

UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS

**EXCESSO DE PESO E PARIDADE EM MULHERES INDÍGENAS
EM DOURADOS, MS**

KAUHANA OLIVEIRA KIAN

DOURADOS MS

2015

KAUHANA OLIVEIRA KIAN

**EXCESSO DE PESO E PARIDADE EM MULHERES INDÍGENAS
EM DOURADOS-MS**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Grande Dourados para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde

Área de concentração: Doenças Crônicas e parasitárias

Orientadora: Prof^a. Dra. Maria Cristina Corrêa de Souza

Coorientadora: Prof^a. Dra. Rosângela da Costa Lima

DOURADOS MS

2015

Sumário

Agradecimentos _____	iii
Lista de tabelas _____	iv
1. INTRODUÇÃO _____	1
2. REVISÃO DA LITERATURA _____	4
3. OBJETIVOS _____	15
3.1 Objetivo geral _____	15
3.2 Objetivos específicos _____	15
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO _____	16
ARTIGO - Excesso de peso e paridade em mulheres indígenas ____	16
5. ANEXOS _____	32

Agradecimentos

Agradeço à minha orientadora Profa. Dra. Maria Cristina Corrêa de Souza e co-orientadora Profa. Dra. Rosângela Costa Lima, pelo aprendizado, paciência e cuidado que ultrapassaram a missão de mestres.

Agradeço à comunidade indígena de Dourados, sobretudo, às mulheres que voluntariamente proporcionaram a realização da pesquisa e aprendizado.

Agradeço à toda equipe envolvida na pesquisa, em especial à Jaqueline Daniel, pelo exemplo de determinação.

Agradeço aos meus amigos que, próximos ou a quilômetros de distância, sempre me apoiaram e deram forças para seguir em frente.

Agradeço à minha família, meu porto-seguro, pois sem meus pais e minha irmã simplesmente não seria possível.

Lista de tabelas

Artigo: Paridade e excesso de peso em mulheres indígenas

Tabela 1: Características de mulheres indígenas conforme excesso de peso (índice de massa corporal - $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$). Dourados, MS, Brasil, 2013. _____ 29

Tabela 2: Razão de prevalência (RP) bruta e ajustada de excesso de peso (índice de massa corporal - $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$), conforme características demográficas, econômicas, de estilo de vida e de saúde de mulheres indígenas, Dourados, MS. 2013. _____ 30

1. INTRODUÇÃO

O sobrepeso e a obesidade constituem importante agravo de saúde que podem ser prevenidos, porém apresentam índices crescentes no mundo. A Organização Mundial da Saúde (OMS) classifica o estado nutricional pelo Índice de Massa Corpórea (IMC), que é dado pela divisão do peso (kg) pelo quadrado da altura (m). Valores de IMC maiores ou igual a 25 são considerados sobrepeso, e IMC maiores ou igual a 30 definem obesidade¹.

A etiologia multifatorial do sobrepeso e obesidade envolve variáveis biológicas, demográficas, sócio-econômicas, culturais e comportamentais^{2,3}. A transição nutricional representada por hábitos alimentares menos saudáveis aliada ao sedentarismo, são fatores envolvidos ao aumento desses agravos. Além disso, o sobrepeso e a obesidade representam fatores de risco importantes no desenvolvimento de doenças crônicas, com destaque para as cardiovasculares^{3,4}. No caso de mulheres em idade reprodutiva há considerações que devem ser feitas, entre elas: a obesidade diminui a fertilidade; obesidade na gestação aumenta a chance de intercorrências; obesidade no pós-parto está relacionada a menor período de amamentação e dificuldade na perda de peso².

A prevalência mundial de sobrepeso e obesidade em adultos no ano de 2008 correspondeu a 35% e 11%, respectivamente¹. A estimativa global aponta que 2,3 bilhões de pessoas terão sobrepeso e mais de 700 milhões serão obesas em 2015⁵.

Estudos evidenciaram que alguns países da América Latina obtiveram prevalências de sobrepeso acima de 50%⁶. Os últimos resultados do sistema VIGITEL – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, revelam prevalências de 49% para sobrepeso e de 18,2% para obesidade na população feminina das capitais brasileiras e distrito federal⁷. A Pesquisa de Orçamentos Familiares realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2008-2009, também incluiu aferição de medidas antropométricas para avaliação do estado nutricional da população brasileira, e confirmou incremento da frequência de sobrepeso e obesidade para ambos os sexos. A prevalência nacional de sobrepeso foi maior entre o sexo masculino (50,1%) em comparação com o sexo feminino (48,0%); contrariamente a obesidade foi mais prevalente entre as mulheres

(16,9%) que em homens (12,4%). A região centro-oeste seguiu o mesmo padrão na distribuição por sexo⁸.

Já em relação às populações indígenas especificamente, enfatiza-se a escassez de estudos principalmente na América Central e América do Sul. De acordo com Torres (2001)⁹, os motivos que levam a esse impasse, compreende o fato de não priorizar o enfoque étnico nas pesquisas, a descendência multiétnica entre latino-americanos, diferentes padronizações conceituais adotadas por organizações internacionais. No Brasil, o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) foi criado no ano de 2000 e contempla dados sobre etnias e aldeias. Contudo, apresenta falhas estruturais e operacionais que comprometem a fidedignidade das informações, além de não estar disponível para a população¹⁰. Dentre os arquivos disponíveis, verifica-se que grande parte da publicação acerca da temática trata o sobrepeso e a obesidade como variáveis de estudos que focam fatores de risco pra doenças cardiovasculares.

Estudos com indígenas da América do Norte anunciaram altas prevalências de sobrepeso e obesidade entre adultos. Ao avaliar sobrepeso/obesidade em indígenas do Alasca, as mulheres tiveram prevalência de 78%, maior que a masculina (68%) e de outras raças/etnias (66%) avaliadas em pesquisa nacional (NHANES - National Health and Nutrition Examination Survey)¹¹. Investigação sobre obesidade mórbida entre indígenas da Califórnia, revelou prevalência de 48,9% para obesidade/obesidade mórbida entre as mulheres, índice mais elevado que entre mulheres de outras etnias: negras (36,6%), brancas (20,3%) e indígenas do Alasca (29,4%)¹². Avaliação de sobrepeso/obesidade entre indígenas Nahuas no México, constatou prevalência de 77,5% para ambos os sexos e 75% para as mulheres¹³.

Acerca dos dados referentes à indígenas da América do Sul, pesquisa realizada na Argentina avaliou prevalências de sobrepeso e obesidade entre as etnias Toba e Wichí, sendo que nas duas populações as mulheres apresentaram maiores porcentagens de excesso de peso em relação aos homens. Entre os Toba encontrou-se prevalências feminina e masculina (respectivamente) de 35% e 25% para sobrepeso; e 23% e 12% para obesidade. As prevalências de sobrepeso e obesidade entre os Wichí foram semelhantes entre os sexos: 35% de sobrepeso nas mulheres e 34% em homens, e 15% de obesidade para ambos¹⁴. A respeito dos estudos com indígenas brasileiros, destaca-se o I Inquérito Nacional sobre Saúde e Nutrição Indígena (2008-2009) que objetivou caracterizar o estado nutricional e de saúde de crianças menores de 5 anos, e mulheres de 14-49 anos. Assim, a prevalência nacional de sobrepeso nessas mulheres foi de

30,3%, e 15,8% de obesidade. A região centro-oeste foi caracterizada pelos elevados índices de excesso de peso. Apresentou a maior prevalência de sobrepeso (35,3%) entre as grandes regiões do país, e a segunda maior prevalência de obesidade (17,2%)¹⁵.

Diante da alta prevalência de sobrepeso e obesidade entre mulheres indígenas na região centro-oeste brasileira, a realização de mais investigações tornam-se imprescindíveis a fim de averiguar componentes étnicos e variáveis potencialmente associadas ao advento dessas enfermidades. O reconhecimento dos elementos envolvidos na prevalência do sobrepeso e obesidade permitem elaborar estratégias no manejo e prevenção.

2.REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Epidemiologia

O sobrepeso e a obesidade são importantes agravos de saúde que podem ser evitados. Contudo, a prevalência de excesso de peso revela-se crescente no mundo. A obesidade quase dobrou desde a década de 1980. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), mais de 1,4 bilhão de adultos acima de 20 anos apresentavam sobrepeso ou obesidade no ano de 2008. Esse quantitativo representou 35% de excesso de peso, sendo 11% de obesidade¹. Já as estimativas futuras apontam que 2,3 bilhões de pessoas apresentarão sobrepeso, e 700 milhões serão obesas no mundo em 2015⁵.

Esse aumento progressivo demonstra variabilidade considerável nas populações, tanto em países diversos como dentro de um próprio país¹⁶. Todavia, a obesidade não representa, atualmente, exclusividade de países desenvolvidos. Além disso, acomete mais mulheres que homens e populações urbanas em relação às rurais, em grande parte dos países¹⁷.

Os índices de obesidade são elevados na América Latina, evidenciados por prevalências superiores a 20% na população adulta da maioria dos países¹⁷. A problemática alcança patamares alarmantes na América do Sul, onde diversos países atingiram prevalência de sobrepeso maior que 50%. Esse grupo inclui Guiana (51,4%), Uruguai (52,4%), Equador (55%), Peru (55,4%), Chile (59,7%), Trindade e Tobago (60%) e Paraguai (69,5%)⁶.

Apesar do Brasil não apresentar as maiores prevalências de excesso de peso entre os países latino-americanos, mantém taxas próximas a 50% entre a população adulta. O resultado da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), realizada no Brasil entre 2008—2009, demonstrou 50,1% de excesso de peso em homens e 48% em mulheres. Já a obesidade foi maior na população feminina (16,9%) que na masculina (12,5%)⁸. Dados de pesquisa realizada nas capitais brasileiras em 2014, disponibilizados pelo sistema VIGITEL (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), demonstram prevalência de excesso de peso de 49% e 18,2% de obesidade entre mulheres⁷.

Os resultados desse inquérito telefônico indicam que as mulheres referiram dados que subestimaram o excesso de peso feminino. Não obstante, a avaliação temporal desses resultados (2006-2014) demonstra uma tendência ao aumento de

sobrepeso e obesidade na população feminina¹⁸. No caso específico de mulheres em idade fértil, a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) (2006) divulgou prevalência de 43% de excesso de peso, com maior frequência (45,1%) na região centro-oeste. A porcentagem de mulheres obesas em idade reprodutiva foi de 16%¹⁹.

Sob o aspecto étnico, verifica-se a escassez de estudos acerca do excesso de peso em populações indígenas, especialmente na América Central e América do Sul. Entre os empecilhos constam a falta de consciência sobre sua importância, e conseqüentemente, a preterição dessa variável nas pesquisas. Ademais, a descendência multiétnica dos latino-americanos dificulta a categorização num contexto multicultural. A padronização de critérios para identificação por parte de órgãos nacionais e internacionais propiciaria a inserção das etnias em estudos. Porém, observa-se que a distinção dos povos indígenas ocorre de diversas formas, baseados na língua e território, entre outros⁹. No Brasil, o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) foi implantado no ano de 2000 no qual consta filiação étnica. Conquanto, seus dados não são disponibilizados para a população¹⁰. Entre os estudos que abordam o sobrepeso e a obesidade em indígenas, o excesso de peso surge predominantemente como variável na avaliação de fatores de risco para doenças cardiovasculares.

Estudo com indígenas do Alasca demonstraram elevadas prevalências de excesso de peso na população adulta de ambos os sexos: 78% entre mulheres e 68% entre homens. Essas frequências também ultrapassaram a encontrada na população geral dos Estados Unidos (66%) em inquérito nacional (NHANES - National Health and Nutrition Examination Survey)¹¹. A obesidade mórbida também indica quadro grave em indígenas da Califórnia (13%): ultrapassa pouco mais de duas vezes a prevalência da população geral dos Estados Unidos (5,8%). A obesidade somada à obesidade mórbida em mulheres indígenas da Califórnia (48,9%) também é maior que em outros grupamentos étnicos femininos do país, como as negras (36,6%), as indígenas do Alasca (29,4%) e as brancas (20,3%)¹².

Os aborígenes canadenses também apresentaram prevalências excessivas. O excesso de peso em homens nativos foi de 71%, e 64% em mulheres. Aborígenes canadenses obesos corresponderam a 41% entre o sexo feminino, e 33% entre o masculino. Em ambos os sexos, o excesso de peso foi maior nos aborígenes (67%) que na população geral (55%). Essa diferença foi atribuída, em grande parte, à preponderância do excesso de peso em mulheres nativas²⁰.

