduos e dos grupos na execução do cuidado (Sagar, 2012). E desse modo, possibilita reconhecer os aspectos culturais das necessidades humanas, considerando as peculiaridades oriundas do modo de vida de cada indivíduo. Ainda apresenta pressupostos que dão apoio à sua previsão de que culturas diferentes percebem e praticam cuidado de diferentes maneiras, mesmo que alguns elementos comuns existam, em relação ao cuidado em todas as culturas do mundo (Leininger, 2006).

O estudo tem como objetivo descrever o conhecimento cultural de famílias Munduruku sobre doenças cardiovasculares.

## **MÉTODO**

Estudo descritivo, de abordagem qualitativa, realizado com representantes das famílias indígenas da etnia Munduruku, residentes nas aldeias Kwatá e Laranjal, localizadas na Terra Indígena Kwatá-Laranjal, ambas pertencentes ao município de Borba, estado do Amazonas, Brasil.

Os participantes do estudo foram selecionados mediante indicação das famílias abordadas, obedecendo aos seguintes critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 18 anos, pertencer à etnia envolvida no estudo, residir na aldeia de Kwatá ou Laranjal. Como critério de exclusão foi estabelecido a participação de pessoas que apresentavam alguma limitação psicocognitivas.

Os enunciadores das falas apresentadas foram codificados para garantir seu anonimato, havendo os nomes substituídos por elementos da região traduzidos para o tupi (Barroso, 1951), os grupos foram apresentados como siglas, sendo masculino de Laranjal, ML, feminino de Laranjal, FL, masculino de Kwatá, MK, feminino de Kwatá, FK..

Em cada aldeia visitada, o respectivo cacique teve o papel de “informante-chave”, por ter indicado as famílias que residiam a mais tempo na aldeia. A partir dessa informação foi perguntado ao cacique quais as famílias estavam morando na aldeia a menos de 10 anos, tendo como referência a família que vivia na comunidade há mais tempo.

Os dados foram produzidos a partir da técnica de grupo focal. Foram realizados dois encontros em cada aldeia, um foi composto por homens e outro por mulheres, assegurando a homogeneidade do grupo, totalizando quatro sessões de grupo focal. As sessões contaram com uma moderadora, que era a pesquisadora principal e uma observadora, além dos participantes da pesquisa, em alguns grupos havia presença de crianças que acompanhavam os pais.

Após apresentação da proposta e leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), a discussão iniciou a partir da pergunta disparadora “o que vocês sabem sobre problema do coração?”.

Foi utilizado o *software* MAXQDA® para armazenamento, organização e categorização dos dados, que foram submetidos a análise de conteúdo temática. Os nomes para identificação dos participantes foram modificados de modo a preservar sua identidade na exposição de suas falas, substituídos por elementos comumente utilizados nas aldeias, traduzidos para língua Tupi, tendo em vista ser este o tronco linguístico da língua Munduruku.

## **Resultados**

Durante a interação no GF, os participantes expressaram suas concepções sobre o que se trata a doença do coração. Emergiram dessas falas, duas categorias: Necessidade de educação em saúde para o autocuidado (FIGURA 1) e Conceito cultural de Doenças Cardiovasculares (FIGURA 2).

Nas falas iniciais, os participantes, em todos os grupos, se mostraram incertos e inseguros para falar sobre o tema proposto. A maioria parecia estar convicta quanto ao seu desconhecimento sobre as doenças do coração, vindo a fazer indagações, mesmo após ter sido explicado como deveria ser dar a dinâmica do GF, como pode ser observado na fala a seguir:

*“Eu não posso explicar por que não sei como é”.* (Ygara, ML)

*“Nunca chegou uma pessoa assim pra falar, pra dar explicação e trazer informação pra poder evitar esses problemas”.* (Ygara).

*“Eu que pergunto pra ti”.* (Membyrara).

*“Para mim, pergunta de coração, eu não sei lhe responder direito”.* (Tapé).

*“A gente do interior nunca sabe o que trata esse negócio do coração. Tem que entender mais como que dá essa doença do coração na gente”.* (Mboessara)

Os Munduruku mostraram acreditar que é necessária a orientação pelo profissional de saúde reafirmar ou reformular seu saber tradicional, evidenciado pelas solicitações de esclarecimentos sobre as DCV.

Entretanto, algumas ideias iam surgindo e ganhando força no contexto e nas vozes participantes, revelando, incertezas iniciais, que o conhecimento sobre as DCV são resultantes de experiências pessoais ou comunitárias, vivenciadas ou narradas por terceiros em ambos os grupos, configurando assim, a segunda categoria temática.

*“Sr Nhyã que morreu com esse problema de coração. Quando a pressão subia, dava aquela canseira nele, dava aquele cansaço, aí falta o ar, pra respirar e vejo também que é o problema de coração, só sendo isso aí, então eu acho q é só isso que eu sei”.* (Ygara).

*“Meu padrasto, ele sofria, mas não sei se era problema de coração, ele procurou o médico e o médico dizia que era coração grande, não sei que, e tinha q operar, aí naquela época não tinha negócio de polo, era difícil, era difícil, agora não, agora tem esse polo base, que qualquer coisazinha, corre vai pra lá, pra emergência”.* (Punaré)

*“Eu acredito que pra ter esse problema de coração, é através das nossas veias quando se entopem de gordura e não tem mais o espaço pra bombear o sangue, aí acontece o infarto, ne? Eu acredito que seja assim, né? Porque a gente lê, a gente vê através dos livros, da televisão, a doença do coração, né? É muita gordura no sangue. Aí a pessoa come muito a comida, ne?”* (Mboessara).

*“Assim, né... como eu tô dizendo que eu sou hipertensa, né? Esses dias, eu mesmo tomando remédio, q eu tomo... coisa, né? Mas assim, ontem, eu fiquei numa parenta dele (marido) lá em Nova Olinda, porque a pessoa q é hipertensa, que ela se sente, que ataca realmente, a quentura, que a gente sente mais é no rosto, né? É a preocupação, não é? é o espanto que a gente tem, não é? Eu me sinto ruim assim, eh eh, eu sinto assim, não aquela dor, né, aquela agonia na cabeça, a minha vista fica curta mesmo, fica apaguenta assim, longe assim eu não vejo quase a pessoa”.* (Tapé)

Da mesma maneira, definições sobre o que se tratava a doença foram relatadas por quem sofria do problema ou acreditava sofrer, por também estar apresentando sintomas semelhantes aos relatados pelos participantes. Nestes momentos, observamos que alguns participantes validavam suas falas na tentativa de colaborar com a definição da doença baseados nas informações dadas pelos participantes com maior propriedade sobre o tema em pauta, conforme apresentado nas falas a seguir:

*“Esse problema do coração eu não sei se eu tenho. não sei se eu me sinto bem... sei que quando eu bebo muito eu sinto que... eu nem sei dizer... não sei se é do coração... aqui. Só pode ser, ne?” (Punaré)*

*“Quando você mata uma galinha, uma caça, um porco que você mata você cria, você mata, vê o coração que tá coberto de gordura, pra mim que seja o coração grande, da gordura da pessoa, que engorda demais. Eu tenho pra mim, aí as veias do coração vai entupir, ficando gorda”. (Tapé)*

Os participantes mostraram que é necessário informações precisas de como a doença ocorre para que seja traçado uma terapêutica tradicional ou não tradicional direcionada.

*“Eu acho assim, né?! A gente precisa saber das outras doenças pra gente fazer o remédio caseiro, porque a gente faz muito...”(Endyra)*

Ao tomar por base a resposta do Sr. Ubixaba, logo após eu ter perguntado se havia mais alguma coisa que desejavam falar em relação as DCVs, o qual expressou: *“do que eu sei, eu não tenho nenhuma dúvida, mas agora eu quero ouvir da senhora, do que a senhora sabe sobre essas doenças”*. Esta fala indica o anseio de obter novas informações que complementasse o saber já adquirido por meio das próprias experiências pessoais.

## **Discussão**

Os participantes do estudo, ao serem questionados sobre seu conhecimento em relação DCV, demonstraram inicialmente desconhecimento ou pouco conhecimento quanto ao tema. Entretanto, no decorrer da atividade observamos maior interesse dos participantes para obter informações sobre as DCV, requerendo, em todos os casos, esclarecimento de suas dúvidas. A justificativa apresentada pelos grupos foi que nunca receberam informações específicas sobre este tema, ao menos que se lembrassem.

Ao tomar por base este cenário, é possível afirmar a necessidade de ações educativas frequentes sobre a temática, de modo a favorecer o esclarecimento de suas dúvidas e ao mesmo tempo permitir a troca de experiências que resultem em aprendizado significativo. Resultados semelhantes também foram verificados entre outros grupos indígenas brasileiros e de outros países. Os estudos (Crengle et al., 2018; Rodrigues & Santos, 2016) indicam que há fragilidade de conhecimento sobre a DCV, porém, essas foram superadas após intervenção educativa de profissionais enfermeiros e educadores de saúde, sendo observado que os indígenas demonstraram ter melhor compreensão após as intervenções educativas.

Investigações brasileiras sobre saúde indígena na Atenção Primária destacam a necessidade da fomentação da participação popular, segundo a particularidade de cada povo e indivíduo, assim como a adoção da educação popular em saúde, a inclusão de práticas tradicionais nos serviços (Costa et al., 2016), ressaltando-se que em relação a doenças crônicas, tais como as DCV, a educação em saúde pode contribuir para mudanças de hábitos diários nocivos e promover prevenção e retardo de possíveis complicações (BRASIL, 2014).

Nesta perspectiva, vale destacar a contribuição da Educação Escolar Indígena para o fortalecimento das práticas de saúde. Por ter seu foco voltado para ações educativas participativas, culturalmente competentes e que visam promover a saúde do indivíduo e sua comunidade (da Silva & dos Santos, 2015; Falkenberg, Mendes, Moraes, & Souza, 2014).

A educação popular em saúde, voltada para as diversas realidades e demandas vivenciadas pelos indígenas, pode vir como resposta aos anseios de mais informações sobre os problemas de saúde. Todas as aldeias envolvidas no estudo demandaram a necessidade de empoderar-se do conhecimento científico sobre as DCV, indicando a motivação do grupo de obter um aprendizado significativo que possibilite maior autonomia das práticas de

autocuidado, tornando-os culturalmente competentes para prevenir e controlar as DCV, assim como para adotar hábitos e estilo de vida saudáveis.

Outras questões como a formação do indígena na área da saúde, merece destaque nesta discussão, visto que fui procurada nas duas ocasiões para mediar a reivindicação junto a Universidade de cursos superiores para formação indígena. Em parte, tal interesse provem da grande rotatividade de profissionais na TI, o que dificulta a efetivação da atenção diferenciada (Furtado, Neto, Scopel, & Dias-Scope, 2016).

Além disso, a comunidade mostrou ter atuação ativamente na busca do cuidado com a saúde. A exemplo disso destacamos o engajamento político e social dos moradores para a implantação dos Pólos Bases na TI, bem como a busca coletiva pela contínua melhoria dos serviços de saúde prestados, re-significando as práticas de cuidado ocidental ofertados ao cuidado tradicional .

A respeito da incorporação de produtos no cuidado tradicional, Scopel, Dias-Scopel e Wiik (2012) associam a prática do pluralismo religioso vivenciado entre Munduruku, que vem ao encontro às práxis xamânicas, sendo a biomedicina, mais um item a ser integrado na formulação de uma medicina híbrida. Esta também é compreendida como mais uma fonte de saber que vem a contribuir para o fortalecimento das práticas tradicionais de cuidado (Foley, 2015).

Do mesmo modo, em outras situações foi possível observa que os participantes do GF mostraram interesse em compreender as características da doença, parte da necessidade de se capacitarem para identificação dos fatores de risco, sinais e sintomas, além de serem de “usar o remédio certo” nos cuidados tradicionais.

As informações recebidas dos profissionais de saúde são valiosas para os Munduruku comporem seus conceitos de DCV, formalizando o conhecimento híbrido- saber científico e saber tradicional, sendo a principal fonte de informação a sapiência indígena. Esse conhecimento cultural, foi demonstrado como o conhecimento legítimo, que é sujeito a incrementações de novas informações, podendo esta ser proveniente dos profissionais de saúde que atuam no local.

O conhecimento cultural, portanto, eram expressos através de exemplos vivenciados ou ouvidos, focando na descrição da sintomatologia da doença, assim como percebido entre o povo Xerente (Rodrigues & Santos, 2016). Mesmo advindas por outros meios de comunicação, eram assimiladas com referências locais. Além disso, orientações que não correspondiam com o experimentado, era passível de dúvida.

Semelhante a construção do conhecimento cultural dos Munduruku, a Teoria Transcultural de Enfermagem apresenta o sistema popular e o sistema profissional como base, gerando um aporte entre o conhecimento de dentro da comunidade e o conhecimento de fora, enfatizando a avaliação *culturalógica* apropriada quando se trabalha com indivíduos, famílias, grupos e instituições para fornecer cuidados culturalmente competentes. Ao que tudo indica, os Munduruku têm ciência desse percurso pensado pela enfermagem e fazem eles o caminho oposto (Sagar, 2012).

Além disso, a teórica Leininger fala da necessidade de haver ações ou decisões assistenciais que possibilite as culturas a se adaptarem ou negociarem com outras pessoas para um cuidado culturalmente competente, seguro e eficaz para sua saúde, bem-estar ou enfrentamento de doenças e luto (Leininger, 2006).

Na busca da construção de um cuidado culturalmente competente, os participantes reivindicam a formação de indígenas como profissional de saúde, fato que merece destaque

nesta discussão, visto que fui procurada nas duas aldeias para mediar a reivindicação junto a Universidade. Esse interesse parte do fato de haver grande rotatividade de profissionais na TI, o que dificulta a efetivação da atenção diferenciada (Furtado et al., 2016).

## **Conclusão**

A educação popular em saúde para os povos indígena se apresenta como resposta aos anseios de mais informações para a resolutividade dos problemas de coração. Os participantes demandaram a necessidade de apropriação do conhecimento sobre a doença para que a comunidade fosse capaz de realizar suas práticas de autocuidado, para um movimento emancipatório e culturalmente competente.

Dessa forma, percebemos a necessidade de ações educativas para promoção da saúde e prevenção de doenças cardiovasculares nos argumentos apresentados pelos Munduruku. Essas ações educativas podem ser efetivadas a partir da educação popular em saúde, contribuindo para a formação crítica nas questões de saúde dos Munduruku a partir da sua realidade, estimulando o suporte para as práticas de autocuidado por meio de ação participativas e emancipatórias.

