



# Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

## Relatório Final (Análise dos dados) n° 7

Rio de Janeiro, 1 de dezembro de 2009



Ministério da Saúde  
Fundação Nacional de Saúde



ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA  
DE PÓS-GRADUAÇÃO  
EM SAÚDE COLETIVA



BANCO  
MUNDIAL





**Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**

# **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**

**Relatório Final**  
**(Análise dos dados)**

**nº 7**

Rio de Janeiro, 1 de dezembro de 2009



**Equipe (listas em ordem alfabética)**

Coordenação:

Andrey Moreira Cardoso, MSc (Esc Nac Saúde Pública/ Fiocruz)  
Dr. Bernardo Lessa Horta (Univ Fed Pelotas)  
Dr. Carlos E. A. Coimbra Jr., Coordenador-geral (Esc Nac Saúde Pública/ Fiocruz)  
Dra. Maj-Lis Follér (Göteborgs Universitet)  
Mirian Carvalho de Souza, MSc (Inst Nac Câncer)  
Dr. Ricardo Ventura Santos (Esc Nac Saúde Pública/ Fiocruz)

Pesquisadores sênior e coordenadores de campo:

Dra. Ana Lucia Escobar (Univ Fed Rondônia)  
Dra. Ana Marlúcia Oliveira Assis (Univ Fed Bahia)  
Dr. Elias Rassi Neto (Univ Fed Goiás)  
Dr. James Robert Welch (Esc Nac Saúde Pública/ Fiocruz)  
Jesem D. Y. Orellana, MSc (Inst Pesq Leonidas & Maria Deane/Fiocruz)  
Maria da Conceição Silva, MSc (Univ Fed Bahia)  
Dra. Maria Luíza Garnelo Pereira (Inst Pesq Leonidas & Maria Deane/Fiocruz)  
Dr. Maurício Soares Leite (Univ Fed Sta Catarina)  
Dr. Pascoal Torres Muniz (Univ Fed Acre)  
Dr. Paulo Cesar Basta (Esc Nac Saúde Pública/ Fiocruz)  
Dr. Paulo Sérgio Delgado (Esc Nac Saúde Pública/ Fiocruz)  
Dr. Pedro Israel Cabral de Lira (Univ Fed Pernambuco)  
Dr. Rui Arantes (Inst Cerrado-Pantanal/Fiocruz)  
Dra. Sílvia Ângela Gugelmin (Uni Est Rio de Janeiro)  
Thatiana Regina Favaro, MSc (Esc Nac Saúde Pública/ Fiocruz)

Pesquisadores de campo:

Aline Alves Ferreira (Esc Nac Saúde Pública/Fiocruz)  
Carla Tatiana G. Barreto (Esc Nac Saúde Pública/Fiocruz)  
Cátia Cristina Martins de Oliveira (Centro Politéc Joaquim Venâncio/Fiocruz)  
Cristiane Oliveira dos Santos (Univ Fed Goiás)  
Cristiano Lucas de Menezes Alves (Univ Fed Rondônia)  
Felipe Guimarães Tavares (Esc Nac Saúde Pública/Fiocruz)  
Felipe Kooerich Prevê (Univ Fed Sta Catarina)  
Gerson Luiz Marinho (Esc Nac Saúde Pública/Fiocruz)  
Goya Pitágoras Freitas Santos (Univ Fed Bahia)  
Graciela Harras Kruger (Univ Fed Pelotas)  
Hernane G. dos Santos Jr. (Inst Pesq Leonidas & Maria Deane/Fiocruz)  
Janaína Vieira dos Santos (Univ Fed Pelotas)



## Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

José Rodolfo Mendonça de Lucena (Univ Fed Pernambuco)  
Juan Rodrigues de Oliveira (Esc Nac Saúde Pública/Fiocruz)  
Juliana Souza Andrade Lício (Esc Nac Saúde Pública/Fiocruz)  
Larissa Oliveira do Nascimento (Univ Fed Acre)  
Maíra Patriarcha Leal (Univ Fed Bahia)  
Maurício Viana Gomes de Oliveira (Esc Nac Saúde Pública/Fiocruz)  
Rosilda de Oliveira (Univ Fed Pernambuco)  
Sandra Regina Maia (Univ Fed Pernambuco)  
Soraia Rocha de Brito (Univ Fed Bahia)  
Suiany Dias Rocha (Univ Fed Goiás)  
Sully de Souza Sampaio (Inst Pesq Leonidas & Maria Deane/Fiocruz)  
Teresinha Albina Maraskin (Prefeitura Municipal de Porto Alegre)  
Thiago Santos de Araújo (Univ Fed Acre)  
Ulla Macedo Romeu (Univ Fed Bahia)  
Wesley da Trindade Becari (Unif Fed Dourados)  
Zilmar Augusto de Souza Filho (Inst Pesq Leonidas & Maria Deane/Fiocruz)

### Análise de dados e relatoria:

Andrey Moreira Cardoso  
Dr. Bernardo Lessa Horta  
Dr. Carlos E. A. Coimbra Jr., Coordenador-geral  
Dr. James R. Welch  
Dr. Ricardo Ventura Santos  
Mirian Carvalho de Souza

### Digitação e organização do banco e dados:

Desirée Simões Silva  
Gleice Farias da Costa  
Janice de Oliveira Soares  
Kissy da Silva Francisco  
Manoel Gama de Medeiros  
Marilsa da Silva Francisco  
Mirian Carvalho de Souza, Coordenadora

### Outros colaboradores:

Eduardo Ribeiro Pina, programador (Esc Nac Saúde Pública/Fiocruz)  
Mário Ribeiro Alves, geógrafo (Esc Nac Saúde Pública/Fiocruz)  
Dr. Reinaldo Souza dos Santos (Esc Nac Saúde Pública/Fiocruz)

### Apoio administrativo e gestão orçamentária:

Maria Carla Rodrigues de Oliveira  
Maria Nair Rodrigues Salvá, Coordenadora



## SUMÁRIO

<b>1.</b>	<b>Apresentação .....</b>	<b>22</b>
<b>2.</b>	<b>Introdução .....</b>	<b>24</b>
2.1.	Saúde e Nutrição Indígena no Brasil.....	28
2.1.1.	Doenças infecciosas e parasitárias.....	29
2.1.2.	Alimentação e nutrição e doenças crônicas não-transmissíveis .....	32
2.2.	Considerações finais.....	36
<b>3.</b>	<b>Objetivos .....</b>	<b>38</b>
3.1.	Objetivo Geral .....	38
3.2.	Objetivos Específicos.....	38
<b>4.</b>	<b>Metodologia .....</b>	<b>39</b>
4.1.	Desenho do estudo.....	39
4.2.	População alvo .....	39
4.3.	Plano amostral .....	39
4.3.1.	Cálculo do tamanho amostral .....	39
4.3.2.	Seleção das aldeias.....	43
4.4.	Instrumentos de coleta de dados e instrutivo de campo .....	59
4.5.	Treinamento das equipes e dinâmica do trabalho de campo.....	59
4.6.	Coleta de dados biométricos.....	64
4.6.1.	Peso e estatura.....	64
4.6.2.	Pressão arterial.....	65
4.6.3.	Dosagem de Hemoglobina .....	65
4.6.4.	Dosagem de Glicose.....	65
4.7.	Coleta de dados secundários.....	66
4.8.	Aspectos éticos .....	66
4.9.	Bancos de dados .....	67
4.9.1.	Procedimentos de controle de qualidade.....	67
4.9.2.	Ferramentas utilizadas na digitação dos Cadernos .....	69
4.9.3.	Preparo dos bancos de dados .....	70
<b>5.</b>	<b>Resultados a partir do Caderno 1 – Aldeia/Comunidade .....</b>	<b>80</b>
<b>6.</b>	<b>Resultados a partir do Caderno 2 – Domicílio .....</b>	<b>91</b>



## **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**

<b>7.</b>	<b>Resultados a partir do Caderno 3 – Mulher .....</b>	<b>119</b>
<b>8.</b>	<b>Resultados a partir do Caderno 4 – Criança .....</b>	<b>204</b>
<b>9.</b>	<b>Considerações finais.....</b>	<b>266</b>
<b>10.</b>	<b>Referências bibliográficas .....</b>	<b>271</b>
<b>11.</b>	<b>ANEXO 1: Caderno 1 – Aldeia/ Comunidade .....</b>	<b>285</b>
<b>12.</b>	<b>ANEXO 2: Caderno 2 – Domicílio .....</b>	<b>296</b>
<b>13.</b>	<b>ANEXO 3: Caderno 3 – Mulher .....</b>	<b>311</b>
<b>14.</b>	<b>ANEXO 4: Caderno 4 – Criança .....</b>	<b>323</b>
<b>15.</b>	<b>ANEXO 5: Acompanhamento da Situação das Aldeias/ Comunidades</b>	<b>335</b>
<b>16.</b>	<b>ANEXO 6: Listagem dos Domicílios.....</b>	<b>352</b>
<b>17.</b>	<b>ANEXO 7: Formulário de Referência - Situações de Emergência e Urgência em Campo .....</b>	<b>356</b>
<b>18.</b>	<b>ANEXO 8: Resumo dos passos a serem seguidos durante a pesquisa de campo.....</b>	<b>358</b>
<b>19.</b>	<b>ANEXO 9: Instrutivo .....</b>	<b>362</b>
<b>20.</b>	<b>ANEXO 10: Capacitação em Antropometria: Padronização de medidas.... .....</b>	<b>471</b>
<b>21.</b>	<b>ANEXO 11: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Coletivo ..</b>	<b>476</b>
<b>22.</b>	<b>ANEXO 12: Seleção de Fotos do Trabalho de Campo.....</b>	<b>479</b>



## LISTA DE TABELAS

Tabela 2.1. Freqüência de baixa estatura e baixo peso para a idade ( $\leq - 2$ escores Z das medianas da população-referência do National Center of Health and Statistics (NCHS) em crianças indígenas menores de 5 anos, reportadas em estudos selecionados. ....	33
Tabela 2.2. Freqüência de sobrepeso e obesidade ( $IMC \geq 25 \text{ kg.m}^{-2}$ ) em adultos indígenas, reportadas em estudos selecionados. ....	35
Tabela 4.1. Caracterização dos estratos segundo macrorregiões, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009. ....	40
Tabela 4.2. Tamanho da população total e da população alvo, segundo estrato, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009....	41
Tabela 4.3. Tamanho amostral planejado e realizado, segundo estrato, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009. ....	43
Tabela 4.4. Quantitativos populacionais registrados no SIASIWeb em 22/01/2008 e os quantitativos populacionais coletados pelas equipes de campo, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009. ....	45
Tabela 5.1. Produtos cultivados nas roças ou plantações domésticas indígenas, segundo macrorregiões, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.....	83
Tabela 5.2. Principais animais criados pelos grupos domésticos indígenas, segundo macrorregiões, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009. ....	84



## **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**

Tabela 5.3. Frequências absolutas e relativas de atividades de subsistência nas aldeias/ comunidades indígenas, segundo macrorregiões, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009. ....	85
Tabela 5.4. Frequências absolutas e relativas da presença de programas governamentais nas aldeias/ comunidades indígenas, segundo macrorregiões, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009....	87
Tabela 6.1. Distribuição dos domicílios por condição de realização da entrevista, segundo macrorregião, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.....	92
Tabela 6.2. Locais onde os moradores do domicílio costumam defecar, segundo macrorregiões, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009. ....	95
Tabela 6.3. Destino predominante do lixo produzido pelos domicílios indígenas, segundo macrorregiões, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.....	96
Tabela 6.4. Quanto à origem da água utilizada para beber dos domicílios indígenas, segundo macrorregiões, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.....	98
Tabela 6.5. Quanto à origem da água da torneira nos domicílios indígenas, segundo macrorregiões, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009. ....	101
Tabela 6.6. Tratamento dada à água usada para beber nos domicílios indígenas, segundo macrorregiões, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.....	102
Tabela 6.7. Resultados de análise de componentes principais a partir de variáveis de caracterização sócio-econômica dos domicílios indígenas, segundo macrorregiões, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009..	105

Tabela 6.8. Fontes de renda domiciliar dos domicílios indígenas, segundo macrorregiões, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009. ....	106
Tabela 6.9. Fontes de alimentos referidas pelos domicílios indígenas, segundo macrorregiões, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009. ....	109
Tabela 6.10. Quanto a utilizar gordura, sal e açúcar na alimentação cotidiana dos domicílios indígenas, segundo macrorregiões, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.....	110
Tabela 6.11. Quanto ao tipo de gordura utilizada pelos domicílios indígenas, segundo macrorregiões, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.....	111
Tabela 6.12. Percepção quanto a faltar ou sobrar comida nos domicílios indígenas, segundo macrorregiões, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.....	111
Tabela 6.13. Faixas de freqüência de produção de itens alimentares nos domicílios indígenas, segundo macrorregiões, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.....	113
Tabela 6.14. Faixas de freqüência de compra de itens alimentares nos domicílios indígenas, segundo macrorregiões, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.....	114
Tabela 6.15. Estatísticas descritivas do número de moradores dos domicílios indígenas, segundo macrorregiões, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.....	115
Tabela 7.1. Distribuição das entrevistas com mulheres de 14 a 49 anos planejadas e realizadas, segundo macrorregião, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.....	121



## **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**

Tabela 7.2. Distribuição das mulheres de 14 a 49 anos por faixa etária, segundo macrorregião, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009. ....	122
Tabela 7.3. Distribuição das mulheres de 14 a 49 anos por escolaridade, segundo macrorregião, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009. ....	124
Tabela 7.4. Distribuição das mulheres de 14 a 49 anos por número de filhos tidos, filhos vivos e filhos vivos menores de 60 meses na data da entrevista, segundo macrorregião, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009. ....	129
Tabela 7.5: Médias e Intervalos de Confiança (95%) de pressão arterial sistólica e pressão arterial diastólica por faixa etária, segundo macrorregião, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009. ....	132
Tabela 7.6. Proporção de mulheres que referiram uso de medicação alopática anti-hipertensiva por categoria de pressão arterial (normal ou alterada), segundo macrorregião, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009. ....	133
Tabela 7.7. Prevalências de pressão arterial alterada sugestiva de Hipertensão arterial por faixa etária, segundo macrorregião, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.....	140
Tabela 7.8. Médias de Glicemia por faixa etária, segundo macrorregião, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009. ....	143
Tabela 7.9. Proporção de mulheres que referiram utilizar medicação alopática hipoglicemiante por categoria de glicemia (normal ou alterada), segundo macrorregião, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009. ....	144



## **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**

Tabela 7.10. Prevalências de glicemia casual alterada indicativa de diabetes mellitus (glicemia casual $\geq$ 200mg/dL ou glicemia $<$ 200mg/dL em uso de hipoglicemiante) entre mulheres de 14 a 49 anos, segundo macrorregião, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009. ....	149
Tabela 7.11. Médias de hemoglobina (mg/dL) em mulheres indígenas grávidas e não grávidas segundo macrorregião, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.....	151
Tabela 7.12. Prevalência de anemia em mulheres indígenas grávidas e não grávidas segundo macrorregião, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.....	153
Tabela 7.13. Prevalência de anemia grave (Hb $<$ 9,5mg/dL) , segundo macrorregião, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009..	156
Tabela 7.14. Médias de IMC por faixa etária, segundo macrorregião, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009. ....	158
Tabela 7.15. Distribuição das mulheres de 14 a 49 anos por categorias de IMC, segundo macrorregião, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.....	161
Tabela 7.16. Prevalências de nível tensional elevado sugestivo de hipertensão arterial classificada pelos critérios JNC e OMS, segundo categorias de IMC e macrorregião, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009. ....	163
Tabela 7.17. Prevalências de nível glicêmico elevado sugestivo de diabetes mellitus, segundo categorias de IMC e macrorregião, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.....	165
Tabela 7.18. Matriz de correlação de Pearson, com as variáveis Idade, PAS, PAD, IMC, peso, estatura e glicemia, , para o conjunto das macrorregiões, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009. ....	167



## **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**

Tabela 7.19. Matriz de correlação de Pearson, com as variáveis Idade, PAS, PAD, IMC, peso, estatura e glicemia, , macrorregião Norte, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.....	168
Tabela 7.20. Matriz de correlação de Pearson, com as variáveis Idade, PAS, PAD, IMC, peso, estatura e glicemia, , macrorregião Centro-Oeste, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009. ....	168
Tabela 7.21. Matriz de correlação de Pearson, com as variáveis Idade, PAS, PAD, IMC, peso, estatura e glicemia, , macrorregião Nordeste, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009. ....	169
Tabela 7.22. Matriz de correlação de Pearson, com as variáveis Idade, PAS, PAD, IMC, peso, estatura e glicemia, macrorregião Sul/Sudeste, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009. ....	169
Tabela 7.23. Correlação de Pearson entre nível de hemoglobina e idade, IMC, peso e estatura, segundo macrorregiões, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.....	170
Tabela 7.24. Percentual de mulheres de 14 a 49 anos que referiram ter recebido tratamento para tuberculose e malária nos últimos 12 meses, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009. ....	171
Tabela 7.25. Resultados da análise de regressão linear multivariada, tendo como variável dependente o número de filhos tidos pela mulher ao longo da vida, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009. ....	172
Tabela 7.26. Resultados da análise de regressão linear multivariada, tendo como variável dependente o número de filhos menores de 60 meses da mulher entrevistada, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009. ....	173



## **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**

Tabela 7.27. Resultados da análise de regressão linear multivariada, tendo como variável dependente o número de filhos vivos da mulher entrevistada, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009. ....	174
Tabela 7.28. Resultados da análise de regressão linear multivariada, tendo como variável dependente o índice de massa corporal (IMC), Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.....	174
Tabela 7.29. Resultados da análise de regressão linear multivariada, tendo como variável dependente o nível de pressão arterial sistólica, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009. ....	175
Tabela 7.30. Resultados da análise de regressão linear multivariada, tendo como variável dependente o nível de pressão arterial diastólica, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009. ....	176
Tabela 7.31. Resultados da análise de regressão linear multivariada, tendo como variável dependente o nível de glicemia, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.....	177
Tabela 7.32. Resultados da análise de regressão de Poisson, tendo como variável dependente se a mulher estava anêmica ou não, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.....	178
Tabela 7.33. Resultados da análise de regressão de Poisson, tendo como variável dependente se a mulher estava anêmica ou não, somente região Norte, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009. ....	178
Tabela 7.34. Realização de pelo menos uma consulta de pré-natal, segundo macrorregiões, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009. ....	179
Tabela 7.35. Proporção de mulheres que referiram ter realizado pelo menos uma consultas de pré-natal, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009. ....	181



## **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**

Tabela 7.36. Trimestre de gravidez na primeira consulta pré-natal, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009. ....	185
Tabela 7.37. Proporção de mulheres que possuíam registro de vacina contra tétano e contra hepatite B relativas ao pré-natal do filho vivo mais novo com idade inferior a 60 meses e e ao pré-natal em curso por ocasião da entrevista, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009. ....	191
Tabela 8.1. Crianças avaliadas, recusadas e perdas, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.....	204
Tabela 8.2. Distribuição das crianças de acordo com o responsável pela entrevista, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009..	205
Tabela 8.3. Entrevista foi feita com tradutor, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009. ....	206
Tabela 8.4. Distribuição das crianças de acordo com o indivíduo responsável pela tradução, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009. ....	207
Tabela 8.5. Distribuição das crianças de acordo com a idade, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009. ....	208
Tabela 8.6. Distribuição das crianças avaliadas de acordo com o sexo, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009. ....	209
Tabela 8.7. Distribuição das crianças menores de 5 anos por macrorregião de acordo com presença de certidão de nascimento e local de nascimento, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009. ....	211
Tabela 8.8. Distribuição das crianças menores de 5 anos por macrorregião de acordo a atenção ao parto, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.....	213



## **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**

Tabela 8.9. Distribuição das crianças menores de 5 anos por macrorregião de acordo com o tipo de parto, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.....	214
Tabela 8.10. Distribuição das crianças menores de 5 anos por macrorregião de acordo com o peso ao nascer, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.....	217
Tabela 8.11. Distribuição das crianças menores de cinco anos por macrorregião de acordo com o fornecimento de explicações pelo profissional de saúde para a família sobre como estava o desenvolvimento e/ou peso da criança menor de cinco anos, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009..	218
Tabela 8.12. Distribuição das crianças menores de cinco anos por macrorregião de acordo com a hospitalização no último ano, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.....	219
Tabela 8.13. Distribuição das crianças menores de cinco anos por macrorregião de acordo com a incidência de diarreia na última semana, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.....	221
Tabela 8.14. Distribuição das crianças menores de cinco anos de acordo com a macrorregião e o responsável pela indicação do uso de terapia de reidratação oral, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009..	222
Tabela 8.15. Ocorrência de infecção respiratória em menores de cinco anos por macrorregião, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.....	224
Tabela 8.16. Ocorrência de provável pneumonia em crianças menores de cinco anos, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.....	225



## **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**

Tabela 8.17. Família da criança com tosse ou diarreia na última semana procurou ajuda, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009. ....	226
Tabela 8.18. Distribuição das crianças menores de 5 anos por macrorregião que procuraram ajuda com o Agente Indígena de Saúde para tratar a diarreia ou tosse da criança, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009. ....	227
Tabela 8.19. Distribuição das crianças menores de 5 anos por macrorregião que procuraram ajuda no Posto de saúde da aldeia ou EMSI para tratar a diarreia ou tosse da criança, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009. ....	228
Tabela 8.20. Distribuição das crianças menores de 5 anos por macrorregião que procuraram outro posto de saúde da aldeia para tratar a diarreia ou tosse da criança, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009..	229
Tabela 8.21. Distribuição das crianças menores de 5 anos por macrorregião que procuraram farmácia na cidade para tratar a diarreia ou tosse da criança, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009. ....	230
Tabela 8.22. Distribuição das crianças menores de 5 anos por macrorregião que procuraram a Casa de Saúde do Índio – CASAI para tratar a diarreia ou tosse da criança, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009. ....	231
Tabela 8.23. Distribuição das crianças menores de 5 anos por macrorregião que procuraram clínica / hospital na cidade para tratar a diarreia ou tosse da criança, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009..	232
Tabela 8.24. Distribuição das crianças menores de 5 anos por macrorregião que procuraram curador, rezador ou pajé para tratar a diarreia ou tosse da criança, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009..	233



## **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**

Tabela 8.25. Distribuição das crianças menores de 5 anos por macrorregião que procuraram outra pessoa ou serviço para tratar a diarreia ou tosse da criança, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009..	234
Tabela 8.26. Distribuição das crianças com idade entre 6 e 59 meses de acordo com a suplementação de vitamina A, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.....	236
Tabela 8.27. Distribuição das crianças com idade entre 6 e 18 meses de acordo com a suplementação com sulfato ferroso nos três meses que antecederam a entrevista, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009..	237
Tabela 8.28. Distribuição das crianças por macrorregião de acordo com o peso para a idade pelo padrão OMS, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.....	240
Tabela 8.29. Distribuição das crianças por macrorregião de acordo com a estatura para a idade pelo padrão OMS, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.....	241
Tabela 8.30. Distribuição das crianças por macrorregião de acordo com o peso para a estatura pelo padrão OMS, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.....	243
Tabela 8.31. Distribuição das crianças por macrorregião de acordo com o peso para a idade pelo padrão NCHS, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.....	244
Tabela 8.32. Distribuição das crianças por macrorregião de acordo com a estatura para a idade pelo padrão NCHS, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.....	245
Tabela 8.33. Distribuição das crianças por macro-região de acordo com o peso para a estatura pelo padrão NCHS, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.....	246



## **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**

Tabela 8.34. Prevalência de anemia em crianças com idade entre 6 e 59 meses de acordo com a macrorregião, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.....	247
Tabela 8.35. Distribuição das crianças menores de cinco anos por macro-região de acordo com a posse do cartão da criança, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.....	250
Tabela 8.36. Distribuição das crianças menores de cinco anos por macro-região de acordo com a existência de registro de pesagem no cartão ou caderneta da criança, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009..	251
Tabela 8.37. Distribuição das crianças menores de cinco anos por macro-região de acordo com a existência de registro de vacinas no cartão ou caderneta da criança, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009..	252
Tabela 8.38. Distribuição das crianças menores de cinco anos por macro-região de acordo com a existência de registro de acompanhamento do desenvolvimento psicomotor no cartão ou caderneta da criança, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.....	253
Tabela 8.39. Distribuição das crianças menores de cinco anos por macro-região de acordo com a imunização com a vacina BCG, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.....	256
Tabela 8.40. Distribuição das crianças menores de cinco anos por macro-região de acordo com a imunização contra a hepatite B, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.....	256
Tabela 8.41. Distribuição das crianças menores de cinco anos por macro-região de acordo com a imunização contra a poliomielite, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.....	257



## **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**

Tabela 8.42. Distribuição das crianças menores de cinco anos por macro-região de acordo com a imunização com a vacina tetravalente, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.....	258
Tabela 8.43. Distribuição das crianças menores de cinco anos por macro-região de acordo com a imunização com a vacina DPT, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.....	258
Tabela 8.44. Distribuição das crianças menores de cinco anos por macro-região de acordo com a imunização com a vacina tríplice viral, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.....	260
Tabela 8.45. Distribuição das crianças menores de cinco anos por macro-região de acordo com a imunização com a vacina pentavalente, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.....	261
Tabela 8.46. Distribuição das crianças menores de cinco anos por macro-região de acordo com a imunização contra o rotavírus, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.....	262
Tabela 8.47. Distribuição das crianças menores de cinco anos por macro-região de acordo com a imunização contra a influenza, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.....	263

## LISTA DE FIGURAS

Figura 2.1. Distribuição das terras indígenas no Brasil .....	25
Figura 4.1. Procedimentos de controle de qualidade, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.....	67
Figura 4.2. Exemplo de pergunta com múltiplas respostas, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009. ....	72
Figura 4.3. Exemplo de quesito condicional, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.....	73
Figura 6.1. Distribuição das mulheres indígenas por categorias de última série concluída do ensino fundamental regular, segundo macrorregião, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009. ....	126
Figura 6.2. Distribuição de frequência de mulheres que referiram uso de medicação alopática anti-hipertensiva por categorias de gravidade da hipertensão arterial*, segundo macrorregião, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.....	136
Figura 6.3. Distribuição de frequência de mulheres que referiram uso de medicação alopática anti-hipertensiva por categorias de gravidade da hipertensão arterial*, segundo macrorregião, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.....	137
Figura 6.4. Médias de hemoglobina (mg/dL) em mulheres não grávidas por faixa etária quinquenal e macrorregião, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.....	152



## **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**

Figura 6.5. Prevalência de anemia em mulheres não grávidas por faixa etária e macrorregião, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009. ....	155
Figura 6.6. Médias de IMC por faixa, segundo macrorregião, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009. ....	159
Figura 7.1. Percentual de crianças menores de cinco anos que nasceram em hospital com certidão de nascimento, por macrorregião, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.....	212
Figura 7.2. Percentual de cesarianas de acordo com a macrorregião, para os nascimentos hospitalares, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.....	215
Figura 7.3. Histograma do peso ao nascer para os partos não hospitalares, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009. ....	216
Figura 7.4. Percentual de crianças menores de cinco anos que nunca foram amamentadas de acordo com a macrorregião, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.....	238
Figura 7.5. Prevalência de déficit de estatura para a idade (< -2 desvio-padrão) de acordo com a idade, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009. ....	242
Figura 7.6. Prevalência de anemia de acordo com a idade, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009. ....	248
Figura 7.7. Proporção de nascimentos hospitalares que receberam a vacina contra a hepatite B no primeiro dia de vida, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.....	257



## **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**

Figura 7.8. Distribuição das crianças menores de cinco anos de acordo com a imunização contra a febre amarela, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.....259

Figura 7.9. Distribuição das crianças menores de cinco anos de acordo com a imunização contra o pneumococo, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.....264

Figura 7.10. Distribuição das crianças menores de cinco anos de acordo com a imunização contra a varicela, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.....265



## 1. Apresentação

O reconhecimento das iniquidades sociais assumiu um espaço central no debate brasileiro no âmbito da saúde coletiva nos últimos anos. Em períodos recentes têm sido muitas as análises produzidas que enfocam as relações entre pobreza, educação, gênero e saúde, dentre outros fatores comumente explorados nas pesquisas sócio-epidemiológicas.

Apesar de o Brasil apresentar uma das maiores sociodiversidade das Américas, com cerca de 200 povos indígenas oficialmente reconhecidos pelo Estado, falantes de cerca de 180 línguas distintas, a relação entre etnicidade e saúde tem sido pouquíssimo explorada nas pesquisas, inclusive naquelas de escopo nacional. Até a presente pesquisa, os indígenas no Brasil nunca tinham sido contemplados em um inquérito de âmbito nacional. Apesar da exigüidade de dados, a crescente produção acadêmica sobre saúde indígena tem destacado uma situação de grande vulnerabilidade do indígena quando comparado à população brasileira em geral.

A realização do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas constitui um marco na saúde coletiva brasileira. Isso porque, pela primeira vez, o contingente indígena foi contemplado em uma pesquisa de abrangência nacional. As informações geradas a partir deste Inquérito serão de fundamental importância para o melhor delineamento acerca das tendências epidemiológicas e nutricionais desses povos. Além disso, os dados permitirão avaliar políticas, programas e serviços de saúde dirigidos aos povos indígenas, visando a melhoria de sua qualidade e ampliação da cobertura. Espera-se ainda que as informações sirvam para que os próprios indígenas aprofundem as discussões acerca de seus principais problemas de saúde, revendo prioridades e instrumentalizando-se, através da informação, para o exercício pleno de sua cidadania.

Esse Inquérito somente foi possível porque contamos com um motivado grupo de pessoas que, com muita criatividade e energia, foi capaz de superar as dificuldades



## **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**

previstas e, principalmente, aquelas não-previstas em uma pesquisa de tamanha complexidade. Gostaríamos de registrar nossos agradecimentos também aos profissionais dos DSEI que acompanharam nossas equipes em campo. O apoio da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) foi fundamental, pelo qual gostaríamos de citar Álvaro Matida, Margareth Pessanha e, pela equipe da secretaria, Hebe Patolea. A equipe técnica do DESAI e do VIGISUS forneceu apoio fundamental ao longo dos trabalhos. O apoio da FUNAI foi imprescindível.

O destaque de nossos agradecimentos recai sobre todos os indígenas que nos receberam em suas comunidades, suas casas e que nos deram seu tempo. Tenho a certeza de que as lembranças que cada um de nós, pesquisadores, trouxeram do campo serão inesquecíveis tanto pela beleza quanto pelo drama humano que vivenciamos.

A Coordenação do Inquérito



## 2. Introdução

Existem no Brasil mais de 200 etnias indígenas, que somam uma população estimada de 450.000-600.000 pessoas, a depender da fonte, e que falam aproximadamente 180 línguas diferentes (Pagliaro et al., 2005; Pereira et al., 2005; IBGE, 2005). Há em torno de 610 terras indígenas no país, situadas em praticamente todos os estados (exceto Piauí e Rio Grande do Norte), ocupando cerca de 15% do território nacional (Figura 2.1).

Portanto, qualquer pesquisa ou análise enfocando povos indígenas no Brasil tem como um de seus principais desafios lidar com grandes diferenças socioculturais, incluindo cosmologias, línguas, formas de subsistência, organização social e sistemas políticos próprios. Em contraste com tamanha sociodiversidade, os indígenas constituem menos de 1% do contingente populacional total do país, mas se encontram em franco crescimento demográfico (IBGE, 2005; Pagliaro et al., 2005; Ricardo & Ricardo, 2006).

O processo histórico de interação com as frentes de expansão, ocasionando a instalação de novos regimes econômicos e a diminuição dos territórios tradicionais, entre outros fatores, levaram a drásticas alterações nos sistemas de subsistência indígenas.

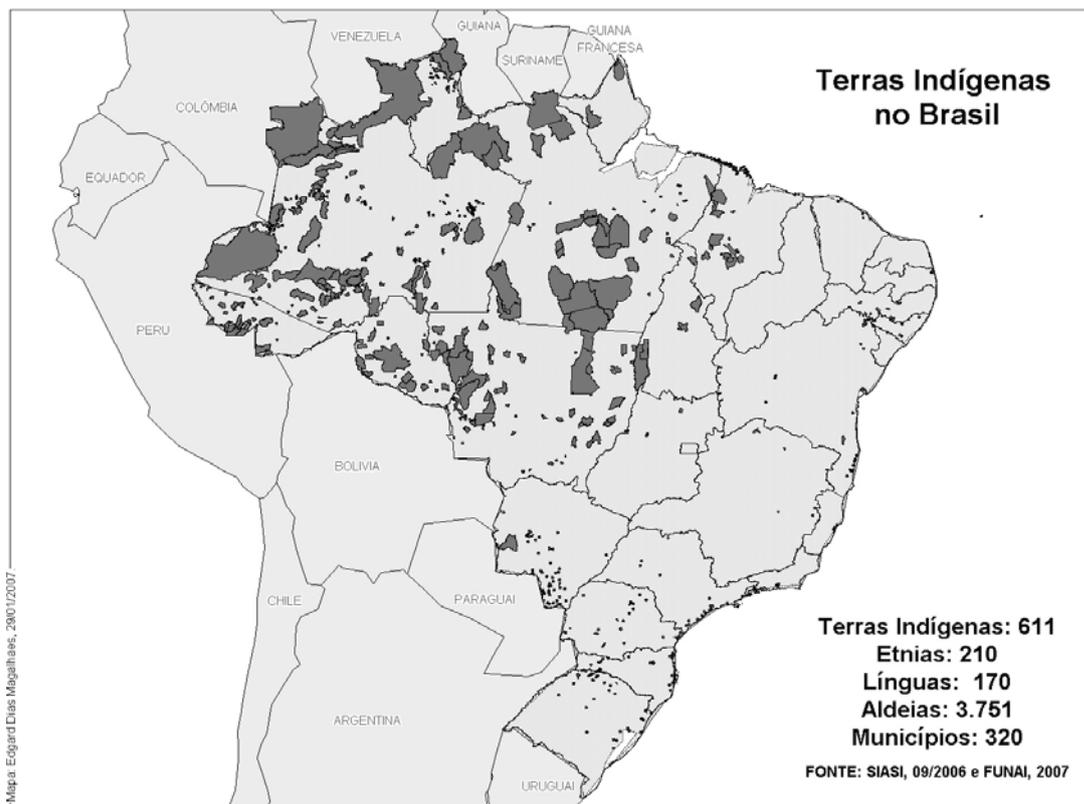
Atualmente, além de existirem várias etnias com parcelas expressivas de suas populações vivendo em áreas urbanas, portanto não mais produzindo diretamente os alimentos consumidos, há outras vivendo em terras indígenas nas quais as pressões exercidas pela expansão dos projetos de colonização rural e empresas agropecuárias, garimpos e indústria extrativista (madeira, por exemplo), aliadas à ambientes degradados, comprometem seriamente sua segurança alimentar e saúde geral.



## Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

Face à grande diversidade de situações vivenciadas pelos povos indígenas no Brasil contemporâneo, o entendimento de sua dinâmica alimentar/nutricional, epidemiológica e demográfica requer uma abordagem interdisciplinar, que valorize, para além dos fatores de cunho biológico-epidemiológico, as diferentes culturas e formas de organização sociopolítica. Nessa análise, é fundamental que sejam levadas em conta as transformações socioeconômicas e ambientais que se verificam, de maneira heterogênea, em particularmente todas as terras indígenas do país.

Figura 2.1. Distribuição das terras indígenas no Brasil





## **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**

Paradoxalmente, considerando-se a agenda prioritária do governo brasileiro visando a redução das iniquidades de todos os tipos, com destaque para a saúde, o conhecimento acerca das condições de saúde, nutrição e alimentação do conjunto dos povos indígenas no Brasil é ainda bastante superficial (Santos & Coimbra, 2003). Um documento do Ministério da Saúde do início dos anos 2000, intitulado *Política Nacional de Atenção aos Povos Indígenas*, não somente explicita a condição de ausência de dados, como também aponta para a magnitude das desigualdades entre a saúde dos povos indígenas e de outros segmentos da sociedade nacional:

“Não se dispõe de dados globais fidedignos sobre a situação de saúde... [dos povos indígenas], mas sim de dados parciais, gerados pela FUNAI, pela FUNASA e diversas organizações não-governamentais ou ainda por missões religiosas que, por meio de projetos especiais, têm prestado serviço de atenção à saúde dos povos indígenas. Embora precários, os dados disponíveis indicam, em diversas situações, taxas de morbidade e mortalidade três a quatro vezes maiores que aquelas encontradas na população brasileira geral. O alto número de óbitos sem registro ou indexados sem causas definidas confirmam a pouca cobertura e baixa capacidade de resolução dos serviços disponíveis” (FUNASA 2001:10).

Com base nos dados disponíveis, não é possível caracterizar de forma satisfatória as condições de saúde dos povos indígenas no Brasil, dado que estão ausentes os elementos quantitativos necessários para embasar análises mais abrangentes, comparáveis ao que é sofisticadas. Em geral, é difícil ir além da compilação de estudos de casos específicos (Santos & Coimbra 2003).

Não obstante, a recorrência de determinadas condições verificadas a partir de estudos de caso realizados em diferentes etnias e macrorregiões (por exemplo, altas taxas de mortalidade infantil, elevadas prevalências de desnutrição e risco de infecção por tuberculose muito acima do observado na população geral) sinalizam para uma situação de maior vulnerabilidade dos povos indígenas, colocando-as em desvantagem em relação a outros segmentos da sociedade nacional (Coimbra & Basta, 2007; Garnelo et al., 2003; Leite et al., 2007a,b; Santos et al., 2003, 2008) .



## Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

Tamanho “invisibilidade demográfica e epidemiológica”, conforme analisado anteriormente (Coimbra & Santos, 2000), impõe sérias limitações ao adequado planejamento, execução e avaliação das ações de saúde desenvolvidas junto às comunidades indígenas.

A realização do presente Inquérito configura-se como um importante marco não somente no âmbito da saúde indígena, como na saúde coletiva do Brasil pois, pela primeira vez, será possível falar sobre as condições de saúde e nutrição da população indígena brasileira em geral, indo além do que tem sido possível generalizar a partir dos estudos de caso.

Deve-se salientar que são raros os países que realizam inquéritos de saúde rotineiros entre povos indígenas vivendo sob seus territórios. No caso do continente americano, destacam-se o o *National Health Interview Survey* (NHIS) nos EUA, realizado sob os auspícios do U.S. National Center for Health Statistics e que inclui o contingente indígena do país, e os *Royal Commission on Aboriginal Peoples* (RCAP) e *First Nations Regional Longitudinal Health Surveys* no Canadá, executados pela autoridade sanitária canadense – o Health Canada (Young, 1994; Health Canada, 2009; Rhoades et al., 2000).

Em relação a América Latina, revisões recentes sobre saúde e nutrição indígena atestam a dificuldade de se obter dados de escopo nacional que sejam representativos do contingente indígena como um todo (Montenegro & Stephens, 2006). Na maioria das vezes, as revisões disponíveis na literatura baseiam-se na análise de estudos de caso realizados em comunidades específicas (Coimbra & Santos, 2000, 2004; Leite et al., 2007; San Sebastián & Hurtig, 2007; Santos & Coimbra 2003).

O presente Inquérito proverá, pela primeira vez, informações sobre a saúde e nutrição dos povos indígenas no Brasil em geral, baseadas em dados coletados a partir de uma amostra representativa da população indígena segundo as principais macrorregiões – Norte, Nordeste, Centro-Oeste e Sul/Sudeste. De imediato, as informações coligidas através do Inquérito servirão como importante subsídio para



## **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**

avaliar o subsistema de atenção à saúde indígena. Tal esforço avaliativo é central para o aperfeiçoamento do atual modelo de atenção à saúde indígena no país que, como tem sido destacado em análises recentes, apresenta inúmeros pontos que requerem cuidadosa revisão (Garnelo et al., 2003, 2005; Santos et al., 2008; Sousa et al., 2007).

O presente Inquérito é também estratégico para a construção de uma linha de base do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional em implantação nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Caldas et al., 2008), além de contemplar múltiplas possibilidades de avaliação de ações de saúde executadas pela FUNASA que incluem, por exemplo, saneamento, vacinação, suplementação com sulfato ferroso e megadose de vitamina A, dentre outras. Espera-se ainda que os dados gerados a partir do presente Inquérito sejam úteis para subsidiar a realização de inquéritos de saúde futuros entre povos indígenas.

### **2.1. Saúde e Nutrição Indígena no Brasil**

Conforme vimos anteriormente, até a presente iniciativa nunca foi realizado inquérito de abrangência nacional que descrevesse o perfil de saúde e nutrição dos povos indígenas no Brasil. Isso apesar da longa tradição de realização de censos e pesquisas nacionais por amostra de domicílio, como o Estudo Nacional da Despesa Familiar (IBGE, 1977), a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (IBGE, 1992), a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (BEMFAM, 1996; Ministério da Saúde, 2009) e a Pesquisa de Orçamento Familiar 2002-2003 (IBGE, 2004), fundamentais ao entendimento das principais tendências demográficas e de saúde da população brasileira em geral (vide, por exemplo, Monteiro, 1995).

Deve-se destacar que os indígenas nunca foram contemplados como segmento específico de análise nas grandes pesquisas nacionais. A exceção é o Censo Demográfico conduzido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que a partir de 1991 passou a incluir a categoria “indígena” sob o quesito cor/raça (IBGE, 2005). Conforme tem sido apontado por vários autores, contudo, há grande



## **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**

dificuldade na análise dos dados sobre os “indígenas” a partir dos censos decenais, em particular devido à complexidade sócio-antropológica da categoria (Pagliaro et al., 2005; Pereira et al. 2009).

Resultados de pesquisas recentes realizadas em diversas comunidades indígenas no país têm se constituído nas fontes de informação mais qualificadas sobre a saúde e nutrição desses povos. Em sua grande maioria, tratam-se de estudos de caso que abordam, em diferentes graus de profundidade, aspectos biológicos, antropológicos e ecológicos do processo saúde-doença e nutrição em comunidades e/ou etnias específicas. Apesar de limitados quanto a sua representatividade étnica e nacional, o conjunto desses estudos chamam atenção para uma clara tendência de acelerada transição epidemiológica e nutricional entre os indígenas (Leite et al., 2007; Santos & Coimbra, 2003).

Vale ainda frisar que, essas mesmas pesquisas apontam para dois aspectos peculiares ao processo da transição entre os indígenas, que diverge da tendência observada na população brasileira geral – a permanência das doenças infecciosas e parasitárias como principal causa de mortalidade, apesar da rápida emergência das doenças crônicas não transmissíveis e a manutenção de elevadas taxas de fecundidade (Coimbra et al., 2002; Garnelo et al., 2003; Pagliaro et al., 2005; Santos & Coimbra 2003; Santos et al. 2008).

### **2.1.1. Doenças infecciosas e parasitárias**

Em relação às doenças infecciosas e parasitárias, a tuberculose se destaca como uma das mais importantes causas de morbi-mortalidade indígena em todo o país (Coimbra & Basta, 2007; Garnelo et al. 2003), em geral apresentando coeficientes de incidência superiores aos observados na população brasileira geral. Por exemplo, no Estado de Rondônia durante a primeira metade da década de 1990, cerca de 10% dos casos de tuberculose registrados foram em indígenas; isso apesar do contingente indígena não alcançar 1% da população total do estado (Escobar et al., 2001). A gravidade da situação da tuberculose entre os indígenas desse foi



## Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

confirmada através de inquéritos clínico-epidemiológicos realizados entre os povos Suruí e Wari' (Basta et al. 2004, 2006; Escobar et al. 2004). Outros estudos têm igualmente chamado atenção para a importância da tuberculose na determinação do perfil epidemiológico indígena em diferentes macrorregiões do país (Sousa et al, 1997; Baruzzi et al., 2001; Garnelo et al., 2003; Levino & Oliveira, 2006; Marques & Cunha, 2003).

Outra endemia de inquestionável importância no perfil epidemiológico dos povos indígenas é a malária, principalmente entre aqueles situados na região Norte, oeste do Estado do Maranhão e norte da região Centro-Oeste. Portanto, estamos falando da região do Brasil onde está concentrada aproximadamente 60% da população indígena do país. A transmissão da malária em terras indígenas é fortemente influenciada pelos movimentos migratórios, em especial aqueles vinculados a projetos governamentais de colonização, atividade madeireira e garimpos. Nesses contextos, as comunidades indígenas mostram-se altamente vulneráveis, sendo elevadas as taxas de morbi-mortalidade (Ianelli, 2000).

O caso Yanomami em Roraima é ilustrativo do impacto da introdução da malária em uma comunidade indígena associada à atividade garimpeira (Laserson et al., 1999; Marcano et al., 2004). Durante os anos de 1980 e início de 1990, milhares de garimpeiros invadiram o território Yanomami em busca de ouro. Segundo a análise de Pithan et al. (1991), cerca de 40% dos óbitos de indígenas dessa etnia registrados na CASAI de Boa Vista foram devidos à malária. O autor ainda reconhece que um número desconhecido de indígenas faleceu nas aldeias de mais difícil acesso devido a doença. Mais recentemente, os Cinta Larga, que vivem na divisa entre os estados de Rondônia e Mato Grosso, foram duramente castigados pela malária. Pouco tempo após a invasão de suas terras por garimpeiros, o IPA (índice parasitário anual) passou de 6,07 em 2003 para 1518,97 em 2004 entre os Cinta Larga, tendo sido registradas muitas mortes, principalmente em crianças (Souza-Santos et al., 2008). Outros estudos realizados entre outras etnias nas regiões Norte e Centro-Oeste têm confirmado a relevância da malária para as populações indígenas e chamado atenção para a emergência de linhagens resistentes do parasita à



## Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

quimioterapia, em especial do *Plasmodium falc iparum*, e ao comportamento predominante exofílico dos vetores encontrados nas terras indígenas, particularmente o *Anopheles darlingi*, implicando na baixa eficácia do método de controle mais usual que se limita à borrifação das aldeias com inseticidas (Ianelli et al., 1998; Sá et al., 2005; Souza-Santos et al., 2008).

Um aspecto marcante da grande maioria das aldeias indígenas no país são as condições ambientais favoráveis à transmissão de parasitas e microorganismos veiculados pela água e alimentos contaminados, como helmintos e protozoários intestinais, enterobactérias e rotavírus. Os próprios postos indígenas onde convivem funcionários administrativos, agentes de saúde, escolares e visitantes, dentre outros, apresentam saneamento precário, sendo comum a ausência de infra-estrutura destinada à coleta dos dejetos e a inexistência de água e boa qualidade mantida e distribuída adequadamente (Linhares, 1992; Santos & Coimbra, 2003). Resultam desse cenário elevadas taxas de morbi-mortalidade por gastroenterites, atingindo principalmente as crianças. Alguns estudos recentes têm revelado que as gastroenterites podem responder por quase metade das internações hospitalares de crianças indígenas e por até 60% das mortes em crianças menores de um ano (Escobar et al. 2003; Lunardi et al., 2007; Orellana et al., 2007).

Ainda em relação às doenças infecciosas e parasitárias, merecem destaque as infecções respiratórias agudas. As infecções respiratórias agudas (IRA), em especial a pneumonia, são responsáveis pela maioria das consultas, internações e óbitos de crianças indígenas menores de 5 anos de idade no Brasil (Escobar et al. 2003; Lunardi et al., 2007; Orellana et al., 2007). Entre crianças indígenas menores de 1 ano de idade, a mortalidade por IRA chega a ser 2 vezes maior do que em crianças não indígenas (Simen et al., 2009).

As hepatites também constituem importantes causas de morbi-mortalidade entre os povos indígenas. Diversos inquéritos têm revelado elevadas prevalências de marcadores sorológicos para hepatite B (Braga, 2004; Braga et al., 2001; Coimbra et al., 1996). Na região Norte, não é rara a presença de co-infecção pelo vírus Delta



## **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**

(HDV), ocasionando óbitos devido a quadros graves de hepatite aguda. Por exemplo, entre os Mundurukú, no Pará, onde ocorreram vários óbitos por hepatite, Soares & Bensabath (1991) relataram que cerca de 50% dos indivíduos portadores do vírus da hepatite B também se apresentavam positivos para o vírus da hepatite D. Infecções por diferentes sorotipos de retrovírus (HTLV) têm sido descritas por diversos autores, principalmente na região Norte. A elevada endemicidade de infecção por HTLV verificada na maioria dos estudos evidencia a vulnerabilidade da população indígena às infecções virais de transmissão sangüínea e/ou sexual, incluindo o HIV (Ishak et al., 1995, 2003; Menna-Barreto et al., 2005; Vallinoto et al., 2002).

### **2.1.2. Alimentação e nutrição e doenças crônicas não-transmissíveis**

Em relação aos conhecimentos disponíveis sobre alimentação e nutrição dos povos indígenas no Brasil, parcela expressiva dos estudos realizados tiveram como foco a criança, destacando-se as análises sobre crescimento e desenvolvimento (ver Tabela 2.1). Esses trabalhos têm revelado elevadas prevalências de desnutrição crônica nas crianças, freqüentemente muito superiores àquelas registradas nas camadas mais pobres da população brasileira não-indígena (Leite et al., 2007; Santos, 1993; Santos & Coimbra, 2003). Não raro, os relatos sobre déficits de estatura para idade entre crianças indígenas menores de cinco anos de idade podem ultrapassar 30-50% da população infantil, como recentemente descrito entre os Wari' e Suruí em Rondônia, os Xavante em Mato Grosso e os Guarani no Rio Grande do Sul, dentre outros (Coimbra & Santos, 1991; Escobar et al., 2003; Gugelmin & Santos, 2001; Gugelmin et al., 2001; Leite et al., 2007; Menegolla et al., 2006; Orellana et al., 2006; Ribas & Philippi, 2003).

Tabela 2.1. Frequência de baixa estatura e baixo peso para a idade ( $\leq -2$  escores Z das medianas da população-referência do National Center of Health and Statistics (NCHS) em crianças indígenas menores de 5 anos, reportadas em estudos selecionados.

Fonte	Etnia (localização)	Ano de coleta	de Percentual de déficits	
			Peso/idade	Estatura/idade
Martins & Menezes (1994)	Parakanã (PA)	1991	10,1	50,6
Capelli & Koifman (2001)	Parakatejê (PA)	1994	-	10,0
Ribas et al. (2001)	Teréna (MS)	1999	8,0	16,0
Alves et al. (2002)	Teréna (MS)	1996	5,5	20,7
Morais et al. (2003)	Alto Xingu (MT)	1992	5,0	20,4
Weiss (2003)	Enawenê-Nawê (MT)	1990	50,0	17,8
Leite et al. (2007a)	Pakaanóva-Warí (RO)	2003	52,5	62,7
Leite et al. (2006)	Xavánte (MT)	1997	17,2	31,7
Pícoli et al. (2006)	Guaraní (MS)	2003	18,2	34,1
Fávaro (2006)	Teréna (MS)	2004	5,9	11,8
Orellana et al. (2006)	Suruí (RO)	2005	12,4	31,4

Fonte: Leite et al. (2007)

A anemia pode ser considerada uma das principais endemias entre os povos indígenas no Brasil, estando presente em todas as macrorregiões. Embora o problema não atinja exclusivamente as crianças, é particularmente importante nesta faixa etária. Entre os Xavánte, 74% das crianças menores de 10 anos tiveram anemia diagnosticada, percentual que se elevava a 97% entre os 6 e 24 meses (Leite et al., 2003). Nesta mesma faixa etária, 82% das crianças Guaraní (Serafim, 1997), 86% das Teréna (Morais et al., 2000) e 92% das Suruí encontravam-se anêmicas (Orellana et al., 2006).



## **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**

Entre os adultos, a anemia parece atingir especialmente as mulheres em idade reprodutiva, o que possivelmente se explica devido às maiores necessidades nutricionais nessa faixa de idade, especialmente se consideramos as elevadas taxas de fecundidade da mulher indígena (Coimbra & Garnelo, 2004; Leite et al., 2007). Segundo alguns estudos, os idosos podem apresentar prevalências expressivas de anemia (Hurtado-Guerrero et al., 2003).

Paralelamente à desnutrição e anemia, estudos recentes têm chamado atenção para a rápida emergência na população indígena de sobrepeso e obesidade em jovens e adultos indígenas, e doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão arterial e diabetes mellitus nas diferentes macrorregiões (Cardoso et al., 2001, 2003; Capelli & Koifman, 2001; Coimbra et al., 2001; Gugelmin & Santos, 2001; Lourenço et al., 2008; Santos & Coimbra Jr., 1996; Welch et al., 2009).

Embora de magnitude ainda desconhecida no conjunto da população indígena, a obesidade pode alcançar prevalências preocupantes em comunidades específicas, conforme revelam estudos recentes. Segundo alguns autores (Tabela 2.2), a proporção de adultos com Índice de Massa Corporal (IMC)  $\geq 25 \text{ kg.m}^{-2}$  supera os 50% em determinadas faixas etárias (Capelli & Koifman, 2001; Cardoso et al., 2001; Gugelmin & Santos, 2001; Lourenço et al., 2006; Welch et al., 2009).

Em parte, esses achados podem ser atribuídos a mudanças alimentares, com a redução do consumo de alimentos tradicionais, em favor do consumo de alimentos industrializados e mesmo de cultivos introduzidos (Leite et al. 2007). Simultaneamente às mudanças na alimentação verifica-se também tendência à redução da frequência e intensidade da atividade física, como decorrência de alterações importantes nas estratégias de subsistência e nos padrões de assentamento.

Esses achados assumem um significado especial por refletirem uma gradual e importante mudança no perfil epidemiológico dessas populações, em que as doenças crônicas não transmissíveis começam a assumir um papel expressivo. Elas são consideradas um grave problema entre as populações indígenas de outras



## Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

partes das Américas (Young, 1994). Há que se considerar, ainda, os estudos que atestam a associação entre a desnutrição na infância e a obesidade e desordens associadas na idade adulta (Barker, 2000).

Tabela 2.2. Frequência de sobrepeso e obesidade ( $IMC \geq 25 \text{ kg.m}^{-2}$ ) em adultos indígenas, reportadas em estudos selecionados.

Fonte Etnia		Faixa etária (anos)	Ano de coleta	Sexo	Sobrepeso (%)	Obesidade (%)
Capelli & Koifman (2001)	Parakatejê (PA)	$\geq 20$	1994	M	23,7	1,7
				F	50,0	12,5
Gugelmin & Santos (2001)	Xavánte (MT) Aldeia São José	24-64	1994 e 1998	M	41,6	24,6
				F	49,2	41,3
				M	47,5	2,5
				F	42,8	4,8
Cardoso et al. (2001)	Guaraní-Mbya (RJ)	15-29	199?	M	7,1	2,4
				F	18,8	6,2
		30-49		M	38,9	11,1
				F	46,2	0,0
		$\geq 50$		M	11,8	0,0
				F	33,4	8,3
Leite et al. (2007a)	Pakaanóva-Warí (RO)	$\geq 20$	2002	M	12,5	2,0
				F	1,8	0,0
Lourenço et al. (2008)	Suruí (RO)	20-49	2004	M	50,5	11,9
				F	34,0	24,5
		$\geq 50$		M	12,5	0,0
				F	38,1	9,5
Saad (2005)	Teréna (MS)	20-59	2003	M	42,7	11,6
				F	41,5	18,7
		$\geq 60$		M	19,1	14,3
				F	8,7	39,1



### 2.2. Considerações finais

Uma análise do perfil epidemiológico-nutricional dos povos indígenas revela um quadro preocupante, no qual as crianças parecem ser particularmente atingidas, mas em que adolescentes e adultos não estão livres de problemas de ordem nutricional. Além disso, chama a atenção a ocorrência de problemas tão distintos como a desnutrição nas crianças e a obesidade nos adultos.

Um elemento central para a compreensão desse quadro é a constatação de que as populações indígenas vêm sendo submetidas, desde seus primeiros contatos com não-índios, a um acelerado e complexo processo de mudanças, que atinge os mais diversos aspectos de suas vidas. Para alguns povos essas mudanças se iniciaram há séculos; para outros, a partir dos anos 60 do século XX ou ainda mais recentemente. Ainda que seja difícil 'medir' exatamente o impacto das mudanças, parece evidente que, em diversos aspectos, exercem uma influência negativa sobre o estado nutricional das populações afetadas.

Elementos comuns nesse quadro de transformações são a restrição territorial, o progressivo esgotamento dos recursos naturais e o comprometimento das atividades de subsistência. À instabilidade na produção de alimentos somam-se ainda precárias condições sanitárias, o que contribui para as elevadas prevalências de doenças infecciosas e parasitárias que, de modo geral, caracterizam os perfis de saúde registrados entre essas populações. A interação entre a desnutrição e as infecções é bem conhecida, e as crianças são particularmente vulneráveis aos seus efeitos.

Como vimos ao longo deste capítulo, as implicações nutricionais de todas essas mudanças não estão relacionadas somente à ocorrência da desnutrição proteico-calórica, à anemia ferropriva ou às deficiências de vitaminas, mas também ao aumento dos casos de obesidade, de hipertensão arterial e de diabetes. Nesse

âmbito, chama a atenção o papel das transformações socioeconômicas, culturais e ambientais, e mais especificamente das modificações relativas ao estilo de vida dessas populações. No tocante à alimentação, o maior consumo de alimentos industrializados resulta em uma dieta mais calórica, rica ainda em sódio e em açúcar e gorduras, e pobre em fibras. Essas mudanças, associadas a níveis menos intensos de atividade física, favorecem, como já mencionamos, o surgimento de casos de obesidade e de doenças cardiovasculares e metabólicas. Trata-se, aqui, de uma importante mudança dos perfis de morbi-mortalidade: às doenças infecciosas e parasitárias, que predominam no perfil de saúde das populações indígenas, somam-se agora, em proporção crescente, as doenças crônicas não transmissíveis.

Os conhecimentos sobre as condições de alimentação e nutrição das sociedades indígenas do Brasil são ainda hoje muito limitados, a despeito do aumento do número de pesquisas sobre o tema nas últimas duas décadas. A comparação com a situação registrada para o restante da população brasileira evidencia uma notável desigualdade, que se inicia pela própria escassez de dados demográficos e epidemiológicos sobre o segmento indígena e se estende aos seus indicadores de saúde e nutrição, invariavelmente piores que aqueles registrados entre o restante da população do país. Mesmo quando não se dispõe de dados sobre nutrição, a elevada frequência com que se observam, entre essas comunidades, condições sanitárias inadequadas, problemas com a produção e o acesso a alimentos, níveis elevados de morbi-mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias, entre outros fatores, expressa um panorama amplamente favorável à ocorrência de problemas nutricionais entre os povos indígenas.

Diante do cenário delineado acima, fica evidente a importância de realização do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, cujos resultados são detalhados neste relatório.



## 3. Objetivos

São os seguintes os objetivos do Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas:

### 3.1. Objetivo Geral

Descrever a situação alimentar e nutricional e seus fatores determinantes em crianças indígenas menores de 5 anos e em mulheres indígenas de 14 a 49 anos no Brasil.

### 3.2. Objetivos Específicos

- Avaliar o estado nutricional de crianças indígenas menores de 5 anos;
- Avaliar o estado nutricional de mulheres indígenas de 14 a 49 anos;
- Descrever a frequência de hospitalização por diarreia e infecções respiratórias agudas em crianças indígenas menores de 5 anos nos últimos 12 meses;
- Descrever a frequência de tuberculose e malária na população de estudo nos últimos 12 meses;
- Estimar a prevalência de hipertensão arterial e diabetes mellitus nas mulheres indígenas de 14 a 49 anos;
- Investigar o acesso a serviços e programas com repercussões sobre o estado nutricional, como ênfase no pré-natal, imunização, suplementação com megadose de vitamina A, suplementação de ferro e ácido fólico, programas sociais e registro civil.



## **4. Metodologia**

### **4.1. Desenho do estudo**

Estudo transversal de base populacional nacional sobre situação nutricional e seus determinantes em mulheres indígenas de 14,0 a 49,0 anos (a partir deste ponto referidas como de 14 a 49 anos) e crianças indígenas menores de 60 meses com representatividade nacional e regional, segundo as quatro macrorregiões definidas no edital, quais sejam, Norte, Nordeste, Centro-Oeste e Sul/Sudeste.

### **4.2. População alvo**

A população alvo deste estudo são mulheres indígenas de 14,0 a 49,9 anos e crianças indígenas menores de 60 meses residentes nas aldeias selecionadas.

### **4.3. Plano amostral**

#### **4.3.1. Cálculo do tamanho amostral**

O modelo de amostragem adotado foi amostra probabilística estratificada onde cada estrato corresponde a uma macrorregião (Norte, Centro-Oeste, Nordeste e Sul/Sudeste).

As aldeias foram alocadas nos estratos com base na unidade da federação em que está localizada a sede do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) ao qual a aldeia pertence. Todas as informações relacionadas às aldeias foram extraídas de uma lista, fornecida pela FUNASA, que foi elaborada a partir do SIASI-WEB em 22 de janeiro de 2008.



## Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

Nesta lista estão cadastradas 3.995 aldeias e suas respectivas populações totais. Após análise detalhada desse cadastro, decidiu-se pela exclusão de 151 comunidades indígenas classificadas como “agrupamentos instáveis”: “populações residentes em bairros”, “sedes de Pólos-Base”, “instalações militares”, “acampamentos em beira de estrada”, “grupos não-aldeados”, “aldeias não-populadas” e “aldeias desativadas” (3,8% do total de aldeias cadastradas). Após esta primeira revisão, permaneceram na lista 3.844 aldeias, consideradas “agrupamentos estáveis”. Destas, 1.076 (28,0% dos “agrupamentos estáveis”) apresentavam uma população total inferior a 31 habitantes. Dada complexidade do trabalho de campo em áreas indígenas, com grande distância e dispersão de comunidades em muitas regiões, além da flutuação demográfica, optou-se por não incluir essas aldeias na lista de aldeias elegíveis. Desse modo, 2.768 (72,0% dos “agrupamentos estáveis”) aldeias permaneceram no cadastro base para seleção da amostra (Tabela 4.1).

Tabela 4.1. Caracterização dos estratos segundo macrorregiões, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

Local	Cadastro SIASI original:			Cadastro SASI revisado:		
	DSEI	Aldeias	População	DSEI	Aldeias	População
<b>Macrorregião</b>						
Norte	19	2556	222179	19	1688	199139
Centro-Oeste	6	443	94380	6	310	88128
Nordeste	6	739	118094	6	586	108429
Sul/Sudeste	3	257	61900	3	184	54633
<b>Brasil 34</b>		<b>3995</b>	<b>496553</b>	<b>34</b>	<b>2768</b>	<b>450329</b>

Para determinação do tamanho da amostra (n), levou-se em consideração o tamanho da população alvo (Tabela 4.2) em cada um dos quatro estratos (Norte, Centro-Oeste, Nordeste e Sul/Sudeste); um grau de confiabilidade de 95%; uma precisão relativa de 5% e uma prevalência presumida de 50% para todos os



## Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

desfechos na base populacional. A opção por uma prevalência de 50% deve-se ao fato de que, ao se considerar essa proporção, se maximiza o tamanho da amostra a ser calculado.

Tabela 4.2. Tamanho da população total e da população alvo, segundo estrato, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

Local	População Total		Mulheres de 14 a 49 anos		Crianças menores de 60 meses	
	N	Tamanho Relativo N		Tamanho Relativo N		Tamanho Relativo
<b>Macrorregião</b>						
Norte	199139	44.2%	44812	22.5%	30287	15.2%
Centro-Oeste	88128	19.6%	19101	21.7%	17584	20.0%
Nordeste	108429	24.1%	26688	24.6%	14232	13.1%
Sul/Sudeste	54633	12.1%	13753	25.2%	7156	13.1%
<b>Brasil</b>	<b>450329</b>	<b>100.0%</b>	<b>104354</b>	<b>23.2%</b>	<b>69259</b>	<b>15.4%</b>

A fórmula utilizada foi: 
$$n = \frac{z_{1-\alpha/2}^2 \sum_{h=1}^L \frac{N_h^2 P_h (1 - P_h)}{w_h}}{\varepsilon^2 \left( \sum_{h=1}^L N_h P_h \right)^2} \quad \therefore$$

$z$  – abscissa da curva normal em um teste bi-caudal.

$L$  – número de estratos ( $L=4$ ).

$N_h$  – tamanho da população alvo no estrato  $h$ .

$P_h$  – prevalência interesse no estrato  $h$ .

$w_h$  – tamanho relativo do estrato  $h$ .

$\varepsilon$  – precisão relativa.

Foi pré-estabelecido que seriam realizadas pelo menos 1000 entrevistas de mulheres e 1000 entrevistas de crianças por estrato. Segundo os cálculos realizados o estrato Sul/Sudeste não alcançou estes valores mínimos, então os tamanhos amostrais foram alterados de 662 para 1000 mulheres e 619 para 1000 crianças.



## **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**

Após todas as considerações sobre o estabelecimento do tamanho da amostra, em cada estrato, foi adicionado a cada valor 20%. Esta medida foi tomada para evitar a diminuição da precisão das estimativas, no caso de perda de informações.

Ao final dos procedimentos para o cálculo do tamanho da amostra, foi estimado que, para atingir os objetivos da pesquisa, era necessário incluir no estudo pelo menos 6.605 mulheres de 14 a 49 anos e 6.583 crianças menores de 60 meses de idade. Vale ressaltar que o tamanho da amostra foi calculado com base na população alvo, mas a seleção dos indivíduos participantes foi realizada com base nas aldeias em que estes residem. Ao final da coleta de dados constatou-se que a medida preventiva de acrescentar 20% ao tamanho da amostra foi efetiva. Os dados indicam que não houve perda de precisão das estimativas em nenhuma macrorregião (Tabela 4.3).

Na região Sudeste foi realizada 77% da amostra planejada de crianças. Apesar de este valor ser inferior a 80%, no caso desta macrorregião este valor não implica em perda de precisão dado que o tamanho amostral foi previamente aumentado para evitar a diminuição da precisão das estimativas.



## Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

Tabela 4.3. Tamanho amostral planejado e realizado, segundo estrato, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

Local	Amostra planejada:			Amostra realizada					
	Aldeias	Mulheres <sup>a</sup>	Crianças <sup>b</sup>	Aldeias		Mulheres <sup>a</sup>		Crianças <sup>b</sup>	
				n	%	n	%	n	%
<b>Macrorregião</b>									
Norte	65	2720	2708	60	92	2574	95	2663	98
Centro-Oeste	14	1204	1200	13	93	1295	108	1317	110
Nordeste	23	1481	1475	22	96	1770	120	1385	94
Sul/Sudeste	21	1200	1200	18	86	1068	89	920	77
<b>Brasil</b>	<b>123</b>	<b>6605</b>	<b>6583</b>	<b>113</b>	<b>92</b>	<b>6707</b>	<b>102</b>	<b>6285</b>	<b>95</b>

<sup>a</sup> Mulheres de 14 a 49 anos

<sup>b</sup> Crianças menores de 60 meses

### 4.3.2. Seleção das aldeias

Tendo o tamanho da amostra em cada aldeia calculado, procedeu-se a seleção das aldeias segundo os critérios de Amostragem Seqüencial de Poisson. Para selecionar as aldeias foram realizadas as seguintes etapas:

Gerou-se uma seqüência de números aleatórios com distribuição Uniforme (0 , 1);

Calculou-se o tamanho relativo de cada aldeia segundo estrato;

$$\text{Tamanho Relativo} = \frac{\text{população da aldeia}}{\text{população da macrorregião}}$$

Calculou-se a razão entre cada número aleatório e o tamanho relativo da aldeia;

Ordenaram-se crescentemente as aldeias segundo a razão calculada no terceiro passo;



## **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**

Selecionaram-se as aldeias com os menores valores da razão até de atingir o tamanho mínimo da amostra em cada estrato.

Para garantir uma maior confiabilidade foi solicitado aos coordenadores locais da pesquisa uma atualização dos dados cadastrais do SIASIWeb das aldeias selecionadas. Nenhuma aldeia foi substituída por outra não selecionada.

Na Tabela 4.4 estão dispostos os quantitativos populacionais registrados no SIASIWeb e os coletados pelas equipes de campo.



## Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

Tabela 4.4. Quantitativos populacionais registrados no SIASIWeb em 22/01/2008 e os quantitativos populacionais coletados pelas equipes de campo, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

Macrorregião	DSEi	Aldeia	População Segundo Informações do					
			SIASIWeb			Inquérito		
			Total <sup>a</sup>	Mulheres <sup>b</sup>	Crianças <sup>c</sup>	Total <sup>a</sup>	Mulheres <sup>b</sup>	Crianças <sup>c</sup>
Norte	Altamira	Xingu	174	39	26	181	33	49
Norte	Alto Rio Juruá	Igarapé do Anjo	87	20	13	72	15	20
Norte	Alto Rio Juruá	Nova Extrema	59	13	9	66	17	16
Norte	Alto Rio Juruá	São Joaquim	113	25	17	114	30	34
Norte	Alto Rio Negro	São Joaquim	217	49	33	233	50	29
Norte	Alto Rio Negro	São Pedro - Caruru-Tiquié	115	26	17	117	27	15
Norte	Alto Rio Negro	Vila Aparecida I	193	43	29	306	--	--



## Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

Macrorregião	DSEi	Aldeia	População Segundo Informações do					
			SIASIWeb			Inquérito		
			Total <sup>a</sup>	Mulheres <sup>b</sup>	Crianças <sup>c</sup>	Total <sup>a</sup>	Mulheres <sup>b</sup>	Crianças <sup>c</sup>
Norte	Alto Rio Purus	Santo Antônio	175	39	27	179	32	38
Norte	Alto Rio Purus	São José do Tacaquiri	180	41	27	216	43	48
Norte	Alto Rio Purus	Tocimão	58	13	9	61	11	15
Norte	Alto Rio Solimões	Amaturá	195	44	30	278	53	37
Norte	Alto Rio Solimões	Novo Porto Lima	208	47	32	228	48	37
Norte	Alto Rio Solimões	Porto Cordeirinho	508	114	77	902	188	155
Norte	Alto Rio Solimões	Nova Vila	322	72	49	412	100	71
Norte	Alto Rio Solimões	Novo Paraíso	192	43	29	183	23	36
Norte	Alto Rio Solimões	Santa Clara	183	41	28	192	37	30



## Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

Macrorregião	DSEi	Aldeia	População Segundo Informações do					
			SIASIWeb			Inquérito		
			Total <sup>a</sup>	Mulheres <sup>b</sup>	Crianças <sup>c</sup>	Total <sup>a</sup>	Mulheres <sup>b</sup>	Crianças <sup>c</sup>
Norte	Alto Rio Solimões	São Joaquim	225	51	34	267	54	54
Norte	Alto Rio Solimões	Vendaval	1411	318	215	1452	670	264
Norte	Alto Rio Solimões	Bananal	368	83	56	503	90	114
Norte	Alto Rio Solimões	Nova Extrema	180	41	27	319	64	61
Norte	Alto Rio Solimões	Umariacú 1	1300	293	198	--	--	--
Norte	Alto Rio Solimões	Umariacú 2	2371	534	361	4642	826	640
Norte	Amapá e Norte do Pará	Betania	113	25	17	124	29	26
Norte	Amapá e Norte do Pará	Kumarumã	1788	402	272	1497	374	190



## Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

Macrorregião	DSEi	Aldeia	População Segundo Informações do					
			SIASIWeb			Inquérito		
			Total <sup>a</sup>	Mulheres <sup>b</sup>	Crianças <sup>c</sup>	Total <sup>a</sup>	Mulheres <sup>b</sup>	Crianças <sup>c</sup>
Norte	Kaiapó do Pará	Kikretum	554	125	84	788	156	203
Norte	Leste de Roraima	Bom Jesus	66	15	10	53	12	13
Norte	Leste de Roraima	Wapum	188	42	29	170	33	34
Norte	Leste de Roraima	Matiri	76	17	12	73	13	18
Norte	Leste de Roraima	Olho D'Água	143	32	22	150	32	34
Norte	Leste de Roraima	Placa	92	21	14	94	17	22
Norte	Leste de Roraima	Xumina	349	79	53	319	57	59
Norte	Leste de Roraima	Bala	161	36	24	189	39	46
Norte	Leste de Roraima	São Luís	134	30	20	140	28	25



## Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

Macrorregião	DSEi	Aldeia	População Segundo Informações do					
			SIASIWeb			Inquérito		
			Total <sup>a</sup>	Mulheres <sup>b</sup>	Crianças <sup>c</sup>	Total <sup>a</sup>	Mulheres <sup>b</sup>	Crianças <sup>c</sup>
Norte	Manaus	Trincheira	287	65	44	--	--	--
Norte	Manaus	Juma	148	33	23	112	31	25
Norte	Manaus	Murutinga	736	166	112	1040	184	182
Norte	Médio Rio Purus	Decorá	86	19	13	70	22	12
Norte	Médio Rio Solimões e Afluentes	Marajaí	479	108	73	518	98	89
Norte	Parintins	Nova Sateré	93	21	14	98	20	11
Norte	Parintins	Simão I	520	117	79	362	78	70
Norte	Parintins	São Bonifácio	68	15	10	115	17	20
Norte	Porto Velho	Raimundo Tamalisyn	58	13	9	55	12	11



## Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

Macrorregião	DSEi	Aldeia	População Segundo Informações do					
			SIASIWeb			Inquérito		
			Total <sup>a</sup>	Mulheres <sup>b</sup>	Crianças <sup>c</sup>	Total <sup>a</sup>	Mulheres <sup>b</sup>	Crianças <sup>c</sup>
Norte	Porto Velho	Deolinda	95	21	14	103	22	28
Norte	Porto Velho	Lage	204	46	31	205	46	39
Norte	Porto Velho	Rio Negro Ocaia	432	97	66	495	106	92
Norte	Porto Velho	Mafuí	49	11	7	42	10	8
Norte	Rio Tapajós	Kubenkokre	961	216	146	736	142	123
Norte	Rio Tapajós	Pykany	438	99	67	223	50	51
Norte	Rio Tapajós	Fazendinha Rio Tapajós	51	11	8	48	10	10
Norte	Rio Tapajós	Restinga	79	18	12	--	19	22
Norte	Tocantins	Boto Velho	133	30	20	109	25	21



## Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

Macrorregião	DSEi	Aldeia	População Segundo Informações do					
			SIASIWeb			Inquérito		
			Total <sup>a</sup>	Mulheres <sup>b</sup>	Crianças <sup>c</sup>	Total <sup>a</sup>	Mulheres <sup>b</sup>	Crianças <sup>c</sup>
Norte	Tocantins	Barreira Branca	135	30	21	134	32	19
Norte	Tocantins	Cabeceira Verde	52	12	8	30	17	12
Norte	Tocantins	Funil	168	38	26	180	38	36
Norte	Tocantins	São Bento	63	14	10	34	8	5
Norte	Vale do Javari	Vida Nova	211	47	32	81	18	11
Norte	Vilhena	Nambikwara Central	92	21	14	88	13	11
Norte	Yanomami	Auaris Posto	244	55	37	245	48	62
Norte	Yanomami	Yekuana	299	67	45	233	57	54
Norte	Yanomami	Maturacá	572	129	87	698	120	147



## Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

Macrorregião	DSEi	Aldeia	População Segundo Informações do					
			SIASIWeb			Inquérito		
			Total <sup>a</sup>	Mulheres <sup>b</sup>	Crianças <sup>c</sup>	Total <sup>a</sup>	Mulheres <sup>b</sup>	Crianças <sup>c</sup>
Centro-Oeste	Araguaia	Macaúba	118	26	24	395	85	77
Centro-Oeste	Araguaia	Carretão	167	36	33	173	46	20
Centro-Oeste	Cuiabá	Kotitiko	118	26	24	74	23	9
Centro-Oeste	Mato Grosso do Sul	Amambai	6592	1429	1315	7081	1651	1245
Centro-Oeste	Mato Grosso do Sul	Bananal	1152	250	230	1407	357	206
Centro-Oeste	Mato Grosso do Sul	Caarapó	3955	857	789	4343	902	903
Centro-Oeste	Mato Grosso do Sul	Bororó	5214	1130	1040	5695	1284	1057
Centro-Oeste	Mato Grosso do Sul	Jaguapirú	5697	1235	1137	5920	1427	896
Centro-Oeste	Mato Grosso do Sul	Porto Lindo	3537	767	706	4583	944	854



## Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

Macrorregião	DSEi	Aldeia	População Segundo Informações do					
			SIASIWeb			Inquérito		
			Total <sup>a</sup>	Mulheres <sup>b</sup>	Crianças <sup>c</sup>	Total <sup>a</sup>	Mulheres <sup>b</sup>	Crianças <sup>c</sup>
Centro-Oeste	Mato Grosso do Sul	Guaimbé	413	90	82	435	74	90
Centro-Oeste	Mato Grosso do Sul	Pirajuí	1939	420	387	1824	404	469
Centro-Oeste	Xavante	São José	148	32	30	146	25	39
Centro-Oeste	Xingu	Waurá	355	77	71	357	69	84
Nordeste	Alagoas e Sergipe	Roçado	363	89	48	700	109	41
Nordeste	Alagoas e Sergipe	Ilha de São Pedro	364	90	48	375	107	32
Nordeste	Alagoas e Sergipe	Plaki-Ô	493	121	65	402	86	37
Nordeste	Bahia	Nossa Senhora da Conceição Pambú	708	174	93	--	--	--
Nordeste	Bahia	Mirandela	334	82	44	--	--	--



## Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

Macrorregião	DSEi Aldeia	População Segundo Informações do						
		SIASIWeb			Inquérito			
		Total <sup>a</sup>	Mulheres <sup>b</sup>	Crianças <sup>c</sup>	Total <sup>a</sup>	Mulheres <sup>b</sup>	Crianças <sup>c</sup>	
Nordeste	Bahia	Olivença - Cidade	606	149	80	500	--	--
Nordeste	Bahia	Coroa Vermelha	3984	981	523	5200	--	606
Nordeste	Ceará	Buriti	310	76	41	312	73	28
Nordeste	Maranhão	Patizal	63	16	8	66	14	16
Nordeste	Alto Rio Negro	Tauarizinho	103	25	14	123	30	30
Nordeste	Maranhão	Escalvado	1636	403	215	1665	411	307
Nordeste	Maranhão	Porquinhos	630	155	83	596	151	108
Nordeste	Pernambuco	Baixa da Alexandra	863	212	113	952	214	105
Nordeste	Pernambuco	Brejinho	253	62	33	254	49	28



## Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

Macrorregião	DSEi Aldeia	População Segundo Informações do						
		SIASIWeb			Inquérito			
		Total <sup>a</sup>	Mulheres <sup>b</sup>	Crianças <sup>c</sup>	Total <sup>a</sup>	Mulheres <sup>b</sup>	Crianças <sup>c</sup>	
Nordeste	Pernambuco	Cimbres	910	224	119	951	215	92
Nordeste	Pernambuco	Pesqueira	933	230	122	846	247	98
Nordeste	Pernambuco	Retiro-Sucupira	119	29	16	379	82	49
Nordeste	Pernambuco	Espinheiro	409	101	54	430	105	30
Nordeste	Pernambuco	Gitó	490	121	64	534	127	72
Nordeste	Pernambuco	Palmeira	87	21	11	66	14	11
Nordeste	Potiguara	São Francisco	880	217	116	896	230	112
Nordeste	Potiguara	Camurupim	644	159	85	611	162	86
Sul/Sudeste	Minas Gerais e Espírito Santo	Caieiras Vellha	1239	312	162	1275	352	249



## Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

Macrorregião	DSEi Aldeia	População Segundo Informações do						
		SIASIWeb			Inquérito			
		Total <sup>a</sup>	Mulheres <sup>b</sup>	Crianças <sup>c</sup>	Total <sup>a</sup>	Mulheres <sup>b</sup>	Crianças <sup>c</sup>	
Sul/Sudeste	Minas Gerais e Espírito Santo	Comboios	474	119	62	485	129	72
Sul/Sudeste	Minas Gerais e Espírito Santo	Carmésia I	448	113	59	245	61	48
Sul/Sudeste	Minas Gerais e Espírito Santo	Água Boa I	322	81	42	115	24	36
Sul/Sudeste	Minas Gerais e Espírito Santo	Capão do Zezinho	291	73	38	81	14	7
Sul/Sudeste	Minas Gerais e Espírito Santo	Brejo Mata Fome	1854	467	243	851	122	63
Sul/Sudeste	Minas Gerais e Espírito Santo	Itapicurú	2709	682	355	333	72	41



## Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

Macrorregião	DSEi	Aldeia	População Segundo Informações do					
			SIASIWeb			Inquérito		
			Total <sup>a</sup>	Mulheres <sup>b</sup>	Crianças <sup>c</sup>	Total <sup>a</sup>	Mulheres <sup>b</sup>	Crianças <sup>c</sup>
Sul/Sudeste	Minas Gerais e Espírito Santo	Rancharia	2192	552	287	778	162	107
Sul/Sudeste	Minas Gerais e Espírito Santo	Sumaré	2921	735	383	373	92	46
Sul/Sudeste	Paraná	Apucarantina	1520	383	199	1500	299	252
Sul/Sudeste	Sul-Sudeste	Sapukai	340	86	45	307	66	78
Sul/Sudeste	Sul-Sudeste	Coxilha da Cruz	147	37	19	114	29	27
Sul/Sudeste	Sul-Sudeste	Kondá	458	115	60	504	119	63
Sul/Sudeste	Sul-Sudeste	Linha Capinzal-Serrinha	275	69	36	216	66	37
Sul/Sudeste	Sul-Sudeste	Bananeira I	201	51	26	244	53	--



## Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

Macrorregião	DSEi	Aldeia	População Segundo Informações do					
			SIASIWeb			Inquérito		
			Total <sup>a</sup>	Mulheres <sup>b</sup>	Crianças <sup>c</sup>	Total <sup>a</sup>	Mulheres <sup>b</sup>	Crianças <sup>c</sup>
Sul/Sudeste	Sul-Sudeste	Água Branca	268	67	35	269	62	39
Sul/Sudeste	Sul-Sudeste	Bananeira	667	168	87	677	100	85
Sul/Sudeste	Sul-Sudeste	Boa Vista	181	46	24	134	25	28

<sup>a</sup> População total independente de sexo ou idade.

<sup>b</sup> Mulheres de 14 a 49 anos.

<sup>c</sup> Crianças menores de 60 meses.



#### 4.4. Instrumentos de coleta de dados e instrutivo de campo

Os instrumentos de coleta de dados do Inquérito incluíram quatro Cadernos (questionários) específicos, quais sejam, Caderno 1 (Aldeia/Comunidade), Caderno 2 (Domicílio), Caderno 3 (Mulher) e Caderno 4 (Criança) (Anexos 1-4).

Foram utilizados também formulários específicos para registro de procedimentos, quais sejam: Acompanhamento da Situação das Aldeias/Comunidades; Listagem dos Domicílios; e Formulário de Referência – Situações de Emergência e Urgência em Campo (Anexos 5-7).

Foi preparado um documento detalhando o “passo a passo” dos procedimentos em campo (Anexo 8).

Todos os procedimentos de campo foram detalhados no Instrutivo do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas (Anexo 9).

#### 4.5. Treinamento das equipes e dinâmica do trabalho de campo

O treinamento para o Inquérito envolveu duas oficinas (Oficina de Revisão e Padronização de Metodologias e Cronogramas), a primeira realizada em Manaus, no período de 08 a 10 de outubro de 2008, e a segunda em Teresópolis, entre 13 e 15 de outubro de 2008. Além dessas oficinas, quando os coordenadores de equipes foram treinados no preenchimento dos cadernos, procedimentos de amostragem, utilização dos aparelhos e coleta do termo de consentimento, foram realizadas duas oficinas de padronização antropométrica no Rio de Janeiro no mês de novembro de 2008. Essas oficinas de padronização destinaram-se a treinar os pesquisadores de campo responsáveis pela coleta dos dados de estatura e peso (ver Anexo 10).

Para todos os fins, incluindo interação nas coordenações regionais da FUNASA, nas sedes dos DSEIs e nas aldeias/ comunidades, o pesquisador de campo apresentou-



## **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**

se como “pesquisador” da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva-ABRASCO.

Trabalhar em uma aldeia/comunidade indígena é uma experiência particular – trata-se de outra cultura, na qual valores, costumes, comportamentos e práticas podem ser bastante distintos dos nossos. O trabalho de campo foi pautado por este importante princípio. Diante disso, foi reiterado no treinamento que não cabia ao pesquisador emitir julgamento de valor sobre costumes ou práticas que considerasse “erradas”, segundo seus padrões, ou cujo sentido ignora. O respeito à privacidade da comunidade e de seus moradores, procurando-se interferir o mínimo possível no dia-a-dia das pessoas, também pautou os trabalhos. Os relatórios enviados pelas equipes de campo indicaram que houve uma permanente atenção com esses aspectos.

Antes de se deslocar para realizar o trabalho de campo, os responsáveis pelas equipes de campo (supervisor) contactavam a equipe do DSEI para saber se o período de coleta de dados planejado era adequado e se tinha havido mudanças estruturais ou de localização geográfica da aldeia, ou seja, se os moradores não estavam temporariamente ausentes, se a aldeia mudou-se ou se houve cisão ou junção. Esse procedimento foi de grande importância, pois em muitas comunidades há mudanças na composição da população em curtos intervalos de tempo, associadas a idas a cidades, saída da aldeia/ comunidade para atividades agrícolas, caça e coleta, entre outras. Os relatórios enviados pelas equipes de campo indicaram que a consulta prévia mostrou-se de grande relevância para o bom encaminhamento dos trabalhos.

Chegando à aldeia/comunidade, a equipe de pesquisadores procurava a liderança e se apresentava, colocando claramente os objetivos e procedimentos do trabalho a ser realizado. Neste primeiro momento de contato, foi obtido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Coletivo da aldeia/comunidade (ver item 4.8). Os relatórios enviados pelas equipes de campo indicaram que esse passo, fundamental para a pesquisa, foi cuidadosamente seguido. Mais que isso, os relatos a partir das



## **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**

equipes indicam que houve um grande interesse das comunidades com relação à pesquisa, não somente pelo fato de levar a um melhor conhecimento da realidade local como também, como indicado no Termo de Consentimento, se tratar de uma investigação para caracterizar o perfil de saúde e nutrição da população indígena no país.

Dentre os tópicos tratados pelo Inquérito, aquele relativo à nutrição dos adultos (e obesidade em particular) foi um dos que, sistematicamente, atraiu atenção em grande parte das aldeias investigadas. Na fase de planejamento, a coordenação do Inquérito estava ciente que, a depender da sociedade, poderia ser necessário um tempo maior para a apresentação dos objetivos do trabalho e para a apreciação por parte das lideranças. Durante esse período, a equipe foi instruída a permanecer na aldeia/comunidade e se colocar à disposição da liderança para quaisquer esclarecimentos que se fizessem necessários. Nos casos quando isto aconteceu, o procedimento foi seguido a contento.

O Inquérito envolve trabalhar com populações sócio-culturalmente diferenciadas, em alguns casos com poucas pessoas falantes da língua portuguesa, em particular entre as mulheres. Um ponto reiterado nos treinamentos foi que, nas aldeias/comunidades em que nem todas as mulheres falassem português poderia ser necessário contar com a ajuda de um tradutor. Nesses casos, recomendou-se que os pesquisadores consultassem a liderança para serem orientados sobre a melhor maneira de obter o apoio de um tradutor. Em particular na região Norte e Centro-Oeste, de fato foi necessário trabalhar com entrevistadores (ver Capítulos 4 a 7 deste relatório). Para esse fim, foram contratadas pessoas da própria comunidade, de modo a facilitar a interação da equipe com os sujeitos da pesquisa.

Antes do Inquérito, muitos dos participantes das equipes de campo não haviam tido contato com povos indígenas. Diante disso, não somente no Instrutivo, como também na fase de treinamento, procurou-se discutir questões relativas aos comportamentos em campo. Essas incluíram, dentro outras, os horários para realizar as entrevistas, o contato com as mulheres, sobre alimentação, o uso de máquinas



## **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**

fotográficas e similares, como proceder no caso de cerimônias e rituais estarem acontecendo, etc. A se julgar pelos relatórios de campo, as equipes desenvolveram suas atividades atentas para questões de ordem sócio-cultural presentes no cotidiano das comunidades visitadas.

Foi reiteradamente enfatizado por ocasião do treinamento que os pesquisadores não estavam autorizados a realizar qualquer investigação ou coletar outro dado que não aqueles explicitamente previstos no protocolo do Inquérito. Enfatizou-se que esse Inquérito possui permissão da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP e da Fundação Nacional do Índio - FUNAI, com base no protocolo pré-estabelecido. Também não seria permitida a realização de negociações por parte dos pesquisadores visando à condução de pesquisas futuras de cunho particular. Os relatórios de campo indicam que esse procedimentos foram seguidos a contento.

As equipes receberam camisetas e bonés com a identificação do Inquérito, recomendando-se o seu uso diário durante o trabalho de campo. Foi frisado que era vedado o uso de camisetas ou bonés que identifi cassem agremiações políticas, religiosas ou congêneres.

As equipes foram compostas, em geral, por dois a três pesquisadores, chegando-se a oito ou dez a depender do tamanho da amostra a ser coberta na aldeia/comunidade. Em cada equipe, além dos pesquisadores, havia um técnico de saúde (enfermeiro ou nutricionista) da FUNASA, designado pela chefia do DSEI. Todas as equipes foram acompanhadas por agentes indígenas de saúde (AIS).

Conforme claramente indicado no Termo de Consentimento, por ocasião da pesquisa de campo, qualquer morador da aldeia/comunidade (independente de estar ou não na amostra do Inquérito) tinha o direito de fazer perguntas relacionadas à pesquisa. A instrução foi de que o pesquisador deveria respondê-las de maneira clara e inteligível. Se a pessoa demonstrasse que não entendeu, o pesquisador deveria voltar a explicar com outras palavras. Como esperado, esse aspecto aconteceu de forma recorrente já que, a princípio, nem todos os procedimentos eram de conhecimento prévio das lideranças e das comunidades. Vale frisar que,



## **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**

para esse fim, as equipes de pesquisa contaram com o importante apoio os profissionais de saúde local, que ajudaram na comunicação com a comunidade sobre os objetivos e procedimentos a serem empregados no Inquérito.

A rotina do trabalho das equipes envolveu os seguintes passos:

(a) antes da partida para o trabalho de campo, verificava-se se as quantidades de Caderno 1 (Aldeia/Comunidade), Caderno 2 (Domicílio), Caderno 3 (Mulher) e Caderno 4 (Criança), microcuvetas, fitas reagentes para glicemia, luvas, lancetas, lápis, borrachas, apontador, baterias, pilhas, pranchetas, almofada tinteiro, álcool, caixa de descarte de material pérfuro-cortante e demais materiais de consumo eram suficientes para realização do trabalho de campo. Para evitar problema de falta de material durante a pesquisa de campo, levou-se sempre uma quantidade de material maior que aquela prevista;

(b) certificava-se que se estava levando cópias dos seguintes formulários, que eram imprescindíveis para a pesquisa de campo: Acompanhamento da Situação das Aldeias/Comunidades; Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Coletivo; Listagem dos Domicílios; e Formulário de Referência – Situações de Emergência e Urgência em Campo (Anexos 5-7);

(c) eram levados para as aldeias/ comunidades os equipamentos necessários para o trabalho de campo, quais sejam: hemoglobinômetro, tensiômetro, balança e antropômetro;

(d) uma vez na instância local de coordenação da FUNASA (DSEI, Pólo-Base etc), confirmava-se se a aldeia havia mudado de localização geográfica ou de configuração. Registrava no Instrumento de Acompanhamento da Situação das Aldeias/Comunidades. Procurava-se também obter uma estimativa atualizada do número de domicílios, de mulheres de 14,0 a 49,9 anos e de crianças < 5 anos, bem como organização espacial dos domicílios no território (croqui ou listagem famílias ou domicílios, se existir), além de outras informações relevantes para a organização do trabalho de campo;



## **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**

(e) ao chegar à aldeia/comunidade, apresentava-se a equipe de trabalho, os objetivos da pesquisa e os procedimentos gerais de campo para as lideranças indígenas e para a população, procedendo à obtenção da assinatura do Termo de Consentimento pelas lideranças da aldeia/comunidade, conforme já indicado;

(f) a primeira etapa da pesquisa propriamente era a realização da entrevista com as lideranças indígenas ou equivalente;

(g) a seguir, eram realizadas as demais etapas, quais sejam, os preenchimentos dos Cadernos relativos a Domicílio, Mulher e Criança;

(h) ao final de cada dia, cada entrevistador preenchia a coluna da direita de cada questionário por ele aplicado, com os respectivos códigos de cada item respondido. O supervisor de campo conferiria toda a codificação e marcava os itens com problemas para que sejam corrigidos no dia seguinte.

Foi montado um sistema de envio dos questionários preenchidos para o Rio de Janeiro, onde se localizava a coordenação do Inquérito. Imprimiu-se a maior agilidade possível, já que o intuito foi de digitar imediatamente os dados, inclusive com vistas a acompanhar a qualidade do processo de coleta dos dados. O envio dos materiais aconteceu a contento, sem extravios.

### **4.6. Coleta de dados biométricos**

#### **4.6.1. Peso e estatura**

As medidas de peso e estatura de mulheres e crianças foram obtidas por antropometristas padronizados, seguindo metodologia padrão (Anexo 10). Para a medição da estatura e comprimento (no caso de crianças menores de 24 meses de idade) foi utilizado antropômetro desmontável da marca Altorexata (Belo Horizonte, Brasil), com precisão de 0,1 cm. Para o peso utilizou-se balança eletrônica portátil,



## **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**

de marca SECA (Hamburgo, Alemanha), modelo 872, com capacidade máxima de 150 kg e precisão de 0,1 kg. Vide Instrutivo (Anexo 9) para detalhamento técnico.

### **4.6.2. Pressão arterial**

Para a aferição da pressão arterial foi utilizado monitor automático de pulso, marca Omron (Bannockburn, IL, USA), modelo Hem-631INT. A opção por esse equipamento deve-se ao fato de ser preciso e de fácil manuseio no campo. Além disso, por se tratar de um equipamento que dispensa o uso de estetoscópio e a insuflação do manguito é automática, evita o erro inter-observador comum ao esfigmomanômetro convencional de coluna de mercúrio. Vide Instrutivo (Anexo 9) para detalhamento técnico.

### **4.6.3. Dosagem de Hemoglobina**

A dosagem de hemoglobina foi realizada nas crianças menores de 5 anos de idade (excluídas aquelas com menos de 6 meses) e nas mulheres entre 14 e 49 anos, utilizando-se hemoglobinômetro portátil HemoCue (Ångelholm, Suécia), modelo Hb 201+. A escolha desse equipamento deve-se ao fato de o mesmo ser de fácil transporte e manuseio nas condições de campo, além de proporcionar a determinação da taxa de hemoglobina de maneira rápida e precisa, conforme atestam os vários estudos que o validaram. Vide Instrutivo (Anexo 8) para detalhamento técnico.

### **4.6.4. Dosagem de Glicose**

A dosagem de glicose foi realizada apenas nas mulheres entre 14 e 49 anos utilizando-se um glicosímetro portátil Accu-Chek Active da Roche (São Paulo, Brasil). Esse aparelho vem acompanhado de um dispositivo de punção (lancetador) ao qual são afixadas lancetas descartáveis de uso individual. Vide Instrutivo (Anexo 8) para detalhamento técnico.



## **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**

### **4.7. Coleta de dados secundários**

Além da coleta de dados biomédicos diretos (antropometria, glicemia, dosagem de hemoglobina e níveis tensionais) e dados através de entrevistas com lideranças, mulheres e crianças, durante o trabalho de campo foram consultados os seguintes documentos para obtenção de dados secundários: cartão da criança, atestado de vacina, cartão da gestante e prontuários médico-hospitalares. Essas consultas acontecerem nas aldeias ou, majoritariamente, nas sedes dos pólos base.

### **4.8. Aspectos éticos**

De acordo com a legislação vigente, a realização do Inquérito foi previamente autorizada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI). Os pesquisadores de campo ficaram responsáveis pela apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Coletivo (Anexo 11) às comunidades indígenas e a obtenção do mesmo devidamente assinado pelas lideranças ou outras pessoas que a comunidade julgasse importante (agente indígena de saúde, professor indígena, etc). Esse documento contém, entre outros itens, um resumo da pesquisa proposta, uma declaração de que os procedimentos para coleta de dados não oferecem riscos à saúde, detalhamento acerca das responsabilidades dos pesquisadores integrantes das equipes do Inquérito no caso de resultado de exames alterados, e declaração de que a participação na pesquisa não é obrigatória e a identidade dos participantes será mantida em confidência.

Nos poucos casos que as lideranças não concordaram com os objetivos ou termos da pesquisa, as assinaturas não foram coletadas e a pesquisa não foi realizada. Além de apresentar o Termo de Consentimento, antes do início dos trabalhos propriamente ditos, os pesquisadores foram responsáveis para fazer todos os esforços no sentido de aclarar sobre os objetivos dos trabalhos a serem realizados, dados a serem coletados e procedimentos técnicos para a obtenção dos mesmos.

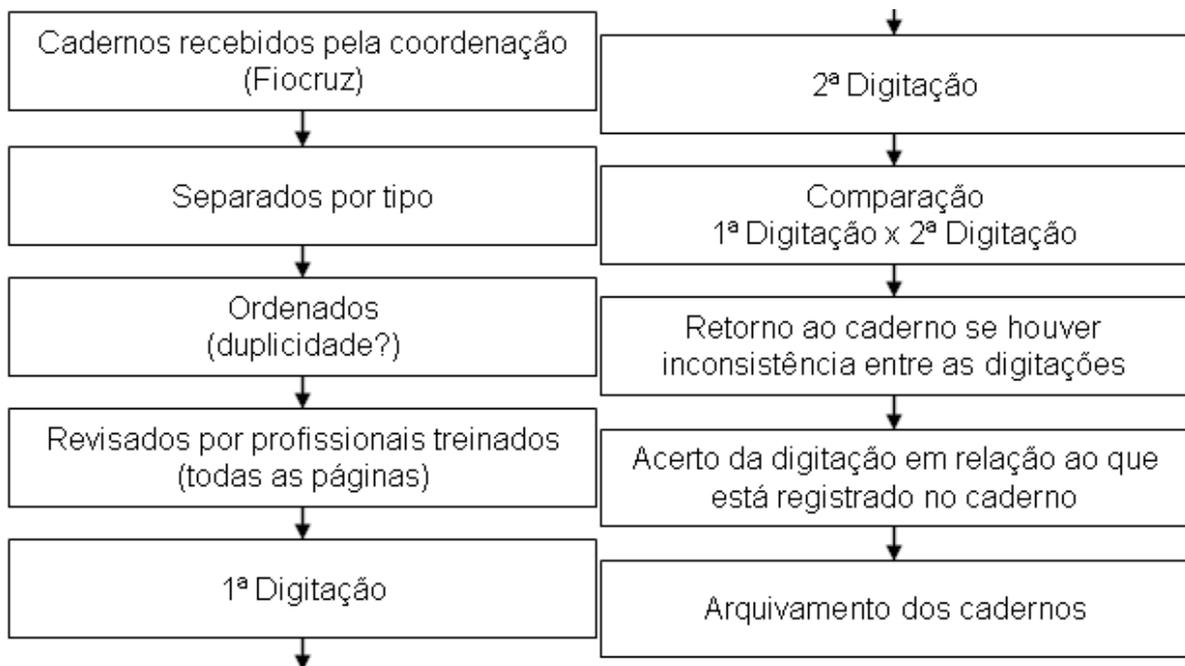
Visando dirimir dúvidas, sempre que necessário, os pesquisadores demonstravam em si mesmos a utilização dos aparelhos.

#### 4.9. Bancos de dados

##### 4.9.1. Procedimentos de controle de qualidade

Os procedimentos de controle de qualidade das informações após a coleta de dados estão sintetizados na Figura 4.1.

Figura 4.1. Procedimentos de controle de qualidade, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.



O primeiro procedimento de controle de qualidade adotado foi a conferência do preenchimento dos cadernos, realizada pelos os coordenadores das equipes de campo, no local de realização da entrevista.



## Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

Três profissionais treinados foram alocados no trabalho de bancada para crítica e conferência da codificação dos Cadernos preenchidos. Eles foram responsáveis pela organização e preparo dos cadernos para digitação. Todos os acertos realizados por esta equipe foram anotados com caneta vermelha, para que sejam diferenciados dos registros, feitos a lápis, pelas equipes de trabalho de campo. Após a coleta de dados, em nenhum momento, foi utilizada borracha ou corretivo (*liquid paper*) ou lápis.

Ao chegar à coordenação, todos os Cadernos foram separados por aldeia e por tipo. Junto aos Cadernos, as equipes de trabalho de campo enviaram relatórios de coleta e as listagens dos domicílios das aldeias. Estes documentos foram revisados e arquivados pela coordenação para subsidiar as análises sobre população, expansão da amostra e perdas.

Todos os Cadernos foram organizados em ordem crescente, pela numeração seqüencial e única atribuída durante o trabalho de campo a cada domicílio, mulher e criança de uma determinada aldeia. Este procedimento facilitou a verificação e a correção das falhas na vinculação numérica entre os domicílios e seus moradores e entre mães e seus filhos, além de eventuais duplicidades, ou seja, se duas ou mais mulheres (ou domicílios ou crianças) receberam um mesmo número. Quando essas falhas ocorreram, a equipe de críticos buscou, nos outros Cadernos da mesma aldeia, a referência correta e fez o acerto na capa com caneta vermelha.

Depois da verificação das capas dos Cadernos, todas as outras páginas foram verificadas pela equipe de crítica. Nesta etapa, os códigos das questões que não foram transcritos para as quadrículas correspondentes foram transcritos e os campos que foram transcritos erroneamente foram corrigidos. Concluída esta etapa, os Cadernos eram encaminhados para a digitação.



### 4.9.2. Ferramentas utilizadas na digitação dos Cadernos

Para realizar a digitação dos Cadernos foram preparadas máscaras no software Epi-Info 6.04d. As telas referentes aos quatro Cadernos foram apresentadas do Quinto Relatório. Todas as máscaras foram desenvolvidas com crítica interna e saltos conforme descrito a seguir.

Todos os campos fechados receberam críticas internas, ou seja, aceitam que sejam digitados apenas os valores pré-determinados nos Cadernos. Qualquer outro valor digitado nestes campos é recusado pelo programa, que emite um alerta sonoro seguido por uma parada da digitação.

Algumas questões podem ficar em branco em situações específicas. Para agilizar a digitação de campos deste tipo foram programados saltos de acordo com as situações previstas nos Cadernos.

As máscaras de entrada de dados foram testadas e, após os acertos necessários, foi iniciado o processo de digitação. Os digitadores foram devidamente treinados pela equipe de Coordenação do Inquérito.

Os digitadores, em número de 6, foram instruídos a, no caso de identificação de inconsistências persistentes após a crítica, recorrerem à equipe de crítica para correção da inconsistência.

Os questionários que passaram pela primeira digitação foram etiquetados e encaminhados para a segunda digitação. Ao final da segunda digitação os Cadernos receberam uma segunda etiqueta. Cada digitador tinha uma etiqueta de cor diferente de forma que o mesmo caderno não fosse digitado duas vezes pelo mesmo digitador.

Após a segunda digitação, os bancos de dados gerados nas duas etapas de digitação foram comparados. Esta comparação é realizada individualmente para todos os campos de todos os Cadernos no *software* Stata 9.0. Onde foram encontradas incongruências entre a primeira e a segunda digitação, a equipe de



## Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

críticos retornou ao Caderno, verificou o valor registrado no caderno e acertou no banco de dados final o código de acordo com o que foi coletado. Ao final de todos os acertos, os questionários serão arquivados. Os bancos de dados originais — antes dos acertos da dupla digitação — estão preservados.

### 4.9.3. Preparo dos bancos de dados

Ao final da coleta e do processamento dos dados, quatro bancos de dados foram gerados (Aldeias/Comunidades, Domicílios, Mulheres e Crianças). Estes bancos podem ser concatenados utilizando-se como chaves de ligação códigos das aldeias, dos domicílios, das mulheres e das crianças, registrados nas capas dos cadernos.

A cada variável do banco de dados foi atribuído um rótulo que corresponde a uma breve descrição do conteúdo da variável (nome da variável). No caso das variáveis categóricas, foi atribuído também um rótulo a cada categoria da variável.

Para cada um dos bancos de dados foi elaborado um documento que contém informações detalhadas sobre cada variável (nome, tipo, categorias, amplitude, número de *missing values*). Este documento é indispensável para aqueles que farão a análise dos bancos de dados quando estes forem divulgados.

Todos os bancos de dados foram montados com a identificação dos participantes da pesquisa (com indicação dos nomes). A identificação nominal é necessária no momento da montagem e da análise preliminar, pois é útil na identificação de eventuais inconsistências. O banco de dados que será divulgado, não constará a informação de identificação pessoal, com vistas a preservar a privacidade dos participantes, os nomes serão apagados.



### 4.10. Análise dos dados

As características da população de estudo foram descritas tanto pela frequência absoluta e relativa das variáveis quanto pela elaboração de estatísticas descritivas (mínimo, média, máximo).

Todas as tabelas de resultados deste relatório foram estruturadas de forma que as estatísticas sejam representativas das macrorregiões e do Brasil.

Foram estimados os percentuais pontuais e seus respectivos intervalos de confiança ( $\alpha = 0,05$ ), levando-se em consideração o efeito do desenho do estudo — amostra probabilística estratificada.

Para calcular as estimativas pontuais e intervalares foi necessário declarar a unidade primária de seleção (PSU) — aldeia — e os pesos de cada participante — mulher e criança. No cálculo dos pesos estão envolvidos o tamanho relativo de cada estrato e a proporção de mulheres e crianças da população alvo de cada estrato.

Todos os cálculos foram realizados no Stata 9.0 utilizando a biblioteca “Survey Data Analysis” que é apropriada para dados obtidos através de amostras probabilísticas.

Os pontos de corte específicos para análise dos dados referentes a nível tensional, IMC (índice de massa corporal), glicemia e hemoglobina em mulheres; e anemia e estado nutricional em crianças encontram-se descritos abaixo das respectivas tabelas de análise.

Algumas perguntas dos cadernos permitem mais de uma resposta. Com isso, nas tabelas destas perguntas, em que mais de um item pode ser marcado, o somatório das proporções das respostas obtidas ultrapassa 100%. Veja o exemplo das perguntas 24 a 28 do Caderno Aldeia na Figura 4.2.

Figura 4.2. Exemplo de pergunta com múltiplas respostas, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

Indique os programas governamentais aos quais a sua aldeia/comunidade teve acesso nos últimos 3 anos:	Sim	Não	IGN
24. Carteira Indígena	1	2	9
25. Projeto Iniciativas Comunitárias em Saúde Indígena (VIGISUS:B3)	1	2	9
26. Merenda Escolar Indígena	1	2	9
27. Programa de Aquisição de Alimentos	1	2	9
28. Outros	1	2	9

Algumas perguntas dos cadernos são vinculadas as respostas anteriores — quesitos condicionais. Desta forma, as tabelas referentes a este tipo de pergunta apresentam as proporções em função da resposta anterior, ou seja, se uma pergunta depende da resposta positiva do item anterior, a proporção apresentada para esta pergunta tem como denominador as respostas positivas no primeiro item. Veja um exemplo de quesito condicional do Caderno Aldeia na Figura 4.3.



## Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

Figura 4.3. Exemplo de quesito condicional, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

13. Na sua aldeia/comunidade, os grupos domésticos têm roças ou plantações?

(1) Sim      (2) Não      (9) IGN

SE SIM, quais são os principais produtos cultivados pelos grupos domésticos?

	Sim	Não	IGN
13.1. Arroz	1	2	9
13.2. Feijão	1	2	9
13.3. Milho	1	2	9
13.4. Mandioca, macaxeira e aipim	1	2	9
13.5. Outros	1	2	9

13.5.1. SE OUTROS, quais? \_\_\_\_\_

14. O que é feito com a maior parte dos produtos cultivados pelos grupos domésticos de sua aldeia/comunidade?

(1) São predominantemente consumidos pelo grupo doméstico.

(2) São predominantemente vendidos.

(3) São igualmente vendidos e consumidos.

(4) Outro

(9) IGN

### 4.11. Dificuldades encontradas

A realização do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas no Brasil constituiu desafio ímpar face a natureza do edital, dinâmica política e administrativa do órgão contratante, grande diversidade de situações enfrentadas no campo e inexistência de experiência anterior.



## Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

Com o objetivo de contribuir para a realização de futuros inquéritos dessa natureza, abaixo listamos as principais dificuldades encontradas.

### 4.11.1. Desenho do estudo

- a) *Exigências do edital* . Determinados itens constantes do edital foram particularmente difíceis de serem elaborados através de um inquérito. Como exemplo podem ser citados os itens práticas alimentares, sazonalidade alimentar e manutenção de alimentos tradicionais, entre outros. Possivelmente, questões de natureza subjetiva/etnográfica poderiam ser melhor capturadas através de estudos de caso de maior profundidade.
- b) *Metodologia para definição da amostra*. A elaboração de um plano amostral para servir de base ao Inquérito enfrentou inúmeras dificuldades, destacando-se a grande complexidade e diversidade sócio-demográfica dos povos indígenas no Brasil. Por exemplo, não há clareza acerca do conceito de “aldeia”, havendo distintas interpretações acerca desse conceito entre os diferentes grupos étnicos e dentre os órgãos responsáveis pelo atendimento dessas populações, como a FUNAI e a FUNASA. Igualmente complexa é a definição de “grupo doméstico” e/ou “família”, por se tratar de conceitos elaborados de maneira distinta nas diferentes culturas e pelos profissionais de saúde (ver capítulos 4 e 5 deste relatório).
- c) *SIASI*. A baixa qualidade da informação disponibilizada pelo SIASI dificultou sobremaneira o cálculo da amostra. Durante a lide com esse sistema, foram identificados dados desatualizados e mesmo errados como, por exemplo, aldeias com população zero, aldeias com pessoas de um único sexo e aldeias que se mudaram há bastante tempo, passando à jurisdição de outro DSEI, mas que continuavam listadas no DSEI anterior. Observou-se também vários casos de aldeias com designações enigmáticas como, por exemplo, “acampamento”, “sede” ou “BR”, dentre outras.



## Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

d) *Formulação das perguntas* . Foi particularmente difícil chegar a um equilíbrio entre a elaboração de perguntas suficientemente gerais para poderem ser aplicadas à realidade de extrema diversidade cultural, social, lingüística, econômica e ambiental que caracteriza os povos indígenas no Brasil, ao mesmo tempo mantendo especificidade suficiente para assegurar o registro adequado da informação desejada. Por exemplo, questões que envolviam conceitos ocidentais de temporalidade (hora, dia, semana, mês, ano) são de difícil aplicabilidade universal. A elaboração de perguntas voltadas para o registro de conceitos/categorias ocidentais de doença constitui outro desafio importante, pois nem sempre os indígenas entrevistados se baseiam no modelo biomédico para classificar as enfermidades que os afligem. No plano socioeconômico, procurou-se adaptar as listagens de bens de consumo, alimentos e escolaridade às múltiplas realidades locais. Em determinadas localidades da região Norte, por exemplo, possuir ralador de mandioca com motor ou embarcação com motor de popa constitui importante diferencial econômico. Esse não é o caso em outras regiões, como Sul/Sudeste e Nordeste, onde os entrevistados sequer compreendiam a pergunta.

### Etapas preparatórias para o trabalho de campo

a) *Aquisição e distribuição de equipamentos e insumos* . O processo de aquisição dos equipamentos (balanças, antropômetros, tensiômetros, hemoglobiômetros e glicosímetros) e insumos por parte do DESAI sofreu vários revezes que resultaram em significativo atraso no início dos trabalhos de campo. Além disso, a estratégia de distribuição dos mesmos para os 34 DSEIs não se pautou no plano amostral. Por conta disso, houve DSEIs em que sobravam equipamentos e insumos, enquanto em outros faltavam ou eram em número insuficiente para uso por parte das equipes do Inquérito. Outro complicador deveu-se ao fato de a distribuição desse material ter sido feita sem a devida orientação às chefias e pessoal técnico. Dessa forma, foram comuns as situações em que, ao chegarem ao DSEI, as equipes eram surpreendidas com o fato de os insumos terem sido gastos em atividades rotineiras antes da realização do Inquérito.



## Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

- b) *Relação entre Inquérito e DSEIs.* Face à insuficiência das informações fornecidas pelos DSEIs acerca dos totais populacionais das aldeias sorteadas, logística de acesso às mesmas e quantitativos de equipamentos e insumos disponíveis, fez-se necessário realizar uma série de visitas preliminares a todos os DSEIs com o objetivo de apresentar o Inquérito e obter as informações necessárias. Férias de funcionários, feriados e as dinâmicas locais de cada DSEI ocasionaram inúmeros atrasos imprevisíveis.
- c) *Atrasos nos repasses financeiros.* Segundo os termos do contrato, os recursos financeiros necessários à execução dos trabalhos foram previstos em nove etapas, cada qual condicionada à apresentação de um relatório. A liberação dos recursos fez-se acompanhar de muitos atrasos, levando a reprogramação das etapas de campo e recomposição das equipes escaladas.

### A pesquisa de campo

- a) *Falta de informações demográficas adequadas.* Ocorreram várias situações em que as listagens de aldeias/população disponíveis no SIASI ou fornecidas pelo próprio DSEI não refletiam a realidade encontrada no campo. Uma divergência recorrente entre SIASI e realidade foi a listagem de uma única aldeia para contextos em que, na realidade, havia um conjunto de aldeias com designações próprias e lideranças distintas. Na maioria dos casos, as populações totais encontradas divergiam significativamente da listagem disponível no SIASI. Notou-se, por exemplo, uma sobreestimativa da proporção entre mulheres e crianças. Considerando que o cálculo da amostra foi baseado nessa proporção, a inconsistência da informação implicou na necessidade de estender a permanência no campo (ocasionando aumento de custos e exaustão dos suprimentos) para preencher os totais previstos de mulheres e crianças.
- b) *Acesso e transporte:* Para a composição das equipes, levou-se em consideração o tipo e disponibilidade de transporte utilizado entre a aldeia e a cidade de acesso. Camionetes 4x4 e aeronaves, por exemplo, transportam poucas pessoas, cenário que se agrava quando se considera o volume de



## Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

equipamentos e mantimentos necessários para a realização dos trabalhos. As frotas de barcos e veículos disponíveis nos DSEI eram limitadas, fazendo-se necessário efetuar o aluguel de veículos. No entanto, a maioria das locadoras de automóveis não possui veículos com tração 4x4. Em alguns casos, condições climáticas adversas (chuvas fortes, enchentes) impediram o acesso às aldeias, ocasionando atrasos no cronograma dos trabalhos. Em alguns casos, o profissional indicado pelo DSEI para acompanhar a equipe de campo desconhecia a aldeia, ocasionando dificuldades não previstas para sua localização e/ou contato com lideranças.

- c) *Comunicação com as comunidades e per missões.* Muitas comunidades indígenas no Brasil exigem comunicação e negociação prévia para permitirem o acesso de pesquisadores. Houve situações em que o DSEI não repassou as informações sobre o Inquérito (inclusive o cronograma dos trabalhos) às lideranças, o que gerou contrangimentos por ocasião da chegada da equipe ou mesmo não aceitação em participar. Em alguns casos, os próprios profissionais lotados nos Pólos-Base ou postos de saúde nas aldeias não estavam informados, surpreendendo-se com a chegada da equipe. Houve situações nas quais conflitos políticos locais entre lideranças e DSEI/Pólo-Base trouxeram dificuldades adicionais. Ainda como resultante da pouca comunicação entre as instâncias DSEI/Pólo-Base e comunidades a serem visitadas, algumas lideranças entenderam que poderia ser oportuno aproveitar a momento para tentar negociar benefícios em troca da permissão para realização dos trabalhos (por exemplo, demanda por melhorias nos serviços de saúde ou distribuição de alimentos/cestas básicas). Muitas comunidades exerceram pressão para que o Inquérito também contemplasse homens e velhos, o que teve que ser cuidadosamente negociado pelos pesquisadores que, ao final da etapa de campo, a depender da disponibilidade de tempo e de insumos, aqueles que não estavam contemplados na amostra do Inquérito eram convocados para realizarem os exames. Da parte dos pesquisadores, nem sempre era simples explicar o motivo de se incluir apenas mulheres e crianças de uma determinada faixa etária ou, no caso da aldeias de amostra, o porque de incluir apenas um



## Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

número pré-determinado de domicílios ao invés da totalidade da aldeia (explicar o conceito de representatividade e aleatoriedade não é tarefa simples quando se trata de pessoas sem formação em estatística).

- d) *Conflitos entre calendário das atividades indígenas e cronograma do Inquérito.* Foram registrados atrasos no cronograma do Inquérito devido ao choque com outras prioridades da comunidade que incluíam rituais ou a coleta de determinado item sazonal que, não raro, mobilizava toda a aldeia.
- e) *Acomodações e local de trabalho:* Em grande número de aldeias visitadas, principalmente nas regiões Norte e Centro-Oeste, onde quase sempre as equipes tinham que pernoitar na aldeia, apresentavam precárias instalações nos postos. Em alguns casos, era surpreendente como que profissionais de saúde do DSEI conseguiram permanecer vários dias em locais sem qualquer conforto, espaço apropriado para preparar alimentos e estrutura sanitária inadequada. Nas situações mais extremas, constituía desafio adicional às equipes do Inquérito assegurar a guarda adequada dos equipamentos e questionários (proteção contra chuva, insetos e poeira). Em alguns casos as informações sobre a infraestrutura dos postos fornecidas pela equipe do DSEI à Coordenação do Inquérito não correspondia a realidade, ocasionando dificuldades não antecipadas.
- f) *Tradutores.* Nas situações em que se fazia necessário um tradutor, nem sempre era fácil contar com a participação dos agentes indígenas de saúde. Alguns alegavam não trabalhar durante fins-de-semana ou demandavam pagamento pelo serviço que consideravam extraordinário. Em alguns casos, o domínio que tinham da língua portuguesa era bastante limitado, tornando o trabalho de aplicação dos questionários mais demorado.
- g) *Equipamentos de campo.* Os antropômetros adquiridos pelo DESAI eram basicamente feitos de peças de madeira encaixáveis que, infelizmente, não se mostraram resistentes às condições de campo, apresentando defeitos nos encaixes entre as peças após uso repetido ou mesmo deteriorando-se após



## **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**

exposição acidental à chuva. Além disso, a base de ferro era por demais pesada e pouco instável. O hemoglobinômetro HemoCue, apesar de se tratar do único equipamento do gênero disponível no mercado, capaz de fornecer resultados precisos e rápidos, apresentou problemas de leitura sob temperaturas ambientais elevadas.

É importante concluir esta seção ressaltando que muitas das dificuldades acima são parte inerente de inquéritos populacionais, sejam aqueles com foco em povos indígenas ou na população brasileira em geral. Pesquisas de base populacional, em particular quando abrangem um vasto e heterogêneo território, como é o caso do Brasil, vêm associadas a dificuldades operacionais e logísticas de grande monta.

Ao longo da realização do Inquérito, foi feito um grande esforço, envolvendo a coordenação do Inquérito sediada no Rio de Janeiro, as equipes de trabalho de campo e os responsáveis pelo acompanhamento por parte da FUNASA e do Vigisus em Brasília, no sentido de enfrentar as dificuldades indicadas acima, que incluíram aspectos técnicos, metodológicos e logísticos.<sup>1</sup>

Como poderá ser visto ao longo deste relatório, nossa avaliação é que as dificuldades foram satisfatoriamente enfrentadas e os trabalhos de campo muito bem sucedidos, gerando os primeiros resultados de abrangência nacional sobre os perfis de nutrição e saúde dos povos indígenas no Brasil.

---

<sup>1</sup> O trabalho de campo envolveu deslocamento das equipes de campo totalizando milhares de quilômetros, através do uso de carro, barco e avião. Em muitos casos as vias apresentavam condições pouco adequadas, em particular estradas de terras de acesso às aldeias mais distantes. No âmbito do Inquérito, aconteceu um único acidente, que envolveu equipe de pesquisadores trabalhando em Roraima. No caso, a viatura com a equipe capotou em estrada de terra próxima de Normandia, no extremo norte do Estado. Felizmente, ainda que os pesquisadores tenham sofrido ferimentos, foram de pouca gravidade, ainda mais considerando que o veículo ficou bastante danificado. Frise-se que os feridos contaram com apoio direto do serviço de saúde do município, assim como da Coordenação Regional da FUNASA, que deslocou avião bimotor para transferir os acidentados para hospital em Boa Vista, capital do Estado.

## **5. Resultados a partir do Caderno 1 – Aldeia/Comunidade**

O Caderno 1 teve por objetivo realizar uma caracterização geral das aldeias/comunidades investigadas pelo Inquérito. No âmbito do trabalho de campo, era o primeiro questionário aplicado pelas equipes. Visava uma caracterização geral da aldeia/comunidade, gerando informações importantes para a compreensão da realidade local e úteis para a realização das demais entrevistas (a partir dos Domicílio, Mulher e Criança).

Para tanto, em cada aldeia/comunidade foi entrevistada uma pessoa com boa capacidade de compreensão e comunicação e com conhecimento amplo das condições de produção e consumo de alimentos nos níveis comunitário e doméstico. Liderança indígena, chefe de posto da FUNAI ou professor de escola indígena eram exemplos de pessoas que poderiam vir a ser entrevistadas. Eventualmente, alguns itens poderiam ser respondidos por mais de um informante. Para os itens referentes a programas governamentais e não-governamentais relacionados à oferta e produção de alimentos, podiam ser consultados documentos, caso disponíveis.

Para os fins do Inquérito, definiu-se “aldeia/comunidade” como sendo o conjunto de domicílios que corresponde à respectiva “aldeia” no registro da FUNASA e que foi selecionada para ser investigada (detalhes de amostragem estão disponíveis no Capítulo 3 deste relatório). É possível que, em alguns casos, os domicílios que compunham a aldeia/comunidade estivessem geograficamente dispersos.

Definiu-se “domicílio” como sendo a estrutura arquitetônica na qual convivia um conjunto de pessoas (minimamente, um “teto”). No caso de aldeias/comunidades em que a população toda residia sob uma única estrutura coletiva, a definição de domicílio deu-se com base na identificação dos grupos de pessoas que dividiam uma mesma cozinha ou “fogo”.



## **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**

Definiu-se “produção coletiva” como sendo atividades de plantação, criação, coleta, pesca ou caça nas quais o trabalho era realizado conjuntamente e os produtos compartilhados entre os membros de vários grupos domésticos da aldeia/comunidade. A produção coletiva podia ser organizada e/ou custeada por agências (por exemplo: FUNAI) ou por lideranças da aldeia/comunidade.

Por sua vez, definiu-se “produção doméstica” como sendo atividades nas quais o trabalho é realizado e os produtos consumidos somente por membros de um ou poucos grupos domésticos. Em certos casos, produção doméstica poderia ser descrita como particular, domiciliar ou familiar (nuclear ou extensa).

A distinção entre produção coletiva e doméstica não se configurou como muito clara em algumas situações. Isto aconteceu particularmente em aldeias/comunidades pequenas nas quais o grupo doméstico e a comunidade são sinônimos. Neste caso, recomendou-se aos pesquisadores de campo observar as instruções específicas indicadas no Instrutivo.

Conforme indicado no Capítulo 3 deste relatório, a amostra original do Inquérito incluía 123 aldeias/ comunidades. Dessas, dados foram coletados em 113, tendo havido, portanto, 10 perdas (5 na macroregião Norte, 1 no Centro-Oeste, 1 no Nordeste e 3 no Sul/Sudeste). Os motivos dessas perdas incluíram: (a) recusa de participação na pesquisa (3 aldeias); (b) condições climáticas desfavoráveis e enchentes (1 aldeia); (c) alto custo de acesso, aquém do previsto (3 aldeias); (d) epidemia de gripe pelo vírus H1N1 (1 aldeia); (e) extravio dos cadernos de campo (1 aldeia) e (f) erro de registro e localização no SIASI (1 aldeia).

Quanto aos resultados a partir do Caderno Aldeia/ Comunidade, para o conjunto das 113 aldeias, as entrevistas foram realizadas principalmente com lideranças indígenas, tendo havido também alguns casos de professores e outras pessoas entrevistadas. Em 7 aldeias as entrevistas foram realizadas com tradutor, seis das quais localizadas na macrorregião Norte e 1 no Centro-Oeste. A quase totalidade dos entrevistados (94,7%) foram homens. Dentre as 6 mulheres entrevistadas, 5 eram de aldeias no Nordeste (3) e Sul/Sudeste (2).



## Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

Em apenas 29,2% (33) das aldeias foram referidas roças ou plantações coletivas. A macrorregião Sul/Sudeste foi aquela que apresentou as mais elevadas proporções, ou seja, de 18 aldeias, 10 (55,6%) referiram a existência de roças ou plantações coletivas. Nas demais macrorregiões, menos de um terço das aldeias/ comunidades referiram roças ou plantações coletivas.

No caso daquelas aldeias com roças ou plantações coletivas (n=33), e considerando todas as macrorregiões, os resultados indicam que feijão (em 20/33, ou 60,6%), milho (em 24/33, ou 72,7%) e mandioca/macaxeira/aipim (em 27/33, ou 81,8%) são cultígenos bastante comuns. Já o arroz foi referido em uma proporção muito menor (em 10/33 aldeias ou 30,3%). A pequena quantidade de aldeias que referiram produção coletiva não permite uma análise da distribuição por macrorregiões.

Para a criação coletiva de animais, os resultados indicam um padrão muito semelhante àquele referido para roças e plantações coletivas. Ou seja, apenas 31,0% (35/113) indicaram haver criação coletiva, com destaque para a região Sul/Sudeste (50,0% ou 9/18). Para as demais macrorregiões, as proporções de aldeias com criação coletiva de animais foi de um terço ou menos. Considerando o país como um todo, boi/vaca foram os animais mais referidos quanto à criação coletiva (em 25/35, ou 71,4%). Para o conjunto das macrorregiões, no que diz respeito aos outros animais investigados (porco, galinha/pato/peru e cabra/bode/ovelha), as proporções foram em geral abaixo de 20%. A pequena quantidade de aldeias que referiram produção coletiva não permite uma análise da distribuição por macrorregiões.

Ao contrário do detalhado para as coletivas, as roças e plantações domésticas foram referidas como bastante comuns nas aldeias das diversas macrorregiões. Do total de aldeias investigadas (113), para um conjunto de 97,3% foi referida a presença de roças e plantações domésticas. As proporções se mostraram elevadas em todas as macrorregiões, sempre acima de 90%.

Quanto aos cultígenos específicos (Tabela 5.1), milho e mandioca/macaxeira/aipim foram referidos como cultivados em mais de 80% das aldeias com a presença de

roças e plantações domésticas. Quanto ao arroz, se mostrou mais freqüente em aldeias da regiões Centro-Oeste (em 9/13 ou 69,2%). O feijão, por sua vez, foi mais frequentemente referido como cultivo nas roças e plantações domésticas das regiões Nordeste (na totalidade das 21 aldeias) e Sul/Sudeste (em 15/17, ou 88,2%).

Tabela 5.1. Produtos cultivados nas roças ou plantações domésticas indígenas, segundo macrorregiões, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

Local	Produtos cultivados nas roças ou plantações domésticas:									
	Arroz		Feijão		Milho		Mandioca		Outros	
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Macrorregião</b>										
Norte	14	23.7	27	45.8	48	81.4	57	96.6	51	86.4
Centro-Oeste	9	69.2	7	53.8	12	92.3	13	100.0	12	92.3
Nordeste	7	33.3	21	100.0	21	100.0	21	100.0	17	81.0
Sul/Sudeste	4	23.5	15	88.2	17	100.0	16	94.1	16	94.1
<b>Brasil</b>	<b>34</b>	<b>30.9</b>	<b>70</b>	<b>63.6</b>	<b>98</b>	<b>89.1</b>	<b>107</b>	<b>97.3</b>	<b>96</b>	<b>87.3</b>

No conjunto de 110 aldeias que referiram a existência de roças e plantações domésticas, em 71,8% foi indicado que os produtos são predominantemente consumidos internamente. As proporções foram elevadas em todas as macrorregiões, variando de 61,5% (8/13) na região Centro-Oeste a 76,5% (13/17) na região Sul/Sudeste. Não há uma macrorregião que se destaque quanto a vender com maior freqüência os alimentos produzidos nas roças e plantações domésticas.

Há dados sobre criação doméstica de animais para um conjunto de 113 aldeias. Dessas, 110 referiram positivamente, com proporções de 95% ou mais em todas as macrorregiões. Em todas as macrorregiões a criação doméstica de galinha/pato/peru é bastante freqüente (em 90% ou mais das aldeias) (Tabela 5.2). Das aldeias com

criação doméstica de animais nas macrorregiões Nordeste e Sul/Sudeste, 70-80% indicaram porco e boi/vaca, enquanto que nas demais macrorregiões as proporções foram na casa dos 40-50%. Para cabra/pode/ovelha há um padrão particular, com mais de 70% (17/ 22) das aldeias do Nordeste, com valores abaixo de 25% nas demais regiões.

Tabela 5.2. Principais animais criados pelos grupos domésticos indígenas, segundo macrorregiões, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

Local	Principais animais criados pelos grupos domésticos:											
	Porco		Galinha/ pato/peru		Boi/ vaca		Peixe		Cabra/ bode/ ovelha		Outros	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Macrorregião</b>												
Norte	25	43.9	57	100	28	49.1	5	8.8	13	22.8	4	7.0
Centro-Oeste	6	46.2	13	100	6	46.2	2	15.4	0	0.0	1	7.7
Nordeste	16	72.7	22	100	19	86.4	4	18.2	17	77.3	8	36.4
Sul/Sudeste	13	72.2	17	94.4	13	72.2	1	5.6	3	16.7	3	16.7
<b>Brasil</b>	<b>60</b>	<b>54.5</b>	<b>109</b>	<b>99.1</b>	<b>66</b>	<b>60.6</b>	<b>12</b>	<b>10.9</b>	<b>33</b>	<b>30.0</b>	<b>16</b>	<b>14.5</b>

Naquele conjunto de 110 aldeias que referiram a presença de criação doméstica de animais, em 70,0% foi indicado que os produtos derivados são predominantemente consumidos internamente. As proporções variaram de 63,6% (14/22) no Nordeste a 77,8% (14/18) no Sul/Sudeste. Dentre as macrorregiões, foi indicado que o Nordeste (4/22, ou 18,2%) é aquela que predominantemente mais vende os produtos derivados da criação doméstica de animais.

Foi perguntado também se os grupos domésticos das aldeias costumam caçar, pescar e coletar para comer (Tabela 5.3). Para o conjunto das 113 aldeias, acima de 85% indicaram que os grupos domésticos costumam caçar, pescar e coletar para

comer. Em geral essas atividades foram referidas como comuns nas aldeias das diversas macrorregiões (acima de 60%). O que se destaca no conjunto desses dados é que, na macrorregião Norte, há uma frequência mais elevada de aldeias (acima de 90%) que referiram caçar e coletar para comer.

Tabela 5.3. Frequências absolutas e relativas de atividades de subsistência nas aldeias/ comunidades indígenas, segundo macrorregiões, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

Local	Caçar para comer		Pescar para comer		Coletar para comer	
	n	%	n	%	n	%
<b>Macrorregião</b>						
Norte	58	96.7	58	96.7	55	91.7
Centro-Oeste	10	76.9	13	100.0	9	69.2
Nordeste	18	81.8	18	81.8	19	86.4
Sul/Sudeste	12	66.7	15	83.3	15	83.3
<b>Brasil 98</b>		<b>86.7</b>	<b>104</b>	<b>92.0</b>	<b>98</b>	<b>86.7</b>

Dentre as 113 aldeias investigadas, no que tange a uma aproximação para o tema da segurança alimentar, uma maior proporção (83,2%) referiu que sente falta de alimentos em alguma época do ano, enquanto 73,5% referiram sobra. Houve pouca variação entre as macrorregiões quanto a indicação de falta, variando de 80,0% (48/60) na região Norte a 92,3% (12/13) na Centro-Oeste. Enquanto 55,6% (10/18) das aldeias da região Sul/Sudeste referiram sobra, para as demais macrorregiões as proporções foram superiores a 70%.

Quanto à presença de programas governamentais nos últimos 3 anos, nota-se um perfil diferenciado entre as macrorregiões a depender da iniciativa (Tabela 5.4). Foi referido que as iniciativas relacionadas a Carteira Indígena e ao PICS/ VIGIGUS são mais comuns em aldeias do Nordeste (em 8/22, ou 36,4%; em 12/22 ou 54,5%,



## **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**

respectivamente) e Sul/Sudeste (em 9/18, ou 50,0%; em 7/18, ou 38,9%, respectivamente). Já a merenda escolar indígena foi referida como presente em 70% ou mais das aldeias das diversas macrorregiões, variando de 72,7% (16/22) no Nordeste a 94,4% (17/18) no Sul/Sudeste.

Tabela 5.4. Frequências absolutas e relativas da presença de programas governamentais nas aldeias/ comunidades indígenas, segundo macrorregiões, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

Local	Programas governamentais aos quais a aldeia teve acesso nos últimos 3 anos:									
	Carteira indígena		Projeto iniciativas comunitárias em saúde indígena		Merenda escolar indígena		Programa de aquisição de alimentos		Outros	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Macrorregião</b>										
Norte	6	10.0	5	8.3	50	83.3	13	21.7	22	36.7
Centro-Oeste	2	15.4	4	30.8	12	92.3	3	23.1	7	53.8
Nordeste	8	36.4	12	54.5	16	72.7	6	27.3	12	54.5
Sul/Sudeste	9	50.0	7	38.9	17	94.4	8	44.4	12	66.7
<b>Brasil</b>	<b>25</b>	<b>22.1</b>	<b>28</b>	<b>24.8</b>	<b>95</b>	<b>84.1</b>	<b>30</b>	<b>26.5</b>	<b>53</b>	<b>46.9</b>



## Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

Além dos dados resultantes do preenchimento dos quesitos dos questionários, havia espaço em cada um deles para anotações gerais (opcionais). Cada um dos cadernos referentes à aldeia/ comunidade foram investigados de modo a sistematizar as anotações neles contidas, além das respostas dos quesitos específicos. Os principais pontos elencados foram:

- a) Deficiência no fornecimento de água potável para consumo humano e de animais. Em muitas aldeias foi referido que não há rede de água encanada e seus moradores captam água de cacimba, chuva, igarapés e rios. Nas aldeias em que foram implantadas redes de distribuição de água, foi comumente indicado que a manutenção do sistema é deficiente. Em algumas aldeias houve o início do processo de implantação da rede distribuição de água, porém ficou inconcluso, segundo vários relatos.
- b) O saneamento básico nas aldeias foi apontado como deficiente na maioria das aldeias. Foi referido que poucas aldeias possuem sistema de saneamento básico. Naquelas onde foram construídos banheiros com fossa séptica nos domicílios, foi comumente indicado que há falta de água para a descarga de dejetos.
- c) No que diz respeito ao acesso a projetos de sustentabilidade e geração de renda, as anotações nos Cadernos indicam que a maioria das aldeias desconhecem os meios que viabilizem financiamentos para tal fim.
- d) No Centro-Oeste, sobretudo no Mato Grosso do Sul, a questão fundiária (regularização e demarcação de terras) foi reiteradamente indicada como importante problema. As populações indígenas daquele estado estão *confinadas* em áreas diminutas que não oferecem condições de acesso a todos para produção de alimentos. As aldeias recebem cestas básicas do Governo do Estado e FUNAI. Nas entrevistas foi comumente referido que essas são



## **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**

medidas paliativas que não oferecem indicativos de melhoria das condições de vida da população.

- e) A assistência da FUNASA na questão de saúde foi criticada por diversas, que relataram a falta de profissionais de saúde. A estrutura de atendimento foi apontada em grande número de aldeias como é deficiente. Apontou-se que a maioria das aldeias não dispõe de condições adequadas de trabalho e atendimento da população. Juntamente a isso foi sinalizada a falta de medicamentos e as deficiências de transporte para pacientes que necessitam de atendimento especializado nas cidades próximas.
- f) Grande número de lideranças afirmou que há falta ou sobra de alimentos em determinadas épocas do ano, o que corrobora dados apresentados anteriormente.
- g) Poucas foram as aldeias que manifestaram ter algum tipo de produção ou criação de animais de forma coletiva, que é um outro aspecto confirmado a partir das análises dos resultados dos Cadernos. Diversas lideranças informaram que no passado houve iniciativas neste sentido, mas que “não deram certo”.

Os resultados apresentados ao longo deste capítulo referem-se a dados que visaram uma caracterização geral das aldeias/ comunidades, em particular com vistas a gerar subsídios para compreender aspectos relativos aos dois segmentos principais de interesse do Inquérito, quais seja, crianças menores de 60 meses e mulheres entre 14 e 49 anos (ver capítulos 5 e 6).

Os resultados apresentados são de difícil comparação com outras fontes de informação, já que inexistem levantamentos que coletaram, anteriormente, dados similares para as aldeias/ comunidades indígenas. Acrescente-se ainda que, em geral, as aldeias indígenas constituem entidades complexas e internamente diversificadas e que os dados foram captados a partir da visão de um ou poucos entrevistados.

## **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**

Mesmo frente a essas complexidades analíticas, merece destaque que a macrorregião Norte emerge com características próprias, quais sejam, uma maior referência à obtenção de alimentos a partir da caça e da coleta, o que certamente se associa à disponibilidade de maiores territórios, entre outros fatores. Por outro lado, os resultados indicam que iniciativas como Carteira Indígena e Projetos Iniciativas Comunitárias em Saúde Indígena forma mais referidas no Nordeste e no Sul/Sudeste. Esses resultados, vale enfatizar, são consistentes com análise recente sobre a carteira indígena (Bandeira et al., 2009). Conforme indicam esses autores, aproximadamente 75% dos projetos enviados para análise no programa de carteira indígena foram oriundos no Centro-Sul e Nordeste.



## **6. Resultados a partir do Caderno 2 – Domicílio**

O Inquérito objetivou coletar, além de informações sobre as aldeias/ comunidades detalhadas no Capítulo 5, dados que permitissem descrever, para os domicílios investigados, características físicas, sanitárias e demográficas, condições socioeconômicas e origem, produção e consumo alimentar, segundo as macrorregiões brasileiras.

Para isso, aplicou-se o Caderno 2 – Domicílio a cada um dos domicílios selecionados para comporem a amostra do Inquérito. Conforme detalhado no Capítulo 3, em aldeias nas quais se utilizou a estratégia de censo, todos os domicílios existentes foram entrevistados; nas aldeias em que se utilizou a estratégia de amostra, aplicou-se o questionário a uma parcela dos domicílios da aldeia, selecionados de forma sistemática.

Para garantir maior qualidade das entrevistas, priorizou-se a aplicação do Caderno 2 a uma pessoa residente no domicílio, com boa capacidade de compreensão e comunicação e com conhecimento amplo dos aspectos a serem pesquisados. Eventualmente, alguns itens poderiam ser respondidos por mais de um informante, tendo sido utilizado um tradutor indígena sempre que necessário. Independente de haver ou não necessidade de tradutor, as equipes sempre eram acompanhadas pelos AIS ou outro agente da comunidade, para facilitar a localização dos domicílios (quando esses eram muito espalhados), identificação de seus moradores, etc.