O estado de Vera Cruz, México, apresenta alta concentração de indígenas e elevadas prevalências de sobrepeso e obesidade. O excesso de peso na população indígena Nahuatl residente na cidade Ixtaczoquitlán em Vera Cruz, foi de 77,5%. Em relação ao sexo, os homens Nahuatl (86%) superaram a prevalência das mulheres Nahuatl (75%)¹³.

Estudo realizado na Argentina avaliou prevalências de sobrepeso e obesidade entre as etnias Toba e Wichí, sendo que as mulheres Toba apresentaram visivelmente maiores porcentagens de excesso de peso em relação aos homens de sua etnia. Entre os Toba encontraram prevalências feminina e masculina (respectivamente) de 35% e 25% para sobrepeso; e 23% e 12% para obesidade. As prevalências de sobrepeso e obesidade entre os Wichí foram semelhantes entre os sexos¹⁴.

Entre os estudos brasileiros, verifica-se alguns estudos regionais que abordam as prevalências de sobrepeso e obesidade. Indígenas Suruí da Amazônia, de faixa etária entre 20 e 49 anos, exibiram maiores prevalências que adultos acima de 50 anos. O sobrepeso e obesidade global (sexos combinados) na faixa etária de 20 a 49 anos foi de 42,3% e 18,2%. Na avaliação por sexo, o sobrepeso foi superior em homens (50,5%) comparado às mulheres (34%). Contrariamente, a obesidade foi duas vezes maior entre a população Suruí feminina (26%)²¹.

Mulheres indígenas Parkatêjê do estado do Pará, apresentaram mais excesso de peso que os homens Parkatêjê. O sobrepeso nessas mulheres correspondeu a 50%, e 23,7% nos homens. A diferença da prevalência da obesidade foi ainda maior, 12,5% na população feminina contra 1,7% na masculina²².

Indígenas Guaraní-Mbyá do estado do Rio de Janeiro, apresentaram menores frequências de sobrepeso: 29% em mulheres e 15,6% em homens. A obesidade variou de 3,9% a 5,8% em homens e mulheres, respectivamente²³.

Parcela considerável dos estudos nacionais investigam populações da região centro-oeste. Dentre esses, foi identificado dado que dista da maior parte dos resultados disponíveis. Os homens da etnia Aruák do Alto Xingu, apresentaram prevalência de excesso de peso maior que o das mulheres. A taxa de sobrepeso masculina foi de 61,8%, e a feminina de 48,2%. A obesidade entre os homens Aruák foi de 18,2%, e entre mulheres Aruák foi de 12,5%²⁴.

Já os Xavantes de Sangradouro-Volta Grande em Mato Grosso, seguem o padrão observado em diversos grupos: maior prevalência de sobrepeso masculino e

obesidade feminina. Os homens apresentaram 47,1% de sobrepeso e 19,5% de obesidade; já as mulheres 41,9% de sobrepeso e 31,2% de obesidade²⁵.

O maior estudo nacional diz respeito ao I Inquérito Nacional sobre Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, realizado durante 2008-2009 com uma amostra de 12.820 mulheres e crianças. O objetivo desse rastreamento foi traçar o perfil de saúde e nutrição de crianças menores de 5 anos e mulheres de 14 a 49 anos. O excesso de peso no Brasil entre mulheres indígenas de 14 a 49 anos, foi indicado pela prevalência de 30,3% de sobrepeso e 15,8% de obesidade. Em meio a esses resultados, a região centro-oeste evidencia-se pela maior frequência de sobrepeso (35,3%), e a segunda maior prevalência de obesidade (17,2%)¹⁵.

2.2 Excesso de peso: etiologia e fatores associados

O excesso de peso, seja o sobrepeso ou a obesidade, consiste no acúmulo demasiado de gordura corporal. Isso ocorre devido ao desequilíbrio energético, tanto pelo aumento do consumo calórico, como pelo déficit de gasto energético; ou a soma dos dois^{26,27}. Atualmente, existem vários métodos diagnósticos para o sobrepeso e obesidade, entre eles a medição de pregas cutâneas, ultrassonografia, bioimpedância, tomografia, ressonância magnética, entre outros²⁶. Entretanto, o Índice de Massa Corpórea (IMC), que equivale à divisão do peso (kg) pelo quadrado da altura (m), é o recurso mais aceito no mundo para a classificação do estado nutricional²⁸. É amplamente utilizado em estudos populacionais pela praticidade, custo baixo, e por ser um bom indicador de excesso de gordura corporal²⁹. Embasada no IMC, a OMS define sobrepeso e obesidade: $IMC \geq 25$ corresponde a sobrepeso; e $IMC \geq 30$ condiz obesidade¹.

A obesidade possui etiologia multifatorial e resulta da interação entre os componentes genéticos, ambientais, comportamentais, e emocionais²⁶. No campo biológico, há indivíduos que possuem predisposição genética. Essa herança pode ser monogênica, onde o excesso de peso surge ainda na infância³⁰. Porém, a influência poligênica é mais provável. O risco de desenvolver a obesidade varia de acordo com o histórico familiar: pessoas cujos pais não são obesos têm 9% de risco; se um dos pais for obeso o risco aumenta para 50%; e finalmente, se o pai e a mãe forem obesos esse índice chega até a 80%³¹.

Sob o aspecto endócrino e metabólico, as adipocinas são proteínas e peptídios produzidas e secretadas pelo tecido adiposo. Desempenham função imunológica, neuroendócrina e metabólica. Entre essas moléculas, a adiponectina potencializa a ação insulínica e está diminuída em indivíduos obesos. Portanto, seu decréscimo está relacionado com a resistência insulínica³². Outras adipocinas estão aumentadas e atuam potencializando a resistência insulínica nessa condição: TNF- α , IL6 e resistina³³. A leptina atua na saciedade e gasto energético, e há evidências de falha em algum dos mecanismos no advento da obesidade. Majoritariamente, não há redução de leptina em indivíduos obesos, mas deve-se considerar a resistência aos seus efeitos. Também existe a possibilidade de transporte insuficiente para o sistema nervoso onde se liga a receptores específicos³⁴.

As mudanças no estilo de vida são apontadas como as principais causas nas últimas décadas. Ocorreu uma mudança nos hábitos alimentares com diminuição do consumo de alimentos naturais (frutas, vegetais, legumes, cereais, e grãos integrais) e simultâneo aumento de gorduras, carboidratos, cereais refinados e alimentos processados em geral. O sedentarismo é um fator aliado aos maus hábitos alimentares, que ocasionam distúrbios nutricionais. O mundo moderno predispõe ao menor grau de atividade física. O tempo prolongado diante da televisão ou sentado durante o trabalho, assim como o uso de automóvel como meio de transporte influenciam diretamente o nível de atividade³.

Estudos mostraram associação entre excesso de peso e consumo de açúcar³⁵, nível sócioeconômico, escolaridade³⁶, estado marital, idade, sexo³⁷, ex-tabagismo²⁹ hipertensão, artrite, diabetes¹².

Além dessas variáveis gerais, outras podem influenciar diretamente o surgimento de sobrepeso e obesidade. Esses fatores variam conforme a faixa etária, por exemplo: dados perinatais são relevantes para avaliação de crianças, assim como mulheres em idade fértil estão sujeitas a fatores peculiares²⁶.

2.3 Sobrepeso e obesidade durante a idade fértil

O rastreamento de sobrepeso e obesidade em mulheres é imprescindível durante a idade fértil ou reprodutiva, ante o número e gravidade das complicações causadas por

esses distúrbios³⁸. Há implicações na pré-concepção, gravidez, puerpério e sobre a prole.

Apesar de mulheres com excesso de peso apresentarem maiores riscos de intercorrências gestacionais, verifica-se menor inclinação ao uso de contraceptivos hormonais combinados. Embora a ocorrência de tromboembolismo associada a contraceptivos hormonais seja pequena, ao comparar a incidência desse agravo em mulheres com peso normal obtém-se considerável aumento de casos. Adicionalmente, a eficácia desse método é diminuída em mulheres obesas e a escolha de outros métodos contraceptivos requer mais cautela devido aos riscos extras³⁸. Por outro lado, a fertilidade de mulheres em sobrepeso ou obesidade é prejudicada tanto pela ovulação irregular quanto pelo maior risco de abortamento^{2,38}. Estudo norte-americano também relacionou maior chance de histerectomia antes de 40 anos de idade com a obesidade³⁹.

Durante a gestação, há relação entre o aumento do IMC além da normalidade ($\geq 25 \text{ kg/m}^2$) e a chance de complicações, como diabetes gestacional, pré-eclâmpsia e parto prematuro³⁸. Por sua vez, foi constatado que a diabetes gestacional está relacionada à maior incidência de síndrome metabólica⁴⁰.

No período puerperal, observa-se duas vezes mais risco de hemorragia pós-parto em mulheres obesas independente do tipo de parto⁴¹. As puérperas com excesso de peso tendem a amamentar por menor período, o que se torna um problema, já que o aleitamento é um fator protetor para a obesidade sob o foco das crianças⁴². Nessas mulheres, a perda ponderal pós-parto é mais dificultosa². Estudo evidenciou que 88% das multíparas de sua amostra tinham retenção de peso equivalente a 12,7 kg referentes a gestações anteriores⁴². Corroborando com esses dados, resultados de pesquisa nos Estados Unidos, onde o maior número de filhos apresentou associação positiva com a obesidade⁴³.

Entre as implicações sobre a prole verifica-se maior risco de: defeitos congênitos (fenda palatina, defeitos do tubo neural, doença cardíaca congênita, etc), recém-nascidos grandes para idade gestacional, alterações metabólicas e fisiológicas do feto, desenvolvimento de doenças crônicas (diabetes mellitus, hipertensão e obesidade). Acrescido a esses fatos, a detecção precoce de malformações e problemas fetais se torna mais difícil à ultrassonografia^{2,38}. Constatou-se que filhos de mães com excesso de peso no início do pré-natal e com maior ganho ponderal gestacional, apresentaram maior percentual de gordura corporal na vida adulta⁴⁴.

2.4 Taxa de Fecundidade na população indígena

A escassez de dados acerca da demografia da população indígena brasileira também prejudica a análise dos padrões de reprodução e fecundidade. Ao considerar a diversidade étnica, limita-se significativamente o conhecimento atual sobre a fecundidade. Taxas de fecundidade discrepantes ocorrem de acordo com habitação em terras indígenas ou zona urbana, seguindo o padrão do encontrado na população não-indígena: maiores taxas de fecundidade em zona rural quando comparada a zona urbana⁴⁵. A taxa de fecundidade de mulheres indígenas que vivem em zona rural ou aldeadas é de 5,5; já a fecundidade das indígenas moradoras em zona urbana é de 2,6 filhos⁴⁶.

A etnia Kaiab, na região do Xingu, se destacou por taxa acima de 9 filhos na década de 90⁴⁷, e mesmo com a queda dos índices em todo país, ainda apresentou fecundidade de 7,8 recentemente (2000-2007). Outras etnias indígenas também tiveram taxas próximas no período 2000-2007, entre eles: Yudjá (8,8), Kisêdjê (6,7) e Ikpeng (6,4)⁴⁷.

Apesar do decréscimo da fecundidade entre as indígenas no Brasil, ainda mantém-se taxas mais elevadas que na população não-indígena. De acordo com o censo 2010, a taxa de fecundidade total entre mulheres indígenas no Brasil foi de 3,8, enquanto que entre as não-indígenas foi de 1,9. As indígenas da região Centro-Oeste apresentaram taxa de fecundidade mais elevada: 4,4⁴⁶.

Referências

1. World Health Organization [homepage na internet]. Obesity and Overweight. Fact sheet n° 311 [acesso em 18 mar 2013]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>
2. Siega-Riz AM. Prepregnancy obesity: determinants, consequences, and solutions. *Adv Nutr.* 2012;3(1):105-7.
3. Villalobos JAC, Meléndez JAB, Montiel MER, Lee GM, Moctezuma CM. Sobre peso y obesidad. Situación actual y perspectivas. *Acta Médica Grupo Ángeles.* 2010; 8(4): 202-7.
4. Mascie-Taylor N. Is Bangladesh going through an epidemiological and nutritional transition? *Coll Antropol.* 2012;36(4):1155-9.
5. World Health Organization. Overweight and obesity. Fact sheet No. 311. Geneva: WHO; 2011.
6. Aballay LR, Eynard AR, Díaz MeP, Navarro A, Muñoz SE. Overweight and obesity: a review of their relationship to metabolic syndrome, cardiovascular disease, and cancer in South America. *Nutr Rev.* 2013;71(3):168-79.
7. Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil 2011: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.* Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil.* Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
9. Torres C. La equidad en materia de salud vista con enfoque étnico. *Rev Panam Salud Publica.* 2001; 10(3): 188-201.
10. Sousa MaC, Scatena JH, Santos RV. [The Health Information System for Indigenous Peoples in Brazil (SIASI): design, structure, and functioning]. *Cad Saude Publica.* 2007;23(4):853-61.
11. Redwood DG, Lanier AP, Johnston JM, Asay ED, Slattery ML. Chronic disease risk factors among Alaska Native and American Indian people, Alaska, 2004-2006. *Prev Chronic Dis.* 2010;7(4):A85.
12. Hodge FS, Cantrell BG, Kim S. Health status and sociodemographic characteristics of the morbidly obese American Indians. *Ethn Dis.* 2011;21(1):52-7.