Por fim, em relação a construção do conhecimento tradicional dos Munduruku, concluímos que o hibridismo de conhecimentos, além de reflexos do contexto da história de contato desse povo, representa um acolhimento para recepção de informações novas, condicionadas ao diálogo com os saberes prévios dos indígenas.

Este estudo fornece subsídios para a compreensão da necessidade de profissionais da saúde culturalmente competentes para um trabalho educacional apropriado, observando peculiaridades étnicas dos envolvidos e que responda as demandas apresentadas por estes.

Estudos com esta abordagem devem ser realizados em outras aldeias de menor porte e mais afastadas dos centros, de modo que os Munduruku com estilos de vida distintos dos pesquisados.

## REFERÊNCIAS

- Anand, S. S., Hawkes, C., De Souza, R. J., Mente, A., Dehghan, M., Nugent, R., ... Popkin, B. M. (2015). Food Consumption and its Impact on Cardiovascular Disease: Importance of Solutions Focused on the Globalized Food System A Report from the Workshop Convened by the World Heart Federation. *Journal of the American College of Cardiology*, 66(14), 1590–1614. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2015.07.050>
- Augusto, Z., Filho, D. S., Ferreira, A. A., Santos, J., Meira, K. C., Maria, A., & Pierin, G. (2018). Cardiovascular risk factors with an emphasis on hypertension in the Mura Indians from Amazonia, 1–12.
- Barroso, A. L. (1951). *PEQUENO VOCABULÁRIO TUPI-PORTUGUÊS*. Livraria São José Ltda.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2014). *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica*.
- Costa, F. A. S. da, Catanio, P. A. G., Aragão, A. E. de A., Ponte, H. M. S. da, Fardin, F. P., & Araújo, L. M. de. (2016). Practices in indian health and integration between scientific and popular knowledge: integrative review. *S A N A R E - Revista de Políticas Públicas*, 15(16768019), 112–119. Recuperado de <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1045>
- Crengle, S., Luke, J. N., Lambert, M., Smylie, J. K., Reid, S., Harré-hindmarsh, J., & Kelaher, M. (2018). Effect of a health literacy intervention trial on knowledge about

cardiovascular disease medications among Indigenous peoples in Australia , Canada and New Zealand. *BMJ Open*, 8, e018569. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018569>

Crinall, B., Boyle, J., Gibson-Helm, M., Esler, D., Larkins, S., & Bailie, R. (2017).

Cardiovascular disease risk in young Indigenous Australians: a snapshot of current preventive health care. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 41(5), 460–466. <https://doi.org/10.1111/1753-6405.12547>

da Silva, W. A., & dos Santos, J. M. (2015). Movimentos sociais e Educaç{o} Ind{í}gena na contemporaneidade--as representaç{o}es acerca da terra e da educaç{o}. *Cadernos do Tempo Presente*, (18), 36–48.

de Souza Filho, Z. A., Ferreira, A. A., dos Santos, B., & Pierin, A. M. G. (2015).

Hypertension prevalence among indigenous populations in Brazil: A systematic review with meta-analysis. *Revista da Escola de Enfermagem*, 49(6), 1012–1022. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000600019>

de Souza, M. L. P. (2016). Narrativas indígenas sobre suicídio no Alto Rio Negro, Brasil:

Tecendo sentidos. *Saude e Sociedade*, 25(1), 145–159. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016145974>

Falkenberg, M. B., Mendes, T. de P. L., Moraes, E. P. de, & Souza, E. M. de. (2014).

Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(3), 847–852. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.01572013>

Fávaro, T. R., Santos, R. V., Cunha, G. M. da, Leite, I. da C., & Coimbra Jr., C. E. A. (2015).

Obesidade e excesso de peso em adultos indígenas Xukuru do Ororubá, Pernambuco, Brasil: magnitude, fatores socioeconômicos e demográficos associados. *Cadernos de Saúde Pública*, 31(8), 1685–1697. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00086014>

- Foley, R. (2015). Indigenous Narratives of Health : ( Re ) Placing Folk-Medicine within Irish Health Histories. *J Med Humanit*, 8, 5–18. <https://doi.org/10.1007/s10912-014-9322-4>
- Furtado, B. A., Neto, D. L., Scopel, D., & Dias-Scope, R. P. (2016). PERCEPÇÃO DE INDÍGENAS MUNDURUKU E EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE SAÚDE INDÍGENA SOBRE RESOLUTIVIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE. *Enferm. Foco*, 7, 71–74.
- Gibson, O., Lisy, K., Davy, C., Aromataris, E., Kite, E., Lockwood, C., ... Brown, A. (2015). Enablers and barriers to the implementation of primary health care interventions for Indigenous people with chronic diseases: A systematic review. *Implementation Science*, 10(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0261-x>
- IBGE. (2012). *Censo Demográfico 2010: característica geral dos indígenas-Resultado do Universo. Censo Demográfico 2010*. Rio de Janeiro.
- Leininger, M. (2006). *Culture Care: Diversity and Universality Theory. Culture Care Diversity and Universality: A Worldwide Nursing Theory*.
- Melo, J., & Villanueva, A. E. (2008). *Levantamento Etnoecológico Munduruku: Terra Indígena Munduruku* (1º ed). Brasília: FUNAI/PPTAL/GTZ.
- OPAS/OMS. (2016). Doenças Cardiovasculares.
- Ramos, A. (2003). Enciclopédia dos Povos Indígenas no Brasil - Instituto Socioambiental: Munduruku. Recuperado 5 de janeiro de 2017, de <https://pib.socioambiental.org/pt/povo/munduruku/print>
- Ribeiro, D. (2008). *O Povo Brasileiro: A formação e o sentido do Brasil. Editora Schwarcz S.A* (3º ed, Vol. 1). São Paulo: 4.
- Rodrigues, K. N., & Santos, N. de S. S. (2016). A percepção do indígena xerente sobre a

hipertensão arterial sistêmica, no Tocantins TT - La percepción de lo indígena xerente acerca de la hipertensión arterial sistêmica, en Tocantins TT - The perception of xerente indigenous about systemic arterial h. *Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online)*, 8(2), 4549–4562. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i2.4549-4562>

Sagar, P. (2012). *Transcultural Nursing Theory and Models. Application in Nursing Education, Practice, and Administratios*. <https://doi.org/10.9730/ojccnh.org/v3n1>

Scopel, R. P. D. (2014). A cosmopolítica da gestação , parto e pós-parto : práticas de autoatenção e processo de medicalização entre os índios Munduruku Florianópolis.

Selak, V., Crengle, S., Elley, C. R., Wadham, A., Harwood, M., Rafter, N., ... Rodgers, A. (2013). Recruiting equal numbers of indigenous and non-indigenous participants to a “polypill” randomized trial. *International journal for equity in health*, 12(1), 44. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-44>

SIASI. (2013). Ministério da Saúde - MS Secretaria Especial de Saúde Indígena - SESAI Departamento de Gestão da Saúde Indígena Coordenação Geral de Monitoramento e Avaliação da Saúde Indígena Divisão de Monitoramento da Saúde Indígena Sistema de Informação da Atenção à. Recuperado de [http://dw.saude.gov.br/gsid/servlet/mstrWeb?src=mstrWeb.2048001&evt=2048001&share=1&hiddensections=header%2Cpath%2CdockLeft%2Cfooter&visMode=0&currentViewMedia=2&documentID=0FC0A96611E34C7BBAB90080EFE5381A&Server=SRVBIPDF03&Port=0&Project=DMSIASI\\_4&](http://dw.saude.gov.br/gsid/servlet/mstrWeb?src=mstrWeb.2048001&evt=2048001&share=1&hiddensections=header%2Cpath%2CdockLeft%2Cfooter&visMode=0&currentViewMedia=2&documentID=0FC0A96611E34C7BBAB90080EFE5381A&Server=SRVBIPDF03&Port=0&Project=DMSIASI_4&)

Figura 1: Categorias temática - Necessidade de educação em saúde para o autocuidado

Categoria temática	Necessidade de educação popular em saúde para o autocuidado
	Situação na qual a pessoa reivindica aproximação com outros sujeitos no seu espaço indígena para obtenção de informação sobre cuidado relacionado às DCV para prática de autocuidado.
Grupo	Registros
Focal	
ML	<p><i>“Nunca veio uma pessoa para explicar”</i>. Tatu</p> <p><i>“Agora eu quero saber de vocês, como vocês quiseram saber de nós: como poderei preservar a saúde?”</i> Ygara</p> <p><i>“A gente precisa de uma atenção orientando”</i> Ypecü</p>
FL	<p><i>“Tem que entender mais como que dá essa doença do coração na gente”</i></p> <p>Endyra</p> <p><i>“As pessoas da saúde poderiam conversar, explicar, detalhe pra gente. O que é uma doença do coração? O que é uma hipertensão? o que é outro tipo de doença, que são vários, né?”</i> Mboessara</p>
MK	<p><i>“Tinha vez que às vezes a gente fica assim passando mal, e tem com problema de coração, aí a gente fica tentando descobrir o que que é isso”</i>. Suassu</p> <p><i>“pessoas que estão na área da saúde precisa ter assim... conversa, né? Mais... sobre essas questões”</i> Ubixaba</p>
FK	<p><i>“Era bom, já que vocês estão aqui, era bom pra explicar melhor numa reunião”</i> Ínõrouna</p>

Legenda: ML- Masculino Laranjal; FL- Feminino Laranjal; MK- Masculino Kwatá; FL- Feminino Laranjal

Figura 2- Categoria Temática: Conceito cultural de Doenças Cardiovasculares

Categoria temática	Conceito cultural de Doenças Cardiovasculares para os Munduruku
	Experiência do indígena em relação aos fatores relacionados e determinantes, sinais e sintomas de doenças do coração decorrentes de vivências pessoais e comunitárias, ocorridas e contadas por terceiros e informações abstraídas de fontes de fora da aldeia, como meios de comunicação e profissionais de saúde.
Grupo	Registros
Focal	
FL	<i>É através das nossas veias quando se entopem de gordura e não tem mais o espaço pra bombear o sangue, aí acontece o infarto, ne? Eu acredito que seja assim, né? Porque a gente lê, a gente vê através dos livros, da televisão, a doença do coração, né? Mboessara</i>
MK	<i>É um problema muito grave, principalmente para nós, pessoas de uma certa idade, principalmente a questão de alto peso, né? O coração do ser humano se esforça mais. Assycuera</i>

Legenda: M- Masculino; F- Feminino; K-Kwatá; L- Laranjal

## **Artigo 2 - Práticas preventivas dos indígenas Munduruku para Doenças Cardiovasculares, Amazônia brasileira.**

### **RESUMO**

Este estudo tem por objetivo compreender como os Munduruku lidam com doenças cardiovasculares, motivando a realização deste estudo, o qual tem como objetivo descrever os meios utilizados pelas famílias para prevenir doenças cardiovasculares. Pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa, realizado com 31 pessoas, das aldeias Kwatá e Laranjal. Foi realizada a técnica de grupo focal para coleta de dados, que posteriormente foram submetidos a análise de conteúdo temática, amparada pelo software MaxQDA. Emergiram quatro categorias: trabalho para manutenção da saúde; práticas esportivas e esportes de lazer; hábitos alimentares e; confirmação diagnóstica. Os Munduruku relacionaram a ocorrência de doenças cardiovasculares com informações que vão de encontro com dados da Organização Mundial da Saúde e Ministério da Saúde, os dados citados vão além de situações relacionadas a comportamentos não saudáveis, as situações atípicas ou que não haviam no “tempo dos antigos”. Mais pesquisas devem ser realizadas para compreender a fundo a relação das práticas preventivas tradicionais e institucionais.

Palavras-chave: População indígena; Doenças Cardiovasculares; Fatores de Risco; Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde

### **INTRODUÇÃO**

Ao longo da trajetória humana, os meios de lidar com o sofrimento, psíquicos ou corporais, é moldada por diversos meios, aparatos técnicos e empíricos<sup>(1)</sup>. Assim como as práticas de saúde ocidental, originadas da medicina do Oriente Médio e do Mediterrâneo, as práticas de saúde tradicionais são resultantes de conhecimentos milenares, que focalizam o bem-estar geral, considerando o corpo e a mente do paciente como um todo para diagnóstico, prevenção e tratamento<sup>(2)</sup>.

Os grupos étnicos possuem meios próprios para a promoção de cuidados em saúde. Contudo, as práticas hegemônicas ocidentais, institucionalizadas nos sistemas de saúde, também se fazem presentes nesses grupos tradicionalmente diferenciados. A exemplo dos povos indígenas brasileiros, percebe-se a influência do processo de colonização aos qual esses povos têm sido expostos ao longo da história<sup>(1)</sup>.

Nessa perspectiva, novos problemas de saúde vêm ganhando força entre os povos indígenas, resultado dos processos socioeconômicos determinado e agravado pelo racismo estrutural que essa população sofre até os dias atuais. Esses fenômeno contribui para que agravos como as doenças cardiovasculares, sejam sempre mais frequentes<sup>(3)</sup>.

As doenças cardiovasculares são um grupo de doenças do coração e dos vasos sanguíneos, que incluem doença coronária, doença cerebrovascular, doença arterial periférica, doença cardíaca reumática, cardiopatia congênita, trombose venosa profunda e embolia pulmonar<sup>(4)</sup>. Suas causas estão relacionadas a idade, sexo e hereditariedade e fatores como

diabetes, hipertrigliceridemia, hipertensão arterial, excesso de peso e obesidade, tabagismo, alcoolismo, e sedentarismo, denominados de fatores de risco modificáveis<sup>(5)</sup>.

No Brasil, as doenças crônicas foram responsáveis por 70% das mortes registradas pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) no ano de 2012, sendo que destas, a maior frequência ocorreu devido a DCV, com 30% dos casos. Apesar de a Região Norte ser a única do País a não apresentar as DCV como primeira causa de morte, ainda assim, 25 % das mulheres e 20% dos homens morrem por esse motivo<sup>(6)</sup>.

Foi observado a alta prevalência de DCV e fatores associados entre indígenas brasileiros, resultante das mudanças de estilo de vida, destacando a necessidade de intervenções sobre o tema<sup>(7,8)</sup>. Muito além do conhecimento científico, faz-se necessário uma maior aproximação pelo profissional de saúde da realidade vivenciada por cada etnia, considerando as crenças e valores presentes em sua cultura<sup>(9)</sup>.