Cabe ressaltar que os domicílios indígenas podem apresentar composições e estruturas bastante diversas, podendo ser habitados por uma ou mais famílias nucleares, por famílias extensas ou mesmo por grandes grupos ou por toda uma comunidade. Desta forma, para os fins do Inquérito, definiu-se domicílio como sendo a estrutura arquitetônica (minimamente, um “teto”) na qual convive um conjunto de pessoas. No caso de aldeias em que toda a população ou grandes parcelas dela residiam sob uma única estrutura coletiva, a definição de domicílio se deu com base



## Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

na identificação dos grupos de pessoas que dividiam uma mesma “cozinha” ou “fogo”.

A distribuição dos domicílios por condição de realização da entrevista (realizada ou não realizada) segundo macrorregião está apresentada na Tabela 6.1. Dos 5.646 domicílios indígenas a serem originalmente investigados, 6,5% foram perdidos por estarem fechados, por recusa dos moradores ou por outras causas. O principal motivo de perda nas entrevistas domiciliares foi a ausência dos moradores (domicílios fechados) por ocasião da visita da equipe de pesquisa à aldeia/comunidade (6,0%), mesmo tendo sido adotada a estratégia de realização de até três revisitas durante a permanência no campo. Ressalta-se que somente 33 domicílios (0,6%) não foram entrevistados por recusa dos moradores.

Considerando o conjunto das macrorregiões, 66,1% das entrevistas domiciliares foram realizadas com mulheres. As menores proporções de entrevistas com mulheres aconteceu no Norte (51,4%), seguida do Sul/Sudeste (62,7%). Nas demais macrorregiões, acima de 70% das entrevistas foram realizadas com mulheres, sendo 81,4% no Nordeste e 73,0% no Centro-Oeste.

Tabela 6.1. Distribuição dos domicílios por condição de realização da entrevista, segundo macrorregião, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

Local	Condição de realização da entrevista domiciliar							
	Realizada		Não realizada					
			Total Recusa			Fechado		
n	%	N	%	n	%	n	%	
<b>Macrorregião</b>								
Norte	1834	91.6	168	8.4	9	0.4	159	7.9
Centro-Oeste	1083	91.2	104	8.8	14	1.2	90	7.6
Nordeste	1464	95.9	63	4.1	8	0.5	55	3.6
Sul/Sudeste	896	96.3	34	3.7	2	0.2	32	3.4
<b>Brasil 5277</b>		<b>93.5</b>	<b>369</b>	<b>6.5</b>	<b>33</b>	<b>0.6</b>	<b>336</b>	<b>6.0</b>



## Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

\*Obs.: resultados se referem a domicílios nas aldeias/ comunidades efetivamente visitadas.

\* Total se refere à soma de recusa, fechado e outros.

Foram nas macrorregiões Norte (30,4%) e Centro-Oeste (13,2%) onde se observou as mais elevadas proporções de entrevistas com tradutor, em geral agentes de saúde indígena. Nas duas outras as cifras foram abaixo de 5%, com o valor mais baixo no Nordeste (1,9%).

Com relação à caracterização física dos domicílios, considerando todas as macrorregiões, há uma ampla diversidade nos tipos de materiais utilizados na construção do piso, parede e cobertura/telhado. Quanto ao piso, há uma participação mais ou menos equitativa (variando de 23% a 35%) de chão de terra, madeira e cimento. Quanto à parede, predominam madeira (32,4%) e tijolo (41,7%). Por fim, quanto ao tipo de cobertura/telhado, há participação de palha (25,1%), telha de barro (36,9%) e telha de zinco ou amianto (36,0%).

Há características importantes que diferenciam as diversas macrorregiões do país no que se refere a estrutura física dos domicílios. No Norte, predominam os domicílios com piso de madeira (55,3%), parede de madeira (63,9%) e cobertura/telhado de palha (45,4%) ou telha de zinco ou amianto (52,5%). No Centro-Oeste, a combinação mais comum foi de piso tipo chão de terra (58,2%), parede de tijolo (45,3%) ou outros materiais (20,8%) e cobertura/ telhado de palha (30,0%) ou telha de zinco ou amianto (46,2%). No Nordeste, predomina piso de cimento (63,0%), parede de tijolo (76,4%) e cobertura de telha de barro (81,3%). Finalmente, no Sul/Sudeste, observa-se um padrão mais heterogêneo, com uma dispersão no que diz respeito aos tipos de piso (24,0% de chão de terra, 22,0% de madeira e 36,8% de cimento), ao tipo de parede (31,8% de madeira e 44,7% de tijolo) e ao tipo de cobertura (55,5% de telha de barro e 39,3% de telha de zinco ou amianto).

Com relação à resposta da pergunta sobre onde os moradores costumam defecar (Tabela 6.2), para o conjunto das macrorregiões predominaram as respostas “fora



## **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**

de casa (latrina/sanitário usado somente pelo domicílio)” (40,0%) e “no mato” (30,6%). Ou seja, em mais de 70% dos domicílios indígenas investigados as pessoas referem que defecam fora do domicílio, com um terço indicando que defecam “no mato”.

A diversidade entre as macrorregiões é pronunciada no que se refere ao local para defecar. No Norte, as frequências mais elevadas foram de “fora de casa (latrina/sanitário usado somente pelo domicílio)” (39,0%) e “no mato” (40,3%). No Centro-Oeste, há uma importante concentração na opção “fora de casa (latrina/sanitário usado somente pelo domicílio)” (65,7%). Os perfis observados para o Nordeste e o Sul/Sudeste são mais próximos, com a presença importante das categorias “dentro de casa (latrina/sanitário)” (45,4% e 25,7%, respectivamente), “fora de casa (latrina/sanitário usado somente pelo domicílio)” (26,8% e 32,2%, respectivamente) e “no mato” (23,8% e 35,9%, respectivamente).

Em aproximadamente 80% dos domicílios investigados, consideradas todas as macrorregiões, o lixo é predominantemente enterrado (Tabela 6.3). A segunda categoria mais freqüente, ainda que reduzida, é lixo “coletado por serviço de limpeza” (13,0%). No Norte (85,8%), Centro-Oeste (98,6%) e em menor escala no Sul/Sudeste (74,6%), a maioria absoluta é de domicílios com lixo enterrado. No Nordeste há importante participação de lixo “coletado por serviço de limpeza” (37,7%) e “enterrado” (58,5%).

Tabela 6.2. Locais onde os moradores do domicílio costumam defecar, segundo macrorregiões, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

Local	Local onde os moradores costumam defecar									
	Dentro de casa (latrina/sanitário)		Fora de casa (latrina/sanitário domiciliar)		Fora de casa (latrina/sanitário coletivo)		No mato		Outros	
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%
<b>Macrorregião</b>										
Norte	19	1.0	716	39.0	347	18.9	739	40.3	6	0.3
Centro-Oeste	108	10.0	712	65.7	59	5.4	201	18.6	3	0.3
Nordeste	665	45.4	393	26.8	38	2.6	349	23.8	18	1.2
Sul/Sudeste	230	25.7	288	32.2	53	5.9	321	35.9	3	0.3
<b>Brasil 1022</b>		<b>19.4</b>	<b>2109</b>	<b>40.0</b>	<b>497</b>	<b>9.4</b>	<b>1610</b>	<b>30.5</b>	<b>30</b>	<b>0.6</b>

Tabela 6.3. Destino predominante do lixo produzido pelos domicílios indígenas, segundo macrorregiões, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

Local	O lixo é predominantemente:										
	Coletado por serviço de limpeza		Colocado em caçamba de serviço de limpeza		Enterrado, jogado ou queimado na aldeia		Enterrado, jogado ou queimado fora da aldeia		Jogado em rio, lago ou mar		Outro
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n
<b>Macrorregião</b>											
Norte	14	0.8	6	0.3	1573	85.8	194	10.6	40	2.2	4 0.2
Centro-Oeste	0	0.0	0	0.0	1068	98.6	12	1.1	0	0.0	3 0.3
Nordeste	552	37.7	10	0.7	857	58.5	40	2.7	3	0.2	1 0.1
Sul/Sudeste	122	13.6	86	9.6	668	74.6	18	2.0	0	0.0	0 0.0
<b>Brasil 688</b>		<b>13.0</b>	<b>102 1.9</b>		<b>4166 79.0</b>		<b>264 5.0</b>		<b>43 0.8</b>		<b>8 0.2</b>



Quanto à origem da água predominantemente utilizada para beber, há uma importante diversidade considerando o conjunto das macrorregiões, com as freqüências mais elevadas para as categorias “torneira fora de casa de uso do domicílio” (36,6%) e, secundariamente, “torneira dentro de casa” (19,1%) e “outros” (14,2%) (Tabela 6.4). As macrorregiões Nordeste e Sul/Sudeste têm aproximadamente 60-70% de seus domicílios com a água utilizada para beber provendo de “torneira dentro de casa” (32,7% e 29,0%, respectivamente) e “torneira fora de casa de uso do domicílio” (29,0% e 44,0%, respectivamente). No Centro-Oeste há um grande predomínio de “torneira fora de casa de uso do domicílio” (63,5%). O perfil observado para o Norte é bastante distinto daquele das demais regiões. No Norte, “rio, igarape, lago, açúde” (27,5%) foi a categoria mais referida, estando em segundo lugar “torneira fora de casa de uso do domicílio” (23,0%) e “outro” (23,1%).

Tabela 6.4. Quanto à origem da água utilizada para beber dos domicílios indígenas, segundo macrorregiões, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

Local	Onde obtém predominantemente a água utilizada para beber:											
	Torneira dentro de casa		Torneira fora de casa de uso do domicílio		Torneira fora de casa de uso coletivo		Poço		Rio, igarapé, lago, açude		Outro	
	N %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	
<b>Macrorregião</b>												
Norte	82	4.5	423	23.1	198	10.8	233	12.7	504	27.5	393	21.4
Centro-Oeste	142	13.1	688	63.5	136	12.6	40	3.7	39	3.6	38	3.5
Nordeste	478	32.7	425	29.0	144	9.8	90	6.1	23	1.6	303	20.7
Sul/Sudeste	306	34.2	394	44.0	117	13.1	50	5.6	12	1.3	16	1.8
<b>Brasil 1008</b>		<b>19.1</b>	<b>1930</b>	<b>36.6</b>	<b>595</b>	<b>11.3</b>	<b>413</b>	<b>7.8</b>	<b>578</b>	<b>11.0</b>	<b>750</b>	<b>14.2</b>



## **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**

Foi investigado também, no caso de água para beber referida como oriunda de torneira, qual era a origem da água (Tabela 6.5). Para o conjunto das macrorregiões, predominaram as categorias “rede da FUNASA” (78,7%) e, em proporção bem menor, “rede pública/municipal” (13,9%). No Norte e no Centro-Oeste houve absoluto predomínio de “rede da FUNASA”, com proporção acima de 90%. Já no Nordeste e Sul/Sudeste, ainda que haja predomínio de “rede da FUNASA” (56,4% e 78,2%, respectivamente), observa-se a participação, sobretudo no Nordeste, de “rede pública/ municipal” (39,3%).

Anteriormente foram apresentados resultados quanto à fonte de água utilizada para beber. Foi também perguntado quanto à existência de torneira que funcione (ou seja, com água) dentro de casa, que poderia ter uso para beber ou outros fins. Para o conjunto das macrorregiões, 74,2% dos domicílios referiram não ter torneira dentro de casa. Há dois conjuntos que se destacam: no Norte (91,6%) e no Centro-Oeste (85,3%) predominou a resposta negativa, enquanto que no Nordeste e Sul/Sudeste (54,1% e 59,2%, respectivamente) metade dos domicílios tem e metade não tem torneira que funcione dentro de casa.

Se considerarmos somente aqueles domicílios que, anteriormente, referiram (através da pergunta 17 do Caderno 2) a presença de torneira dentro de casa, observa-se um aumento considerável na frequência casas com torneira que funciona considerando o conjunto da macrorregiões (98,3%). Quanto ao tratamento dado para a água para beber, considerando o conjunto das macrorregiões menos de 70% dos domicílios referiram filtrar, tratar com hipoclorito de sódio, ferver ou decantar/coar (Tabela 6.6). O mais comumente referido foi decantar/coar (28,8%), seguida de filtrar (18,4%). As diferenças entre as macrorregiões são pronunciadas. No Nordeste e no Sul/Sudeste, entre 25-35% dos domicílios referiram filtrar a água, enquanto no Norte e Centro-Oeste as proporções foram inferiores a 15%. O uso de hipoclorito de sódio e decantar/coar a água de mostraram mais freqüentes no Norte (27,6% e 42,6%, respectivamente) e no Nordeste (23,7% e 42,8%, respectivamente), com proporções abaixo de 3% e 10%, respectivamente, no Centro-Oeste e no Sul/Sudeste. Em todas



## **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**

as macrorregiões menos de 5% dos domicílios referiram ferver a água, sendo que no Centro-Oeste a proporção foi de 7,0%.

Tabela 6.5. Quanto à origem da água da torneira nos domicílios indígenas, segundo macrorregiões, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

Local	Origem da água da torneira:													
	Rede pública/ municipal		Rede da FUNASA		Fonte protegida		Poço artesiano		Poço raso		Rio, igarapé, lago, açude		Outro	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Macrorregião</b>														
Norte	3	0.4	613	87.3	3	0.4	38	5.4	7	1.0	1	0.1	5	0.7
Centro-Oeste	1	0.1	938	97.1	1	0.1	8	0.8	1	0.1	13	1.3	3	0.3
Nordeste	409	39.1	590	56.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0.4	42	4.0
Sul/Sudeste	77	9.4	639	78.2	44	5.4	18	2.2	27	3.3	9	1.1	2	0.2
<b>Brasil 490</b>		<b>13.9</b>	<b>2780</b>	<b>78.7</b>	<b>48</b>	<b>1.4</b>	<b>64</b>	<b>1.8</b>	<b>35</b>	<b>1.0</b>	<b>27</b>	<b>0.8</b>	<b>52</b>	<b>1.5</b>

Tabela 6.6. Tratamento dada à água usada para beber nos domicílios indígenas, segundo macrorregiões, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

Local	A água usada para beber é usualmente:							
	Filtrada		Tratada com hipoclorito de sódio		Fervida		Decantada/coada	
	N	%	n	%	n	%	n	%
<b>Macrorregião</b>								
Norte	154	8.4	507	27.6	76	4.1	781	42.6
Centro-Oeste	131	12.1	15	1.4	76	7.0	35	3.2
Nordeste	372	25.4	347	23.7	37	2.5	627	42.8
Sul/Sudeste	315	35.2	20	2.2	16	1.8	78	8.7
<b>Brasil 972</b>		<b>18.4</b>	<b>889</b>	<b>16.8</b>	<b>205</b>	<b>3.9</b>	<b>1521</b>	<b>28.8</b>

Considerando o conjunto das macrorregiões, 77,5% dos domicílios referiram ter luz elétrica. Há dois conjuntos principais: aproximadamente um terço dos domicílios no Norte e Centro-Oeste não tem luz elétrica, enquanto que 85-95% dos domicílios no Nordeste e no Sul/Sudeste tem. Nota-se uma diferença importante entre o Norte e Centro-Oeste, com a região Norte (34,4%) com uma proporção bastante mais expressiva de luz elétrica descontínua.

No conjunto das macrorregiões, 19,8% dos domicílios referiram utilizar algum meio para o aquecimento domiciliar, com as maiores proporções no Centro-Oeste (36,0%) e no Sul/Sudeste (33,8%). Enquanto no Centro-Oeste “fogo no chão” foi a categoria mais referida (88,8%), no Sul/Sudeste o predomínio foi de “fogão à lenha” (64,9%) para fins de aquecimento.

Para fins da caracterização socioeconômica dos domicílios, foram coletadas as quantidades de 19 itens, se presentes ou não nos domicílios. Para todas as variáveis observou-se que as médias são sempre inferiores a 1 (resultados não apresentados em tabelas), indicando que os domicílios tem menos de uma unidade de cada um dos itens. Para diversas variáveis (rádio AM/FM, geladeira e/ou freezer,



## **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**

fogão, forno de microondas e animal de carga/trabalho), observa-se um gradiente, com os menores valores médios no Norte, seguidos pelo Centro-Oeste, Nordeste e Sul-Sudeste, respectivamente. Para outras variáveis, ainda que o gradiente não esteja presente, nota-se que os valores para o Norte e Centro-Oeste tendem a ser menos elevados que aquelas do Nordeste e Sul/Sudeste (videocassete e/ou DVD, linha de telefone fixo, computador, televisão, aparelho de ar-condicionado e antena parabólica).

Mas há algumas variáveis que apresentam distribuições particulares. Por exemplo, enquanto as médias de telefone celular e motocicleta por domicílio são comparativamente baixas no Norte, nas demais regiões os valores são próximos. Como esperado, duas variáveis se mostram mais frequentes no Norte, quais sejam, motor de popa e ralador de mandioca com motor.

Visando identificar a ocorrência dos padrões de distribuição no conjunto de variáveis de caracterização socioeconômica dos domicílios, foi aplicada uma técnica estatística multivariada conhecida como “Análise de Componentes Principais” (Tabela 6.7). No primeiro componente destacaram-se as variáveis geladeira e/ou freezer, videocassete e/ou DVD, fogão, telefone celular e antena parabólica. Já no segundo destacaram-se motor de popa, ralador de mandioca e motosserra. Ou seja, o primeiro componente é fortemente influenciados por eletrodomésticos (ou seja, mais comum em populações mais urbanizadas), enquanto que o segundo inclui sobretudo itens relacionados à produção em um contextos rurais.

Um passo adicional foi gerar indicadores de diferenciação sócio-econômica, segundo macrorregião, a partir de cada um dos componentes extraídos a partir da “Análise de Componentes Principais” (Tabela 6.7) . Ao se analisar os valores do indicador gerado a partir do componente 1, observa-se o menor valor é para o Norte, com um valor intermediário para o Centro-Oeste e valores próximos e mais elevados para o Nordeste e Sul/Sudeste. Já para o indicador gerado a partir do componente 2, o Norte se destaca, com valores substancialmente menores para as demais



## **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**

macrorregiões. Esses resultados são esperados à luz das variáveis que influenciam os componentes.

Tabela 6.7. Resultados de análise de componentes principais a partir de variáveis de caracterização sócio-econômica dos domicílios indígenas, segundo macrorregiões, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

Local	Componente 1		Componente 2	
	Média IC	95%	Média IC	95%
<b>Macrorregião</b>				
Norte	0.87	(0.84 - 0.91)	0.28	(0.25 - 0.30)
Centro-Oeste	1.18	(1.13 - 1.24)	-0.38	(-0.40 - -0.36)
Nordeste	1.71	(1.67 - 1.76)	-0.06	(-0.08 - -0.05)
Sul/Sudeste	1.68	(1.62 - 1.75)	-0.24	(-0.26 - -0.21)
<b>Brasil</b>	<b>1.31</b>	<b>(1.28 - 1.33)</b>	<b>-0.04</b>	<b>(-0.05 - -0.03)</b>

Para o conjunto das macrorregiões, trabalho remunerado (62,0%) e benefícios sociais (63,9%) foram as principais fontes de dinheiro para os moradores dos domicílios investigados (Tabela 6.8). Para diversas fontes de renda, há uma clara diferenciação entre a macrorregião Norte e as demais. Trabalho remunerado é comparativamente bem menos freqüente como fonte de renda no Norte (42,1%) se comparado às demais macrorregiões, que variam entre 64,8% (Nordeste) a 78,5% (Sul/Sudeste). Por outro lado, enquanto a venda de produtos da agricultura/ pecuária e de produtos de extrativismo são mais comuns no Norte (56,1% e 40,3%), nas demais macrorregiões as proporções são bem menos expressivas, em particular no que diz respeito a produtos de extrativismo. Há equivalência da importância da venda de artesanato ou produção cultural para todas as macrorregiões, com exceção do Centro-Oeste, que apresenta uma proporção mais baixa (8,7%). Aposentadoria e e benefícios sociais apresentam poucas diferenças entre as macrorregiões.



## Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

Tabela 6.8. Fontes de renda domiciliar dos domicílios indígenas, segundo macrorregiões, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

Local	Fontes de renda domiciliar:													
	Trabalho remunerado		Venda de produtos da agricultura/pecuária		Venda de artesanato ou produção cultural		Aposentadoria		Benefícios sociais		Venda de produtos de extrativismo		Outros	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Macrorregião</b>														
Norte	773	42.1	1029	56.1	516	28.1	442	24.1	1067	58.2	741	40.4	340	18.5
Centro-Oeste	847	78.2	257	23.7	94	8.7	173	16.0	691	63.8	37	3.4	69	6.4
Nordeste	949	64.8	399	27.3	488	33.3	260	17.8	1023	69.9	137	9.4	275	18.8
Sul/Sudeste	703	78.5	254	28.4	386	43.1	165	18.4	590	65.9	47	5.3	41	4.6
<b>Brasil 3272</b>		<b>62.0</b>	<b>1939</b>	<b>36.8</b>	<b>1484</b>	<b>28.1</b>	<b>1040</b>	<b>19.7</b>	<b>3371</b>	<b>63.9</b>	<b>962</b>	<b>18.2</b>	<b>725</b>	<b>13.7</b>



## Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

A obtenção dos alimentos por cultivo e criação ou caça, pesca e coleta coletivos pelas famílias indígenas mostrou-se pouco importante em comparação com as estratégias domésticas de obtenção de alimentos. Ainda que pouco expressiva, verifica-se que a proporção de famílias que obtêm seus alimentos de cultivo ou criação coletiva é superior no Sul/Sudeste (15,7%) e no Norte (12,1%), em comparação com as demais macrorregiões. Apesar da semelhança entre as proporções do Sul/Sudeste e Norte, tal situação pode ser devida a diferentes estratégias coletivas de produção de alimentos para subsistência, tais como incentivos de órgãos governamentais para desenvolvimento comunitário de projetos de auto-subsistência ou de práticas culturais de caça e coleta coletivas.

Quanto às estratégias domésticas de obtenção dos alimentos, a compra mostrou-se a estratégia mais freqüente em todas as macrorregiões (Tabela 6.9). Ainda que tenha sido observada grande importância da compra de alimentos em todas as macrorregiões, ressalta-se que não se buscou caracterizar a freqüência de obtenção ou a proporção de todos os alimentos consumidos por esta ou outra forma. Isso faz supor que mesmo na macrorregião Norte, cujo acesso aos centros de comércio pode ser mais difícil, há itens de consumo estritamente industrializados que são comprados pela maioria das famílias indígenas. Contudo, verifica-se que a proporção de domicílios cujos alimentos provêm da compra é discretamente menor no Norte em comparação com as demais macrorregiões, nas quais praticamente 100% das famílias obtêm alimentos por compra.

A segunda fonte dos alimentos mais frequentemente referida pelos domicílios é o cultivo e a criação doméstica de animais que, apesar de apresentar relativa homogeneidade entre as macrorregiões, mostrou-se menos relevante no Nordeste. Por outro lado, a coleta e a caça ou pesca mostraram-se importantes fontes de obtenção de alimentos para os domicílios indígenas. A macrorregião Norte se destaca por apresentar proporções que variam de 85,3% a 93,9%, ao passo que nas demais macrorregiões, essas proporções variam de 45% a 62%.



## **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**

A obtenção de alimentos por meio de cestas básicas mostrou-se como uma importante fonte para os domicílios indígenas, mas evidencia-se grande disparidade entre as macrorregiões, na medida em que grande parte dos domicílios indígenas do Centro-Oeste e Sul/Sudeste são abastecidos de alimentos por essa fonte, enquanto parcela inferior a 3,5% dos domicílios indígenas recebem cesta básica no Norte. Salienta-se que a proporção de domicílios que recebem cesta básica no Nordeste mostrou-se surpreendentemente baixa em comparação com os valores observados no Centro-Oeste e Sul/Sudeste.

As doações externas e outras fontes de alimentos além das já citadas representam parcelas menos expressivas de aporte de alimentos para os domicílios. Ainda assim, verifica-se que entre as macrorregiões, as doações externas são mais relevantes no Nordeste e no Sul/Sudeste.

Em resumo, considerando o país como um todo, a economia de subsistência dos domicílios indígenas é centrada no aporte de alimentos por meio de estratégias domésticas de obtenção de alimentos, sendo as frequências de fontes coletivas inferior a 20% em todas as macrorregiões. Há diferenças regionais importantes. A macrorregião Norte apresentou um padrão de fontes para obtenção de alimentos representativo de comunidades que possuem estratégias mais ligadas à auto-subsistência (ou seja, obtenção de alimentos apoiada no consumo de alimentos provenientes do ecossistema em que vivem). As demais macrorregiões em maior frequência a compra como fonte principal de alimentos, complementada pelo aporte de alimentos por doação de cestas básicas oriundas projetos sociais e programas governamentais e pelo cultivo e criação doméstica de animais e, em menor grau, pela coleta, caça e pesca. Neste subgrupo de macrorregiões em que as estratégias de auto-subsistência são menos dependentes dos ecossistemas locais, observam-se algumas diferenças quanto à frequência de algumas fontes, tal como a maior frequência de cestas básicas e baixas frequências de doações externas no Centro-Oeste, menor frequência comparativa de cultivo e criação de animais e baixa frequência de cestas básicas no Nordeste e frequência intermediária, mas elevada, de cestas básicas no Sul/Sudeste.

Tabela 6.9. Fontes de alimentos referidas pelos domicílios indígenas, segundo macrorregiões, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

Local	Fontes de alimentos																	
	Cultivo ou criação coletiva		Caça, pesca ou coleta coletiva		Cultivo ou criação domiciliar		Caça ou pesca domiciliar		Coleta domiciliar		Compra		Cesta básica		Outras doações de fora da aldeia		Outros	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Macrorregião</b>																		
Norte	222	12.1	340	18.5	1637	89.3	1722	93.9	1565	85.3	1682	91.7	64	3.5	48	2.6	104	5.7
Centro-Oeste	59	5.4	77	7.1	946	87.3	487	45.0	674	62.2	1060	97.9	960	88.6	15	1.4	162	15.0
Nordeste	62	4.2	103	7.0	1049	71.7	774	52.9	878	60.0	1452	99.2	448	30.6	167	11.4	87	5.9
Sul/Sudeste	141	15.7	166	18.5	757	84.6	432	48.3	521	58.2	887	99.1	696	77.8	105	11.7	41	4.6
<b>Brasil 484</b>		<b>9.2</b>	686	13.0	<b>4389</b>	<b>83.2</b>	<b>3415</b>	<b>64.7</b>	<b>3638</b>	<b>69.0</b>	<b>5081</b>	<b>96.3</b>	<b>2168</b>	<b>41.1</b>	<b>335</b>	<b>6.4</b>	<b>394</b>	<b>7.5</b>

Independente da macrorregião, as entrevistas domiciliares evidenciaram um uso quase que universal de gordura, sal e açúcar na alimentação cotidiana dos domicílios indígenas (Tabela 6.10).

Tabela 6.10. Quanto a utilizar gordura, sal e açúcar na alimentação cotidiana dos domicílios indígenas, segundo macrorregiões, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

Local	Costumam usar:					
	Gordura Sal				Açúcar	
	N %		n %		n %	
<b>Macrorregião</b>						
Norte	1698	92.6	1819	99.2	1777	96.9
Centro-Oeste	1070	98.8	1080	99.7	1077	99.4
Nordeste	1437	98.2	1463	99.9	1460	99.7
Sul/Sudeste	891	99.6	891	99.6	891	99.6
<b>Brasil 5096</b>		<b>96.6</b>	<b>5253</b>	<b>99.6</b>	<b>5205</b>	<b>98.7</b>

Quanto ao tipo de gordura utilizada para cozinhar, predomina em todas as macrorregiões o óleo vegetal (Tabela 6.11). No Sul/Sudeste banha ou gordura foi referida por uma proporção de domicílios (61,2%) mais elevada que nas demais macrorregiões. Já no Nordeste houve a indicação de que margarina é mais utilizada (62,4%) que nas outras macrorregiões.

Tabela 6.11. Quanto ao tipo de gordura utilizada pelos domicílios indígenas, segundo macrorregiões, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

Local	Costumam como usar gordura:							
	Óleo vegetal		Banha ou gordura		Margarina		Outra	
	N	%	n	%	n	%	n	%
<b>Macrorregião</b>								
Norte	1663	97.9	462	27.2	838	49.4	55	3.2
Centro-Oeste	1061	99.2	379	35.4	212	19.8	10	0.9
Nordeste	1427	99.3	213	14.8	896	62.4	36	2.5
Sul/Sudeste	686	77.0	545	61.2	301	33.8	44	4.9
<b>Brasil 4837</b>		<b>94.9</b>	<b>1599</b>	<b>31.4</b>	<b>2247</b>	<b>44.1</b>	<b>145</b>	<b>2.8</b>

Foi perguntado nos domicílios quanto à percepção de faltar ou sobrar comida ao longo do ano (Tabela 6.12). Mais de metade dos domicílios de todas as macrorregiões, chegando a 77,2% no Norte, referiram percepção de falta. Quanto à sobra, a menor proporção foi no Centro-Oeste (40,4%), com as demais macrorregiões na faixa de 55-70%.

Tabela 6.12. Percepção quanto a faltar ou sobrar comida nos domicílios indígenas, segundo macrorregiões, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

Local	Falta comida no domicílio		Sobra comida no domicílio	
	N	%	n	%
<b>Macrorregião</b>				
Norte	1415	77.2	1265	69.0
Centro-Oeste	689	63.6	438	40.4
Nordeste	1067	72.9	834	57.0
Sul/Sudeste	486	54.2	584	65.3
<b>Brasil 3657</b>		<b>69.3</b>	<b>3121</b>	<b>59.2</b>

Os responsáveis pelos domicílios foram indagados quanto ao que costumam comer/beber a partir de uma lista com 14 itens ou combinações. Para diversos itens ou combinações, não houve diferenças entre as macrorregiões, com proporções elevadas em todas: mandioca (acima de 95%); batata e outros tubérculos (80-90%); frutas (acima de 90%); ovos (acima de 85-95%); frango (acima de 90%).

Observou-se também que, para alguns itens ou combinações, um padrão relativamente consistente foi aquele dos domicílios no Norte se diferenciarem daqueles das demais macrorregiões, que tenderam a apresentar proporções semelhantes:

Arroz: Norte, 89,5%; demais macrorregiões, 95-100%.

Milho e derivados:: Norte, 77,3%; demais macrorregiões, 85-95%.

Feijão: Norte, 86,3%; demais macrorregiões, acima de 95%.

Legumes e verduras: Norte, 62,6%; demais macrorregiões, 80-95%.

Leite e derivados: Norte, 80,4%; demais macrorregiões, 85-95%.

Carne de boi, bode, cabra, porco, etc: Norte, 65,3%; demais macrorregiões, 90-95%.

Quanto a peixe, o padrão foi de proporções elevadas de domicílios em todas as macrorregiões referindo o consumo, na faixa de 80-85% no Centro-Oeste e Sul e acima de 95% no Norte e Nordeste.

Vale destacar carne de caça que, enquanto foi referida por 91,5% dos domicílios no Norte, nas demais macrorregiões ficou na faixa de 30-40%.

Além de se perguntar o alimento, indagou-se a procedência dos mesmos (Tabelas 6.13 e 6.14). De modo a sistematizar as análises, foi criada uma tipologia, dividindo as respostas em três grupos, quais seja, menos de 30% referiram produção (baixo), entre 30-70% referiram produção (intermediário) e mais que 70% referiram produção

(alto). Os mesmos pontos de corte foram utilizados para compra e ganha/receber de fora da aldeia/comunidade.

Quanto aos 14 itens ou combinações, no Norte para 7 deles a produção atinge um patamar alto, enquanto nas demais somente 2 (Sul/Sudeste) ou 3 (Centro-Oeste e Nordeste) mais de 70% dos domicílios referiram produzir diretamente. Em relação à compra, o cenário é do Norte referindo 7 itens como baixo, com as demais macrorregiões indicando uma maior quantidade de itens na categoria baixa (4 no Centro-Oeste, 2 no Nordeste e 2 no Sul/Sudeste).

Referente à categoria ganha/ recebe de fora da aldeia/ comunidade, em geral as proporções para os itens e combinações foi inferior a 5%. Há uma exceção que se destaca, que é aquela do Centro-Oeste, onde 39,2% dos domicílios informaram ganhar/receber arroz, 26,5% milho e derivados, 49,2% feijão, fava, etc e 63,7% leite e derivados. Observou-se também que no Nordeste (13,3%) e no Sul/Sudeste (24,3%) uma quantidade importante de domicílios referiram receber leite e derivados.

Tabela 6.13. Faixas de frequência de produção de itens alimentares nos domicílios indígenas, segundo macrorregiões, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

<b>Itens alimentares</b>	<b>Norte</b>	<b>Centro-Oeste</b>	<b>Nordeste</b>	<b>Sul/ Sudeste</b>
Arroz	<30%	<30%	<30%	<30%
Milho e derivados	>70%	30-70%	30-70%	30-70%
Mandioca/aipim/macaxeira e derivados	>70%	>70%	30-70%	>70%
Batata (tubérculos)	>70%	>70%	30-70%	30-70%
Feijão, favas, etc	<30%	<30%	30-70%	30-70%
Frutas	>70%	30-70%	30-70%	30-70%
Castanhas, cocos, pinhão, amendoim	>70%	30-70%	>70%	30-70%
Legumes e verduras	30-70%	<30%	<30%	30-70%
Leites e derivados	<30%	<30%	<30%	<30%

Ovos	30-70%	30-70%	<30%	30-70%
Frango, galinha, pato, peru	30-70%	30-70%	<30%	30-70%
Carne de boi, bode, cabra, porco, etc	<30%	<30%	<30%	<30%
Peixe	>70%	30-70%	30-70%	30-70%
Carne de caça	>70%	>70%	>70%	>70%

Tabela 6.14. Faixas de frequência de compra de itens alimentares nos domicílios indígenas, segundo macrorregiões, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

<b>Itens alimentares</b>	<b>Norte</b>	<b>Centro-Oeste</b>	<b>Nordeste</b>	<b>Sul/ Sudeste</b>
Arroz	>70%	30-70%	>70%	>70%
Milho e derivados	<30%	<30%	30-70%	30-70%
Mandioca/aipim/macaxeira e derivados	<30%	<30%	30-70%	<30%
Batata (tubérculos)	<30%	<30%	30-70%	30-70%
Feijão, favas, etc	30-70%	30-70%	30-70%	30-70%
Frutas	<30%	30-70%	30-70%	30-70%
Castanhas, cocos, pinhão, amendoim	<30%	30-70%	<30%	30-70%
Legumes e verduras	30-70%	>70%	>70%	30-70%
Leites e derivados	>70%	30-70%	>70%	30-70%
Ovos	30-70%	30-70%	>70%	30-70%
Frango, galinha, pato, peru	30-70%	30-70%	>70%	30-70%
Carne de boi, bode, cabra, porco, etc	>70%	>70%	>70%	>70%
Peixe	<30%	30-70%	30-70%	30-70%
Carne de caça	<30%	<30%	<30%	<30%

A composição demográfica dos domicílios é apresentada na Tabela 6.15. Observa-se uma grande diversidade no que se refere ao número de moradores em um mesmo domicílio indígena. Os números máximos de moradores nas macrorregiões Norte, Centro-Oeste, Nordeste e Sul/Sudeste foram de 41, 24, 25 e 20, respectivamente. No Sudeste não se observou domicílios com menos de 2

moradores, tendo sido também a macrorregião com o menor número médio e máximo de moradores; no Norte e Nordeste, o número máximo de moradores em um mesmo domicílio atingiu 41 e 25 indivíduos, respectivamente, correspondendo aproximadamente ao dobro do número máximo de moradores do Centro-Oeste e Sul/Sudeste.

A média e o número máximo de mulheres de 14 a 49 anos, assim como a média e o número máximo de crianças menores que 60 meses no Norte, foram aproximadamente do dobro das medidas correspondentes nas demais macrorregiões, que se assemelharam. Ressalta-se um menor número máximo de crianças no Nordeste, fato que pode refletir diferenças quanto à fecundidade indígena nesta macrorregião.

Tabela 6.15. Estatísticas descritivas do número de moradores dos domicílios indígenas, segundo macrorregiões, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

Local	Nº total de moradores, independente de sexo e idade:					
	Mínimo	1º Quartil	Média	Mediana	3º Quartil	Máximo
<b>Macrorregião</b>						
Norte	1	5	7	7	9	41
Centro-Oeste	1	4	6	5	7	24
Nordeste	1	3	5	5	6	25
Sul/Sudeste	2	4	5	5	7	20
<b>Brasil</b>	<b>1 4</b>		<b>6</b>	<b>6 7</b>		<b>41</b>
Local	Nº de mulheres entre 14,0 e 49,9 anos (com ou sem filhos):					
	Mínimo	1º Quartil	Média	Mediana	3º Quartil	Máximo
<b>Macrorregião</b>						
Norte	0	1	2	1	2	11
Centro-Oeste	0	1	1	1	1	5
Nordeste	0	1	1	1	2	5
Sul/Sudeste	0	1	1	1	1	5
<b>Brasil</b>	<b>0 1</b>		<b>1</b>	<b>1 2</b>		<b>11</b>



## Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

Local	Nº de crianças menores 60 meses:					
	Mínimo	1º Quartil	Média	Mediana	3º Quartil	Máximo
<b>Macrorregião</b>						
Norte	0	1	2	1	2	11
Centro-Oeste	0	1	1	1	2	7
Nordeste	0	0	1	1	1	5
Sul/Sudeste	0	0	1	1	2	7
<b>Brasil</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>11</b>

Além dos dados resultantes do preenchimento dos quesitos dos questionários, havia espaço em cada um deles para anotações gerais (preenchimento opcional). Cada um dos cadernos referentes aos domicílios foram investigados de modo a sistematizar as anotações neles contidas, além das respostas dos quesitos específicos.

Nos formulários sobre os domicílios o foco de busca de dados qualitativos esteve direcionado às perguntas categorizadas como “outros”. Neste sentido, os dados secundários que mais tiveram expressividade foram:

- a) Menção à falta de água de qualidade para consumo (questões 17 e 18). Nas macrorregiões Norte e Nordeste os entrevistados declararam que recorrem principalmente à captação de água da chuva. Foi comumente referido que a água proveniente daquelas fontes não recebe qualquer tratamento antes de ser consumida.
- b) A fonte de renda nos domicílios entrevistados se mostrou extremamente diversificada. Na questão 53 do Caderno - Domicílio os informantes apontaram: existência de comércio próprio na aldeia; trabalho no corte de cana; trabalho como lavadeira; venda de refresco em sacolas (dim-dim; sacolé); venda de peixe; oficinas de conserto de bicicletas e motos; apenas em uma das aldeias pesquisadas os moradores disseram praticar atividades de mineração.



## Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

- c) A categorização da alimentação dos grupos domésticos através da questão 62 do Caderno 2 - Domicílio revelou uma expressiva rede de solidariedade entre os grupos domésticos (aparentados ou entre vizinhos) através da doação e circulação de alimentos entre si. Nas aldeias onde há falta de terra para produção de alimentos (sobretudo no Mato Grosso do Sul), os laços de solidariedade se revelaram mais intensos. Não obstante, mais do que uma expressão cultural, tal prática revela uma estratégia de sobrevivência. Em aldeias que apresentam condições favoráveis e igualitárias de produção e acesso a alimentos (incluindo áreas para roçado - caça – pesca e coleta), as declarações sobre doações, recebimento e/ou trocas de alimentos foram inexpressivas. Praticamente todos os grupos domésticos apontaram haver falta ou sobra de alimentos em determinadas época do ano.

Os resultados apresentados ao longo deste capítulo derivam de dados que visaram uma caracterização geral dos domicílios, em particular com vistas a gerar subsídios para compreender aspectos relativos aos dois segmentos principais de interesse do Inquérito, quais seja, crianças menores de 60 meses e mulheres entre 14 e 49 anos (ver capítulos 5 e 6).

Tal como já referido no final do capítulo 4, que abordou os resultados para as aldeias/ comunidades, os resultados para os domicílios são de difícil comparação com outras fontes de informação, já que inexistem levantamentos que coletaram, anteriormente, dados similares nas comunidades indígenas das diversas regiões do país.

Mesmo frente a essas complexidades analíticas, merece reenfatar alguns achados particularmente importante, todos eles já mencionados ao longo do presente capítulo. Primeiro, observam-se s marcantes diferenças inter-regionais no que tange às condições de saneamento dos domicílios indígenas. Segundo, os resultados permitem apontar para diferenças sócio-econômicas pronunciadas entre os domicílios das diversas macrorregiões, com o Norte tendendo a se diferenciar das demais. Terceiro, as fontes de renda domiciliar são bastante diversificadas entre as



## **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**

macrorregiões, mais uma vez com o Norte tendendo a apresentar um perfil que o diferencia. Quarto, à luz do já apresentado, nota-se que, em termos de alimentos consumidos, a macrorregião Norte apresenta uma combinação de itens que também tem um perfil diferenciado no cenário indígena do país.



## **7. Resultados a partir do Caderno 3 – Mulher**

Por meio da aplicação do Caderno 3 – Mulher buscou-se coletar dados referentes à saúde e nutrição das mulheres indígenas em idade reprodutiva por macrorregião, ou seja, das mulheres indígenas com idade entre 14,0 (inclusive) e 49,9<sup>2</sup> anos (inclusive), tal como definido no edital de pesquisa. Com o propósito de responder aos objetivos estabelecidos no edital no que se refere à saúde da criança, o Caderno 3 também foi aplicado às mulheres indígenas de quaisquer idades diferentes daquelas incluídas na faixa etária de interesse, mas que fossem mães ou responsáveis por crianças indígenas com idade inferior a 60 meses, assim como às mulheres não indígenas, mães ou responsáveis por crianças indígenas com idade inferior a 60 meses. Para fins da análise apresentada neste capítulo, foram considerados somente os dados relativos às mulheres indígenas entre 14 e 49 anos.

Em aldeias nas quais se utilizou a estratégia de censo, todos os domicílios existentes foram entrevistados e, portanto, todas as mulheres indígenas entre 14 e 49 anos neles residentes, ou seja, todas as mulheres indígenas na faixa etária de interesse da pesquisa, residentes na aldeia. Já nas aldeias em que se utilizou a estratégia de amostra, aplicou-se o Caderno 3 a uma parcela das mulheres entre 14 e 49 anos residentes nas aldeias, correspondente ao total de mulheres indígenas na faixa etária de interesse da pesquisa residentes nos domicílios selecionados de forma sistemática.

Mesmo que a mulher não estivesse presente à entrevista, buscou-se preencher os itens relativos à descrição da prole (itens 12 a 14 do Caderno 3) e à Listagem de

---

<sup>2</sup> Ao deixar explícito que a população de mulheres alvo da pesquisa são aquelas que possuem idades entre 14 anos (inclusive) e 49 anos, 11 meses e 29 dias (inclusive), a partir deste ponto do relatório, as idades mínima e máxima da faixa etária de interesse da pesquisa serão referidas como 14 anos e 49 anos, respectivamente.



## **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**

Filhos Vivos < 60 meses (também presente no Caderno 3), o que possibilitou estimar perdas e identificar crianças a serem entrevistadas para os fins do Caderno 4 – Criança. Além disso, parte dos dados coletados referia-se ao pré-natal do filho vivo mais novo com idade inferior a 60 meses e ao pré-natal da gravidez atual (caso a mulher estivesse grávida), dados esses coletados a partir de fontes secundárias (carteiras do pré-natal, prontuário, cartão de vacina, carteira do adulto etc.).

Para garantir maior qualidade das entrevistas, priorizou-se a aplicação do Caderno 3 às próprias mulheres alvo da pesquisa. Em decorrência das dificuldades de compreensão das perguntas, formuladas em língua portuguesa pelos entrevistadores de campo, foi utilizado um tradutor sempre que necessário. Quanto aos resultados, verifica-se que em 19,7% das entrevistas foi necessária a ajuda de um tradutor, variando de 5,6% no Sul/Sudeste a 35,7% no Norte.

A maior parte das traduções durante as entrevistas com mulheres indígenas foi realizada por Agentes Indígenas de Saúde (AIS) residentes na própria aldeia/comunidade (68,3%) ou por outras pessoas residentes no próprio domicílio da mulher entrevistada (9,6%). Ressalta-se que participação de AIS como tradutores foi mais expressiva no Nordeste e Centro-Oeste, ainda que essa proporção tenha superado 50,0% em todas as macrorregiões, ao passo que os professores indígenas apresentaram participação relevante apenas no Norte, assim como foi relevante a participação de outros moradores do domicílio nas entrevistas realizadas no Sul/Sudeste.

A distribuição das entrevistas com mulheres de 14 a 49 anos, segundo macrorregião, está apresentada na Tabela 7.1. Foram realizadas 6.707 entrevistas das 6.605 inicialmente planejadas, ou seja, houve um excedente de entrevistas em função dos tamanhos populacionais encontrados durante o trabalho de campo nas aldeias, que foram superiores aos totais populacionais registrados no SIASIWeb, especificamente no Centro-Oeste e no Nordeste. Partindo da população alvo encontrada durante a coleta de dados, as perdas de entrevistas com mulheres por



## Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

motivo de ausência, recusa ou outro não implicaram em perda de precisão das estimativas das prevalências investigadas em nenhuma macrorregião.

Tabela 7.1. Distribuição das entrevistas com mulheres de 14 a 49 anos planejadas e realizadas, segundo macrorregião, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

Local	Amostra		
	Planejada	Realizada	
		n	%
<b>Macrorregião</b>			
Norte	2720	2574	94.6
Centro-Oeste	1204	1295	107.6
Nordeste	1481	1770	119.5
Sul/Sudeste	1200	1068	89.0
<b>Brasil</b>	<b>6605</b>	<b>6707</b>	<b>101.5</b>

A média de idade do universo das mulheres entrevistadas foi de 27,1 anos (IC<sub>95%</sub>: 26,8-27,3). As médias de idade segundo macrorregião foram semelhantes, com discreta superioridade no Nordeste (27,5; IC<sub>95%</sub>: 26,8-28,1), seguido do Sul/Sudeste (27,0; IC<sub>95%</sub>: 26,5-27,6) e Norte (27,0; IC<sub>95%</sub>: 26,6-27,4), sendo a menor média observada no Centro-Oeste (26,8; IC<sub>95%</sub>: 26,5-27,0).

A distribuição das mulheres por faixa etária decenal segundo macrorregião está apresentada na Tabela 7.2. Observa-se uma homogeneidade das proporções de mulheres segundo macrorregião em cada faixa etária. Nota-se também uma redução relativamente homogênea das proporções de mulheres conforme aumenta a faixa etária, revelando uma concentração de população em idades mais jovens, o que pode ser observado pela evidência de que mais de 60% das mulheres entrevistadas encontram-se nas faixas etárias abaixo do 30 anos. Ressalta-se que a proporção de mulheres com 40 anos e mais é inferior a 14% em todas as macrorregiões, com discreta superioridade nas macrorregiões Sul/Sudeste e Nordeste, tal como

observado para as médias de idade.

Tabela 7.2. Distribuição das mulheres de 14 a 49 anos por faixa etária, segundo macrorregião, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

Local	Faixa etária								Total	
	14 a 19 anos		20 a 29 anos		30 a 39 anos		40 a 49 anos			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Macrorregião</b>										
Norte	680	26.4	935	36.3	650	25.3	309	12.0	2574	100.0
Centro-Oeste	327	25.3	515	39.8	307	23.7	146	11.3	1295	100.0
Nordeste	414	23.4	689	38.9	440	24.9	227	12.8	1770	100.0
Sul/Sudeste	283	26.5	401	37.6	242	22.7	142	13.3	1068	100.0
<b>Brasil</b>	<b>1704</b>	<b>25.4</b>	<b>2540</b>	<b>37.9</b>	<b>1639</b>	<b>24.4</b>	<b>824</b>	<b>12.3</b>	<b>6707</b>	<b>100.0</b>

A escolaridade, medida pelo mais elevado curso escolar, mesmo não concluído, que a mulher freqüentou ou freqüentava por ocasião da entrevista, está apresentada na Tabela 7.3. Observa-se que 15,1% das indígenas nunca freqüentaram a escola, ao passo que 66,2% delas freqüentaram ou freqüentavam à época da entrevista algum curso cujas séries correspondiam a uma das séries do ensino fundamental regular (Alfabetização de jovens e adultos, Regular do ensino fundamental, Supletivo do ensino fundamental – séries iniciais e Supletivo do ensino fundamental – séries finais). Ressalta-se que somente 2,1% dos indígenas cursaram algum curso superior ou de pós-graduação.

A proporção de mulheres indígenas que nunca freqüentaram a escola apresenta diferenças marcantes entre as macrorregiões, sendo a do Centro-Oeste a mais elevada, superando em 1,3 a 2,8 vezes as proporções de mulheres sem escolaridade no Norte e Nordeste, respectivamente. Vale salientar a semelhança entre as proporções de ausência de escolaridade entre mulheres indígenas no Norte e no Sul/Sudeste e a evidente menor proporção de mulheres indígenas sem escolaridade no Nordeste, um claro contraste com o que se observa com a população não indígena.



## **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**

A proporção de mulheres que freqüentaram ou freqüentavam, à época da entrevista, algum curso cujas séries correspondiam a uma das séries do ensino fundamental regular mostrou-se semelhante entre as macrorregiões, com menor valor no Nordeste (61,4%). Em relação aos níveis médio e superior (graduação e pós-graduação), verificou-se maior proporção no Nordeste (30,5%), que superou em mais de 60% o valor correspondente observado no Sul-Sudeste (18,9%). Salienta-se que a proporção de mulheres indígenas com esse grau de escolaridade no Centro-Oeste (11,5%) foi semelhante, mas ainda inferior à observada no Norte (12,2%).

Deve-se destacar que, apesar da similaridade quanto ao nível de escolaridade ao se analisar agregadamente as categorias correspondentes ao ensino fundamental (Alfabetização de jovens e adultos, Regular do ensino fundamental, Supletivo do ensino fundamental – séries iniciais e Supletivo do ensino fundamental – séries finais), observa-se que no Norte uma freqüência mais pronunciada de mulheres que cursaram séries correspondentes ao ensino fundamental referiram terem cursado cursos de alfabetização e supletivo, ou seja, cursos não seriados e com menor número de anos de escolaridade. Em contraposição, no Sul/Sudeste nota-se uma maior freqüência de mulheres que referiram curso regular do ensino fundamental.

Tabela 7.3. Distribuição das mulheres de 14 a 49 anos por escolaridade, segundo macrorregião, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

Local	Escolaridade																					
	Nenhuma		Alfabetização de jovens e adultos		Regular do ensino fundamental		Supletivo do ensino fundamental - séries iniciais		Supletivo do ensino fundamental - séries finais		Regular do ensino médio		Supletivo do ensino médio		Pré-vestibular		Superior (graduação)		Pós-graduação		Ignorado	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Macrorregião</b>																						
Norte	428	16.6	81	3.2	1456	56.6	152	5.9	101	3.9	285	11.1	11	0.4	1	0.0	18	0.7	0	0.0	41	1.6
Centro-Oeste	284	21.9	11	0.9	762	58.8	56	4.3	32	2.5	119	9.2	8	0.6	0	0.0	22	1.7	0	0.0	1	0.1
Nordeste	141	8.0	34	1.9	995	56.2	20	1.1	37	2.1	469	26.5	2	0.1	2	0.1	62	3.5	5	0.3	3	0.2
Sul/Sudeste	160	15.0	13	1.2	674	63.1	7	0.7	8	0.8	162	15.2	5	0.5	0	0.0	35	3.3	0	0.0	4	0.4
<b>Brasil</b>	<b>1013</b>	<b>15.1</b>	<b>139</b>	<b>2.1</b>	<b>3887</b>	<b>58.0</b>	<b>235</b>	<b>3.5</b>	<b>178</b>	<b>2.7</b>	<b>1035</b>	<b>15.4</b>	<b>26</b>	<b>0.4</b>	<b>3</b>	<b>0.0</b>	<b>137</b>	<b>2.0</b>	<b>5</b>	<b>0.1</b>	<b>49</b>	<b>0.7</b>



## **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**

Em resumo, considerando o curso freqüentado, verifica-se que as mulheres indígenas no Nordeste apresentaram a maior escolaridade em comparação com as das demais macrorregiões, ressaltando-se a elevada proporção de mulheres que atingiram alguma série do ensino médio e superior. O Sul/Sudeste e Norte se assemelham quanto à distribuição de mulheres por categorias de curso freqüentado, sendo que as proporções de mulheres no Sul/Sudeste apresentaram-se discretamente superiores a partir do nível médio. Há, porém, como já indicado, diferenças quanto ao tipo de curso do ensino fundamental freqüentado. Por fim, o Centro-Oeste apresentou o menor grau de escolaridade, sendo a macrorregião com a maior proporção de mulheres com nenhuma escolaridade e com as menores proporções de mulheres que cursaram pelo menos uma série do ensino médio ou superior.

A distribuição de mulheres indígenas por categorias da última série do ensino fundamental concluída, entre as que referiram ter tido como curso escolar mais elevado o regular do ensino fundamental (58,0% das mulheres indígenas), está apresentada na Figura 7.1. Somente em 46 entrevistas com mulheres que relataram ter freqüentado o curso regular do ensino fundamental (1,2%) não havia resposta relativa à última série concluída do curso. Essa proporção variou de 0,5% no Nordeste a 1,7% no Norte.

Verifica-se um incremento da freqüência de mulheres à medida que aumenta a escolaridade, partindo de 11,6% (primeira série concluída) até 18,9% (quarta série concluída). A partir deste ponto essa freqüência tende a cair progressivamente, atingindo a menor proporção entre as séries anteriores já a partir da sexta série, seguindo até o menor valor (1,1%), correspondente à conclusão da nona série do ensino fundamental.

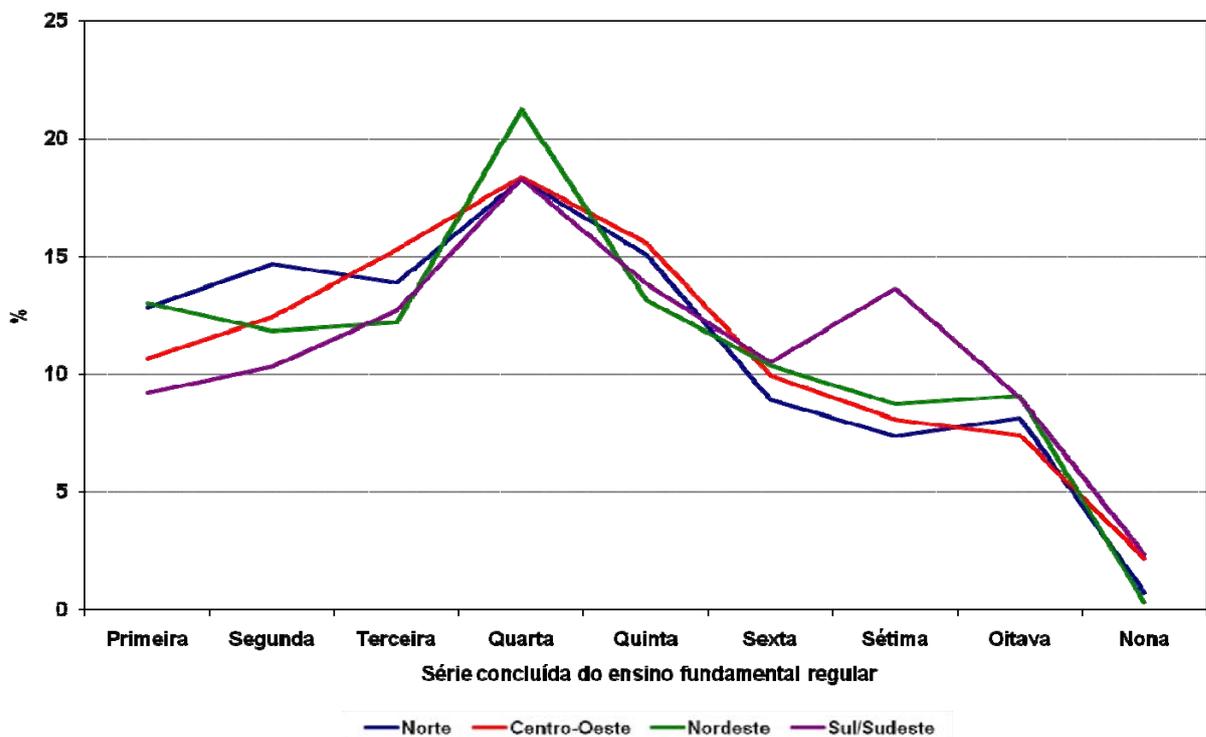
Observam-se semelhanças nas distribuições de freqüência de mulheres entre as categorias de última série do ensino fundamental concluída segundo as macrorregiões, ressaltando-se freqüências mais elevadas para as categorias de 1ª a 4ª séries concluídas para o Norte e Centro-Oeste, em contraposição à maior



## Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

freqüência para as categorias de 6ª a 9ª séries para as macrorregiões Sul/Sudeste e Nordeste. Ressaltam-se as elevadas freqüências de mulheres que concluíram a 4ª série e a 7ª série do ensino fundamental no Nordeste e no Sul/Sudeste, respectivamente.

Figura 7.1. Distribuição das mulheres indígenas por categorias de última série concluída do ensino fundamental regular, segundo macrorregião, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.



Os resultados do Inquérito apontam para um padrão bastante consistente entre as variáveis de escolaridade da mulher e a situação de entrevista, ou seja, se foi ou não realizada com tradutor. Considerando todas as macrorregiões, observa-se um gradiente de decréscimo nas freqüências de entrevistas com tradutor à medida que aumenta o grau de escolaridade da mulher. Assim, as mulheres naquelas categorias que correspondem a pelo menos a 5ª. série do ensino fundamental apresentaram mais de 80% de entrevistas sem tradutor. Por sua vez, no caso das mulheres com



## Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

nenhum escolaridade, a proporção foi de 52,3%. Este padrão também foi observado nas macrorregiões Nordeste, Centro-Oeste e Sul/Sudeste. No Norte, contudo, a frequência de entrevistas com tradutor foi a mais elevada (41,3%) dentre todas as macrorregiões, como também se mostrou mais freqüente tanto nos níveis de escolaridade mais baixos como nos mais elevados.

As estatísticas descritivas do número total de filhos tidos por uma mulher, do número de filhos vivos e no número de filhos vivos com idade inferior a 60 meses são apresentadas na Tabela 7.4. No conjunto das macrorregiões, verificou-se um intervalo de variação do número total de filhos tidos por uma mulher que se estendeu de zero (0) a 24 filhos, sendo a média de 3,2 (desvio-padrão - DP - de 3,0) filhos por mulher.

Observa-se uma diversidade no que se refere ao intervalo de variação no número total de filhos tidos por mulher, bem como da média de filhos tidos, segundo macrorregião. Em todas as macrorregiões houve mulheres sem filhos, enquanto o número máximo de filhos tidos foi maior no Nordeste e menor no Norte. Por outro lado, as médias e desvios padrão no número total de filhos tidos e a análise dos quartis do total de filhos tidos evidenciam que as mulheres indígenas nas macrorregiões Norte e Centro-Oeste têm mais filhos do que as mulheres indígenas no Nordeste e Sul/Sudeste. Isto apesar dessas duas últimas macrorregiões apresentarem as maiores proporções de mulheres com mais idade, ou seja, na faixa etária de 30 a 49 anos. Ressalta-se a menor média (e menor desvio padrão) de filhos tidos por mulher na macrorregião Nordeste.

Pode-se observar ainda na Tabela 7.4 que, mesmo que tenha sido verificada diversidade quanto ao intervalo de variação no número total de filhos tidos por mulher segundo macrorregiões, verifica-se relativa homogeneidade entre esses intervalos quando se analisa o número de filhos vivos por mulher. Destacam-se as semelhanças nas distribuições do Norte e Centro-Oeste e nas Sul/Sudeste e Nordeste, sendo esta última a macrorregião com a menor média de filhos e menor valor em todos os quartis analisados.



## **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**

Quando se analisam apenas os filhos vivos com idade inferior a 60 meses, verifica-se menor número de filhos vivos nesta faixa etária para as mulheres indígenas no Nordeste e no Sul/Sudeste. Como o número de filhos vivos é resultante do balanço entre a fecundidade e a mortalidade, que podem variar no tempo, o menor número de filhos nas mulheres indígenas no Nordeste e Sul/Sudeste pode ser decorrente tanto da redução da fecundidade, relacionada à maior escolaridade e ao maior acesso a métodos contraceptivos, quanto à maior mortalidade, ou da combinação de ambas. São necessárias análises mais específicas e detalhadas, preferencialmente com acompanhamento da tendência temporal dos eventos relacionados, para maior compreensão dos padrões observados.

Tabela 7.4. Distribuição das mulheres de 14 a 49 anos por número de filhos tidos, filhos vivos e filhos vivos menores de 60 meses na data da entrevista, segundo macrorregião, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

Local	Total de filhos tidos					Número de filhos vivos					Número de filhos vivos < 60 meses				
	1º quartil (25%)	2º quartil (50%)	3º quartil (75%)	Min- Máx	Média (DP)	1º quartil (25%)	2º quartil (50%)	3º quartil (75%)	Min- Máx	Média (DP)	1º quartil (25%)	2º quartil (50%)	3º quartil (75%)	Min- Máx	Média (DP)
<b>Macrorregião</b>															
Norte	1	3	6	0-15	3.6 (3.2)	2	4	6	0-14	3.9 (2.5)	1	1	2	0-6	1.3 (0.8)
Centro-Oeste	1	3	5	0-20	3.3 (2.9)	2	3	5	0-13	3.6 (2.4)	1	1	2	0-3	1.2 (0.8)
Nordeste	1	2	4	0-24	2.6 (2.7)	1	2	4	0-12	3.0 (2.1)	1	1	2	0-4	0.9 (0.8)
Sul/Sudeste	1	2	4	0-18	3.0 (2.9)	1	3	5	0-14	3.4 (2.4)	0	1	1	0-4	1.0 (0.8)
<b>Brasil</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>0-24</b>	<b>3.2 (3.0)</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>0-14</b>	<b>3.5 (2.4)</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>0-6</b>	<b>1.1 (0.8)</b>



A pressão arterial (PA) foi aferida em conformidade com as recomendações para realização de medidas válidas, quais sejam, repouso relativo mínimo de 10 minutos antes das aferições, não utilização de fumo ou café por pelo menos 30 minutos de antecedência das aferições, eliminação de estímulos externos (conversas, brincadeiras etc), adoção da posição sentada, com localização do monitor do tensiômetro na altura do coração e fixado ao punho esquerdo, tendo sido retirados, sempre que necessário e/ou possível, roupas, pulseiras ou outros enfeites que pudessem prejudicar o funcionamento do tensiômetro. Em caso de impossibilidade eventual de aferição da PA no punho esquerdo, devido à amputação do braço, presença de gesso, ferimento ou quaisquer outras impossibilidades, realizou-se a aferição no punho direito. Esta situação foi observada em somente 1,1% das medidas realizadas, sem diferenças entre as macrorregiões.

Foram realizadas duas aferições da PA, a primeira tomada após as sete perguntas iniciais da entrevista e a segunda, ao término da entrevista, garantindo um intervalo mínimo de 10 minutos entre as aferições. Para efeito de análise, considerou-se como valor da PA do indivíduo a média das duas aferições.

Os níveis médios de pressão arterial sistólica (PAS) e de pressão arterial diastólica (PAD) em mulheres indígenas de 18<sup>3</sup> a 49 anos por faixa etária segundo macrorregião encontram-se na Tabela 7.5. Verificam-se médias de PAS e de PAD de 113,6 mmHg e de 71,80 mmHg, respectivamente, no conjunto das mulheres indígenas no Brasil. Tanto para a PAS quanto para a PAD observa-se que somente os valores relativos às mulheres da macrorregião Norte encontram-se abaixo das

---

<sup>3</sup> A pressão arterial foi aferida em todas as mulheres pesquisadas mas, para fins de estimativa das prevalências de nível tensional alterado, optou-se por apresentar somente dados relativos às mulheres com 18 anos ou mais, tendo em vista que somente a partir dessa idade podem ser utilizados os pontos de corte de PAS e PAD amplamente utilizados em comparações internacionais, quais sejam, JNC (1997) e WHO (1978). Foram também utilizados os pontos de corte propostos na IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial em análises específicas (Mion et al., 2004).



## **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**

médias nacionais indígenas correspondentes, com valores inferiores e estatisticamente significativos em relação às médias de PAD e PAS observadas nas demais macrorregiões. Os maiores valores de PAS e PAD foram observados no Sul/Sudeste e Centro-Oeste, com discreta superioridade nesta última, sobretudo para a PAD.

A análise das médias de PAS e PAD por estratos de idade evidencia incremento consistente das médias conforme aumenta a idade, sendo essa tendência observada em todas as macrorregiões. Ressalta-se que o incremento das médias de PAS e de PAD entre as faixas etárias de uma mesma macrorregião é menos expressivo no Norte, onde as diferenças não são estatisticamente significativas. Nas demais macrorregiões (Nordeste, Sudeste e Centro-Oeste), as médias de PAS diferem de forma estatisticamente significativa entre os estratos de idade. No Centro-Oeste e Sul-Sudeste, verificam-se incrementos médios em valores absolutos superiores aos verificados no Nordeste, de 9,8 mmHg e 7,0 mmHg na média de PAS quando se passa da faixa etária de 18 a 29 anos para a de 30 a 39 anos e da faixa etária de 30 a 39 anos para a de 40 a 49 anos, respectivamente. O mesmo é observado para a PAD nessas macrorregiões, com valores correspondentes de incremento médio absoluto da média de PAD da ordem de 7,5 mmHg e de 3,9 mmHg, respectivamente.

O incremento das PAD com a idade foi menos expressivo do que o da PAS. Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre as médias de PAD dos estratos de idade de 30 a 39 anos e 40 a 49 anos em quaisquer das macrorregiões, tampouco para o conjunto das mulheres indígenas no Brasil.



## Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

Tabela 7.5: Médias e Intervalos de Confiança (95%) de pressão arterial sistólica e pressão arterial diastólica por faixa etária, segundo macrorregião, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

Local	Pressão Arterial Sistólica			Pressão Arterial Diastólica		
	n	Média	IC <sub>95%</sub>	n	Média	IC <sub>95%</sub>
<b>Macrorregião</b>						
<b>Norte</b>						
18-29 anos	1121	107.3	(105.7 - 108.8)	1121	66.6	(65.3 - 67.9)
30-39 anos	643	109.2	(106.7 - 111.7)	643	67.7	(65.7 - 69.8)
40-49 anos	309	114.3	(111.0 - 117.7)	309	69.8	(67.6 - 71.9)
<b>Total</b>	<b>2073</b>	<b>108.9</b>	<b>(106.9 - 110.9)</b>	<b>2073</b>	<b>67.4</b>	<b>(65.8 - 69.0)</b>
<b>Centro-Oeste</b>						
18-29 anos	631	112.8	(110.9 - 114.8)	631	72.1	(70.7 - 73.5)
30-39 anos	307	122.9	(119.7 - 126.0)	307	79.6	(77.4 - 81.9)
40-49 anos	146	130.5	(126.3 - 134.7)	146	84.3	(81.4 - 87.2)
<b>Total</b>	<b>1084</b>	<b>118.0</b>	<b>(115.7 - 120.4)</b>	<b>1084</b>	<b>75.9</b>	<b>(74.2 - 77.6)</b>
<b>Nordeste</b>						
18-29 anos	829	110.9	(109.2 - 112.6)	829	71.3	(69.6 - 72.9)
30-39 anos	440	115.9	(113.6 - 118.3)	439	75.1	(73.1 - 77.1)
40-49 anos	227	124.4	(121.6 - 127.2)	227	78.8	(76.3 - 81.3)
<b>Total</b>	<b>1496</b>	<b>114.4</b>	<b>(112.5 - 116.3)</b>	<b>1495</b>	<b>73.5</b>	<b>(71.7 - 75.3)</b>
<b>Sul/Sudeste</b>						
18-29 anos	496	112.6	(110.7 - 114.6)	496	70.7	(69.2 - 72.2)
30-39 anos	242	122.0	(118.9 - 125.1)	242	78.1	(76.0 - 80.2)
40-49 anos	142	128.9	(126.0 - 131.8)	142	81.5	(79.9 - 83.0)
<b>Total</b>	<b>880</b>	<b>117.8</b>	<b>(115.5 - 120.1)</b>	<b>880</b>	<b>74.5</b>	<b>(72.9 - 76.0)</b>
<b>Brasil</b>						
<b>18-29 anos</b>	<b>3077</b>	<b>111.2</b>	<b>(110.1 - 112.2)</b>	<b>3077</b>	<b>70.4</b>	<b>(69.5 - 71.3)</b>
<b>30-39 anos</b>	<b>1632</b>	<b>117.8</b>	<b>(115.8 - 119.8)</b>	<b>1631</b>	<b>75.4</b>	<b>(73.8 - 77.0)</b>
<b>40-49 anos</b>	<b>824</b>	<b>125.2</b>	<b>(123.0 - 127.3)</b>	<b>824</b>	<b>79.1</b>	<b>(77.4 - 80.7)</b>
<b>Total</b>	<b>5533</b>	<b>115.2</b>	<b>(113.8 - 116.6)</b>	<b>5532</b>	<b>73.1</b>	<b>(72.0 - 74.2)</b>



## Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

Tendo em vista a possibilidade da existência de indivíduos já com diagnóstico de hipertensão arterial e em uso de medicação anti-hipertensiva no momento da entrevista, foi perguntado às mulheres se elas utilizavam, por ocasião da entrevista (uso atual), alguma medicação alopática para hipertensão arterial. A proporção de resposta ignorada quanto ao uso de anti-hipertensivo foi de 0,4% para o conjunto das macrorregiões, verificando-se maior proporção desta categoria no Norte (1,4%), seguido do Centro-Oeste (0,3%) e Sul/Sudeste (0,2%). Essa situação não foi observada no Nordeste. As proporções de mulheres que referiram utilizar medicação anti-hipertensiva por categoria de pressão arterial (normal ou alterada) segundo macrorregião estão apresentadas na Tabela 7.6.