13. Herrera-Huerta EV, García-Montalvo EA, Méndez-Bolaina E, López-López JG, Valenzuela OL. [Overweight and obesity in indigenous nahuas from Ixtaczoquitlán, Veracruz, Mexico]. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2012;29(3):345-9.
14. Vallengia CR, Burke KM, Fernandez-Duque E. Nutritional status and socioeconomic change among Toba and Wichí populations of the Argentinean Chaco. *Econ Hum Biol*. 2010;8(1):100-10.
15. Coimbra CE, Santos RV, Welch JR, Cardoso AM, de Souza MC, Garnelo L, et al. The First National Survey of Indigenous People's Health and Nutrition in Brazil: rationale, methodology, and overview of results. *BMC Public Health*. 2013;13:52
16. Swinburn BA, Sacks G, Hall KD, McPherson K, Finegood DT, Moodie ML, et al. The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments. *Lancet*. 2011;378(9793):804-14.
17. Filozof C, Gonzalez C, Sereday M, Mazza C, Braguinsky J. Obesity prevalence and trends in Latin-American countries. *Obes Rev*. 2001;2(2):99-106.
18. Gigante DP, de França GV, Sardinha LM, Iser BP, Meléndez GV. Temporal variation in the prevalence of weight and obesity excess in adults: Brazil, 2006 to 2009. *Rev Bras Epidemiol*. 2011;14 Suppl 1:157-65.
19. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS 2006): Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
20. Garriguet D. Obesity and the eating habits of the Aboriginal population. *Health Rep*. 2008;19(1):21-35.
21. Lourenço AE, Santos RV, Orellana JD, Coimbra CE. Nutrition transition in Amazonia: obesity and socioeconomic change in the Suruí Indians from Brazil. *Am J Hum Biol*. 2008;20(5):564-71.
22. Capelli Jd, Koifman S. [Evaluation of the nutritional status of the Parkatêjê indigenous community in Bom Jesus do Tocantins, Pará, Brazil]. *Cad Saude Publica*. 2001;17(2):433-7.
23. Cardoso AM, Mattos IE, Koifman RJ. [Prevalence of risk factors for cardiovascular disease in the Guaraní-Mbyá population of the State of Rio de Janeiro]. *Cad Saude Publica*. 2001;17(2):345-54.
24. Agostinho Gimeno SG, Rodrigues D, Pagliaro H, Cano EN, de Souza Lima EE, Baruzzi RG. [Metabolic and anthropometric profile of Aruák Indians: Mehináku, Waurá and Yawalapití in the Upper Xingu, Central Brazil, 2000-2002]. *Cad Saude Publica*. 2007;23(8):1946-54.

25. Leite MS, Santos RV, Gugelmin SA, Coimbra CE. [Physical growth and nutritional profile of the Xavante indigenous population in Sangradouro-Volta Grande, Mato Grosso, Brazil]. *Cad Saude Publica*. 2006;22(2):265-76.
26. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Diretrizes brasileiras de obesidade 2009/2010 - ABESO. Itapevi: AC Farmacêutica; 2009.
27. Stephens JM. The fat controller: adipocyte development. *PLoS Biol*. 2012;10(11):e1001436.
28. Organização Mundial da Saúde. Obesidade: prevenindo e controlando a epidemia global. São Paulo: Organização Mundial da Saúde; 2000.
29. Pinho CP, Diniz AaS, Arruda IK, Lira PI, Sequeira LA, Gonçalves FC, et al. [Overweight among adults in Pernambuco State, Brazil: prevalence and associated factors]. *Cad Saude Publica*. 2011;27(12):2340-50.
30. Comuzzie AG, Williams JT, Martin LJ, Blangero J. Searching for genes underlying normal variation in human adiposity. *J Mol Med (Berl)*. 2001;79(1):57-70.
31. van den Bree MB, Eaves LJ, Dwyer JT. Genetic and environmental influences on eating patterns of twins aged ≥ 50 y. *Am J Clin Nutr*. 1999;70(4):456-65.
32. Costa JV, Duarte JS. Tecido adiposo e adipocinas. *Acta Med Port*. 2006;19():251-6.
33. Leite LD, Rocha EDM, Brandão-Neto, J. Obesidade: uma doença inflamatória. *Revista Ciência & Saúde*. 2009;2(2):85-95.
34. Negrão AB, Licino J. Leptina: o diálogo entre adipócitos e neurônios. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2000;44(3):205-14.
35. Penatti MI, Lira FS, Katashima CK, Rosa JC, Pimentel GD. Sugar intake is correlated with adiposity and obesity indicators and sedentary lifestyle in Brazilian individuals with morbid obesity. *Nutr Hosp*. 2012;27(5):1547-53.
36. So WY, Seo DI. Lifestyle Factors and Obesity among Korean Adults. *Iran J Public Health*. 2013;42(2):114-9.
37. Velásquez-Meléndez G, Pimenta AM, Kac G. [Epidemiology of overweight and obesity and its determinants in Belo Horizonte (MG), Brazil: a cross-sectional population-based study]. *Rev Panam Salud Publica*. 2004;16(5):308-14.
38. Zera C, McGirr S, Oken E. Screening for obesity in reproductive-aged women. *Prev Chronic Dis*. 2011;8(6):A125.

39. Jacobsen BK, Knutsen SF, Oda K, Fraser GE. Obesity at age 20 and the risk of miscarriages, irregular periods and reported problems of becoming pregnant: the Adventist Health Study-2. *Eur J Epidemiol.* 2012;27(12):923-31.
40. Gunderson EP, Jacobs DR, Chiang V, Lewis CE, Tsai A, Quesenberry CP, et al. Childbearing is associated with higher incidence of the metabolic syndrome among women of reproductive age controlling for measurements before pregnancy: the CARDIA study. *Am J Obstet Gynecol.* 2009;201(2):177.e1-9.
41. Fyfe EM, Thompson JM, Anderson NH, Groom KM, McCowan LM. Maternal obesity and postpartum haemorrhage after vaginal and caesarean delivery among nulliparous women at term: a retrospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2012;12:112.
42. Giroux I, Lander S, Charlesworth S, Mottola MF. Weight history of overweight pregnant women. *Can J Diet Pract Res.* 2009;70(3):127-34.
43. Cohen SS, Larson CO, Matthews CE, Buchowski MS, Signorello LB, Hargreaves MK, et al. Parity and breastfeeding in relation to obesity among black and white women in the southern community cohort study. *J Womens Health (Larchmt).* 2009;18(9):1323-32.
44. Reynolds RM, Osmond C, Phillips DI, Godfrey KM. Maternal BMI, parity, and pregnancy weight gain: influences on offspring adiposity in young adulthood. *J Clin Endocrinol Metab.* 2010;95(12):5365-9.
45. Pagliaro H, Azevedo MM, Santos RV. Demografia dos povos indígenas no Brasil: um panorama crítico. In: _____. *Demografia dos povos indígenas no Brasil.* Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ; Campinas: Associação Brasileira de Estudos Populacionais, 2005. 192 p. (Saúde dos povos indígenas).
46. Instituto Brasileiro de Demografia e Estatística. *Censo Demográfico 2010.*
47. Pagliaro H, Martins JC, Coelho CC, Mendonça S. Fecundidade de povos indígenas aldeados no Brasil Central 2000-2007. In: Del Popolo FC, Ribotta B, Azevedo M. *Pueblos Indigenas y Afrodescendientes em América Latina: dinâmicas poblacionales diversas y desafios comunes.* Rio de Janeiro: Alaje Editor, 2011.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral:

- Avaliar a associação entre excesso de peso e paridade entre mulheres indígenas em idade fértil no município de Dourados-MS, controlada para fatores de confusão

3.2 Objetivos específicos:

- Identificar a prevalência de excesso de peso;
- Verificar a paridade das mulheres indígenas;
- Verificar associação entre excesso de peso e paridade, controlada para fatores de confusão.

ARTIGO

Excesso de peso e paridade em mulheres indígenas em Dourados, MS**Kauhana Oliveira Kian¹****Rosângela da Costa Lima¹****Maria Cristina Corrêa de Souza¹****Resumo**

O sobrepeso e a obesidade estão em crescimento em todos os grupos populacionais e, nas mulheres, apresentam efeitos deletérios na fertilidade, riscos gestacionais e complicações puerperais. O objetivo do estudo foi avaliar associação entre excesso de peso e paridade em mulheres indígenas no município de Dourados, MS. Foi realizado um estudo transversal de base populacional, mediante amostragem aleatória simples, com mulheres indígenas não gestantes com idade entre 15 e 49 anos, moradoras da reserva indígena de Dourados, MS. Foi aplicado um questionário para coletar informações contendo variáveis sócio-demográficas, de estilo de vida, de saúde e aferidos dados antropométricos de peso e estatura. A coleta de dados ocorreu entre Junho e Outubro de 2013 com 399 mulheres. Foi constatada elevada prevalência de excesso de peso - EP (65,6%), sendo sobrepeso (37,3%) e obesidade (28,3%). No entanto, não houve associação do excesso de peso com a paridade. O uso de contraceptivo hormonal e as faixas etárias mostraram associação com EP quando controlados fatores de confusão.

Palavras-chave: Excesso de peso, Sobrepeso, Obesidade, População Indígena, Paridade.

Excess of body weight and parity in indigenous women in Dourados, MS.**Kauhana Oliveira Kian¹****Rosângela da Costa Lima¹****Maria Cristina Corrêa de Souza¹****Abstract**

Overweight and obesity are increasing in all population groups and, in women, they present deleterious effect in fertility, gestational risks and labor complications. The aim of this study was to evaluate the relation between overweight and parity in indigenous women in the city of Dourados, MS. It was done a transversal study of population basis, through simple random sample, in indigenous women non pregnant at the age between 15 and 49, living in the indigenous reservation in Dourados, MS. It was applied a questionnaire to collect information about sociodemographic varieties, lifestyles, health and anthropometric data of weight and health were measured. The data collect happened between June and October, 2013 with 399 women. It was verified high prevalence of excess of body weight – EP (65,6%), being overweight (37,3%) and obesity (28,3%). Despite this, there was not association between the excess of body weight with parity. The use of hormonal contraceptive and the different ages indicated association with the excess of body weight when disorder factors were controlled.

Key words: Excess of body weight, Overweight, Obesity, Indigenous population, Parity.

Introdução

O sobrepeso e a obesidade constituem problemas de saúde pública em expansão. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), 35,0% da população apresentava excesso de peso, sendo 11,0% obesos, no ano de 2008¹. A estimativa aponta que ao final de 2015, 2,3 bilhões de pessoas terão sobrepeso e mais de 700 milhões serão obesas². O excesso de peso possui etiologia multifatorial e acarreta em complicações, como o advento de doenças crônicas, sobretudo as cardiovasculares^{3,4}.

De modo geral, verifica-se que o excesso de peso acomete mais mulheres que homens⁵, e que há grande variabilidade dessas prevalências entre as populações, inclusive num mesmo país⁶. O I Inquérito Nacional sobre Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, indicou prevalência de 30,3% de sobrepeso e 15,8% de obesidade, entre as mulheres indígenas no Brasil. Em meio a esses resultados, a Região Centro-Oeste evidencia-se pela maior frequência de sobrepeso (35,3%), e a segunda maior prevalência de obesidade (17,2%)⁷.

Especificamente sobre as mulheres, o ganho ponderal excessivo diminui a fertilidade; aumenta a chance de intercorrências na gestação; e está relacionado a um menor período de amamentação e dificuldade na perda ponderal no puerpério⁸. Estudos evidenciam que aproximadamente 90,0% das multíparas apresentam retenção de peso importante relacionada às gestações anteriores⁹ e que há aumento ponderal de acordo com o maior número de filhos¹⁰. Adicionalmente, verifica-se que as mulheres indígenas mantêm taxas de fecundidade mais elevadas que a população não indígena, representando risco potencial ao excesso de peso¹¹.

Assim, diante dos elevados índices de excesso de peso e paridade, esse estudo objetivou estimar a prevalência de excesso de peso entre as mulheres indígenas em idade fértil e verificar associação com a paridade no município de Dourados, MS.

Métodos

Foi realizado um estudo transversal, de base populacional acerca do excesso de peso em mulheres indígenas com idade entre 15 e 49 anos residentes nas aldeias Jaguapirú e Bororó em Dourados, MS.