Este artigo tem por finalidade apresentar práticas para prevenção de doenças cardiovasculares por famílias de aldeias do povo Munduruku. Este povo, que vive atualmente nos estados do Pará, Mato Grosso e Amazonas, têm um histórico de resistência às intervenções coloniais, e mais tarde, participando de atividades comerciais intensas com não-indígenas. Nessa ocasião, foram introduzidas produtos distintos às seus hábitos de vida<sup>(10-11)</sup>.

Como herança de sua intensa história de contato, os indígenas Munduruku, da Terra-Indígena (TI) Kwatá-Laranjal, atualmente adotam práticas de saúde híbridas, usando seu conhecimento tradicional atrelado ao conhecimento introduzidos por profissionais da saúde<sup>(12)</sup>.

Este estudo vai ao encontro do que está estabelecido no Plano de Ação Global da Organização Mundial da Saúde (ONU), que traz como terceiro objetivo a redução dos fatores de risco modificáveis para doenças não transmissíveis, como é o caso das DCV<sup>(13)</sup>.

Este estudo tem como objetivo compreender como os Munduruku lidam com DCV, motivando a realização deste estudo, o qual tem como objetivo descrever os meios utilizados pelas famílias para prevenir DCV.

## **MÉTODOS**

### **Aspectos éticos**

A execução da presente pesquisa foi permitida pelos líderes das aldeias, projeto foi aprovado pela COSAU/CNPq, Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do

Amazonas CEP/UFAM, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, Fundação Nacional do Índio - FUNAI e Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional - IPHAN.

### **Tipo de estudo**

Estudo descritivo, exploratório, qualitativo, realizado com representantes de famílias das aldeias Kwatá e Laranjal.

### **Cenário do estudo**

O estudo foi realizado nas aldeias Kwatá e Laranjal, localizadas na TI Kwatá-Laranjal, Terra composta por 1.153.210 hectares, ocupando 26,16% do território de Borba, município localizado no estado do Amazonas, à 215 quilômetros de Manaus, na Mesorregião do Sul Amazonense, pertencente a microrregião do Madeira, do Estado do Amazonas. As aldeias foram escolhidas pela similaridade sociopolítica, por contarem com recursos semelhantes, tal como o polo base, e por esse motivo, haverem sofrido estímulos externos singulares a outras aldeias. Na aldeia de Kwatá, são contadas 348 pessoas, e na de Laranjal, 195 pessoas<sup>(14)</sup>.

### **Fonte de dados**

Foram selecionadas 31 pessoas, sendo 14 da aldeia Laranjal e 17 da aldeia Kwatá. Para seleção dos participantes, apoiamos-nos em um informante-chave, que foi o líder das aldeias, que nos indicou as famílias que vivem mais tempo no local. Alguma dessas famílias eram compostas também por não indígenas, porém esses não foram selecionados, por não se enquadrarem nos critérios de inclusão, que foram: ter idade igual ou superior a 18 anos, pertencer à etnia envolvida no estudo, residir na aldeia que for realizada a pesquisa.

Após as indicações dos participantes, as famílias foram procuradas e convidadas a participar da pesquisa, também a elegerem dois membros de suas famílias, de modo que fosse um do sexo feminino e outro masculino. Algumas famílias indicaram apenas um participante, o qual foi incluído no estudo. Em seguida, as pessoas selecionadas foram convidadas a se fazerem presentes no local e hora combinado.

### **Coleta dos dados**

A coleta de dados ocorreu durante os meses de maio e junho de 2018, por meio da técnica de Grupo Focal. O tempo de duração dos grupos aplicados variou de 80 a 120 minutos, tempo adequado<sup>(15-17)</sup>. Foram realizados dois GF em cada aldeia, um com homens e outro com as mulheres. Os grupos das duas aldeias foram acolhidos em situações semelhantes, em escolas, assegurando, desse modo, a privacidade e conforto de cada grupo e às 15 horas ocorriam os encontros, horário em que as atividades

nas aldeias eram reduzidas. Para a execução dos grupos focais utilizamos dois gravadores de voz, papéis e canetas para anotação, roteiro de condução para o grupo focal.

Além da pesquisadora principal, mestranda em enfermagem, que atuou como moderadora do grupo, havia a presença de uma outra enfermeira que auxiliava nas atividades previamente treinada para tal função, ambas realizaram treinamento para abordagem dos participantes e coleta de dados em GF. A moderadora realizou o convite às famílias, mediante contato com informante-chave, organizou o local e horário para o GF, organizou o roteiro de condução e por fim moderou o GF<sup>(18)</sup>. O papel da auxiliar foi fazer observações e anotações quanto à dinâmica do grupo, administrar o tempo e os aparelhos de gravação<sup>(15,17,21)</sup>.

Este manuscrito foi elaborado com base na seguinte pergunta disparadora: o que deve ser feito para não ter doenças do coração (cardiovasculares)? Ao final, ainda foi perguntado se desejavam fazer mais algum comentário sobre o tema discutido.

Ao iniciar o grupo, foi explicado a dinâmica que seria adotada para o GF, a função de cada uma no percurso da investigação e realizado a leitura em voz alta do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual já estava de posse dos participantes duas cópias. Em seguida, foi dado um tempo para leitura individual e para esclarecimento de dúvidas para cada participante. Uma das cópias de posse dos participantes, retornou às pesquisadoras, e a outra permaneceu com eles, todas devidamente assinadas.

Foi então realizado o preenchimento da ficha individual de identificação do participante, que identificará o grupo de participação, o número de chamada do participante, idade, seu local de nascimento, série até onde estudo e histórico de doença.

### **Organização e Análise de Dados**

As falas foram armazenadas, transcritas e organizadas no software MaxQDA®, onde foram submetidas a análise de conteúdo temática<sup>(21)</sup> que foram trabalhadas de modo a identificar as práticas que os indígenas Munduruku apresentam frente aos fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Para garantir a integridade dos participantes, seus nomes foram substituídos por elementos da região, traduzidos para o tupi<sup>(21)</sup>.

## **RESULTADOS**

Emergiram quatro categorias acerca das práticas preventivas para DCV: trabalho para manutenção da saúde; práticas esportivas e esportes de lazer; hábitos alimentares e; confirmação diagnóstica.

Quadro 1 – Categorias temáticas emergidas dos GF.

Categorias Temáticas	Falas
O trabalho para manutenção da saúde	<p><i>Porque se você tá doente, uma comparação, tá doente e não vai trabalhar, já tá na morte, cara! Cururu, ML</i></p> <p><i>Trabalhar deixa forte, é a saúde da gente, se tá com saúde tá trabalhando. Como diz vocês se preocupam tanto com o trabalho de vocês que esquecem da saúde Ypecü, ML</i></p> <p><i>Quando você fica imaginar demais sozinho, sozinho. Melhor trabalhar, né?. Cururu, MK</i></p> <p><i>Pelo menos, preocupação, quando a pessoa se preocupa demais, acho que é um problema, o mesmo que alegria, como eu acabei de lhe falar, aí o cara não aguenta, não suporta, e aquilo fica acumulado, e aí cria problema. Ygara MK</i></p>
Práticas esportivas e esportes de lazer	<p><i>Quando eu jogava bola, pra mim aquele era o exercício que não sentia nada. Eu podia chegar a qualquer hora, ia jogar, ia pescar.... aquela atividade pra mim assim... mas faz parte... assim do coração, faz parte da saúde da gente, qualquer esporte é importante pra saúde da gente. Às vezes a gente não pratica mais nada, né? Até da gente andar aquilo aí tá fazendo movimento. Punaré, ML</i></p> <p><i>[...]nós temos um espaço geográfico muito bom pra fazer caminhada, temos a praia, mas a gente não pratica. É difícil. Temos espaço natural mesmo. Temos um rio enorme, poderíamos fazer exercício na água, na areia. Pra fazer caminhada. Temos sempre que fazer essas atividades. Atividades naturais. Muitos na cidade pagam pra ter um espaço pra praticar atividades, enquanto nós temos e a gente não usa Mboessara, FL</i></p> <p><i>A gente tá falando das coisas que faz bem, às vezes a gente fica assim, a gente engorda, com essa fadiga assim, só de não se mexer, fica lá, envelhece, fica lá sentado na rede, na cadeira, sei lá, aí que amurrinha mais a questão da saúde. Suassu, MK</i></p>

## DISCUSSÃO

<p>Hábitos alimentares</p>	<p><i>Melhorar a alimentação, comer mais coisas saldáveis. Nós temos que ter essa consciência, pra evitar esse tipo de doença no nosso corpo. Cunhãtai, FM</i></p> <p><i>Nós temos os nossos velhos de antigamente, eles não tinham esses problemas, e a gente acredita que é por causa de que? porque antes eles não usavam esses alimentos industrializados, eles só usavam os alimentos que eram naturais, como peixe, a caça, as frutas. hoje não, hoje a gente usa mais é o de fora. Kyra, FL</i></p> <p><i>Às vezes fico pensando assim, conversando... na época atrás, só quem bebia mesmo era os velhos, os idosos, ixi, era ruim que bebia, que naquela época que bebia, mas também era uma bebida amarga, não era uma bebida... depois os velhos foram se acabando devagar, e foram ficando os novos. Hoje, não tem mais idoso mais que bebe, só novo. Punaré, ML</i></p> <p><i>Evitar esses produtos que a indústria fornece e chega até nossa aldeia, então isso também prejudica muito a nossa saúde, que a gente gosta e acaba se metendo numa coisa que prejudica nossa saúde mesmo. Ojepebê, MK</i></p>
<p>Confirmação diagnóstica</p>	<p><i>Muitas vezes o cara sente assim um uma coisa e vai tomar um remédio, mas não é apropriado para aquela coisa que ele tá sentindo, porque por mais que o médico faz o diagnóstico dele, o enfermeiro... mas se não tiver o exame, como é que vai descobrir, né? Às vezes pode ter outro problema que tá fazendo aquela mesma coisa. Com exame não, vai ver o remédio pr'aquela coisa que tá fazendo o... pra todo tipo de doença. Cururu, ML.</i></p> <p><i>Ah, porquê problema de coração também é assim, né? porque eu tive um senhor que até faleceu, que é até meu compadre. Devido o médico, né? O médico fez o exame e atestou coração grande, né? O médico falando, né? Mas nós, eu assim mesmo, nunca soubemos como que é o coração grande. Emirecó-yquera, FL</i></p> <p><i>A gente precisa saber das nossas doenças pra gente fazer o remédio caseiro, porque a gente faz muito. Tapé, FK.</i></p>

### O trabalho para manutenção da saúde

Nesse núcleo temático, foram apresentadas ideias sobre o modo de como o trabalho é fundamental para a manutenção da saúde, aspectos emergidos, mormente, entre as falas masculinas, fazendo-se presentes também entre as mulheres. A relação com o trabalho e a saúde para os Munduruku é mutualista, sendo o trabalho responsável pela manutenção da saúde e a saúde necessária para realização do trabalho.

Além disso, durante uma visita, Punaré relatou que a sua mãe de 98 anos tinha saúde por ainda continuar fazendo pequenas tarefas domésticas, como costura, limpeza da casa e da área externa, e quando este se distraía, ela ainda preparava o almoço. A principal função de Punaré era cuidar da mãe, em momentos esporádicos pescava.

As atividades laborais realizadas nas aldeias são majoritariamente para produção de alimentos, pescaria, caça, roça e beneficiamento da farinha, essas atividades, com exceção da pesca, raramente são atividades solitárias, sendo realizadas em grupos familiares. A caça, entretanto, é praticada por pequenos grupos masculino e esta pode se estender por dias.

Atividades de manutenção das moradias e ambiente, cuidados domésticos e criação dos filhos também são comumente praticados. Além desses trabalhos, também têm uma menor parcela de pessoas que exercem função em instituições na aldeia, nas funções de docentes, Agente Indígena de Saúde (AIS) ou Malária (AIM), em serviços ao Polo Base ou escolas, pilotos de barco, que são chamados de funcionários, e pequenos comerciantes locais, este pequeno grupo tem um ritmo de trabalho braçal diminuído, não se fazendo frequente nas tarefas tradicionais.

Dentre os Munduruku, o afastamento de um adulto, seja homem ou mulher, de atividades familiares nos trabalhos tradicionais, significa a diluição da sua tarefa aos outros parentes ou então ônus na produção<sup>(22)</sup>.

O trabalho efetiva também o exercício de uma dimensão subjetiva, onde através das atividades realizadas, opera também em aspectos da mentalidade, conforme relato de Cururu (ML) e Ygara (MK).

O trabalho, portanto, é entendido como fator protetor por manter o corpo em movimento e a mente sem imaginar demais, mantendo-a ocupada. Porém, como exposto no próximo eixo, os Munduruku também veem as atividades ociosas e recreativas, assim como o exercício físico, como um meio de prevenir DCV.

### **Práticas esportivas e esportes de lazer**

O esporte e outras atividades de lazer entre diferentes povos indígenas, é compreendido como um meio de interação social intracultural e intercultural com a sociedade não-indígena<sup>(23,24)</sup>.

Estudos com indígenas australianos, mundialmente considerada com maior taxa de doenças crônicas entre indígenas, mostra que o esporte é compreendido como um meio de manutenção de boa saúde, porém havia desmotivação para a prática individual<sup>(24)</sup>.

Do mesmo modo, a prática de esportes também foi compreendida pelos Munduruku como um meio de prevenir as doenças cardiovasculares, as falas demonstram, além do mais, a necessidade de incentivo à atividade física e iniciativa própria para as práticas individuais.

Ambas as aldeias apresentam quadra poliesportiva que é usada frequentemente pelos moradores para a prática de futebol, o esporte mais popular. São organizados pequenos torneios locais de grupos femininos e masculinos. Nesses torneios geralmente é oferecido ao ganhador um prêmio em dinheiro e são permitidas a participação de pessoas externas das aldeias, permitindo a interação multicultural durante a prática desportiva. Em algumas ocasiões, são vendidas balas, refrigerantes e cervejas.

Apesar de ser comum a realização de banho diário às margens dos rios, as crianças eram as que mais praticam a natação, para divertimento. Outras atividades físicas, sem caráter esportivo, também são frequente praticadas, o remo e longas caminhadas para locomoção, embora muitas famílias se locomovam com canoas a motor, são realizadas diariamente por alguns moradores.

O sedentário, assim como outras mudanças no estilo de vida, é responsável pela alta morbidade e mortalidade prematura entre povos indígenas em todo mundo e outras minorias étnicas, as transformações de padrões alimentares, a exemplo, elevado os casos de obesidade entre os indígenas brasileiros, sobretudo aqueles que possuem maior renda *per capita*<sup>(25-28)</sup>.