Tabela 7.6. Proporção de mulheres que referiram uso de medicação alopática anti-hipertensiva por categoria de pressão arterial (normal ou alterada), segundo macrorregião, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

Local	PA Normal			PA Alterada		
	n	%	IC <sub>95%</sub>	n	%	IC <sub>95%</sub>
<b>Macrorregião</b>						
Norte	24	1.2	(0.8 - 1.9)	4	7.4	(2.0 - 23.2)
Centro-Oeste	30	3.2	(2.1 - 4.9)	29	19.6	(15.1 - 25.0)
Nordeste	46	3.3	(2.0 - 5.4)	47	39.4	(27.0 - 53.3)
Sul/Sudeste	34	4.5	(3.3 - 6.0)	30	28.8	(18.7 - 41.5)
<b>Brasil</b>	<b>134</b>	<b>3.2</b>	<b>(2.6 - 3.9)</b>	<b>110</b>	<b>26.6</b>	<b>(21.1 - 33.0)</b>

Das 5501 mulheres indígenas com informação sobre os níveis tensionais e a utilização ou não de medicação anti-hipertensiva, 4951 apresentaram valores da PA dentro dos limites da normalidade e referiram não utilizar medicação anti-hipertensiva (87,7%; IC<sub>95%</sub>: 85,5 – 89,6). As mulheres indígenas que se enquadraram na categoria de pressão arterial normal, mas que referiram uso corrente de medicação anti-hipertensiva por ocasião da entrevista (“PA normal e uso de anti-hipertensivo”) foram consideradas aquelas que já possuíam diagnóstico



## **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**

prévio de hipertensão arterial e que, pelas medidas de controle da PA, incluindo o uso da medicação anti-hipertensiva, se encontravam com níveis tensionais dentro dos valores de normalidade por ocasião da entrevista. As mulheres nesta condição foram adicionalmente computadas ao conjunto das mulheres com nível tensional alterado para estimar a prevalência de nível tensional alterado indicativo de hipertensão arterial. Ressalta-se que a proporção dessa condição no conjunto das mulheres indígenas no Brasil é baixa, sendo menor no Norte e maior no Sul/Sudeste.

Desta forma, o maior impacto resultante dessa correção da prevalência de nível tensional indicativo de hipertensão arterial se deu no Sul/Sudeste, onde ocorreu um incremento de aproximadamente 3,9 pontos percentuais na prevalência estimada. Por outro lado, a prevalência na macrorregião Norte sofreu o menor impacto desta correção, correspondente a aproximadamente 1,2 pontos percentuais, enquanto o impacto na prevalência do conjunto das mulheres indígenas no Brasil foi de 2,8 pontos percentuais. Apesar do impacto referido, considera-se adequada a correção, dado que não se trata de diagnóstico individual de hipertensão arterial, e a sua não aplicação incorreria na sub-estimativa das prevalências de níveis tensionais indicativos de hipertensão arterial, caso as mulheres que relataram uso de anti-hipertensivo não fossem computadas.

As mulheres indígenas que se enquadraram na categoria de pressão arterial alterada, mas que refeririam uso corrente de anti-hipertensivo por ocasião da entrevista (“PA alterada e uso de anti-hipertensivo”) foram consideradas aquelas que já possuíam diagnóstico prévio de hipertensão arterial e que, apesar do uso referido da medicação anti-hipertensiva, se encontravam com níveis tensionais elevados. As mulheres nesta condição poderiam representar uma aproximação à proporção de mulheres indígenas em tratamento anti-hipertensivo insatisfatório. Ressalta-se que a proporção dessa condição no conjunto das mulheres indígenas supostamente hipertensas (as com nível tensional alterado e as com nível tensional normal, mas em uso de medicação anti-hipertensiva) no Brasil foi de 20,0%. Essa proporção se eleva para 45,1% se forem consideradas somente as mulheres que referiram uso de



## **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**

medicação anti-hipertensiva, ou seja, praticamente metade das mulheres tratadas não se encontravam com níveis tensionais controlados por ocasião da entrevista.

As mulheres que se enquadraram na categoria de pressão arterial alterada, mas que referiram não usar medicação anti-hipertensiva por ocasião da entrevista (“PA alterada e não uso de anti-hipertensivo”) foram consideradas aquelas com níveis tensionais indicativos de hipertensão arterial e que possivelmente são portadoras de hipertensão arterial não diagnosticada e/ou não tratada por ocasião da entrevista, representando uma aproximação à proporção de pessoas sub-diagnosticadas e/ou não tratadas. Ressalta-se que a proporção dessa condição no conjunto das mulheres indígenas com PA alterada no Brasil foi elevada, correspondendo a 55,6% das mulheres supostamente hipertensas (as com nível tensional alterado e as com nível tensional normal, mas em uso de medicação anti-hipertensiva).

Além disso, a razão entre “mulheres não tratadas com PA alterada” e “mulheres tratadas com ou sem PA alterada” foi de 1,2, ou seja, mais de uma mulher sem tratamento para cada mulher indígena em tratamento. Tal condição mostrou-se desigual entre as macrorregiões, com maior expressão no Centro-Oeste (1,9) e no Norte (1,6), sendo inferior a um somente no Nordeste (0,7).

Em resumo, uma pequena proporção das mulheres indígenas avaliadas no conjunto das macrorregiões referiu usar medicação anti-hipertensiva por ocasião da entrevista e seus níveis tensionais encontravam-se dentro dos valores considerados de normalidade, tendo sido incluídas no cálculo das prevalências de alteração da PA indicativa de hipertensão arterial. Evidenciaram-se situações sugestivas de que os casos de hipertensão arterial são sub-diagnosticados e/ou não tratados, sendo essa situação mais expressiva no Centro-Oeste e Norte e menos expressiva no Nordeste.

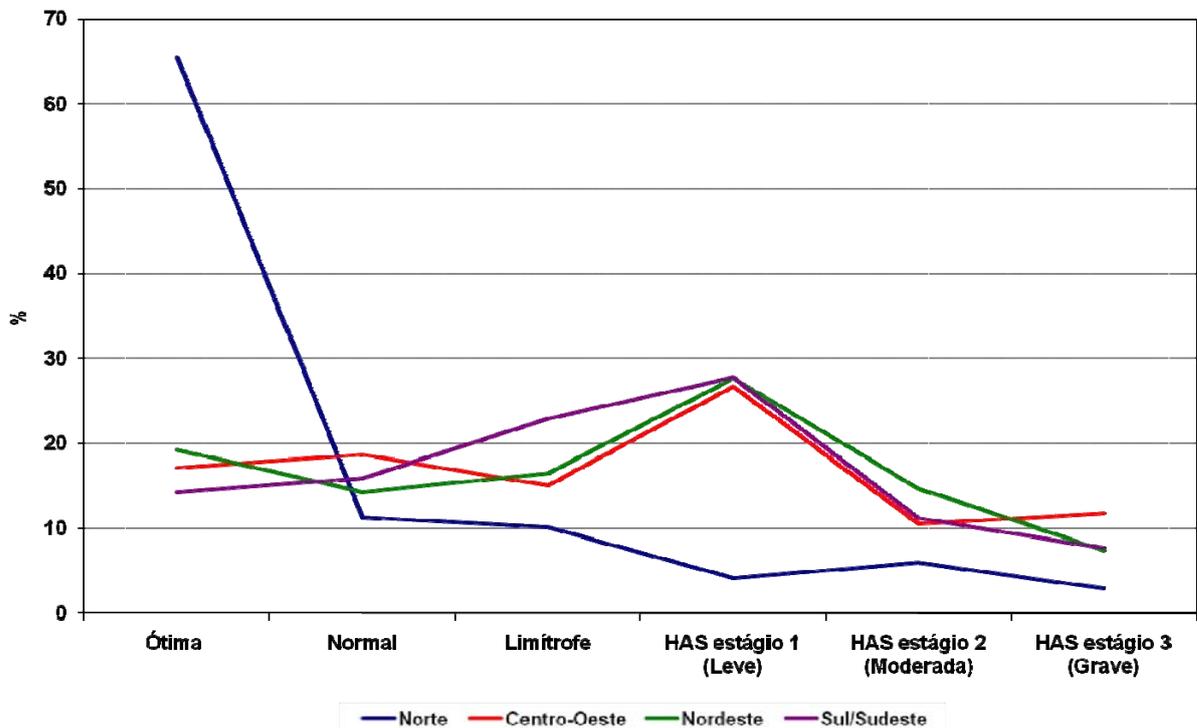
Por outro lado, a partir do momento em que mulheres foram diagnosticadas como portadoras de hipertensão arterial e submetidas a tratamento medicamentoso anti-hipertensivo, os dados sugerem que as pressões arteriais das mulheres do Norte são mais bem controladas, ao passo que esse controle é menos satisfatório no Centro-Oeste e no Nordeste. É possível que em decorrência da menor prevalência



## Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

de hipertensão arterial e de outros fatores de risco cardiovasculares no Norte, os casos de hipertensão nessa macrorregião sejam de menor gravidade e de mais fácil controle, em comparação com os casos das demais macrorregiões, conforme demonstrado nas Figuras 7.2 e 7.3.

Figura 7.2. Distribuição de frequência de mulheres que referiram uso de medicação alopática anti-hipertensiva por categorias de gravidade da hipertensão arterial\*, segundo macrorregião, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

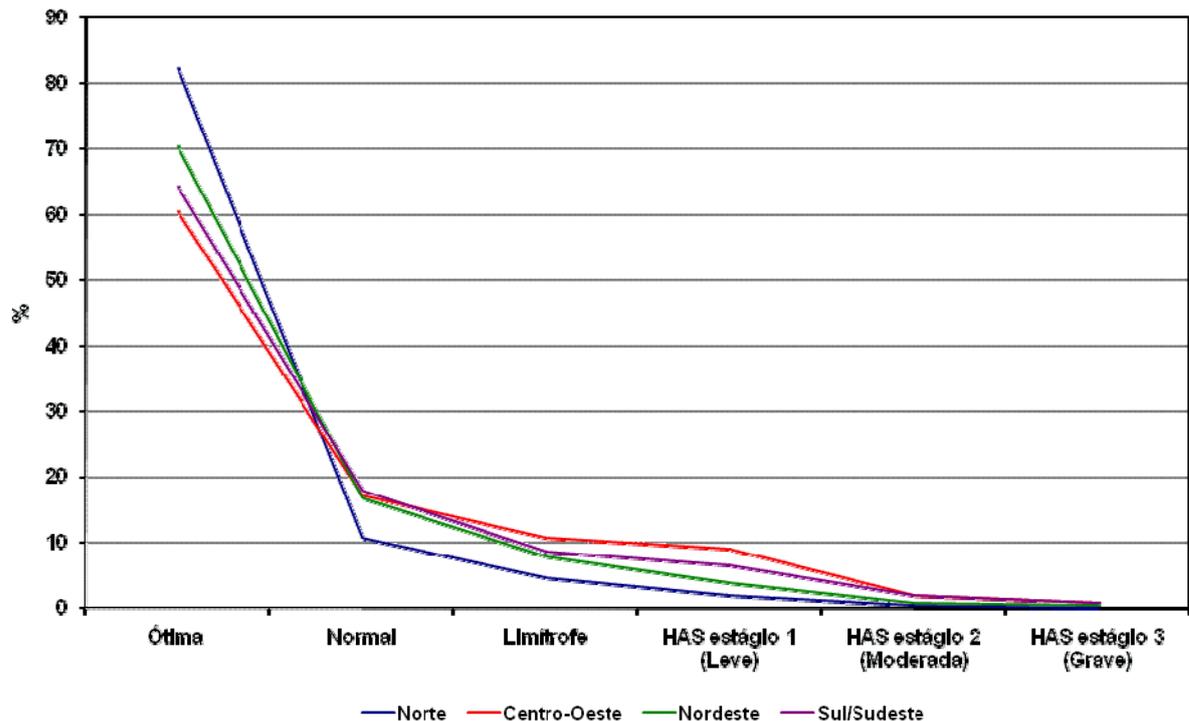


Nota: \* Categorias de classificação sugeridas pelas IV Diretrizes Brasileiras de hipertensão arterial



## Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

Figura 7.3. Distribuição de frequência de mulheres que referiram uso de medicação alopática anti-hipertensiva por categorias de gravidade da hipertensão arterial\*, segundo macrorregião, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.



Nota: \*Categorias de classificação sugeridas pelas IV Diretrizes Brasileiras de hipertensão arterial

As prevalências de nível tensional alterado sugestivo de hipertensão arterial e respectivos intervalos de confiança por faixa etária e por dois diferentes critérios de classificação de hipertensão arterial (JNC e OMS) segundo macrorregião são apresentadas na Tabela 7.7.

Verificou-se, pelo critério JNC, prevalência de nível tensional alterado sugestivo de hipertensão arterial de 13,1% para o conjunto das macrorregiões. Evidenciou-se heterogeneidade nessas prevalências segundo macrorregião, com diferenças estatisticamente significativas entre o Norte, com prevalências mais baixas, e as demais macrorregiões. O Centro-Oeste e Sul/Sudeste apresentaram prevalências superiores à média nacional indígena, sendo semelhantes entre si e



## **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**

aproximadamente 4,5 vezes superiores à da macrorregião Norte, considerada categoria de referência para a análise. A prevalência de nível tensional alterado sugestivo de hipertensão arterial na Nordeste foi intermediária e discretamente inferior à media nacional indígena, mas ainda 3 vezes superior à prevalência observada no Norte.

A análise estratificada por faixa etária auxilia na melhor compreensão do comportamento da prevalência de nível tensional alterado sugestivo de hipertensão arterial segundo macrorregião. Verifica-se incremento consistente nas prevalências conforme aumenta a idade, sendo essa tendência observada em todas as macrorregiões. Ressalta-se que os incrementos das prevalências foram estatisticamente significativos entre a maioria dos estratos de idade, nas macrorregiões Sul/Sudeste, Nordeste e Centro-Oeste, exceto entre as faixas etárias de 30-39 anos e 40 a 49 anos no Centro-Oeste, apesar da elevada magnitude do incremento observada e entre as faixas etárias de 18 a 29 anos e 30 a 39 anos, no Nordeste. Apesar disso, nessas macrorregiões manteve-se a significância estatística do incremento da prevalência de nível tensional alterado entre faixa etária mais baixa (18 a 29 anos) pelo menos uma das demais. Ainda que na macrorregião Norte também tenha sido verificada a mesma tendência de incremento das prevalências de nível tensional alterado com a idade, tais incrementos são bastante inferiores aos registrados nas demais macrorregiões, além de perderem a significância estatística.

O incremento das prevalências de nível tensional alterado sugestivo de hipertensão arterial entre as faixas etárias de uma mesma macrorregião é menos expressivo no Norte (83,3% quando passa da faixa etária de 18 a 29 anos para a de 30 a 39 anos; e 61,4% quando passa da faixa etária de 30 a 39 anos para a de 40 a 49 anos) quando comparado aos das demais macrorregiões. No Sul-Sudeste e Centro-Oeste, verificam-se incrementos da prevalência de nível tensional alterado da ordem de 4,2 vezes e 3,8 vezes, respectivamente, quando se passa da faixa etária de 18 a 29 anos para a de 30 a 39 anos. Os incrementos observados nas prevalências são da ordem de 57,4% e de 89,9% nas mesmas macrorregiões, quando se passa da faixa etária de 30 a 39 anos para a faixa etária de 40 a 49 anos. No Nordeste, chama



## **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**

atenção a homogeneidade nos incrementos sofridos nas prevalências quando se passa da faixa etária de 18 a 29 anos para a de 30 a 39 anos e de 30 a 39 anos para a faixa de 40 a 49 anos, ambos variando entre 2,5 e 2,9 vezes. Verifica-se que o forte incremento nas prevalências de nível tensional alterado no Sul/Sudeste e Centro-Oeste ocorrem em idades precoces, entre os 30 e 39 anos, ao passo que no Nordeste, esse incremento ocorre mais tardiamente, após os 40 anos.

Devido a diferenças nos pontos de corte, as prevalências de nível tensional alterado sugestivo de hipertensão arterial estimadas pelo critério sugerido pela OMS são inferiores às estimadas pelo critério JNC, correspondendo a 8,9% para o conjunto das mulheres indígenas no Brasil. As prevalências segundo esse critério seguem o mesmo padrão descrito para as estimadas pelo critério JNC quanto ao incremento consistentemente positivo com o aumento da idade, passando a existir significância estatística entre as prevalências nos estratos de idade de 30 a 39 anos e 40 a 49 anos no Centro-Oeste e entre os estratos de idade de 18 a 29 anos e 30 a 39 anos no Nordeste, inexistentes pelo critério JNC. O Norte manteve-se sem significância estatística entre os estratos de idade. Observou-se que a magnitude dos incrementos das prevalências entre faixas etárias mostrou-se mais proeminente pelo critério OMS.

As diferenças entre as prevalências estimadas pelos dois critérios (JNC e OMS) evidenciam que no Norte e Centro-Oeste as reduções das prevalências de nível tensional alterado quando se aplica o critério OMS são de maior magnitude na faixa etária de 30 a 39 anos, ao passo que, no Nordeste e Sul/Sudeste, a maior magnitude de redução se deu na faixa de 40 a 49 anos.



## Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

Tabela 7.7. Prevalências de pressão arterial alterada sugestiva de Hipertensão arterial por faixa etária, segundo macrorregião, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

Local	Pressão arterial alterada. sugestiva de hipertensão arterial (JNC)			Pressão arterial alterada. sugestiva de hipertensão arterial (OMS)		
	n	%	IC <sub>95%</sub>	n	%	IC <sub>95%</sub>
<b>Macrorregião</b>						
<b>Norte</b>						
18-29 anos	22	2.4	(1.6 - 3.6)	15	1.6	(1.0 - 2.6)
30-39 anos	23	4.5	(2.5 - 7.8)	11	2.1	(1.0 - 4.0)
40-49 anos	22	7.1	(4.0 - 12.5)	16	5.3	(2.8 - 9.9)
<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>3.8</b>	<b>(2.5 - 5.7)</b>	<b>42</b>	<b>2.4</b>	<b>(1.6 - 3.5)</b>
<b>Centro-Oeste</b>						
18-29 anos	34	6.2	(4.4 - 8.7)	16	3.0	(1.5 - 5.6)
30-39 anos	73	26.5	(18.8 - 36.0)	42	15.1	(10.5 - 21.3)
40-49 anos	59	41.7	(30.7 - 53.6)	46	32.1	(23.0 - 42.9)
<b>Total</b>	<b>166</b>	<b>17.2</b>	<b>(13.0 - 22.4)</b>	<b>104</b>	<b>10.7</b>	<b>(7.9 - 14.3)</b>
<b>Nordeste</b>						
18-29 anos	35	4.7	(2.8 - 7.8)	20	2.5	(1.5 - 4.2)
30-39 anos	46	11.7	(7.2 - 18.4)	35	8.9	(5.4 - 14.5)
40-49 anos	76	33.4	(26.2 - 41.4)	64	27.9	(20.6 - 36.7)
<b>Total</b>	<b>157</b>	<b>11.3</b>	<b>(7.8 - 16.1)</b>	<b>119</b>	<b>8.5</b>	<b>(5.8 - 12.2)</b>
<b>Sul/Sudeste</b>						
18-29 anos	20	4.8	(3.2 - 7.1)	11	2.5	(1.6 - 4.1)
30-39 anos	58	25.0	(20.5 - 30.1)	36	16.4	(11.6 - 22.6)
40-49 anos	62	44.2	(37.1 - 51.6)	49	35.2	(30.3 - 40.4)
<b>Total</b>	<b>140</b>	<b>17.3</b>	<b>(14.9 - 20.1)</b>	<b>96</b>	<b>12.1</b>	<b>(10.0 - 14.7)</b>
<b>Brasil</b>						
<b>18-29 anos</b>	<b>111</b>	<b>4.7</b>	<b>(3.8 - 5.8)</b>	<b>62</b>	<b>2.5</b>	<b>(1.9 - 3.2)</b>
<b>30-39 anos</b>	<b>200</b>	<b>17.7</b>	<b>(14.2 - 21.7)</b>	<b>124</b>	<b>11.2</b>	<b>(8.8 - 14.2)</b>
<b>40-49 anos</b>	<b>219</b>	<b>33.6</b>	<b>(28.9 - 38.6)</b>	<b>175</b>	<b>26.8</b>	<b>(22.9 - 31.1)</b>
<b>Total</b>	<b>530</b>	<b>13.1</b>	<b>(11.1 - 15.4)</b>	<b>361</b>	<b>8.9</b>	<b>(7.5 - 10.6)</b>

Nota: as estimativas de prevalência apresentadas consideram mulheres que referiram uso atual de medicação alopática anti-hipertensiva como integrantes do grupo com nível tensional elevado, independentemente dos níveis tensionais observados.



## Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

As estimativas das médias de glicemia e das prevalências<sup>4</sup> de glicemia alterada indicativa de diabetes mellitus (DM) foram obtidas por meio de medida casual do nível de glicose em sangue total, tendo em vista a impossibilidade operacional de estabelecer o jejum nas indígenas e a realização da coleta em horário matinal, frente à dinâmica do trabalho de campo, bem como a impossibilidade operacional de realizar Teste de Tolerância à Glicose.

Os níveis médios de glicemia casual em mulheres indígenas de 14 a 49 anos por faixa etária segundo macrorregião encontram-se na

Tabela 7.8. Verifica-se média de glicemia 100,4 mg/dL no conjunto das mulheres indígenas no Brasil. Observa-se que as médias de glicemia das mulheres do Sul/Sudeste e, sobretudo do Norte, encontram-se abaixo da média nacional indígena, embora não se verifique significância estatística nas diferentes médias entre as macrorregiões. Ressaltam-se as médias mais elevadas no Centro-Oeste e Nordeste, com discreta superioridade nesta última macrorregião.

A análise da glicemia casual por estratos de idade evidencia, de forma geral, uma tendência de incremento das médias conforme aumenta a idade, sobretudo nos estratos acima dos 30 anos, sendo essa tendência observada em todas as macrorregiões e no conjunto das mulheres indígenas no Brasil. Ressalta-se que, apesar do incremento observado com a idade, as diferenças das médias no conjunto das mulheres no Brasil só foram estatisticamente significativas entre os estratos 30 a 39 anos e 40 a 49 anos e entre esses estratos e os abaixo de 30 anos.

Observa-se que no Sul/Sudeste, Nordeste e Norte só se verificam diferenças estatisticamente significativas nas médias de glicemia ao se comparar o grupo etário

---

<sup>4</sup> Foram seguidos os pontos de corte recomendados por WHO (1999), por The Expert Committee on the diagnosis and classification of diabetes mellitus (2003) e por Schmidt, MI (2004).



## **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**

de 40 a 49 anos com os demais, ao passo que no Centro-Oeste, o incremento da média de glicemia por estrato de idade ocorre de forma significativa já a partir dos 30 anos, em comparação com as faixas etárias mais baixas.

Tabela 7.8. Médias de Glicemia por faixa etária, segundo macrorregião, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

Local	Glicemia casual		
	n	Média	IC <sub>95%</sub>
<b>Macrorregião</b>			
<b>Norte</b>			
14-19 anos	678	95.8	(93.9 - 97.7)
20-29 anos	925	96.1	(94.2 - 98.1)
30-39 anos	642	98.3	(94.7 - 101.8)
40-49 anos	309	110.1	(104.7 - 115.4)
<b>Total</b>	<b>2554</b>	<b>98.2</b>	<b>(96.2 - 100.3)</b>
<b>Centro-Oeste</b>			
14-19 anos	327	98.4	(96.3 - 100.5)
20-29 anos	515	97.5	(95.5 - 99.4)
30-39 anos	306	107.2	(100.8 - 113.5)
40-49 anos	145	112.7	(106.3 - 119.1)
<b>Total</b>	<b>1293</b>	<b>101.7</b>	<b>(99.4 - 104.0)</b>
<b>Nordeste</b>			
14-19 anos	412	98.3	(94.6 - 102.1)
20-29 anos	687	99.2	(95.1 - 103.2)
30-39 anos	439	103.0	(99.4 - 106.6)
40-49 anos	227	114.2	(104.5 - 124.0)
<b>Total</b>	<b>1765</b>	<b>101.8</b>	<b>(98.2 - 105.5)</b>
<b>Sul/Sudeste</b>			
14-19 anos	275	97.2	(94.4 - 99.9)
20-29 anos	399	96.7	(94.0 - 99.3)
30-39 anos	241	101.9	(98.2 - 105.6)
40-49 anos	141	110.4	(100.2 - 120.7)
<b>Total</b>	<b>1056</b>	<b>99.8</b>	<b>(96.6 - 103.1)</b>
<b>Brasil</b>			
<b>14-19 anos</b>	<b>1692</b>	<b>97.4</b>	<b>(96.1 - 98.8)</b>
<b>20-29 anos</b>	<b>2526</b>	<b>97.4</b>	<b>(95.9 - 98.8)</b>
<b>30-39 anos</b>	<b>1628</b>	<b>102.6</b>	<b>(100.4 - 104.9)</b>
<b>40-49 anos</b>	<b>822</b>	<b>111.8</b>	<b>(107.3 - 116.4)</b>
<b>Total</b>	<b>6668</b>	<b>100.4</b>	<b>(98.9 - 102.0)</b>

Considerando a possibilidade da existência de indígenas já com diagnóstico de diabetes mellitus e em uso de medicação hipoglicemiante (hipoglicemiantes orais ou



## Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

insulina) no momento da entrevista, foi perguntado às mulheres se elas utilizavam, por ocasião da entrevista (uso atual), alguma medicação alopática para diabetes mellitus. A proporção de resposta ignorada quanto ao uso de medicação hipoglicemiante foi de 0,3% para o conjunto das macrorregiões, verificando-se maior proporção dessa condição no Norte (1,2%), seguido do Centro-Oeste (0,2%). Não houve resposta ignorada entre as mulheres indígenas do Nordeste e do Sul/Sudeste. As proporções de mulheres que referiram uso de medicação hipoglicemiante por categoria de glicemia (normal ou alterada) segundo macrorregião estão apresentadas na Tabela 7.9.

Tabela 7.9. Proporção de mulheres que referiram utilizar medicação alopática hipoglicemiante por categoria de glicemia (normal ou alterada), segundo macrorregião, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

Local	Glicemia normal			Glicemia alterada		
	n	%	IC <sub>95%</sub>	n	%	IC <sub>95%</sub>
<b>Macrorregião</b>						
Norte	3	0,1	(0.0 - 0.4)	5	46,0	(15.8 - 79.6)
Centro-Oeste	7	0,6	(0.4 - 0.8)	5	51,9	(18.5 - 83.6)
Nordeste	1	0,0	(0.0 - 0.4)	9	54,8	(30.4 - 77.1)
Sul/Sudeste	11	1,0	(0.5 - 1.9)	2	25,4	(4.6 - 70.6)
<b>Brasil</b>	<b>22</b>	<b>0,5</b>	<b>(0.3 - 0.7)</b>	<b>21</b>	<b>44,3</b>	<b>(30.4 - 59.3)</b>

Das 6.639 mulheres indígenas com informação sobre glicemia e uso de medicação para diabetes mellitus, a grande maioria (99,0%) apresentou valor da glicemia casual abaixo do valor de referência sugestivo de diabetes mellitus e referiu não utilizar medicação hipoglicemiante. As mulheres indígenas que apresentaram valor da glicemia casual abaixo do valor de referência sugestivo de diabetes mellitus, mas que referiram uso corrente de medicação hipoglicemiante por ocasião da entrevista (“glicemia normal e uso de medicação hipoglicemiante”), foram consideradas com diagnóstico prévio de diabetes mellitus e que, pelas medidas de controle da glicemia, incluindo o uso da medicação hipoglicemiante, se encontravam com níveis



## **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**

glicêmicos abaixo do ponto de corte para classificação de diabetes por ocasião da entrevista. As mulheres nesta condição foram adicionalmente computadas ao conjunto das mulheres com glicemia alterada, para estimar a prevalência de nível glicêmico alterado indicativo de diabetes mellitus (prevalência de glicemia casual indicativa de diabetes mellitus corrigida pelo uso de medicação hipoglicemiante).

Ressalta-se que a proporção dessa condição no conjunto das mulheres indígenas no Brasil é baixa, correspondendo a 0,5%, sendo que tal proporção é menor no Norte e Nordeste e maior no Sul/Sudeste. Contudo, diante da baixa prevalência de diabetes mellitus encontrada entre as mulheres indígenas nas faixas etárias analisadas, a inclusão destes casos, mesmo em pequeno número, resultaram em incremento relativo importante das prevalências de glicemia alterada sugestiva de diabetes mellitus.

O maior impacto resultante da correção da prevalência de glicemia alterada sugestiva de diabetes mellitus se deu no Sul/Sudeste, onde ocorreu um incremento de 1,0 ponto percentual na prevalência estimada. Por outro lado, a prevalência na macrorregião Norte sofreu o menor impacto desta correção, correspondente a 0,1 ponto percentual, ao passo que a prevalência no Nordeste não se alterou com a correção. O impacto na prevalência do conjunto das mulheres indígenas no Brasil foi de 0,5 ponto percentual. Apesar do impacto referido (mais do que o dobro da prevalência bruta no Sul/Sudeste, por exemplo), considera-se adequada a correção, dado que não se trata de diagnóstico individual de diabetes mellitus, e a sua não aplicação incorreria na sub-estimativa das prevalências de níveis glicêmicos sugestivos de diabetes, caso as mulheres que relataram uso de hipoglicemiantes não fossem computadas.

As mulheres indígenas que se enquadraram na categoria de glicemia alterada, mas que referiram uso corrente de medicação hipoglicemiante por ocasião da entrevista (“glicemia alterada e uso medicação hipoglicemiante”) foram consideradas mulheres que já possuíam diagnóstico prévio de diabetes e que, apesar do uso referido da medicação hipoglicemiante, se encontravam com níveis glicêmicos elevados por



## Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

ocasião da entrevista. As mulheres nesta condição poderiam representar uma aproximação à proporção de pessoas em tratamento hipoglicemiante insatisfatório. Ressalta-se que a proporção dessa condição no conjunto das mulheres indígenas supostamente portadoras de alteração glicêmica (as com nível glicêmico alterado e as com nível glicêmico normal, mas em uso de medicação hipoglicemiante) no Brasil foi de 31,8%.

Além disso, a razão entre “mulheres tratadas com glicemia alterada” e “mulheres tratadas com glicemia normal” foi de 0,95:1, ou seja, quase uma mulher indígena com glicemia tratada mas não controlada para cada mulher indígena tratada com glicemia controlada, ou seja, praticamente em metade (48,8%) das mulheres que referiram receber tratamento, a glicemia casual encontrava-se elevada (acima de 200mg/dl) por ocasião da entrevista. Tal condição mostrou-se desigual entre as macrorregiões, com maior expressão no Nordeste (9,0:1) e Norte (1,7:1). No Centro-Oeste (0,7:1) e no Sul/Sudeste (0,2:1), a proporção de mulheres tratadas com glicemia não controlada foi inferior à de mulheres tratadas com bom controle glicêmico por ocasião da entrevista.

As mulheres indígenas que se enquadraram na categoria de glicemia alterada e que referiram não utilizar medicação hipoglicemiante por ocasião da entrevista (“glicemia alterada e não uso de medicação hipoglicemiante”) foram consideradas mulheres com níveis glicêmicos alterados sugestivos de diabetes e que possivelmente são portadoras de diabetes mellitus não diagnosticado e/ou não tratado por ocasião da entrevista, representando uma aproximação à proporção de pessoas sub-diagnosticadas e/ou não tratadas.

Ressalta-se que a proporção dessa condição no conjunto das mulheres indígenas supostamente portadoras de nível glicêmico alterado indicativo de diabetes (as com nível glicêmico superior a 200mg/dl e as com nível glicêmico abaixo desse valor, mas em uso de medicação hipoglicemiante) foi de 34,8%. Além disso, a razão entre “mulheres não tratadas com glicemia alterada” e “mulheres tratadas com ou sem glicemia alterada” foi de 0,5:1, ou seja, existiria um excedente de mulheres



## Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

indígenas correspondente à metade das mulheres já diagnosticadas para diabetes que apresentaram níveis glicêmicos sugestivos de diabetes mellitus, mas que ainda não haviam sido diagnosticadas ou tratadas por ocasião da entrevista. Tal condição mostrou-se desigual entre as macrorregiões, com maior expressão no Norte (0,75:1), seguido do Nordeste (0,7:1), Centro-Oeste e Sul/Sudeste, ambos com razão equivalente a 0,4:1.

Em resumo, uma pequena proporção das mulheres indígenas avaliadas no conjunto das macrorregiões referiu usar medicação hipoglicemiante por ocasião da entrevista, apesar de seus níveis glicêmicos encontrarem-se dentro dos valores considerados de normalidade. Essas mulheres foram incluídas no cálculo das prevalências de alteração da glicemia sugestiva de diabetes mellitus. Evidenciaram-se situações sugestivas de que os casos de diabetes são sub-diagnosticados e/ou não tratados, na medida em que se detectou um quantitativo equivalente à metade dos casos já diagnosticados de diabetes em mulheres indígenas, que apresentava alterações glicêmicas sugestivas de diabetes sem diagnóstico ou tratamento no Brasil, sendo essa situação mais expressiva no Norte e no Nordeste e menos expressiva no Sul/Sudeste. Adicionalmente, a partir do momento em que mulheres foram diagnosticadas com diabetes e submetidas a tratamento medicamentoso, os dados sugerem que a glicemia das mulheres do Sul/Sudeste é mais bem controlada, ao passo que esse controle é menos satisfatório no Norte e sobretudo no Nordeste.

Verificou-se prevalência de glicemia causal alterada sugestiva de diabetes mellitus de 0,7% para o conjunto das macrorregiões e uma prevalência corrigida pelo uso de medicação hipoglicemiante de 1,2% (

Tabela 7.10). Evidenciou-se, após correção pelo uso de medicação hipoglicemiante, maior prevalência de nível de glicemia alterado indicativo de diabetes nas macrorregiões Sul/Sudeste e Centro-Oeste, sendo as prevalências do Nordeste e Norte inferiores à média nacional indígena. A macrorregião Norte apresentou a menor prevalência, constituindo-se na categoria de referência para a análise. As prevalências de glicemia casual alterada indicativa de diabetes corrigidas pelo uso de medicação hipoglicemiante das macrorregiões Sul/Sudeste, Centro-Oeste e



## **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**

Nordeste superaram em 3,4, 2,6 e 2,0 vezes a prevalência observada no Norte, respectivamente, embora sem significância estatística.

A análise estratificada por faixa etária auxilia na melhor compreensão do comportamento das prevalências de nível glicêmico sugestivos de diabetes mellitus segundo macrorregião. Apesar das baixas prevalências observadas, dado que se trata de um grupo de mulheres com idade máxima de 49 anos, verifica-se evidente incremento dessas prevalências quando se passa da faixa etária de 30 a 39 anos para a faixa de 40 a 49 anos no conjunto das mulheres indígenas no Brasil e em todas as macrorregiões, tal como observado para as médias de glicemia.

Ressalta-se que os incrementos das prevalências de diabetes mellitus entre as faixas etárias não foram estatisticamente significativos em quaisquer das macrorregiões. Por outro lado, para o conjunto das mulheres indígenas no Brasil, o incremento da prevalência mostrou-se estatisticamente significativo entre as faixas etárias de 20 a 29 anos e 30 a 39 anos (4,8 vezes maior) e entre 30 e 39 anos e a de 40 a 49 anos (2,7 vezes maior).

Tabela 7.10. Prevalências de glicemia casual alterada indicativa de diabetes mellitus (glicemia casual  $\geq$  200mg/dL ou glicemia  $<$  200mg/dL em uso de hipoglicemiante) entre mulheres de 14 a 49 anos, segundo macrorregião, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

Local	Glicemia casual alterada sugestiva de diabetes mellitus			Glicemia casual alterada sugestiva de diabetes mellitus corrigida pelo uso de medicamento hipoglicemiante		
	n	%	IC95%	n	%	IC95%
<b>Macrorregião</b>						
<b>Norte</b>						
14-19 anos	1	0.1	(0.0 - 1.0)	1	0,1	(0.0 - 1.0)
20-29 anos	0	--	--	0	--	--
30-39 anos	3	0.5	(0.2 - 1.3)	5	0,9	(0.4 - 2.0)
40-49 anos	7	2.2	(1.0 - 4.8)	8	2,5	(1.2 - 5.0)
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>0.4</b>	<b>(0.2 - 0.8)</b>	<b>14</b>	<b>0,54</b>	<b>(0.3 - 1.0)</b>
<b>Centro-Oeste</b>						
14-19 anos	0	--	--	1	0,3	(0.0 - 2.9)
20-29 anos	0	--	--	2	0,4	(0.0 - 1.6)
30-39 anos	6	2.0	(0.8 - 4.9)	9	3,0	(1.6 - 5.5)
40-49 anos	4	2.7	(1.2 - 6.0)	5	3,5	(1.7 - 6.8)
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>0.8</b>	<b>(0.5 - 1.2)</b>	<b>17</b>	<b>1,32</b>	<b>(0.9 - 2.0)</b>
<b>Nordeste</b>						
14-19 anos	0	--	--	0	--	--
20-29 anos	3	0.4	(0.1 - 1.4)	3	0.4	(0.1 - 1.4)
30-39 anos	3	0.8	(0.2 - 3.5)	3	0.8	(0.2 - 3.5)
40-49 anos	10	5.0	(2.3 - 10.6)	11	5,4	(2.7 - 10.5)
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>1.0</b>	<b>(0.5 - 2.1)</b>	<b>17</b>	<b>1.0</b>	<b>(0.5 - 2.1)</b>
<b>Sul/Sudeste</b>						
14-19 anos	0	--	--	0	--	--
20-29 anos	0	--	--	3	7,0	(0.2 - 2.2)
30-39 anos	2	0.9	(0.3 - 3.5)	6	2,6	(1.1 - 6.0)
40-49 anos	5	3.8	(1.7 - 8.4)	9	6,5	(3.4 - 12.13)
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>0.7</b>	<b>(0.4 - 1.4)</b>	<b>18</b>	<b>1,7</b>	<b>(1.0 - 2.9)</b>
<b>Brasil</b>						
<b>14-19 anos</b>	<b>1</b>	<b>0.0</b>	<b>(0.0 - 0.2)</b>	<b>2</b>	<b>0,1</b>	<b>(0.0 - 0.5)</b>
<b>20-29 anos</b>	<b>3</b>	<b>0.1</b>	<b>(0.0 - 0.3)</b>	<b>8</b>	<b>0,4</b>	<b>(0.2 - 0.8)</b>
<b>30-39 anos</b>	<b>14</b>	<b>1.1</b>	<b>(0.6 - 1.8)</b>	<b>23</b>	<b>1,8</b>	<b>(1.2 - 2.8)</b>
<b>40-49 anos</b>	<b>26</b>	<b>3.5</b>	<b>(2.4 - 5.3)</b>	<b>33</b>	<b>4,8</b>	<b>(3.3 - 6.7)</b>
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>0.7</b>	<b>(0.5 - 1.0)</b>	<b>66</b>	<b>1,2</b>	<b>(0.9 - 1.6)</b>



## Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

A anemia foi avaliada pela dosagem de hemoglobina, a partir de leitura em hemoglobinômetro portátil, em gota de sangue obtida por punção digital. As médias de hemoglobina de mulheres grávidas e não grávidas segundo macrorregião encontram-se na Tabela 7.11. Observou-se que a média de hemoglobina das mulheres indígenas não grávidas no Brasil correspondeu a 12,5 mg/dL (IC<sub>95%</sub>: 12,4% a 12,6%), superior ao ponto de corte para classificação de anemia. As médias de hemoglobina diferiram entre as macrorregiões, verificando-se que o Norte apresentou a menor média, limítrofe em relação ao ponto de corte para classificação de anemia, sendo significativamente menor que as médias de hemoglobina do Sul/Sudeste e do Nordeste. Ressalta-se que o Nordeste apresentou a maior média de hemoglobina, diferenciando-se de forma estatisticamente significativa de todas as outras macrorregiões.

Quanto às mulheres grávidas, as médias são inferiores às das mulheres não grávidas, como era de se esperar, mas observa-se o mesmo gradiente de incremento das médias por macrorregião, seguindo rigorosamente a mesma ordem observada para as mulheres não grávidas. Entretanto, as diferenças entre macrorregiões, em geral não são estatisticamente significativas, exceto na comparação entre mulheres grávidas do Nordeste e do Norte.

Tabela 7.11. Médias de hemoglobina (mg/dL) em mulheres indígenas grávidas e não grávidas segundo macrorregião, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

Local	Hemoglobina - Mulheres não grávidas			Hemoglobina - Mulheres grávidas		
	n	Média	IC <sub>95%</sub>	n	%	IC <sub>95%</sub>
<b>Macrorregião</b>						
Norte	2074	12.0	(11.8 - 12.2)	320	11.0	(10.8 - 11.3)
Centro-Oeste	1116	12.3	(12.2 - 12.5)	117	11.3	(11.0 - 11.5)
Nordeste	1587	12.9	(12.6 - 13.1)	129	11.9	(11.5 - 12.3)
Sul/Sudeste	954	12.6	(12.4 - 12.8)	81	11.6	(11.3 - 11.9)
<b>Brasil</b>	<b>5731</b>	<b>12.5</b>	<b>(12.4 - 12.6)</b>	<b>647</b>	<b>11.4</b>	<b>(11.3 - 11.6)</b>

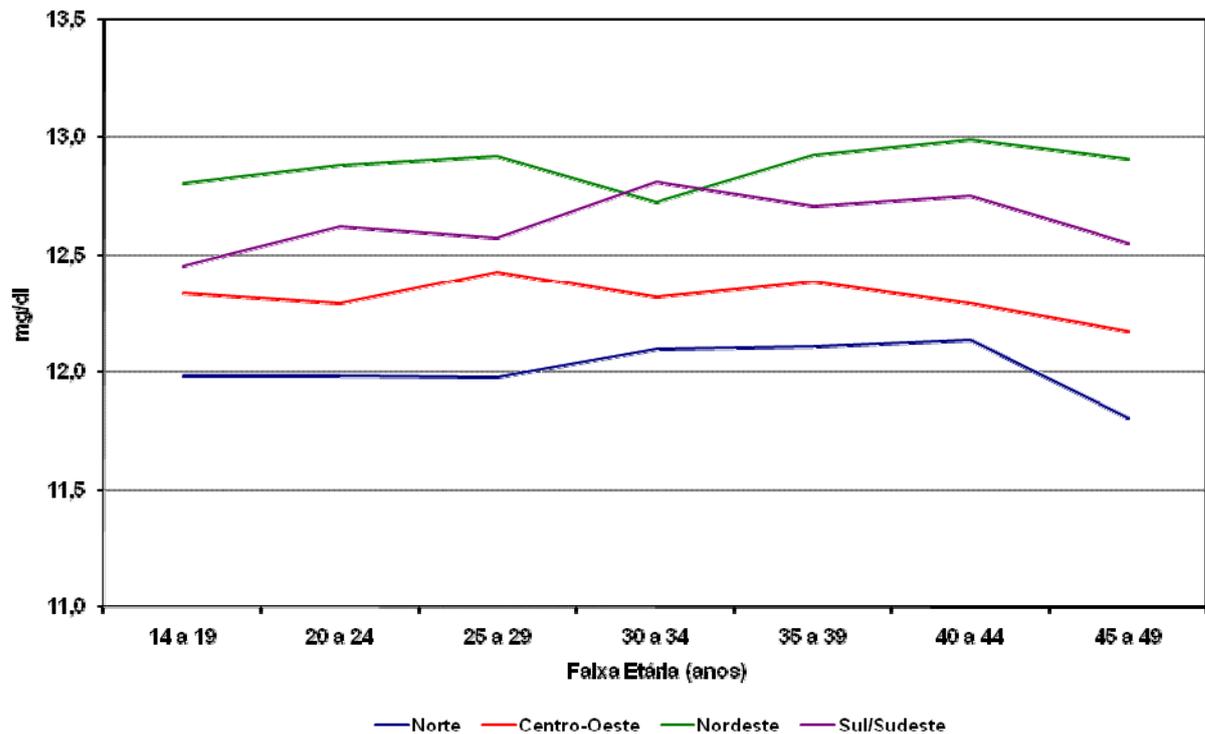
As médias de hemoglobina de mulheres não grávidas por faixa etária quinquenal segundo macrorregião encontram-se na Figura 7.4. Observou-se, de forma geral, uma constância das médias de hemoglobina com o aumento da idade em todas as macrorregiões. Verifica-se que, exceto por variações pontuais, em quase todas as faixas etárias, as macrorregiões mantêm sua posição em relação às demais, sugerindo pouca influência da idade sobre a anemia das mulheres não grávidas em todas as localidades. Além disso, confirma-se que a média de hemoglobina das mulheres no Norte tende a ser mais baixa do que a das outras macrorregiões em todas as idades.

Quanto às mulheres grávidas, as médias das macrorregiões são mais próximas entre si, sendo as frequências muito baixas em algumas faixas etárias, o que resulta em baixa precisão das estimativas. Entretanto, confirma-se a inferioridade das médias de hemoglobina das mulheres indígenas do Norte em relação às das demais macrorregiões, ao passo que o Centro-Oeste apresenta as médias mais elevadas, até os 34 anos (dados não apresentados).



## Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

Figura 7.4. Médias de hemoglobina (mg/dL) em mulheres não grávidas por faixa etária quinquenal e macrorregião, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.



As prevalências de anemia de mulheres grávidas e não grávidas segundo macrorregião encontram-se na Tabela 7.12. Observou-se que a prevalência de anemia nas mulheres indígenas não grávidas no Brasil correspondeu a 32,7%. As prevalências diferiram marcadamente entre as macrorregiões, verificando-se que o Norte apresentou a maior prevalência (46,9%), diferindo de forma estatisticamente significativa em relação às demais. Por outro lado, o Nordeste apresentou a menor prevalência (22,5%), diferindo de forma estatisticamente significativa em relação ao Centro-Oeste, além do Norte. O Sul/Sudeste e o Centro-Oeste apresentaram prevalências intermediárias, com superioridade do Centro-Oeste.

Quanto às mulheres grávidas, as prevalências seguem o mesmo gradiente por macrorregião verificado para as mulheres não grávidas. Entretanto, as diferenças entre macrorregiões em geral não são estatisticamente significativas. Ressalta-se

neste grupo de mulheres (grávidas) uma proximidade das prevalências de anemia no Nordeste e no Sul/Sudeste, distanciando-se esta última da prevalência observada no Centro-Oeste que, por sua vez, teve sua prevalência bem mais próxima da observada na macrorregião Norte.

A prevalência de anemia comportou-se geograficamente de forma inversa ao observado para as doenças e agravos não transmissíveis (hipertensão e diabetes). Assim, a prevalência no Norte foi a mais elevada, de forma estatisticamente significativa, em relação às demais macrorregiões. Nesta macrorregião caso, as prevalências de anemia em mulheres não grávidas e grávidas superaram em 1,4 e 1,3 vezes as prevalências correspondentes para o conjunto das mulheres indígenas no Brasil. Elas foram 2,1 e 1,8 vezes superiores às prevalências correspondentes no Nordeste, macrorregião que apresentou a menor prevalência, e 1,3 e 1,1 vezes superiores às prevalências correspondentes no Centro-Oeste, macrorregião mais próxima ao Norte quanto à magnitude das prevalências de anemia.

Tabela 7.12. Prevalência de anemia em mulheres indígenas grávidas e não grávidas segundo macrorregião, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

Local	Anemia - Mulheres não grávidas			Anemia - Mulheres grávidas		
	n	Média	IC <sub>95%</sub>	n	%	IC <sub>95%</sub>
<b>Macrorregião</b>						
Norte	966	46.9	(41.4 - 52.5)	142	44.8	(37.3 - 52.5)
Centro-Oeste	389	34.9	(30.9 - 39.1)	46	40.1	(30.9 - 50.1)
Nordeste	366	22.6	(17.8 - 28.2)	33	25.3	(15.9 - 37.7)
Sul/Sudeste	286	30.6	(24.8 - 37.0)	23	28.0	(18.0 - 40.8)
<b>Brasil</b>	<b>2007</b>	<b>32.7</b>	<b>(29.8 - 35.8)</b>	<b>244</b>	<b>35.2</b>	<b>(30.4 - 40.4)</b>

As prevalências de anemia em mulheres grávidas por faixa etária quinquenal segundo macrorregião encontram-se na Figura 7.5. A análise por estratos de idade evidencia um comportamento diferenciado da prevalência de anemia conforme as macrorregiões. O Norte, com as maiores prevalências em todas as faixas etárias, o

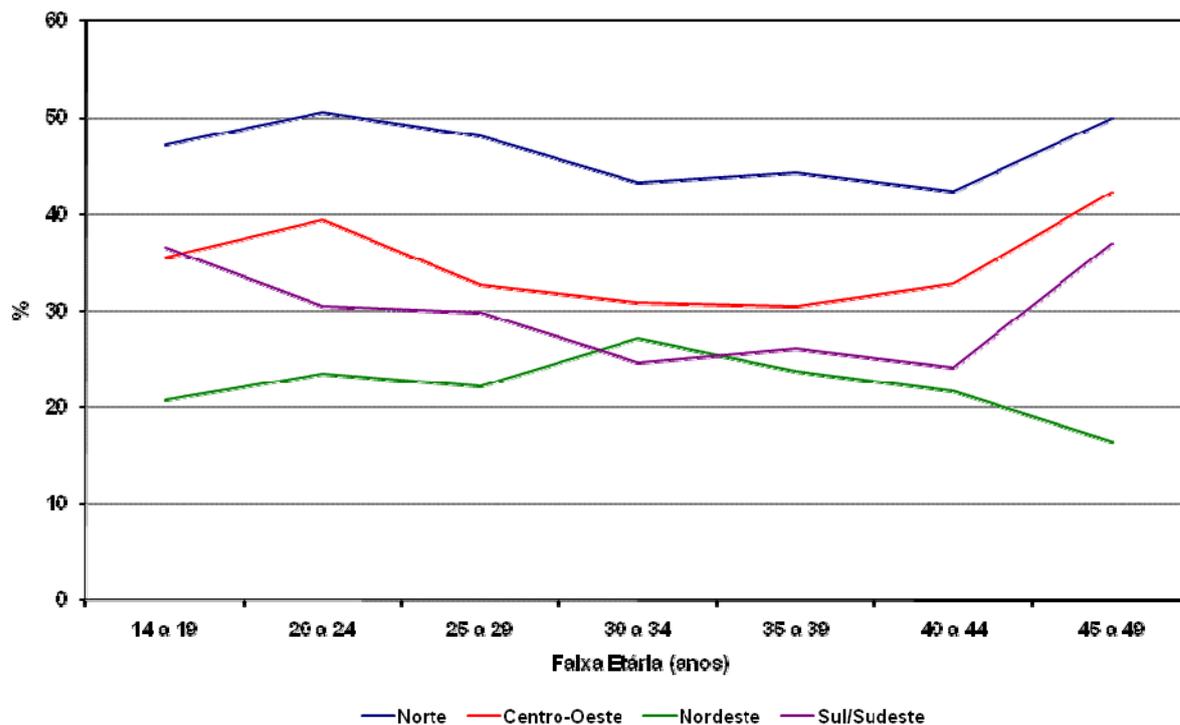


## **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**

Centro-Oeste e o Sul/Sudeste apresentam curvas relativamente semelhantes entre si, com com prevalência de anemia mais elevadas nas idades mais jovens e mais velhas e prevalências mais baixas dos 30 aos 44 anos. As prevalências nessas macrorregiões são substancialmente mais elevadas nas idades mais extremas analisadas (45 a 49 anos). O Nordeste apresenta as prevalências mais baixas, de forma geral, mas se diferencia por apresentar uma distribuição da anemia por idade em padrão que poderia ser definido como imagem em espelho das curvas verificadas nas demais macrorregiões, ou seja, prevalências mais baixas nas idades extremas (jovens e mais velhos) e prevalências mais elevadas nas idades intermediárias. A diferença nesses padrões sugere inicialmente a possibilidade de existência de distintas estratégias de intervenção e/ou da efetividade das mesmas sobre a anemia no Nordeste em relação às demais macrorregiões, ou ainda, diferenças quanto à determinação da anemia em mulheres não grávidas nessas macrorregiões.

Quanto às mulheres grávidas, as médias por estratos de idade são muito variáveis, sendo as frequências muito baixas em algumas faixas etárias, o que resulta em baixa precisão das estimativas. Entretanto, confirma-se a inferioridade das prevalências no Nordeste a em relação às das demais macrorregiões, ao passo que o Norte e Centro-Oeste apresentam as prevalências mais elevadas, de forma alternada ao longo das faixas etárias (dados não apresentados em tabela).

Figura 7.5. Prevalência de anemia em mulheres não grávidas por faixa etária e macrorregião, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.



Quanto à gravidade da anemia, verificou-se que o Norte permaneceu como a macrorregião com maior prevalência, acompanhada pelo Centro-Oeste, ambas superando a prevalência de anemia grave do conjunto das mulheres indígenas no Brasil (Tabela 7.13). O Nordeste manteve-se com a menor prevalência, sendo essa diferença estatisticamente significativa em relação ao Norte e Centro-Oeste.



## Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

Tabela 7.13. Prevalência de anemia grave (Hb < 9,5mg/dL) , segundo macrorregião, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

Local	Anemia grave (Hb<9.5g/dl)		
	n	%	IC <sub>95%</sub>
<b>Macrorregião</b>			
Norte	101	4.0	(2.7 - 5.7)
Centro-Oeste	48	3.8	(2.7 - 5.4)
Nordeste	27	1.5	(0.9 - 2.5)
Sul/Sudeste	28	2.5	(1.5 - 4.3)
<b>Brasil</b>	<b>204</b>	<b>2.9</b>	<b>(2.3 - 3.6)</b>

O estado nutricional das mulheres foi avaliado pelo Índice de Massa Corporal (IMC=peso em quilos/estatura em metros elevada ao quadrado). Para o seu cálculo, foram utilizadas as medidas de peso e estatura das mulheres, obtidas por antropometristas treinados e padronizados em oficinas específicas, conforme detalhado no Capítulo 3 deste relatório.

A aferição de peso foi realizada com a balança colocada em superfície firme, plana e seca, para garantir seu bom funcionamento. Foram seguidas as recomendações para minimizar erros de medida relacionados ao posicionamento da mulher na plataforma da balança, bem como a retirada de roupas, calçados e adereços que pudessem interferir no peso final do indivíduo. A estatura foi aferida tendo em vista as mesmas recomendações seguidas para o peso, tais como estar descalça, com o mínimo de roupas, sem boné ou similar ou enfeites na cabeça, calcanhares unidos e encostados na base vertical do antropômetro, braços pendidos ao corpo e cabeça erguida, posicionada no plano de Frankfort. O IMC foi categorizado em baixo peso, peso adequado, sobrepeso e obesidade, seguindo os pontos de corte recomendados pela WHO (1995).

Quanto aos resultados, observa-se que a média de IMC para o conjunto das mulheres indígenas no Brasil (25,2; IC95%: 24,7-25,8) foi superior ao limite máximo



## Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

da faixa de IMC considerada peso adequado. A análise segundo macrorregião evidencia que a menor média foi observada no Norte, se diferenciando de forma estatisticamente significativa do Sul/Sudeste e Centro-Oeste. A maior média de IMC foi verificada no Sul/Sudeste, seguida de perto pelo Centro-Oeste. As médias dessas duas macrorregiões superam a média nacional indígena e se encontram na faixa de variação do IMC considerada sobrepeso.

A análise estratificada por faixa etária revela que para o conjunto das mulheres indígenas no Brasil ocorre um incremento progressivo e estatisticamente significativo da média de IMC conforme aumenta a idade. A exceção é quando são comparadas as faixas de 30 a 39 anos e 40 a 49 anos, onde a significância estatística desaparece. Essa tendência se repete em todas as macrorregiões (Tabela 7.14; Figura 7.6).

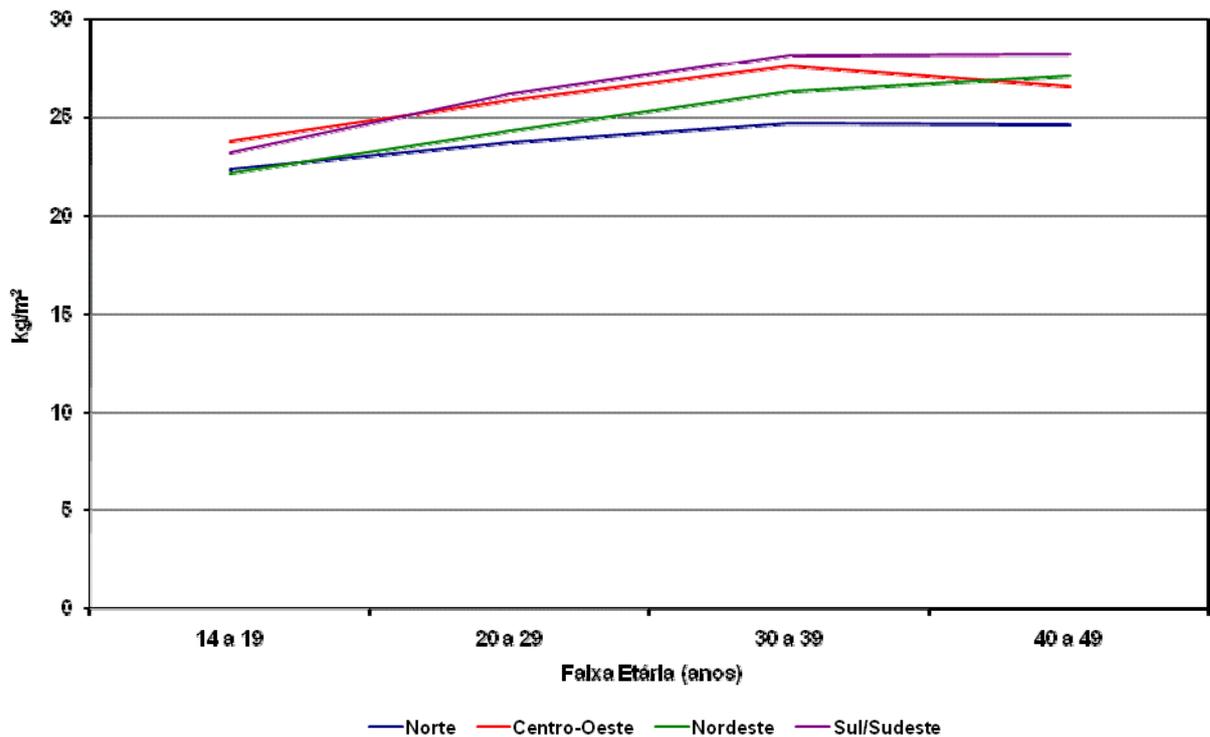
Ressalta-se que, entre as macrorregiões, o Norte mantém as médias de IMC mais baixas em praticamente todas as faixas etárias, ao passo que o Sul/Sudeste e Nordeste comportam-se inversamente, mantendo as médias mais elevadas na maioria das faixas etárias. O Nordeste apresentou os incrementos das médias de IMC com a idade mais consistentes em termos de significância estatística, embora o Sul/Sudeste tenha apresentado as maiores médias. Em nenhuma macrorregião verificou-se incremento estatisticamente significativo da média de IMC ao se comparar valores das faixas etárias de 30 a 39 anos e 40 a 49 anos. É possível que a população de maior idade tenha um comportamento atenuado do incremento das médias de IMC com a idade, em decorrência de histórias distintas de exposição aos fatores de risco (efeito coorte), em comparação com a população mais jovem, parecendo ser mais marcante essa diferença entre as mulheres de 40 a 49 anos do Centro-Oeste e do Norte, cujas médias de IMC são inferiores às do estrato etário imediatamente inferior (30 a 39 anos).

Tabela 7.14. Médias de IMC por faixa etária, segundo macrorregião, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

Local	Faixa etária												Total		
	14-19 anos			20-29 anos			30-39 anos			40-49 anos					
	n	Média	IC <sub>95%</sub>	n	Média	IC <sub>95%</sub>	n	Média	IC <sub>95%</sub>	n	Média	IC <sub>95%</sub>	n	Média	IC <sub>95%</sub>
<b>Macrorregião</b>															
Norte	593	22.3	(22.0 - 22.6)	789	23.7	(22.9 - 24.6)	542	24.7	(24.0 - 25.5)	299	24.6	(23.9 - 25.4)	2223	23.7	(23.1 - 24.4)
Centro-Oeste	290	23.8	(23.3 - 24.3)	456	25.8	(25.1 - 26.5)	283	27.6	(26.3 - 29.0)	143	26.6	(25.5 - 27.6)	1172	25.8	(25.2 - 26.5)
Nordeste	379	22.2	(21.8 - 22.6)	626	24.3	(23.8 - 24.8)	404	26.3	(25.5 - 27.1)	225	27.1	(25.8 - 28.5)	1634	24.7	(24.1 - 25.3)
Sul/Sudeste	259	23.2	(22.2 - 24.2)	354	26.2	(24.8 - 27.6)	227	28.2	(26.2 - 30.2)	140	28.3	(26.1 - 30.4)	980	26.2	(24.7 - 27.6)
<b>Brasil</b>	<b>1521</b>	<b>22.9</b>	<b>(22.5 - 23.3)</b>	<b>2225</b>	<b>25.1</b>	<b>(24.5 - 25.7)</b>	<b>1456</b>	<b>26.9</b>	<b>(26.1 - 27.6)</b>	<b>807</b>	<b>26.9</b>	<b>(26.0 - 27.7)</b>	<b>6009</b>	<b>25.2</b>	<b>(24.7 - 25.8)</b>



Figura 7.6. Médias de IMC por faixa, segundo macrorregião, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.



As prevalências de IMC por categoria de baixo peso, peso adequado, sobrepeso e obesidade segundo macrorregiões são apresentadas na Tabela 7.15. A prevalência de IMC adequado no conjunto das mulheres indígenas no Brasil correspondeu a 51,8% (IC<sub>95%</sub>: 47,4-56,2). A proporção de mulheres com baixo peso foi pequena (2,3%; IC<sub>95%</sub>: 0,2-3,2), ao passo que 45,9% das mulheres apresentaram algum grau de excesso de peso, sendo mais freqüente o sobrepeso (30,2%; IC<sub>95%</sub>: 28,2-32,3) do que a obesidade (15,7%; IC<sub>95%</sub>: 12,4-19,6). Tal comportamento foi semelhante em todas as macrorregiões, apesar das diferenças entre elas quanto às magnitudes das prevalências observadas nas categorias correspondentes de IMC.

De modo consistente, verificam-se baixas prevalências de baixo peso, sendo as prevalências dessa categoria de maior magnitude no Nordeste e Sul/Sudeste. Identifica-se claramente um desvio da distribuição de freqüência de mulheres da



## **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**

categoria de peso adequado para as categorias de sobrepeso e obesidade, à medida que se segue do Norte para o Nordeste, Centro-Oeste e Sul-Sudeste. Ressaltam-se as prevalências de obesidade no Sul/Sudeste e Centro-Oeste, que atingem 22,4% e 17,5%, respectivamente, superando em 3,7 vezes e 2,9 vezes a prevalência de obesidade observada no Norte e em 1,7 vezes e 1,3 vezes a mesma prevalência observada no Nordeste.

A análise estratificada por faixa etária auxilia na melhor compreensão do comportamento da prevalência de categorias de estado nutricional avaliado pelo IMC. Verifica-se, em linhas gerais, um decréscimo progressivo das prevalências de IMC adequado, ao mesmo tempo em que ocorre incremento das prevalências de sobrepeso e obesidade conforme aumenta a idade, sendo essas tendências observadas em todas as macrorregiões.

Ressalta-se que para o conjunto das macrorregiões, o decréscimo das prevalências de peso adequado foram estatisticamente significativos conforme aumenta a idade, assim como na categoria de IMC correspondente à obesidade, o aumento foi significativo com a idade, exceto ao se comparar a faixa de 30 a 39 a 40 a 49 anos.

Tabela 7.15. Distribuição das mulheres de 14 a 49 anos por categorias de IMC, segundo macrorregião, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

Local	Baixo peso			Peso adequado			Sobrepeso			Obesidade		
	n	%	IC <sub>95%</sub>	n	%	IC <sub>95%</sub>	n	%	IC <sub>95%</sub>	n	%	IC <sub>95%</sub>
<b>Macrorregião</b>												
<b>Norte</b>												
14-19 anos	5	0.9	(0.3 - 2.4)	489	83.0	(78.6 - 86.6)	91	14.9	(11.7 - 18.8)	8	1.2	(0.5 - 2.9)
20-29 anos	28	3.6	(2.3 - 5.5)	518	65.9	(56.7 - 74.1)	193	24.1	(19.7 - 29.2)	50	6.4	(2.6 - 14.7)
30-39 anos	12	2.1	(1.2 - 3.7)	303	56.1	(46.9 - 65.0)	177	32.4	(26.9 - 38.6)	50	9.3	(5.6 - 15.1)
40-49 anos	6	1.9	(0.8 - 4.4)	169	56.2	(46.7 - 65.2)	97	32.7	(25.2 - 41.2)	27	9.3	(6.5 - 13.2)
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>2.3</b>	<b>(1.6 - 3.3)</b>	<b>1479</b>	<b>66.7</b>	<b>(59.7 - 73.1)</b>	<b>558</b>	<b>24.9</b>	<b>(21.0 - 29.2)</b>	<b>135</b>	<b>6.1</b>	<b>(3.5 - 10.5)</b>
<b>Centro-Oeste</b>												
14-19 anos	2	0.7	(0.0 - 7.4)	185	64.0	(57.6 - 70.0)	85	29.2	(23.8 - 35.1)	18	6.1	(3.7 - 10.0)
20-29 anos	7	1.4	(0.4 - 4.7)	214	47.3	(40.4 - 54.3)	160	34.7	(30.1 - 39.5)	75	16.6	(12.1 - 22.4)
30-39 anos	0	--	--	93	33.4	(23.3 - 45.5)	106	37.5	(31.2 - 44.3)	84	29.0	(19.0 - 41.7)
40-49 anos	2	1.4	(0.3 - 6.3)	53	37.1	(30.5 - 44.3)	58	40.5	(31.7 - 50.0)	30	21.0	(11.2 - 35.8)
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>1.0</b>	<b>(0.3 - 2.4)</b>	<b>545</b>	<b>46.9</b>	<b>(40.6 - 53.2)</b>	<b>409</b>	<b>34.7</b>	<b>(31.9 - 37.7)</b>	<b>207</b>	<b>17.5</b>	<b>(12.9 - 23.5)</b>
<b>Nordeste</b>												
14-19 anos	11	2.9	(1.6 - 5.2)	293	76.4	(70.6 - 81.4)	61	16.4	(13.0 - 20.6)	14	4.2	(2.3 - 7.7)
20-29 anos	33	5.2	(2.9 - 9.2)	369	58.8	(53.6 - 63.7)	162	26.1	(22.4 - 30.2)	62	9.9	(7.0 - 14.0)
30-39 anos	9	2.5	(1.3 - 4.6)	171	42.3	(34.4 - 50.6)	142	34.9	(29.8 - 40.4)	82	20.4	(15.6 - 26.1)
40-49 anos	6	2.4	(0.8 - 7.2)	78	35.1	(27.4 - 43.6)	83	37.0	(30.8 - 43.6)	58	25.5	(17.1 - 36.2)
<b>Total</b>	<b>59</b>	<b>3.6</b>	<b>(2.4 - 5.4)</b>	<b>911</b>	<b>55.5</b>	<b>(50.1 - 60.7)</b>	<b>448</b>	<b>27.6</b>	<b>(24.9 - 30.4)</b>	<b>216</b>	<b>13.3</b>	<b>(10.0 - 17.5)</b>
<b>Sul/Sudeste</b>												
14-19 anos	2	0.6	(0.1 - 2.9)	168	63.9	(51.2 - 74.9)	79	31.3	(22.0 - 42.4)	10	4.2	(1.8 - 9.3)
20-29 anos	11	3.0	(1.2 - 7.4)	158	44.0	(31.8 - 56.9)	112	31.6	(25.4 - 38.6)	73	21.4	(12.7 - 33.6)
30-39 anos	4	1.7	(0.7 - 4.4)	63	28.2	(17.6 - 42.0)	77	33.8	(26.3 - 42.2)	83	36.3	(21.4 - 54.5)
40-49 anos	7	5.2	(1.9 - 13.6)	36	25.9	(15.3 - 40.3)	47	33.1	(25.1 - 42.3)	50	35.8	(21.1 - 53.8)
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>2.4</b>	<b>(1.2 - 4.7)</b>	<b>425</b>	<b>43.0</b>	<b>(32.3 - 54.3)</b>	<b>315</b>	<b>32.2</b>	<b>(27.6 - 37.3)</b>	<b>216</b>	<b>22.4</b>	<b>(13.8 - 34.1)</b>
<b>Brasil</b>												
14-19 anos	20	1.2	(0.7 - 2.2)	1135	70.8	(66.2 - 75.1)	316	23.9	(20.3 - 28.0)	50	4.0	(2.8 - 5.7)
20-29 anos	79	3.3	(2.2 - 4.8)	1259	52.9	(47.9 - 57.8)	627	29.5	(26.9 - 32.3)	260	14.3	(10.9 - 18.5)
30-39 anos	25	1.6	(1.0 - 2.5)	630	38.9	(33.6 - 44.4)	502	34.7	(31.6 - 38.0)	299	24.9	(19.5 - 31.1)
40-49 anos	21	3.0	(1.6 - 5.6)	336	36.7	(31.7 - 41.9)	285	35.7	(31.8 - 39.7)	165	24.7	(18.9 - 31.5)
<b>Total</b>	<b>145</b>	<b>2.3</b>	<b>(1.7 - 3.2)</b>	<b>3360</b>	<b>51.8</b>	<b>(47.4 - 56.2)</b>	<b>1730</b>	<b>30.2</b>	<b>(28.2 - 32.3)</b>	<b>774</b>	<b>15.7</b>	<b>(12.4 - 19.6)</b>

Tendo em vista a relação descrita na literatura entre doenças e agravos não transmissíveis (DANT), entre elas a hipertensão arterial e o diabetes mellitus, e o excesso de peso, analisou-se o comportamento das prevalências de alteração do nível tensional sugestivo de hipertensão arterial (pelos critérios JNC e OMS) e de alteração do nível glicêmico sugestivo de diabetes mellitus por categorias de IMC (Tabelas 7.16 e 7.17).