A reserva indígena de Dourados é composta pelas aldeias participantes do estudo e está localizada na periferia da cidade. Sua população corresponde a 11.728 indígenas, majoritariamente das etnias Kaiowá, Guarani e Terena¹². O tamanho da amostra foi calculado por meio do programa Epi Info versão 6.0, fundamentado pelo

número de mulheres indígenas em idade fértil (2.971)¹³ e prevalência de excesso de peso na população alvo de 52,5%¹⁴. Assim, foi adotada a prevalência de 50,0%, precisão de 5,0% e nível de confiança de 95,0%, que correspondeu a uma amostra de 341 mulheres. .

Como este estudo faz parte de um projeto maior intitulado “Perfil de saúde e nutrição de indígenas de Dourados, MS”, foram sorteados 500 domicílios para a coleta de dados. O sorteio foi de forma aleatória simples, pelo programa SPSS versão 21, com base em georreferenciamento feito pelo Curso de Geografia da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD). Foi adotada a mesma definição de domicílio do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, onde a composição de membros do domicílio corresponde ao número de indivíduos que dividem o mesmo fogo ou cozinha¹⁴.

Os domicílios foram localizados por meio de mapa das aldeias e do sistema de posicionamento global (GPS) da marca GarminTrex®. Foram convidadas a participar do estudo todas as mulheres residentes e excluídas da amostra as não indígenas e gestantes.

Para a coleta de dados, foram utilizados dois questionários pré codificados e padronizados elaborados a partir do I Inquérito Nacional de Saúde Indígena. Foram estudadas as seguintes variáveis:

1. Clínicas: antropometria, uso de contraceptivo hormonal e paridade.

Para a coleta de peso e altura, as participantes ficaram descalças, usando roupas leves e sem adereços no cabelo. O peso foi aferido em balança portátil Marte® modelo LC200PP, com capacidade de 200 kg e precisão de 50 g, e a estatura em estadiômetro portátil Altorexata® com capacidade máxima de 213 cm e resolução de 1 mm com a mulher ereta, e com a região posterior encostada na régua do equipamento. O índice de massa corporal (IMC) foi calculado dividindo o peso (kg) pela altura ao quadrado (m) para cálculo do excesso de peso (EP), segundo padronização da Organização Mundial da Saúde¹⁵:

Classificação	IMC (kg/m ²)
Baixo peso	<18,5
Normal	18,5 a 24,9
Sobrepeso	25,0 a 29,9
Obesidade	≥ 30,0

Foram consideradas com EP mulheres com $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$.

2- Hábitos de vida: tabagismo e consumo de bebida alcoólica (sim ou não).

3. Demográficas: idade (data de nascimento), etnia referida e escolaridade em anos completos.

4. Nível socioeconômico: para a classificação foi realizada uma análise fatorial com base na matriz de correlações de 19 bens duráveis encontrados no domicílio* (rádio, geladeira ou freezer, videocassete ou DVD, fogão a gás, máquina de lavar roupa, forno de microondas, linha de telefone fixo, telefone celular, computador, moto serra, motocicleta/mobilete, animais de carga ou trabalho, motores de popa, televisões, automóveis, aparelhos de ar-condicionado, antenas parabólicas, bicicletas e raladores de mandioca). Como o ralador de mandioca não foi encontrado em todos os domicílios visitados, o mesmo foi excluído da análise. Assim, foi realizada uma matriz de correlações de 18 bens duráveis. As correlações variaram entre -0,95 (animal de carga x computador) e 0,48 (televisão x videocassete/DVD). O teste Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) atingiu valor de 0,75, indicando adequação da amostra para a análise proposta. A extração resultou em 8 componentes. O valor inicial do primeiro componente foi 3,22 sendo responsável por 17,91% da variância. O segundo componente obteve valor inicial de 1,59 com variância correspondente a 8,81%. Posteriormente as variâncias apresentaram discreta diferença. Apenas o primeiro componente foi considerado na classificação socioeconômica, com exclusão das variáveis com correlação <1 (animal de carga, motor de popa, telefone fixo, ar-condicionado). O resultado da análise de componentes principais gerou um valor para cada bem durável que foi multiplicado pelo número de itens em cada domicílio. Posteriormente, esse escore foi analisado em três classes de acordo com a medida separatriz tercil.

A equipe de entrevistadores foi composta por acadêmicos de Nutrição, nutricionistas residentes e mestrandos em Ciências da Saúde da Universidade Federal da Grande Dourados. Foi elaborado um manual de técnicas e realizado treinamento para padronização da aplicação, preenchimento e codificação dos questionários. Além disso, os membros da equipe foram treinados quanto à operacionalização dos equipamentos e técnicas a serem aplicadas. Os entrevistadores foram acompanhados por tradutor indígena. Foi realizado estudo piloto para averiguação dos instrumentos de coleta em acampamento indígena não incluído na amostra, com mulheres indígenas em idade

fértil. No caso do domicílio se encontrar fechado durante as visitas, o entrevistador retornava até três vezes em horários diferentes para, então, considerar perda amostral.

Após codificação e revisão dos questionários, foi realizada dupla digitação dos dados no programa EpiData versão 3.1 a fim de verificar concordância do banco de dados. Os dados que apresentaram incompatibilidade entre os dois bancos foram revisados em sua fonte primária (questionário) para devida correção. Após as digitações, o banco de dados foi exportado para o programa estatístico SPSS versão 19.0 e STATA versão 13 para posterior análise. Foi realizada análise descritiva utilizando os testes de Qui-quadrado, Qui-quadrado para Tendência Linear e Exato de Fisher. A seguir foi realizada análise multivariável por meio de regressão de Poisson no programa STATA 13. Foram incluídas no modelo inicial as variáveis com p valor $<0,20$ na análise bruta, para posterior análise ajustada. Para a permanência no modelo final foi considerado como valor estatisticamente significativo $p < 0,05$.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Grande Dourados (CEP/UFGD- Protocolo n.009/2011), assim como pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP- Parecer n.653/2011). As lideranças das aldeias e o Conselho Distrital de Saúde Indígena de Dourados (CONDISI-MS) também assinaram a carta de anuência com a realização do pesquisa. O sigilo dos entrevistados foi mantido de acordo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado por todas as participantes.

Resultados

A coleta de dados foi realizada no período de Junho a Outubro de 2013. Dos domicílios sorteados, foram encontrados 435 (87%). Se recusaram a participar do estudo 24 mulheres e em 26 domicílios as moradoras não foram encontradas após três visitas, resultando em 399 mulheres entrevistadas. A média de idade foi de 29 ($\pm 9,8$) anos. Entre as mulheres avaliadas, foi observada prevalência de EP de 65,6% (IC 95%: 60,8 - 70,1), sendo 37,3% (IC 95%: 32,7 - 42,2) de sobrepeso e 28,3% (IC 95%: 24,0 - 32,9) de obesidade. Nenhuma mulher apresentou baixo peso.

A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas e comportamentais das participantes. Verificou-se maior proporção da etnia Guarani (78,5%), faixa etária 30-39 anos (30,3%), baixa escolaridade (0-4 anos: 44,9%), mulheres que não faziam uso de bebida alcoólica (89,0%), tabagistas (89,2%), usuárias de contraceptivo hormonal (53,3%) e com número de filhos ≥ 5 (27,6%).

A prevalência de EP aumentou conforme a idade, sendo que após os 30 anos esse contingente foi maior de 80,0%. As mulheres que estudaram menos de quatro anos e referiram o uso de contraceptivo hormonal apresentaram prevalência de EP de 79,3% e 73,1%, respectivamente. Quanto maior o número de filhos maior a prevalência de EP. As outras variáveis estudadas não apresentaram diferenças significativas (Tabela 1).

A Tabela 2 mostra os resultados da análise bruta e ajustada. Houve associação na análise bruta entre EP e as variáveis faixa etária, escolaridade, uso de contraceptivo hormonal e número de filhos. Após ajuste, permaneceram significativas as associações somente entre excesso de peso e uso de contraceptivo hormonal e faixa etária. As mulheres que referiram usar contraceptivo hormonal apresentaram probabilidade 7,0% maior de apresentar excesso de peso comparadas às que não usavam. Conforme aumentou a faixa etária elevou-se a razão de prevalência de EP (1,16; 1,24 e 1,26). Após o controle para a idade e o uso de contraceptivo hormonal, não houve diferenças estatísticas significativas entre EP e paridade.

Discussão

Os elevados índices de EP (65,6%), tanto sobrepeso (37,3%) quanto obesidade (28,3%), estão em consonância com os encontrados em diversos países da América Latina, onde as prevalências de obesidade são superiores a 20,0%⁵. Apesar do Brasil não apresentar as maiores prevalências de EP entre os países latino-americanos, mantém taxas próximas a 50,0% entre a população adulta. O resultado da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), realizada no Brasil entre 2008—2009, demonstrou 48,0% de sobrepeso e 16,9% de obesidade entre as mulheres brasileiras¹⁶. No caso específico de mulheres em idade fértil no Brasil, a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) (2006) divulgou prevalência de 43,0% de EP, com maior frequência (45,1%) na região centro-oeste. A porcentagem de mulheres obesas em idade reprodutiva foi de 16,0%¹⁷.

Particularmente no que diz respeito ao EP entre indígenas brasileiras, as mulheres Suruí da Amazônia apresentaram prevalências muito semelhantes às encontradas no presente estudo, 60,0% de EP (34,0% de sobrepeso e 26,0% de obesidade)¹⁸. As mulheres indígenas Parkatêjê do estado do Pará, apresentaram sobrepeso correspondente a 50%, e 12,5% de obesidade¹⁹. As indígenas da Região Centro-Oeste também se destacam pelas prevalências de sobrepeso e obesidade: 48,2% de sobrepeso e 12,5% de obesidade entre as mulheres Aruák do Alto Xingu²⁰; e 41,9%

de sobrepeso e 31,2% de obesidade entre as Xavantes de Sangradouro-Volta Grande em Mato Grosso²¹. O maior estudo nacional diz respeito ao I Inquérito Nacional sobre Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, realizado durante 2008-2009 com uma amostra de 6.692 mulheres de 14 a 49 anos. O excesso de peso no Brasil entre mulheres indígenas nessa faixa etária foi indicado pela prevalência de 30,3% de sobrepeso e 15,8% de obesidade. Em meio a esses resultados, a região centro-oeste evidencia-se pela maior frequência de sobrepeso (35,3%), e a segunda maior prevalência de obesidade (17,2%)²².

Paralelamente à transição epidemiológica, caracterizada pelo aumento da incidência de doenças crônicas, verifica-se novos padrões alimentares entre vários grupos indígenas no país. Esse processo de transição nutricional entre as populações indígenas, com elevadas prevalências de desnutrição na infância e EP na vida adulta, tem sido verificado entre os Kaingáng²³, Suruí¹⁸ e Xavante²¹. Situação agravante acontece na Reserva Indígena de Dourados, denotada por degradação da flora e fauna somada a elevada concentração populacional, que dificultam atividades de subsistência e um padrão de alimentação saudável²⁴. Estudo com comunidades Terenas de Mato Grosso do Sul, indicou consumo deficitário de frutas e hortaliças em detrimento de alimentos industrializados pobres em micronutrientes²⁵. Todos esses fatores colaboram para o quadro alarmante de EP entre as mulheres indígenas de Dourados.

Em relação às outras variáveis associadas à etiologia do sobrepeso e obesidade, a paridade obteve associação com EP na análise bruta ($p \leq 0,010$), porém não manteve significância estatística na análise ajustada ($p = 0,156$). Estudos revelam a retenção de peso pós-gestacional. Uma revisão extensa publicada em 1997 já constatava a associação positiva entre o número de filhos e o aumento de peso²⁶. Ademais, a população indígena brasileira demonstra taxas de fecundidade mais elevadas (3,8) que da população geral (1,9). E as indígenas da região Centro-Oeste mantêm taxa de fecundidade ainda mais elevada (4,4)¹¹, sugerindo potencial agravante no que diz respeito a retenção de peso pós-parto e maior risco de desenvolvimento de excesso de peso. A exemplo da pesquisa realizada em Londres, que destaca que 88,0% das múltiparas tiveram retenção de peso equivalente a 12,7 kg referentes às gestações anteriores⁹. Investigação com chilenas demonstrou retenção de 0,46 kg a cada filho, bem como uma relação linear entre o IMC e a paridade²⁷. Tal associação também foi averiguada entre as mulheres brasileiras, destacando uma média de IMC de 24,1 kg/m² entre nulíparas e 26,7 kg/m² entre múltiparas com 3 ou mais filhos²⁸. Contudo, várias

pesquisas mostram que essa associação entre paridade e EP pode sofrer interferências de outros fatores, tais como sociodemográficos e comportamentais^{26,29,30}. Além disso, as mulheres que apresentam EP pré gestacional, sobretudo as primíparas, são as mais predispostas à retenção ponderal aumentando os riscos de obesidade^{26,31}. Fato não recorrente na população estudada, onde o EP torna-se crescente com o passar dos anos e a primeira gestação ocorre precocemente. Dentre o total de mulheres com EP no presente estudo, apenas 11,1% eram nulíparas, contrastando com 36,4% de múltíparas com 5 ou mais filhos. Outro achado importante afirma que o peso retido um ano após o parto teve associação com EP após 15 anos⁹. Assim, a associação entre paridade e EP pode ter sido prejudicada visto que há grande possibilidade do desfecho sobrepeso/obesidade surgir em faixa etária mais avançada, além da compreendida no presente estudo.