Estudos mostram que programas que incentivem práticas de atividades esportivas, e nutrição podem ser efetivos em produzir resultados de saúde de curto a médio prazo entre indígenas que viveram processos de colonização semelhantes aos brasileiros<sup>(21)</sup>. Os Munduruku, em suas falas, compreendem também que a alimentação atua como fator de proteção para DCV.

## **Hábitos alimentares**

Os sistemas alimentares dos Povos Indígenas estão inextricavelmente vinculados à territorialidade, passando por questões de autodeterminação, meios de subsistência, saúde, herança cultural e espiritual e gênero<sup>(19)</sup>. As mudanças no ecossistema global, entretanto, ocasionadas desde o advento da industrialização, vêm afetando a dieta de grupos que tradicionalmente fazem uso de produtos silvestres para a alimentação, dando espaço para produtos modernos<sup>(30)</sup>.

Tais problemáticas, contribuem para a adoção de novas práticas alimentares, menos saudáveis que os alimentos silvestres tradicionais, que proporcionam benefícios substanciais para a saúde, além de ser economicamente mais viável<sup>(31)</sup>. Os relatos afirmam que a os alimentos pode ser um meio para se manter saudável, através do consumo de alimentos tradicionais, derivados dos produtos silvestres.

Como observados nas falas, o estilo de vida tradicional, regido pelos costumes dos velhos, e que ainda se perpetua entre os idosos da região, causa estranheza com novos modos de viver, novos costumes e novos atores interpretando atividades já realizadas antigamente.

O alcoolismo é outro comportamento que colabora com o surgimento de DCV, e de outros agravos como o suicídio, apresentando-se como um sério problema de socio-sanitário para povos indígenas de diferentes contextos, necessitando de ações protetoras eficazes<sup>(32-33)</sup>. Além disso, os alimentos industrializados foram fortemente associados ao surgimento dos problemas do coração, dentre outros problemas de saúde, motivo pelo qual devem ser evitados.

O suprimento à diminuição dos produtos tradicionais, que pode ocorrer pela impossibilidade de um adulto nas atividades laborais, pode ocorrer a substituição pela compra de alimentos. Estes substitutos podem ser produtos industrializados, trazidos da cidade ou comprados nos pequenos comércios locais. Importante ressaltar que não apenas a insuficiência de alimentos tradicionais é que leva ao uso de industrializados, visto que pode haver a preferência no consumo, sobretudo de jovens.

Entretanto, a exemplo da escola, os alimentos, por questões burocráticas, são todos produzidos fora da aldeia. Boa parte desses alimentos são enlatados e embutidos, havendo também grãos como arroz e feijão. Um fato que chama a atenção é que a farinha, item

indispensável nas refeições das aldeias<sup>(22)</sup>, também é trazida de fora, e é considerada como de péssima qualidade. Muitas famílias da região são produtoras de farinha.

No anterior a minha estada na aldeia de Laranjal, havia ocorrido um acidente com o barco que trazia a merenda escolar, não havendo suprimento para a merenda aquele mês, porém, não era de apreço dos alunos certos alimentos, o que fazia haver um grande estoque de comida enlatada.

### **Confirmação diagnóstica**

Embora práticas preventivas tenham sido ricamente elencadas pelos participantes do GF, a prevenção de DCV foi vinculado também à possibilidade de diagnóstico precoce, sendo por eles apontada como uma atribuição médica, porém afirmada mediante a exames. Observou-se que existe uma insegurança em relação aos diagnósticos médicos, segundo eles, pela falta de exames que é a maneira mais eficiente de diagnóstico.

Apesar disso, percebe-se na fala de Tapé (FK) que a produção do cuidado tradicional transpassa a necessidade de diagnóstico, pois os remédios podem ser produzidos com base do conhecimento ensinado ou produzido de maneira mística. O diagnóstico clínico aqui, apresenta-se como um anteparo para realização das práticas tradicionais, ganhando um novo significado<sup>(34)</sup>.

No Grupo Focal, foi notado que a comunidade valorizava mais as falas das pessoas idosas, seguidas por quem passou por uma situação relacionada a DCV, AIS e professores. No grupo masculino de Laranjal, Abati (ML), a pessoa mais antiga pouco verbalizou, porém, estava atento e participava da conversa acenando a cabeça e sorrindo. Os outros participantes, ao se referir a eventos do passado, antes até dos seus nascimentos, procuravam nele apoio para validar suas falas, pedindo que ele confirmasse o referido.

Tais pessoas eram denominadas de velhos pelas comunidades, em todos os grupos havia presente uma pessoa idosa, que de modo geral, eram os primeiros a falar nos grupos. Nas aldeias, haviam também os antigos que eram pessoas que beiravam os cem anos de idade, a maioria já falecida, havendo duas em Kwatá e duas em Laranjal essas pessoas são referência de boas práticas de saúde. Nenhuma delas participou do GF, embora houvesse quem afirmasse que Abati, de 86 anos, fosse um antigo.

Assim como observado entre os Guarani-Mbyá, os velhos das aldeias de Kwatá e Laranjal, são figuras que representam conduta exemplar e detentoras do conhecimento cultural dos Munduruku, que compete, atualmente, com as informações externas a aldeia<sup>(33)</sup>.

Essas intervenções eram chamadas de remédio caseiro. Importância de conhecer melhor as doenças para preveni-las.

Outrossim, a comunidade demonstra atuar ativamente na busca do cuidado com a saúde, demonstrado historicamente pela luta pela implantação dos Polo Base da TI e em sua contínua melhoria, na assimilação de produtos não-indígenas ao cuidado tradicional.

A respeito de tal assimilação de produtos no cuidado tradicional, Scopel, Dias-Scopel e Wiik (2012) associam também ao pluralismo religioso vivenciado entre Munduruku, que vem de encontro às práxis xamânicas, sendo a biomedicina, mais um ítem a ser integrado na formulação de uma medicina híbrida, compreendida como mais uma fonte saber que vem a contribuir para as práticas tradicionais de cuidado.

Quando o participante Unuanã, do grupo masculino de Kwatá, responde *do que eu sei eu não tenho nenhuma dúvida, mas agora eu quero ouvir da senhora, do que a senhora sabe sobre essas doenças* ao ser questionado se haveria alguma coisa a mais que gostariam de falar sobre as DCV, percebe-se que qualquer informação fornecida pela moderadora seria tão somente complementar aquelas de seu conhecimento prévio.

### **Limitações do estudo**

Foi observado durante o GF uma hierarquização das falas dos mais velhos para os mais jovens, apesar de não haver coibição nas falas, por isso, o critério de homogeneidade, além do fator sexto, também poderia ser a idade dos participantes.

Além disso, algumas pessoas convidadas que moravam longe do centro da aldeia, onde foram realizadas as GF, não participaram e outras chegaram atrasadas e outras não foram indicadas pelas famílias por haver dificuldade na locomoção. Conversas individuais e triangulação de dados poderia fazer a pesquisa mais abrangente.

Por último, ressalto que o estudo foi realizada em sedes dos polos base do rio Mari-mari e do rio Canumã, que reuniam grande parte dos recursos tecnológicos. Estudos comparativos

em outras aldeias, em especial, as mais distantes dos centros, poderiam trazer um panorama diferenciado no que se diz respeito ao conhecimento e práticas preventivas para DCV.

### **Contribuições para a área da saúde**

Este estudo contribui para a saúde dos povos indígenas, uma vez que buscamos evidenciar aqui suas produções de conhecimento e suas práticas para prevenção de doenças, dando destaque ao protagonismo dos interlocutores.

Além disso, oferece um material que colabora para o trabalho dos profissionais de saúde indígena, sobretudo a enfermagem, por dialogarmos com estudos atuais da temática indígena e de doenças cardiovasculares. Ademais, este estudo é também um contributo a literatura científica voltada às questões indígenas e políticas afirmativas, grande foco desta pesquisa.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este artigo teve como finalidade de descrever os meios utilizados pelas famílias para prevenir DCV.

Os Munduruku ouvidos, em especial os homens, enfatizaram que a saúde é importante para o trabalho, e o adoecimento configura afastamento do trabalho para um período de reestabelecimento, esse argumento tornou-se preocupante por poder apresentar-se como um motivo para a não procura ao serviço de saúde no surgimento de algum problema.

As mulheres no entendo, fizeram do GF um momento de troca de experiência e rica inteiração sobre práticas preventivas para DCV, associando os cuidados tradicionais aos institucionais. Do mesmo modo, os participantes do GF mostraram que o interesse de compreender as características da doença, parte da necessidade de capacitarem-se para identificação dos sinais e sintomas dos casos, além de serem capazes de usar o remédio certo nos cuidados tradicionais.

Os Munduruku relacionaram a ocorrência de DCV com informações que vão de encontro com dados da OMS e MS: Sedentarismo, álcool e outras drogas, alimentação, obesidade, problemas emocionais. Entretanto, é possível perceber que os dados citados vão além de situações relacionadas a comportamentos não saudáveis, as situações atípicas ou aquelas que não haviam no *tempo dos antigos*. Frequentemente se fazia comparação com a vida de agora e no tempo dos *velhos* ou *antigos*. Os hábitos dos velhos/antigos são percebidos pelos

Munduruku como o natural, o ideal, que não traz prejuízo a saúde. E aquilo que vem em desencontro a esse conceito, é visto como o causador de males.

Mais pesquisas devem ser realizadas para compreender a fundo a relação das práticas preventivas tradicionais e institucionais. Sugere-se ainda a utilização de técnicas de pesquisa participativa, assim como intervenções em saúde culturalmente competentes para contribuir com a prevenção de DCV e difusão de hábitos saudáveis, assim como a valorização do ser indígena.

### **FOMENTO**

Agradecemos a Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) pelo financiamento desta pesquisa.

### **REFERÊNCIAS**

1. Gewehr RB, Baêta J, Gomes E, Tavares R. Sobre as práticas tradicionais de cura: subjetividade e objetivação nas propostas terapêuticas contemporâneas. *Psicol USP*. 2017;28(1):33–43.
2. Lemonnier N, Zhou G-B, Prasher B, et al. Traditional Knowledge-based Medicine: A Review of History, Principles, and Relevance in the Present Context of P4 Systems Medicine. *Prog Prev Med*. 2017;2(7):e0011.
3. United Nations Inter-Agency Support Group on Indigenous Issues. UN: The Health of Indigenous Peoples. 2014;(June).
4. A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Doenças Cardiovasculares. [internet]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; [atualizado maio 2017; acesso em 12 mar 2019]. Disponível em: <https://www.paho.org/bra>
5. Bourbon M, Miranda N, Vicente AM, Rato Q. Sabe como Prevenir? - Doenças Cardiovasculares. *Inst Nac saúde*. 2016. Disponível em: <http://www2.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/E729E9EE-A547-4429-8696-7DF0D79643A7/0/DoencasCardiovasculares.pdf>.
6. Brasil. Vigilância das Doenças Crônicas Não Transmissíveis. 2014. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o->

- ministerio/671-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/doencas-cronicas-nao-transmissiveis/14125-vigilancia-das-doencas-cronicas-nao-transmissiveis.
7. De Alencar RRFR, Galvao TF, Real Antonio BV, Silva MT. Prevalence of self-reported chronic diseases and health services utilization by ethnic minorities in Manaus metropolitan region. *Ethn Dis.* 2018;28(1):49–54.
  8. De Souza Filho AZ et al. Cardiovascular risk factors with an emphasis on hypertension in the Mura Indians from Amazonia. *BMC Public Health.* 2018; 18:1251
  9. Falkenberg MB, Shimizu HE, Bermudez XPD. Social representations of the health care of the Mbyá-Guarani indigenous population by health workers. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2017; 25.
  10. Ramos A. Enciclopédia dos Povos Indígenas no Brasil [internet]: Instituto Socioambiental: Munduruku. 2003 [atualizado em 2017]. Disponível em: <https://pib.socioambiental.org/pt/povo/munduruku>. Acesso jan 5, 2017.
  11. Mendonca JR. Relação saúde e condições socioambientais entre os Munduruku da Terra Indígena Coatá-Laranjal [dissertação]. Manaus: Universidade Federal do Amazonas, Pós-graduação de Sociedade e Cultura na Amazônia; 2009, 160.
  12. Scopel D, Dias-Scopel RP, WIJK FB. Cosmologia e Intermedicalidade: o campo religioso e a autoatenção às enfermidades entre os índios Munduruku do Amazonas, Brasil. *Tempus Actas de Saúde Coletiva.* 2012;6(1):173–190. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1141>.
  13. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. *World Heal Organ.* 2013:102.
  14. Neto DL, Furtado BA. Saúde Indígena. In: Kalinowski CE, Crozeta K, Costa MFBNA, orgs. PROENF Atenção Primária e Saúde da Família: Ciclo 4. 1º ed Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2016:117–150.
  15. Soares MI, Camelo SHH, Resck ZMR. Technique of focus group in qualitative data collection: experience report. *REME Rev Min Enferm.* 2016;20:1–5.
  16. Schvingel C, Giongo IM, Munhoz AV. Grupo Focal: Uma Técnica De Investigação

- Qualitativa. *Debates em Educ.* 2017;9(19):91–106.
17. Prates LA, Ceccon FG, Alves CN, et al. A utilização da técnica de grupo focal : um estudo com mulheres quilombolas. *Cad Saúde Pública.* 2015;31(12):2483–2492.
  18. Leny A, Bomfim Trad. Grupos Focais: conceitos , procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 19 [ 3 ]: 777-796, 2009*
  19. Kinalski DDF, Paula CC de, Padoin SM de M, Neves ET, Kleinubing RE, Cortes LF. Grupo focal na pesquisa qualitativa: relato de experiência. *Rev Bras Enferm.* 2017;70(443–448):12115–12125.
  20. Bardin L. *Análise de conteúdo.* São Paulo: Edições 70; 2011.
  21. Pressick EL, Gray MA, Cole RL, Burkett BJ. A systematic review on research into the effectiveness of group-based sport and exercise programs designed for Indigenous adults. *J Sci Med Sport.* 2016;19(9):726–732.
  22. Dias-Scopel RP. *A cosmopolítica da gestação, parto e pós-parto: práticas de autoatenção e processo de medicalização entre os Índios Munduruku [Tese de doutorado].* Florianópolis: Programa de Pós- graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina. 2014. 211 p.
  23. Boaretto JD, Gomes G, Pimentel A. Sport on indigenous lands in the Paraná State : elements for a public policy. *Cien Saude Colet.* 2017;31(1):259–269.
  24. Dahlberg EE, Hamilton SJ, Hamid F, Thompson SC. Indigenous australians perceptions’ of physical activity: A qualitative systematic review. *Int J Environ Res Public Health.* 2018;15(7).
  25. Boaretto JD, Molena-Fernandes CA, Pimentel GG de A. Estado nutricional de indígenas Kaingang e Guarani no estado do Paraná, Brasil. *Cien Saude Colet.* 2015;20(8):2323–2328.
  26. de Souza Filho ZA, Ferreira AA, dos Santos B, Pierin AMG. Hypertension prevalence among indigenous populations in Brazil: A systematic review with meta-analysis. *Rev da Esc Enferm.* 2015;49(6):1012–1022.