## **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**

Verifica-se um incremento progressivo das prevalências de nível tensional alterado sugestivo de hipertensão, classificada pelo critério JNC, à medida que aumenta o IMC. Essa tendência é observada em todas as macrorregiões. De forma geral, as diferenças entre as prevalências de nível tensional alterado sugestivo de hipertensão arterial são significativas quando se compara as prevalências nos obesos com as prevalências das demais categorias de IMC, sobretudo a de peso adequado e de baixo peso. No Sul/Sudeste e no Brasil como um todo, as prevalências de nível tensional alterado diferem significativamente entre as mulheres com sobrepeso e as obesas, com maior prevalência nas últimas.

O comportamento das prevalências de nível tensional elevado sugestivo de hipertensão arterial pelo critério OMS segue o mesmo comportamento anteriormente descrito para o critério JNC.



## Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

Tabela 7.16. Prevalências de nível tensional elevado sugestivo de hipertensão arterial classificada pelos critérios JNC e OMS, segundo categorias de IMC e macrorregião, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

Local	Nível tensional elevado indicativo de HAS (JNC)			Nível tensional elevado indicativo de HAS (OMS)		
	n	%	IC <sub>95%</sub>	n	%	IC 95%
<b>Macrorregião</b>						
<b>Norte</b>						
Baixo peso	0	-	-	0	-	-
Adequado	29	2.6	(1.7 - 4.0)	17	1.6	(1.0 - 2.4)
Sobrepeso	25	5.3	(3.2 - 8.4)	15	3.1	(1.9 - 5.1)
Obesidade	13	9.8	(6.2 - 15.1)	10	7.4	(4.4 - 12.2)
<b>Centro-Oeste</b>						
Baixo peso	0	-	-	0	-	-
Adequado	45	10.7	(8.1 - 14.1)	30	7.1	(5.0 - 10.0)
Sobrepeso	70	20.7	(12.4 - 32.6)	45	13.2	(8.4 - 20.2)
Obesidade	50	25.9	(19.1 - 34.2)	28	14.4	(9.6 - 20.9)
<b>Nordeste</b>						
Baixo peso	2	3.4	(0.7 - 15.3)	1	1.4	(0.1 - 12.3)
Adequado	49	7.1	(4.3 - 11.3)	30	4.2	(2.7 - 6.5)
Sobrepeso	55	13.2	(9.4 - 18.4)	43	10.4	(7.0 - 15.2)
Obesidade	50	23.4	(15.1 - 34.4)	45	20.8	(12.7 - 32.1)
<b>Sul/Sudeste</b>						
Baixo peso	2	8.2	(2.3 - 25.3)	1	4.8	(0.8 - 24.2)
Adequado	34	11.1	(7.9 - 15.3)	24	8.0	(5.2 - 12.2)
Sobrepeso	40	15.6	(11.0 - 21.7)	30	11.9	(7.6 - 18.3)
Obesidade	63	29.3	(26.4 - 32.3)	40	18.8	(14.8 - 23.7)
<b>Brasil</b>						
<b>Baixo peso</b>	<b>4</b>	<b>3.9</b>	<b>(1.5 - 9.9)</b>	<b>2</b>	<b>2.1</b>	<b>(0.5 - 8.3)</b>
<b>Adequado</b>	<b>157</b>	<b>7.7</b>	<b>(6.2 - 9.7)</b>	<b>101</b>	<b>5.1</b>	<b>(3.9 - 6.6)</b>
<b>Sobrepeso</b>	<b>190</b>	<b>14.7</b>	<b>(11.6 - 18.4)</b>	<b>133</b>	<b>10.4</b>	<b>(8.2 - 13.1)</b>
<b>Obesidade</b>	<b>176</b>	<b>25.6</b>	<b>(22.6 - 28.8)</b>	<b>123</b>	<b>17.2</b>	<b>(14.3 - 20.5)</b>

Considerando o conjunto das macrorregiões, a frequência de mulheres com nível glicêmico elevado foi baixa, resultando em estimativas pouco precisas quando se analisam as prevalências alteração glicêmica sugestiva de diabetes mellitus por

categorias de IMC. De forma geral, verifica-se que as prevalências de DM são mais elevadas na categoria de IMC correspondente à obesidade e ao sobrepeso. Entretanto, não se verifica claramente uma tendência de incremento das prevalências de nível glicêmico elevado com o aumento do IMC na macrorregião Norte. Ainda assim, é possível verificar um incremento estatisticamente significativo das prevalências de DM quando aumenta o IMC no conjunto das mulheres indígenas no Brasil.

Tabela 7.17. Prevalências de nível glicêmico elevado sugestivo de diabetes mellitus, segundo categorias de IMC e macrorregião, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

Local	Nível glicêmico elevado indicativo de diabetes mellitus		
	n	%	IC <sub>95%</sub>
<b>Macrorregião</b>			
<b>Norte</b>			
Baixo peso	0	--	--
Adequado	4	0.3	(0.1 - 0.7)
Sobrepeso	6	1.0	(0.4 - 2.5)
Obesidade	1	0.9	(0.2 - 3.6)
<b>Centro-Oeste</b>			
Baixo peso	0	--	--
Adequado	2	0.4	(0.0 - 1.6)
Sobrepeso	3	0.7	(0.2 - 2.2)
Obesidade	5	2.5	(1.2 - 4.8)
<b>Nordeste</b>			
Baixo peso	1	2.0	(0.2 - 15.4)
Adequado	2	0.3	(0.0 - 1.1)
Sobrepeso	6	1.3	(0.7 - 2.7)
Obesidade	7	3.6	(1.3 - 9.4)
<b>Sul/Sudeste</b>			
Baixo peso	0	--	--
Adequado	0	--	--
Sobrepeso	2	0.7	(0.2 - 2.5)
Obesidade	5	2.5	(1.1 - 5.6)
<b>Brasil</b>			
<b>Baixo peso</b>	1	0,8	(0.1-0.6)
<b>Adequado</b>	8	0.2	(0.1 - 5.7)
<b>Sobrepeso</b>	17	0.9	(0.6 - 1.4)
<b>Obesidade</b>	18	2.6	(1.7 - 4.1)



## **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**

Com o intuito de melhor investigar o comportamento da variação conjunta das variáveis inicialmente exploradas na análise descritiva e estratificada, buscou-se determinar o grau de correlação de Pearson entre algumas delas, de natureza contínua (Tabelas 7.18 a 7.22). A correlação de Pearson pode assumir valores positivos ou negativos, numa escala de -1 a + 1. Tanto mais próxima de 1, maior a correlação positiva entre as variáveis analisadas; por outro lado, tanto mais próxima de -1, maior a correlação inversa entre as variáveis analisadas.

Para esta análise, foram incluídas na matriz de correlação as variáveis idade, peso, estatura, IMC, pressão arterial sistólica, pressão arterial diastólica e glicemia. Foram construídas matrizes de correlação para o conjunto das mulheres indígenas no Brasil e para cada macrorregião, separadamente. Também foram calculados coeficientes de correlação de Pearson para investigar o comportamento conjunto do nível sérico de hemoglobina, da idade e das variáveis antropométricas.

Para o conjunto das mulheres indígenas no Brasil, verificou-se que idade apresentou correlação estatisticamente significativa com todas as variáveis testadas. A idade apresentou correlação inversa somente com a estatura, embora esta tenha sido bastante fraca. Por outro lado, com as demais variáveis analisadas, a idade se correlacionou positivamente, destacando-se o grau de correlação mais elevado com as pressões arteriais sistólica e diastólica, e a baixa correlação positiva com a glicemia.

Tanto a pressão arterial sistólica (PAS) quanto a pressão arterial diastólica (PAD) apresentaram correlação positiva com as demais variáveis analisadas, além da idade. A PAS apresentou forte correlação com a PAD. Ressalta-se a moderada correlação com o IMC, sobretudo da PAS. A correlação da PAS com estatura foi fraca. O IMC apresentou forte correlação com o peso e correlação sofrível e inversa com a estatura, assim como a glicemia. Apesar de baixas, as maiores correlações da glicemia foram verificadas com IMC e peso.

As análises das correlações por macrorregião revelam importantes diferenças nas magnitudes das correlações entre as variáveis, a depender do local de residência

das mulheres, embora sejam mantidos os sentidos das correlações observadas. As correlações do Norte são, em geral, mais fracas do que as correlações médias correspondentes nacionais. As correlações do Nordeste são discretamente inferiores às correlações médias brasileiras, enquanto o Sul/Sudeste e Centro-Oeste apresentam as correlações mais fortes e superiores às médias nacionais, sobretudo quando se avalia a PAS e PAD.

Ressalta-se que, no Norte, as correlações da PAS e da PAD com a idade são fracas (inferiores a 0,18), ao passo que as correlações mais fortes, embora inferiores a 0,30, são entre IMC, PAS, PAD. No Centro-Oeste e Sul/Sudeste, as correlações da PAS e da PAD com a idade são fortes e superam 0,42, assim como a correlação de idade com IMC e de IMC com PAS e PAD, embora estas últimas sejam de menores magnitudes.

A matriz de correlação do conjunto das mulheres indígenas mostra que a pressão arterial, a glicemia e a obesidade variam positivamente com a idade, evidenciando a tendência às desordens metabólicas e, sobretudo, o aumento da pressão arterial e da obesidade com a idade. A análise estratificada por macrorregião revela que, apesar da tendência comum em todas as macrorregiões, as correlações são mais fracas no Norte, denotando diferenças marcantes na expressão e magnitude dos fatores de risco para DANT entre o Norte e as demais macrorregiões.

Tabela 7.18. Matriz de correlação de Pearson, com as variáveis Idade, PAS, PAD, IMC, peso, estatura e glicemia, para o conjunto das macrorregiões, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

	<b>Idade</b>	<b>Sistólica</b>	<b>Diastólica</b>	<b>IMC</b>	<b>Peso</b>	<b>Estatura</b>	<b>Glicemia</b>
<b>Idade</b>	1,0000						
<b>Sistólica</b>	0.3490*	1,0000					
<b>Diastólica</b>	0.3234*	0.8927*	1,0000				
<b>IMC</b>	0.3052*	0.3138*	0.2746*	1,0000			
<b>Peso</b>	0.2435*	0.2755*	0.2529*	0.9204*	1,0000		
<b>Estatura</b>	-0.0686*	0.0139*	0.0513*	-0.0057	0.3878*	1,0000	
<b>Glicemia</b>	0.1239*	0.1040*	0.0889	0.1555*	0.1262*	-0.0267*	1,0000

\* p-valor <0,05 (teste t bi-caudal)

Tabela 7.19. Matriz de correlação de Pearson, com as variáveis Idade, PAS, PAD, IMC, peso, estatura e glicemia, , macrorregião Norte, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

	<b>Idade</b>	<b>Sistólica</b>	<b>Diastólica</b>	<b>IMC</b>	<b>Peso</b>	<b>Estatura</b>	<b>Glicemia</b>
<b>Idade</b>	1,0000						
<b>Sistólica</b>	0.1545*	1,0000					
<b>Diastólica</b>	0.0989*	0.8664*	1,0000				
<b>IMC</b>	0.2472*	0.3081*	0.2852*	1,0000			
<b>Peso</b>	0.1599*	0.2539*	0.2501*	0.9053*	1,0000		
<b>Estatura</b>	-0.0864*	0.0256*	0.0551*	0.0914*	0.5067*	1,0000	
<b>Glicemia</b>	0.1461*	0.1242*	0.1058*	0.1209*	0.0719*	-0.0503*	1,0000

\* p-valor <0,05 (teste t bi-caudal)

Tabela 7.20. Matriz de correlação de Pearson, com as variáveis Idade, PAS, PAD, IMC, peso, estatura e glicemia, , macrorregião Centro-Oeste, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

	<b>Idade</b>	<b>Sistólica</b>	<b>Diastólica</b>	<b>IMC</b>	<b>Peso</b>	<b>Estatura</b>	<b>Glicemia</b>
<b>Idade</b>	1,0000						
<b>Sistólica</b>	0.4470*	1,0000					
<b>Diastólica</b>	0.4460*	0.9049*	1,0000				
<b>IMC</b>	0.2608*	0.2687*	0.2436*	1,0000			
<b>Peso</b>	0.1905*	0.2037*	0.1822*	0.9353*	1,0000		
<b>Estatura</b>	-0.1104*	-0.0736*	-0.0634*	0.0782*	0.4224*	1,0000	
<b>Glicemia</b>	0.1678*	0.0628*	0.0681*	0.1113*	0.0875*	-0.0243*	1,0000

\* p-valor <0,05 (teste t bi-caudal)

Tabela 7.21. Matriz de correlação de Pearson, com as variáveis Idade, PAS, PAD, IMC, peso, estatura e glicemia, , macrorregião Nordeste, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

	<b>Idade</b>	<b>Sistólica</b>	<b>Diastólica</b>	<b>IMC</b>	<b>Peso</b>	<b>Estatura</b>	<b>Glicemia</b>
<b>Idade</b>	1,0000						
<b>Sistólica</b>	0.3234*	1,0000					
<b>Diastólica</b>	0.2783*	0.8647*	1,0000				
<b>IMC</b>	0.3611*	0.2723*	0.2199*	1,0000			
<b>Peso</b>	0.2789*	0.2114*	0.1767*	0.9267*	1,0000		
<b>Estatura</b>	-0.1234*	-0.0594*	-0.0214*	-0.0310	0.3515*	1,0000	
<b>Glicemia</b>	0.1718*	0.1067*	0.0769*	0.1373*	0.1072*	-0.0478	1,0000

\* p-valor <0,05 (teste t bi-caudal)

Tabela 7.22. Matriz de correlação de Pearson, com as variáveis Idade, PAS, PAD, IMC, peso, estatura e glicemia, macrorregião Sul/Sudeste, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

	<b>Idade</b>	<b>Sistólica</b>	<b>Diastólica</b>	<b>IMC</b>	<b>Peso</b>	<b>Estatura</b>	<b>Glicemia</b>
<b>Idade</b>	1,0000						
<b>Sistólica</b>	0.4246*	1,0000					
<b>Diastólica</b>	0.4204*	0.9059*	1,0000				
<b>IMC</b>	0.3457*	0.3059*	0.2579*	1,0000			
<b>Peso</b>	0.3280*	0.2717*	0.2292*	0.9235*	1,0000		
<b>Estatura</b>	-0.0189*	-0.0483*	-0.0329*	-0.1876*	0.2035*	1,0000	
<b>Glicemia</b>	0.0706*	0.1099*	0.0872*	0.1897*	0.1619*	-0.0513*	1,0000

\* p-valor <0,05 (teste t bi-caudal)

A análise da correlação do nível sérico de hemoglobina com a idade e variáveis antropométricas está apresentada na Tabela 7.23. Verifica-se que as correlações da hemoglobina são fracas com todas as variáveis testadas, corroborando a os dados das análises das médias de hemoglobina e prevalência de anemia por estratos de idade, em que não se identificou clara relação entre anemia e idade.



## Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

Tabela 7.23. Correlação de Pearson entre nível de hemoglobina e idade, IMC, peso e estatura, segundo macrorregiões, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

Local	Idade	IMC	Peso	Estatura
<b>Macrorregião</b>				
Norte	0.0126	0.1701*	0.1480*	0.0707*
Centro-Oeste	0.0201*	0.0320*	0.0302*	0.0372*
Nordeste	0.0286*	0.0501*	0.0526*	0.0586*
Sul/Sudeste	0.0756*	0.1286*	0.1336*	0.0432*
<b>Brasil</b>	<b>0.0412*</b>	<b>0.1021*</b>	<b>0.1256*</b>	<b>0.1231*</b>

\* p-valor <0,05 (teste t bi-caudal)

As mulheres entrevistadas foram perguntadas se receberam tratamento para tuberculose e malária nos 12 meses anteriores à entrevista (Tabela 7.24). Para tuberculose, 1,6% das mulheres referiram ter recebido tratamento, com destaque para a macrorregião Centro-Oeste (3,0%), que foi a única a apresentar proporção superior à média nacional, embora sem diferença estatisticamente significativa em relação às demais. A proporção para o Centro-Oeste superou em 2 vezes a do Sul/Sudeste, que apresentou a segunda maior proporção (1,5%). A menor proporção foi observada no Nordeste (0,7%). Esses resultados precisam ser analisados com especial cautela, uma vez que o tratamento não reflete somente a carga de doenças, mas também o acesso e a utilização do serviço de saúde, sem considerar os aspectos relacionados à sua qualidade.

Quanto à malária, observa-se que quase um quarto (22,3%) das mulheres da macrorregião Norte referiram ter recebido tratamento nos 12 meses anteriores à entrevista. Nas demais macrorregiões, as proporções são próximas ou iguais a zero. Ressalte-se que, apesar de haver áreas endêmica de malária no Centro-Oeste, foi baixa a proporção de mulheres que referiram tratamento nesta região.



## Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

Tabela 7.24. Percentual de mulheres de 14 a 49 anos que referiram ter recebido tratamento para tuberculose e malária nos últimos 12 meses, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

Local	Recebeu tratamento nos últimos 12 meses:					
	Tuberculose			Malária		
	n	%	IC <sub>95%</sub>	n	%	IC <sub>95%</sub>
<b>Macrorregião</b>						
Norte	30	1.2	(0.7 - 2.1)	569	23.0	(16.6 - 30.9)
Centro-Oeste	38	3.0	(2.0 - 4.5)	4	0.3	(0.0 - 2.7)
Nordeste	12	0.7	(0.2 - 2.2)	5	0.3	(0.1 - 0.9)
Sul/Sudeste	15	1.5	(0.6 - 3.9)	0	--	--
<b>Brasil</b>	<b>95</b>	<b>1.6</b>	<b>(1.1 - 2.3)</b>	<b>578</b>	<b>4.9</b>	<b>(2.8 - 8.6)</b>

Os procedimentos de análise cujos resultados foram apresentados acima caracterizam-se como de natureza descritiva, buscando-se explorar possíveis associações entre as variáveis analisadas. Através de análises de regressão multivariada é possível levar em consideração os efeitos concomitantes de múltiplas co-variáveis sobre o desfecho, assim como controlar confundimento e analisar possíveis interações.

Foram conduzidas análises de regressão multivariada, cujos resultados são apresentados nas Tabelas 7.25 a 7.33. Realizaram-se análises visando identificar diferenças quanto ao número de filhos tidos pelas mulheres indígenas ao longo da vida (paridade) entre as macrorregiões. Ajustando-se para a idade da mãe, verifica-se que em todas as macrorregiões a paridade é menor em relação ao Norte, embora essa diferença não seja estatisticamente significativa somente em relação ao Centro-Oeste. As mulheres do Sul/Sudeste e, sobretudo as do Nordeste, tiveram em média, um menor número de filhos ao longo da vida, após ajuste por idade da mulher (Tabela 7.25). Os resultados da regressão confirmam a significância estatística na diferença de filhos tidos pelas mulheres segundo macrorregiões, tal

como evidenciado pela análise das estatísticas descritivas dessa variável, apresentadas no início deste capítulo.

Tabela 7.25. Resultados da análise de regressão linear multivariada, tendo como variável dependente o número de filhos tidos pela mulher ao longo da vida, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

	<b>Coefficiente</b>	<b>Erro padrão</b>	<b>t</b>	<b>P&gt; t </b>	<b>IC<sub>95%</sub></b>
Centro-Oeste	-0,15	0,14	-1,06	0,29	(-0,4 - 0,1)
Nordeste	-1,06	0,15	-7,26	0,00	(-1,4 - -0,8)
Sul/Sudeste	-0,58	0,13	-4,49	0,00	(-0,8 - -0,3)
Idade	0,23	0,01	38,14	0,00	(0,2 - 0,2)
Constante	-2,65	0,18	-14,53	0,00	(-3,0 - -2,3)

Ao se analisar as diferenças quanto ao número de filhos menores de 60 meses entre as macrorregiões, ou seja, uma aproximação da paridade recente, observa-se um padrão similar ao detectado para o número de filhos tidos ao longo da vida (Tabela 7.26). Controlando-se para a idade da mãe, e tomando a macrorregião Norte como referência, observa-se que as mulheres do Nordeste e Sul/Sudeste possuem, em média, menos filhos vivos com idade inferior a cinco anos. Mais uma vez, não se verifica a existência de diferença estatisticamente significativa entre o Norte e Centro-Oeste.

Tabela 7.26. Resultados da análise de regressão linear multivariada, tendo como variável dependente o número de filhos menores de 60 meses da mulher entrevistada, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

	<b>Coefficiente</b>	<b>Erro padrão</b>	<b>t</b>	<b>P&gt;  t  </b>	<b>IC<sub>95%</sub></b>
Centro-Oeste	-0,12	0,06	-1,94	0,06	(-0.2 - 0.0)
Nordeste	-0,29	0,04	-7,38	0,00	(-0.4 - -0.2)
Sul/Sudeste	-0,29	0,04	-6,54	0,00	(-0.4 - -0.2)
Idade	-0,03	0,00	-21,53	0,00	(-0.0 - -0.0)
Constante	2,27	0,06	40,44	0,00	(2.2 - 2.4)

Ao se analisar as diferenças quanto ao número de filhos vivos (independentemente da idade), controlando-se para a idade da mãe, observa-se um padrão similar ao detectado para o número de filhos tidos e filhos vivos menores que 60 meses (Tabela 7.27), ou seja, ausência de diferença estatisticamente significativa entre as mulheres das macrorregiões Norte e Centro-Oeste e valores significativamente menores para as mulheres do Nordeste e Sul/Sudeste. Os resultados indicam que as mulheres dessas duas macrorregiões têm, em média, menos filhos ao longo da vida e também menor número total de filhos vivos, inclusive com idade inferior a 60 meses do que as do Norte e Centro-Oeste. Como dito anteriormente neste capítulo, trata-se de uma questão complexa que pode refletir tanto a paridade quanto a mortalidade, necessitando de análises adicionais para sua melhor compreensão.

Tabela 7.27. Resultados da análise de regressão linear multivariada, tendo como variável dependente o número de filhos vivos da mulher entrevistada, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

	<b>Coefficiente</b>	<b>Erro padrão</b>	<b>t</b>	<b>P&gt;  t  </b>	<b>IC<sub>95%</sub></b>
Centro-Oeste	-0,20	0,11	-1,81	0,07	(-0.4 - 0.0)
Nordeste	-1,03	0,12	-8,26	0,00	(-1.3 - -0.8)
Sul/Sudeste	-0,52	0,11	-4,53	0,00	(-0.7 - -0.3)
Idade	0,17	0,01	29,20	0,00	(0.2 - 0.2)
Constante	-1,20	0,19	-6,46	0,00	(-1.6 - -0.8)

Os resultados de análises de regressão multivariada para a comparação dos valores do índice de massa corporal (IMC) entre as macrorregiões indicam diferenças importantes (Tabela 7.28). Para a análise, não foram incluídas as mulheres que estavam grávidas. As mulheres da macrorregião Norte apresentam, em média, valores de IMC mais baixos e estatisticamente significativos que as mulheres das demais macrorregiões, sobretudo do Sul/Sudeste e do Centro-Oeste, após controle para idade e número de filhos tidos. Verifica-se um incremento médio de 0,14 kg/m<sup>2</sup> no IMC a cada incremento de um ano na idade das mulheres. Os resultados também sugerem que o IMC não está associado ao número de filhos tidos pelas mulheres (paridade).

Tabela 7.28. Resultados da análise de regressão linear multivariada, tendo como variável dependente o índice de massa corporal (IMC), Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

	<b>Coefficiente</b>	<b>Erro padrão</b>	<b>t</b>	<b>P&gt;  t  </b>	<b>IC<sub>95%</sub></b>
Centro-Oeste	2,17	0,46	4,74	0,00	(1.3 - 3.1)
Nordeste	0,95	0,42	2,29	0,02	(0.1 - 1.8)
Sul/Sudeste	2,45	0,80	3,05	0,00	(0.9 - 4.0)
Idade	0,15	0,02	9,73	0,00	(0.1 - 0.2)
Paridade*	0,05	0,05	0,99	0,33	(-0.0 - 0.1)
Constante	19,53	0,42	46,91	0,00	(18.7 - 20.4)

Nota: \*Número de filhos tidos pela mulher ao longo da vida.



Há diferenças significativas entre os níveis de pressão sistólica das mulheres indígenas segundo macrorregiões (Tabela 7.29). Para fins desta análise, foram incluídas somente as mulheres a partir de 18 anos de idade não grávidas. As mulheres da macrorregião Norte apresentam, em média, valores de pressão arterial sistólica mais baixos que as mulheres das demais macrorregiões, após controle para idade, IMC e uso de medicação anti-hipertensiva. Em média, os valores de pressão arterial sistólica das mulheres do Centro-Oeste são 7,58 mmHg superiores àqueles da macrorregião Norte, enquanto que para o Sul/Sudeste e o Nordeste, esses valores correspondem a 6,88 e 3,93 mmHg, respectivamente. Há um aumento da pressão sistólica com a idade e com o IMC, conforme verificado nas análises de correlação de Pearson.

Tabela 7.29. Resultados da análise de regressão linear multivariada, tendo como variável dependente o nível de pressão arterial sistólica, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

	<b>Coefficiente</b>	<b>Erro padrão</b>	<b>t</b>	<b>P&gt;  t  </b>	<b>IC<sub>95%</sub></b>
Centro-Oeste	7,58	1,59	4,77	0,00	(4.4 - 10.7)
Nordeste	3,93	1,12	3,50	0,00	(1.7 - 6.2)
Sul/Sudeste	6,88	1,39	4,95	0,00	(4.1 - 9.6)
Idade	0,48	0,04	11,76	0,00	(0.4 - 0.6)
IMC	0,53	0,05	10,21	0,00	(0.4 - 0.6)
Medicamento*	-14,46	1,44	-10,02	0,00	(-17.3 - -11.6)
Constante	97,07	2,21	43,86	0,00	(92.7 - 101.5)

Nota: \*Se estava utilizando medicamento alopático para controlar pressão.

Os resultados das análises de regressão para pressão arterial diastólica são semelhantes aos verificados para a pressão arterial sistólica (Tabela 7.30). Para fins desta análise, tal como na anterior, foram incluídas somente as mulheres a partir de 18 anos de idade não grávidas. As mulheres da macrorregião Norte apresentam, em média, valores de pressão diastólica mais baixos que as mulheres das demais



## Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

macrorregiões, após controle por idade, IMC e uso de medicação anti-hipertensiva. Em média, os valores de pressão arterial diastólica das mulheres do Centro-Oeste são 7,55 mmHg superiores àqueles da macrorregião Norte, enquanto que para o Sul/Sudeste e o Nordeste, esses valores correspondem a 5,87 e 5,04 mmHg, respectivamente. Há um aumento da pressão arterial diastólica com a idade e com o IMC, conforme verificado nas análises de correlação de Pearson.

Tabela 7.30. Resultados da análise de regressão linear multivariada, tendo como variável dependente o nível de pressão arterial diastólica, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

	<b>Coefficiente</b>	<b>Erro padrão</b>	<b>t</b>	<b>P&gt;  t  </b>	<b>IC<sub>95%</sub></b>
Centro-Oeste	7,55	1,20	6,27	0,00	(5.2 - 9.9)
Nordeste	5,04	0,99	5,07	0,00	(3.1 - 7.0)
Sul/Sudeste	5,87	0,97	6,02	0,00	(3.9 - 7.8)
Idade	0,31	0,03	9,79	0,00	(0.2 - 0.4)
IMC	0,31	0,05	6,31	0,00	(0.2 - 0.4)
Medicamento*	-9,71	0,98	-9,88	0,00	(-11.7 - -7.8)
Constante	60,91	1,72	35,39	0,00	(57.5 - 64.3)

Nota: \*Se estava utilizando medicamento alopático para controlar pressão.

Quanto aos níveis de glicemia, o perfil observado entre as mulheres das diversas macrorregiões é distinto daquele delineado para as variáveis anteriormente descritas (Tabela 7.31). Para fins desta análise, foram excluídas as grávidas. Não se observou diferenças estatisticamente significativas, em média, entre as glicemias das mulheres do Norte e daquelas das demais macrorregiões, após controle para IMC, idade e número de filhos tidos ao longo da vida. Contudo, observa-se que há uma relação positiva entre glicemia e idade, assim como entre glicemia e IMC, após controle pelas demais.



## Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

Tabela 7.31. Resultados da análise de regressão linear multivariada, tendo como variável dependente o nível de glicemia, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

	<b>Coefficiente</b>	<b>Erro padrão</b>	<b>t</b>	<b>P&gt;  t  </b>	<b>IC<sub>95%</sub></b>
Centro-Oeste	1,22	1,52	0,80	0,43	(-1.8 - 4.2)
Nordeste	0,95	2,19	0,43	0,67	(-3.4 - 5.3)
Sul/Sudeste	0,25	1,97	0,13	0,90	(-3.7 - 4.2)
Idade	0,45	0,09	4,72	0,00	(0.3 - 0.6)
IMC	0,89	0,19	4,64	0,00	(0.5 - 1.3)
Paridade*	-0,70	0,33	-2,12	0,04	(-1.4 - -0.0)
Constante	68,59	4,20	16,33	0,00	(60.3 - 76.9)

Nota: \*Número de filhos tidos pela mulher ao longo da vida.

Em relação à anemia, as mulheres da macrorregião Norte apresentam maiores prevalências se comparadas àquelas das demais macrorregião. Para fins desta análise (regressão de Poisson), as mulheres grávidas foram incluídas. Como se observa na Tabela 7.32 as prevalências de anemia nas macrorregiões Centro-Oeste, Nordeste e Sul/Sudeste são, em média, significativamente inferiores à prevalência verificada no Norte, após controle por idade, paridade ao longo da vida e paridade recente e referência ao tratamento de malária nos últimos 12 meses. Os achados da regressão também evidenciam associação positiva entre anemia e o número de filhos vivos com idade inferior a 60 meses. Não se verificou associação significativa entre tratamento de malária no último ano e anemia, apesar da direção da associação ter sido positiva. É possível que essas mulheres tenham tido tratamento específico para redução do grau de anemia, já que o tratamento para malária indica contato com o serviço de saúde.



## Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

Tabela 7.32. Resultados da análise de regressão de Poisson, tendo como variável dependente se a mulher estava anêmica ou não, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

	<b>IRR</b>	<b>Erro padrão</b>	<b>t</b>	<b>P&gt;  t  </b>	<b>IC<sub>95%</sub></b>
Centro-Oeste	0,88	0,04	-3,09	0,00	(0.8 - 1.0)
Nordeste	0,81	0,03	-4,96	0,00	(0.7 - 0.9)
Sul/Sudeste	0,91	0,02	-3,87	0,00	(0.9 - 1.0)
Idade	1,00	0,00	-0,77	0,44	(1.0 - 1.0)
Paridade*	1,01	0,02	0,47	0,64	(1.0 - 1.0)
Parid. Rec. **	1,17	0,04	5,00	0,00	(1.1 - 1.2)
Trat. Malár**	1,03	0,03	1,02	0,31	(1.0 - 1.1)

\*Número de filhos tidos pela mulher ao longo da vida.

\*\*Número de filhos menores de 60 meses.

\*\*Se a mulher referiu tratamento de malária dos últimos 12 meses anteriores à entrevista.

Uma segunda análise através de regressão de Poisson foi conduzida, neste caso tomando somente a macrorregião Norte (Tabela 7.33). A única variável que apareceu como estatisticamente significativa foi o número de filhos menores de 60 meses (paridade recente). A referência ao tratamento de malária nos últimos 12 meses anteriores à entrevista não se mostrou associada de forma estatisticamente significativa à anemia na macrorregião Norte.

Tabela 7.33. Resultados da análise de regressão de Poisson, tendo como variável dependente se a mulher estava anêmica ou não, somente região Norte, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

	<b>IRR</b>	<b>Erro padrão</b>	<b>t</b>	<b>P&gt;  t  </b>	<b>IC<sub>95%</sub></b>
Idade	1,00	0,00	-0,10	0,92	(1.0 - 1.0)
Paridade*	1,00	0,01	0,09	0,93	(1.0 - 1.0)
Parid. Rec. **	1,09	0,04	2,37	0,02	(1.0 - 1.2)
Trat. Malár**	1,05	0,04	1,33	0,19	(1.0 - 1.1)

\*Número de filhos tidos pela mulher ao longo da vida.

\*\*Número de filhos menores de 60 meses.

\*\*Se a mulher referiu tratamento de malária dos últimos 12 meses anteriores à entrevista.

A seguir são apresentados resultados referentes à caracterização do pré-natal do filho vivo mais novo, assim como a caracterização do pré-natal da gravidez atual, quando foi o caso de a mulher estar grávida por ocasião da entrevista.

Inicialmente, indagou-se se as mulheres haviam realizado ao menos uma consulta de pré-natal. Observou-se que, no conjunto das macrorregiões, 88,6% das mulheres referiram ter realizado pelo menos uma consulta de pré-natal com médico ou enfermeiro durante a gravidez do filho vivo mais novo com idade inferior a 60 meses (Tabela 7.34). Porém, há importantes diferenças entre as macrorregiões. Enquanto no Norte e no Nordeste, 72,4% e 86,4% das mulheres realizaram pelo menos uma consulta, respectivamente, no Centro-Oeste (94,3%) e Sul/Sudeste (97,5%) essas proporções foram superiores a 94%, sendo essa superioridade estatisticamente significativa em relação ao Norte e Nordeste. Quanto à realização de pelo menos uma consulta de pré-natal durante a gravidez em curso, as prevalências foram bem mais baixas, mas não é possível realizar uma comparação direta com as proporções de realização de pré-natal da gravidez do filho vivo mais novo, pois as gestantes com gravidez em curso poderiam ainda realizar consultas até o término da gravidez.

Tabela 7.34. Realização de pelo menos uma consulta de pré-natal, segundo macrorregiões, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

Local	Realizou pelo menos uma consulta pré-natal na gestação:					
	Do filho vivo menor de 60			Atual		
	n	%	IC <sub>95%</sub>	n	%	IC <sub>95%</sub>
<b>Macrorregião</b>						
Norte	1192	72.4	(60.8 - 81.7)	157	50.7	(41.3 - 59.9)
Centro-Oeste	788	94.3	(88.0 - 97.4)	94	80.7	(73.2 - 86.6)
Nordeste	766	86.4	(64.9 - 95.6)	70	54.6	(33.7 - 73.9)
Sul/Sudeste	588	97.5	(95.2 - 98.7)	64	74.8	(60.0 - 85.5)
<b>Brasil</b>	<b>3334</b>	<b>88.6</b>	<b>(82.9 - 92.5)</b>	<b>385</b>	<b>65.3</b>	<b>(57.7 - 72.2)</b>



## **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**

Conforme pode ser verificado na Tabela 7.35, as proporções de mulheres indígenas que realizaram pelo menos uma consulta pré-natal do filho vivo mais novo com idade inferior a 60 meses segundo estratos etários quinquenais variaram de 75,8% (45 a 49 anos) a 90,6 (20 a 24 anos), no conjunto das macrorregiões. Identifica-se discreta tendência decrescente dessas prevalências de realização de pelo menos uma consulta pré-natal com o incremento da idade, embora essas diferenças não sejam estatisticamente significativas.

Tabela 7.35. Proporção de mulheres que referiram ter realizado pelo menos uma consultas de pré-natal, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

Local	Realizou pré-natal (1 ou mais consultas)		
	n	%	IC <sub>95%</sub>
<b>Macrorregião</b>			
<b>Norte</b>			
14-19 anos	185	74.3	(62.7 - 83.2)
20-24 anos	314	75.5	(64.5 - 84.0)
25-29 anos	273	75.6	(64.3 - 84.3)
30-34 anos	211	70.2	(54.4 - 82.3)
35-39 anos	120	66.1	(52.9 - 77.1)
40-44 anos	66	65.9	(46.2 - 81.3)
45-49 anos	23	61.5	(37.2 - 81.2)
<b>Centro-Oeste</b>			
14-19 anos	146	94.6	(83.6 - 98.4)
20-24 anos	240	94.8	(89.8 - 97.5)
25-29 anos	169	96.7	(91.4 - 98.7)
30-34 anos	128	91.2	(74.6 - 97.4)
35-39 anos	70	97.5	(77.1 - 99.8)
40-44 anos	28	87.9	(66.6 - 96.4)
45-49 anos	7	76.4	(45.7 - 92.6)
<b>Nordeste</b>			
14-19 anos	105	82.9	(57.2 - 94.6)
20-24 anos	214	88.6	(68.9 - 96.4)
25-29 anos	209	87.7	(69.7 - 95.7)
30-34 anos	135	84.5	(58.0 - 95.6)
35-39 anos	75	86.5	(52.1 - 97.4)
40-44 anos	20	84.8	(59.1 - 95.6)
45-49 anos	8	77.4	(15.7 - 98.4)
<b>Sul/Sudeste</b>			
14-19 anos	104	96.8	(88.6 - 99.2)
20-24 anos	172	98.3	(94.8 - 99.4)
25-29 anos	127	96.5	(91.1 - 98.7)
30-34 anos	0	-	-
35-39 anos	54	95.2	(85.2 - 98.5)
40-44 anos	37	97.9	(83.6 - 99.8)
45-49 anos			
<b>Brasil</b>			
<b>14-19 anos</b>	<b>540</b>	<b>89.0</b>	<b>(83.0 - 93.0)</b>
<b>20-24 anos</b>	<b>940</b>	<b>90.6</b>	<b>(85.9 - 93.9)</b>
<b>25-29 anos</b>	<b>778</b>	<b>89.7</b>	<b>(84.4 - 93.3)</b>
<b>30-34 anos</b>	<b>560</b>	<b>86.6</b>	<b>(78.5 - 92.0)</b>
<b>35-39 anos</b>	<b>319</b>	<b>86.1</b>	<b>(77.9 - 91.6)</b>
<b>40-44 anos</b>	<b>151</b>	<b>85.2</b>	<b>(75.2 - 91.6)</b>
<b>45-49 anos</b>	<b>46</b>	<b>75.8</b>	<b>(61.5 - 85.9)</b>



Na análise por estratos de idade e macrorregião, confirma-se o cenário de que a proporção de mulheres que realizaram pelo menos uma consulta de pré-natal é mais baixa no estrato de mais elevada idade. No Norte, enquanto mais de 70% das mulheres abaixo dos 34 anos referiram ter realizado pelo menos uma consulta de pré-natal do filho vivo mais novo com idade inferior a 60 meses, nas com 35 anos e mais essas frequências foram decrescentes e variaram de 61,5% a 66,1%. A mesma tendência pode ser observada nas demais macrorregiões. O Norte apresentou as menores proporções de mulheres indígenas com pelo menos uma consulta pré-natal, em todas as faixas etárias, seguido pelo Nordeste, Centro-Oeste e Sul-Sudeste.

Entre as mulheres que realizaram pelo menos uma consulta pré-natal durante a gravidez do filho vivo mais novo com idade inferior a 60 meses, o número de consultas pré-natais variou de 1 a 14, tendo apenas uma mulher indígena com 21 consultas, que foi excluída do cálculo da média do número de consultas por mulher. A média do número de consultas pré-natais relativas à gravidez do filho vivo mais novo com idade inferior a 60 meses foi de 4,7 consultas por mulher (IC<sub>95%</sub>: 4,4-5,0) para o conjunto das macrorregiões, inferior o número de consultas preconizado por mulher pelo Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2005). Essa média foi mais baixa no Norte (3,1; IC<sub>95%</sub>: 4,4-5,0) e mais elevada no Centro-Oeste (4,7; IC<sub>95%</sub>: 4,2-5,2), Nordeste (5,3; IC<sub>95%</sub>: 5,0-5,6) e Sul/Sudeste (5,3; IC<sub>95%</sub>: 4,7-5,8), com diferença estatisticamente significativa entre essas macrorregiões e o Norte. Chama atenção a média de consultas pré-natais no Sul/Sudeste, que é inferior ao desejado e semelhante às do Norte e Nordeste.

O número de consultas pré-natais da gravidez atual variou de 1 a 10, sendo a média nacional (2,9; IC<sub>95%</sub>: 2,7-3,1) e inferior à média de consultas da grávidas do filho vivo mais novo com idade inferior a 60 meses, como era de se esperar, já que mais consultas poderiam ser realizadas até o final da gravidez em curso. Entretanto, apesar de menor, verificou-se variação das médias entre as macrorregiões, tal como observado para a gravidez do filho vivo mais novo com idade inferior a 60 meses,



## Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

sendo novamente o Norte (2,0; IC<sub>95%</sub>: 1,7-2,2) a macrorregião com a menor média, diferindo de forma estatisticamente significativa das demais macrorregiões, cujas médias foram de 3,3 (IC<sub>95%</sub>: 2,9-3,6), 3,2 (IC<sub>95%</sub>: 2,8-3,7) e 3,0 (IC<sub>95%</sub>: 2,5-3,4) no Centro-Oeste, Nordeste e Sul/Sudeste, respectivamente.

Dentre as mulheres indígenas que relataram ter realizado pelo menos uma consulta de pré-natal durante a gravidez do filho mais novo com idade inferior a 60 meses, observa-se que no conjunto das macrorregiões, mais de 94% delas referiram que tiveram a pressão arterial, a barriga (altura uterina) e o peso e a estatura medidos, bem como o batimento cardíaco fetal auscultado durante a consulta. Por outro lado, as proporções de mulheres que referiram ter sido submetidas a exame de mama foram expressivamente mais baixas, variando de 58,6% no Sul/Sudeste a 66,4% no Centro-Oeste.

Para as mulheres que realizaram pelo menos uma consulta de pré-natal do filho mais novo menor que 60 meses, perguntou-se se tinha carteira de pré-natal. As frequências variaram de 42,8% no Centro-Oeste a 73,0% no Nordeste. As frequências para o Norte e Sul/Sudeste foram de 67,1% e 60,6%, respectivamente. É possível que parte das mulheres sem carteira de pré-natal tenham tido esse documento durante a gestação em questão e que não lembrem desse fato. Quanto à posse da carteira de pré-natal da gravidez em curso, as proporções foram mais elevadas, correspondendo a 93,9% (Nordeste), 91,4% (Centro-Oeste), 87,5% (Sul/Sudeste) e 80,5% (Norte). Deve ser notado não foi possível verificar o cartão em todas as mulheres que referiram possuí-lo. Tampouco, avaliou-se a qualidade do preenchimento do cartão. Ainda assim, ter o cartão indica a possibilidade de um melhor acompanhamento pré-natal e de um caminho na construção da cidadania.

Dentre as mulheres grávidas por ocasião da entrevista que referiram ter realizado pelo menos uma consulta pré-natal dessa gravidez, mais de 90% relataram que tiveram sua pressão arterial, seu peso e estatura medidos durante as consultas. As proporções de mulheres que referiram ter sido avaliadas quanto à medida do fundo do útero, ausculta do batimento cardíaco fetal e exame das mamas durante a



## **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**

gravidez foram de 84,0%, 83,1% e 42,2, respectivamente, para o conjunto das macrorregiões.

Na análise por macrorregião, as proporções de mulheres que tiveram sua pressão arterial aferida durante o pré-natal da gravidez em cruso por ocasião da entrevista foram elevadas em todas as macrorregiões, variando de 92,8% (Norte) a 97,1% (Nordeste), assim como as proporções de peso e estatura, que variaram de 91,3% (Nordeste) a 99,1% (Centro-Oeste). As proporções de medição da altura uterina e de ausculta fetal foram intermediárias e mais heterogêneas. Por fim, o exame da mama teve baixa frequência, atingindo valor superior a 50% somente no Centro-Oeste.

No Caderno 3 – Mulher também foram coletados dados a partir de registros secundários, que visaram complementar a caracterização do pré-natal do filho vivo mais novo menor de 60 meses e da gravidez atual, caso a mulher estivesse grávida por ocasião da entrevista. Considerando o conjunto das macrorregiões, os principais registros utilizados para a extração dos dados secundários foram os prontuários médicos.

Os dados a seguir referem-se à gravidez do filho vivo mais novo com idade inferior a 60 meses. Ao se analisar em que trimestre de gravidez foi realizada a primeira consulta de pré-natal, observa-se que somente no Nordeste (58,6%) mais de metade das mulheres iniciaram seu pré-natal no primeiro trimestre de gestação, sendo a única macrorregião a se diferenciar estatisticamente das demais quanto ao trimestre de início do pré-natal (Tabela 7.36). A macrorregião Centro-Oeste foi a que apresentou a menor proporção (43,4%) de início do pré-natal no primeiro trimestre de gestação. Chama atenção ainda que praticamente 50% das mulheres que realizaram pelo menos uma consulta de pré-natal no Sul/Sudeste e Centro-Oeste o fizeram a partir do quarto mês de gestação e que mais de 16% das gestantes do Norte só fizeram consultas a partir do sétimo mês de gestação.

Tabela 7.36. Trimestre de gravidez na primeira consulta pré-natal, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

Local	Trimestre da primeira consulta pré-natal - gravidez do filho vivo mais novo < 60 meses:								
	1º trimestre			2º trimestre			3º trimestre		
	n	%	IC <sub>95%</sub>	n	%	IC <sub>95%</sub>	n	%	IC <sub>95%</sub>
<b>Macrorregião</b>									
Norte	268	33.3	(27.1 - 40.1)	402	50.2	(45.9 - 54.5)	130	16.6	(12.6 - 21.5)
Centro-Oeste	278	43.4	(32.9 - 54.6)	302	46.9	(37.8 - 56.2)	63	9.7	(6.9 - 13.6)
Nordeste	338	58.6	(52.5 - 64.4)	212	36.1	(31.2 - 41.3)	31	5.3	(3.7 - 7.6)
Sul/Sudeste	202	47.4	(37.1 - 58.0)	192	46.9	(37.5 - 56.5)	25	5.7	(2.8 - 11.4)
<b>Brasil</b>	<b>1086</b>	<b>46.2</b>	<b>(41.3 - 51.1)</b>	<b>1108</b>	<b>45.1</b>	<b>(41.1 - 49.2)</b>	<b>249</b>	<b>8.7</b>	<b>(6.9 - 10.9)</b>



## Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

A partir de consulta aos registros secundários disponíveis por ocasião da pesquisa (prontuário, cartão de pré-natal ou outros), buscou-se investigar quais exames preconizados na rotina pré-natal foram solicitados durante as consultas e, caso tivessem sido solicitados, se os resultados haviam sido recebidos pelo serviço de saúde que os solicitaram. Considerando o conjunto das macrorregiões, os cinco exames mais solicitados foram (em ordem decrescente): teste para sífilis (VDRL) (58,5%), hemograma (57,7%), exame para diabetes (glicemia em jejum) (54,4%), exame de urina comum (EAS) (53,7%), e ultrassonografia obstétrica (50,0%). Os menos frequentemente solicitados foram: citologia oncótica cervical (13,1%), exame de fezes (14,5%) e sorologias para rubéola (21,7%), hepatite B (HbsAg) nas não vacinadas (31,7%) e para toxoplasmose (33,2%).

Os resultados indicam que, sistematicamente, os pré-natal das mulheres da macrorregião Norte é aquele no qual há a menor proporção de pedidos de exames, variando de 2,2% para sorologia para rubéola a 32,6%, para teste sorológico para sífilis (VDRL). As diferenças entre as demais macrorregiões são bem menos expressivas. De maneira geral, a macrorregião Centro-Oeste se destaca pelas mais elevadas proporções de solicitação de exames (mais de 8 dos 11 exames com proporções acima de 60%), seguida pelo Nordeste e Sul/Sudeste. Ressalta-se a elevada proporção de ultrassonografias obstétricas solicitadas em um contexto adverso de acesso a tecnologias médicas na maioria das macrorregiões (exceto no Norte), ainda que não existam evidências científicas de que este exame reduza a mortalidade materna e perinatal, o baixo peso ao nascer e a necessidade de tratamento intensivo do neonato. Por outro lado, outros exames mais simples e fundamentais como sorologias, incluindo VDRL e HIV, tiveram proporções inferiores ou discretamente superiores à da ultrassonografia.

Quanto ao retorno do resultados desses exames, as proporções foram sempre bastante elevadas, em geral acima de 90%. Ainda que o padrão não seja bem marcado, as proporções tendem a ser menos elevadas na macrorregião Norte. Ressalta-se ainda que as menores proporções de retorno ocorreram entre os



## Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

exames sorológicos, que dependem, na maioria dos casos, da rede de laboratórios de referência em Saúde Pública.

Quanto à prescrição de sulfato ferroso e ácido fólico durante o pré-natal do filho vivo mais novo com idade inferior a 60 meses, em 43,9% e 23,5% dos registros analisados havia a prescrição de sulfato ferroso e ácido fólico, respectivamente, para o conjunto das macrorregiões. Essas proporções foram muito heterogêneas entre as macrorregiões, embora sem significância estatística para ambos os medicamentos. Para o sulfato ferroso, verificou-se variação da proporção de prescrição de 29,3% (Norte) a 60,8% (Centro-Oeste), enquanto para o ácido fólico, a variação foi de 19,2% (Norte) a 31,8% (Centro-Oeste).

Tendo em vista as ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para uma atenção pré-natal qualificada (Ministério da Saúde, 2005), os resultados ora apresentados evidenciam condições menos satisfatórias do pré-natal na macrorregião Norte, que apresentou menor média de consultas, início tardio das consultas, menores proporções de solicitação de exames fundamentais e menor proporção de suplementação de sulfato ferroso e de ácido fólico para a prevenção de anemia e de malformações do tubo neural. As diferenças entre as demais macrorregiões são pouco marcantes, apesar no Centro-Oeste se destacar em muitas ações.

Quanto às vacinas no pré-natal do filho vivo mais novo com idade inferior a 60 meses, é recomendado pelo Ministério da Saúde que a mulher esteja vacinada contra o tétano, fato que contribuiria para a redução da incidência de tétano neonatal, um agravo frequentemente utilizado como um poderoso indicador da qualidade dos serviços de saúde, apontando para sua falência frente a ocorrência do agravo. O esquema básico de vacinação contra o tétano requer a aplicação de 3 doses de vacina contra o tétano (DPT ou DTaP, na infância, ou dT) durante a vida, preferencialmente no primeiro ano de vida, e uma dose de reforço de dT a cada 10 anos, devendo o reforço ser antecipado para 5 anos, em caso de gravidez ou ferimento com risco de tétano.



## **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**

Ainda em relação à vacinação de gestantes, há a recomendação de que, caso a mulher não esteja adequadamente vacinada contra hepatite B, o que significa que ela não recebeu as 3 doses do esquema básico de vacinação contra hepatite B na vida, ela deve ser rastreada para a presença de infecção pelo vírus da hepatite B durante a gestação, com a realização de exame para identificação do antígeno da hepatite B (HBsAg). Em caso de positividade do antígeno materno, o recém-nascido deve receber vacina contra hepatite B e imunoglobulina hiperimune da Hepatite B até 12 horas de vida, com eficácia de 95% na prevenção da infecção do recém-nascido.

Como forma de avaliar a cobertura de gestantes vacinadas contra tétano, verificou-se nas fontes de dados secundárias disponíveis nas aldeias, Pólos-Base ou em posse das indígenas, o registro da aplicação de pelo menos uma dose de dT nos últimos 5 anos anteriores e até a data de nascimento do filho vivo mais novo com idade inferior a 60 meses (a última dose deve ser aplicada até 20 dias antes do parto). Verificou-se que para 69,8% das mulheres indígenas no Brasil havia registro de aplicação da dose de reforço da vacina contra tétano nos últimos 5 anos anteriores ao nascimento do filho vivo mais novo com idade inferior a 60 meses (Tabela 7.37). Essas proporções variaram entre as diferentes macrorregiões, com menores valores no Centro-Oeste (66,4%) e valores mais elevados no Sul/Sudeste (75,6%), embora as diferenças não tenham sido estatisticamente significativas.

Como forma de avaliar a cobertura de gestantes adequadamente vacinadas contra hepatite B, bem como a rotina de rastreamento da hepatite B com a pesquisa do HBsAg, verificou-se nas fontes de dados secundárias disponíveis nas aldeias, Pólos-Base ou em posse das indígenas, o registro da aplicação de pelo menos 3 doses de hepatite B durante a vida e até o final da gestação em análise. Além disso, verificou-se também a solicitação e o retorno de sorologia para hepatite B durante o pré-natal.

Identificou-se que para 86,5% das mulheres indígenas no Brasil havia registro de aplicação de pelo menos 3 doses da vacina contra hepatite B na vida por ocasião da gravidez em análise. Essas proporções variaram entre as diferentes macrorregiões,



## Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

com menores valores no Nordeste (67,8%) e valores mais elevados no Sul/Sudeste (92,5%). As diferenças observadas são estatisticamente significativas entre o Nordeste e as demais macrorregiões. Por outro lado, para 10,6% (IC<sub>95%</sub>: 7,4% a 15,1%) das mulheres não vacinadas adequadamente (< 3 doses de vacina contra hepatite B), também não havia registro de rastreamento de HBsAg durante o pré-natal. Isso significa que em até 11,5% das gestantes indígenas, havia o risco potencial de transmissão vertical da hepatite B, não prevenido pelo serviço de saúde local. As proporções de mulheres indígenas gestantes sem esquema completo para hepatite B foram desiguais entre as macrorregiões, sendo maior no Nordeste (28,5%; IC<sub>95%</sub>: 17,7 a 42,4%), que diferiu de forma estatisticamente significativa do Norte (8,7%; IC<sub>95%</sub>: 5,0 a 14,8%), Centro-Oeste (4,8%; IC<sub>95%</sub>: 2,2% a 9,2%) e Sul/Sudeste (5,3%; IC<sub>95%</sub>: 3,2% a 8,8%).

Ressalta-se que a ausência do registro não significa necessariamente que a mulher não tenha efetivamente recebido a vacina, de modo que a cobertura vacinal a partir de dados secundários pode refletir tanto a real cobertura vacinal da população, quanto a qualidade dos registros secundários, ou uma combinação de ambas. Desta forma, a magnitudes das coberturas das vacinas contra hepatite B e de reforço contra tétano por ocasião da gravidez do filho vivo mais novo com idade inferior a 60 meses, bem como as desigualdades entre as macrorregiões, podem refletir tanto problemas na qualidade do pré-natal, quanto problemas na qualidade dos registros. De qualquer forma, mesmo que seja somente uma questão de registro, que resultaria em estimativas subestimadas da cobertura vacinal, tal fato evidencia que o próprio serviço de saúde não foi capaz de detectar a ausência de registro e que se essa mulher sem registro fosse avaliada por serviços fora da aldeia ou por outras equipes dentro das aldeias, ela seria considerada não vacinada, devendo receber as doses de vacina conforme as recomendações.

Deve ser levado em conta, ainda, que a média de filhos vivos tidos pelas mulheres indígenas com idade inferior a 60 meses variou de 2 a 3 filhos, ou seja, as mulheres teriam tido, em média, pelo menos 1 ou 2 gestações nos 5 anos anteriores à gestação em análise. Dessa forma, a ausência de registro sobre o reforço da vacina



## **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**

contra tétano e de esquema vacinal contra hepatite incompleto reveste-se de importância maior do que a diretamente refletida pelas coberturas vacinais, na medida em que a ausência de registro mostrou-se um fato possivelmente recorrente, revelando que as mulheres indígenas podem, de fato, não estarem adequadamente vacinadas contra essas doenças, pondo elas e seus filhos em risco, desnecessariamente.

Tabela 7.37. Proporção de mulheres que possuíam registro de vacina contra tétano e contra hepatite B relativas ao pré-natal do filho vivo mais novo com idade inferior a 60 meses e e ao pré-natal em curso por ocasião da entrevista, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

Local	Registro de vacinação contra o tétano na gestação:						Registro de vacinação contra a hepatite B na gestação:					
	Do filho vivo menor de 60 meses			Gravidez atual (em curso)			Do filho vivo menor de 60 meses			Gravidez atual (em curso)		
	n	%	IC <sub>95%</sub>	n	%	IC <sub>95%</sub>	n	%	IC <sub>95%</sub>	n	%	IC <sub>95%</sub>
<b>Macrorregião</b>												
Norte	943	68.4	(60.0 - 75.8)	150	70.6	(61.2 - 78.6)	970	91.3	(85.7 - 94.9)	128	90.9	(83.5 - 95.2)
Centro-Oeste	521	66.4	(55.2 - 76.1)	55	54.2	(39.9 - 67.9)	678	90.7	(85.0 - 94.4)	79	88.6	(79.5 - 93.9)
Nordeste	561	67.3	(61.0 - 73.1)	55	65.1	(48.4 - 78.7)	498	67.8	(54.0 - 79.1)	54	79.0	(67.6 - 87.2)
Sul/Sudeste	429	75.6	(65.8 - 83.2)	37	55.0	(38.8 - 70.2)	513	92.5	(87.7 - 95.6)	51	96.9	(85.5 - 99.4)
<b>Brasil</b>	<b>2454</b>	<b>69.8</b>	<b>(65.2 - 74.0)</b>	<b>297</b>	<b>60.7</b>	<b>(53.9 - 67.1)</b>	<b>2659</b>	<b>86.5</b>	<b>(81.9 - 90.1)</b>	<b>312</b>	<b>89.7</b>	<b>(85.1 - 93.0)</b>



## Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

Os dados a seguir referem-se ao pré-natal da gravidez em curso por ocasião da entrevista (atual), caso a mulher estivesse grávida no momento da entrevista, e foram obtidos a partir de registros de dados secundários. Considerando o conjunto das macrorregiões, os dados secundários foram extraídos principalmente da carteira do pré-natal e de prontuários médicos.

Ao se analisar em que mês da gravidez atual foi realizada a primeira consulta de pré-natal, observa-se que para o conjunto das macrorregiões, as mulheres indígenas iniciaram seu pré-natal do terceiro para o quarto mês de gestação, em média (3,4 meses; IC<sub>95%</sub>: 3,3 a 3,6 meses). Essas médias variaram entre as macrorregiões, indo de 3,1 meses (IC<sub>95%</sub>: 2,7 a 3,4) no Nordeste a 3,8 meses (IC<sub>95%</sub>: 3,6 a 4,1) no Norte, ou seja, mais tardia nesta macrorregião. Só se verifica diferença estatisticamente significativa entre o Nordeste e o Norte.

Em relação aos exames solicitados no pré-natal da gravidez em curso e ao retorno de seus resultados, verificou-se para o conjunto das macrorregiões, que os cinco exames mais solicitados foram (em ordem decrescente): hemograma (56,4%), exame de urina comum (EAS) (52,8%), exame para diabetes (glicemia em jejum) (52,5%), sorologia para sífilis (VDRL) (52,4%) e sorologia para HIV (40,0%). Ultrassonografia obstétrica apareceu em sexto lugar (37,4%). Os menos frequentemente solicitados foram: citologia oncótica cervical (8,6%), exame parasitológico de fezes (14,8%), sorologia para rubéola (21,5%), sorologia para toxoplasmose (29,2%) e sorologia para hepatite B (HbsAg) nas não vacinadas (30,5%).

Os resultados permanecem indicando que, em geral, o pré-natal das mulheres da macrorregião Norte é aquele no qual há a menor proporção de pedidos de exames, variando de 0,9% para sorologia de rubéola a 26,9%, para o hemograma. As diferenças entre as demais macrorregiões são bem menos expressivas. De maneira geral, a macrorregião Centro-Oeste se destaca pelas mais elevadas proporções de solicitação de exames (mais de 8 dos 11 exames com proporções acima de 60%), seguida pelo Nordeste e Sul/Sudeste.



## Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

Foram coletados dados sobre a indicação de prescrição de sulfato ferroso e ácido fólico durante o pré-natal da gravidez atual. Para o Brasil como um todo, em 39,0% dos registros analisados havia a prescrição de sulfato ferroso, com as proporções mais baixa nas macrorregiões Norte (26,8%) e Sul/Sudeste (24,4%). Nas demais, as proporções variaram de 39,9% (Nordeste) a 62,2% (Centro-Oeste). Quanto ao ácido fólico, para o Brasil como um todo a proporção de prescrição foi de 28,2%, com as proporções mais baixa nas macrorregiões Norte (21,9%) e Sul/Sudeste (20,5%), variando de 30,7% (Nordeste) a 39,2% (Centro-Oeste) nas demais.

A partir dos resultados acima apresentados, observam-se condições menos satisfatórias de realização do pré-natal da gravidez atual (no caso daquelas mulheres que estavam grávidas no momento da entrevista) na macrorregião Norte, já que as mulheres indígenas dessa macrorregião iniciam mais tardiamente a primeira consulta de pré-natal, e apresentaram menores proporções de solicitação de exames fundamentais e menor proporção de suplementação de sulfato ferroso e de ácido fólico para a prevenção de anemia e de malformações do tubo neural. As diferenças entre as demais macrorregiões são pouco marcantes, apesar no Centro-Oeste se destacar em muitas ações. Os resultados do pré-natal da gravidez em curso apontam as mesmas tendências observadas para o pré-natal referente à gravidez do filho vivo mais novo com idade inferior a 60 meses.

Quanto às vacinas no pré-natal da gravidez em curso por ocasião da entrevista, foram avaliadas as mesmas recomendações e condições de vacinação citadas para a gravidez e o pré-natal do filho vivo mais novo com idade inferior a 60 meses. Para a vacina contra o tétano (dT) nos cinco anos anteriores à gravidez em curso, verificou-se que para 60,7% das mulheres indígenas no Brasil havia registro de aplicação da dose de reforço da vacina contra tétano nos últimos 5 anos anteriores ao momento da entrevista, ou seja, nos 5 anos anteriores referentes à gravidez em curso (atual). Essas proporções variaram entre as diferentes macrorregiões, com menores valores no Centro-Oeste (54,2%) e valores mais elevados no Norte (70,6%), embora as diferenças não tenham sido estatisticamente significativas.



## **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**

As proporções de mulheres que receberam reforço de vacina contra tétano nos 5 anos anteriores à gestação em curso por ocasião da entrevista sofreram decréscimo em comparação com as proporções correspondentes registradas por ocasião da gravidez do filho vivo mais novo com idade inferior a 60 meses em todas as macrorregiões e no conjunto das mulheres indígenas no Brasil. Para o conjunto das mulheres indígenas no Brasil, a redução da proporção de mulheres com reforço de tétano para a gravidez caiu 9,1 pontos percentuais, sendo a menor queda registrada no Nordeste (2,2 pontos), seguida de valores bem mais elevados no Centro-Oeste (12,2 pontos) e no Sul/Sudeste (20,6 pontos), ao passo que no Norte, houve incremento de 2,2 pontos. Essas diferenças devem ser olhadas com cautela, já que podem ser resultantes de diferentes idades gestacionais da gravidez em curso e não somente de piora das coberturas. Entretanto, valores tão elevados como os do Centro-Oeste e Sul/Sudeste sugerem problemas de cobertura ou de registros de dados secundários, como discutido anteriormente.

Para hepatite B, verificou-se que para 89,7% das mulheres indígenas no Brasil havia registro de aplicação de pelo menos 3 doses da vacina contra hepatite B na vida por ocasião da gravidez em análise, ou seja, a gravidez em curso durante a entrevista. Essas proporções variaram entre as diferentes macrorregiões, com menores valores no Nordeste (79,0%) e valores mais elevados no Sul/Sudeste (96,9%) e as diferenças observadas são estatisticamente significativas.

As proporções de mulheres que receberam pelo menos 3 doses de vacina contra hepatite B anteriormente à gestação em curso por ocasião da entrevista sofreram incremento em comparação com as proporções correspondentes registradas por ocasião da gravidez do filho vivo mais novo com idade inferior a 60 meses em todas as macrorregiões e no conjunto das mulheres indígenas no Brasil (de 75,6% na gestação do filho vivo menor de 60 meses para 89,7% na gestação em curso).

A proporção de mulheres não vacinadas adequadamente que não foram submetidas a rastreamento para infecção pelo vírus da hepatite B (pesquisa de HBsAg) foi de 5,2% (IC<sub>95%</sub>: 3,1 a 8,7), valor 49% menor do que o observado para a gravidez do



## Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

filho vivo mais novo com idade inferior a 60 meses. As proporções de mulheres não vacinadas e não rastreadas para HBsAg foram desiguais entre as macrorregiões, sendo maior no Nordeste (16,6%; IC<sub>95%</sub>: 8,9 a 28,6), que só diferiu de forma estatisticamente significativa do Centro-Oeste (2,4%; IC<sub>95%</sub>: 0,7 a 7,7). O Norte (6,7%; IC<sub>95%</sub>: 3,4 a 12,8) apresentou valor inferior, mas não significativo. Não foi observada essa situação no Sul/Sudeste.

Em todas as macrorregiões, também houve redução das proporções de mulheres não vacinadas e não rastreadas para hepatite B durante a gestação em relação às proporções dessa mesma situação por ocasião da gestação do filho vivo mais novo com idade inferior a 60 meses.

### Considerações Finais

A distribuição das mulheres por faixa etária decenal evidenciou elevada proporção de população jovem, verificando-se que a proporção de mulheres com 40 anos e mais é inferior a 14% em todas as macrorregiões, com discreta superioridade nas macrorregiões Sul/Sudeste e Nordeste. Tal situação, aliada à definição da população alvo constante do edital (mulheres em idade fértil) resulta em um grupo sob análise, cujas exposições a fatores de risco para doenças e agravos não transmissíveis (DANT) pode ser ainda incipiente, refletindo-se em prevalências de DANT entre as mulheres indígenas estudadas mais baixas do que as que seriam esperadas caso fossem incluídas mulheres com 50 anos e mais, assim como homens.

Ainda assim, cabe ressaltar que verificou-se, na comparação entre as mulheres indígenas da faixa etária estudada, desigualdades entre as macrorregiões para todos os indicadores avaliados, possivelmente decorrentes das diferentes condições ambientais e sanitárias, níveis de escolaridade e renda, acesso a benefícios sociais e serviços de saúde, fontes e tipos de alimentos consumidos e graus de interação com a sociedade envolvente e de exposição diferenciada a fatores de risco e proteção para DANT.



## **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**

Chama atenção, por exemplo, o nível de escolaridade observado no Nordeste, que foi o mais elevado entre as macrorregiões, ao contrário do observado em relação à população geral brasileira. Na mesma tendência, as informações sobre fontes de renda e acesso a programas sociais permitem supor que as mulheres indígenas no Nordeste possuem uma situação diferenciada e de maior acesso a condições habitualmente não vivenciadas por mulheres indígenas de outras macrorregiões. Essa hipótese parece ser corroborada pela análise da paridade das mulheres indígenas e de número de filhos vivos com idade inferior a 60 meses, que foram menores entre as mulheres do Nordeste e do Sul/Sudeste, confirmadas pelas análises de regressão, que demonstraram que as mulheres do Nordeste e Sul/Sudeste têm, ao longo da vida, em média, menor número de filhos do que aquelas do Norte e que também é menor no número de filhos vivos com idade inferior a 60 meses, mesmo após controle por idade materna.

Entretanto, deve-se ter cautela nessas conclusões específicas sobre a paridade, conforme mencionado ao longo do capítulo, já que os resultados de paridade são decorrentes do balanço entre a fecundidade e a mortalidade. Entretanto, o conjunto dos dados sugere fortemente e que as mulheres indígenas do Nordeste vivenciam condições distintas das mulheres indígenas das outras macrorregiões.

Quanto às DANT, ainda que as análises do comportamento das médias de PAS e PAD e das prevalências de níveis elevados de pressão arterial indicativos de hipertensão arterial tenham sido consistentes em demonstrar incremento com o aumento da idade e do IMC, essa tendência mostrou-se diversa entre as macrorregiões. Somente o Norte apresentou médias inferiores às do conjunto das mulheres indígenas no Brasil, enquanto as médias mais elevadas foram observadas no Sul/Sudeste e Centro-Oeste. A prevalência de nível tensional alterado sugestivo de hipertensão arterial foi de 13,1% (critério JNC) para o conjunto das macrorregiões. Igualmente, o Norte apresentou as menores prevalências e Centro-Oeste e Sul/Sudeste, as maiores, resultados confirmados pelas análises de regressão multivariada, em que se controlou os níveis de PAS e de PAD por idade, IMC e uso de medicação anti-hipertensiva.



## **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**

Resalta-se que apesar das prevalências verificadas, ainda que baixas em relação às observadas para a população brasileira geral, uma pequena proporção das mulheres indígenas avaliadas no conjunto das macrorregiões referiu usar medicação anti-hipertensiva por ocasião da entrevista. Evidenciaram-se situações sugestivas de que os casos de hipertensão arterial são sub-diagnosticados e/ou não tratados, sendo essa situação mais expressiva no Norte e no Centro-Oeste e menos expressiva no Nordeste.

As estimativas das médias e prevalências de glicemia alterada indicativa de Diabetes mellitus (DM) apressentam comportamento semelhante ao da pressão arterial no que se refere às desigualdades regionais e na correlação positiva com a idade e com o IMC, mas com prevalências muito baixas e correlações mais fracas do que as observadas para a PAS e PAD. As análises de regressão evidenciaram que as diferenças entre as macrorregiões quanto às médias de glicemia não foram significativas, após controle por IMC, idade e número de filhos tidos ao longo da vida, reforçando que a expressão dos distúrbios metabólicos é incipiente, em comparação com o verificado para a hipertensão arterial e para o excesso de peso (sobrepeso e obesidade).