Entre as variáveis que tiveram associação com EP, estão a faixa etária ($p \leq 0,010$) e o uso de contraceptivo hormonal ($p \leq 0,010$). No que concerne à faixa etária, observa-se uma relação diretamente proporcional com EP, ou seja, a medida que aumenta a idade eleva-se sua prevalência. Em relação à faixa etária 15-19 anos, as mulheres entre 20-29 anos apresentaram 5,0% maior probabilidade de desenvolver EP, a faixa etária 30-39 anos 10,0%, e 40-49 anos 11,0%. Tal padrão já foi observado na população feminina brasileira, como segue na POF, 2003: 18,7% (20 a 24 anos), 41,4% (35 a 44 anos), 57,4% (55 a 64 anos)³². A POF, 2008-2009 também apresentou prevalências crescentes conforme faixa etária: 21,6% de EP entre 15-19 anos, e 63,5% entre 45-49 anos¹⁶. Ademais, foi encontrada prevalência de EP superior a 60,0% entre mulheres brasileiras acima de 40 anos¹⁷. A média do IMC entre as indígenas Parkatêjê corroboram com esse achado, sendo 25,3 kg/m² entre 20-29 anos, e 28,9 kg/m² entre 50-59 anos¹⁹.

O uso de contraceptivo hormonal também esteve associado ao EP ($p \leq 0,010$), representando 7,0% de acréscimo na probabilidade de apresentar EP quando comparado às mulheres que não faziam uso desse método contraceptivo. Porém, há escassez de pesquisas que avaliem essa relação. Sobre essa temática os estudos disponíveis tratam a eficácia do método contraceptivo hormonal em mulheres com EP indicando maior falha terapêutica^{33,34}.

Apesar de diversos estudos apontarem a relação entre EP e a paridade, os resultados indicam o contrário na população indígena em idade fértil nas aldeias de Dourados, MS. Sugere-se que essa relação seja menos impactante em curto prazo

devido ao menor índice de sobrepeso/obesidade na primeira gestação, além do fato de que a retenção de peso pós-gestacional pode ter consequências até 15 anos após o parto, ou seja, em faixa etária além da compreendida no estudo. As associações encontradas indicam que o aumento da idade e o uso de contraceptivo hormonal favorecem o surgimento do EP nessas mulheres. A questão da relação entre os contraceptivos hormonais e o aumento de peso instigam a realização de novos estudos que esclareçam os mecanismos envolvidos.

Referências

1. World Health Organization [homepage na internet]. Obesity and Overweight. Fact sheet n° 311 [acesso em 18 mar 2013]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>
2. World Health Organization. Overweight and obesity. Fact sheet No. 311. Geneva: WHO; 2011.
3. Villalobos JAC, Meléndez JAB, Montiel MER, Lee GM, Moctezuma CM. Sobrepeso y obesidad. Situación actual y perspectivas. Acta Médica Grupo Ángeles. 2010;8(4):202-7.
4. Mascie-Taylor N. Is Bangladesh going through an epidemiological and nutritional transition? Coll Antropol. 2012;36(4):1155-9.
5. Filozof C, Gonzalez C, Sereday M, Mazza C, Braguinsky J. Obesity prevalence and trends in Latin-American countries. Obes Rev. 2001;2(2):99-106 .
6. Swinburn BA, Sacks G, Hall KD, McPherson K, Finegood DT, Moodie ML, et al. The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments. Lancet. 2011;378(9793):804-14.
7. Coimbra CE, Santos RV, Welch JR, Cardoso AM, de Souza MC, Garnelo L, et al. The First National Survey of Indigenous People's Health and Nutrition in Brazil: rationale, methodology, and overview of results. BMC Public Health. 2013;13:52.
8. Siega-Riz AM. Prepregnancy obesity: determinants, consequences, and solutions. Adv Nutr. 2012;3(1):105-7.
9. Giroux I, Lander S, Charlesworth S, Mottola MF. Weight history of overweight pregnant women. Can J Diet Pract Res. 2009;70(3):127-34.
10. Cohen SS, Larson CO, Matthews CE, Buchowski MS, Signorello LB, Hargreaves MK, et al. Parity and breastfeeding in relation to obesity among black and white women in the southern community cohort study. J Womens Health (Larchmt). 2009;18(9):1323-32.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010.
12. Sistema de Informações da Atenção à Saúde Indígena. Demografia dos Povos Indígenas. [acesso em 20 mai 2013]. Disponível em: http://sis.funasa.gov.br/transparencia_publica/siasiweb/Layout/quantitativo_de_pessoas_2010.asp
13. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Pirâmide Populacional dos Indígenas cadastrados no SIASI em 2013 por diversos parâmetros de

territorialidade indígena ou nacional. Disponível em:
["http://dw.saude.gov.br/gsid"](http://dw.saude.gov.br/gsid) ["http://dw.saude.gov.br/gsid"](http://dw.saude.gov.br/gsid)

14. Fundação Nacional de Saúde. I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2009.
15. World Health Organization. Obesity. Preventing and Managing the Global Epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity, Geneva: World Health Organization; 1997
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
17. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS 2006): Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
18. Lourenço AE, Santos RV, Orellana JD, Coimbra CE. Nutrition transition in Amazonia: obesity and socioeconomic change in the Suruí Indians from Brazil. *Am J Hum Biol.* 2008;20(5):564-71.
19. Capelli Jd, Koifman S. [Evaluation of the nutritional status of the Parkatêjê indigenous community in Bom Jesus do Tocantins, Pará, Brazil]. *Cad Saúde Pública.* 2001;17(2):433-7.
20. Agostinho Gimeno SG, Rodrigues D, Pagliaro H, Cano EN, de Souza Lima EE, Baruzzi RG. [Metabolic and anthropometric profile of Aruák Indians: Mehináku, Waurá and Yawalapití in the Upper Xingu, Central Brazil, 2000-2002]. *Cad Saúde Pública.* 2007;23(8):1946-54.
21. Leite MS, Santos RV, Gugelmin SA, Coimbra CE. [Physical growth and nutritional profile of the Xavante indigenous population in Sangradouro-Volta Grande, Mato Grosso, Brazil]. *Cad Saúde Pública.* 2006;22(2):265-76.
22. Coimbra CE, Santos RV, Welch JR, Cardoso AM, de Souza MC, Garnelo L, et al. The First National Survey of Indigenous People's Health and Nutrition in Brazil: rationale, methodology, and overview of results. *BMC Public Health.* 2013;13:52.
23. Castro TG, Schuch I, Conde WL, Veiga J, Leite MS, Dutra CLC, Zuchinali P, Barufaldi LA. Estado nutricional dos indígenas Kaingáng matriculados em escolas indígenas do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2010;26(9):1766-76

24. Oliveira GF, Oliveira TRR, Rodrigues FF, Corrêa LF, Ikejiri AT, Casulari LA. Prevalência de diabetes melito e tolerância à glicose diminuída nos indígenas da Aldeia Jaguapiru, Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2011;29(5)
25. Coimbra JR, CEA, Santos RV, Escobar AL., orgs. *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005. 260 p.
26. Harris HE, Ellison GTH. Do the changes balance that occur during pregnancy predispose parous women to obesity. *Nutr Res Rev*. 1997;10:57-81.
27. Koch E, Bogado M, Araya F, Romero T, Díaz C, Manriquez L, Paredes M, Román C, Taylor A, Kirschbaum A. Impact of parity on anthropometric measures of obesity controlling by multiple confounders: a cross-sectional study in Chilean women. *J Epidemiol Community Health*. 2008 May;62(5):461-70.
28. Ferreira RAB, Benicio MHD'A. Obesidade em mulheres brasileiras: associação com paridade e nível socioeconômico. *Rev Panam Salud Publica*, 2015, 37(4/5).
29. Linne Y, Dye L, Barkeling B, Rossner S. Weight development over time in parous women - The SPAWN study - 15 years follow-up. *Int J Obes*. 2003;27:1516-22.
30. Kim SA, Yount KM, Ramakrishnam U, Martorell R. The relationship between parity and overweight varies with household wealth and national development. *Int J Epidemiol*. 2007;36:93-101.
31. Gunderson EP. Childbearing and obesity in women: weight before, during and after pregnancy, *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2009;36:317-22.
32. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF 2003) : Análise da disponibilidade de alimentos e do estado nutricional no Brasil*. Rio de Janeiro: IBGE; 2004.
33. Zera C, McGirr S, Oken E. Screening for obesity in reproductive-aged women. *Prev Chronic Dis*. 2011;8(6):A125.
34. Robinson JA, Burke AE. Obesity and hormonal contraceptive efficacy. *Womens Health (Lond Engl)*. 2013 Sep;9(5):453-66.

Tabela 1. Características demográficas, econômicas, de estilo de vida e de saúde de mulheres indígenas conforme excesso de peso. Dourados, MS, Brasil, 2013.

Características	Total n (%)	IMC \geq 25 kg/m ²	
		n (%)	p valor
Aldeia			1,000*
Bororó	200 (50,1)	131 (65,5)	
Jaguapirú	199 (49,8)	131 (65,3)	
Etnia			0,798*
Guarani	313 (78,5)	204 (64,9)	
Terena	86 (21,5)	58 (67,4)	
Faixa etária (anos)			<0,010** <0,010***
15-19	88 (22,0)	29 (31,8)	
20-29	116 (29,0)	72 (62,1)	
30-39	121 (30,3)	99 (81,8)	
40-49	74 (18,5)	62 (83,8)	
Nível socioeconômico			0,496** 0,512***
Tercil 1	129 (32,3)	80 (61,2)	
Tercil 2	129 (32,3)	89 (69,0)	
Tercil 3	141 (35,3)	93 (66,0)	
Escolaridade (anos)			<0,010** <0,010***
0-4	179 (44,9)	142 (79,3)	
5-9	129 (32,3)	67 (51,9)	
\geq 10	91 (22,8)	53 (57,1)	
Consumo de bebida alcoólica			0,614*
Sim	44 (11,0)	27 (61,4)	
Não	355 (89,0)	235 (65,9)	
Tabagismo			0,734*
Sim	43 (10,7)	27 (62,8)	
Não	356 (89,2)	234 (65,7)	
Uso de contraceptivo hormonal			<0,010*
Sim	186 (46,7)	136 (73,1)	
Não	212 (53,3)	125 (59,0)	
Número de filhos			<0,010** <0,010***
Nenhum	76 (19,0)	29 (38,2)	
1-2	106 (26,5)	54 (50,9)	
3-4	107 (26,8)	83 (77,6)	
\geq 5	110 (27,6)	95 (86,4)	

IMC: Índice de Massa Corporal; *Teste Exato de Fisher; **Qui-quadrado; ***Tendência Linear

Tabela 2. Razão de prevalência (RP) bruta e ajustada de excesso de peso, conforme características demográficas, econômicas, de estilo de vida e de saúde de mulheres indígenas, Dourados, MS. 2013

Características	IMC \geq 25 kg/m ²			
	RP bruta (IC 95%)	p valor	RP ajustada (IC 95%)	p valor
Aldeia		0,945		
Bororó	1			
Jaguapirú	1,00 (0,94-1,06)			
Etnia		0,722		
Terena	1			
Guarani	1,00 (0,98-1,01)			
Faixa etária (anos)		<0,010		<0,010
15-19	1		1	
20-29	1,21 (1,11-1,33)		1,16 (1,05-1,29)	
30-39	1,36 (1,25-1,48)		1,24 (1,10-1,39)	
40-49	1,38 (1,26-1,50)		1,26 (1,11-1,43)	
Nível socioeconômico		0,499		
Tercil 1	1			
Tercil 2	1,04 (0,97-1,11)			
Tercil 3	1,02 (0,95-1,09)			
Escolaridade (anos)		<0,010		0,635
0-4	1		1	
5-9	0,84 (0,79-0,90)		0,97 (0,90-1,03)	
\geq 10	0,88 (0,82-0,94)		1,00 (0,92-1,08)	
Consumo de bebida alcoólica		0,539		
Sim	0,97 (0,88-1,06)			
Não	1			
Tabagismo		0,681		
Sim	0,98 (0,89-1,07)			
Não	1			
Uso de contraceptivo hormonal		<0,010		<0,010
Sim	1,08 (1,02-1,14)		1,07 (1,02-1,13)	
Não	1		1	
Número de filhos		<0,010		0,156
Nenhum	1		1	
1-2	1,08 (0,97-1,19)		0,98 (0,88-1,09)	
3-4	1,27 (1,16-1,39)		1,07 (0,95-1,21)	
\geq 5	1,33 (1,28-1,50)		1,09 (0,96-1,24)	

IMC: Índice de Massa Corporal; IC 95%: Intervalo de confiança de 95%; RP ajustada para número de filhos.