27. Fávoro TR, Santos RV, Cunha GM da, Leite I da C, Coimbra Jr. CEA. Obesidade e excesso de peso em adultos indígenas Xukuru do Ororubá, Pernambuco, Brasil: magnitude, fatores socioeconômicos e demográficos associados. *Cad Saude Publica*. 2015;31(8):1685–1697.
28. Warbrick I, Wilson D, Griffith D. Becoming active: more to exercise than weight loss for indigenous men. *Ethn Heal*. 2018;(3099067):1–16.
29. Lemke S, Delormier T. Indigenous Peoples' food systems, nutrition, and gender: Conceptual and methodological considerations. *Matern Child Nutr*. 2017;13(March 2017):1–12.
30. Bharucha Z, Pretty J. The roles and values of wild foods in agricultural systems. *Philos Trans R Soc B Biol Sci*. 2010;365(1554):2913–2926.
31. Li J-L. Cultural barriers lead to inequitable healthcare access for aboriginal Australians and Torres Strait Islanders. 2017:2018.
32. Marques FD, Sousa LM, Vizzotto MM, Bonfim TE. Experience of the eLderLy among the indigenous Guarani Mbyá. *Psicol Soc*. 2015;27(2):415–427.
33. Pereira MM. Representações de suicídio indígena no Amazonas: o que desencadeia a vontade de morrer? *Divers Int*. 2017;09(1):3–26.
34. Barreto LA. Importância da percepção do paciente sobre diagnóstico e terapêutica da doença. *Rev Neurocienc* 2011;19(2):194-195.

## 5- Considerações finais

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho buscou explorar os saberes e práticas das famílias Munduruku frente aos fatores de risco para doenças cardiovasculares, explorado em dois artigos: o primeiro sobre os conhecimentos das famílias Munduruku e o segundo sobre práticas acerca dos fatores de risco cardiovasculares.

No primeiro artigo, foi evidenciado que o povo Munduruku parece formular um conhecimento dos fatores de risco por meio de vivências experimentadas no seu campo social, histórias contadas por terceiros e por informações que são trazidas de fora da aldeia. Portanto, formula-se uma ideia a partir de diversos pontos, criando um conceito híbrido, globalizado, assim como as fortes ligações da ocorrência de DCV.

Em relação ao segundo artigo, sobre práticas preventivas para DCV, as falas vão de encontro com fatores já determinados pela OMS. Apesar de este estudo não ter interesse em comparar ou julgar as práticas como coerentes no ponto de vista institucional da saúde, percebe-se porém, que há um olhar cultural preocupado com as modificações de estilo de vida que ocorrem na aldeia, compreendendo eles que a vida sadia é a vida de outrora, nos tempos dos antigos.

Além disso, os Muduruku apresentaram grande interesse na apropriação de informações sobre a doença e outros riscos para a saúde de maneira geral, percebido pelos pedidos de intervenções educacionais e a própria educação formal de pessoas da aldeia.

O grupo focal permitiu a inteiração de ideias, a formulação de conceitos e troca de informações entre os participantes, que não seria alcançado por outro meio de produção de dados. A atmosfera intimista que se criou, sobretudo por todos os participantes serem do mesmo convívio social, permitiu que mesmo aqueles que haviam menos entrosamento nas falas pudessem participar. Foi percebido, porém um domínio nos discursos iniciais das pessoas idosas, seguindo pelos AIS e professores, podendo sugerir uma hierarquia local.

Um fator importante que contribuiu para o sucesso do GF foi a divisão de grupos por gênero, visto que durante conversas informais com os moradores, percebi que havia um domínio da fala feminina sobre masculina. Em alguns casos, as mulheres repetiam as falas dos maridos para tentar explicar melhor o que ele havia dito. Acredito que um GF onde o critério

de homogeneidade fosse também a idade, poderia colaborar para uma maior participação dos jovens.

Algumas pessoas convidadas que moravam longe do centro da aldeia, onde foram realizadas as GF, não participaram e outras chegaram atrasadas e outras não foram indicadas pelas famílias por haver dificuldade na locomoção. Conversas individuais e triangulação de dados poderia fazer a pesquisa mais abrangente.

Sugiro que novos estudos com a população sejam realizados observando a hierarquização local. Além disso, o uso de pesquisa-ação e projetos de extensão que promovessem a educação em saúde, assim como estudos para fomento da educação superior indígena, com o ingresso da Universidade na TI, diminuindo o impacto da vida acadêmica ao indígena.

Por último, ressalto que o estudo foi realizada em aldeias centrais do rio Mari-mari e do rio Canumã, que reuniam grande parte dos recursos tecnológicos. Estudos comparativos em outras aldeias, em especial, as mais distantes dos centros, poderiam trazer um panorama diferenciado no que se diz respeito ao conhecimento e práticas preventivas para DCV.

## 5- Referências

## 6. REFERÊNCIAS

ALARCON, A. M.; VIDAL, A.; CASTRO, M. Cultural Meanings of Musculoskeletal Diseases in Chile's Mapuche Population. **Journal of Transcultural Nursing**, v. 24, n. 4, p. 340–347, 2013.

ANTAQ. **Plano nacional de integração hidroviária - pnih - relatório técnico - bacia amazônica**. Universida ed. [s.l: s.n.]

As políticas públicas para as populações indígenas: a experiência em Chapecó Fabiana. 2012.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARROSO, A. L. **PEQUENO vocabulário tupi-português**. [s.l.] Livraria São José Ltda, 1951.

BELEZA, A. R.; BELEZA, A. R.; BELEZA, A. R.; SANTOS, A. M. dos; BARBOSA, A. C. M.; GIMA, A. P. **Kwatá-laranjal, história e reconquista da terra**. Manaus: SEDUC-AM, 2002.

BOARETTO, J. D.; MOLENA-FERNANDES, C. A.; PIMENTEL, G. G. de A. Estado nutricional de indígenas Kaingang e Guarani no estado do Paraná, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 8, p. 2323–2328, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232015000802323&lng=pt&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000802323&lng=pt&nrm=iso&tlng=en)>.

BOCCATO, V. R. C.; FERREIRA, E. M. Comparative study between focus group and verbal protocol in group in the improvement of controlled vocabulary in Physical Therapy: a qualitative – cognitive methodological proposal. **InCID: R. Ci. Inf. e Doc.**, v. 5, n. 1, p. 47–68, 2014.

BOURBON, M.; MIRANDA, N.; VICENTE, A. M.; RATO, Q. Sabe como Prevenir? - Doenças Cardiovasculares. **Instituto Nacional de saúde**, 2016. Disponível em: <<http://www2.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/E729E9EE-A547-4429-8696-7DF0D79643A7/0/DoencasCardiovasculares.pdf>>.

BOYD, K. M. Disease, illness, sickness, health, healing and wholeness: exploring some elusive concepts. **Medical Humanities**, v. 26, n. 1, p. 9–17, 2000. Disponível em: <<http://mh.bmj.com/content/26/1/9.abstract>>.

BRASIL. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE - FUNASA. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. v. 2002, 2002.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. [s.l: s.n.]

BRASIL. Vigilância das Doenças Crônicas Não Transmissíveis. 2014a. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/671-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/doencas-cronicas-nao-transmissiveis/14125-vigilancia-das-doencas-cronicas-nao-transmissiveis>>.

BRASIL. **Saúde Brasil 2013 : uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza**. 10. ed. [s.l: s.n.]

BRASIL. **5ª conferência nacional de saúde indígena: relatório final**. [s.l: s.n.]

- BRASIL, M. da J.-. **Coletânea de documentos da terra indígena: coatá laranjal**. Brasília: PPTAL - Projeto Integrado de Proteção às Populações e Terras Indígenas da Amazônia Legal, 2012.
- BRASIL, M. da S. M.; SESAI, S. E. de S. I. Dados gerais do Dsei Manaus, referentes a 2013 . p. 1, 2013. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/fevereiro/25/Dsei-Manaus.pdf>>.
- CÂMARA, R. H. Análise de conteúdo : da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. **Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 6, n. 2, p. 179–191, 2013.
- CATARINA, S.; LANGDON, E. J. Reflexões sobre estratégias de intervenção a partir do processo de alcoolização e das práticas de autoatenção entre os índios Kaingang , Santa Catarina , Brasil Reflections on intervention strategies with respect to the process of alcoholization and self-. v. 30, n. 6, p. 1–10, 2014.
- CAVALCANTE, R. B.; CALIXTO, P.; KERR PINHEIRO, M. M. Análise de conteúdo: Considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. **Informacao e Sociedade**, v. 24, n. 1, p. 13–18, 2014.
- COSTA, G. dos S. Grupos focais: um novo olhar sobre o processo de análise das interações verbais. **Revista intercâmbio**, v. 25, p. 153–172, 2012.
- DE SOUZA FILHO, Z. A.; FERREIRA, A. A.; DOS SANTOS, B.; PIERIN, A. M. G. Hypertension prevalence among indigenous populations in Brazil: A systematic review with meta-analysis. **Revista da Escola de Enfermagem**, v. 49, n. 6, p. 1012–1022, 2015.
- DECRETO Nº 6.040, D. 7 D. F. D. 2007. Presidência Da República. 2007.
- DIÁRIO DA REPÚBLICA — I SÉRIE- A. Presidência Da República. 2001.
- EM, P. D. E. P.; EM, E.; KWATÁ, I.; DO, P.; DA, I. E.; SAÚDE, E. D. E. No Title. 2015.
- EMSON, H. E. Health, disease and illness: matters for definition. **CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne**, v. 136, n. 8, p. 811–813, 1987.
- FREITAS, G. A. de; SOUZA, M. C. C. de; LIMA, R. da C. [Prevalence of diabetes mellitus and associated factors in indigenous women in Dourados, Mato Grosso do Sul State, Brazil]. **Cadernos de saude publica**, v. 32, n. 8, p. e00023915, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2016000805010&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000805010&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)>.
- FUNAI. **Proteção e promoção dos direitos dos povos indígenas ppa 2016-2019**. [s.l: s.n.]v. 1
- FUNASA. Lei Arouca: a Funasa nos 10 anos de saúde indígena. 2009.
- FURTADO, B. A.; NETO, D. L.; SCOPEL, D.; DIAS-SCOPE, R. P. PERCEPÇÃO DE INDÍGENAS MUNDURUKU E EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE SAÚDE INDÍGENA SOBRE RESOLUTIVIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE. **Enferm. Foco**, v. 7, p. 71–74, 2016.
- GARNELO, L. (organizadora). **Saúde indígena: uma introdução ao tema**. [s.l: s.n.]
- IBGE. **Censo demográfico 2010: característica geral dos indígenas-resultado do universo**. [s.l: s.n.]

- KARINA, A.; JOSÉ, Â.; BÓS, G.; HUTTNER, É.; MACHADO, C. Prevalência da síndrome metabólica em indígenas com mais de 40 anos no Rio Grande do Sul , Brasil. v. 1, n. 1, p. 41–45, 2011.
- KINALSKI, D. D. F.; PAULA, C. C. de; PADOIN, S. M. de M.; NEVES, E. T.; KLEINUBING, R. E.; CORTES, L. F. Grupo focal na pesquisa qualitativa: relato de experiência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 443–448, p. 12115–12125, 2017. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/2670/267050430028.pdf>>.
- KOURY, M. G. P. Estilos de vida e individualidade. **Horizontes Antropológicos**, v. 16, n. 33, p. 41–53, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-71832010000100004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-71832010000100004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)>.
- LEACH SCULLY, J. What is a disease? **EMBO Reports**, v. 5, n. 7, p. 650–653, 2004. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15229637%5Cnhttp://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC1299105>>.
- MELO, J.; VILLANUEVA, R. E. **Levantamento etnoecológico munduruku: terra indígena munduruku**. 1. ed. Brasília: FUNAI/PPTAL/GTZ, 2008.
- NEVES, D. M.; SANTOS, M. J. D. S. Babies born better : the use of MAXQDA in a preliminary analysis of portuguese responses to the qualitative section of the surv. **Revista Pesquisa Qualitativa**, v. 6, p. 124–135, 2018.
- OLIVEIRA, G. F. De; OLIVEIRA, T. R. R. De; RODRIGUES, F. F.; CORRÊA, L. F.; IKEJIRI, A. T.; CASULARI, L. A. Prevalência de diabetes melito e tolerância à glicose diminuída nos indígenas da Aldeia Jaguapiru, Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 29, n. 5, p. 315–321, 2011.
- ORTIZ, L.; SWITKES, G.; FERREIRA, I.; VERDUM, R.; PIMENTEL, G. O maior triburário do Rio Amazonas ameaçado. p. 22, 2007.
- PORRO, A. **O povo das águas : ensaios de etno-história amazônica**. Manaus: EDUA, 2017.
- PRATES, L. A.; CECCON, F. G.; ALVES, C. N.; WILHELM, L. A.; DEMORI, C. C.; SILVA, S. C. da; RESSEL, L. B. A utilização da técnica de grupo focal : um estudo com mulheres quilombolas. **Caderno De Saúde Pública**, v. 31, n. 12, p. 2483–2492, 2015.
- RAMOS, A. **Enciclopédia dos Povos Indígenas no Brasil - Instituto Socioambiental: Munduruku**. Disponível em: <<https://pib.socioambiental.org/pt/povo/munduruku/print>>. Acesso em: 5 jan. 2017.
- RIBEIRO, A. A.; FORTUNA, C. M.; ARANTES, C. I. S. O trabalho de enfermagem em uma instituição de apoio ao indígena. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 24, n. 1, p. 138–145, 2015.
- RIBEIRO, E.; UNIVERSIDADE, P.; PEREIRA, E. R. Perfil de morbidade de indígenas em serviço especializado. n. October, 2014.
- ROCHA, T. E. da S.; SILVA, R. P. da; NASCIMENTO, M. M. do. Mudanças dos hábitos alimentares entre os Akwen Xerente. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, p. 96–100, 2016.