Uma pequena proporção das mulheres indígenas avaliadas no conjunto das macrorregiões referiu usar medicação hipoglicemiante por ocasião da entrevista. Evidenciaram-se situações sugestivas de que os casos de diabetes são sub-diagnosticados e/ou não tratados, sendo essa situação mais expressiva no Norte e no Nordeste e menos expressiva no Sul/Sudeste.

Contrastando com as baixas prevalência de níveis de pressão arterial e, sobretudo de Diabetes mellitus, as prevalências de IMC compatíveis com excesso de peso foram elevadas, tendo se comportado igualmente à PAS, à PAD e à glicemia no que se refere à correlação positiva com a idade. O IMC também apresentou correlações positivas com PAS, PAD e glicemia. Também se verificou desigualdades entre macrorregiões, com menores médias e prevalências de IMC no Norte e maiores no Sul/Sudeste e Centro-Oeste. A verificação de prevalências mais baixas entre as



## **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**

mulheres de 40 a 49 anos, sobretudo no Centro-Oeste, comportando-se de forma distinta das demais macrorregiões, permite supor que população de maior idade nessas macrorregião expressa um comportamento atenuado do incremento das médias de IMC com a idade, em decorrência de histórias distintas de exposição aos fatores de risco (efeito coorte), em comparação com a população mais jovem. Os resultados da regressão confirmam que, após controle por idade e número de filhos tidos, as mulheres indígenas no Norte apresentam em média, menor IMC que as mulheres das outras macrorregiões.

A matriz de correlação do conjunto das mulheres indígenas mostra que a pressão arterial, a glicemia e a obesidade variam positivamente com a idade, evidenciando a tendência às desordens metabólicas e, sobretudo, o aumento da pressão arterial e da obesidade com a idade. A análise estratificada por macrorregião revela que, apesar da tendência comum em todas as macrorregiões, as correlações são mais fracas no Norte, denotando diferenças marcantes na expressão e magnitude dos fatores de risco para DANT entre o Norte e as demais macrorregiões.

Ao contrário do observado para as DANT, verificou-se pouca influência da idade sobre a anemia das mulheres. O padrão de variação geográfica segundo macrorregião da anemia comportou-se também de forma distinta ao observado para as DANT, na medida em que verificou-se maior prevalência no Norte (46,9%), e menor prevalência no Nordeste (22,6%), tanto para as mulheres grávidas quanto para as não grávidas, estando o Sul/Sudeste e o Centro-Oeste com prevalências intermediárias. A análise quanto à gravidade da anemia reforça a relevância desse agravo na macrorregião Norte e a situação favorável do Nordeste. Verificou-se que as correlações da hemoglobina são fracas com todas as variáveis testadas (idade e variáveis antropométricas).

Após controle por idade, paridade ao longo da vida, número de filhos vivos com idade inferior a 60 meses e tratamento para malária nos últimos 12 meses, verificou-se associação da anemia com número de filhos vivos menores que cinco anos (um indicador indireto da paridade recente), fato que justifica em parte a prevalência mais



## **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**

elevada no Norte, já que o maior número médio de filhos vivos com idade inferior a 60 meses por mulher foi verificado lá.

Quanto ao acesso aos serviços e programas de saúde, com ênfase no pré-natal do filho vivo mais novo com idade inferior a 60 meses e no pré-natal da gravidez em curso por ocasião da entrevista (gravidez atual), verificou-se no conjunto das macrorregiões, elevada proporção de mulheres que referiram ter realizado pelo menos uma consulta pré-natal (84,1%), sendo um indicador positivo do acesso das mulheres indígenas ao programa, embora tenham sido observadas desigualdades regionais e etárias nesse acesso, que se mostrou menos freqüente no Norte e nas mulheres mais velhas, sendo intermediário no Nordeste e bastante elevado no Centro-Oeste (94,0%) e Sul/Sudeste (97,0%).

Esse acesso também pode ser verificado pelo número médio de consultas de pré-natal realizadas durante a gestação, valores esses que confirmaram as desigualdades macrorregionais, na medida em que a média de consultas no Norte foi próxima de 3 por mulher (entre as que realizaram pré-natal), ao passo que nas demais macrorregiões, essa média superou 4,7 consultas por mulher. Mesmo nas macrorregiões Sul/Sudeste e Nordeste, que apresentaram as maiores médias de consultas por mulher indígena, o número médio de consultas não superou a quantidade de consultas preconizada durante a gestação, que é de 6, sendo preferencialmente uma realizada no primeiro trimestre da gravidez.

Segundo o Ministério da Saúde, a média de consultas por parto no Brasil vem crescendo, partindo de 1,2 consultas por parto (1995) para 5,1 consultas por parto (2003). Apesar dos valores não parecerem, a princípio, tão díspares entre indígenas e não indígenas, deve-se levar em conta que são valores médios, influenciados por valores extremos, além de que os denominadores dos indicadores são distintos, fato que certamente incorreu numa maior média entre as mulheres indígenas (por não terem sido incluídas mulheres que tiveram filhos e não realizaram pré-natal), ou seja, a situação seria pior em termos de acesso e número adequado de consultas entre as mulheres indígenas.



## **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**

Outro aspecto importante é que pré-natal tem como proposta a captação precoce da gestante, o que facilitaria a um bom acompanhamento da mulher durante a gestação, a fim de contribuir para o nascimento de uma criança saudável e para bem-estar materno e neonatal. As análises relativas ao programa de pré-natal no Brasil, de forma geral, têm identificado um comprometimento da qualidade dessa atenção, apesar da já referida ampliação da cobertura. É referido, ainda, que uma pequena parcela das mulheres inscritas no programa realizam a elenco mínimo de ações preconizadas para a garantia de qualidade da gestação e do nascimento, incluindo uma baixa frequência de consultas no puerpério.

Um ponto importante vinculado à cidadania e à própria qualidade dos serviços diz respeito ao registro das consultas, exames e demais informações pertinentes ao pré-natal em prontuário e no cartão da gestante, conforme preconizado pelo programa. Para as mulheres indígenas, verificaram-se baixas proporções de mulheres, em todas as macrorregiões, que relataram possuir o carteira da gestante, especialmente a da gestação do filho vivo com idade inferior a 60 meses, fato que pode ter interferido diretamente na capacidade de análise do acesso e da qualidade da atenção pré-natal a partir de dados secundários.

A análise do trimestre de início do pré-natal entre as indígenas evidenciou, mais uma vez, desigualdades macrorregionais, sendo a pior situação verificada no Norte, e a melhor, no Nordeste. Quanto ao exame físico das gestantes no pré-natal, verificou-se clara deficiência no que se refere ao exame da mama, sendo que as proporções de mulheres que relataram terem sido submetidas a ele foram as mais baixas em todas as macrorregiões, chamando a atenção a menor proporção no Sul/Sudeste.

Quanto à gravidez atual (em curso por ocasião da entrevista), verificou-se um aparente decréscimo no acesso medido pela proporção de mulheres que fizeram pelo menos uma consulta pré-natal com médico ou enfermeiro durante a gravidez, mas esse decréscimo pode ter influência de diversos fatores, tais como mudanças nos serviços de saúde com efetiva piora do acesso ou captação precoce de informação sobre gravidez pela pesquisa, dado que as mulheres indígenas iniciam o



## **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**

pré-natal tardiamente, sendo necessitativo o controle pela idade gestacional, dado não disponível.

Entre os exames complementares registrados durante o pré-natal, chama enorme atenção a proporção de gestantes com ausência de registros que apontassem a solicitação de VDRL, tendo em vista a relativo baixo custo e facilidade para realização do mesmo e os grandes benefícios advindos da prevenção da sífilis congênita, que se constitui em um indicador de impacto do pré-natal, juntamente com o coeficientes de incidência de tétano neonatal, a razão de mortalidade materna e os coeficientes de mortalidade neonatal precoce, tardia e total.

Por outro lado, a proporção de registros positivos de solicitação de ultrassonografia não foi tão mais baixa do que a de VDRL, mesmo que o custo seja muito mais alto e o acesso à tecnologia mais difícil. Adicionalmete, o Ministério da Saúde ressalta que a não há evidência científica a favor de que a ultrassonografia de rotina na gestação tenha efetividade sobre a redução da morbidade e da mortalidade perinatal ou materna, ainda que sua realização precoce contribua para a melhor determinação da idade gestacional, detecção precoce de gestações múltiplas e de malformações fetais.

Os resultados indicam que, sistematicamente, o pré-natal das mulheres da macrorregião Norte é aquele no qual há a menor proporção de pedidos de exames, sendo as diferenças entre as demais macrorregiões bem menos expressivas. De maneira geral, a macrorregião Centro-Oeste se destacou pelas mais elevadas proporções de solicitação de exames (mais de 8 dos 11 exames com proporções acima de 60%), seguida pelo Nordeste e Sul/Sudeste, fato que não necessariamente se coaduna com a melhor qualidade do pré-natal. Surpreende a proporção elevada de retorno dos exames solicitados, embora não tenha sido verificado se o retorno tenha ocorrido em tempo oportuno.

Quanto à prescrição de sulfato ferroso e de ácido fólico durante a gestação, verificou-se a mais baixa proporção de registro no Norte, justamente a macrorregião que apresentou as situação mais alarmante quanto às prevalências de anemia,



## **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**

ainda que seja uma estratégia de suplementação e não terapêutica. A partir dos resultados, verificou-se condições menos satisfatórias de realização do pré-natal na macrorregião Norte (menos consultas, menos exames fundamentais e menos registros de suplementação de sulfato ferroso e ácido fólico). As diferenças entre as demais macrorregiões são pouco marcantes.

Ressalta-se que a ausência do registro não significa necessariamente que a mulher não tenha efetivamente recebido atenção pré-natal, de modo que a situação observada a partir de dados secundários pode refletir tanto a real cobertura do programa, quanto a qualidade dos registros secundários, ou uma combinação de ambas. Desta forma, a cobertura do programa e de suas ações, bem como as desigualdades entre as macrorregiões, podem refletir tanto problemas na qualidade do pré-natal, quanto problemas na qualidade dos registros. De qualquer forma, mesmo que seja somente uma questão de registro, que resultaria em distorções das análises do acesso e da qualidade da atenção pré-natal, tal fato evidencia que o próprio serviço de saúde não está sendo capaz registrar adequadamente o pré-natal e que se essa mulher sem registro fosse avaliada por serviços de saúde fora da aldeia ou por outras equipes de saúde dentro das aldeias, ela seria considerada insatisfatoriamente assistida.

São considerados fatores de risco para a gravidez a idade menor que 15 e maior que 35 anos, esforço físico excessivo e exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, baixa escolaridade, condições ambientais desfavoráveis, baixa estatura (< 1,45m) e baixo ou elevado pesos maternos (< 45kg ou > 75kg), intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos, nuliparidade ou multiparidade, intercorrências clínicas crônicas, entre outros. Tendo em vista a justaposição de diversos fatores de risco e as condições verificadas entre as mulheres indígenas, espera-se-ia que o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, dada a proposta de ampliação da cobertura da atenção primária nas aldeias e de respeito às especificidades étnico-culturais, garantisse um pré-natal em que condições fundamentais vinculadas a uma atenção obstétrica de qualidade fossem ofertadas, tais como a prevenção do tétano neonatal, da sífilis congênita e da



## **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**

transmissão vertical da hepatite B e do HIV, sem falar na transmissão potencial de outras doenças. Assim, mostra-se necessário investimentos na qualificação profissional para um acompanhamento obstétrico e materno-infantil satisfatório, a fim de se promover a equidade entre indígenas e não indígenas e de perseguir o objetivo primordial da atenção pré-natal: o nascimento de uma criança saudável e o bem-estar materno e neonatal.

## 8. Resultados a partir do Caderno 4 – Criança

O Inquérito avaliou as condições de saúde e nutrição das crianças com menos de 60 meses de idade (menores de 5 anos). A Tabela 8.1 mostra que foram identificadas 6693 crianças e 6285 (94,9%) foram entrevistadas. O percentual de crianças não entrevistadas foi discretamente maior na macrorregião Norte, mas mesmo nesta se avaliou mais de 90% das crianças identificadas. A principal razão para a não realização da entrevista foi a ausência dos moradores no domicílio durante o período de permanência da equipe na comunidade. O percentual de recusas foi extremamente baixo (0,3%). A alta taxa de sucesso na realização das entrevistas diminuiu a suscetibilidade do estudo ao viés de seleção.

Tabela 8.1. Crianças avaliadas, recusas e perdas, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

Local	Situação da entrevista com crianças menores de 60 meses:								
	Realizada		Não realizada				Outros		Total
	n	%	n	%	n	%	N	%	N
<b>Macrorregião</b>									
Norte	2663	91,5	233	8,0	8	0,3	6	0,2	2910
Centro-Oeste	1317	95,9	60	4,0	0	0,0	2	0,1	1379
Nordeste	1385	95,9	55	3,8	4	0,3	1	0,1	1445
Sul/Sudeste	920	96,0	33	3,4	5	0,5	1	0,1	959
<b>Brasil</b>	<b>6285</b>	<b>94,9</b>	<b>381</b>	<b>4,7</b>	<b>17</b>	<b>0,3</b>	<b>10</b>	<b>0,1</b>	<b>6693</b>

No que diz respeito ao membro da família ou comunidade que foi entrevistado a respeito da criança, a Tabela 8.2 mostra que cerca de nove em cada dez entrevistas foram realizadas com a mãe da criança. O percentual de mães entrevistadas foi

discretamente menor na macroregião Norte e esta foi a única onde o pai apareceu como sendo a segunda pessoa mais freqüentemente entrevistada (6,3%), nas demais regiões outro parente feminino apareceu como sendo a segunda pessoa da família que mais freqüentemente forneceu as informações referentes a criança.

Tabela 8.2. Distribuição das crianças de acordo com o responsável pela entrevista, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

Local	Entrevista da criança foi realizada com:								Total
	Mãe Pai		Outro parente feminino		Outros				
	n	%	n	%	n	%	n	% N	
<b>Macrorregião</b>									
Norte	2399	90,1 (87,5-92,2)	168	6,3 (4,5-8,8)	86	3,3 (2,4-4,4)	10	0,4 (0,2-0,7)	2663
Centro-Oeste	1253	95,4 (92,8-97,0)	17	1,2 (0,4-3,2)	41	3,0 (1,9-4,7)	6	0,4 (0,1-1,3)	1317
Nordeste	1280	92,3 (88,7-94,9)	45	3,3 (1,8-5,9)	53	3,9 (2,5-6,0)	7	0,5 (0,2-1,1)	1385
Sul/Sudeste	840	91,3 (88,9-93,1)	33	3,6 (2,2-5,8)	40	4,3 (3,2-5,8)	7	0,8 (0,2-3,6)	920
<b>Brasil 5772</b>		<b>92,2</b> <b>(90,7-93,4)</b>	<b>263</b>	<b>3,6</b> <b>(2,7-4,7)</b>	<b>220</b>	<b>3,7</b> <b>(3,0-4,4)</b>	<b>30</b>	<b>0,6</b> <b>(0,3-1,1)</b>	<b>6285</b>

Na macrorregião Norte cerca de duas em cada cinco entrevistas foi realizada com a ajuda de tradutor (Tabela 8.3). Por outro lado, no Nordeste e Sul/Sudeste o percentual de entrevistas onde foi necessária a ajuda de um tradutor foi menor do que 10%. Este resultado era esperado, com base na experiência da equipe na realização de inquéritos com diferentes comunidades indígenas no Brasil.

Em todas as macrorregiões, o agente de saúde indígena atuou preferencialmente como tradutor das entrevistas (Tabela 8.4).

Tabela 8.3. Entrevista foi feita com tradutor, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

Local	Entrevista da criança foi realizada com tradutor:				Total N
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
<b>Macrorregião</b>					
Norte	1073	40,5 (30,4-51,5)	1579	59,5 (48,5-69,7)	2652
Centro-Oeste	303	22,3 (11,2-39,4)	1012	77,7 (60,6-88,8)	1315
Nordeste	121	8,6 (3,3-20,6)	1262	91,4 (79,4-96,7)	1383
Sul/Sudeste	85	9,9 (3,8-23,4)	813	90,1 (76,6-96,2)	898
<b>Brasil 1582</b>		<b>19,3 (14,1-26,0)</b>	<b>4666</b>	<b>80,7 (74,0-86,0)</b>	<b>6248</b>

Tabela 8.4. Distribuição das crianças de acordo com o indivíduo responsável pela tradução, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

Local	Pessoa responsável pela tradução da entrevista								Total N
	Agente indígena de saúde		Professor		Outra pessoa do domicílio		Outra pessoa		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Macrorregião</b>									
Norte	723	69,0 (56,4-79,3)	57	5,4 (2,3-12,1)	78	7,4 (4,0-13,5)	190	18,1 (10,8-28,9)	1048
Centro-Oeste	232	81,1 (52,7-94,3)	4	1,6 (0,3-7,5)	17	5,5 (2,7-11,1)	38	11,8 (2,5-41,3)	291
Nordeste	85	91,0 (71,7-97,6)	3	3,4 (0,6-17,3)	4	4,4 (1,3-13,6)	1	1,1 (0,1-10,9)	93
Sul/Sudeste	55	68,9 (53,7-80,9)	0	0	19	23,6 (9,2-48,4)	6	7,5 (3,1-17,1)	80
<b>Brasil</b>	<b>1095</b>	<b>74,2</b> <b>(64,2-82,2)</b>	<b>64</b>	<b>3,4</b> <b>(1,7-6,8)</b>	<b>118</b>	<b>9,2</b> <b>(5,2-15,5)</b>	<b>235</b>	<b>13,3</b> <b>(7,9-21,6)</b>	<b>1512</b>

As Tabelas 8.5 e 8.6 mostram que a população foi homogênea no que diz respeito a distribuição etária e sexo. A distribuição destas variáveis foi similar na comparação entre as macrorregiões.

Tabela 8.5. Distribuição das crianças de acordo com a idade, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

Local	Idade da criança em meses												Total N
	0 – 5		6 – 11		12-23		24-35		36-47		48-59		
	N	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Macrorregião</b>													
Norte	279	10,5 (9,6-11,5)	307	11,6 (10,5-12,6)	572	21,5 (19,9-23,2)	514	19,3 (17,6-21,2)	515	19,4 (18,1-20,7)	472	17,8 (16,7-18,8)	2659
Centro-Oeste	149	11,1 (8,9-13,8)	141	10,8 (9,4-12,3)	222	17,1 (14,3-20,4)	267	20,3 (18,7-22,1)	258	19,6 (18,5-20,8)	280	21,1 (18,6-23,9)	1317
Nordeste	134	9,7 (8,1-11,5)	147	10,6 (9,0-12,3)	267	19,4 (17,0-22,0)	270	19,5 (17,3-21,9)	319	23,0 (21,7-24,5)	247	17,9 (16,4-19,4)	1384
Sul/Sudeste	112	12,2 (10,7-13,8)	87	9,5 (7,4-12,1)	174	18,9 (16,5-21,7)	172	18,7 (16,8-20,8)	189	20,5 (18,0-23,2)	186	20,2 (17,2-23,6)	920
<b>Brasil 674</b>		<b>11,0</b> <b>(10,0-11,9)</b>	<b>682</b>	<b>10,5</b> <b>(9,6-11,5)</b>	<b>1235</b>	<b>19,2</b> <b>(17,9-20,5)</b>	<b>1223</b>	<b>19,4</b> <b>(18,4-20,4)</b>	<b>1281</b>	<b>20,6</b> <b>(19,6-21,7)</b>	<b>1185</b>	<b>19,3</b> <b>(18,1-20,6)</b>	<b>6280</b>

Tabela 8.6. Distribuição das crianças avaliadas de acordo com o sexo, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

Local	Sexo da criança				Total N
	Masculino		Feminino		
	N	%	n	%	
<b>Macrorregião</b>					
Norte	1345	50,5 (48,9-52,1)	1318	49,5 (47,9-51,1)	2663
Centro-Oeste	692	52,6 (50,5-54,6)	624	47,4 (45,4-49,5)	1316
Nordeste	725	52,3 (49,5-55,2)	660	47,7 (44,9-50,5)	1385
Sul/Sudeste	467	50,7 (46,7-54,6)	453	49,3 (45,4-53,3)	920
<b>Brasil 3229</b>		<b>51,5 (49,9-53,0)</b>	<b>3055</b>	<b>48,5 (47,0-50,1)</b>	<b>6284</b>

A criança que não registrada é invisível aos olhos do Estado. Por isso, o registro civil deve ser considerado como sendo o primeiro passo em busca da cidadania e dos direitos da criança. A Tabela 8.7 mostra que apenas 91% das crianças possuíam certidão de nascimento. A proporção de crianças sem certidão de nascimento foi mais elevada na macrorregião Norte, onde cerca de uma em cada cinco crianças não possuíam este documento.

No que diz respeito ao local de nascimento da criança, no Norte apenas um terço das crianças nasceu em um hospital, enquanto que 66,6% das crianças nasceram na aldeia. Nas demais macrorregiões o percentual de partos realizados na aldeia variou entre 24,0% no Centro-Oeste e 15,8% no Sul/Sudeste.

Uma das explicações para a maior proporção de crianças da macrorregião Norte sem certidão de nascimento poderia ter sido o elevado percentual de nascimentos não



## **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**

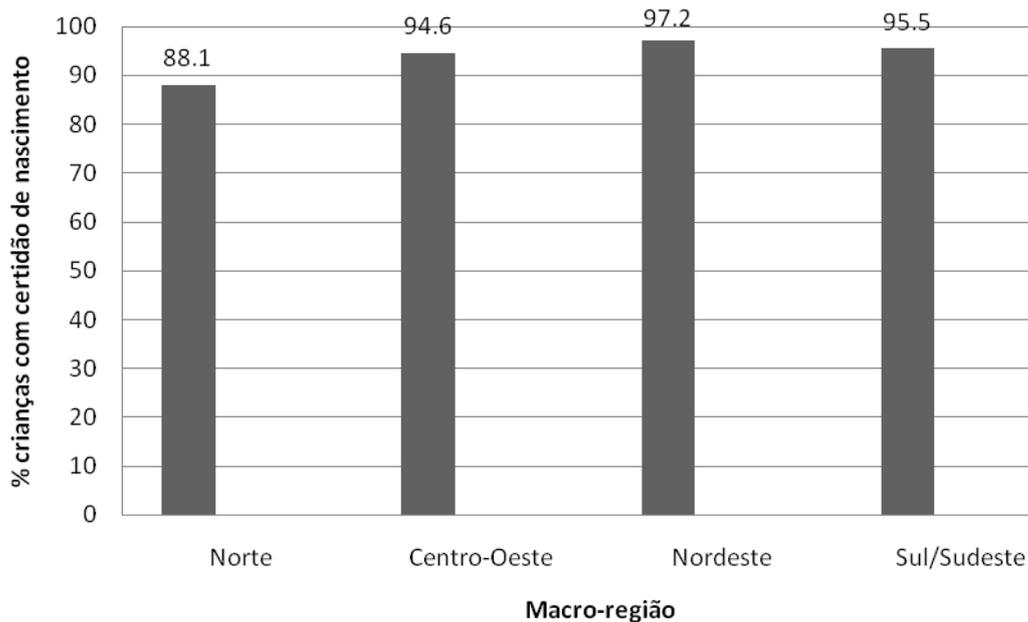
hospitalares. No entanto, mesmo entre crianças nascidas em hospital, o percentual de crianças com certidão de nascimento foi de 88,1% (Figura 8.1).

Tabela 8.7. Distribuição das crianças menores de 5 anos por macrorregião de acordo com presença de certidão de nascimento e local de nascimento, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

Local	Criança tem certidão de nascimento		Local de nascimento								Total N
			Hospital ou maternidade		Aldeia		Casa de Saúde do Índio		Outro		
	N	%	n	%	N	%	n	%	n	%	
<b>Macrorregião</b>											
Norte	2134	81,2 (75,3-85,9)	833	31,5 (25,3-38,5)	1759	66,6 (60,0-72,6)	8	0,3 (0,1-1,1)	42	1,6 (0,9-2,7)	2642
Centro-Oeste	1221	93,1 (90,1-95,2)	984	75,2 (61,1-85,4)	320	24,0 (13,9-38,0)	0		11	0,9 (0,4-1,7)	1315
Nordeste	1324	95,7 (93,2-97,4)	1061	76,8 (59,8-88,1)	279	20,2 (9,6-37,6)	30	2,2 (0,9-5,3)	12	0,9 (0,4-2,0)	1382
Sul/Sudeste	863	94,0 (89,3-96,7)	773	83,6 (69,9-91,8)	140	15,8 (7,7-29,8)	1	0,1 (0,00-0,7)	4	0,4 (0,2-1,1)	918
<b>Brasil</b>	<b>5542</b>	<b>91,3</b> <b>(89,1-93,2)</b>	<b>3651</b>	<b>68,4</b> <b>(60,7-75,2)</b>	<b>2498</b>	<b>30,1</b> <b>(23,4-37,8)</b>	<b>39</b>	<b>0,6</b> <b>(0,3-1,4)</b>	<b>69</b>	<b>0,9</b> <b>(0,6-1,3)</b>	<b>6257</b>



Figura 8.1. Percentual de crianças menores de cinco anos que nasceram em hospital com certidão de nascimento, por macrorregião, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.



A Tabela 8.8 mostra que menos de um terço dos nascimentos ocorridos na macrorregião Norte foram atendidos por médicos ou enfermeiros, enquanto que parteiras e outras pessoas foram responsáveis pela maioria dos nascimentos. Este resultado é consequência do elevado percentual de nascimentos ocorridos na própria aldeia, como mostrado na Tabela 8.7 Por outro lado, mesmo nas demais macrorregiões onde os partos hospitalares foram mais comumente relatados, as parteiras foram responsáveis por um percentual de partos que variou de 11,6% no Centro-Oeste a 22,3% no Nordeste. Este resultado sugere que o treinamento de parteiras constitui uma prioridade para o atendimento adequado a uma parcela importante dos nascimentos nas comunidades, independente da região.

Tabela 8.8. Distribuição das crianças menores de 5 anos por macrorregião de acordo a atenção ao parto, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

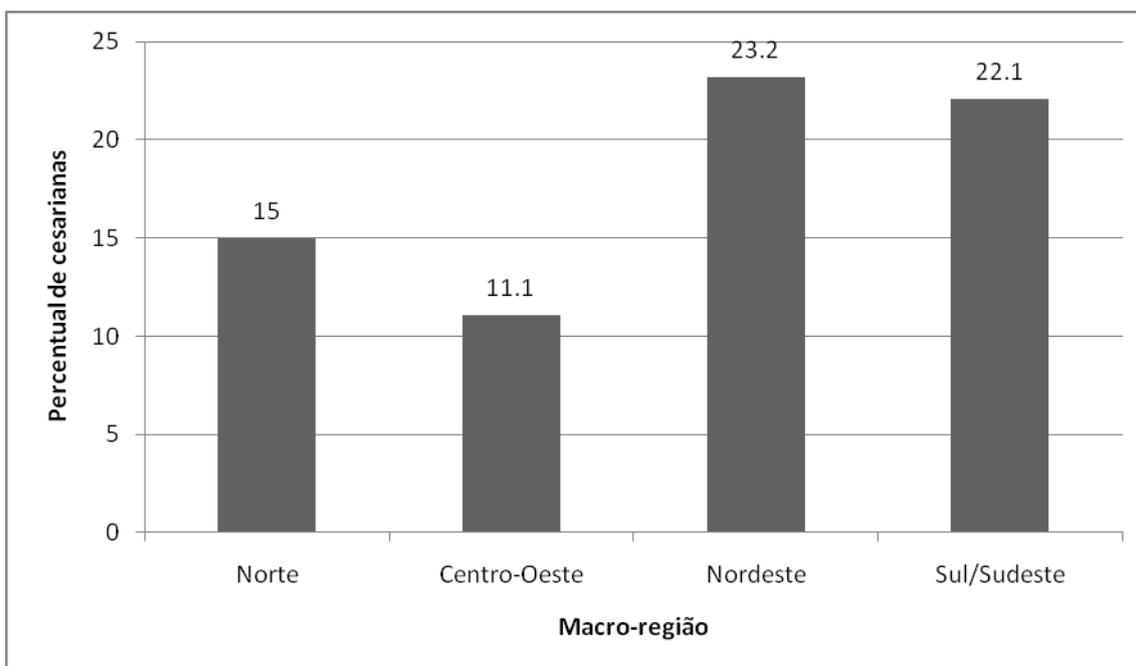
Local	Quem fez o parto												Total N
	Médico Enfermeiro				Parteira		Agente de saúde indígena		Parto não assistido		Outro		
	N	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Macrorregião</b>													
Norte	516	20,0 (15,7-25,1)	253	9,8 (7,2-13,3)	644	25,0 (16,9-35,2)	38	1,5 (0,7-3,0)	223	8,7 (5,7-12,8)	905	35,1 (27,3-43,8)	22579
Centro-Oeste	619	48,5 (34,9-62,3)	298	24,7 (16,7-35,0)	148	11,6 (6,8-19,0)	3	0,2 (0,0-0,8)	65	5,0 (3,1-8,0)	126	10,0 (4,4-21,2)	1259
Nordeste	613	45,3 (31,2-60,1)	258	19,1 (14,4-24,9)	299	22,3 (12,7-36,3)	1	0,1 (0,0-0,6)	29	2,1 (1,0-4,2)	153	11,1 (3,7-28,9)	1353
Sul/Sudeste	638	70,9 (58,0-81,2)	103	11,4 (7,7-16,6)	108	12,6 (5,5-26,6)	0		8	0,9 (0,5-1,9)	36	4,1 (2,5-6,6)	893
<b>Brasil 2386</b>		<b>48,2</b> <b>(40,8-55,7)</b>	<b>912</b>	<b>15,9</b> <b>(12,8-19,7)</b>	<b>1199</b>	<b>17,5</b> <b>(12,9-23,3)</b>	<b>42</b>	<b>0,4</b> <b>(0,2-0,8)</b>	<b>325</b>	<b>3,9</b> <b>(2,9-5,3)</b>	<b>1220</b>	<b>14,1</b> <b>(10,1-19,3)</b>	<b>6084</b>

Com relação ao tipo de parto, a frequência de cesarianas na população estudada foi de 13,0%, variando entre 18,4% na região Sul/Sudeste e 4,8% no Norte (Tabela 8.9). Esta heterogeneidade na prevalência de cesariana é em parte devido a diferenças regionais na proporção de partos hospitalares. A Figura 8.2 mostra que ao examinar apenas os nascimentos hospitalares ocorre uma diminuição na diferença e o Norte deixa de ser a macrorregião com menor proporção de cesarianas, mas a heterogeneidade ainda existe e a prevalência de cesarianas é 2,1 vezes maior no Nordeste do que no Centro-Oeste. No Sul/Sudeste e Nordeste o percentual de partos cesáreos está acima do recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHO, 1985), que é de 10 a 15%. Além do maior risco que a cesariana traz para a saúde da mãe e do recém-nascido, deve-se considerar o desperdício de recursos escassos.

Tabela 8.9. Distribuição das crianças menores de 5 anos por macrorregião de acordo com o tipo de parto, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

Local	Tipo de parto				Total N
	Vaginal		Cesariana		
	N	%	N	%	
<b>Macrorregião</b>					
Norte	2481	95,2 (93,4-96,6)	124	4,8 (3,4-6,6)	2605
Centro-Oeste	1189	91,6 (89,1-93,7)	110	8,4 (6,3-11,0)	1299
Nordeste	1115	81,7 (75,3-86,8)	248	18,3 (13,2-24,7)	1363
Sul/Sudeste	738	81,6 (75,3-86,7)	169	18,4 (13,5-24,7)	907
<b>Brasil 5523</b>		<b>87,0 (84,0-89,4)</b>	<b>651</b>	<b>13,0 (10,6-16,0)</b>	<b>6174</b>

Figura 8.2. Percentual de cesarianas de acordo com a macrorregião, para os nascimentos hospitalares, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.



A informação sobre o peso de nascimento foi coletada junto aos registros secundários existentes. A Figura 8.3 sugere que para os nascimentos não hospitalares houve clara preferência pelo dígito terminal e o peso de nascimento foi arredondado para a centena mais próxima. Por este motivo a análise da prevalência de baixo peso ao nascer foi restrita aos partos hospitalares. A Tabela 8.10 mostra que a prevalência de baixo peso ao nascer foi menor no Norte do que nas demais. Em decorrência da inexistência de informação sobre a idade gestacional não foi possível avaliar o crescimento intra-uterino. Chama a atenção a pequena prevalência de baixo peso ao nascer ao comparáramos os resultados do presente inquérito com aqueles observados em outros estudos brasileiros. Por exemplo, em Pelotas, no ano de 2004 a prevalência de baixo peso ao nascer foi de 10,0% (Barros et al. 2008).

Figura 8.3. Histograma do peso ao nascer para os partos não hospitalares, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

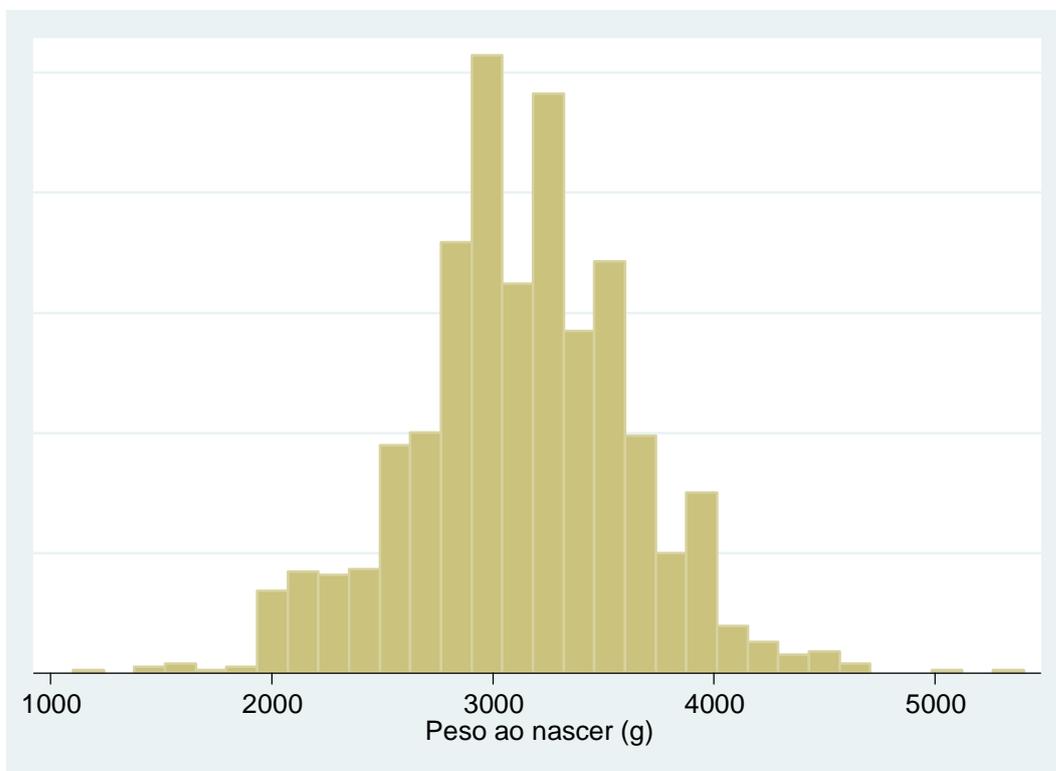


Tabela 8.10. Distribuição das crianças menores de 5 anos por macrorregião de acordo com o peso ao nascer, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

Local	Peso ao nascer em gramas				Total N
	< 2500		≥ 2500		
	N	%	N	%	
<b>Macrorregião</b>					
Norte	23	4,0 (2,5-6,3)	552	96,0 (93,7-97,5)	575
Centro-Oeste	62	7,7 (6,0-9,8)	737	92,3 (90,2-94,0)	799
Nordeste	65	7,2 (5,6-9,1)	848	92,8 (91,0-94,4)	913
Sul/Sudeste	46	8,0 (5,9-10,6)	536	92,0 (89,4-94,1)	582
<b>Brasil 196</b>		<b>7,3 (6,3-8,5)</b>	<b>2673</b>	<b>92,7 (91,5-93,7)</b>	<b>2869</b>

O desenvolvimento cognitivo de uma criança é influenciado não apenas por sua saúde e estado nutricional, mas também pelas experiências e interações que ocorrem durante a infância com aqueles que participam de sua vida (pais, irmãos, amigos). Esses elementos atuam em sinergia e não podem ser separados em diferentes domínios. Por isso, além de assegurar nutrição e tratamento das doenças, é importante garantir que a criança cresça em um ambiente que estimule o seu desenvolvimento, com a família desempenhando um papel central. Toda a família tem o direito de receber informações referentes ao desenvolvimento e crescimento dos seus filhos. Infelizmente este direito não está sendo assegurado para as famílias indígenas do nosso país (Tabela 8.11).

Tabela 8.11. Distribuição das crianças menores de cinco anos por macrorregião de acordo com o fornecimento de explicações pelo profissional de saúde para a família sobre como estava o desenvolvimento e/ou peso da criança menor de cinco anos, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

Local	Família recebeu informações sobre o peso e ou desenvolvimento da criança				Total N
	Sim		Não		
	N	%	N	%	
<b>Macrorregião</b>					
Norte	1793	69,1 (62,8-74,7)	803	30,9 (25,3-37,2)	2596
Centro-Oeste	972	75,8 (63,3-83,3)	333	24,2 (16,7-33,7)	1305
Nordeste	1017	74,1 (63,8-82,3)	354	25,9 (17,7-36,2)	1371
Sul/Sudeste	648	72,0 (63,4-79,3)	250	28,0 (20,7-36,6)	898
<b>Brasil 4430</b>		<b>72,7 (68,4-76,7)</b>	<b>1740</b>	<b>27,3 (23,4-31,6)</b>	<b>6170</b>

A utilização de serviços de saúde reflete tanto a disponibilidade e o acesso a estes serviços como os padrões de morbidade da população.

As freqüências e motivos de hospitalizações, conforme a informação da mãe, estão descritas na Tabela 8.12. Cerca de 19% das crianças haviam sido hospitalizadas no último ano e as principais causas foram as diarreias e as infecções respiratórias. A freqüência de hospitalizações foi maior no Centro-Oeste (27,3%).



## Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

Tabela 8.12. Distribuição das crianças menores de cinco anos por macrorregião de acordo com a hospitalização no último ano, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

Local	Criança foi hospitalizada no último ano		Causa da hospitalização no último ano:								
			Diarréia		IRA/ Pneumonia		Malária		Outro		Total
			n	%	N	%	N	%	n	%	
Macrorregião	N	%	n	%	N	%	N	%	n	%	N
Norte	440	16,7 (12,2-22,5)	209	8,0 (5,5-11,3)	236	9,0 (6,2-12,8)	13	0,5 (0,2-1,1)	2		2626
Centro-Oeste	351	27,3 (22,6-32,4)	150	11,8 (8,8-15,7)	144	10,9 (9,1-13,0)	1	0,1 (0,0-0,5)	1		1307
Nordeste	191	13,9 (11,1-17,2)	47	3,4 (2,5-4,6)	65	4,8 (3,4-6,6)	0		0		1373
Sul/Sudeste	174	19,2 (15,4-23,6)	51	5,6 (3,9-8,1)	99	11,0 (8,1-14,7)	1	0,1 (0,0-0,7)	1		908
<b>Brasil 1156</b>		<b>19,2 (16,6-22,2)</b>	<b>457</b>	<b>7,1 (5,6-8,9)</b>	<b>544</b>	<b>9,0 (7,6-10,7)</b>	<b>15</b>	<b>0,2 (0,1-0,3)</b>	<b>4</b>		<b>6214</b>

Grande parte da mortalidade por diarréia pode ser atribuída à baixa qualidade de vida das populações, principalmente a falta de saneamento que favorece a transmissão dessa doença pela via fecal-oral.

A Tabela 8.13 mostra que cerca de uma em cada quatro crianças apresentaram diarréia na última semana e esta proporção foi significativamente maior para as crianças da macrorregião Norte (37,9%). No Sul / Sudeste, a prevalência de diarréia foi menor do que a observada em inquérito realizado no ano de 1996 no Rio Grande do Sul, mas ainda se encontra em um patamar elevado. Os achados revelam que a diarréia é uma doença comum nas comunidades estudadas, particularmente no Norte. A alta prevalência desta doença é devido em parte as deficientes condições de saneamento. A diarréia atua sinergicamente com a ingesta inadequada de alimentos na determinação dos déficits nutricionais. A melhoria nas condições de saneamento e a conseqüente redução na ocorrência desta doença, desempenharia

um importante papel na redução dos altíssimos índices de déficit nutricional, como veremos adiante.

A amamentação teve um efeito protetor para diarreia apenas nos primeiros três meses de vida. Uma vez que estas crianças moram em condições precárias de higiene, provavelmente os alimentos introduzidos na dieta estão contaminados e causam a diarreia. O estímulo a amamentação exclusiva nos primeiros seis meses de vida provavelmente aumentaria o efeito protetor da amamentação e protegeria as crianças de um agravamento do estado nutricional. Por outro lado, as precárias condições de higiene criam o dilema do desmame (Rowland et al. 1978), uma vez que estas crianças devem começar a receber uma suplementação alimentar, pois o leite materno não tem capacidade de sozinho suprir as necessidades energéticas da criança, mas por outro lado a contaminação dos alimentos ocasiona a diarreia, o que agrava ainda mais o déficit nutricional. Nestas situações deve-se optar por estimular o aleitamento exclusivo, buscando reduzir a ocorrência de diarreia nestas crianças.

O soro reidratante oral é considerado como uma das maiores descobertas da medicina no século passado. Isso se deve ao fato de ter evitado a morte de milhares de crianças em todo o mundo a partir de um custo extremamente baixo. Apenas 56,4% das crianças que apresentaram diarreia na última semana receberam terapia de reidratação oral. Daí, seguramente, advêm as crianças que necessitaram de consultas médicas e hospitalização. Entre as medidas necessárias para mudar esta situação destaca-se o incremento na disponibilidade de pacotes de solução de reidratação oral. É importante salientar que apesar das diferenças no que diz respeito a prevalência de diarreia, as ações devem ser implementadas em todas as áreas.

A Tabela 8.14 mostra que 18,4% das mães de crianças que apresentaram diarreia na última semana utilizaram o soro oral por conta própria. Uma das grandes vantagens do soro oral é o fato de não ter contra-indicação ou efeito colateral. Portanto, mais mães deveriam utilizá-lo por conta própria cada vez que a criança

apresente as fezes amolecidas ou líquidas. Isto, provavelmente, ajudaria a reduzir as hospitalizações por diarreia.

A redução na prevalência de diarreia depende, basicamente, de melhorias nas condições de saneamento e de higiene na preparação dos alimentos, como também no aumento da mediana da amamentação exclusiva. No entanto, também é importante o manejo adequado dos casos de diarreia. Se isso for feito, a criança não irá desidratar e, portanto, na imensa maioria das vezes, não será necessário hospitalizá-la.

Tabela 8.13. Distribuição das crianças menores de cinco anos por macrorregião de acordo com a incidência de diarreia na última semana, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

<b>Local</b>	<b>Criança teve diarreia na última semana</b>		<b>Criança com diarreia usou terapia de reidratação oral</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Macrorregião</b>				
Norte	992	37,9 (34,4-41,5)	538	54,6 (48,5-60,6)
Centro-Oeste	283	21,7 (19,2-24,5)	181	64,7 (51,5-76,0)
Nordeste	267	19,5 (13,8-24,2)	125	47,1 (37,4-57,0)
Sul/Sudeste	156	17,5 (12,9-23,3)	91	59,4 (51,2-67,1)
<b>Brasil 1698</b>		<b>23,5 (20,9-26,3)</b>	<b>935</b>	<b>56,4 (51,4-61,2)</b>



## Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

Tabela 8.14. Distribuição das crianças menores de cinco anos de acordo com a macrorregião e o responsável pela indicação do uso de terapia de reidratação oral, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

Quem indicou o uso de terapia de reidratação oral									
Local	Médico		Agente indígena de saúde		Ninguém indicou		Outra pessoa		Total
	N	%	N	%	n	%	N	%	N
<b>Macrorregião</b>									
Norte	161	30,2 (20,6-41,9)	162	30,4 (21,1-41,6)	73	13,7 (9,7-19,1)	137	25,7 (13,5-43,4)	533
Centro-Oeste	97	55,3 (46,4-63,9)	49	26,9 (20,5-34,5)	15	8,4 (6,0-11,7)	19	9,4 (2,7-27,9)	180
Nordeste	34	27,4 (16,5-41,9)	13	10,5 (5,1-20,3)	37	29,8 (17,1-46,6)	41	32,4 (13,8-58,8)	125
Sul/Sudeste	56	61,3 (52,4-69,5)	4	4,4 (2,0-9,4)	25	27,7 (18,5-39,3)	6	6,6 (2,6-15,6)	91
<b>Brasil</b>	<b>348</b>	<b>43,3</b> <b>(36,4-50,6)</b>	<b>228</b>	<b>20,0</b> <b>(15,4-25,6)</b>	<b>150</b>	<b>18,4</b> <b>(14,1-23,7)</b>	<b>203</b>	<b>18,2</b> <b>(11,3-28,2)</b>	<b>929</b>

A Tabela 8.15 mostra dados relativos a ocorrência de infecções respiratórias. Cerca de metade das crianças apresentou tosse na semana anterior a entrevista e esta proporção foi menor para as crianças das regiões Centro-Oeste. Entre as crianças com tosse, 42,8% apresentaram dificuldade para respirar, 50,5% tinham febre e 70,0% apresentava-se com obstrução nasal. A presença de quadro provável de pneumonia (tosse + febre + dificuldade respiratória sem obstrução nasal) foi observada em 1,3% das crianças (Tabela 8.16).



## **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**

Observou-se que 59,0% das famílias de crianças que apresentaram tosse ou diarreia na última semana procuraram ajuda dentro ou fora da comunidade (Tabela 8.17). Este percentual foi significativamente menor no Nordeste [41,0% (95% intervalo de confiança:34,0% - 48,5%)], uma vez que o intervalo de confiança não inclui as estimativas obtidas nas demais regiões.

As Tabelas de 8.18 a 8.25 mostram que as famílias das crianças que apresentaram tosse ou diarreia na última semana, procuraram ajuda mais frequentemente no posto de saúde da aldeia/Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI), com o Agente Indígena de Saúde ou com o Curador/Rezador/Pajé. Observamos certa heterogeneidade regional no tocante ao local onde as famílias procuraram ajuda. Por exemplo, na macrorregião Norte, 46,0% das famílias procurou o Agente Indígena de Saúde, enquanto que para o Nordeste este percentual foi de apenas 6,1%. No Sul/Sudeste, 92,4% das famílias procuraram ajuda no posto de saúde da aldeia, percentual significativamente maior do que o observado nas demais regiões. No que diz respeito ao acesso ao serviço de saúde, a quase totalidade das famílias relataram que conseguiram atendimento/cuidado para a criança com doença respiratória ou diarreia.

Tabela 8.15. Ocorrência de infecção respiratória em menores de cinco anos por macrorregião, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

Local	Na última semana <CRIANÇA> teve tosse		Criança com tosse teve:						
			Dificuldade para respirar		Febre		Obstrução nasal		Total
	N	%	n	%	N	%	n	%	
<b>Macrorregião</b>									
Norte	1488	56,6 (51,7-61,4)	802	54,0 (48,8-59,2)	895	60,2 (54,7-65,5)	1142	77,0 (71,4-81,7)	2628
Centro-Oeste	460	34,3 (28,8-40,6)	162	35,8 (29,0-43,2)	240	52,4 (44,7-60,0)	290	63,6 (53,9-72,3)	1313
Nordeste	657	47,5 (43,6-51,5)	205	31,3 (26,9-36,1)	314	48,2 (38,6-58,0)	424	65,0 (60,6-69,2)	1382
Sul/Sudeste	366	40,3 (35,2-45,6)	169	46,5 (41,5-51,5)	151	41,2 (34,1-48,7)	261	71,8 (65,8-77,1)	909
<b>Brasil 2971</b>		<b>44,3</b> <b>(41,0-47,8)</b>	<b>1338</b>	<b>42,8</b> <b>(39,3-46,4)</b>	<b>1600</b>	<b>50,5</b> <b>(46,3-54,7)</b>	<b>2117</b>	<b>70,0</b> <b>(66,7-73,2)</b>	<b>6232</b>

Tabela 8.16. Ocorrência de provável pneumonia em crianças menores de cinco anos, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

Local	Crise com tosse, febre, dificuldade respiratória sem obstrução nasal				
	Sim		Não		Total
	N	%	N	%	N
<b>Macrorregião</b>					
Norte	31	1,2 (0,8-1,7)	2597	98,8 (98,3-99,2)	2628
Centro-Oeste	21	1,7 (1,0-2,7)	1292	98,4 (97,3-99,0)	1313
Nordeste	14	1,0 (0,6-1,6)	1368	97,9 (93,4-99,4)	1382
Sul/Sudeste	12	1,3 (0,7-2,1)	897	98,7 (97,8-99,3)	909
<b>Brasil</b>	<b>78</b>	<b>1,3</b> <b>(1,0-1,7)</b>	<b>6154</b>	<b>98,7</b> <b>(98,3-99,0)</b>	<b>6232</b>

Tabela 8.17. Família da criança com tosse ou diarreia na última semana procurou ajuda, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

Local	Família da criança com tosse ou diarreia na última semana procurou ajuda				
	Sim		Não		Total
	N	%	N	%	N
<b>Macrorregião</b>					
Norte	1109	63,6 (56,8-69,9)	635	36,4 (30,1-43,2)	1744
Centro-Oeste	366	63,6 (54,2-72,0)	215	36,4 (28,0-45,8)	581
Nordeste	307	41,0 (34,0-48,5)	439	59,0 (51,5-66,1)	746
Sul/Sudeste	287	67,2 (56,9-76,0)	140	32,8 (24,0-43,2)	427
<b>Brasil</b>	<b>2069</b>	<b>59,0</b> <b>(53,6-64,1)</b>	<b>1429</b>	<b>41,0</b> <b>(35,9-46,4)</b>	<b>3498</b>

Tabela 8.18. Distribuição das crianças menores de 5 anos por macrorregião que procuraram ajuda com o Agente Indígena de Saúde para tratar a diarreia ou tosse da criança, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

Local	Família procurou ajuda com o Agente Indígena de Saúde				Recebeu atendimento				Total N
	Sim		Não		Sim		Não		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
<b>Macrorregião</b>									
Norte	509	46,0 (34,8-57,7)	597	54,0 (42,3-62,5)	493	98,4 (96,0-99,4)	8	1,6 (0,6-4,0)	1106
Centro-Oeste	84	22,3 (16,1-30,0)	281	77,7 (70,0-83,9)	83	100	0	0	365
Nordeste	18	6,1 (2,7-12,9)	287	94,0 (87,1-97,3)	16	88,7 (71,0-96,2)	2	11,3 (3,8-29,0)	305
Sul/Sudeste	43	15,6 (8,9-25,8)	238	84,4 (74,2-91,1)	39	90,8 (73,8-97,2)	4	9,2 (2,8-26,3)	281
<b>Brasil 654</b>		<b>24,7 (19,6-30,6)</b>	<b>1403</b>	<b>75,3 (69,4-80,4)</b>	<b>631</b>	<b>96,8 (93,8-98,4)</b>	<b>14</b>	<b>3,2 (1,6-6,2)</b>	<b>2057</b>

Tabela 8.19. Distribuição das crianças menores de 5 anos por macrorregião que procuraram ajuda no Posto de saúde da aldeia ou EMSI para tratar a diarreia ou tosse da criança, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

Local	Família procurou ajuda no posto de saúde da aldeia ou EMSI				Recebeu atendimento				Total N
	Sim		Não		Sim		Não		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
<b>Macrorregião</b>									
Norte	765	69,0 (56,0-79,5)	344	31,0 (20,5-44,0)	754	99,0 (97,7-99,5)	8	1,0 (0,5-2,3)	1109
Centro-Oeste	292	82,2 (70,1-90,1)	71	17,8 (10,0-29,9)	286	98,3 (95,8-99,3)	5	1,7 (0,7-4,2)	363
Nordeste	214	69,7 (58,7-78,9)	92	30,3 (21,1-41,3)	205	96,2 (90,4-98,5)	8	3,8 (1,5-9,6)	306
Sul/Sudeste	265	92,4 (87,4-95,5)	22	7,6 (4,5-12,6)	256	97,8 (93,1-99,3)	6	2,2 (0,7-6,9)	287
<b>Brasil 1536</b>		<b>79,2</b> <b>(73,4-84,0)</b>	<b>529</b>	<b>20,8</b> <b>(16,0-26,7)</b>	<b>1501</b>	<b>97,9</b> <b>(96,4-98,8)</b>	<b>27</b>	<b>2,1</b> <b>(1,2-3,6)</b>	<b>2065</b>

Tabela 8.20. Distribuição das crianças menores de 5 anos por macrorregião que procuraram outro posto de saúde da aldeia para tratar a diarreia ou tosse da criança, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

Local	Família procurou ajuda em outro posto de saúde				Recebeu atendimento				Total N
	Sim		Não		Sim		Não		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
<b>Macrorregião</b>									
Norte	22	2,0 (0,7-5,5)	1082	98,0 (94,5-99,3)	21	100	0	0	1104
Centro-Oeste	4	1,0 (0,3-3,4)	358	99,0 (96,6-99,7)	3	100	0	0	362
Nordeste	9	3,0 (1,3-6,9)	296	97,0 (93,1-98,7)	9	100	0	0	305
Sul/Sudeste	6	2,2 (1,0-4,7)	274	97,8 (95,3-99,0)	6	100	0	0	280
<b>Brasil 41</b>	<b>2,0</b>	<b>(1,2-3,3)</b>	<b>2010</b>	<b>98,0</b> <b>(96,7-98,8)</b>	<b>39</b>	<b>100</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2051</b>

Tabela 8.21. Distribuição das crianças menores de 5 anos por macrorregião que procuraram farmácia na cidade para tratar a diarreia ou tosse da criança, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

Local	Família procurou farmácia na cidade para tratar tosse ou diarreia				Recebeu atendimento				Total N	
	Sim		Não		Sim		Não			
	N	%	N	%	N	%	N	%		
<b>Macrorregião</b>										
Norte	17	1,5 (0,8-2,8)	1087	98,5 (97,2-99,2)	17	100	0	0	1104	
Centro-Oeste	3	0,7 (0,2-2,8)	360	99,3 (97,3-99,8)	3	100	0	0	363	
Nordeste	14	4,6 (2,1-9,6)	291	95,4 (90,4-97,9)	14	100	0	0	305	
Sul/Sudeste	4	1,4 (0,5-4,1)	277	98,6 (95,9-99,5)	4	100	0	0	281	
<b>Brasil 38</b>	<b>1,9</b>	<b>(1,1-3,1)</b>	<b>2015</b>	<b>98,2</b>	<b>(96,9-98,9)</b>	<b>38</b>	<b>100</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2053</b>

Tabela 8.22. Distribuição das crianças menores de 5 anos por macrorregião que procuraram a Casa de Saúde do Índio – CASAI para tratar a diarreia ou tosse da criança, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

Local	Família procurou a Casa de Saúde do Índio - CASAI para tratar tosse ou diarreia				Recebeu atendimento				Total
	Sim		Não		Sim		Não		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
<b>Macrorregião</b>									
Norte	19	1,7 (0,9-3,3)	1085	98,3 (96,7-99,1)	18	100	0	0	1104
Centro-Oeste	1	0,2 (0,0-1,7)	362	99,8 (98,3-99,9)					363
Nordeste	1	0,3 (0,0-2,2)	304	99,7 (97,9-99,9)	1	100	0	0	305
Sul/Sudeste	1	0,4 (0,0-2,8)	280	99,6 (97,2-99,9)	1	100	0	0	281
<b>Brasil 22</b>		<b>0,8 (0,4-1,4)</b>	<b>2031</b>	<b>99,2 (98,6-99,6)</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2053</b>

Tabela 8.23. Distribuição das crianças menores de 5 anos por macrorregião que procuraram clínica / hospital na cidade para tratar a diarreia ou tosse da criança, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

Local	Família procurou clínica / hospital na cidade para tratar tosse ou diarreia				Recebeu atendimento				Total N
	Sim		Não		Sim		Não		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
<b>Macrorregião</b>									
Norte	29	2,6 (1,6-4,4)	1075	97,4 (95,6-98,4)	28	100	0	0	1104
Centro-Oeste	14	3,5 (1,7-7,2)	349	96,5 (92,8-98,3)	11	92,4 (59,6-99,0)	1	7,6 (1,0-40,5)	363
Nordeste	57	18,7 (12,0-28,1)	248	81,3 (71,9-88,0)	52	94,7 (79,3-98,8)	3	5,3 (1,2-20,7)	305
Sul/Sudeste	27	9,6 (4,8-18,4)	254	90,4 (81,6-95,3)	27	100	0	0	281
<b>Brasil</b>	<b>127</b>	<b>7,8 (5,3-11,2)</b>	<b>1926</b>	<b>92,2 (88,8-94,7)</b>	<b>118</b>	<b>97,1 (90,3-99,2)</b>	<b>4</b>	<b>2,9 (0,8-9,7)</b>	<b>2053</b>

Tabela 8.24. Distribuição das crianças menores de 5 anos por macrorregião que procuraram curador, rezador ou pajé para tratar a diarreia ou tosse da criança, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

Local	Família procurou curador, rezador ou pajé para tratar tosse ou diarreia				Recebeu atendimento				Total N
	Sim		Não		Sim		Não		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
<b>Macrorregião</b>									
Norte	230	20,8 (14,8-28,5)	874	79,2 (71,5-85,2)	220	99,1 (93,8-99,9)	2	0,9 (0,1-6,2)	1104
Centro-Oeste	9	2,2 (0,9-5,1)	355	97,8 (94,9-99,1)	9	100	0	0	364
Nordeste	25	8,2 (3,1-19,7)	280	92,6 (80,3-96,9)	25	100	0	0	305
Sul/Sudeste	40	14,9 (5,1-36,0)	241	85,1 (64,0-94,9)	40	100	0	0	281
<b>Brasil</b>	<b>304</b>	<b>12,9</b> <b>(8,2-19,6)</b>	<b>1750</b>	<b>87,1</b> <b>(80,4-91,8)</b>	<b>294</b>	<b>99,6</b> <b>(96,7-99,9)</b>	<b>2</b>	<b>0,4</b> <b>(0,0-3,3)</b>	<b>2054</b>



## Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

Tabela 8.25. Distribuição das crianças menores de 5 anos por macrorregião que procuraram outra pessoa ou serviço para tratar a diarreia ou tosse da criança, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

Local	Família procurou outro serviço ou pessoa para tratar tosse ou diarreia				Recebeu atendimento				Total N
	Sim		Não		Sim		Não		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
<b>Macrorregião</b>									
Norte	34	3,1 (1,4-6,5)	1070	96,9 (93,5-98,6)	34	100	0	0	1104
Centro-Oeste	35	8,7 (2,6-25,1)	328	91,3 (74,9-97,4)	35	100	0	0	363
Nordeste	5	1,7 (0,5-5,9)	300	98,3 (94,1-99,5)	5	100	0	0	305
Sul/Sudeste	6	2,2 (0,6-8,7)	275	97,8 (91,3-99,5)	6	100	0	0	281
<b>Brasil</b>	<b>80</b>	<b>3,8</b> <b>(1,9-7,1)</b>	<b>1973</b>	<b>96,2</b> <b>(92,9-98,1)</b>	<b>80</b>	<b>100</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2053</b>

A vitamina A é essencial ao crescimento e desenvolvimento do ser humano, promovendo o funcionamento do sistema imunológico e a manutenção da integridade das mucosas. A deficiência de vitamina A é a principal causa de cegueira evitável em todo o mundo, estando também associada ao aumento na mortalidade por doenças infecciosas, principalmente diarreia e infecção respiratória (Fawzi et al., 1993).

A partir das evidências de que a suplementação com megadose de vitamina A reduziria a mortalidade infantil, pois diminui a incidência e a severidade da diarreia, como também da mortalidade por doença respiratória em crianças com sarampo (Sommer et al., 1984), o UNICEF e a OMS propuseram a distribuição de megadoses de vitamina A para eliminar a deficiência deste micronutriente em áreas endêmicas. No Brasil, o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A propõe a



## **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**

suplementação, a cada 6 meses, para as crianças com idade entre 6 e 59 meses, residentes em áreas consideradas de risco para a hipovitaminose A. No Brasil, o Nordeste, o vale do Jequitinhonha em Minas Gerais e o Vale da Ribeira em São Paulo são consideradas como áreas de risco.

A suplementação com vitamina A deve ser considerada como sendo uma intervenção de curto prazo, enquanto que a médio e longo prazo deve-se estimular uma alimentação saudável, assegurando o acesso das famílias a alimentos ricos em vitamina A.

A Tabela 8.26 mostra que nas regiões Nordeste e Centro-Oeste foram observados os maiores percentuais de crianças que já tinham recebido megadose de vitamina A. Conforme mencionado anteriormente, a cada 6 meses, toda a criança residente na macrorregião Nordeste deveria receber a suplementação de vitamina A. Infelizmente o direito de proteção e promoção a saúde não está sendo assegurado a cerca de metade das crianças indígenas desta região. Apenas 48,7% das crianças residentes no Nordeste haviam recebido uma megadose de vitamina A nos últimos 6 meses. É essencial que seja assegurado o acesso regular das crianças a megadose de vitamina A, principalmente no Nordeste.

Tabela 8.26. Distribuição das crianças com idade entre 6 e 59 meses de acordo com a suplementação de vitamina A, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

Local	Criança já recebeu megadose de vitamina A				Criança recebeu megadose de vitamina A nos últimos 6 meses				Total N
	Sim		Não		Sim		Não		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
<b>Macrorregião</b>									
Norte	250	10,6 (6,9-16,1)	2099	89,4 (83,9-93,1)	106	4,6 (2,6-7,9)	2210	95,4 (92,1-97,4)	2349
Centro-Oeste	934	83,3 (71,2-90,9)	206	16,7 (9,1-28,8)	653	60,2 (50,7-69,0)	452	39,8 (31,0-49,3)	1140
Nordeste	1014	82,8 (71,3-90,3)	212	17,2 (9,7-28,7)	583	48,7 (37,8-59,6)	616	51,3 (40,4-62,2)	1226
Sul/Sudeste	301	38,8 (22,6-57,9)	470	61,2 (42,1-77,4)	172	23,1 (11,2-41,6)	573	76,9 (58,4-88,8)	771
<b>Brasil 2499</b>	<b>53,4</b> <b>(43,1-63,4)</b>	<b>2987</b>	<b>46,6</b> <b>(36,6-56,9)</b>	<b>1514</b>	<b>33,6</b> <b>(26,1-42,0)</b>	<b>3851</b>	<b>66,4</b> <b>(58,0-73,9)</b>	<b>5846</b>	

A anemia ferropriva, decorrente da carência de ferro, é o distúrbio nutricional mais comum na infância, apresentando severas conseqüências econômicas, sociais e sobre a saúde da criança (DeMayer et al., 1985). Evidências oriundas de estudos de base populacional sugerem que a prevalência de anemia em nosso país, além de se encontrar em níveis elevados, estaria aumentando (Monteiro et al., 2000). De acordo com a PNDS 2006, a prevalência de anemia em menores de cinco anos é maior no Nordeste (Ministério da Saúde, 2009).

A anemia na infância é normalmente devido a uma dieta pobre em ferro, ou com baixa disponibilidade de ferro. Para as crianças nascidas a termo, o leite materno é capaz de suprir as necessidades de ferro. A suplementação universal com sulfato ferroso é uma das estratégias recomendadas para reduzir a prevalência da anemia. Desde 2004, as farinhas de trigo e milho passaram a ser fortificadas com ferro, aumentando a disponibilidade de alimentos ricos em ferro. Além disso, o Programa

Nacional de Suplementação de Ferro propõe a suplementação com sulfato ferroso, das crianças com idade entre 6 e 18 meses. O presente inquérito sugere que o programa de suplementação com sulfato ferroso não está atingindo o seu objetivo, já que apenas uma em cada cinco crianças menores de cinco anos receberam pelo menos uma dose de sulfato ferroso nos três meses anteriores a coleta de dados (Tabela 8.27). O percentual de crianças recebendo suplementação com sulfato ferroso foi maior nas regiões Centro-Oeste e Sul/Sudeste.

Tabela 8.27. Distribuição das crianças com idade entre 6 e 18 meses de acordo com a suplementação com sulfato ferroso nos três meses que antecederam a entrevista, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

Local	Criança recebeu sulfato ferroso nos três meses que antecederam a entrevista				Total N
	Sim		Não		
	N	%	N	%	
<b>Macrorregião</b>					
Norte	71	11,5 (7,6-17,0)	547	88,5 (83,0-92,4)	618
Centro-Oeste	80	33,7 (25,5-42,9)	161	66,3 (57,1-74,5)	241
Nordeste	24	8,3 (5,3-12,8)	266	91,7 (87,2-94,7)	290
Sul/Sudeste	55	29,0 (19,1-41,4)	136	71,0 (58,7-80,9)	191
<b>Brasil</b>	<b>230</b>	<b>20,6</b> <b>(15,8-26,5)</b>	<b>1110</b>	<b>79,4</b> <b>(73,5-84,2)</b>	<b>1340</b>

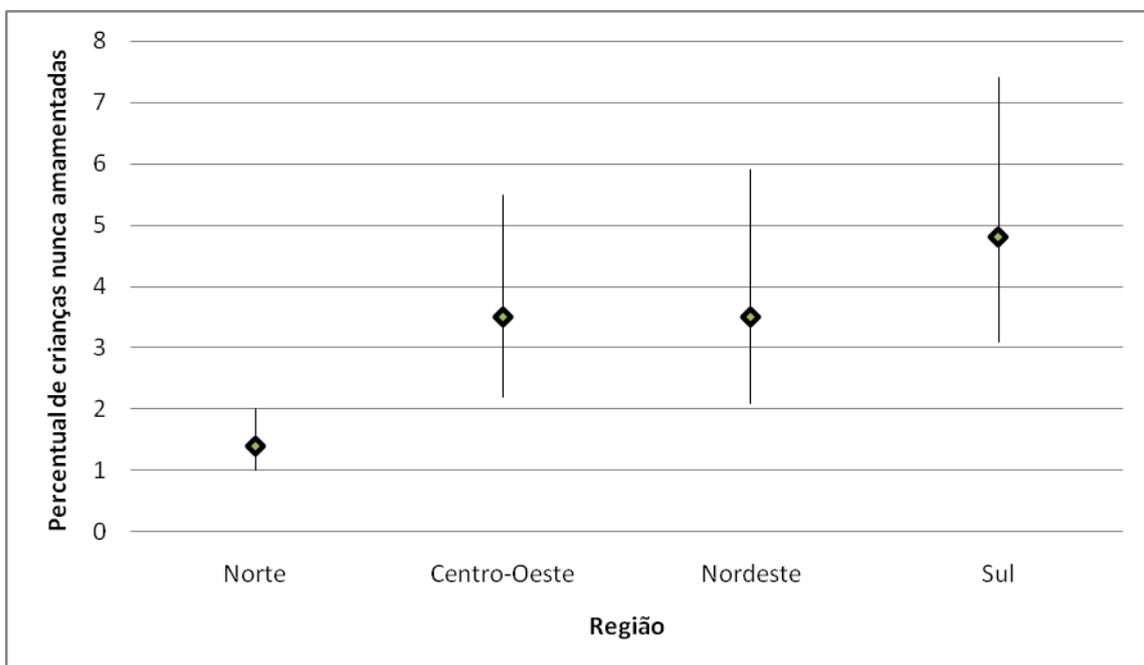
As mães devem iniciar a amamentar na primeira meia hora após o parto. Isso está associado positivamente com a duração da amamentação e manutenção da temperatura do recém-nascido (Dechateau et al. 1977). Finalmente, o colostro é a primeira fonte de proteção para a criança. Toda a criança deve ser amamentada exclusivamente no seio materno até os 6 meses de idade. A partir desta idade a



## Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

criança deve receber alimentação suplementar e continuar mamando até os 2 anos de idade. A Figura 8.4 mostra que o percentual de crianças que nunca foram amamentadas foi menor no Norte.

Figura 8.4. Percentual de crianças menores de cinco anos que nunca foram amamentadas de acordo com a macrorregião, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.



O estado nutricional das crianças é um dos mais importantes indicadores da qualidade de vida de uma comunidade. Quanto maior a prevalência de desnutrição, piores são as condições de sobrevivência das famílias.

A desnutrição resulta da ingestão inadequada de alimentos tanto quantitativa como qualitativamente, de dificuldades do organismo em aproveitar os nutrientes e, principalmente, como resultado da ocorrência de doenças infecciosas. Geralmente, se estabelece um ciclo vicioso entre desnutrição e doença infecciosa. A desnutrição pode ser tanto conseqüência das doenças infecciosas como um dos seus determinantes ou fator prognóstico.



## **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**

Na avaliação do estado nutricional de crianças e adolescentes, atualmente, recomenda-se a utilização do padrão da OMS. Essa curva consiste de um padrão de crescimento obtido por estudo multicêntrico realizado seis países (Brasil, Índia, Gana, Noruega, Oman e Estados Unidos) com amostras de crianças saudáveis.