Periódico para submissão:

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP)

ANEXOS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

“Perfil de saúde e nutrição da população indígena de Dourados, MS”.

Pesquisadora Responsável: Maria Cristina Corrêa de Souza

A senhora está sendo convidada a participar de uma pesquisa que vai ser feita para conhecer a saúde da população indígena de Dourados. Serão convidadas para participar desse estudo mulheres indígenas de 10 a 59 anos, que moram nas casas sorteadas das aldeias Bororó e Jaguapiru.

Para participar desta pesquisa, a senhora deverá responder a perguntas sobre sua casa e sobre sua saúde. Essas perguntas serão feitas pela equipe da pesquisa. A senhora não é obrigada a responder a todas as perguntas, caso não queira. Também iremos pesar, medir sua altura e retirar duas gotas de sangue da ponta de seu dedo. Todo esse trabalho levará de 10 a 20 minutos.

A senhora poderá sentir uma leve dor quando forem retiradas as gotas de sangue do seu dedo. Mas não há risco de contaminação, porque o material que vai ser utilizado para retirar as gotas de sangue é descartável e os pesquisadores estarão com luvas. Na hora já poderemos dizer para a senhora se a senhora tem anemia e como está o açúcar no seu sangue.

Se os seus exames mostrarem algum problema, a senhora será encaminhada para o Posto de Saúde para realizar outros exames.

As suas respostas serão analisadas pela equipe da pesquisa e a amostra do seu sangue será utilizada para realizar exames. Com as suas respostas e a amostra do seu sangue, poderemos conhecer como está a sua saúde e da população indígena de Dourados. Após a pesquisa ser feita com todas as pessoas os pesquisadores querem utilizar os resultados para ajudar na realização de ações para melhorar a saúde dos indígenas.

A senhora poderá sair da pesquisa a qualquer momento. Para isso, basta informar algum membro da equipe da pesquisa. Caso não queira mais participar, a senhora não será prejudicada.

A senhora não terá despesas e nem irá receber dinheiro para participar deste trabalho.

O nome da senhora não será revelado, nem os resultados dos seus exames ou suas respostas. Quando os pesquisadores forem apresentar os resultados da pesquisa, seu nome não será divulgado.

Em qualquer etapa da pesquisa a senhora poderá entrar em contato com a Pesquisadora Maria Cristina Corrêa de Souza pelo telefone 3410-2320 ou 3410-2327, ou então pelo endereço Rodovia Dourados/ Itaum, km 12 Dourados/ MS. Esse projeto foi aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa. Caso queira entrar em contato com o Comitê, ligar para 3410-2328 ou pelo endereço Rodovia Dourados/ Itaum, km 12 Dourados/ MS, Cidade Universitária – UFGD.

Este documento será lido para a senhora por um membro da equipe que conhece a língua Guaraní, podendo lhe dar as informações que a senhora solicitar.

Fui esclarecida sobre a pesquisa e concordo em participar de forma voluntária:

Nome da Participante:

Número do Documento de Identidade ou CPF:

Endereço:

Assinatura da participante

Assinatura da pesquisadora

Dourados-MS, Aldeia _____.

Data: ____/____/____

Perfil de Saúde e Nutrição da População
Indígena de Dourados

Manual de Instruções
e
Padronização Técnica



1. Definição:

Família: membros da família serão aqueles que façam, regularmente, as refeições juntas (ou algumas das refeições do dia) e que durmam na mesma casa na maior parte dos dias da semana. Observe que algumas vezes famílias diferentes moram no mesmo domicílio, outras vezes no mesmo terreno, mas em domicílios diferentes e independentes.

Domicílio: estrutura arquitetônica (minimamente, um “teto”) na qual conviva um conjunto de pessoas que dividam uma mesma cozinha ou “fogo”.

2. Regras:

- Procure apresentar-se de uma forma simples, limpa e sem exageros. Tenha bom senso no vestir. Se usar óculos escuros, retire-os ao abordar um domicílio. Não masque chicletes, nem coma ou beba algum alimento durante a entrevista. **DESLIGUE O CELULAR!**
- Use sempre seu crachá de identificação.
- Seja sempre gentil e educado, pois as pessoas não têm obrigação de recebê-lo. A primeira impressão causada na pessoa que o recebe é muito importante.
- Nunca entre em uma casa sem que apareça alguém para lhe receber. Tome cuidado com os cachorros, se necessário bata palmas ou peça auxílio aos vizinhos para chamar o morador da casa.
- No primeiro contato deixe claro logo de saída que você faz parte de um projeto de pesquisa da Universidade Federal da Grande Dourados. Logo de início, é importante estabelecer um clima de diálogo cordial com o entrevistado, tratando-o com respeito e atenção. Nunca demonstre pressa ou impaciência diante de suas hesitações ou demora ao responder uma pergunta.
- Trate os entrevistados adultos por Sr e Sra, sempre com respeito. Só mude este tratamento se o próprio pedir para ser tratado de outra forma.
- Procure manter um diálogo bem aberto com o supervisor do trabalho de campo, reportando imediatamente qualquer problema, dificuldade ou dúvida que surja no decorrer do treinamento e entrevistas. As suas sugestões são importantes no sentido de aprimorar o trabalho do grupo. A sua dúvida pode ser a mesma que seu colega.
- Não saia de casa sem ter material (crachá e carteira de identidade; lápis, borracha, apontador e sacos plásticos) suficiente para o trabalho a ser realizado no dia, sempre com alguma folga para possíveis eventos desfavoráveis.
- Diga que entende o quanto a pessoa é ocupada, mas insista em esclarecer a importância do trabalho e de sua colaboração.
- Os questionários devem ser preenchidos com lápis apontado e com muita atenção, usando borracha para as devidas correções.
- As letras e números devem ser escritos de maneira legível, sem deixar margem para dúvidas.

3. Escolha dos domicílios a serem visitados:

- O supervisor informará a casa pela qual se iniciarão as entrevistas. A partir desta, de frente para a casa, você irá andando pela esquerda deixando um intervalo (=pulo) a ser combinado com o supervisor.
- Terrenos baldios, casas em construção, casas desabitadas (casas onde os vizinhos informam que não mora ninguém) e estabelecimentos comerciais não devem ser contados para o pulo.
- Casas de comércio são consideradas nos pulos, se os proprietários do comércio morarem no mesmo local.

- Em casas onde os moradores estejam ausentes no momento da entrevista, pergunte-se a dois vizinhos se a mesma é habitada. Se afirmativo, retornar em outra hora para entrevista.

4. Apresentação:

- Bom dia!/Boa tarde! Meu nome é <nome>. Sou da UFGD e estamos fazendo um trabalho sobre a saúde da população indígena de Dourados. Gostaria de fazer algumas perguntas.
- As lideranças indígenas já estão sabendo e assinaram para que a gente possa fazer o trabalho na aldeia (MOSTRE A CARTA DE ANUÊNCIA ASSINADA PELAS LIDERANÇAS)
- Nós não vamos falar para outras pessoas o que o(a) Sr(a) disser.
- É muito importante a participação de todas as pessoas neste trabalho para podermos saber mais sobre a saúde da população.
- O estudo está começando agora e várias casas estão sendo sorteadas na aldeia. Sua casa foi sorteada.
- Nós gostaríamos de fazer algumas perguntas para o responsável da casa. E pesar e medir as mulheres e crianças. Queremos ver se as mulheres de 10 a 59 anos estão com pressão alta, e tem problema de açúcar no sangue ou anemia; e se crianças até 5 anos têm anemia. Pra ver isso vamos precisar tirar 2 gotas de sangue com um furo pequeno no dedo das mulheres e crianças maiores, e um pequeno furo no pé de crianças até 1 ano. O resultado já sai na hora.
- Aceita participar?
- SE SIM:
 - Antes de começar a fazer as perguntas, esse é o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que diz o que é esse trabalho e que você aceita participar (LER O TCLE). Para isso, vamos precisar que o(a) Sr(a) coloque o dedo ou assine neste lugar (MOSTRE O LOCAL DA ASSINATURA OU COLETA DA DIGITAL).

5. Instruções gerais sobre as entrevistas:

- Procurar conversar ou responder as perguntas feitas pelos informantes somente no final da entrevista. SEJA GENTIL!
- Ler as perguntas exatamente como estão escritas, sem enunciar as várias opções de resposta.
- Se necessário repetir a pergunta de uma segunda maneira e, em último caso ler todas as opções, tendo cuidado de não induzir a resposta.
- Sempre que houver dúvida escrever por extenso a resposta dada pelo informante e deixar para o supervisor decidir no final do dia.
- Quando a resposta for "OUTRO", especificar segundo as palavras do informante. Estas respostas serão codificadas posteriormente.
- Retornar até 3 vezes em casas cujos moradores estejam ausentes, observando o melhor horário para encontrá-los no domicílio.
- Realizar a desinfecção de todos os equipamentos com álcool 70% ao término das entrevistas no domicílio.
- Informar sempre o resultado dos exames para a mulher ou responsável.
- Encaminhar ao serviço de saúde os indivíduos que apresentarem pressão arterial diastólica ≥ 130 mmHg, e alteração glicêmica casual compatível com diabetes mellitus (Glicemia ≥ 200 mg/dL).
- Orientar os indivíduos a procurar o serviço de saúde nas seguintes situações:
 - Pressão arterial não controlada (PAS ≥ 140 mmHg e/ou PAD ≥ 90 mmHg) e pressão arterial normal-alta (PAS entre 130-139 mmHg e/ou PAD entre 85-89 mmHg)

- Glicemia casual indicativa de tolerância diminuída à glicose (Glicemia ≥ 140 e < 200 mg/dL)
- Nível de hemoglobina abaixo do valor de normalidade para idade e sexo. Para crianças de 6 meses a 5 anos e gestantes, < 11 g/dL; e para mulheres não grávidas, < 12 g/dL.

6. Preenchimento dos questionários:

- Ao fim de cada dia de trabalho, o entrevistador deve realizar a codificação das respostas (coluna da direita) e o supervisor deve verificar os cadernos para correção se necessário.

6.1. Caderno 1 – Domicílio

- É possível que, em algumas situações, mais de uma pessoa participe da entrevista, sobretudo se realizada no próprio domicílio. No entanto, a caracterização deve ser do entrevistado principal.
- Posição no domicílio: responsável principal, esposa do responsável principal, etc.
- 6. Data de nascimento: Procure obter informações sobre a data de nascimento em documentos fornecidos pelo entrevistado.
- 7. Idade: somente se não souber a data de nascimento.
- 8. Sexo: do entrevistado principal.
- 9. Indígena: por auto-declaração.
- Se houver questionamentos acerca das perguntas sócio-econômicas, explicar da seguinte forma: queremos ver o que isso tem a ver com a saúde dos indígenas. Por exemplo: se a família que tem trabalho o ano inteiro ou recebe o Bolsa Família fica mais ou menos doente que as pessoas que não recebem.
- 10. a 28. Quantidade de bens duráveis:
 - marcar de 0 a 7 – quantidade correspondente de itens;
 - marcar 8 – para 8 ou mais itens;
 - marcar 9 – ignorado
- 14. Máquina de lavar roupa: tanquinho não será considerado nesse item.
- 29. Trabalho remunerado – ano todo: envolve contrato formal, funcionário público, comércio, registro de trabalho.
- 30. Trabalho remunerado – temporário: cana-de-açúcar, extrativismo, vaqueiro, etc.
- 31. Venda de produtos da agricultura/pecuária: produção agrícola e pecuária volta da para o mercado.
- 32. Venda de artesanato ou produção cultural: trabalhos manuais, apresentações de dança, ecoturismo, etc.
- 33. Aposentadoria: ou pensões.
- 34. Benefícios sociais: Bolsa Família, Auxílio Maternidade, etc.
- 35. Venda de produtos de extrativismo: coleta de produtos vegetais de origem silvestre.
- 36. Outro: especificar nas anotações gerais.
- 37. Cultivo ou criação domiciliar: roça ou criação que pertença somente às pessoas do domicílio.
- 38. Cultivo ou criação coletiva: roça ou criação que pertença à aldeia/comunidade, geralmente custeada por agências para toda aldeia.
- 39. Caça ou pesca (domiciliar): caça ou pesca realizada pelas pessoas do domicílio.
- 40. Coleta domiciliar: coleta de alimentos silvestres como frutos/raízes/tubérculos entre outros, pelos membros do domicílio.
- 41. Caça, pesca ou coleta coletiva: atividades realizadas por várias famílias simultaneamente.