- RODRIGUES, K. N.; SANTOS, N. de S. S. A percepção do indígena xerente sobre a hipertensão arterial sistêmica, no Tocantins TT - La percepción de lo indígena xerente acerca de la hipertensión arterial sistémica, en Tocantins TT - The perception of xerente indigenous about systemic arterial h. **Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online)**, v. 8, n. 2, p. 4549–4562, 2016. Disponível em: <[http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5032/pdf\\_1915](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5032/pdf_1915)>.
- SCHVINGEL, C.; GIONGO, I. M.; MUNHOZ, A. V. Grupo Focal: Uma Técnica De Investigação Qualitativa. **Debates em Educação**, v. 9, n. 19, p. 91–106, 2017. Disponível em: <<http://www.seer.ufal.br/index.php/debateseducacao/article/view/3455>>.
- SCOPEL, D.; DIAS-SCOPEL, R. P.; LANGDON, E. J. [Intermediality and protagonism: the role of indigenous health agents on the Kwatá-Laranjal Indian Reservation in Amazonas State, Brazil]. **Cadernos de saude publica**, v. 31, n. 12, p. 2559–68, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2015001202559&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015001202559&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)>.
- SCOPEL, R. P. D. **A cosmopolítica da gestação , parto e pós-parto : práticas de autoatenção e processo de medicalização entre os índios Munduruku Florianópolis**, 2014. .
- SETORIAL, P.; AS, P. **Culturas indígenas**. [s.l: s.n.]
- SIASI. **Ministério da Saúde - MS Secretaria Especial de Saúde Indígena - SESAI Departamento de Gestão da Saúde Indígena Coordenação Geral de Monitoramento e Avaliação da Saúde Indígena Divisão de Monitoramento da Saúde Indígena Sistema de Informação da Atenção à**.
- SILVA, A. H.; FOSSÁ, M. I. T. Análise De Conteúdo: Exemplo De Aplicação Da Técnica Para Análise De Dados Qualitativos. **Qualitas Revista Eletrônica**, v. 16, n. 1, p. 1–14, 2015. Disponível em: <<http://revista.uepb.edu.br/index.php/qualitas/article/view/2113>>.
- SILVA, S. C. P.; PEREIRA, C. F.; SILVA, C. L.; LEAL, D.; OLIVEIRA, M. C.; RAPOZO, P. H. C. Plano territorial de desenvolvimento rural território madeira-AM. p. 158, 2010.
- SOARES, M. I.; CAMELO, S. H. H.; RESCK, Z. M. R. TECHNIQUE OF FOCUS GROUP IN QUALITATIVE DATA COLLECTION: EXPERIENCE REPORT. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, v. 20, p. 1–5, 2016. Disponível em: <<http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/1415-2762.20160012>>.
- SOUZA FILHO, Z. A. de. **AVALIAÇÃO de fatores de risco cardiovascular , com ênfase na hipertensão arterial , em indígenas da etnia mura : estudo comparativo entre população rural e urbana avaliação de fatores de risco cardiovascular , com ênfase na hipertensão arterial , em indíg.** 2016. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2016.
- TOLEDO, N. das N. **Fatores de risco para doenças cardiovasculares: um estudo comparativo entre indígenas, brancos, pardos/negros que residem na cidade de manaus.** 2013. Universidade Federal do Amazonas/Universidade Estadual Paulista, 2013.
- TRAD, L. A. B. conceitos , procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. 2009.
- VERBI. **MAXQDA 12: guia de introdução**. Berlim: © VERBI Software., 2016.
- WHO. **Constituição da Organização Mundial da Saúde ( OMS / WHO )** - 1946. p. 1–7, 1946.

WHO. Global status report on noncommunicable diseases 2014. **World Health**, p. 176, 2014.

## APÊNDICES

## Apêndice A- Termo de Anuência

**TERMO DE ANUÊNCIA PRÉVIA PARA REALIZAÇÃO DO PROJETO**

Eu, Manoel Cardoso Munduruku, líder da Terra Indígena Kwatá-Laranjal, do Município de Borba, do estado Amazonas, declaro que fui esclarecido e consinto o ingresso da enfermeira Valéria Pacheco Dias, mestranda do curso de Pós-graduação em Enfermagem, pela Escola de Enfermagem de Manaus da Universidade Federal do Amazonas e do Professor David Lopes Neto, da Escola de Enfermagem de Manaus da Universidade Federal do Amazonas, para realização do projeto de pesquisa **"Doenças cardiovasculares: conhecimento e práticas de autocuidado por famílias indígenas munduruku da Terra Indígena Kwatá-Laranjal, Borba, Amazonas"**, que tem como objetivo analisar o conhecimento e as práticas sobre autocuidado relacionado ao processo saúde-doença de doenças cardiovasculares vivenciadas por indígenas Munduruku da Terra Indígena Kwatá-Laranjal, do município de Borba, estado do Amazonas. Sei que a pesquisa é importante para mostrar como os indígenas Munduruku cuidam da sua saúde quanto a as doenças do coração, o que contribuirá com uma melhor assistência pelos profissionais de saúde na orientação aos indígenas para evitar problemas no coração, como pressão alta, ataque do coração, derrame, entre outras.

Amazonas (Borba), 07 de Outubro 2017.



Manoel Cardoso Munduruku  
Líder da comunidade indígena de Kwatá-Laranjal

**TERMO DE ANÊNCIA PRÉVIA PARA REALIZAÇÃO DO PROJETO**

Eu, Wilmário Santos dos Santos, líder da comunidade indígena Laranjal, pertencente à Terra indígena Kwatá-Laranjal, do Município de Borba, do estado Amazonas, declaro que fui esclarecido e consinto o ingresso da equipe de pesquisadores coordenado pela Dra. Noeli das Neves Toledo, professora da Escola de Enfermagem de Manaus da Universidade Federal do Amazonas, para realização do projeto de pesquisa "**Fatores de risco para doenças cardiovasculares em indígenas Munduruku, kwatá-laranjal**", cuja finalidade será: Analisar os fatores de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares - DCVs entre os indígenas que moram nas terras indígenas de Kwatá-Laranjal, estado do Amazonas. Sei que a pesquisa é importante para mostrar quais os riscos que os moradores destas comunidades possam ter ou não para desenvolver doenças do coração, bem como contribuir com informações que possibilite as equipes de saúde direcionar o tratamento ou evitar o desenvolvimento de doenças como: pressão alta, ataque do coração, derrame, muito açúcar no sangue, entre outras relacionadas.

Amazonas (Borba), 04 de maio 2017.

Wilmário Santos dos Santos  
Líder da aldeia indígena de Laranjal

Apêndice B – Roteiro para Grupo Focal e Ficha de identificação dos participantes

**Roteiro para Grupo Focal**

( ) Acolhimento ( ) Apresentação ( ) Explicação da dinâmica ( ) Entrega de TCLE ( ) Leitura conjunta e individual ( ) Coleta de assinatura ( ) Coleta de informações pessoais

**QUESTÕES DISPARADORAS**

Vamos conversar sobre doenças do coração:

- 1- O que vocês sabem sobre doenças do coração?
- 2- As doenças do coração podem ser evitadas?
- 3- Têm mais alguma coisa que vocês queiram falar sobre doenças do coração?

**Informações dos participantes:**

Número de Identificação:

Idade:

## Apêndice C- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



**Poder Executivo**  
**Ministério da Educação**  
**Universidade Federal do Amazonas**  
**Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação**




**UFAM**  
**PROPESP**  
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação do UFAM

Via do pesquisador

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO REFERENTE AOS OBJETIVOS DE CARÁTER QUALITATIVO.**

Olá!

Convidamos o (a) Sr.(a) para participar como voluntário de um estudo da Universidade Federal do Amazonas, realizado pela pesquisadora Valéria Pacheco Dias, aluna regular do Programa de Mestrado em Enfermagem, sob a orientação do Prof<sup>o</sup> David Lopes Neto e prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Noeli Neves Toledo, docentes da Escola de Enfermagem de Manaus- EEM e do programa de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Amazonas. O título do estudo é sobre "Fatores de risco para doenças cardiovasculares em indígenas Munduruku", tendo por objetivo Analisar os fatores de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares-DCVs entre os indígenas da etnia Munduruku, que vivem na aldeia indígena de Kwatá e Laranjal, estado do Amazonas. Para a coleta de dados, o Sr.(a) participará de uma entrevista junto com outros indígenas, representantes das famílias que vivem nesta aldeia, essa entrevista será gravada por um aparelho gravador de voz, que depois será redigida pela pesquisadora. As perguntas que serão feitas ao Sr.(a) são sobre: O que sabe a respeito aos fatores de risco para ter doenças do coração? Como os alimentos são produzidos, preparados e consumidos? Quais os cuidados que o(a) sr. (a) tem com o corpo e a saúde? Informamos que os riscos serão mínimos, podendo se sentir emocionalmente abalado devido à possibilidade da entrevista em grupo causar insegurança, receio e/ou ansiedade. Para minimizar qualquer desconforto ou constrangimento a pesquisadora irá esclarecer qualquer dúvida que venha ter sobre doenças do coração, bem como sobre as perguntas realizadas sendo dado total liberdade para não responder aquelas que lhe parecer inoportuna. Além disso, a entrevista de grupo será realizada em ambiente tranquilo e reservado, sem a necessidade de identificação, ficando livre de qualquer exposição de suas respostas perante a sociedade. Pretendemos com o este estudo, contribuir para o fortalecimento de políticas públicas na prevenção dos fatores de risco para ter doenças do coração, como: Pressão alta, derrame, ataque cardíaco e/ou muito açúcar ou gordura no sangue. Sua participação neste estudo é voluntária e o(a) sr. (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhum dinheiro para participar da pesquisa. Porém, caso ocorra algum dano decorrente a sua participação no estudo, o(a) sr. (a) será indenizado conforme a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466 de 2012, IV.3. h,IV.4c e V.7, que assegura seu direito a indenizações e cobertura material para reparação a possível dano causado pela pesquisa, de modo que o(a) sr.(a)e/ou seu acompanhante serão acompanhados pela pesquisadora no serviço de atendimento que responda ao problema ocorrido, sendo todos os gastos relacionados ao dano e a sua resolução de responsabilidade da pesquisadora, entretanto, se o(a) sr(a) tiver qualquer despesa com o dano ocorrido, ela será integralmente ressarcida em espécie. Esclarecemos que a qualquer momento o sr. (a) poderá recusar-se a participar da pesquisa ou retirar o seu consentimento de uso das informações coletadas, independente do motivo e sem nenhum prejuízo à sua pessoa. Todas as informações coletadas serão guardadas em sigilo e todo o material será utilizado para publicação em eventos e/ou revistas científicas. Para qualquer outra informação, você poderá entrar em contato com

Página 1 de 2



Poder Executivo  
Ministério da Educação  
Universidade Federal do Amazonas  
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação



### Via do participante

os pesquisadores: Valeria Pacheco Dias, Noeli das Neves Toledo, David Lopes Neto, no endereço: Rua Teresina, 495, Manaus-AM, Telefone (92) 99114-5386. Se você tiver perguntas com relação aos seus direitos como participantes do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética da Universidade Federal do Amazonas, na Escola de Enfermagem na sala 07, na rua Teresina, 495 - Adrianópolis - Manaus - AM, pelo telefone (92) 3305-1181 Ramal 2004 ou pelo e-mail: [cep@ufam.edu.br](mailto:cep@ufam.edu.br). O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade. Solicitamos que assine o consentimento pós-informação, afirmando que compreendeu e está de acordo com termos apresentados.

#### Consentimento pós-informação:

Eu, [Redacted] fui informado sobre o que a pesquisadora quer fazer e porque precisa da minha colaboração no estudo, compreendi o objetivo da pesquisa e quais procedimentos serão realizados. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios da mesma. Entendi que sou livre para interromper a minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão, e que isso não me trará prejuízo. Confirmando também que recebi uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por mim e pela pesquisadora. Dou meu consentimento de livre e espontânea vontade para participar desta pesquisa.

[Redacted]  
Assinatura do participante da pesquisa

Valeria Pacheco Dias  
Assinatura do Pesquisador Responsável

Elaine Moura de Freitas Medeiros  
Assinatura do Pesquisador Colaborador

IMPRESSÃO  
DACTILOSCÓPICA

Data: 31 / 05 / 18

**ANEXOS**

## Anexo A– Parecer Consubstanciado da CONEP

COMISSÃO NACIONAL DE  
ÉTICA EM PESQUISA



**PARECER CONSUBSTANCIADO DA CONEP**

**DADOS DA EMENDA**

**Título da Pesquisa:** FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES EM INDÍGENAS MUNDURUKU

**Pesquisador:** Noeli das Neves Toledo

**Área Temática:** Estudos com populações indígenas;

**Versão:** 6

**CAAE:** 74361617.2.0000.5020

**Instituição Proponente:** Escola de Enfermagem de Manaus

**Patrocinador Principal:** CNPQ

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.512.369

**Apresentação do Projeto:**

As informações contidas nos campos Apresentação do Projeto, Objetivo da Pesquisa e Avaliação dos Riscos e Benefícios foram retiradas do documento "PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_1015980\_E1.pdf", de 18/10/2017, em que lê-se:

**INTRODUÇÃO**

A doença cardiovascular (DCV) é uma categoria diagnóstica genérica relacionada às várias doenças em separado. Ela pode se referir, entre outros, aos distúrbios do coração e dos vasos sanguíneos, incluindo: doenças arteriais coronarianas (DAC), acidente vascular encefálico (AVE), hipertensão arterial sistêmica (HAS), doença arterial periférica, cardiopatia reumática, cardiopatia congênita e insuficiência cardíaca (IC). Segundo estimativas da OMS, em 2008 as doenças cardiovasculares, diabetes, cânceres e doenças respiratórias crônicas, classificadas no grupo de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), constituíram a principal causa de morte no mundo. As DCV e diabetes foram responsáveis por 51% das mortes, dentre todas as mortes por DCNT. Dados do Brasil mostraram que as doenças infecciosas/parasitárias e os distúrbios de saúde materno-infantis foram responsáveis por apenas 15% da mortalidade; As DCNT alcançaram, em 2004, percentual de 66,3%, elevando-se para 72% em 2009. Segundo dados, disponibilizados através do sistema de informação do Sistema Único de Saúde (Datapus), no ano de 2010 cerca de 30% do total de óbitos na população nacional foram relacionados às doenças do aparelho circulatório. Dentre essas

**Endereço:** SEPN 510 NORTE, BLOCO A 3º ANDAR, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.750-521  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3315-5878 **E-mail:** conep@saude.gov.br

## COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 2.512.369

mortes, a doença cerebrovascular e o infarto agudo do miocárdio foram em conjunto, responsáveis por 62% das mortes. Segundo estimativas, cerca de 23.000.000 pessoas no país são portadoras de Diabetes e Hipertensão (HAS), doenças consideradas importantes fatores de risco para o desenvolvimento de DCV, cerebrovasculares e renais. A HAS é responsável por 40% das mortes por acidente vascular cerebral, 25% das mortes por DCV e, quando associada à diabetes, representa cerca de 50% dos casos de doença renal crônica (DRC) terminal. Deste modo, a principal relevância da identificação e controle da HAS reside na redução das suas complicações, tais como: doença cerebrovascular, DCV, IC, DRC e DAP6. As condições socioeconômicas e culturais da população também são consideradas fatores que contribuem para o desenvolvimento das DCV, por ter sido observado que o hábito de fumar, sedentarismo, sobrepeso e obesidade foram mais predominantes, nos indivíduos com menor nível de escolaridade e baixa renda familiar. Em relação às populações indígenas no Brasil, dados revelam que de um total de cinco milhões estimados no início da colonização, as populações indígenas sofreram drásticas reduções no decorrer dos séculos, em virtude do acometimento por doenças trazidas pelos brancos e/ou durante os conflitos com colonizadores, caracterizando longo período marcado por uma sequência de disputas por terras, mão-de-obra escrava e imposição religiosa, com total depreciação da cultura indígena. No entanto, nas últimas décadas, ocorreu a chamada "revolução demográfica" indígena no Brasil, revelando alterações que indicavam um evidente crescimento desses povos em ritmo superior à média nacional. Nas últimas décadas, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) tem aprimorado sua investigação sobre a população indígena no país. A partir de 1991 foi incluída a categoria "indígena" no questionário da amostra, como mais uma opção de resposta para a pergunta sobre a "cor/raça". No Censo de 2010, o quesito da "cor/raça", passou a ser pesquisado no questionário da amostra e no básico, significando que toda a população do país foi indagada acerca desse quesito. Além disso, passaram a ser feitas perguntas adicionais sobre pertencimento étnico e línguas faladas, quando a pessoa informava ser indígena<sup>26</sup>. Análises preliminares desse Censo (2010) registraram 896,9 mil indígenas, consistindo 305 etnias que falavam 274 idiomas. Desses, 36,2% residiam na área urbana e 63,8% na área rural. As terras indígenas ocupavam em torno de 12,5% do território nacional (106,7 milhões de hectares) onde residiam 517,4 mil indígenas (57,7% do total). Nos estados da Amazônia Legal brasileira (Acre, Amapá, Amazonas, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins e parte do Maranhão) a população indígena é de cerca de 430 mil (48,3% do total) que pertencem a 63 povos diferentes. A terra indígena com maior população é a Yanomami, localizada no Amazonas e em Roraima, representando 5% do total das áreas indígenas, e onde vivem 25,7 mil indígenas. Esses dados

**Endereço:** SEPN 510 NORTE, BLOCO A 3º ANDAR, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.750-521  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3315-5878 **E-mail:** conep@saude.gov.br

## COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 2.512.369

também revelam que a população indígena possui altas taxas de fecundidade, que há mais mulheres nas áreas urbanas e mais homens nas rurais, apesar do declínio no predomínio masculino nas áreas rurais entre 1991 e 2010, especialmente no Sudeste (de 117,5 para 106,9) Norte (de 113,2 para 108,1) e Centro-Oeste (de 107,4 para 103,4) do país<sup>26-28</sup>. Para os indígenas residentes nas terras, essa pirâmide ainda é resultante de uma alta natalidade e mortalidade. Metade da população indígena tinha até 22,1 anos de idade. A respeito dos dados referentes à morbidade, estudos apontam que as doenças infecciosas e parasitárias têm sido predominantes nessa população. Entre elas, podem-se destacar: malária, tuberculose, leishmaniose, oncocercose, hepatite, esquistossomose, tracoma e hanseníase. Entre as populações indígenas brasileiras, também há mudanças importantes em relação aos fatores de risco para as DCV, devido às mudanças socioculturais e econômicas, resultantes da interação destes povos com a sociedade nacional e da destruição dos ecossistemas que tem interferido de forma significativa nos diversos aspectos da vida cotidiana desses povos, piorando seu perfil metabólico e tornando-os mais vulneráveis às DCNT. As mudanças nos hábitos alimentares, associadas à diminuição da prática de atividades físicas, resultaram no ganho de peso, maior que a média nacional. A HAS e DM também têm sido frequentes, em razão do processo de crise de identidade cultural, das modificações na subsistência e do estilo de vida entre estes povos. Estudos têm considerado a necessidade de se definir pontos de corte diferentes dos reconhecidos mundialmente, mais específicos, que determinem o estado nutricional, baixo peso, normalidade, sobrepeso e obesidade nas populações que vivem em contextos socioculturais diferenciados. No período de 2002 e 2006 os indígenas da etnia Xavante e Parkatêjê, que vivem respectivamente nas Reservas indígenas Sangradouro-Volta Grande (Mato Grosso do Sul) e Mãe Maria (Pará), mostraram obesidade associada a elevadas taxas de dislipidemia, intolerância à Glicose e hipertensão arterial. Nos dois grupos, as mulheres foram as que mais apresentaram IMC acima de 30kg/m<sup>2</sup>. Entre os indígenas Parkatêjê, foram os homens que apresentaram níveis mais elevados de pressão arterial diastólica, embora os níveis pressóricos sistólicos e diastólicos fossem situados entre os valores da normalidade. Pesquisa realizada em 2011 mostrou que os indígenas da aldeia Jaguaripu, Mato Grosso do Sul, apresentaram prevalências de 29,7% na HAS, 4,5% na DM e 2,2% de intolerância à Glicose. A obesidade esteve presente em 14% dos homens e em 30% das mulheres. A maior expectativa de vida, o processo de urbanização, a inatividade física e o aumento da obesidade foram responsáveis por estes resultados, estando às mulheres dessa aldeia com maior risco para obesidade e DM do que os homens. Entre os indígenas Kaingang e Guarani que residem no Rio Grande do Sul, a síndrome metabólica foi diagnosticada em 65,3% dos indígenas, sendo duas

**Endereço:** SEPN 510 NORTE, BLOCO A 3º ANDAR, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.750-521  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3315-5878 **E-mail:** conep@saude.gov.br

## COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 2.512.369

vezes mais frequente nas mulheres (85%) do que nos homens (40,3%). Os achados mostraram que o grupo apresentava graves problemas de educação alimentar, no qual 47,3% dos homens e das mulheres foram considerados obesos, apontando para um crescimento do número de DCV nestes indivíduos. Entre os anos de 1991 e 1999 foram criados vários sistemas governamentais destinados a prover adequada atenção aos povos indígenas. Em agosto de 1999, o Ministério da Saúde, por intermédio da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), assumiu a responsabilidade de estruturar e operacionalizar o subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Este, por sua vez, está diretamente articulado com o Sistema Único de Saúde (SUS), passando a responder por todas as ações de saúde cuja finalidade é eliminar toda forma de discriminação e marginalização através da adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde, garantindo o acesso universal dos indígenas, conforme as diretrizes e princípios estabelecidos pelo SUS40. Na prática, os resultados desse modelo têm mostrado estar muito aquém das reais necessidades da população, resultando a partir de 2010 na criação da Secretaria de Saúde Indígena – SESAÍ que passa a assumir a responsabilidade pela saúde indígena no Programa da FUNASA. A mesma compõe a estrutura central do Ministério da Saúde, tornando-se responsável por elaborar, propor e implementar as políticas públicas de promoção e proteção da saúde indígena. O Subsistema de Saúde Indígena foi constituído a partir dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), caracterizados por uma rede de serviços instalados nas terras indígenas a fim de atender à primeira esfera de atenção integrada ao SUS, ou seja, atenção básica à saúde. O modelo adotado pela FUNASA para cumprir essa responsabilidade foi o estabelecimento de convênios com organizações não governamentais, organizações indígenas, universidades e prefeituras, nos 34 DSEI's atualmente existentes no país, sendo sete localizados no Amazonas. Os DSEIs correspondem a uma área geográfica cujos limites podem não levar em consideração as fronteiras municipais e estaduais. O DSEI Manaus cuja sede se localiza em Manaus cobre 15 Municípios do estado do Amazonas, possuem 15 pólos bases, responsáveis pela assistência em 212 aldeias indígenas para 35 etnias, dentre elas os indígenas Munduruku. Os indígenas Munduruku são originalmente da língua do tronco Tupi, família linguística Munduruku, possuem, na maioria domínio da língua portuguesa. Considerados um grupo étnico numeroso, vivem na Região Norte do Brasil, mas especificamente nos estados do Pará (municípios de Santarém, Itaituba e Jacareacanga), do Mato no Grosso (município de Juara) e do Amazonas (municípios de Canumã e Borba). Estima-se que a população seja de 11.630, sendo observados grupos territoriais que se encontram em situação sociocultural específica 46. No Amazonas há uma extensa região de ocupação por indígenas Munduruku, conhecida como Terra

**Endereço:** SEPN 510 NORTE, BLOCO A 3º ANDAR, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.750-521  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3315-5878 **E-mail:** conep@saude.gov.br

## COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 2.512.369

Indígena Kwatá- Laranjal, localizada no município de Borba, com cerca 3.820 indígenas, na qual estão distribuídos em 33 aldeias. O principal rio da Terra Indígena Kwatá-Laranjal, é o Rio Canumã, fica situado na área que abrange o Baixo rio Madeira, este possui uma topografia plana e com a presença de múltiplos rios, suscetíveis às variações de nível durante as cheias e vazantes. O desenvolvimento das ações de saúde básica tem sido ofertado pelas equipes de saúde do Distrito Sanitário Especial Indígena - DSEI de Manaus, presentes nos dois Pólos Bases, um localizado na aldeia Kwatá e o outro na aldeia Laranjal. Nas aldeias quando os problemas de saúde não são solucionados os indígenas são transferidos para CASAI de Nova Olinda do Norte, que é o município mais próximo. Caso não alcance a resolução da sua situação de saúde, os indígenas são encaminhados para o Hospital de Nova Olinda do Norte ou para a capital Manaus. No Plano Distrital de Saúde Indígena do DSEI-Manaus (2012-2015) encontra-se os programas da atenção básica que devem ser desenvolvidos pelas equipes de saúde são: Saúde da Mulher e da Criança, Imunização, Saúde Mental, Doença Sexualmente Transmissível (DST)/Síndrome da Imunodeficiência Humana (AIDS) e Hepatites Virais, Doenças e Agravos não transmissíveis (DANT)/Hipertensão/Diabetes, Saúde do Homem, Saúde do Idoso, Sistema de Vigilância Alimentar Nutricional (SISVAN), Tuberculose/Hanseníase (MH), Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) e Vigilância Epidemiológica. As propostas de organização dos DSEIs pressupõem agregar as condições necessárias para melhorar a situação de saúde da população através de planejamento, execução e avaliação das ações assistenciais, buscando adequar este atendimento às culturas indígenas; Isto tem sido difícil, já que as equipes procedem, na maioria das situações, de forma semelhante ao que fariam numa unidade do SUS. Neste contexto, este estudo pretende proporcionar um conhecimento mais amplo e específico das populações indígenas Munduruku que vivem no Território de Kwatá-Laranjal, sobre as variáveis biológicas, comportamentais, socioeconômicas e demográficas que são conhecidas, na população nacional, como fatores de risco modificáveis para o desenvolvimento doenças cardiovasculares. **HIPÓTESE** Quais os fatores de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares-DCVs entre os indígenas aldeados da etnia Munduruku, das terras indígenas de Kwatá e Laranjal, estado do Amazonas?

### METODOLOGIA

Este estudo foi aprovado na chamada do Edital Universal nº 01/2016 do, cujo número do Processo é: 424053/2016-0. A população de estudo será composta por indígenas da etnia Munduruku que residem nas Terras indígenas Kwatá-Laranjal, acima de 18 anos de idade. Segundo dados populacionais, divulgados pelo DESEI Manaus de 2016, o total da população, de ambos o sexos,

**Endereço:** SEPN 510 NORTE, BLOCO A 3º ANDAR, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.750-521  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3315-5878 **E-mail:** conep@saude.gov.br

## COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 2.512.369

acima de 18 anos é de 1.572 habitantes. Esse quantitativo populacional é o total de residentes das duas aldeias, onde Kwatá é formada com 902 habitantes e Laranjal com 670 habitantes. Para alcançar os objetivos de caráter QUANTITATIVO a amostra será constituída de população das duas aldeias supracitadas, calculada a partir da população deste estudo separadamente, sendo que para as aldeias das áreas de abrangência dos Pólos Base de kwatá-Laranjal, as amostras serão constituídas respectivamente de no mínimo 270 e 244 indígenas. Isso representa um quantitativo mínimo de 514 indígenas que deverão compor a amostra total do estudo. A seleção da amostra será estratificada, onde a população será dividida por aldeia e por sexo e em cada estrato será feita a seleção aleatória simples, possibilitando que todos os elementos da população tenham a mesma probabilidade de pertencer à amostra. A coleta dos dados será realizada em etapas sequenciais no qual cada membro da equipe será responsável por apenas um dos procedimentos. A medida da PA serão medidas no braço direito, usando o Monitor de Pressão Arterial Automático de braço, conforme as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2010 e o Manual de Instruções do Monitor de Pressão Arterial Automático, que descreve a maneira de garantir uma leitura confiável. A balança de bioimpedância digital e o estadiômetro compacto tipo trena, serão os instrumentos utilizados para a aferição de peso e da altura, dos participantes do estudo. Para avaliar o estado nutricional dos indígenas, será utilizado o índice de massa corporal (IMC). Para a medição das circunferências corporais será utilizado a fita métrica de plástico não extensível (tamanho de 1,5m). A aferição das circunferências da cintura e do quadril será realizada para poder calcular a razão cintura/quadril (RCQ). Para a mensuração dos níveis da Glicose, Colesterol e Triglicerídeos, será utilizado o sistema Accutrend®, aparelho monitor, que por meio da coleta de gota espessa, possibilita a medição em poucos minutos dos níveis de Glicose, Colesterol e Triglicerídeos. Para os dados demográficos, socioeconômicos e estilo de vida, será aplicado um instrumento composto por questões fechadas relativas às seguintes variáveis: renda, estado civil, ocupação, escolaridade, idade, sexo, tabagismo; consumo de álcool; história familiar de DCV e realização do grau da intensidade de atividade física, este por meio do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ), em sua versão curta. Para alcançar os objetivos de caráter QUALITATIVO será adotada a técnica da Entrevista de Grupo, tendo como pressuposto teórico a Teoria das Representações Sociais. A coleta dos dados terá a participação das famílias que residem na aldeia de Kwatá e de Laranjal. Será adotado convidar ao menos dois membros, um do sexo masculino e outro do feminino, das famílias que vivem nessas aldeias há mais tempo, considerando a maior possibilidade de conhecerem mais profundamente a realidade histórica social vivenciada ao longo dos anos. As entrevistas serão realizadas em ambiente que possa acolher um grupo de 7 a 10.