O padrão da OMS leva em consideração o peso, a estatura/comprimento, a idade e o sexo e a partir destas variáveis, três indicadores sobre o estado nutricional são obtidos:

- a) Estatura para a idade: quando a estatura/comprimento da criança está baixa em relação à sua idade, indicando que ela não vem crescendo bem há muito tempo.
- b) Peso para a estatura: se a criança apresenta pouco peso em relação a sua estatura/comprimento, isto indica a ocorrência de perda de peso recente.
- c) Peso para a idade: uma criança que apresenta baixo peso em relação a sua idade pode ter perdido peso recentemente, indicando um processo agudo, ou está perdendo peso há muito tempo. Portanto, este indicador não é útil para apontar a duração do processo de subnutrição.

No presente estudo consideraremos como “normais” aquelas crianças cujo escore  $z$  for maior ou igual a -2 desvio-padrão, ponto de corte similar foi adotado na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS). Em termos estatísticos esperamos que apenas 2% das crianças estejam com um peso para a idade abaixo de -2 desvio-padrão da média da população de referência.

Em todas as macrorregiões, a prevalência de déficit de peso para a idade estava acima do esperado, sendo que este percentual foi mais elevado no Norte (Tabela 8.28). A comparação com a PNDS 2006 mostra que em cada macrorregião a prevalência de déficit de peso para a idade foi maior nas crianças indígenas (Ministério da Saúde, 2009). No Nordeste a PNDS 2006 observou uma prevalência de déficit de 2,6%, enquanto que no presente estudo 4,1% das crianças desta macrorregião estavam abaixo do ponto de corte. Na comparação entre as regiões,



## Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

similarmente ao observado no presente inquérito, a PNDS 2006 também observou maior prevalência de déficit de peso para a idade no Norte (11,4%).

Tabela 8.28. Distribuição das crianças por macrorregião de acordo com o peso para a idade pelo padrão OMS, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

Local	Indicador peso para a idade (OMS)								Total N
	< - 2 desvio- padrão		-2 a -1 desvio- padrão		-0.99 a 1 desvio-padrão		> 1 desvio- padrão		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
<b>Macrorregião</b>									
Norte	298	11,4 (8,0-15,8)	829	31,6 (28,8-34,6)	1413	53,9 (49,0-58,7)	82	3,1 (2,4-4,0)	2622
Centro-Oeste	62	5,0 (3,4-7,5)	282	21,9 (17,6-26,9)	856	66,0 (61,1-70,6)	94	7,1 (3,9-12,4)	1294
Nordeste	55	4,1 (2,9-5,6)	210	15,4 (13,1-17,9)	897	65,5 (62,9-68,1)	206	15,1 (12,0-18,8)	1368
Sul/Sudeste	35	4,0 (2,4-6,4)	131	14,6 (11,0-19,0)	602	66,6 (63,2-69,8)	137	14,9 (11,2-19,7)	905
<b>Brasil</b>	<b>450</b>	<b>5,9</b> <b>(4,7-7,4)</b>	<b>1452</b>	<b>20,3</b> <b>(18,0-22,7)</b>	<b>3768</b>	<b>63,4</b> <b>(61,2-65,5)</b>	<b>519</b>	<b>10,5</b> <b>(8,5-13,0)</b>	<b>6189</b>

Cerca de uma em cada quatro crianças estudadas apresentavam déficit de estatura para a idade (Tabela 8.29). Similarmente ao observado para o indicador peso/estatura, a prevalência de déficit de estatura foi mais elevada no Norte. Na comparação com a PNDS 2006 a prevalência deste déficit foi novamente mais elevada nas crianças indígenas, sendo que no Centro-Oeste foi observada a maior desigualdade entre a PNDS e o inquérito de saúde indígena. De acordo com a PNDS 2006, 5,5% das crianças do Centro-Oeste apresentava déficit de estatura, enquanto que nas crianças indígenas a prevalência de déficit de estatura foi de 27,8%.

A maior prevalência de baixa estatura para a idade mostra que as crianças estão crescendo proporcionalmente menos, apresentando maior perda de estatura do que de peso. O presente estudo indica que a desnutrição é um dos principais problemas de saúde pública das crianças menores de cinco anos. A diminuição dos índices de desnutrição depende da melhoria na prestação de serviços de saúde, manejo das doenças infecciosas, principalmente diarreia, e das condições de saneamento.

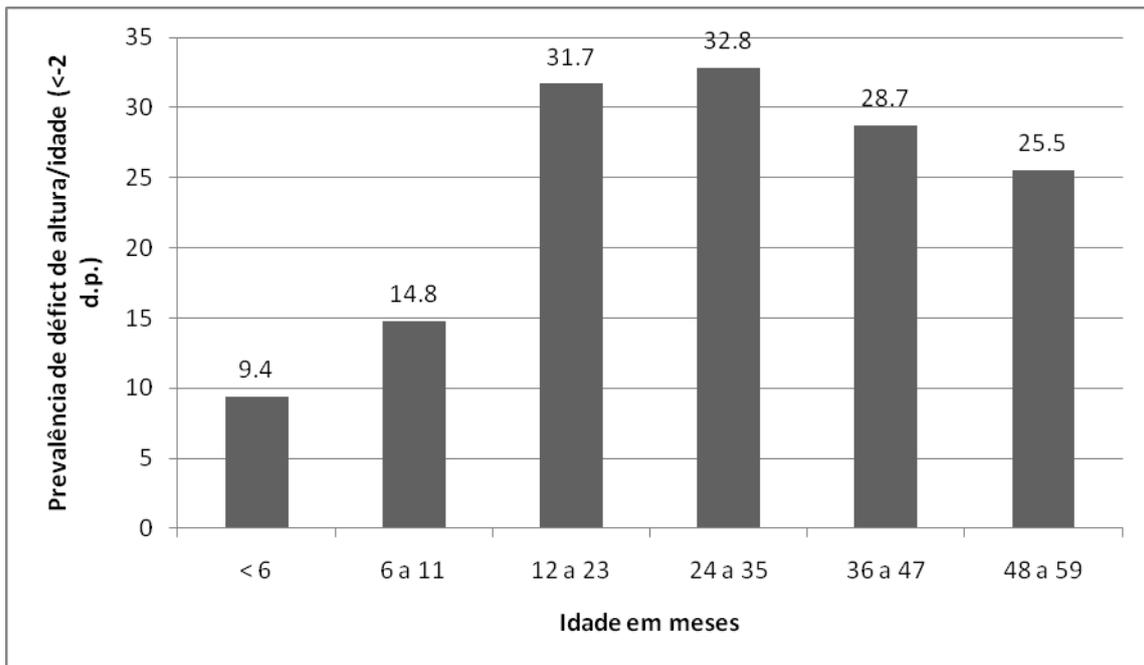
Tabela 8.29. Distribuição das crianças por macrorregião de acordo com a estatura para a idade pelo padrão OMS, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

Local	Indicador estatura para a idade (OMS)								
	< - 2 desvio-padrão		-2 a -1 desvio-padrão		-0.99 a 1 desvio-padrão		> 1 desvio-padrão		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	
<b>Macrorregião</b>									
Norte	1069	41,1 (36,0-46,3)	915	35,2 (32,3-38,1)	571	21,9 (19,0-25,2)	48	1,8 (1,3-2,6)	2603
Centro-Oeste	350	27,8 (21,3-35,3)	480	37,3 (34,6-40,1)	430	32,9 (25,5-41,1)	28	2,1 (1,4-3,2)	1288
Nordeste	188	13,9 (10,5-18,3)	371	27,3 (24,4-30,3)	691	50,8 (45,9-55,6)	110	8,1 (6,1-10,7)	1360
Sul/Sudeste	202	23,0 (15,1-33,4)	246	27,7 (23,3-32,6)	385	42,7 (33,5-52,6)	60	6,6 (3,7-11,5)	893
<b>Brasil</b>	<b>1809</b>	<b>26,0</b> <b>(22,0-30,4)</b>	<b>2012</b>	<b>31,5</b> <b>(29,2-33,8)</b>	<b>2077</b>	<b>37,7</b> <b>(33,3-42,4)</b>	<b>246</b>	<b>4,9</b> <b>(3,6-6,6)</b>	<b>6144</b>

A Figura 8.5 mostra que a prevalência de déficit de comprimento/estatura por idade aumenta após os primeiros 6 meses de vida, quando inicia o processo de desmame das crianças e os alimentos introduzidos não são capazes de garantir o crescimento adequado.



Figura 8.5. Prevalência de déficit de estatura para a idade (< -2 desvio-padrão) de acordo com a idade, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.



A Tabela 8.30 mostra que a prevalência de déficit de peso/estatura encontra-se abaixo do esperado, em relação à população de referência da OMS. A combinação de uma elevada prevalência de stunting e nenhuma evidência de wasting é uma observação comum na maioria dos países em desenvolvimento.

Tabela 8.30. Distribuição das crianças por macrorregião de acordo com o peso para a estatura pelo padrão OMS, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

Local	Indicador peso para a estatura (OMS)								Total N
	< - 2 desvio-padrão		-2 a -1 desvio-padrão		-0.99 a 1 desvio-padrão		> 1 desvio-padrão		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
<b>Macrorregião</b>									
Norte	44	1,7 (1,3-2,2)	166	6,4 (5,3-7,6)	1938	74,3 (72,0-76,5)	460	17,7 (15,3-20,3)	2608
Centro-Oeste	11	0,9 (0,5-1,6)	55	4,4 (2,8-7,0)	840	65,2 (61,4-68,9)	382	29,4 (25,1-34,2)	1288
Nordeste	19	1,4 (0,7-2,1)	86	6,3 (5,3-7,6)	893	65,7 (61,9-69,3)	362	26,6 (22,5-31,1)	1360
Sul/Sudeste	10	1,1 (0,5-2,6)	42	4,7 (3,0-7,3)	534	59,7 (51,6-67,4)	309	34,5 (25,6-44,6)	895
<b>Brasil</b>	<b>84</b>	<b>1,3</b> <b>(0,9-1,7)</b>	<b>349</b>	<b>5,4</b> <b>(4,6-6,4)</b>	<b>4205</b>	<b>65,7</b> <b>(62,6-68,7)</b>	<b>1513</b>	<b>27,6</b> <b>(24,1-31,4)</b>	<b>6151</b>

Com a finalidade de permitir que os resultados do presente inquérito sejam comparados com estudos realizados previamente em populações indígenas, apresentamos nas Tabelas 8.31 a 8.33 os resultados utilizando o padrão previamente utilizado (NCHS).

Os resultados apontam para elevadas prevalências de baixa estatura para idade (20,5%), variando de 10,5% no Nordeste a 33,8% no Norte. Quanto aos dois outros indicadores, as prevalências para o conjunto das macrorregiões foi de 8,3% de baixo peso para idade e 1,0% de baixo peso para estatura, sempre com o Norte apresentando as proporções mais elevadas. Diversos estudos de caso sobre a situação nutricional das crianças indígenas também vêm apontando para elevadas



## Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

prevalências de baixa estatura para idade (Leite et al., 2007), de modo que os resultados do Inquérito encontram respaldo na literatura.

Tabela 8.31. Distribuição das crianças por macrorregião de acordo com o peso para a idade pelo padrão NCHS, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

Local	Indicador peso para a idade (NCHS)								Total N
	< - 2 desvio- padrão		-2 a -1 desvio- padrão		-0.99 a 1 desvio- padrão		> 1 desvio- padrão		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
<b>Macroregião</b>									
Norte	413	15,8 (12,1-20,3)	965	36,8 (33,9-39,8)	1149	43,8 (39,2-48,5)	95	3,6 (2,9-4,5)	2622
Centro-Oeste	92	7,4 (4,9-10,8)	346	27,1 (22,7-32,1)	752	57,6 (53,0-62,1)	104	7,9 (5,1-12,1)	1294
Nordeste	77	5,7 (4,4-7,2)	283	20,8 (18,3-23,5)	807	59,0 (56,1-62,0)	198	14,5 (11,4-18,4)	1365
Sul/Sudeste	49	5,5 (3,5-8,8)	176	19,5 (15,7-23,9)	559	61,8 (58,3-65,1)	121	13,2 (9,7-17,7)	905
<b>Brasil 631</b>	<b>8,3</b> <b>(6,8-10,1)</b>		<b>1770</b>	<b>25,4</b> <b>(23,1-27,9)</b>	<b>3267</b>	<b>56,1</b> <b>(53,7-58,5)</b>	<b>518</b>	<b>10,2</b> <b>(8,4-12,3)</b>	<b>6186</b>

Tabela 8.32. Distribuição das crianças por macrorregião de acordo com a estatura para a idade pelo padrão NCHS, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

Local	Indicador estatura para a idade (NCHS)								N
	< - 2 desvio-padrão		-2 a -1 desvio-padrão		-0.99 a 1 desvio-padrão		> 1 desvio-padrão Total		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
<b>Macro-região</b>									
Norte	881	33,8 (28,7-39,4)	977	37,5 (34,8-40,3)	708	27,2 (23,6-31,1)	38	1,5 (1,0-2,2)	2604
Centro-Oeste	257	20,4 (15,6-26,2)	478	37,4 (33,2-41,7)	532	40,7 (32,7-49,2)	21	1,6 (0,9-2,6)	1288
Nordeste	142	10,5 (7,5-14,5)	334	24,5 (21,4-28,0)	766	56,2 (51,3-60,9)	120	8,8 (6,9-11,3)	1362
Sul/Sudeste	164	18,6 (11,9-28,0)	227	25,6 (20,7-31,2)	437	48,5 (39,6-57,4)	67	7,3 (4,2-12,5)	895
<b>Brasil 1444</b>		<b>20,5</b> <b>(17,1-24,3)</b>	<b>2016</b>	<b>30,7</b> <b>(28,0-33,6)</b>	<b>2443</b>	<b>43,8</b> <b>(39,4-48,2)</b>	<b>246</b>	<b>5,0</b> <b>(3,6-7,0)</b>	<b>6149</b>

Tabela 8.33. Distribuição das crianças por macro-região de acordo com o peso para a estatura pelo padrão NCHS, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

Local	Indicador peso/estatura (NCHS)								
	< - 2 desvio-padrão		-2 a -1 desvio-padrão		-0.99 a 1 desvio-padrão		> 1 desvio-padrão Total		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N
<b>Macro-região</b>									
Norte	36	1,4 (1,0-1,9)	250	9,6 (8,2-11,3)	2069	79,6 (77,8-81,3)	244	9,4 (7,8-11,3)	2599
Centro-Oeste	7	0,6 (0,3-1,1)	81	6,5 (4,2-9,7)	962	75,0 (71,9-77,9)	232	17,9 (14,5-21,9)	1282
Nordeste	14	1,0 (0,6-1,8)	125	9,2 (7,5-11,3)	978	72,3 (69,2-75,1)	236	17,5 (13,9-21,7)	1353
Sul/Sudeste	8	0,9 (0,3-2,5)	69	7,7 (5,3-11,0)	609	68,5 (62,4-74,1)	205	22,9 (15,9-31,7)	891
<b>Brasil 65</b>		<b>1,0 (0,7-1,4)</b>	<b>525</b>	<b>8,2 (7,1-9,5)</b>	<b>4618</b>	<b>73,4 (71,0-75,7)</b>	<b>917</b>	<b>17,4 (14,6-20,6)</b>	<b>6125</b>

Na avaliação da prevalência de anemia em crianças com idade entre 6 e 59 meses, valores de hemoglobina < 11 g/dL foram utilizados como ponto de corte. Na avaliação da magnitude do problema na população, a OMS considera como normal a prevalência abaixo de 5%, enquanto que prevalência acima de 40% indica que a anemia na população atingiu níveis graves (DeMayer et al., 1985). A Tabela 8.34 mostra que nas crianças avaliadas a prevalência de anemia atingiu níveis considerados graves, em todas as macrorregiões, demandando ações e estratégias urgentes para a sua redução.



## Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

Tabela 8.34. Prevalência de anemia em crianças com idade entre 6 e 59 meses de acordo com a macrorregião, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

Local	Criança tem anemia (hemoglobina < 11 g/dL)				Total N
	Sim		Não		
	N	%	N	%	
<b>Macrorregião</b>					
Norte	1546	66,0 (61,3-70,5)	796	34,0 (29,6-38,7)	2342
Centro-Oeste	590	51,5 (46,4-56,5)	561	48,5 (43,5-53,6)	1151
Nordeste	507	40,9 (34,6-47,4)	732	59,1 (52,6-65,4)	1239
Sul/Sudeste	382	48,5 (41,4-55,6)	408	51,5 (44,4-58,6)	790
<b>Brasil</b>	<b>3025</b>	<b>51,3</b> <b>(47,8-54,7)</b>	<b>2497</b>	<b>48,7</b> <b>(45,3-52,2)</b>	<b>5522</b>

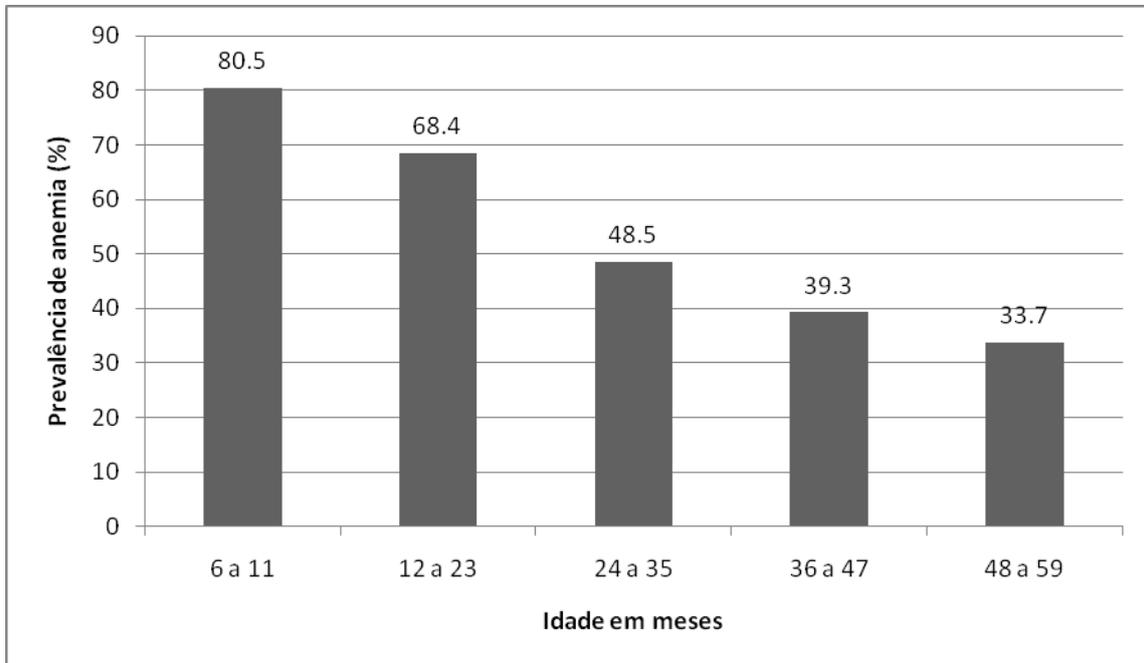
Na comparação com a PNDS 2006 (Ministério da Saúde, 2009), em cada macrorregião a prevalência de anemia nas crianças indígenas foi pelo menos duas vezes maior do que a da população geral, sendo que no Norte a prevalência entre as crianças indígenas foi cerca de seis maior (66,0% vs 10,4%) do que a observada na PNDS.

A Figura 8.6 mostra que a prevalência de anemia é grave em todas as faixas etárias, mas nos menores de dois anos atinge níveis extremamente elevados.



## Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

Figura 8.6. Prevalência de anemia de acordo com a idade, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.



Através do cartão ou caderneta da criança, os pais e os profissionais de saúde podem acompanhar o desenvolvimento, crescimento e as vacinas que criança recebeu. Os dados antropométricos (peso, estatura) e referentes ao alcance dos marcos do desenvolvimento devem ser anotados após cada consulta ou visita de um agente de saúde. O preenchimento do cartão ou caderneta da criança torna possível o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança e a identificação das crianças em situação de risco.

Toda a criança menor de cinco anos tem o direito de receber gratuitamente o seu cartão. A Tabela 8.35 mostra que este direito não foi assegurado para todas as crianças, particularmente na macrorregião Norte, onde 6,8% das crianças nunca receberam este cartão.

Além de distribuir o cartão da criança, o sistema de saúde deve fazer uso do mesmo para registrar o crescimento da criança (Tabela 8.36). Na macrorregião Sul/Sudeste



## **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**

cerca de uma em cada três crianças que possuíam o cartão da criança não tinha registro de pesagens no cartão. Por outro lado, na macrorregião Centro-Oeste, observamos que 90,8% das crianças tinham registro de pesagens na sua caderneta. Já a anotação da aplicação de vacinas foi observada em mais de 97% das crianças, o que sugere que as equipes de saúde incluíram na sua rotina a anotação das vacinas, enquanto que a necessidade de anotar o peso e o comprimento ainda não está incorporada na rotina dos profissionais das equipes de saúde (Tabela 8.37).

Finalmente, é extremamente preocupante o fato de que a quase totalidade das crianças não tinham registro de informações referentes ao desenvolvimento psicomotor (Tabela 8.38). A ausência deste tipo de informação dificulta a identificação precoce das crianças que apresentam atraso no desenvolvimento psicomotor.

Tabela 8.35. Distribuição das crianças menores de cinco anos por macro-região de acordo com a posse do cartão da criança, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

Local	Tem o cartão/caderneta da criança										Total N
	Sim, com a mãe		Tinha mas perdeu		Sim, no serviço de saúde		Nunca teve		Outro		
	N	%	n	%	N	%	N	%	n	%	
<b>Macro-região</b>											
Norte	1962	74,5 (62,3-83,8)	35	1,3 (0,8-2,1)	423	16,1 (9,0-27,0)	178	6,8 (2,8-15,6)	34	1,3 (0,9-1,9)	2632
Centro-Oeste	1174	90,2 (80,2-95,4)	13	1,0 (0,6-1,7)	111	7,6 (3,0-17,8)	10	0,7 (0,2-2,5)	8	0,6 (0,3-1,3)	1316
Nordeste	1137	81,5 (60,8-92,6)	16	1,1 (0,6-2,2)	207	14,6 (4,7-37,4)	24	1,7 (0,8-3,8)	15	1,1 (0,6-2,0)	1399
Sul/Sudeste	641	70,2 (51,8-83,8)	55	6,1 (3,2-11,2)	196	21,7 (9,3-42,7)	4	0,4 (0,2-1,1)	15	1,6 (1,0-2,7)	911
<b>Brasil</b>	<b>4914</b>	<b>78,5</b> <b>(70,2-85,0)</b>	<b>119</b>	<b>2,6</b> <b>(1,6-4,3)</b>	<b>937</b>	<b>15,5</b> <b>(9,6-24,0)</b>	<b>216</b>	<b>2,2</b> <b>(1,2-4,3)</b>	<b>72</b>	<b>1,2</b> <b>(0,9-1,6)</b>	<b>6258</b>

Tabela 8.36. Distribuição das crianças menores de cinco anos por macro-região de acordo com a existência de registro de pesagem no cartão ou caderneta da criança, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

Local	Cartão ou caderneta da criança tem registro de pesagem				Total N
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
<b>Macro-região</b>					
Norte	1660	70,7 (59,8-79,7)	689	29,3 (20,4-40,3)	2349
Centro-Oeste	1137	90,8 (82,3-95,4)	129	9,2 (4,6-17,7)	1266
Nordeste	1013	77,5 (60,1-88,7)	299	22,5 (11,3-39,9)	1312
Sul/Sudeste	473	62,0 (43,5-77,6)	284	38,0 (22,4-56,5)	757
<b>Brasil 4283</b>		<b>74,9</b> <b>(66,8-81,6)</b>	<b>1401</b>	<b>25,1</b> <b>(18,4-33,2)</b>	<b>5684</b>

Tabela 8.37. Distribuição das crianças menores de cinco anos por macro-região de acordo com a existência de registro de vacinas no cartão ou caderneta da criança, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

Local	Cartão ou caderneta da criança tem registro de vacinas				Total N
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
<b>Macro-região</b>					
Norte	2270	96,5 (94,1-98,0)	82	3,5 (2,0-5,9)	2352
Centro-Oeste	1239	98,1 (97,1-98,8)	25	1,9 (1,2-2,9)	1264
Nordeste	1281	97,8 (95,7-98,9)	29	2,2 (1,1-4,3)	1310
Sul/Sudeste	733	97,1 (94,2-98,6)	22	2,9 (1,4-5,8)	755
<b>Brasil 5523</b>		<b>97,4</b> <b>(96,4-98,1)</b>	<b>158</b>	<b>2,6</b> <b>(1,9-3,6)</b>	<b>5681</b>

Tabela 8.38. Distribuição das crianças menores de cinco anos por macro-região de acordo com a existência de registro de acompanhamento do desenvolvimento psicomotor no cartão ou caderneta da criança, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

Local	Cartão ou caderneta da criança tem registro de acompanhamento do desenvolvimento psicomotor				Total N
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
<b>Macro-região</b>					
Norte	14	0,6 (0,3-1,1)	2338	99,4 (98,9-99,7)	2352
Centro-Oeste	33	2,7 (1,0-7,0)	1232	97,3 (93,0-99,0)	1265
Nordeste	29	2,2 (1,3-4,0)	1284	97,8 (96,0-98,8)	1313
Sul/Sudeste	25	3,2 (1,2-8,1)	733	96,8 (91,9-98,8)	758
<b>Brasil 101</b>		<b>2,3 (1,3-3,8)</b>	<b>5587</b>	<b>97,7 (96,2-98,7)</b>	<b>5668</b>

A vacinação é o meio mais eficaz para prevenir a ocorrência de inúmeras doenças infecciosas. A imunização das crianças é um dos principais fatores associados a redução na mortalidade infantil (Desgrées Du Louet al., 1995), particularmente nos países menos desenvolvidos, onde as condições ambientais inadequadas favorecem a ocorrência de doenças infecciosas.

O Programa Nacional de Imunizações (PNI) oferece gratuitamente as vacinas incluídas no calendário obrigatório. O programa tem por objetivo o controle e/ou erradicação das doenças imunopreveníveis.



## **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**

Nos últimos anos, foram incluídas novas vacinas no calendário obrigatório. Por este motivo, na presente pesquisa tivemos que levar em consideração a idade da criança ao avaliar o percentual daquelas que receberam certa vacina.

De acordo com o PNI, todo o recém-nascido deve receber a vacina BCG, visando prevenir o desenvolvimento das formas graves da tuberculose. A Tabela 8.39 sugere que a maioria das crianças está adequadamente protegida, pois 92,9% receberam pelo menos uma dose da vacina.

Na presente pesquisa, avaliamos o percentual de crianças que foram vacinadas na idade preconizada pelo PNI, ou seja, no primeiro dia de vida. Esta análise foi restrita aos nascimentos hospitalares.

A Tabela 8.39 mostra que menos da metade das crianças que nasceram em hospitais foram vacinadas com a BCG no primeiro dia de vida. Na macrorregião Sul/Sudeste isto foi observado para apenas uma em cada três crianças. Portanto, os resultados referentes à completude da cobertura vacinal pela BCG revela grave falha por indicar que metade das crianças indígenas não estão recebendo a dose na idade preconizada internacionalmente. Isso acarreta implicações sobre seu estado imunitário. Esses resultados são particularmente alarmantes por se tratarem de partos realizados em hospitais integrantes da rede SUS.

No tocante à imunização contra a hepatite B, a macrorregião Norte apresentou a menor proporção de crianças vacinadas. Esta macrorregião apresentou também a maior queda na proporção de crianças que receberam mais de uma dose da vacina (Tabela 8.40). Esses resultados sugerem que na macrorregião Norte existe uma dificuldade em vacinar as crianças dentro dos intervalos propostos pelo PNI.

Para evitar a transmissão vertical da hepatite B, a primeira dose da vacina contra a hepatite B deve ser administrada na maternidade, nas primeiras 12 horas de vida do recém-nascido. A Figura 8.7 mostra que, similarmente ao que foi observado para a vacina BCG, menos da metade das crianças indígenas que nasceram em hospitais receberam a primeira dose da vacina contra a hepatite B no primeiro dia de vida.



## **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**

Estes dados sugerem que a rede pública está falhando em garantir o direito de proteção dos recém-nascidos e expõe as crianças ao risco de desenvolvimento da hepatite B.

Similarmente ao observado com a vacina contra a hepatite B, a macrorregião Norte apresentou a menor proporção de crianças imunizadas, como também teve a maior queda no percentual de crianças que receberam mais de uma dose da vacina contra a poliomielite. Tal achado reforça a hipótese de que existe uma dificuldade em assegurar a imunização das crianças em intervalos regulares. Além disso, chama a atenção a cobertura abaixo de 90% para a vacina contra a febre amarela, na macrorregião Norte (Figura 8.8).

Os resultados do Inquérito evidenciam que algumas das vacinas recentemente implantadas, como a pentavalente, apresentaram baixa cobertura, indicando que a mesma não está sendo disponibilizada para a rede pública de saúde, apesar da mesma ser parte do calendário vacinal, segundo preconizado pelo PNI.

As Tabelas de 8.41 a 8.47 e as Figuras de 8.9 a 8.10 apresentam resultados adicionais para as vacinas antipólio, tetravalente, DP, tríplice viral, pentavalente, antirotavírus oral, anti-influenza, anti-pneumococo e anti-varicela.

Tabela 8.39. Distribuição das crianças menores de cinco anos por macro-região de acordo com a imunização com a vacina BCG, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

Local	Criança recebeu vacina BCG				Criança nasceu em hospital e recebeu a vacina BCG no 1º dia de vida				Total N
	1 dose		2 doses		Sim		Não		
	N	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Macro-região</b>									
Norte	2426	88,4 (81,7–92,9)	52	1,9 (1,1–3,4)	416	49,9 (42,3 – 57,6)	417	50,1 (42,4-57,7)	2743
Centro-Oeste	1247	94,6 (93,0–95,8)	20	1,4 (0,6–3,1)	455	46,1 (39,8 – 52,6)	529	53,9 (47,4-60,2)	1320
Nordeste	1317	94,0 (89,5-96,7)	34	2,4 (1,3–4,3)	505	47,5 (39,9 – 55,3)	556	52,5 (44,7-60,1)	1401
Sul/Sudeste	878	94,0 (91,6–95,8)	18	1,9 (1,1–3,5)	287	36,8 (21,6 – 55,3)	485	63,2 (44,7-78,4)	934
<b>Brasil 5866</b>		<b>92,9</b> <b>(90,9–94,4)</b>	<b>124</b>	<b>1,9</b> <b>(1,4–2,7)</b>	<b>1663</b>	<b>43,4</b> <b>(36,4 – 50,7)</b>	<b>1987</b>	<b>56,6</b> <b>(49,3-63,6)</b>	<b>6398</b>

Tabela 8.40. Distribuição das crianças menores de cinco anos por macro-região de acordo com a imunização contra a hepatite B, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

Local	Criança recebeu vacina contra a hepatite B								Total N
	1 dose		2 doses		3 doses		Reforço		
	N	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Macro-região</b>									
Norte	2392	87,2 (81,3–91,5)	2187	81,2 (74,4–86,5)	1844	75,1 (67,7–81,3)	62	2,5 (1,6–3,9)	2743
Centro-Oeste	1232	93,7 (90,7–95,7)	1200	92,8 (89,9–94,9)	1065	91,4 (89,4–93,1)	20	1,7 (1,1–2,5)	1320
Nordeste	1326	94,7 (89,7–97,4)	1254	91,4 (83,9–95,6)	1095	86,6 (76,9–92,6)	64	5,1 (3,1–8,3)	1400
Sul/Sudeste	885	94,9 (93,3–96,1)	842	91,9 (89,9–93,6)	700	85,5 (79,7–89,9)	26	3,2 (1,7–5,9)	933
<b>Brasil 5835</b>		<b>92,8</b> <b>(90,9–94,4)</b>	<b>5483</b>	<b>89,6</b> <b>(87,0–91,7)</b>	<b>4704</b>	<b>84,7</b> <b>(81,2–87,7)</b>	<b>172</b>	<b>3,2</b> <b>(2,3–4,2)</b>	<b>6396</b>



## Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

Figura 8.7. Proporção de nascimentos hospitalares que receberam a vacina contra a hepatite B no primeiro dia de vida, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

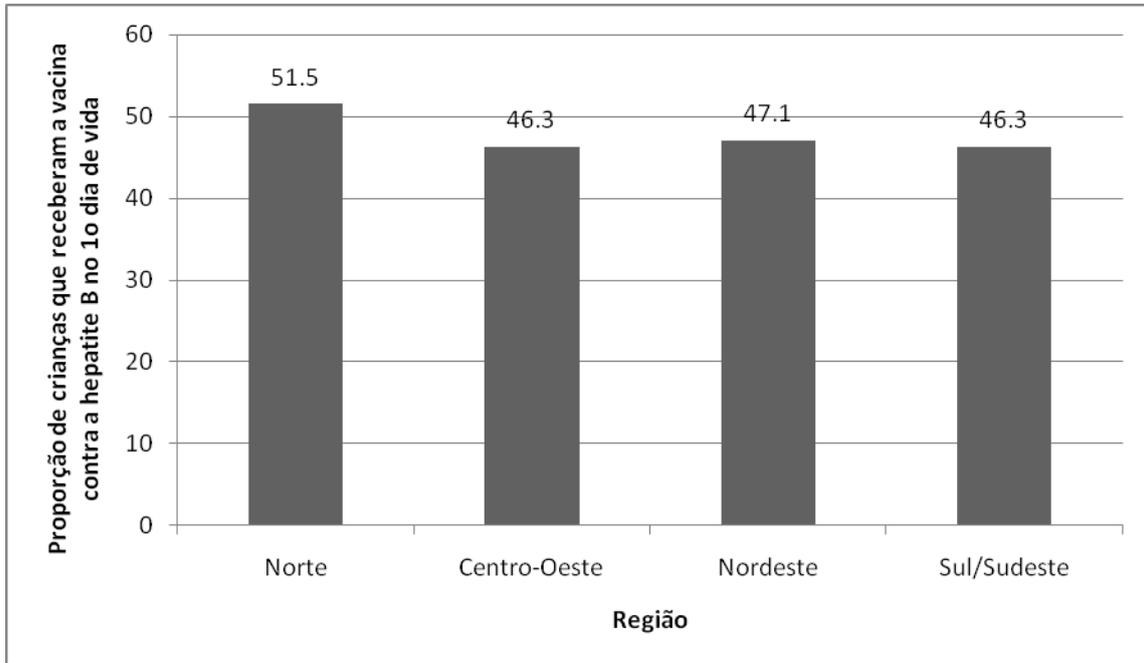


Tabela 8.41. Distribuição das crianças menores de cinco anos por macro-região de acordo com a imunização contra a poliomielite, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

Local	Criança recebeu vacina contra a poliomielite								
	1 dose		2 doses		3 doses		Reforço		Total N
	N	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Macro-região</b>									
Norte	2421	91,3 (87,7–93,9)	2208	86,2 (79,2–91,1)	2031	82,8 (75,7–88,1)	1545	77,5 (68,7–84,4)	2653
Centro-Oeste	1202	94,2 (92,7–95,4)	1150	94,4 (92,6–95,8)	1095	94,0 (91,9–95,6)	903	91,7 (88,6–93,9)	1278
Nordeste	1275	94,6 (91,1–96,8)	1197	91,5 (85,3–95,3)	1122	88,7 (80,2–93,8)	908	86,1 (76,0–92,3)	1348
Sul/Sudeste	912	93,9 (91,7–95,5)	787	91,9 (89,0–94,1)	764	93,1 (89,3–95,6)	596	87,3 (81,9–91,3)	899
<b>Brasil 5742</b>	<b>93,5</b>	<b>(92,2–94,6)</b>	<b>5342</b>	<b>91,1</b>	<b>(88,7–92,9)</b>	<b>5012</b>	<b>89,9</b>	<b>(87,0–92,2)</b>	<b>6178</b>
							<b>85,8</b>	<b>(82,2–88,8)</b>	



## Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

Tabela 8.42. Distribuição das crianças menores de cinco anos por macro-região de acordo com a imunização com a vacina tetravalente, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

Local	Criança recebeu vacina tetravalente						Total N
	1 dose		2 doses		3 doses		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Macro-região</b>							
Norte	2186	82,5 (75,7–87,7)	1924	75,1 (68,1–81,1)	1585	64,6 (57,1–71,4)	2651
Centro-Oeste	1167	91,6 (87,9–94,3)	1105	91,0 (87,4–93,7)	1033	88,8 (84,7–91,9)	1279
Nordeste	1167	86,6 (78,5–92,0)	1076	82,3 (72,9–88,9)	977	77,3 (65,3–86,0)	1348
Sul/Sudeste	787	87,4 (82,2–91,2)	717	83,4 (77,9–87,7)	651	79,2 (72,1–84,8)	899
<b>Brasil</b>	<b>5307</b>	<b>87,0</b> <b>(84,0–89,6)</b>	<b>4822</b>	<b>83,0</b> <b>(79,4–86,1)</b>	<b>4246</b>	<b>77,6</b> <b>(73,0–81,6)</b>	<b>6177</b>

Tabela 8.43. Distribuição das crianças menores de cinco anos por macro-região de acordo com a imunização com a vacina DPT, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

Local	Criança recebeu vacina DPT						Total N
	1 dose		2 doses		3 doses		
	n	%	N	%	n	%	
<b>Macro-região</b>							
Norte	2400	91,8 (88,6–94,1)	2308	90,1 (83,6–94,2)	2215	90,2 (83,5–94,4)	2615
Centro-Oeste	1188	95,0 (92,5–96,7)	1160	95,2 (92,9–96,8)	1112	95,2 (93,2–96,7)	1252
Nordeste	1213	91,5 (84,6–95,5)	1180	90,3 (82,8–94,7)	1142	90,3 (82,5–94,8)	1326
Sul/Sudeste	822	94,1 (92,5–95,5)	804	93,8 (92,0–95,2)	770	93,8 (91,9–95,2)	873
<b>Brasil</b>	<b>5623</b>	<b>93,2</b> <b>(91,4–94,6)</b>	<b>5452</b>	<b>92,4</b> <b>(90,1–94,2)</b>	<b>5239</b>	<b>92,4</b> <b>(90,1–94,3)</b>	<b>6066</b>

Figura 8.8. Distribuição das crianças menores de cinco anos de acordo com a imunização contra a febre amarela, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

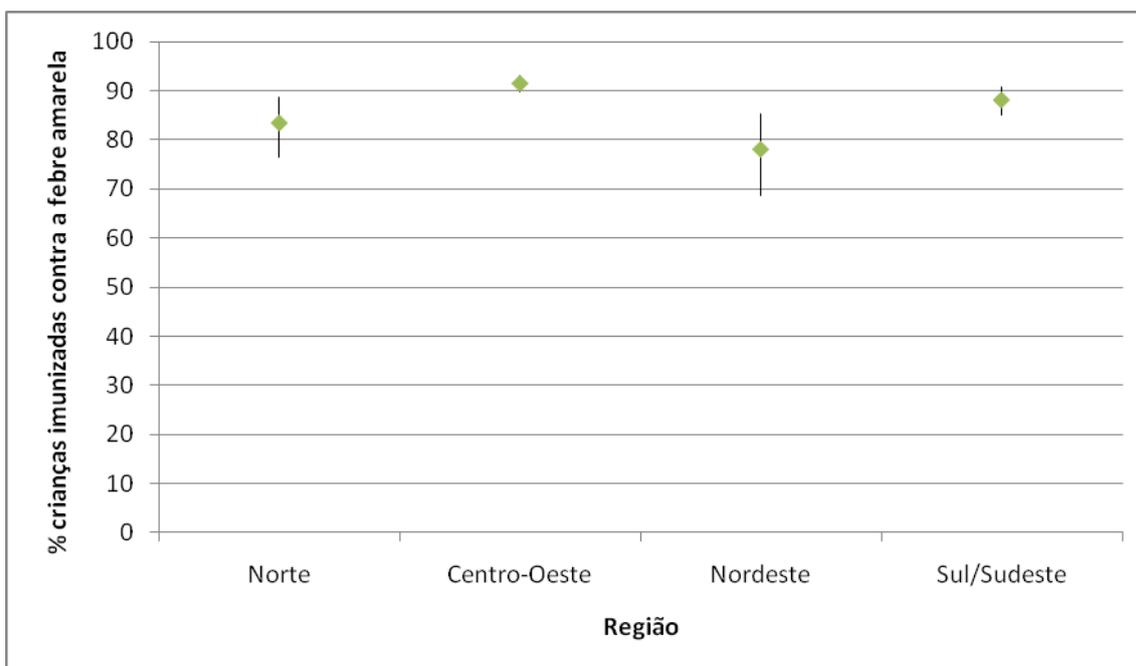


Tabela 8.44. Distribuição das crianças menores de cinco anos por macro-região de acordo com a imunização com a vacina tríplice viral, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

Local	Criança recebeu vacina tríplice viral				
	1 dose		2 doses		Total
	n	%	N	%	N
<b>Macro-região</b>					
Norte	1840	85,9 (81,1–89,6)	343	69,6 (60,3–77,5)	2143
Centro-Oeste	938	91,3 (89,8–92,6)	162	56,8 (41,3–71,1)	1028
Nordeste	956	85,7 (77,4–91,3)	122	48,8 (40,8–56,8)	1116
Sul/Sudeste	659	90,1 (87,4–92,2)	132	70,2 (58,5–79,7)	732
<b>Brasil 4393</b>		<b>88,3</b> <b>(86,0–90,3)</b>	<b>759</b>	<b>62,0</b> <b>(55,7–68,0)</b>	<b>5019</b>

Tabela 8.45. Distribuição das crianças menores de cinco anos por macro-região de acordo com a imunização com a vacina pentavalente, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

Local	Criança recebeu vacina pentavalente						Total N
	1 dose		2 doses		3 doses		
	n	%	N	%	n	%	
<b>Macro-região</b>							
Norte	167	20,8 (14,9–28,1)	83	12,6 (9,0–17,5)	47	8,9 (5,9–13,3)	805
Centro-Oeste	23	6,7 (2,3–17,8)	14	5,2 (1,7–14,5)	10	4,7 (1,4–14,3)	296
Nordeste	24	6,6 (3,9–11,0)	8	2,6 (1,1–6,4)	4	1,6 (0,6–4,1)	361
Sul/Sudeste	65	24,2 (12,5–41,5)	23	12,0 (4,8–26,9)	10	7,0 (2,2–20,5)	269
<b>Brasil</b>	<b>279</b>	<b>16,0</b> <b>(10,8–22,9)</b>	<b>128</b>	<b>8,5</b> <b>(5,4–13,2)</b>	<b>71</b>	<b>5,6</b> <b>(3,4–9,3)</b>	<b>1731</b>

Tabela 8.46. Distribuição das crianças menores de cinco anos por macro-região de acordo com a imunização contra o rotavírus, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

Local	Criança recebeu vacina contra o rotavírus				
	1 dose		2 doses		Total
	n	%	N	%	N
<b>Macro-região</b>					
Norte	669	37,2 (29,8–45,2)	332	19,5 (13,0–28,2)	1799
Centro-Oeste	538	68,7 (61,5–75,0)	383	53,6 (44,7–62,3)	792
Nordeste	568	62,1 (52,0–71,2)	393	45,0 (34,5–56,0)	916
Sul/Sudeste	330	59,0 (42,6–73,7)	238	45,9 (32,2–60,3)	564
<b>Brasil</b>	<b>2105</b>	<b>56,7</b> <b>(50,3–62,9)</b>	<b>1346</b>	<b>41,0</b> <b>(34,9–47,4)</b>	<b>4071</b>

Tabela 8.47. Distribuição das crianças menores de cinco anos por macro-região de acordo com a imunização contra a influenza, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

Local	Criança recebeu vacina contra a influenza										
	1 dose		2 doses		3 doses		4 doses		5 doses		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N
<b>Macro-região</b>											
Norte	1880	76,4 (70,2–81,6)	1388	57,4 (50,1–64,5)	839	44,4 (36,3–52,9)	394	29,5 (21,6–38,9)	175	21,6 (12,1–35,7)	2462
Centro-Oeste	1005	86,3 (80,3 – 90,7)	757	66,7 (60,7–72,2)	459	49,1 (39,1–59,1)	199	27,7 (19,6–37,5)	80	17,7 (10,7–28,0)	1172
Nordeste	897	70,8 (57,1–81,5)	651	52,2 (38,7–65,3)	380	38,0 (26,6–51,0)	169	23,1 (14,7–34,4)	74	16,9 (8,8–30,0)	1268
Sul/Sudeste	603	73,6 (62,5–82,3)	451	56,0 (46,4–65,3)	272	42,6 (32,8–52,9)	117	25,3 (16,5–36,7)	37	13,0 (7,4–21,9)	823
<b>Brasil 4385</b>		<b>76,4</b> <b>(71,2–81,0)</b>	<b>3247</b>	<b>57,8</b> <b>(52,7–62,8)</b>	<b>1950</b>	<b>43,4</b> <b>(38,2–48,7)</b>	<b>879</b>	<b>26,2</b> <b>(21,7–31,3)</b>	<b>366</b>	<b>17,0</b> <b>(12,7–22,2)</b>	<b>5725</b>

Figura 8.9. Distribuição das crianças menores de cinco anos de acordo com a imunização contra o pneumococo, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

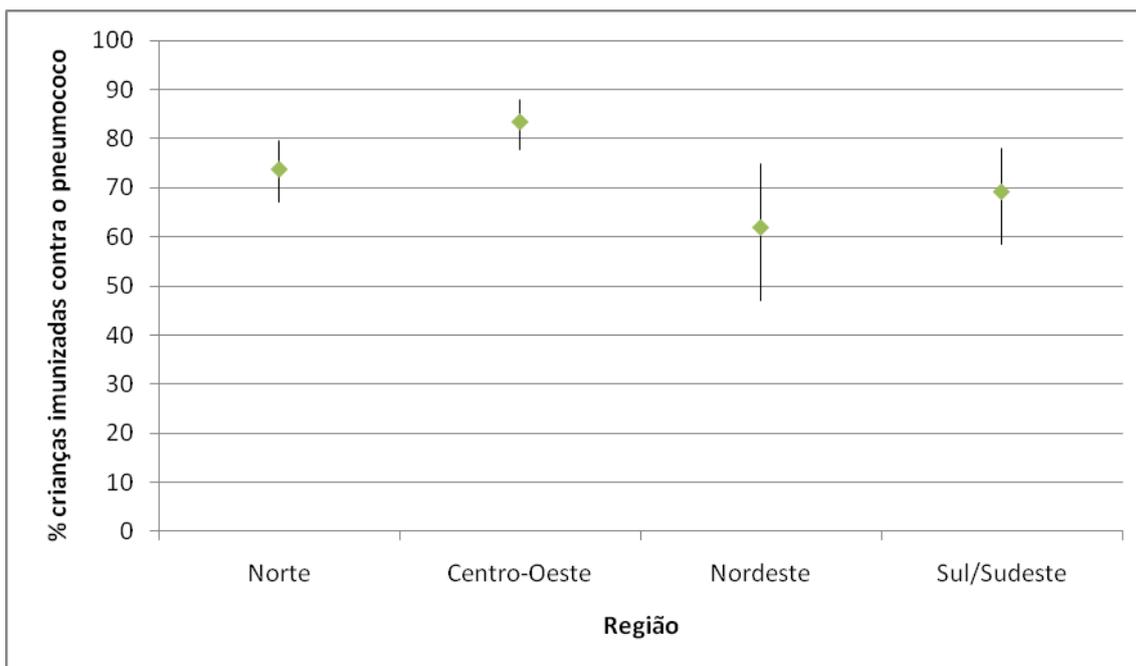
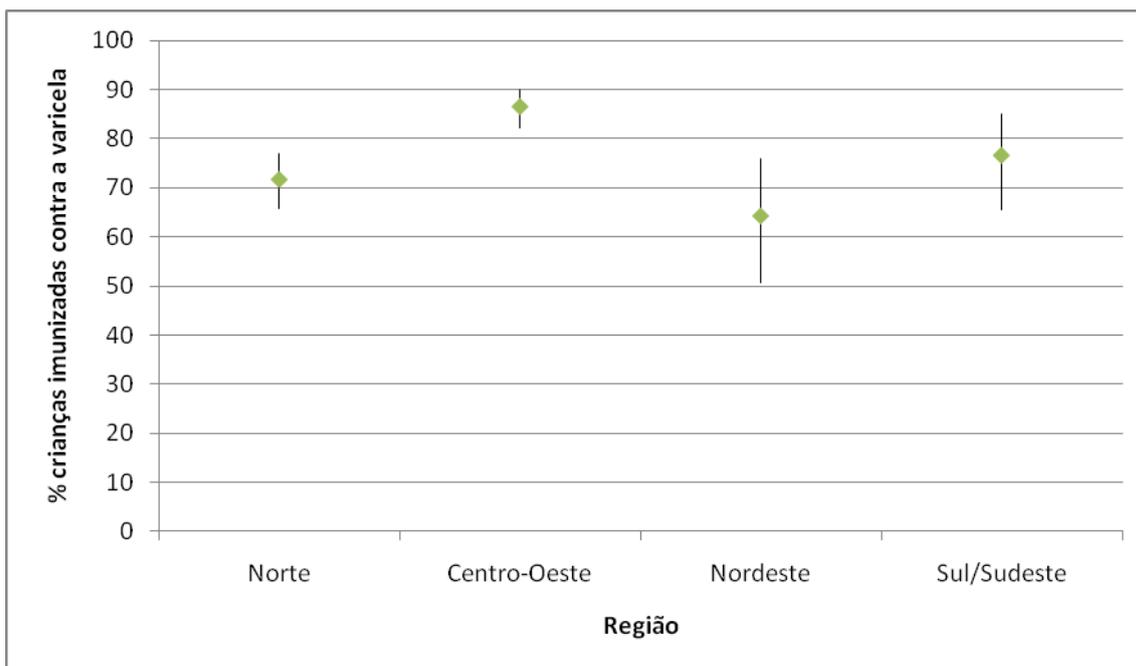


Figura 8.10. Distribuição das crianças menores de cinco anos de acordo com a imunização contra a varicela, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.





### 9. Considerações finais

Como reiterado no Capítulo 1 deste relatório, os povos indígenas no Brasil apresentam um complexo e dinâmico quadro de saúde diretamente relacionado a processos históricos de mudanças sociais, econômicas e ambientais atreladas à expansão e à consolidação de frentes demográficas e econômicas da sociedade nacional nas diversas regiões do país.

No presente, grandes desafios emergem à saúde dos povos indígenas, que incluem dificuldades de sustentabilidade alimentar, surgimento de doenças crônicas não-transmissíveis, contaminação ambiental, crescente urbanização e violência, dentre outros. Não obstante, pouco se sabe acerca dos determinantes do processo saúde-doença nesses povos. Apesar de acontecendo em número crescente, as pesquisas sobre saúde indígena no Brasil ainda são insuficientes para darem conta da diversidade de situações encontradas. A ausência de inquéritos e censos específicos, assim como a precariedade dos sistemas de informações em saúde que contemplem satisfatoriamente os indígenas, corroboram para a manutenção de importantes lacunas no conhecimento.

Ao longo deste relatório foram apresentados os resultados do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas. É a primeira vez que se tem, para os povos indígenas do país como um todo, uma pesquisa de base populacional e estatisticamente representativa para as diversas macrorregiões. Com foco nas crianças menores de 60 meses de idade e nas mulheres entre 14,0 e 49,9 anos, esta investigação, que cobriu uma amostra de mais de 100 aldeias, nas quais foram entrevistados milhares de domicílios, mulheres e crianças, se constitui em um esforço de pesquisa que não tem paralelo na história da saúde coletiva no país por sua magnitude e abrangência.

A seguir destacamos o que consideramos como alguns dos principais achados deste Inquérito.



## **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**

Predominam nas aldeias/comunidades indígenas a produção de alimentos, incluindo cultígenos e animais, a partir de uma base domiciliar. Enquanto as roças e plantações domésticas, assim como a criação de animais, foram referidas como bastante comuns nas aldeias das diversas macrorregiões, plantações e criações coletivas não o foram, apresentando magnitude muito menos expressiva.

Os resultados do Inquérito indicam, para diversas categorias de dados, uma importante diferenciação entre as macrorregiões, em geral com o Norte se diferenciando das demais no que tange à produção de alimentos e principais indicadores de saúde. Há uma maior proximidade dos perfis das aldeias/comunidades localizadas no Nordeste e no Sul/Sudeste. A macrorregião Centro-Oeste, a depender da variável sob análise, por vezes se apresenta mais próxima do Norte, por outro do Nordeste ou do Sul/ Sudeste.

Este é o caso, por exemplo, das atividades de caça, pesca e coleta. Um dos pontos de destaque foi que, na macrorregião Norte, há uma frequência bastante mais expressiva de aldeias (acima de 90%) que referiram caçar e coletar para comer. Certamente este achado está ligado à disponibilidade de terras, já que é bem sabido que na Amazônia Legal se encontra mais de 95% da extensão das terras indígenas no país.

A análise dos resultados sobre a infraestrutura básica dos domicílios revela diferenças muito expressivas quanto as condições de saneamento entre as diversas macrorregiões, incluindo origem da água para consumo doméstico, presença de água encanada no domicílio, destino dos dejetos e do lixo domiciliar, dentre outros aspectos. Emerge um quadro que se caracteriza por condições de saneamento deficientes em todas as macrorregiões, com destaque para a carência de infraestrutura no Norte, onde se observou a menor frequência de água encanada e de instalações sanitárias nos domicílios. Vale destacar que os resultados do Inquérito evidenciam que muitas aldeias apresentam rede de água instalada pela FUNASA a partir de poços artesianos, em particular no Centro-Oeste. No entanto, durante as entrevistas feitas com as lideranças foram comuns reclamações tais como: caixa



## **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**

d'água insuficiente para atender à demanda da população, registros ou bombas quebrados, poços escavados porém não conectados às torneiras por falta de canos, dentre outros.

Os resultados do Inquérito evidenciam que a economia de subsistência dos domicílios indígenas é centrada no aporte de alimentos por meio de estratégias domésticas. Há diferenças regionais importantes. A macrorregião Norte apresentou um padrão de fontes para obtenção de alimentos representativo de comunidades que possuem estratégias mais ligadas à auto-subsistência (ou seja, obtenção de alimentos a partir da exploração estratégica do ambiente em que vivem). Nas demais macrorregiões, verifica-se em maior frequência a compra de produtos industrializados como fonte principal de alimentos, complementada por doação de cestas básicas oriundas de projetos sociais e programas governamentais.

Os achados para as mulheres indígenas evidenciam não somente diferenças inter-regionais importantes, como também apontam para a ocorrência de um acelerado processo de transição em saúde em curso em todas as macrorregiões.

As mulheres indígenas que vivem na macrorregião Norte apresentam menores níveis de escolaridade e uma maior quantidade de filhos. Os resultados também apontam para um perfil de saúde das mulheres no Norte no qual sobrepeso e obesidade e níveis tensionais se mostram menos frequentes e mais baixos que nas demais macrorregiões. Em particular no Centro-Oeste e no Sul/Sudeste, a hipertensão arterial já se coloca como uma questão de saúde importante para as mulheres indígenas, atingindo mais de 15% delas, o que se aplica também para sobrepeso e obesidade, que atingem mais de 50%.

Os resultados do Inquérito indicam que a anemia é um sério problema de saúde pública para as mulheres indígenas, alcançando níveis alarmantes e muito superiores aos que vêm sendo descritos em pesquisas para a população brasileira em geral.



## **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**

Os resultados do Inquérito apontam para elevadas proporções de crianças que foram hospitalizadas devido à infecção respiratória e diarreia nos 12 meses anteriores à entrevista. A mudança desses perfis requer melhoria nas condições de moradia e saneamento que, conforme apontado anteriormente, apresentam precariedade em parcela significativa dos domicílios indígenas.

É importante frisar que hospitalizações por diarreia podem também ser reduzidas com o manejo adequado. Apenas metade das crianças que tiveram diarreia na última semana recebeu solução de reidratação oral. Entre as medidas necessárias para mudar esta situação destaca-se o aumento na disponibilidade de solução de reidratação oral.

Desde a década de 1990 vem sendo realizados estudos de caso que, em geral, apontam para elevadas prevalências de desnutrição nas crianças indígenas menores de 60 meses, sempre muito mais elevadas que as médias nacionais. Os resultados do Inquérito confirmam, em uma escala nacional, que de fato a desnutrição, mensurada através do indicador baixa estatura para idade, é um problema de enorme magnitude no Brasil, atingindo uma em cada três crianças indígenas. Nas crianças residente na macrorregião Norte, as prevalências foram de mais de 40%.

A análise do estado nutricional através da antropometria envolve comparar os dados antropométricos das crianças com curvas de crescimento desenvolvidas a partir de populações não indígenas. Muitas vezes há o questionamento se essas curvas são adequadas para as crianças indígenas. Ao se olhar para outros parâmetros nutricionais, como anemia, fica evidente a precária situação nutricional das crianças indígenas, que alcança mais de 50%. Mesmo diante dessa situação, os resultados do inquérito apontam que o uso de sulfato ferroso não é universal. É fundamental universalizar o acesso a suplementação com sulfato ferroso.

A amamentação protege contra a desnutrição apenas nos primeiros meses de vida. Desse modo, é necessário estimular a amamentação exclusiva, melhorar as condições de saneamento e o manejo precoce dos casos de diarreia. Essas



## **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**

estratégias podem efetivamente contribuir para a redução dos elevados níveis de desnutrição e anemia das crianças indígenas. Há também de se ampliar a cobertura vacinal.

Concluimos este relatório chamando atenção que foi possível produzir um importante conjunto de dados sobre o perfil dos povos indígenas no Brasil, com aplicação direta no delineamento de políticas públicas em saúde. É importante ressaltar que, idealmente, uma pesquisa sobre as condições de saúde e nutrição dos povos indígenas a ser realizada no futuro deve considerar a sociodiversidade existente. Qualquer discussão sobre o processo saúde/doença dos povos indígenas precisa levar em consideração, além das dinâmicas epidemiológica e demográfica, a enorme sociodiversidade existente. São aproximadamente 220 etnias, falantes de algo em torno de 180 línguas e que têm experiências de interação com a sociedade nacional as mais diversas. Este é um dos desafios futuros no delineamento das condições de saúde dos povos indígenas no país.



## **10. Referências bibliográficas**

Alves GMS, Morais MB, Fagundes-Neto U (2002). Estado nutricional e teste do hidrogênio no ar expirado com lactose e lactulose em crianças indígenas terenas. *Jornal de Pediatria (Rio de Janeiro)*, 78:113-119.

Bandeira FPSF, Lobão JSB, Rego LS, Silva LM, Modercin IF, Nunes FO, Lobão JAL (2008). Avaliação da carteira indígena. *Cadernos de Estudos Desenvolvimento e Social em Debate*, Brasília, 10:23-41.

Barker DJP (2000). In utero programming of cardiovascular disease. *Theriogenology*, 53:555-574.

Barros FC, Victora CG, Matijasevich A, Santos IS, Horta BL, Silveira MF, Barros AJD (2008). Prematuridade, baixo peso ao nascer e restrição do crescimento intrauterino em três coortes de nascimentos no Sul do Brasil: 1982, 1993 e 2004. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(Suppl 3):S390-398.

Baruzzi RG, Barros VL, Rodrigues D, Souza ALM, Pagliaro H (2001). Saúde e doença em índios Panará (Kreen-Akarôre) após vinte e cinco anos de contato com o nosso mundo, com ênfase na ocorrência de tuberculose (Brasil Central). *Cadernos de Saúde Pública*, 17:407-412.

Basta PC, Coimbra Jr. CEA, Camacho LAB, (2006). Survey for tuberculosis in an indigenous population of Amazonia: the Suruí of Rondônia, Brazil. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 100: 579-585.

Basta PC, Coimbra Jr CEA, Escobar AL, Santos RV (2004). Aspectos epidemiológicos da tuberculose na população indígena Suruí, Amazônia, Brasil. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 37:338-342.



## **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**

BEMFAM (Sociedade Civil Bem-Estar Familiar) (1997). *Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, Brasil 1996*. Rio de Janeiro: Sociedade Civil Bem-Estar Familiar.

Braga WSM (2004). Hepatitis B and D virus infection within Amerindians ethnic groups in the Brazilian Amazon: epidemiological aspects. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 37 (Supl 2):9-13.

Braga WSM, Brasil LM, Souza RAB, Castilho MC, Fonseca JC (2001). Ocorrência da infecção pelo vírus da hepatite B (VHB) e delta (VHD) em sete grupos indígenas do Estado do Amazonas. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 34:349-355.

Caldas ADR, Pasquim EM, Moreira RVR, Santos LMP (2008). Desafios na construção do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas. *Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate*, Brasília, 10:43-54.

Capelli JCS, Koifman S (2001). Avaliação do estado nutricional da comunidade indígena Parkatêjê, Bom Jesus do Tocantins, Pará, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 17:433-437.

Cardoso AM, Mattos IE, Koifman R (2001). Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares na população Guarani-Mbyá do Estado do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 17: 345-354.

Cardoso AM, Mattos IE, Koifman R (2003). Prevalência de diabetes mellitus e da síndrome de resistência insulínica nos índios Guaraní do Estado do Rio de Janeiro. In: *Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil* (CEA Coimbra Jr., RV Santos, AL Escobar, organizadores), pp. 169-185. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

CECAN (Centro Colaborador de Alimentação e Nutrição) (2008). *Capacitação de pesquisadores em aferição de medidas antropométricas*. Rio de Janeiro: Centro Colaborador de Alimentação e Nutrição, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.



## Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

Coimbra Jr. CEA, Basta PC (2007). The burden of tuberculosis in indigenous Amazônia, Brazil. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 101:635-636.

Coimbra Jr. CEA, Chor D, Santos RV, Salzano FM (2001). Blood pressure levels in Xavante adults from the Pimentel Barbosa Indian Reserve, Mato Grosso, Brasil. *Ethnicity & Disease*, 11:232-240.

Coimbra Jr. CEA, Flowers NM, Salzano FM, Santos RV (2002). *The Xavante in Transition: Health, Ecology and Biogeography* in Central Brazil. Ann Arbor: University of Michigan Press.

Coimbra Jr. CEA, Garnelo L (2004). Questões de saúde reprodutiva da mulher indígena no Brasil. In: *Etnicidade na América Latina: Um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos* (S Monteiro, L Sansone, organizadores), pp. 153-156. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Coimbra Jr., C.E.A. & Santos, R.V. Avaliação do estado nutricional num contexto de mudança sócio-econômica: o grupo indígena Suruí do Estado de Rondônia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 7:538-562, 1991.

Coimbra Jr. CEA, Santos RV (2000). Saúde, minorias e desigualdade: Algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5:125-132.

Coimbra Jr. CEA, Santos RV (2004). Emerging health needs and epidemiological research in indigenous peoples in Brazil. In: *Lost Paradises and the Ethics of Research and Publication* (FM Salzano, AM Hurtado, editores), pp. 89-109. Oxford: Oxford University Press.

Coimbra Jr. CEA, Santos RV, Flowers NM, Yoshida C, Baptista M, Valle ACF (1996). Hepatitis B epidemiology and cultural practices in Amerindian populations of Amazonia: The Tupí-Mondé and the Xavante of Rondônia and Mato Grosso. *Social Science and Medicine*, 42:1738-1743.



## Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

Dechateau P, Wiberg B (1977) Long term effect on mother-infant behavior of extra contact during the first hour postpartum. *Acta Paediatrica*, 66:145-151.

Demayer E, Adiels-Tegman M (1985) The prevalence of anaemia in the world. *World Health Statistics Quarterly*, 38:302-316.

Desgrées Du Lou A, Pison G, Aaby P (1995) Role of immunizations in the recent decline in childhood mortality and the changes in the female/male mortality ratio in rural Senegal. *American Journal of Epidemiology*, 142:643-652.

Escobar AL, Coimbra Jr. CEA, Camacho LAB, Portela MA (2001). Tuberculose em populações indígenas de Rondônia, Amazônia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 17:299-311.

Escobar AL, Coimbra Jr. CEA, Camacho LAB, Santos RV (2004). Tuberculin reactivity and tuberculosis epidemiology in the Pakaanóva (Wari') Indians of Rondônia, south-western Brazilian Amazon. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 8:45-51.

Escobar AL, Rodrigues AF, Alves CLM, Orellana JDY, Santos RV, Coimbra Jr. CEA (2003). Causas de internação hospitalar indígena em Rondônia. O distrito sanitário especial indígena de Porto Velho (1998-2001). In: *Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil* (CEA Coimbra Jr, RV Santos, AL Escobar, organizadores), pp. 127-147. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Escobar AL, Santos RV, Coimbra Jr. CEA (2003). Avaliação nutricional de crianças indígenas Pakaanóva (Wari'), Rondônia, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 3:457-461.

Favaro TR (2006). *Segurança Alimentar e Nutricional em Famílias Indígenas Teréna, Mato Grosso do Sul, Brasil*. Dissertação de Mestrado, Campo Grande: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

Fawzi WW, Chalmers T, Herrera GM, Mosteller F (1993) Vitamin A supplementation and child mortality - A meta-analysis. *JAMA*, 269: 898-903.



## Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

Ferreira MG, Sichieri R (2007). Antropometria como método de avaliação do estado de nutrição e saúde do adulto. In: *Epidemiologia Nutricional* (G Kac, R Sichieri, DP Gigante, organizadores), pp. 93-104. Rio de Janeiro: Editora Atheneu.

FUNASA (Fundação Nacional de Saúde) (2001). *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. Brasília: Fundação Nacional de Saúde.

Garnelo L, Brandão LC, Levino A (2005). Dimensões e potencialidades dos sistemas de informação geográfica na saúde indígena. *Revista de Saúde Pública*, 39:634-640.

Garnelo L, Macedo G, Brandão LC (2003). *Os Povos Indígenas e a Construção das Políticas de Saúde no Brasil*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.

Gugelmin SA, Santos RV (2001). Ecologia humana e antropometria nutricional de adultos Xavante, Mato Grosso, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 17:313-322.

Gugelmin SA, Santos RV, Leite MS (2001). Crescimento físico de crianças indígenas Xavante de 5 a 10 anos de idade, Mato Grosso. *Jornal de Pediatria*, 77:17-22.

Health Canada (2009). *First Nations, Inuit & Aboriginal Health* [<http://www.hc-sc.gc.ca>; Acessado em 15 de novembro de 2009].

Hurtado-Guerrero AF, Maimbourg EMT, Guerrero JCH (2003). Condição nutricional de um grupo de idosos indígenas no Distrito Sanitário Leste de Roraima. In: *Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil* (CEA Coimbra Jr., RV Santos, AL Escobar, organizadores), pp. 89-104. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Ianelli RV (2000). Epidemiologia da malária em populações indígenas da Amazônia. In: *Doenças Endêmicas: Abordagens Sociais, Culturais e Comportamentais* (R Barata, R Briceño-León (organizadores). pp.355-374. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.



## Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

Ianelli RV, Honorio NA, Lima DC, Lourenço-de-Oliveira R, Santos RV, Coimbra Jr. CEA (1998). Faunal composition and behavior of anopheline mosquitoes in the Xavante Indian reserve of Pimentel Barbosa, Central Brazil. *Parasites* 5:197-202.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) (1977). *Estudo Nacional de Despesas Familiares: 1974-1975*. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) (1992). *Perfil Estatístico de Crianças e Mães no Brasil. Aspectos de Saúde e Nutrição no Brasil 1989*. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) (2004). Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003: Análise da Disponibilidade Domiciliar de Alimentos e do Estado Nutricional no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) (2005). *Tendências Demográficas: uma Análise dos Indígenas com Base nos Resultados da Amostragem dos Censos Demográficos 1991 e 2000*. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Ishak R, Harrington WJ, Azevedo VN, Eiraku N, Ishak MO, Hall WW (1995). Identification of human T cell lymphotropic virus type IIa infection in the Kayapó, an indigenous population of Brazil. *AIDS Research and Human Retrovirus*, 11:813-819.

Ishak R, Vallinoto AC, Azevedo VN, Ishak MO (2003). Epidemiological aspects of retrovirus (HTLV) infection among Indian populations in the Amazon region of Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 19:901-914.

JNC (Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure) (1997). The sixth report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Archives of Internal Medicine*, 157:2413-33.



## Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

Laserson KF, Wypij D, Petralanda I, Spielman A, Maguire JH (1999). Differential perpetuation of malaria species among Amazonian Yanomami Amerindians. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 60:767-773.

Leite MS, Gugelmin SA, Santos RV, Coimbra Jr. CEA (2003). Perfis de saúde indígena, tendências nacionais e contextos locais: reflexões a partir do caso Xavante, Mato Grosso. In: *Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil* (CEA Coimbra Jr., RV Santos, AL Escobar, organizadores), pp. 105-125. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Leite MS, Santos RV, Coimbra Jr. CEA (2007a). Sazonalidade e estado nutricional de populações indígenas: o caso Wari', Rondônia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23: 2631-2642.

Leite MS, Santos RV, Coimbra Jr. CEA, Gugelmin SA (2007b). Alimentação e nutrição dos povos indígenas no Brasil. In: *Epidemiologia Nutricional* (G Kac, R Sichieri, DP Gigante, organizadores), pp. 503-518. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Leite MS, Santos RV, Gugelmin SA, Coimbra Jr. CEA (2006). Crescimento físico e perfil nutricional da população indígena Xavante de Sangradouro-Volta Grande, Mato Grosso, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 22:265-276.

Levino A, Oliveira RM (2007). Tuberculose na população indígena de São Gabriel da Cachoeira, Amazonas, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23:1728-1732.

Linhares AC (1992). Epidemiologia das infecções diarréicas entre populações indígenas da Amazônia. *Cadernos de Saúde Pública*, 8:121-128.

Lohman TG, Roche AF, Martorell R (1988). *Anthropometric Standardization Reference Manual*. Champaign, Illinois: Human Kinetics.