- 42. Compra: alimentos comprados/industrializados.
- 43. Cesta básica: distribuída por prefeitura, governo estadual/federal, ONGs, empresas privadas, etc.
- 44. Algum outro: descrever nas anotações gerais.
- 45. a 49. Segurança alimentar: referente aos últimos 12 meses.
- Listagem de moradores do domicílio: atentar para o mês de nascimento das mulheres e crianças para inclusão na amostra. Vai variar de acordo com o mês em que a coleta estiver ocorrendo. Lembre-se que serão incluídas todas as mulheres entre 10,0 e 59,9 anos e todas as crianças menores de 60 meses.
- 54. Tradutor: toda entrevista deve ser acompanhada por um membro da comunidade devidamente treinado, porém só deve ser marcada opção “sim” caso seja necessário a tradução.

6.2. Caderno 2 – Mulher

- 4. Indígena: Só serão incluídas mulheres não indígenas caso tenham filhos < 60 meses de pai indígena.
- 4.1. Etnia: caso a mulher responda apenas “Guarani” perguntar se é Guarani Kaiowa ou apenas Guarani. Na região, os indígenas Guarani Nandeva geralmente se denominam apenas Guarani. Também é comum os Guarani Kaiowa se denominarem apenas Kaiowa.
- 5. PA sistólica: registre valor indicado no monitor com 3 dígitos.
- 6. PA diastólica: registre valor indicado no monitor com 3 dígitos. Use um zero à esquerda sempre que o valor for inferior a 100 mmHg.
- 7. Circunferência de cintura: registre com 4 dígitos. Use um zero à esquerda se o valor for inferior a 100 cm.
- 8. Peso: registre com 4 dígitos. Use um zero à esquerda se o valor for inferior a 100 kg.
- 9. Estatura: registre com 4 dígitos.
- 10. Escolaridade: não é necessário ter concluído todas as séries do curso.
- 11. Quantidade de filhos: quantifique o número de filhos nascidos vivos e mortos. Abortos não deverão ser computados (aborto é considerado uma perda fetal em que a gestação tem duração inferior a 20 semanas ou o feto possui peso inferior a 500 gramas ou estatura menor que 25 centímetros). Registre com 2 dígitos. Use um zero à esquerda se o número de filhos for inferior a 10.
- 12. Quantidade de filhos < 60 meses: anote com 1 dígito o número de filhos vivos < 60 meses.
- 13.1 a 13.2 Histórico familiar: considere apenas membros da família biológica.
- 14.3 Uso de medicação para anemia: se necessário explique que se trata do sulfato ferroso.
- 18.5 Método contraceptivo (Outro): especificar nas anotações gerais.
- 19. Pré-natal: considere consulta domiciliar se o motivo foi realizar rotina pré-natal.
- 21. Sulfato ferroso: se necessário, explique que se trata de remédio de farmácia ou do posto para anemia.
- 22. Ácido fólico: se necessário, explique que se trata das vitaminas do pré-natal.
- 27 a 28. PA: idem itens 8. a 9.
- 29. Glicose: registre com 3 dígitos. Use um zero à esquerda se o valor for inferior a 100 mg/dl.
- 30. Hemoglobina: registre com 3 dígitos. Use um zero à esquerda se o valor for inferior a 10 g/dl.

6.3. Caderno 3 - Criança

- 1.8. Etnia: caso a mãe ou responsável responda apenas “Guarani” pergunte se é Guarani Kaiowa ou apenas Guarani. Na região, os indígenas Guarani Nandeva geralmente se denominam apenas Guarani. Também é comum os Guarani Kaiowa se denominarem apenas Kaiowa.
- 4. Local de nascimento: se a resposta for apenas “hospital” pergunte qual foi a instituição; se a resposta for “em casa” certifique-se que foi dentro de alguma aldeia; caso a resposta seja “Outro” especifique nas anotações gerais.
- 6. Internação: em hospital, clínica ou CASAI.
- 7. Sulfato ferroso: se houver dúvida explique que se trata de remédio de farmácia ou do posto para anemia.
- 8. Aleitamento materno: considere amamentação se a criança mama ou mamou pelo menos 1 vez ao dia. Se a resposta for apenas “Sim” pergunte se a criança ainda mama ou se já parou de mamar.
- 9. Desmame: registre em meses com 2 dígitos. Use um zero à esquerda se a idade for inferior a 10 meses.
- 10. Visa identificar período de aleitamento materno exclusivo. Remédio e vitaminas não devem ser considerados alimentos líquidos e portanto, desconsiderados. Registre em meses com 2 dígitos. Use um zero à esquerda se a idade for inferior a 10 meses e dois zeros se a idade for inferior a 1 mês. Registre 88 se a criança ainda está em aleitamento materno exclusivo.
- 11. Visa identificar período de aleitamento materno complementar. Remédio e vitaminas devem ser desconsiderados. Registre em meses com 2 dígitos. Use um zero à esquerda se a idade for inferior a 10 meses e dois zeros se a idade for inferior a 1 mês. Registre 88 se a criança ainda não começou a receber outros alimentos (frutas, carne para chupar, mingau, etc).
- 12. Peso: registre com 3 dígitos. Use um zero à esquerda se o valor for inferior a 10,0 kg.
- 13. Estatura: registre com 4 dígitos. Use um zero à esquerda se o comprimento for inferior a 100,0 cm. Não será aferida estatura em crianças portadoras de paralisia cerebral.
- 14. Hemoglobina: registre com 3 dígitos. Use um zero à esquerda se o valor for inferior a 10,0 g/dl.
- 15. Peso ao nascer: registre em gramas com 4 dígitos. Use um zero à esquerda se o peso for inferior a 1000 g.

7. Aferição de circunferência de cintura:

- A pessoa deve estar de pé, ereta, abdômen relaxado, braços estendidos ao longo do corpo e os pés separados.
- A roupa deve ser afastada, de forma que a região da cintura fique despida. A medida não deve ser feita sobre a roupa ou cinto.
- Fique de frente para a pessoa e realize a marcação do ponto médio (entre a última costela e a crista ilíaca).
- Peça para a mulher segurar o ponto zero da fita métrica na região abdominal e passe a fita ao redor da cintura.
- Verifique se a fita está no mesmo nível em todas as partes da cintura: não deve ficar larga, nem apertada.
- Peça à pessoa que inspire e, em seguida, que expire totalmente. Realizar a leitura imediata antes que a pessoa inspire novamente.
- Anote a medida no formulário.



8. Aferição de peso:

- Será utilizada a balança portátil Marte, com capacidade máxima de 200 kg.
- Solicite que a pessoa retire o calçado, casaco ou outras peças de vestimenta que possam influir significativamente na pesagem
- A balança deverá ser sempre colocada em superfície firme, plana e seca para o seu bom funcionamento.
- Ligue a balança e espere que o visor mostre 0 kg.
- Mulheres e crianças ≥ 24 meses:
 - Coloque a pessoa no centro da balança, ereta, com os pés juntos e os braços estendidos ao longo do corpo. Mantê-la parada nesta posição.
 - Realize a leitura após o valor do peso estar fixado no visor.
- Crianças < 24 meses:
 - Pese a criança com auxílio de acompanhante.
 - A criança deve ser despida com auxílio da mãe/responsável.
 - Pese primeiro quem estiver auxiliando.
 - Pese novamente quem estiver auxiliando com a criança nos braços.
 - Desconte o peso do auxiliar.
 - Anote a medida no questionário.



9. Aferição de estatura/comprimento:

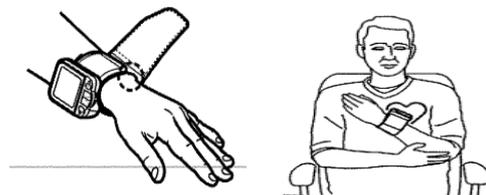
- Será utilizado estadiômetro Alturaexata, que permite aferição do comprimento de crianças e adultos.
- O equipamento deve estar apoiado em uma superfície firme, plana e seca.
- Solicite que sejam retirados além do calçado, qualquer adereço da cabeça que possa interferir como: boné, chapéu, tiaras, lenços, presilhas, entre outros que julgar necessário.
- Mulheres e crianças ≥ 24 meses:
 - Posicione a pessoa descalça no centro do antropômetro. Mantê-la de pé, ereto, pés juntos e os braços estendidos ao longo do corpo, com a cabeça erguida, olhando para um ponto fixo, na altura dos olhos (Plano de Frankfurt).
 - Encoste os calcanhares, ombros e nádegas da pessoa em contato com o antropômetro.
 - Os ossos internos dos calcanhares devem se tocar, bem como a parte interna de ambos os joelhos. Una os pés da pessoa, fazendo um ângulo reto com as pernas.
 - Abaixue a parte móvel do estadiômetro, encostando-a contra a cabeça, com pressão suficiente para comprimir o cabelo.
 - Retire o indivíduo quando tiver certeza de que ele não se moveu.
 - Realize a leitura da estatura, sem soltar a parte móvel do estadiômetro.
- Crianças < 24 meses:
 - Deite a criança no centro do antropômetro, descalça e com a cabeça livre de adereços.
 - Mantenha, com a ajuda da mãe/responsável:
 - a cabeça apoiada firmemente contra a parte fixa do equipamento, com o pescoço reto e o queixo afastado do peito;
 - os ombros totalmente em contato com a superfície de apoio do antropômetro;
 - os braços estendidos ao longo do corpo.



- Mantenha as nádegas e os calcanhares da criança em pleno contato com a superfície que apoia o antropômetro.
- Pressione, cuidadosamente, os joelhos da criança para baixo, com uma das mãos, de modo que eles fiquem estendidos. Junte os pés, fazendo um ângulo reto com as pernas. Leve a parte móvel do equipamento até as plantas dos pés, com cuidado para que não se mexam.
- Realize a leitura do comprimento quando estiver seguro de que a criança não se moveu da posição indicada e anote a medida no questionário.

10. Aferição de pressão arterial:

- Será utilizado monitor automático de pressão arterial de pulso da marca Omron modelo Hem-631INT.
- Cuidado: Não use telefones celulares nas proximidades da unidade. Isso pode causar falha operacional.
- Perguntar para a mulher entrevistada:
 - A sr^a comeu, tomou café ou bebidas alcoólicas nos últimos 30 minutos?
 - A sr^a fumou ou fez exercícios nos últimos 30 minutos?
 - A sr^a está com a bexiga cheia?
- Se estas condições não forem satisfeitas espere pelo menos 15 minutos antes da primeira aferição.
- O intervalo entre as aferições deve ser de pelo menos 10 minutos.
- A mulher deverá estar imóvel, em silêncio, sentada com pés apoiados no chão no momento da aferição.
- Peça gentilmente para que a mulher retire adereços (relógios ou pulseiras) do pulso, pois estes podem interferir na aferição. Caso a mulher esteja usando roupa de manga comprida, erguer parcialmente a manga.
- A braçadeira deve ser aplicada no PULSO ESQUERDO, flexionar o braço e manter o aparelho próximo a altura do coração.
- Colocar o aparelho no pulso direito somente se houver impedimentos como: amputação de braço, presença de gesso ou lesões, etc.
- Com o aparelho fixado corretamente, aperte o botão START/STOP. Os símbolos surgirão na tela e o manguito inflará automaticamente. Serão emitidos bips no ritmo dos batimentos cardíacos durante a aferição. Após concluído o processo, o manguito desinflará automaticamente.



11. Dosagem de glicose:

- A dosagem de glicose será realizada através do aparelho Test Line.
- Introduza a tira código no local indicado do aparelho. O chip deverá ser trocado sempre que uma nova caixa de tira teste for aberta.