**Endereço:** SEPN 510 NORTE, BLOCO A 3º ANDAR, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde

**Bairro:** Asa Norte

**CEP:** 70.750-521

**UF:** DF

**Município:** BRASÍLIA

**Telefone:** (61)3315-5878

**E-mail:** conep@saude.gov.br

## COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 2.512.369

pessoas e que possibilite a gravação de áudio das dos participantes, conduzida por um membro da equipe envolvido no projeto, o qual atuará como agente moderador do grupo. Este irá conduzir a atividade utilizando um roteiro de perguntas disparadoras que permitam aos sujeitos se expressarem e interagir entre si. Essa etapa poderá durar entre 30 minutos a 2 horas e caso os envolvidos considerem relevante poderá ser pactuado retomar a entrevista em outro momento.

### CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Inclusão: Idade igual ou superior a 18 anos;
- Pertencer à etnia envolvida no estudo;
- Residir nas terras indígenas de Kwatá-Laranjal.

### CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Estar em estado de adoecimento que prejudique sua participação na pesquisa;
- Não estar presente no período de coleta de dados;
- Não comunicar-se na língua portuguesa.

### Objetivo da Pesquisa:

#### OBJETIVO PRIMÁRIO

- Analisar os fatores de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares-DCVs entre os indígenas aldeados da etnia Munduruku, das terras indígenas de Kwatá e Laranjal, estado do Amazonas.

#### OBJETIVO SECUNDÁRIO

- Mensurar as variáveis metabólicas e antropométricas relacionadas às DCVs dos indígenas em estudo, com ênfase nas prevalências de excesso de peso, níveis da pressão arterial, Glicose, Colesterol e triglicerídeos elevados;
- Identificar entre os indígenas em estudo, as características demográficas, socioeconômicas e de estilo de vida, associadas aos fatores de risco para desenvolver DCV;
- Compreender como as famílias da aldeia de Kwatá e de Laranjal experimentam e conferem sentidos aos processos de saúde-doença vivenciados pelos mesmos, considerando os significados que atribuem aos fatores de risco relacionados com o desenvolvimento das DCV;
- Descrever o cotidiano das famílias da aldeia Kwatá e de Laranjal no que se refere à alimentação, aos alimentos produzidos, preparados e consumidos, e aos cuidados com o corpo e a saúde.

**Endereço:** SEPN 510 NORTE, BLOCO A 3º ANDAR, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde

**Bairro:** Asa Norte

**CEP:** 70.750-521

**UF:** DF

**Município:** BRASILIA

**Telefone:** (61)3315-5878

**E-mail:** conep@saude.gov.br

## COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 2.512.369

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

#### **RISCOS**

De acordo com a Resolução CNS 466/12, toda pesquisa com seres humanos envolve riscos em tipos e gradações variadas. Ao considerar os objetivos deste estudo, entendemos que os riscos serão mínimos, relacionado ao incômodo durante as medidas: antropométricas, pressão arterial e exames de sangue, bem como psicoemocional devido à possibilidade da entrevista e entrevista de grupo causar insegurança, receio e/ou ansiedade. Para minimizar tais riscos as medidas serão realizadas com equipamentos adequados, em específico a punção, devendo ser realizada com Lancetas descartáveis de Segurança, na borda lateral da extremidade digital e nunca diretamente na polpa digital. Assim como as a coleta das medidas, o questionário e a entrevista será realizada em ambiente tranquilo e reservado, com o consentimento do sujeito, sem a necessidade de identificação, ficando livre de qualquer exposição de suas respostas perante a sociedade. Os sujeitos que apresentarem resultado dos exames de sangue alterados serão encaminhados para atendimento e monitoramento da equipe de saúde do Pólo Base, vinculada as DSEI Manaus, sem nenhuma cobrança ou pagamento e pelo tempo necessário, mesmo após o encerramento e/ou a interrupção da pesquisa. Caso ocorra algum dano decorrente da participação do indígena no estudo, este será devidamente indenizado conforme a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466 de 2012, IV.3. h, IV.4c e V.7, a qual assegura o direito a indenizações e cobertura material para reparação a possível dano, causado pela pesquisa.

#### **BENEFÍCIOS**

Tendo em vista que os estudos sobre DCV em populações indígenas que vivem em território nacional ainda são escassos, pretende-se com o presente estudo, contribuir para o fortalecimento de políticas públicas efetivas e integradas na prevenção dos fatores de risco modificáveis associados ao desenvolvimento das doenças cardiovascular, também emergente nas populações indígenas no Brasil.

### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se da Emenda 1 ao protocolo, submetida para inserir a Área Temática "Estudos com populações indígenas", a qual não havia sido selecionada no projeto original.

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

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

**Endereço:** SEPN 510 NORTE, BLOCO A 3º ANDAR, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.750-521  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3315-5878 **E-mail:** conep@saude.gov.br

## COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 2.512.369

### Recomendações:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Respostas ao Parecer Consubstanciado Conep nº2.451.203:

1. Considerando o apresentado na Norma Operacional 001 de 2013, faz-se necessário descrever como será realizada a abordagem dos possíveis participantes da pesquisa e o processo de consentimento livre e esclarecido.

**RESPOSTA:** Na etapa quantitativa: Será realizado uma abordagem aos participantes em potencial da pesquisa, onde será apresentado a forma de desenvolvimento do projeto e explicado o TCLE. Após essa abordagem, caso aceitem participar da pesquisa, será realizado o agendamento prévio com os interessados, marcando o dia, hora e local para coleta dos dados. Em virtude da necessidade de jejum de oito horas para coleta de gota de sangue, a coleta de todos os dados será feita sempre pela manhã, os indígenas serão orientados a realizar a última refeição até às 22 horas do dia anterior à coleta e a não comer nada ao acordar, permanecendo em jejum até o término da coleta da gota de sangue. E antes da última etapa, que é a realização da entrevista por meio do questionário, será oferecido um lanche para os indígenas participantes da pesquisa. Para cada participante do estudo, será lido e explicado novamente o TCLE para a pesquisa, sendo assinado em seguida, antes de se iniciar a coleta dos dados. Além disso, será informado que o material da gota de sangue coletada será desprezado em local adequado, logo após a análise.

Na etapa qualitativa: Serão convidados dois membros de cada família das aldeias de Kwatá e Laranjal. A abordagem aos possíveis participantes da pesquisa, será iniciada com convite e apresentação sobre o desenvolvimento do projeto e explicação do TCLE. Após essa abordagem, caso aceitem participar da pesquisa, será realizado o agendamento prévio com os interessados, marcando o dia, hora e o local para a realização do grupo focal. Antes de iniciar o grupo focal será lido e explicado novamente o TCLE, sendo solicitado aos envolvidos assinarem o TCLE.

**ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.**

2. Solicita-se detalhar se todas as etapas da pesquisa serão realizadas na aldeia. O ressarcimento é para "compensação material dos gastos decorrentes da participação na pesquisa, ou seja, despesas do participante e seus acompanhantes, tais como transporte e alimentação".

**RESPOSTA:** Na etapa quantitativa: Apenas a coleta de dados será realizada na aldeia, o que configura desde a aproximação junto às famílias até a última etapa da coleta de dados, totalizando

**Endereço:** SEPN 510 NORTE, BLOCO A 3º ANDAR, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde

**Bairro:** Asa Norte

**CEP:** 70.750-521

**UF:** DF

**Município:** BRASÍLIA

**Telefone:** (61)3315-5878

**E-mail:** conep@saude.gov.br

## COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 2.512.369

uma duração de permanência na aldeia de até 40 dias. Todo o processo da coleta de dados será realizado na própria aldeia, dessa forma os indígenas não terão nenhum gasto, como transporte e alimentação, decorrente de sua participação na pesquisa.

Na etapa qualitativa: A coleta dos dados e a transcrição dos mesmos, visando a fidedignidade dos dados, serão realizadas na aldeia. A previsão da coleta de dados configura-se desde o tempo de aproximação que levará aproximadamente três semanas até a transcrição dos dados, totalizando o tempo de até três meses. Todo o processo da coleta de dados será realizado na própria aldeia, dessa forma os indígenas não terão nenhum gasto, como transporte e alimentação, decorrente de sua participação na pesquisa.

**ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.**

3. Solicita-se incluir no termo de consentimento as formas de encaminhamento dos participantes com exames alterados.

**RESPOSTA:** Caso sua pressão arterial ou exames de sangue coletados apresentarem alguma alteração, o Sr. (a) será encaminhado imediatamente para avaliação e acompanhamento da equipe de saúde do Pólo Base, vinculada ao DSEI Manaus, a qual está presente diariamente na aldeia para prestar assistência à comunidade. Ao final da coleta de dados, mesmo que as suas medidas e os exames estejam sem alterações, o Sr. (a) receberá um cartão com todos os resultados sendo explicado o significado de cada valor, para que possa levar esse cartão no próximo atendimento prestado pela equipe de saúde do DSEI. **ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.** Foi apresentado um texto com a primeira parte descrita "via do pesquisador" e a segunda "via do participante", onde somente a primeira apresentava a marcação nas modificações. Foi analisado e aprovado o conteúdo do texto com negrito vermelho. Ressalta-se que os textos devem ser sempre idênticos.

4. Solicita-se incluir no termo de consentimento as formas de retorno dos resultados da pesquisa para os participantes, considerando que eles dificilmente terão acesso às publicações de eventos ou revistas científicas (Art 17, VI - garantia aos participantes do acesso aos resultados da pesquisa).

**RESPOSTA:** Tanto na etapa quantitativa quanto na qualitativa acrescentamos no termo de consentimento a forma de retorno dos resultados da pesquisa para os participantes: "E após o término do estudo voltaremos para as aldeias trazendo cópias dos artigos que serão produzidos e iremos apresentar os resultados do estudo por meio de palestras e/ou oficinas no centro

**Endereço:** SEPN 510 NORTE, BLOCO A 3º ANDAR, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.750-521  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3315-5878 **E-mail:** conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE  
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 2.512.369

comunitário da aldeia”.

**ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.** Foi apresentado um texto com a primeira parte descrita “via do pesquisador” e a segunda “via do participante”, onde somente a primeira apresentava a marcação nas modificações. Foi analisado e aprovado o conteúdo do texto com negrito vermelho. Ressalta-se que os textos devem ser sempre idênticos.

5. Segundo a Resolução CNS nº 466 de 2012, indenização é “cobertura material para reparação a dano, causado pela pesquisa ao participante da pesquisa” e ressarcimento é “compensação material, exclusivamente de despesas do participante e seus acompanhantes, quando necessário, tais como transporte e alimentação”. Solicita-se que o termo seja reescrito, pois existe uma diferença entre indenização e ressarcimento.

**RESPOSTA:** O participante do estudo não terá nenhuma despesa, tais como transporte e alimentação. Dessa forma excluímos o termo ressarcimento e reescrevemos parte do parágrafo ajustando com o termo indenização: “Sua participação neste estudo é voluntária e o sr. (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhum dinheiro para participar da pesquisa. Entretanto, caso ocorra algum dano decorrente a sua participação no estudo, o(a) sr. (a) e/ou seu acompanhante serão indenizados conforme a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466 de 2012, IV.3. h, IV.4c e V.7, que assegura seu direito a indenizações e cobertura material para reparação a possível dano causado pela pesquisa, de modo que o(a) sr.(a) e o seu acompanhante serão acompanhados pela pesquisadora ao serviço de atendimento que responda ao problema ocorrido, sendo todos os gastos relacionados ao dano e a sua resolução de responsabilidade do projeto através da pesquisadora. Qualquer tipo de indenização será realizado em espécie.

**ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.**

**Considerações Finais a critério da CONEP:**

Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - Conep, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação da emenda proposta ao projeto de pesquisa.

Situação: Emenda aprovada.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

**Endereço:** SEPN 510 NORTE, BLOCO A 3º ANDAR, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.750-521  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3315-5878 **E-mail:** conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE  
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 2.512.369

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1015980_E1.pdf	24/01/2018 22:30:13		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_QUANTI_COM_ALTERACOES_VERSA_NEGRITO_VERMELHO.pdf	24/01/2018 22:18:12	Noeli das Neves Toledo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_QUALI_VERSAO_NEGRITO_VERMELHO.pdf	24/01/2018 22:14:25	Noeli das Neves Toledo	Aceito
Outros	Instrumento_DADOS_QUANTITATIVOS_munduruku.pdf	24/01/2018 21:56:16	Noeli das Neves Toledo	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_audio.pdf	24/01/2018 21:54:13	Noeli das Neves Toledo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_ANEUENCIA_DSEI_comunidade.pdf	24/01/2018 21:53:12	Noeli das Neves Toledo	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_nao_ingresso.pdf	24/01/2018 21:47:53	Noeli das Neves Toledo	Aceito
Outros	ROTEIRO_DADOS_QUALI_ENTREVISTA_GRUPO_MUNDURUKU.pdf	24/01/2018 21:45:26	Noeli das Neves Toledo	Aceito
Outros	Resultado_CNPQ.pdf	24/01/2018 21:42:55	Noeli das Neves Toledo	Aceito
Outros	Avaliacao_Merito.pdf	24/01/2018 21:42:22	Noeli das Neves Toledo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_jan_2018.docx	19/01/2018 18:40:02	Noeli das Neves Toledo	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA.docx	19/01/2018 18:27:50	Noeli das Neves Toledo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_QUANTI.docx	19/01/2018 18:24:58	Noeli das Neves Toledo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_QUALI.docx	19/01/2018 18:24:32	Noeli das Neves Toledo	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto.pdf	25/07/2017 10:25:33	Noeli das Neves Toledo	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Endereço:** SEPN 510 NORTE, BLOCO A 3º ANDAR, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.750-521  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3315-5878 **E-mail:** conep@saude.gov.br

Página 12 de 13

Continuação do Parecer: 2.512.369

BRASÍLIA, 27 de Fevereiro de 2018

Assinado por:  
**Jorge Alves de Almeida Venancio**  
 (Coordenador)