- Introduza a fita teste no local indicado pelo aparelho, de modo que as setas e o quadrado laranja estejam voltados para cima. Deslize cuidadosamente a fita teste, sem dobrá-la, até perceber que houve o encaixe. Somente poderá ser retirada da caixa, a fita que for utilizada no teste.
- Verifique se o código numérico que aparece no leitor é semelhante ao código que aparece na etiqueta do frasco da tira teste.
- Aguarde a gotinha aparecer no visor.
- Informe que será necessário fazer um pequeno furo no dedo para colher uma gota de sangue. Escolha a superfície palmar do dedo médio ou anelar. O pesquisador responsável pelas dosagens de glicose deverá utilizar luvas descartáveis durante os procedimentos.
- Massageie levemente a região com o seu dedo polegar, estimulando o fluxo sanguíneo para o ponto de coleta da amostra.
- Limpe a região de punção escolhida com algodão embebido com álcool 70%.
- Fure a região utilizando o lancetador.
- Aplique uma gota de sangue no orifício absorvente da tira teste.
- O resultado será mostrado em 10 segundos.
- Ao retirar a fita teste do aparelho, o monitor irá desligar-se.
- As fitas utilizadas deverão ser descartadas em lixo de material infectado (saco branco) e as lancetas em caixa de pérfuro-cortantes.
- Em caso de hiperglicemia > 600 mg/dL o aparelho mostrará no visor a mensagem HI. Nesta situação a leitura deverá ser repetida para a confirmação.
- Quando for necessária a troca da bateria do glicosímetro, aparecerá um aviso no visor (uma pilha), sempre que o aparelho for ligado. Quando o código “E-b” surgir no display, significa que a bateria está totalmente descarregada e necessita ser trocada imediatamente.

INTRODUZINDO A
VERIFICANDO NÚMERO DO
TIRA CÓDIGO
NO LEITOR



INTRODUZINDO A FITA

TESTE



CHIP



GOTA DE SANGUE



REALIZANDO A LEITURA



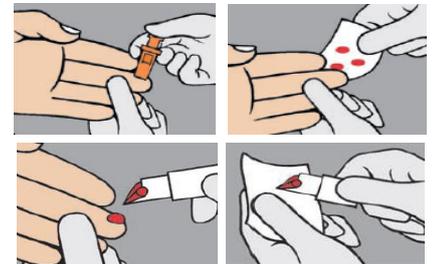
12. Dosagem de hemoglobina:

- A dosagem será feita através do aparelho HemoCue Hb 301.

- Mantenha o tubo de microcuveta sempre tampado de modo a mantê-las em boas condições de uso. O pesquisador responsável pelas dosagens de hemoglobina deverá utilizar luvas descartáveis durante os procedimentos.
- Pressione o botão abaixo do display até que o mesmo seja ativado.
- Com o aparelho ligado, puxe o porta-cuveta para sua posição de carga. Após alguns segundos, o visor exibirá três traços, indicando estar pronto para ser utilizado.
- Informe para o responsável das crianças que será necessário fazer um pequeno furo para colher duas gota de sangue. Para dosagem de hemoglobina em crianças entre 6 e 12 meses de idade o local de punção deve ser a região plantar lateral.



- Já para maiores de 12 meses escolha a superfície palmar do dedo médio ou anelar. Utilize a punção realizada para dosagem de hemoglobina no caso das mulheres.
- Massageie levemente a região com o seu dedo polegar, estimulando o fluxo sanguíneo para o ponto de coleta da amostra. Limpe a região de punção escolhida com algodão embebido com álcool 70%.
- Fure a região utilizando o lancetador.
- Enxugue a primeira gota de sangue das crianças, com gaze ou algodão seco.
- Colha a amostra tocando a gota de sangue com a ponta da microcuveta, esta se encherá rapidamente devido ao processo de capilaridade. Certifique-se que há sangue suficiente na microcuveta, pois a quantidade diminuída ou exagerada pode gerar erro ou resultado alterado.



- Com algodão seco, limpe o excesso de sangue que eventualmente possa ter ficado na parte externa da microcuveta. Cuide para não remover sangue do interior da microcuveta. Se houver bolhas de ar no interior da microcuveta, será necessário obter uma nova amostra.
- Ao final do procedimento ofereça um pedaço de algodão embebido em álcool etílico para ser colocado no local da punção.
- Coloque a microcuveta com sangue no porta-cuveta do aparelho. Essa operação deve ser realizada imediatamente após a obtenção da amostra. Empurre levemente o porta-cuveta para a posição de medição e em alguns instantes o valor da concentração de hemoglobina aparecerá no visor.
- Quando a fonte de energia utilizada são pilhas, o hemoglobinômetro desliga automaticamente após 5 minutos de inatividade.



Perfil de Saúde e Nutrição da População Indígena de Dourados

Sr(a) <NOME>, agora vamos falar da alimentação da sua família.

De onde vêm os alimentos (comida) que os moradores de sua casa consomem?

34. Plantação ou criação de animais? (1) Sim (2) Não (9) IGN
35. Caça, pesca ou coleta? (1) Sim (2) Não (9) IGN
36. Compre? (1) Sim (2) Não (9) IGN
37. Cesta básica? (1) Sim (2) Não (9) IGN
38. Algum outro? (1) Sim (2) Não (9) IGN

34
35
36
37
38

Sr(a) <NOME> agora vamos falar sobre a alimentação no último ano (12 meses).

39. Alguma vez terminou a comida da casa e o sr(a) não tinha dinheiro para comprar mais? (1) Sim (2) Não
40. Q(a) sr(a) pode oferecer uma alimentação variada, com feijão, arroz, carnes, saladas e frutas para sua família? (1) Sim (2) Não
41. Q(a) sr(a) ou alguma outra pessoa na sua casa tiveram que diminuir a quantidade de comida ou não fazer alguma refeição por falta de dinheiro para comprar mais? (1) Sim (2) Não
- 41.1. SE SIM: Em quantos meses isso aconteceu? ____ meses (99) IGN
42. Q(a) sr(a) comeu menos do que gostaria porque não tinha dinheiro para comprar mais? (1) Sim (2) Não
43. Q(a) sr(a) sentiu fome, mas não comeu porque não tinha dinheiro para comprar mais comida? (1) Sim (2) Não

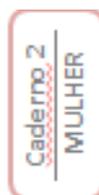
39
40
41
41.1
42
43



Listagem de moradores do domicílio (Realize o preenchimento da lista subsequentemente: 1, 2 e 2.1):

Nº	1. Agora gostaria de saber o nome de TODAS as pessoas que moram nesta casa? (NÃO é necessário anotar o nome completo)	2. Qual é a data de nascimento de <NOME>?	2.1. Qual é a idade de <NOME>? (só se não souber a data de nascimento)	Marque com 2 as MULHERES entre 10,0 e 59,9 anos (nascidas entre 1953 e 2003), e 3 as CRIANÇAS < 60 meses (nascidas entre 2008 e 2013).
01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Agora eu gostaria de fazer algumas perguntas para... (CITE O NOME DE TODAS AS MULHERES ENTRE 10,0 E 59,9 ANOS E CRIANÇAS ENTRE 6 E 59 MESES).



Perfil de Saúde e Nutrição da População Indígena de Dourados



Deverá ser preenchido um Caderno para cada mulher residente no domicílio selecionado entre 10 e 59 anos.

1.1. Qual é o seu nome completo? _____	
1.2. Aldeia/comunidade: (1) Bororó (2) Jaguapirú	
1.3. Número do domicílio: _____	
1.4. Número da mulher (conforme listagem do domicílio): _____	
1.5. Qual é sua data de nascimento? ____/____/____ (99999999) IGN	
1.6. SE NÃO SOUBER A DATA DE NASCIMENTO: Qual é sua idade? ____ (99) IGN	
2. Data da entrevista: ____/____/2013	
3. Entrevistador: _____	

									1.2
									1.3
									1.4
									1.5
									1.6
					2	0	1	3	2
									3

Sra. <NOME>, vou fazer algumas perguntas.

4. A sra é indígena? (1) Sim (2) Não

SE SIM:

4.1. SE FOR INDÍGENA: Qual é a sua etnia? (1) Guaraní Kaiowa

(2) Guaraní Nandeva (3) Terena (4) Outra _____

4.2. Tem filho indígena menor que 5 anos? * (1) Sim (2) Não

*Se as respostas 4 e 4.2 forem "Não" encerre o preenchimento deste caderno.

Exame Físico (parte I): Sra <NOME> agora vamos ver sua pressão.

A sra# comeu, tomou café ou bebidas alcoólicas nos últimos 30 minutos?

A sra# fumou ou fez exercícios nos últimos 30 minutos?

A sra# está com a bexiga cheia?

Primeira medida de pressão arterial

5. PA sistólica: _____ mmHg

6. PA diastólica: _____ mmHg

Sra <NOME> gostaria de saber se frequentou a escola.

7. Até que série estudou ou estuda atualmente?

(1) Nenhum (2) Alfabetização de jovens e adultos

(3) Ensino fundamental (18 e 48 ano)

(4) Ensino fundamental (59 e 99 ano)

(5) Ensino médio (6) Superior – graduação (9) IGN

Sra <NOME>, vou fazer algumas perguntas sobre os seus filhos.

8. Quantos filhos a sra teve? _____

9. Quantos filhos têm menores de 5 anos de idade? _____

Sra <NOME> vamos falar sobre algumas doenças na sua família. Seu pai ou sua mãe tem ou já teve:

10.1. Diabetes ou problema de açúcar no sangue? (1) Sim (2) Não (9) IGN

10.2. Pressão alta? (1) Sim (2) Não (9) IGN

									4
									4.1
									4.2

									5
									6

									7
--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

									8
									9

									10.1
									10.2



Perfil de Saúde e Nutrição da População Indígena de Dourados

Agora quero saber se a sra toma algum remédio de farmácia ou do posto:

- 11.1. Para pressão alta? (1) Sim (2) Não (9) IGN
 11.2. Para açúcar no sangue ou diabetes? (1) Sim (2) Não (9) IGN
 11.3. Para anemia? (1) Sim (2) Não (9) IGN

As próximas perguntas são sobre bebidas e cigarro.

12. A sra faz uso de bebidas alcoólicas? (1) Sim (2) Não

SE SIM,

12.1. Há quanto tempo bebe? ____ anos (00= < 1 ano) (99) IGN

12.2. A sra bebe quantas vezes por semana?

- (1) < 1x (2) 1 a 2x (3) 3 a 4x (4) > 5x (9) IGN

13. A sra fuma? (1) Sim (2) Não

SE SIM,

13.1. Há quanto tempo fuma? ____ (00= < 1 ano) (99) IGN

14. No momento, a sra está grávida?

- (1) Sim (2) Não (9) IGN

Se a mulher estiver grávida, siga para o item 16.

15. A sra está usando algum remédio ou método para evitar filho ou gravidez?

- (1) Sim (2) Não (9) IGN SE SIM, qual ou quais?

15.1. Pílula ou remédio de farmácia ou posto? (1) Sim (2) Não (9) IGN

15.2. Injeção? (1) Sim (2) Não (9) IGN

15.3. Planta ou chá para evitar filho? (1) Sim (2) Não (9) IGN

15.4. Camisinha? (1) Sim (2) Não (9) IGN

15.5. Algum outro? (1) Sim, (2) Não (9) IGN

Se a mulher não estiver grávida siga para os itens 24 e 30 (Exame Físico – parte II).

OS ITENS 16 A 23 SE APLICAM SOMENTE SE A MULHER ESTIVER GRÁVIDA (se a resposta do item 14 foi "SIM")

Sra <NOME>, vou perguntar sobre essa gravidez.

16. A sra fez alguma consulta de pré-natal com médico ou enfermeiro durante essa gravidez? ** (1) Sim (2) Não (9) IGN

Se a resposta do item 16 for "Não", siga para o item 18.

17. SÓ SE A MULHER JÁ INICIOU O PRÉ-NATAL: A sra tem a carteira do pré-natal?

- (1) Sim, viste (2) Sim, não viste (3) Não (9) IGN

18. A sra está tomando sulfato ferroso? (1) Sim (2) Não (9) IGN

19. A sra está tomando ácido fólico? (1) Sim (2) Não (9) IGN

20. SÓ SE A MULHER NÃO REALIZOU NENHUMA CONSULTA PRÉ-NATAL: Qual foi a data da última menstruação? ____/____/____ (9999999) IGN

Caracterização do pré-natal da gravidez atual (A PARTIR DE REGISTROS):

AS QUESTÕES 21 A 23 SE APLICAM SE A MULHER ESTIVER GRÁVIDA NO MOMENTO DA ENTREVISTA. AS RESPOSTAS DEVEM SER EXTRAÍDAS DE REGISTROS EXISTENTES.

21. Data de última menstruação (DUM): ____/____/____ (9999999) IGN

22. Idade gestacional em semanas na data da entrevista: ____

- 22.1. A idade gestacional foi calculada por: (1) DUM (2) USG

23. Quantas consultas de pré-natal na gravidez atual foram registradas até o momento da entrevista? ____ consultas

	11.1
	11.2
	11.3

	12
	12.1
	12.2

	13
	13.1

	14
--	----

	15
	15.1
	15.2
	15.3
	15.4
	15.5

	16
	17
	18
	19

	20
--	----

	21
	22
	22.1
	23