Lourenço AEP, Santos RV, Orellana JDY, Coimbra Jr. CEA (2008). Nutrition transition in Amazonia: obesity and socioeconomic change in the Suruí Indians from Brazil. *American Journal of Human Biology*, 20:564-571.



## Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

Lunardi R, Santos RV, Coimbra Jr. CEA (2007). Morbidade hospitalar de indígenas Xavante, Mato Grosso, Brasil (2000-2002). *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 10:441-452.

Marcano TJ, Morgado A, Tosta CE, Coura JR (2004). Cross-sectional study defines differences in malaria morbidity in two Yanomami communities on Amazonian boundary between Brazil and Venezuela. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, 99:369-376.

Marques AMC, Cunha RV (2003). A medicação assistida e os índices de cura de tuberculose e de abandono de tratamento na população indígena Guaraní-Kaiwá no Município de Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 19:1405-1411.

Menna-Barreto M, Bender AL, Bonatto SL, Freitas LB, Salzano FM, Tsuneto LT, Petzl-Erler ML (2005). Human T-cell lymphotropic virus type II in Guaraní Indians, southern Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 21:1947-1951.

Ministério da Saúde (2005). *Pré-natal e Puerpério: Atenção Qualificada e Humanizada - Manual Técnico*. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Ministério da Saúde. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº 5). Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno5\\_saude\\_mulher.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno5_saude_mulher.pdf) [acessado em 30/11/2009].

Ministério da Saúde (2009). *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher*. Brasília: Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP) e Ministério da Saúde.

Martins SJ, Menezes RC (1994). Evolução do estado nutricional de menores de 5 anos em aldeias indígenas da tribo Parakanã, na Amazônia Oriental Brasileira. *Revista de Saúde Pública*, 28:1-8.



## **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**

Menegolla IA et al. (2006). Estado nutricional e fatores associados à estatura de crianças da Terra Indígena Guarita, Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 22:395-406.

Mion Jr. D, Machado CA, Gomes MAM, Nobre F, Kohlmann Jr. O, Amodeo C, Praxedes JN, Pascoal IF, Magalhães L (2004). IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 82 (Supl. 4):1-14.

Monteiro CA (1995). Os Velhos Males da Saúde no Brasil. A Evolução do País e de Suas Doenças. São Paulo: HUCITEC.

Monteiro CA, Szarfarc SC, Mondini L (2000) Tendência secular da anemia na infância na cidade de São Paulo (1984-1996). *Revista de Saúde Pública*, 34:62-72.

Montenegro RA, Stephens C (2006). Indigenous health in Latin America and the Caribbean. *Lancet*, 367:1859-1869.

Morais MB et al. (2003). Estado nutricional de crianças índias do Alto Xingu em 1980 e 1992 e evolução pondero-estatural entre o primeiro e o quarto anos de vida. *Cadernos de Saúde Pública*, 19:543-550, 2003.

Morais MB, Alves GM, Fagundes-Neto UL (2000). Estado nutricional de crianças índias terenas: evolução do peso e estatura e prevalência atual de anemia. *Jornal de Pediatria*, 81:383-389.

Orellana JDY, Basta PC, Santos RV, Coimbra Jr. CEA (2007). Morbidade hospitalar em crianças indígenas Suruí menores de dez anos, Rondônia, Brasil: 2000 a 2004. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 7:281-287.

Orellana JDY, Coimbra Jr. CEA, Lourenço AEP, Santos RV (2006). Estado nutricional e anemia em crianças Suruí, Amazônia, Brasil. *Jornal de Pediatria*, 82:383-388.

Pagliaro H, Azevedo M, Santos RV (2005). Demografia dos povos indígenas no Brasil: um panorama crítico. In: *Demografia dos Povos Indígenas no Brasil* (Pagliaro



## Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

H, Azevedo M, Santos RV, organizadores), pp. 11-32. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Pederson D, Gore C (2000). Error en la medición antropométrica. In: Antropométrica (K Norton, T Olds, editors), pp. 71-86. Buenos Aires: Biosystem Serviço Educativo.

Pereira NOM, Santos RV, Azevedo MM. (2005). Perfil demográfico e socioeconômico das pessoas que se autodeclararam 'indígenas' nos censos demográficos de 1991 e 2000. In: *Demografia dos Povos Indígenas no Brasil I* (Pagliaro H, Azevedo M, Santos RV, organizadores), pp. 155-166. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Pereira NOM, Santos RV, Welch JR, Souza LG, Coimbra Jr. CEA (2009). Demography, territory, and identity of Indigenous peoples in Brazil: the Xavante Indians and the 2000 Brazilian national census. *Human Organization*, 68:166-180.

Perini TA, Oliveira GL, Ornellas JS, Oliveira FP (2005). Cálculo do erro técnico de medição em antropometria. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 11:81-85.

Pícoli RP, Carandina L, Ribas DL (2006). Saúde materno-infantil e nutrição de crianças Kaiowá e Guaraní, Mato Grosso do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 22:223-22.

Pithan OA, Confalonieri U, Morgado A (1991). A situação de saúde dos índios Yanomami. *Cadernos de Saúde Pública*, 7:563-580.

Rhoades DA, D'Angelo AJ, Rhoades ER (2000). Data sources and subsets of the Indian population. In: *American Indian Health. Innovations in Health Care, Promotion, and Policy* (ER Rhoades, editor), pp. 93-101. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Ribas DL, Sganzerla A, Zorzatto JR, Philippi ST (2001). Nutrição e saúde infantil em uma comunidade indígena Teréna, Mato Grosso do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 17:323-322.



## Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

Ribas DL, Philippi ST (2003). Aspectos alimentares e nutricionais de mães e crianças indígenas Teréna, Mato Grosso do Sul. In: *Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil* (CEA Coimbra Jr., RV Santos, AL Escobar, organizadores), pp. 73-88. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p.73-88.

Ricardo B, Ricardo F (2006). *Povos Indígenas no Brasil, 2001-2005*. São Paulo: Instituto Socioambiental.

Rowland MGM, Barrel RAE, Whitehead RG (1978) The weanling's dilemma. Bacterial contamination in traditional Gambian Weaning foods. *Lancet*, 1:316-318.

Sá DR, Souza-Santos R, Escobar AL, Coimbra Jr. CEA (2005). Malaria epidemiology in the Pakaanóva (Wari') Indians, Brazilian Amazon. *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique*, 98:28-32.

Saad MNL (2005). *Saúde e Nutrição Terena: Sobrepeso e Obesidade*. Dissertação de Mestrado, Campo Grande: Universidade Federal do Mato Grosso do Sul.

Santos RV (1993). Crescimento físico e estado nutricional de populações indígenas brasileiras. *Cadernos de Saúde Pública*, 9 (Supl.1): 46-57.

Santos RV, Coimbra Jr. CEA (1996). Socioeconomic differentiation and body morphology in the Suruí of Southwestern Amazonia. *Current Anthropology*, 37:851-856.

Santos RV, Cardoso AM, Garnelo L, Coimbra Jr. CEA, Chaves MBG (2008). Saúde dos povos indígenas e políticas públicas no Brasil. In: *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil* (S Escorel, LVC Lobato, JC Noronha, AI Carvalho, organizadores), pp. 1035-1056, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Santos RV, Coimbra Jr. CEA (2003). Cenários e tendências da saúde e da epidemiologia dos povos indígenas no Brasil. In: *Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil* (CEA Coimbra, RV Santos, AL Escobar, organizadores), pp. 13-47. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.



## **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**

San Sebastián M, Hurtig AK (2007). Review of health research on indigenous populations in Latin America, 1995-2004. *Salud Pública de México*, 49:316-320.

Serafim MG (1997). Hábitos Alimentares e Nível de Hemoglobina em Crianças Indígenas Guarani, Menores de 5 anos, dos Estados de São Paulo e do Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Escola Paulista de Medicina/UNIFESP.

Simen RCM, Cardoso AM, Santos RV, Coimbra Jr. CEA (2009). Fatores prognósticos para infecção respiratória aguda em crianças indígenas Guarani menores de cinco anos hospitalizadas do sul e sudeste do Brasil. In: IX Congresso Brasileiro e Saúde Coletiva, *Anais* (CD). Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO).

Soares MC, Bensabath G (1991). Tribos indígenas da Amazônia Oriental como população de risco para a hepatite D (Delta). *Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo*, 33:241-242.

Sommer A, Katz J, Tarwotjo I. (1984) Increased risk of respiratory disease and diarrhea in children with preexisting mild vitamin A deficiency. *American Journal of Clinical Nutrition*, 40:1090-1095.

Sousa AO, Salem JI, Lee FK, Verçosa MC, Cruaud P, Bloom BR, Lagrange PH, David HL (1997). An epidemic of tuberculosis with a high rate of tuberculin anergy among a population previously unexposed to tuberculosis, the Yanomami Indians of the Brazilian Amazon. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the USA*, 94:13227-13232.

Sousa MC, Scatena JHG, Santos RV (2007). O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI): criação, estrutura e funcionamento. *Cadernos de Saúde Pública*, 23:853-861.



## Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

Souza-Santos R, Oliveira MVG, Escobar AL, Santos RV, Coimbra Jr. CEA (2008). Spatial heterogeneity of malaria in Indian reserves of southwestern Amazonia, Brazil. *International Journal of Health Geographics*, 7:55.

Schmidt MI (2004). Diabetes Mellito: Diagnóstico, Classificação e Abordagem Inicial. In: Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseada em Evidências (BB Duncan, MI Schmidt, ERJ Giugliani, organizadorest), 2ª. Edição, pp. 669-676. Porto Alegre: Artmed.

The Expert Committee on the diagnosis and classification of Diabetes mellitus, 2003. Follow-up Report on the Diagnosis of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*, 26(11): 3160-3167.

Vallinoto ACR, Ishak MOG, Azevedo VN, Vincente ACP, Otsuki K, Hall WW, Ishak R (2002). Molecular epidemiology of human T-lymphotropic virus type II infection in Amerindian and urban populations of the Amazon region of Brazil. *Human Biology*, 74:633-644.

Weiss MCV (2003). Contato interétnico, perfil saúde-doença e modelos de intervenção em saúde indígena: o caso Enawenê-Nawê. In: *Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil* (CEA Coimbra Jr., RV Santo, AL Escobar, organizadores), pp. 187-196. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Welch JR, Ferreira AA, Santos RV, Gugelmin SA, Werneck G, Coimbra Jr. CEA (2009). Nutrition transition, socioeconomic differentiation, and gender among adult Xavante Indians, Brazilian Amazon. *Human Ecology*, 37:13-26.

WHO (World Health Organization) (1978). *Expert Committee on Arterial Hypertension. Report*. Geneva: World Health Organization (Technical Report Series, 628).

WHO (World Health Organization) (1985). Appropriate technology for birth. *Lancet*, 2: 436-437.



## **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**

WHO (World Health Organization) (1995). Physical Status: *The Use and Interpretation of Anthropometry: Report of a WHO Expert Committee*. Geneva: World Health Organization (Technical Report Series No. 854).

WHO (World Health Organization) (1999). Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications: Report of a WHO consultation, Part 1: Diagnosis and classification of diabetes mellitus, Geneva: World Health Organization. (WHO/NCD/NCS/99.2).

WHO (World Health Organization) (2001) Iron deficiency anaemia: assessment, prevention, and control: a guide for programme managers. Geneva, WHO.

Young TK (1994). *The Health of Native Americans*. Oxford: Oxford University Press.

**11. ANEXO 1: Caderno 1 – Aldeia/ Comunidade**



# Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

## Caderno 1

### ALDEIA/COMUNIDADE

Deverá ser preenchido um Caderno para cada aldeia/comunidade selecionada

Nome da aldeia/comunidade:

1. Macrorregião:

Macrorg

1

2. DSEI:

Dsei

2

3. Número da aldeia/comunidade:

Numald

3

4. Data da entrevista:

Dtetvald

4

5. Entrevistador:

Entrdald

5

6. Supervisor:

Superv

6



Ministério da Saúde  
Fundação Nacional de Saúde



ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA  
DE PÓS-GRADUAÇÃO  
EM SAÚDE COLETIVA



BANCO  
MUNDIAL





# Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

# Caderno 1

ALDEIA/COMUNIDADE



**Fotografia:** Reprodução fotográfica de G. Lamônica de original da Aviação Militar.  
Aldeia Xavante localizada à margem esquerda do Rio das Mortes,  
acervo do Museu do Índio/FUNAI (década de 1940).



# Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

## Caracterização do entrevistado

Nome do entrevistado principal / posição ou cargo: \_\_\_\_\_/

7. Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Dnetald   |   |     7

8. Idade (anos) (Só se não souber a data de nascimento):

Idetald    8

9. Sexo: (1) M (2) F

Sexetald  9

10. A entrevista foi feita com tradutor?

(1) Sim (2) Não

Entaltdt  10

10.1 SE SIM, quem foi o tradutor?

(1) Agente indígena de saúde (2) Professor

Qmtdald  10.1

(3) Missionário (4) Outro

## Caracterização da produção e das fontes de alimentos

11. Na sua aldeia/comunidade, existem roças ou plantações coletivas, ou seja, que são cuidadas por vários grupos domésticos, que dividem o trabalho e o produto?

(1) Sim (2) Não (9) IGN

Ptcolald  11

SE SIM, quais são os principais produtos cultivados coletivamente?

11.1. Arroz

Sim Não IGN

11.2. Feijão

11.3. Milho

11.4. Mandioca, macaxeira e aipim

11.5. Outros

11.5.1. SE OUTROS, quais? \_\_\_\_\_

Ptcolarz  11.1

Ptcolfj  11.2

Ptcolmlh  11.3

Ptcolmad  11.4

Ptcolot  11.5

Qotptcol  11.5.1

12. O que é feito com a maior parte dos produtos cultivados coletivamente na sua aldeia/comunidade?

- (1) São predominantemente consumidos internamente pela própria aldeia/comunidade.  
 (2) São predominantemente vendidos fora da aldeia/comunidade.  
 (3) São igualmente vendidos fora da aldeia/comunidade e consumidos internamente.  
 (4) Outro  
 (9) IGN

Oqfptcol  12

13. Na sua aldeia/comunidade, os grupos domésticos têm roças ou plantações?

- (1) Sim (2) Não (9) IGN

Ptfamald  13

**SE SIM**, quais são os principais produtos cultivados pelos grupos domésticos?

	Sim	Não	IGN
13.1. Arroz	1	2	9
13.2. Feijão	1	2	9
13.3. Milho	1	2	9
13.4. Mandioca, macaxeira e aipim	1	2	9
13.5. Outros	1	2	9

Ptfamarz  13.1

Ptfamfj  13.2

Ptfammlh  13.3

Ptfammad  13.4

Ptfamot  13.5

Qotptfam  13.5.1

13.5.1. **SE OUTROS**, quais? \_\_\_\_\_

14. O que é feito com a maior parte dos produtos cultivados pelos grupos domésticos de sua aldeia/comunidade?

- (1) São predominantemente consumidos pelo grupo doméstico.  
 (2) São predominantemente vendidos.  
 (3) São igualmente vendidos e consumidos.  
 (4) Outro  
 (9) IGN

Oqfptfam  14

15. Na sua aldeia/comunidade, existe criação coletiva de animais, ou seja, criação de animais que é cuidada pelos vários grupos domésticos que dividem o trabalho e o produto?

- (1) Sim (2) Não (9) IGN

Crcolald  15

**SE SIM**, quais são os principais animais criados coletivamente?

	Sim	Não	IGN
15.1. Porco	1	2	9
15.2. Galinha/pato/peru	1	2	9
15.3. Boi/vaca	1	2	9
15.4. Peixe	1	2	9
15.5. Cabra/bode/ovelha	1	2	9
15.6. Outros	1	2	9

15.6.1. **SE OUTROS**, quais? \_\_\_\_\_

16. O que é feito com a maior parte dos animais (e/ou seus produtos: leite, carne etc.) criados coletivamente na sua aldeia/comunidade?

- (1) São predominantemente consumidos internamente pela própria aldeia/comunidade.
- (2) São predominantemente vendidos fora da aldeia/comunidade.
- (3) São igualmente vendidos fora da aldeia/comunidade e consumidos internamente.
- (4) Outro                      (9) IGN

17. Na sua aldeia/comunidade, os grupos domésticos têm criação de animais?

- (1) Sim                      (2) Não                      (9) IGN

**SE SIM**, quais são os principais animais criados pelos grupos domésticos?

	Sim	Não	IGN
17.1. Porco	1	2	9
17.2. Galinha/pato/peru	1	2	9
17.3. Boi/vaca	1	2	9
17.4. Peixe	1	2	9
17.5. Cabra/bode/ovelha	1	2	9
17.6. Outros	1	2	9

17.6.1. **SE OUTROS**, quais? \_\_\_\_\_

18. O que é feito com a maior parte dos animais (e/ou seus produtos: leite, carne etc.) criados pelos grupos domésticos de sua aldeia/comunidade?

- (1) São predominantemente consumidos pelo grupo doméstico.
- (2) São predominantemente vendidos.
- (3) São igualmente vendidos e consumidos.
- (4) Outro                      (9) IGN

Crcolpor  15.1

Crcolgal  15.2

Crcolboi  15.3

Crcolpxe  15.4

Crcolcab  15.5

Crcolot  15.6

Qotrcrol  15.6.1

Oqfrcrol  16

Crfamald  17

Crfampor  17.1

Crfamgal  17.2

Crfamboi  17.3

Crfampxe  17.4

Crfamcab  17.5

Crfamot  17.6

Qotcrfam  17.6.1

Oqfcrfam  18

Os grupos domésticos de sua aldeia/comunidade costumam:

	Sim	Não	IGN	
19. Caçar para comer	1	2	9	Famcaca <input type="checkbox"/> 19
20. Pescar para comer	1	2	9	Fampsca <input type="checkbox"/> 20
21. Coletar para comer	1	2	9	Famclta <input type="checkbox"/> 21
22. Na sua aldeia/comunidade, existe uma época do ano quando muitas pessoas sentem falta de alimentos, ou seja, falta comida?				Faltalm <input type="checkbox"/> 22

(1) Sim (2) Não (9) IGN

**SE SIM**, entre quais meses do ano isto normalmente acontece?

22.1 Mês de início: \_\_\_\_\_

Mesinflt   22.1

22.2 Mês de fim: \_\_\_\_\_

Mesiflt   22.2

23. Na sua aldeia/comunidade, existe uma época do ano quando sobram alimentos, ou seja, há muita comida?

(1) Sim (2) Não (9) IGN

Sobralm  23

**SE SIM**, entre quais meses do ano isto normalmente acontece?

23.1 Mês de início: \_\_\_\_\_

Mesinsob   23.1

23.2 Mês de fim: \_\_\_\_\_

Mesfisob   23.2

Indique os programas governamentais aos quais a sua aldeia/comunidade teve acesso nos últimos 3 anos:

	Sim	Não	IGN	
24. Carteira Indígena	1	2	9	Cartindg <input type="checkbox"/> 24
25. Projeto Iniciativas Comunitárias em Saúde Indígena (VIGISUS:B3)	1	2	9	Projcom <input type="checkbox"/> 25
26. Merenda Escolar Indígena	1	2	9	Merend <input type="checkbox"/> 26
27. Programa de Aquisição de Alimentos	1	2	9	Prgaquis <input type="checkbox"/> 27
28. Outros	1	2	9	Otpgcom <input type="checkbox"/> 28
29. Houve alguma atividade de apoio comunitário ao desenvolvimento, sustentabilidade e/ou assistência promovida por organizações como ONGs, missões e pastorais em sua aldeia/comunidade nos últimos 3 anos?				Assong <input type="checkbox"/> 29

(1) Sim (2) Não (9) IGN

**SE SIM, quais:**

	Sim	Não	IGN
29.1. Pastoral da Criança	1	2	9
29.2. Organização não-governamental (ONG)	1	2	9
29.3. Missão religiosa	1	2	9
29.4. Outras	1	2	9

Pastoral  29.1  
 Ong  29.2  
 Misrel  29.3  
 Otassong  29.4

**População da aldeia/comunidade para definir se é Censo ou Amostra**

OS ITENS DE 30 A 32 DEVEM SER EXTRAÍDAS DE REGISTROS EXISTENTES E DE INFORMANTES LOCAIS

30. Nº total de moradores, independente de sexo e idade: \_\_\_\_\_

Nthab     30

31. Nº de mulheres entre 14,0 e 49,9 anos (com ou sem filhos): \_\_\_\_\_

Ntmulh     31

32. Nº total de crianças < 60 meses: \_\_\_\_\_

Ntcri     32

33. A aldeia/comunidade é classificada como:

- (1) censo
- (2) amostra

Selecald  33

**ANOTAÇÕES GERAIS**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---







**Inquérito Nacional de Saúde e  
Nutrição dos Povos Indígenas**

**12. ANEXO 2: Caderno 2 – Domicílio**



# Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

## Caderno 2

### DOMICÍLIO

Deverá ser preenchido um Caderno para cada domicílio

Macrorregião:

DSEI:

Nome da aldeia/comunidade:

1. Número da aldeia/comunidade:		Numald	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	
2. Número do domicílio:		Numdom	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	2	
3. Data da entrevista:		Datentrv	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	3
4. Entrevistador:	<input type="text"/>	Entrdor	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	4	
5. Supervisor:	<input type="text"/>	Superv	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	5	



# Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

## Caderno 2

DOMICÍLIO



**Fotografia:** Anastácio Queiroz. Acervo Museu do Índio/FUNAI.  
[Posto Indígena do Alto Rio Uaupés, Amazonas. Maloca Iacaré-ponta, habitada por índios da tribo Piratapúia (legenda do Relatório do Serviço de Proteção aos Índios de 1930).]



Ministério da Saúde  
Fundação Nacional de Saúde



# Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

**Caracterização do entrevistado \***

Nome do entrevistado principal / posição no domicílio: \_\_\_\_\_ /

6. Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

7. Idade (anos) (Só se não souber a data de nascimento):

\_\_\_\_\_

8. Sexo: (1) M (2) F

9. Indígena: (1) Sim (2) Não

10. A entrevista foi feita com tradutor?

(1) Sim (2) Não

10.1 SE SIM, quem foi o tradutor?

(1) Agente indígena de saúde (2) Professor  
(3) Missionário (4) Outro

Dnetdom   |   |     6

Idetdom    7

Sexetdom  8

Etdomind  9

Entdomtd  10

Qmtdom  10.1

**Caracterização física do domicílio**

**NAS PERGUNTAS DE 11 A 17 MARQUE O TIPO PREDOMINANTE**

11. Tipo de piso: (1) Chão de terra (2) Madeira (3) Cerâmica (4) Cimento  
(5) Outro (9) IGN

12. Tipo de parede: (1) Palha (2) Madeira (3) Tijolo (4) Taipa/barro (5) Lona/plástico  
(6) Outro (9) IGN

13. Tipo de cobertura/telhado: (1) Palha (2) Madeira (3) Laje (4) Lona/plástico  
(5) Telha de barro (6) Telha de zinco ou amianto  
(7) Outro (9) IGN

Piso  11

Parede  12

Telhado  13

\* Se não foi possível realizar a entrevista no domicílio, siga para item 82.

14. O local onde os moradores costumam defecar é:

- (1) Dentro de casa (latrina/sanitário)
- (2) Fora de casa (latrina/sanitário usado somente pelo domicílio)
- (3) Fora de casa (latrina/sanitário coletivo)
- (4) No mato      (5) Outro      (9) IGN

Onddfec  14

15. **SE HOUVER LATRINA/SANITÁRIO**, para onde vão predominantemente os dejetos?

- (1) Rede coletora de esgoto      (2) Fossa séptica      (3) Fossa rudimentar/rasa
- (4) Vala      (5) Direto para o rio, lago/açude ou mar
- (6) Outro      (9) IGN

Destdfec  15

16. O lixo deste domicílio é predominantemente:

- (1) Coletado por serviço de limpeza
- (2) Colocado em caçamba de serviço de limpeza
- (3) Enterrado, jogado ou queimado na aldeia
- (4) Enterrado, jogado ou queimado fora da aldeia
- (5) Jogado em rio, lago ou mar
- (6) Outro
- (9) IGN

Lixo  16

17. Em geral, onde você obtém predominantemente a água utilizada para beber?

- (1) Torneira dentro de casa
- (2) Torneira fora de casa de uso do domicílio
- (3) Torneira fora de casa de uso coletivo
- (4) Poço
- (5) Rio, igarapé, lago, açude
- (6) Outro      (9) IGN

Fontagua  17

18. **SE OBTIDA DE TORNEIRA**, qual a origem da água?

- (1) Rede pública/municipal
- (2) Rede da FUNASA
- (3) Fonte protegida
- (4) Poço artesiano
- (5) Poço raso
- (6) Rio, igarapé, lago, açude
- (7) Outro      (9) IGN

Fonttom  18

19. Tem pelo menos uma torneira que funcione (com água) dentro da casa?

- (1) Sim
- (2) Não
- (9) IGN

Tornfunc  19

No domicílio, a água usada para beber é usualmente:

	Sim	Não	IGN
--	-----	-----	-----

20. Filtrada

1 2 9

Aguafilt  20

21. Tratada com hipoclorito de sódio

1 2 9

Aguahipo  21

22. Fervida

1 2 9

Aguaferv  22

23. Decantada/coada

1 2 9

Aguadec  23

24. Este domicílio tem iluminação elétrica ?

- (1) Sim
- (2) Sim, mas descontínua
- (3) Não
- (9) IGN

Luzeletr  24

25. Usa algo para aquecer o domicílio quando faz frio?

- (1) Sim
- (2) Não
- (9) IGN

Aquecdom  25

25.1 SE SIM: o que usa ?

- (1) Fogo no chão
- (2) Aquecedor elétrico/gás
- (3) Fogão à lenha
- (4) Outro

Oqaquec  25.1

26. Para cozinhar é utilizado predominantemente:

- (1) Gás
- (2) Carvão ou lenha, dentro de casa, com exaustão para fora
- (3) Carvão ou lenha, dentro de casa, sem exaustão
- (4) Carvão ou lenha fora de casa
- (5) Combinação gás, carvão ou lenha
- (6) Quando não se encaixar nas anteriores

Fogocoz  26

**Caracterização socioeconômica do domicílio**

Neste domicílio, indique a quantidade existente de: [se **NÃO** existir, registrar 0 (zero); se existir 8 ou mais, registrar 8 (oito); se ignorado, registrar 9 (nove)]

**QUANTIDADE**

27. Rádio AM/FM	<input type="checkbox"/>	Radio	<input type="checkbox"/>	27
28. Geladeira e/ou freezer	<input type="checkbox"/>	Gelad	<input type="checkbox"/>	28
29. Videocassete e/ou DVD	<input type="checkbox"/>	Vhsdvd	<input type="checkbox"/>	29
30. Fogão	<input type="checkbox"/>	Fogao	<input type="checkbox"/>	30
31. Máquina de lavar roupa	<input type="checkbox"/>	Lavroup	<input type="checkbox"/>	31
32. Forno de microondas	<input type="checkbox"/>	Microond	<input type="checkbox"/>	32
33. Linha de telefone fixo	<input type="checkbox"/>	Telfix	<input type="checkbox"/>	33
34. Telefone celular	<input type="checkbox"/>	Telcel	<input type="checkbox"/>	34
35. Computador	<input type="checkbox"/>	Comput	<input type="checkbox"/>	35
36. Motoserra	<input type="checkbox"/>	Motser	<input type="checkbox"/>	36
37. Motocicleta	<input type="checkbox"/>	Motclic	<input type="checkbox"/>	37
38. Animal de carga/trabalho (cavalo / burro / jumento / boi)	<input type="checkbox"/>	Ancarga	<input type="checkbox"/>	38
39. Motor de popa	<input type="checkbox"/>	Motpopa	<input type="checkbox"/>	39
40. Televisão	<input type="checkbox"/>	Telev	<input type="checkbox"/>	40
41. Automóvel	<input type="checkbox"/>	Automov	<input type="checkbox"/>	41
42. Aparelho de ar-condicionado	<input type="checkbox"/>	Arcond	<input type="checkbox"/>	42
43. Antena parabólica	<input type="checkbox"/>	Parabol	<input type="checkbox"/>	43
44. Bicicleta	<input type="checkbox"/>	Bicicle	<input type="checkbox"/>	44
45. Ralador de mandioca com motor	<input type="checkbox"/>	Raladmad	<input type="checkbox"/>	45

No último ano (12 meses), o dinheiro que os moradores do domicílio usam veio de:

	Sim	Não	IGN	
46. Trabalho remunerado – ano todo	1	2	9	Ditrbat <input type="checkbox"/> 46
47. Trabalho remunerado – temporário	1	2	9	Ditrbtn <input type="checkbox"/> 47
48. Venda de produtos da agricultura/pecuária	1	2	9	Diagri <input type="checkbox"/> 48
49. Venda de artesanato ou produção cultural	1	2	9	Diarte <input type="checkbox"/> 49
50. Aposentadoria	1	2	9	Diapost <input type="checkbox"/> 50
51. Benefícios sociais	1	2	9	Dibenef <input type="checkbox"/> 51
52. Venda de produtos de extrativismo	1	2	9	Divextr <input type="checkbox"/> 52
53. Outro	1	2	9	Diotor <input type="checkbox"/> 53

**Caracterização de alimentação**

Os alimentos que os moradores do domicílio consomem vêm de:

	Sim	Não	IGN
54. Cultivo ou criação domiciliar	1	2	9
55. Cultivo ou criação coletiva (da aldeia/comunidade)	1	2	9
56. Caça ou pesca (domiciliar)	1	2	9
57. Coleta (domiciliar)	1	2	9
58. Caça, pesca ou coleta coletiva (da aldeia/comunidade)	1	2	9
59. Compra	1	2	9
60. Cesta básica	1	2	9
61. Outras doações de fora da aldeia	1	2	9
62. Outros	1	2	9

Alcutdom  54

Alcutald  55

Alcacadom  56

Alctadom  57

Alcacald  58

Alcomp  59

Alcestbs  60

Aldoac  61

Aloutro  62

63. Os moradores utilizam algum tipo de gordura no preparo dos alimentos?

(1) Sim (2) Não (9) IGN

Usagord  63

SE SIM, o tipo de gordura utilizada é:

	Sim	Não	IGN
63.1 Óleo vegetal	1	2	9
63.2 Banha ou gordura	1	2	9
63.3 Margarina	1	2	9
63.4 Outra	1	2	9

Usaolvg  63.1

Usabanha  63.2

Usamantg  63.3

Usaotol  63.4

64. Os moradores costumam usar sal no preparo de alimentos?

(1) Sim (2) Não (9) IGN

Usasal  64

65. Os moradores costumam usar açúcar branco?

(1) Sim (2) Não (9) IGN

Usaacuc  65

Existe uma época do ano na qual você e as outras pessoas de seu grupo doméstico:

	Sim	Não	IGN
66. sentem que falta comida?	1	2	9
67. sentem que sobra comida?	1	2	9

Sentpcom  66

Sentmcom  67

## No seu grupo doméstico:

Vocês costumam comer/beber:	Sim Não		SE SIM, em geral de onde vem o alimento? (indique a fonte principal)		
	1	2			
68. Arroz	1	2	68.1 (1) Produção indígena (2) Compra (3) Ganha/recebe de fora da aldeia/comunidade (9) IGN	Comearrz <input type="checkbox"/>	68 <input type="checkbox"/> 68.1 Fontarrz
69. Milho e derivados	1	2	69.1 (1) Produção indígena (2) Compra (3) Ganha/recebe de fora da aldeia/comunidade (9) IGN	Comemil <input type="checkbox"/>	69 <input type="checkbox"/> 69.1 Fontmil
70. Mandioca/aipim/ macaxeira e derivados	1	2	70.1 (1) Produção indígena (2) Compra (3) Ganha/recebe de fora da aldeia/comunidade (9) IGN	Comemand <input type="checkbox"/>	70 <input type="checkbox"/> 70.1 Fontmand
71. Batatas (Tubérculos)	1	2	71.1 (1) Produção indígena (2) Compra (3) Ganha/recebe de fora da aldeia/comunidade (9) IGN	Comebat <input type="checkbox"/>	71 <input type="checkbox"/> 71.1 Fontbat
72. Feijão, fava, etc	1	2	72.1 (1) Produção indígena (2) Compra (3) Ganha/recebe de fora da aldeia/comunidade (9) IGN	Comefej <input type="checkbox"/>	72 <input type="checkbox"/> 72.1 Fontfej
73. Frutas	1	2	73.1 (1) Produção indígena (2) Compra (3) Ganha/recebe de fora da aldeia/comunidade (9) IGN	Comefrut <input type="checkbox"/>	73 <input type="checkbox"/> 73.1 Fontfrut
74. Castanhas, cocos, pinhão, amendoim	1	2	74.1 (1) Produção indígena (2) Compra (3) Ganha/recebe de fora da aldeia/comunidade (9) IGN	Comecast <input type="checkbox"/>	74 <input type="checkbox"/> 74.1 Fontcast
75. Legumes e verduras	1	2	75.1 (1) Produção indígena (2) Compra (3) Ganha/recebe de fora da aldeia/comunidade (9) IGN	Comeleg <input type="checkbox"/>	75 <input type="checkbox"/> 75.1 Fontleg
76. Leites e derivados (queijo, coalhada, etc)	1	2	76.1 (1) Produção indígena (2) Compra (3) Ganha/recebe de fora da aldeia/comunidade (9) IGN	Comeleit <input type="checkbox"/>	76 <input type="checkbox"/> 76.1 Fontleit
77. Ovos	1	2	77.1 (1) Produção indígena (2) Compra (3) Ganha/recebe de fora da aldeia/comunidade (9) IGN	Comeovo <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/> 77.1 Fontovo
78. Frango, galinha pato, peru	1	2	78.1 (1) Produção indígena (2) Compra (3) Ganha/recebe de fora da aldeia/comunidade (9) IGN	Comefrgo <input type="checkbox"/>	78 <input type="checkbox"/> 78.1 Fontfrgo
79. Carne de boi bode, cabra, porco, etc.	1	2	79.1 (1) Produção indígena (2) Compra (3) Ganha/recebe de fora da aldeia/comunidade (9) IGN	Comeboi <input type="checkbox"/>	79 <input type="checkbox"/> 79.1 Fontboi
80. Peixe	1	2	80.1 (1) Produção indígena (2) Compra (3) Ganha/recebe de fora da aldeia/comunidade (9) IGN	Comepxe <input type="checkbox"/>	80 <input type="checkbox"/> 80.1 Fontpxe
81. Carne de caça	1	2	81.1 (1) Produção indígena (2) Compra (3) Ganha/recebe de fora da aldeia/comunidade (9) IGN	Comecaca <input type="checkbox"/>	81 <input type="checkbox"/> 81.1 Fontcac

Listagem de Mulheres Residentes no Domicílio [mulheres entre 14,0 e 49,9 anos (com ou sem filhos), mulheres entre 10,0 e 13,9 anos (com filho vivo < 60 meses co-residente no domicílio) e mulheres ≥ 50,0 anos (com filho vivo < 60 meses co-residente no domicílio) (LISTAR A PARTIR DA MULHER MAIS VELHA)]:

Nº	Nome	Data de Nascimento	Idade (anos)	Desfecho (1) mulher entrevistada; (2) recusa; (3) mulher ausente.
01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				

N	Nome	Data de Nascimento	Idade (anos)	Desfecho (1) mulher entrevistada; (2) recusa; (3) mulher ausente.
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				

**Moradores do Domicílio**

82. Nº de moradores, independente de sexo e idade:

  Numradom    82

83. Nº de mulheres entre 14,0 e 49,9 anos (com ou sem filhos): \*

  Numuldom    83

84. Nº de crianças &lt; 60 meses: \*

  Ncrdom    84**Desfecho da entrevista**

85. Qual foi o desfecho da entrevista no domicílio?

(1) Domicílio entrevistado      (2) Domicílio não entrevistado (recusa)

(3) Domicílio não entrevistado (fechado – moradores ausentes)

Dsfetdom  85

\* Preencher itens 83 e 84 quando terminar o preenchimento de todos os Cadernos 3 (Mulher) referente a este domicílio.

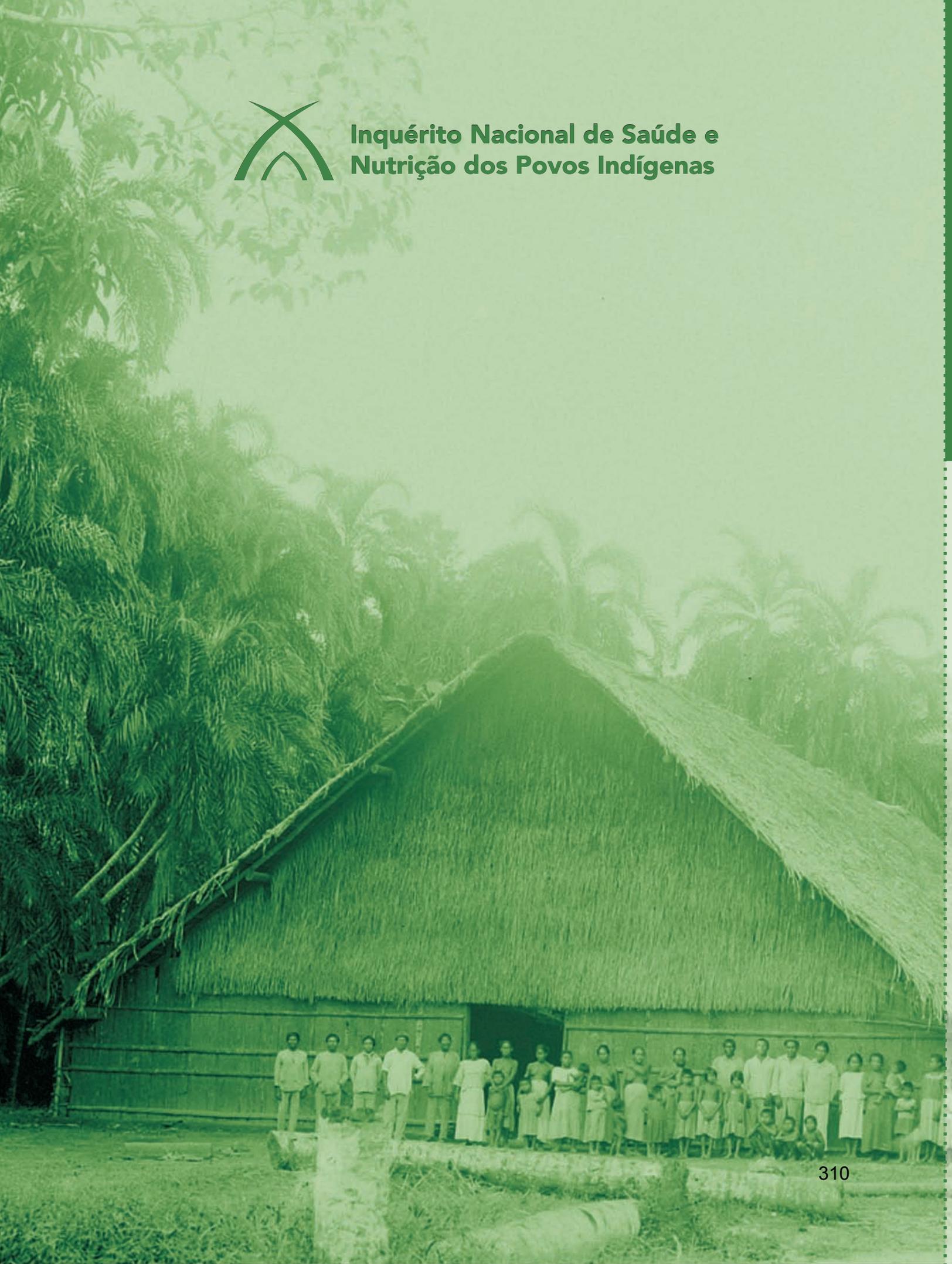




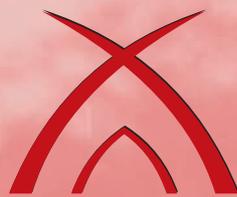




# Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas



**13. ANEXO 3: Caderno 3 – Mulher**



# Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

## Caderno 3

### MULHER

Deverá ser preenchido um Caderno para cada mulher residente no domicílio selecionado entre 14,0 e 49,9 anos (com ou sem filhos), entre 10,0 e 13,9 anos (com filho vivo < 60 meses co-residente no domicílio) e  $\geq 50,0$  anos (com filho vivo < 60 meses co-residente no domicílio)

Macrorregião:

DSEI:

Nome da aldeia/comunidade:

Nome da <MULHER-ALVO>:

1.1. Número da aldeia/comunidade:

Numald2  1.1

1.2. Número do domicílio:

Numdom1  1.2

1.3. Número da <MULHER-ALVO>:

Nummul  1.3

1.4. Data de nasc. da <MULHER-ALVO>:

Dnmul  1.4

1.5. Idade (anos) (só se não souber a data de nascimento):

Idademul  1.5

2. Data da entrevista:

Dtetvmul  2

3. Entrevistador:

Entrmul  3

4. Supervisor:

Supermu  4



# Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

## Caderno 3

MULHER



**Fotografia:** Heinz Foerthmann. Dança de mulheres Kuikuro Maricumé. Acervo do Museu do Índio/FUNAI. [Exploração científica e documentária dos Rios Curisevo e Culuene, Mato Grosso, 1944].



Ministério da Saúde  
Fundação Nacional de Saúde



ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA  
DE PÓS-GRADUAÇÃO  
EM SAÚDE COLETIVA



BANCO  
MUNDIAL



UM PAÍS DE TODOS  
GOVERNO FEDERAL

# Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

(Onde constar <MULHER-ALVO>, substituir pelo nome da mulher a ser entrevistada)

## Caracterização da entrevista

5. A <MULHER-ALVO> foi entrevistada?

- (1) Sim, diretamente      (2) Sim, através de tradutor      (3) Não

5.1. SE ATRAVÉS DE TRADUTOR, quem foi o tradutor?

- (1) Agente indígena de saúde      (2) Professor  
(3) Missionário      (4) Outra pessoa do domicílio  
(5) Outro

5.2 SE NÃO foi entrevistada, qual a razão? \*

- (1) Ausência      (2) Recusa      (3) Outro

6. Você (<MULHER-ALVO>) é indígena?      (1) Sim      (2) Não

6.1 SE NÃO, tem filho indígena < 60 meses? \*\*      (1) Sim      (2) Não

## Caracterização da escolaridade

7. Qual foi o mais elevado curso escolar que você <MULHER-ALVO> freqüentou ou freqüenta atualmente?

- (01) Nenhum      (02) Alfabetização de jovens e adultos  
(03) Regular do ensino fundamental  
(04) Educação de jovens e adultos ou supletivo do ensino fundamental – séries iniciais (1ª a 4ª séries combinadas)  
(05) Educação de jovens e adultos ou supletivo do ensino fundamental - séries finais (5ª a 8ª séries combinadas)  
(06) Regular do ensino médio  
(07) Educação de jovens e adultos ou supletivo do ensino médio  
(08) Pré-vestibular      (09) Superior – de graduação  
(10) Pós-graduação      (99) IGN

Mulet  5

Muletrad  5.1

Qrznnetm  5.2

Mulind  6

Filind  6.1

Muledcu   7

\* Se a <MULHER-ALVO> não foi entrevistada, siga para itens 12 a 14 e Listagem de Filhos Vivos < 60 Meses. Procure obter essas informações com outro membro da família ou com a equipe local de saúde.

\*\* Se a resposta para os itens 6 e 6.1 forem "Não", encerre o preenchimento deste caderno neste ponto.

7.1. SE FREQUENTOU OU FREQUENTA ENSINO FUNDAMENTAL (alguma série da 1ª a 9ª), qual foi a última série concluída por você <MULHER-ALVO>?

Muledse   7.1

- (01) Primeira    (02) Segunda    (03) Terceira    (04) Quarta    (05) Quinta  
 (06) Sexta    (07) Sétima    (08) Oitava    (09) Nona    (99) IGN

### Exame físico (Parte I)

Primeira medida de pressão arterial (PA) da <MULHER-ALVO>:

8. PA Sistólica: \_\_\_ \_\_\_ mm Hg

PAS1    8

9. PA Diastólica: \_\_\_ \_\_\_ mm Hg

PAD1    9

Medida antropométrica da <MULHER-ALVO>:

10. Peso: \_\_\_ \_\_\_ , \_\_\_ kg

Mulpeso    ,  10

11. Estatura: \_\_\_ \_\_\_ , \_\_\_ cm

Mulest    ,  11

### Descrição da prole

12. Quantos filhos você <MULHER-ALVO> teve? \_\_\_

Mulfi   12

13. Quantos filhos estão vivos? \_\_\_

Mulfov   13

14. Quantos filhos vivos com idade < 60 meses? \_\_\_

Mulfiv5  14

Listagem de Filhos Vivos < 60 Meses (LISTAR A PARTIR DO MAIS VELHO):

Código Identificador de <CRIANÇA>	Nome	Data Nascimento ou Idade (meses)		Sexo	
				M	F
01		___/___/___	___	1	2
02		___/___/___	___	1	2
03		___/___/___	___	1	2
04		___/___/___	___	1	2
05		___/___/___	___	1	2
06		___/___/___	___	1	2

**Uso de medicação para hipertensão , diabetes e anemia**

Você <MULHER-ALVO> está usando atualmente algum remédio de farmácia para:

	Sim	Não	IGN
15.1 Pressão alta / hipertensão?	1	2	9
15.2 Açúcar no sangue / diabetes?	1	2	9
15.3 Anemia?	1	2	9

Medpa  15.1  
 Meddm  15.2  
 Medanem  15.3

**Malária e tuberculose nos últimos 12 meses**

Nos últimos 12 (doze) meses, você <MULHER-ALVO> recebeu tratamento para:

	Sim	Não	IGN
16. Tuberculose?	1	2	9
17. Malária?	1	2	9

Multb  16  
 Mulmal  17

**Caracterização do pré-natal do filho vivo mais novo < 60 meses (a partir de entrevista com a <MULHER-ALVO>)**

OS ITENS 18 A 21 SE APLICAM À GRAVIDEZ DO FILHO VIVO MAIS NOVO < 60 MESES (<CRIANÇA>) DA <MULHER-ALVO> (CONSULTAR A LISTAGEM DE FILHOS VIVOS < 60 MESES DA PÁGINA ANTERIOR).

18. Você <MULHER-ALVO> fez alguma consulta de pré-natal com médico ou enfermeiro durante a gravidez de <CRIANÇA>?

(1) Sim (2) Não (9) IGN

Conprean  18

**SE SIM,**  
 alguma vez durante as consultas de pré-natal de <CRIANÇA> o médico ou enfermeiro:

	Sim	Não	IGN
18.1. mediu a sua pressão arterial?	1	2	9
18.2. mediu a sua barriga (altura uterina)?	1	2	9
18.3. examinou o seu peito/mama/seio?	1	2	9
18.4. auscultou o coração do nenê/bebê?	1	2	9
18.5. pesou e mediu você <MULHER-ALVO>?	1	2	9

Conpaan  18.1  
 Conbaran  18.2  
 Conpeian  18.3  
 Concoran  18.4  
 Conantan  18.5

19. SE FEZ PELO MENOS UMA CONSULTA DE PRÉ-NATAL DE <CRIANÇA>, você <MULHER-ALVO> tem a carteira do pré-natal?

(1) Sim, vista (2) Sim, não vista (3) Não (9) IGN

Cartpnan  19

20. Após o nascimento de <CRIANÇA>, você <MULHER-ALVO> consultou com o médico ou enfermeiro para saber se estava tudo bem com sua saúde?

(1) Sim (2) Não (9) IGN

Conpuean  20

21. No momento, você <MULHER-ALVO> está grávida?

(1) Sim (2) Não (9) IGN

Mulgravd  21

**Caracterização do pré-natal da gravidez atual**

OS ITENS DE 22 A 23 SE APLICAM CASO A <MULHER-ALVO> ESTEJA GRÁVIDA NO MOMENTO DA ENTREVISTA (SE A RESPOSTA DA QUESTÃO 21 FOR "SIM").

22. Você fez alguma consulta de pré-natal com médico ou enfermeiro durante esta gravidez?

(1) Sim (2) Não (9) IGN

**SE SIM**, alguma vez

o médico ou enfermeiro:

	Sim	Não	IGN
22.1. mediu a sua pressão arterial?	1	2	9
22.2. mediu a sua barriga (altura uterina)?	1	2	9
22.3. examinou o seu peito/mama/seio?	1	2	9
22.4. auscultou o coração do nenê/bebê?	1	2	9
22.5. pesou e mediu você <MULHER-ALVO>?	1	2	9

23. SE VOCÊ <MULHER-ALVO> FEZ PELO MENOS UMA CONSULTA DE PRÉ-NATAL DURANTE A ATUAL GRAVIDEZ, tem a carteira do pré-natal?

(1) Sim, vista (2) Sim, não vista (3) Não (9) IGN

Conpreat  22

Conpaat  22.1

Conbarat  22.2

Conpeiat  22.3

Concorat  22.4

Conantat  22.5

Cartpnat  23

**Exame físico (Parte II)**

Segunda medida de pressão arterial (PA) da <MULHER-ALVO>:

24. PA Sistólica: \_\_\_ \_\_\_ mm Hg

25. PA Diastólica: \_\_\_ \_\_\_ mm Hg

25.1 Pulso no qual foi aferida a pressão arterial?

(1) Esquerdo (2) Direito

Dosagens bioquímicas da <MULHER-ALVO>:

26. Hemoglobina: \_\_\_ \_\_\_, \_\_\_ g/dL

27. Glicose: \_\_\_ \_\_\_ mg/dL

PAS2    24

PAD2    25

Pulso  25.1

Mulhb  ,  26

Mulglic    27

**Caracterização do pré-natal do filho vivo mais novo < 60 meses (a partir de registros secundários)**

OS ITENS 28.1 A 45 SE APLICAM À GRAVIDEZ DO FILHO VIVO MAIS NOVO < 60 meses DA <MULHER-ALVO>. AS RESPOSTAS DEVEM SER EXTRAÍDAS DE REGISTROS EXISTENTES.

Quais registros foram utilizados? *	Sim	Não
28.1 Prontuário	1	2
28.2 Carteira do pré-natal	1	2
28.3 Caderneta de Saúde da Criança	1	2
28.4 Outros	1	2

Mulprtn  28.1

Mulcpnfn  28.2

Mulcscfn  28.3

Muloutfn  28.4

29. Em que mês da gravidez foi realizada a 1ª consulta de pré-natal do filho vivo mais novo < 60 meses?

\_\_\_ \_\_\_ (01=primeiro mês; 02=segundo mês etc; 99=IGN)

Mulrgnfn   29

30. Quantas consultas de pré-natal foram registradas durante a gravidez do filho vivo mais novo < 60 meses?

\_\_\_ \_\_\_ consultas (99=IGN)

Qconpnfn   30

Para a gravidez do filho vivo mais novo < 60 meses, há registro de solicitação e resultado de:

Exames	Solicitado		SE SIM, resultado		
	Sim	Não	Sim	Não	
31. Exame de urina comum (EAS)?	1	2	31.1.	1	2
32. Exame de fezes?	1	2	32.1	1	2
33. Citologia oncótica cervical?	1	2	33.1	1	2
34. Exame de sangue (hemograma)?	1	2	34.1	1	2
35. Teste para HIV?	1	2	35.1	1	2
36. Teste para rubéola?	1	2	36.1	1	2
37. Teste para sífilis (VDRL)?	1	2	37.1	1	2
38. Teste para toxoplasmose?	1	2	38.1	1	2
39. Teste para hepatite B (HBsAg) nas não vacinadas?	1	2	39.1	1	2
40. Exame para diabetes (glicemia em jejum)?	1	2	40.1	1	2
41. Ultrassom do bebê?	1	2	41.1	1	2

Exfnuri <input type="checkbox"/> 31	RExfnuri <input type="checkbox"/> 31.1
Exfnufz <input type="checkbox"/> 32	RExfnufz <input type="checkbox"/> 32.1
Exfncit <input type="checkbox"/> 33	RExfncit <input type="checkbox"/> 33.1
Exfnhg <input type="checkbox"/> 34	RExfnhg <input type="checkbox"/> 34.1
Exfnhiv <input type="checkbox"/> 35	RExfnhiv <input type="checkbox"/> 35.1
Exfnrub <input type="checkbox"/> 36	RExfnrub <input type="checkbox"/> 36.1
Exfnvdr1 <input type="checkbox"/> 37	RExfnvdr1 <input type="checkbox"/> 37.1
Exfntxo <input type="checkbox"/> 38	Rexfntxo <input type="checkbox"/> 38.1
Exfnhb <input type="checkbox"/> 39	RExfnhb <input type="checkbox"/> 39.1
Exfndm <input type="checkbox"/> 40	RExfndm <input type="checkbox"/> 40.1
Exfnus <input type="checkbox"/> 41	RExfnus <input type="checkbox"/> 41.1

\* Caso as respostas para os itens 28.1 a 28.4 sejam "Não", mas a <MULHER-ALVO> estiver grávida, siga para o item 46.1. Caso as respostas para os itens 28.1 a 28.4 sejam "Não", mas a <MULHER-ALVO> não estiver grávida, encerre o preenchimento deste Caderno neste ponto.

Possui registro de prescrição dos medicamentos abaixo para a gravidez do filho vivo mais novo < 60 meses?

	Prescrição	
	Sim	Não
42. Sulfato ferroso	1	2
43. Ácido fólico	1	2

### Vacinas

44.1 Há registro de a <MULHER-ALVO> ter tomado pelo menos uma dose de vacina contra o tétano (DT) nos 5 anos anteriores à gravidez do filho vivo mais novo < 60 meses?

(1) Sim (2) Não

44.2 Até o final da gravidez do filho vivo mais novo < 60 meses, há registro de aplicação de pelo menos 3 doses de vacina contra o tétano (DT) na <MULHER-ALVO>?

(1) Sim (2) Não

45. Quantas doses de vacina contra a hepatite B a <MULHER-ALVO> tomou ao longo da vida, até o final da gravidez do filho vivo mais novo < 60 meses?

\_\_\_ doses (9=IGN)

### Caracterização do pré-natal da gravidez atual (a partir de registros)

AS QUESTÕES DE 46.1 A 64 SE APLICAM SE A <MULHER-ALVO> ESTIVER GRÁVIDA NO MOMENTO DA ENTREVISTA. AS RESPOSTAS DEVEM SER EXTRAIDAS DE REGISTROS EXISTENTES.

Quais registros foram utilizados? *	Sim	Não
46.1 Prontuário	1	2
46.2 Carteira do pré-natal	1	2
46.3 Caderneta de Saúde da Criança	1	2
46.4 Outros	1	2

47. Idade gestacional em meses na data da entrevista:

\_\_\_ \_\_\_ (01=primeiro mês; 02=segundo mês etc; 99=IGN)

48. Em que mês da gravidez atual foi realizada a 1ª consulta do pré-natal?

\_\_\_ \_\_\_ (01=primeiro mês; 02=segundo mês etc; 99=IGN)

49. Quantas consultas de pré-natal na gravidez atual foram registradas até o momento desta entrevista? \_\_\_ \_\_\_ consultas (99=IGN)

Presffn  42

Prcaffn  43

Muldt5fn  44.1

Muldt3fn  44.2

Mulhbfm  45

Mulprtga  46.1

Mulcpnga  46.2

Mulcscga  46.3

Muloutga  46.4

Mulidgga   47

Conpriga   48

Qconpnga   49

\* Caso as respostas para os itens 46.1 a 46.4 sejam "Não", encerre o preenchimento deste caderno neste ponto.

Para a gravidez atual da <MULHER-ALVO>, há registro de solicitação e resultado de:

Exames	Solicitado		SE SIM, resultado								
	Sim	Não	Sim	Não							
50. Exame de urina comum (EAS)?	1	2	50.1	1	2	Exgauri	<input type="checkbox"/>	50	REXgauri	<input type="checkbox"/>	50.1
51. Exame de fezes?	1	2	51.1	1	2	Exgaufz	<input type="checkbox"/>	51	REXgaufz	<input type="checkbox"/>	51.1
52. Citologia oncótica cervical?	1	2	52.1	1	2	Exgacit	<input type="checkbox"/>	52	REXgacit	<input type="checkbox"/>	52.1
53. Exame de sangue (hemograma)?	1	2	53.1	1	2	Exgahg	<input type="checkbox"/>	53	REXgahg	<input type="checkbox"/>	53.1
54. Teste para HIV?	1	2	54.1	1	2	Exgahiv	<input type="checkbox"/>	54	REXgahiv	<input type="checkbox"/>	54.1
55. Teste para rubéola?	1	2	55.1	1	2	Exgarub	<input type="checkbox"/>	55	REXgarub	<input type="checkbox"/>	55.1
56. Teste para sífilis (VDRL)?	1	2	56.1	1	2	Exgavdrl	<input type="checkbox"/>	56	REXgavdrl	<input type="checkbox"/>	56.1
57. Teste para toxoplasmose?	1	2	57.1	1	2	Exgatxo	<input type="checkbox"/>	57	Rexgatxo	<input type="checkbox"/>	57.1
58. Teste para hepatite B (HBsAg) nas não vacinadas?	1	2	58.1	1	2	Exgahb	<input type="checkbox"/>	58	REXgahb	<input type="checkbox"/>	58.1
59. Exame para diabetes (glicemia em jejum)?	1	2	59.1	1	2	Exgadm	<input type="checkbox"/>	59	REXgadm	<input type="checkbox"/>	59.1
60. Ultrassom do bebê?	1	2	60.1	1	2	Exgaus	<input type="checkbox"/>	60	REXgaus	<input type="checkbox"/>	60.1

Possui registro de prescrição dos medicamentos abaixo para a gravidez atual?

	Prescrição				
	Sim	Não			
61. Sulfato ferroso	1	2	Prcsfga	<input type="checkbox"/>	61
62. Ácido fólico	1	2	Prcafga	<input type="checkbox"/>	62

### Vacinas

63.1 Há registro de <MULHER-ALVO> ter tomado pelo menos uma dose de vacina contra o tétano (DT) nos 5 anos anteriores à atual gravidez?  (1) Sim (2) Não	Muldt5ga	<input type="checkbox"/>	63.1
63.2 Por ocasião da gravidez atual, há registro de aplicação de pelo menos três doses de vacina anti-tétano (DT) na <MULHER-ALVO>?  (1) Sim (2) Não	Muldt3ga	<input type="checkbox"/>	63.2
64. Quantas doses de vacina contra a hepatite B a <MULHER-ALVO> tomou ao longo da vida, até o momento atual da gravidez?  ___ doses (9=IGN)	Mulhbg	<input type="checkbox"/>	64





**Inquérito Nacional de Saúde e  
Nutrição dos Povos Indígenas**

**14. ANEXO 4: Caderno 4 – Criança**



# Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

## Caderno 4

### CRIANÇA

**Deverá ser preenchido um Caderno para cada criança < 60 meses residente no domicílio selecionado.**

Macrorregião:

DSEI:

Nome da aldeia/comunidade:

Nome da <MULHER-ALVO> (mãe da criança):

Nome da criança:

1.1. Número da aldeia/comunidade:     Numald2     1.1

1.2. Número do domicílio:     Numdom1     1.2

1.3. Número da <MULHER-ALVO> (mãe da criança):   Nummul   1.3

1.4. Número da <CRIANÇA>:   Numcrian   1.4

1.5. Data de nascimento da <CRIANÇA>:         Dncrian         1.5

1.6. Idade (meses) (só se não souber a data de nascimento):   Idadecrian   1.6

1.7. Sexo da <CRIANÇA>: (1) masculino (2) feminino Sexocrian  1.7

2. Data da entrevista:         Dtetvmul         2

3. Entrevistador:  Entrmul      3

4. Supervisor:  Supermu      4



# Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

## Caderno 4

CRIANÇA



**Fotografia:** Heinz Foerthmann. Acervo do Museu do Índio (FUNAI).  
Meninos Kamayurá brincando. [Expedição do SPI às tribos Ianahuqa, Mehináku  
e Kamayurá, rios Curisevo e Culuene, Mato Grosso, 1944.]



Ministério da Saúde  
Fundação Nacional de Saúde



# Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

(Onde constar <CRIANÇA> substituir pelo nome da criança alvo da entrevista)

## Caracterização da entrevistada

5. A entrevista foi realizada com:

- (1) Mãe                   (2) Pai  
 (3) Outro parente feminino                   (4) Outro parente masculino  
 (5) Outro                   (6) Não foi realizada

Qetvcri  5

5.1 SE A ENTREVISTA NÃO FOI REALIZADA, qual a razão?

- (1) Ausência de informante                   (2) Recusa                   (3) Outro

Qrznetc  5.1

5.2 A entrevista foi feita com tradutor?

- (1) Sim                   (2) Não

Enteritd  5.2

5.2.1 SE SIM, quem foi o tradutor?

- (1) Agente indígena de saúde  
 (2) Professor                   (3) Missionário  
 (4) Outra pessoa do domicílio                   (5) Outro

Critrad  5.2.1

## Caracterização do nascimento

6. <CRIANÇA> tem certidão de nascimento?

- (1) Sim                   (2) Não                   (9) IGN

Certcri  6

7. Onde nasceu <CRIANÇA>?

- (1) Hospital ou maternidade                   (2) Aldeia  
 (3) Casa de Saúde do Índio (CASAI)  
 (4) Outro                   (9) IGN

Nascricri  7

8. Quem fez o parto de <CRIANÇA>?

- (1) Médico      (2) Enfermeiro      (3) Parteira  
 (4) Agente indígena de saúde      (5) Parto não assistido (sozinha)  
 (6) Outro      (9) IGN

Prctcri  8

9. <CRIANÇA> nasceu: (1) de parto vaginal      (2) de parto cirúrgico (cesariana)      (9) IGN

Tiprctcri  9

**Caracterização das condições de saúde, alimentação e acesso a serviços e programas de saúde**

10. Alguma vez algum profissional de saúde explicou como estava o peso e /ou desenvolvimento de <CRIANÇA>?

- (1) Sim      (2) Não      (9) IGN

Experci  10

11. <CRIANÇA> foi internada nos últimos 12 meses?

- (1) Sim      (2) Não      (9) IGN

Intercri  11

SE SIM, houve internação para cada uma das causas abaixo?

11.1. Diarréia

Sim	Não	IGN
-----	-----	-----

1

2

9

11.2. Infecção Respiratória Aguda/Pneumonia

1

2

9

11.3. Malária

1

2

9

11.4. Tuberculose

1

2

9

Intdiac  11.1

Intirac  11.2

Intmalc  11.3

Inttbc  11.4

12. Na última semana, <CRIANÇA> teve diarréia?

- (1) Sim      (2) Não      (9) IGN

Semdiac  12

12.1. SE SIM, <CRIANÇA> tomou soro caseiro ou de pacote para tratar a diarréia?

- (1) Sim      (2) Não      (9) IGN

Sorocri  12.1

12.2. SE TOMOU SORO, quem receitou ou indicou o soro para <CRIANÇA>?

- (1) Médico/enfermeiro  
 (2) Agente indígena de saúde  
 (3) Balconista de farmácia  
 (4) Própria mãe ou responsável  
 (5) Outro  
 (9) IGN

Qsorocri  12.2

13. Na última semana <CRIANÇA> ficou tossindo?

(1) Sim (2) Não (9) IGN

SE SIM, <CRIANÇA> teve:

13.1. Dificuldade para respirar?

13.2. Febre?

13.3. Nariz entupido?

	Sim	Não	IGN
13.1. Dificuldade para respirar?	1	2	9
13.2. Febre?	1	2	9
13.3. Nariz entupido?	1	2	9

Semtosc  13

Drespcri  13.1

Febrecri  13.2

Nrzcricri  13.3

Ajudacri  14

14. SE <CRIANÇA> TEVE DIARRÉIA E/OU FICOU TOSSINDO, alguém procurou ajuda para <CRIANÇA> dentro ou fora da aldeia/comunidade?

(1) Sim (2) Não (9) IGN

SE SIM, pergunte com quem/ onde procurou ajuda e se conseguiu atendimento:

14.1 Agente indígena de saúde

14.2 Posto de saúde da aldeia ou EMSI

14.3 Outro posto de saúde

14.4 Farmácia na cidade

14.5 Casa de Saúde do Índio – CASAI

14.6 Clínica/hospital na cidade

14.7 Curador, rezador, pajé

14.8 Outros

	Procurou ajuda?			Recebeu atendimento?		
	Sim	Não	IGN	Sim	Não	IGN
14.1.1	1	2	9	1	2	9
14.2.1	1	2	9	1	2	9
14.3.1	1	2	9	1	2	9
14.4.1	1	2	9	1	2	9
14.5.1	1	2	9	1	2	9
14.6.1	1	2	9	1	2	9
14.7.1	1	2	9	1	2	9
14.8.1	1	2	9	1	2	9

Prajaisc  14.1

Prajemc  14.2

Prajpsc  14.3

Prajfac  14.4

Prajcsc  14.5

Prajhspc  14.6

Prajpjc  14.7

Prajotc  14.8

Rcataisc  14.1.1

Rcatemc  14.2.1

Prajfac  14.3.1

Rcatfac  14.4.1

Rcatcsc  14.5.1

Rcathspc  14.6.1

Rcatpjc  14.7.1

Rcatotc  14.8.1

15. <CRIANÇA> já tomou vitamina A, aquela vitamina vermelha que é espremida na boca da criança?

(1) Sim (2) Não (9) IGN

15.1. SE SIM, tomou alguma dose nos últimos 6 meses?

(1) Sim (2) Não (9) IGN

16. Nos últimos três meses, <CRIANÇA> tomou sulfato ferroso (remédio contra anemia)?

(1) Sim (2) Não (9) IGN

Vitacri  15

Vitacr12  15.1

Sfercr3  16

17. <CRIANÇA> mama ou mamou (pega/pegou) no peito?

- (1) Sim, ainda mama  
 (2) Sim, já mamou (desmamada ou parou de mamar)  
 (3) Nunca mamou (9) IGN

17.1. SE <CRIANÇA> FOI DESMAMADA/PAROU DE MAMAR, até que idade mamou/pegou no peito? \_\_\_ meses (99 = IGN)

18. <CRIANÇA> ou sua família recebe alimentos ou ajuda do governo para a compra?

- (1) Sim (2) Não (9) IGN

**Caracterização da alimentação em crianças < 24 meses \***

FAÇA AS PERGUNTAS 19 E 20 APENAS PARA AS CRIANÇAS < 24 MESES QUE JÁ FORAM OU SÃO AMAMENTADAS NO MOMENTO DA ENTREVISTA [OU SEJA, SITUAÇÕES (1) E (2) DO ITEM 17].

19. Até que idade <CRIANÇA> mamou/pegou no peito sem receber água, chá ou suco? \_\_\_ meses (99 = IGN)

20. Com que idade <CRIANÇA> começou a receber outros alimentos, tais como: leite, frutas, mingau, carne para chupar, outros? \_\_\_ meses (88 = não se aplica; 99 = IGN)

Mamacri  17

Iddmacri   17.1

Ajgvcri  18

Idexalc   19

Idexalc   20

FAÇA AS PERGUNTAS 21 A 31 PARA TODAS AS CRIANÇAS < 24 meses:

Pergunte se, desde ontem (nas últimas 24 horas), <CRIANÇA> comeu ou bebeu:

	Sim	Não	IGN
21. Leite do peito	1	2	9
22. Leite de vaca, cabra, leite em pó ou outro leite não humano	1	2	9
23. Frutas / legumes / verduras	1	2	9
24. Arroz / farinha / pão / macarrão	1	2	9
25. Ovo / carne / peixe	1	2	9
26. Feijão	1	2	9
27. Mingau / gogó / chibé / chicha	1	2	9
28. Sopa	1	2	9
29. Chá ou água	1	2	9
30. Outros	1	2	9

Al24lp  21

Al24lv  22

Al24fr  23

Al24arz  24

Al24ovo  25

Al24fj  26

Al24ming  27

Al24sopa  28

Al24cha  29

Al24ot  30

\* Se <CRIANÇA> for ≥ 24 meses, siga para item 32.

31. <CRIANÇA> usa mamadeira?

(1) Sim (2) Não (3) IGN

**Exame físico e dosagens**

32. Peso: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ kg

33. Estatura/comprimento: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ cm

34. Dosagem de hemoglobina: \_\_\_\_\_ g/dL \*

Mamadc    31

Cripeso   ,  32

Criest   ,  33

Crihb  ,  34

**Caracterização do nascimento e acompanhamento da criança**

35. <CRIANÇA> tem o cartão ou caderneta da criança ou caderneta de saúde da criança?

(1) Sim, com a mãe (2) Tinha, mas perdeu  
 (3) Sim, no serviço de saúde (com o AIS, posto de saúde, pólo-base ou CASAI)  
 (4) Nunca teve (5) Outra (9) IGN

35.1 CASO A MÃE OU RESPONSÁVEL INFORME QUE <CRIANÇA> TEM CARTÃO, o entrevistador o viu?

(1) Sim (2) Não

Cardcri   35

Vcardcri   35.1

Quais registros foram utilizados para obter dados de nascimento e acompanhamento de <CRIANÇA>? \*\*

36.1. Prontuário

Sim Não

1 2

36.2. Cartão ou caderneta da criança

1 2

36.3. Outros

1 2

Regprtc   36.1

Regcdc   36.2

Regotc   36.3

\* Somente criança ≥ 6 meses e < 60 meses.

\*\* Se as respostas para os itens 36.1 a 36.3 forem "Não", encerre o preenchimento do caderno.

AS RESPOSTAS PARA OS ITENS DE 37 A 42 DEVEM SER EXTRAIDAS DE REGISTROS SECUNDÁRIOS EXISTENTES.

37. Peso ao nascer: \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ gramas (9999 = sem registro)

Pesonasc     37

38. Realizou teste do pezinho?

(1) Sim (2) Não

Pezinho  38

38.1 SE SIM, houve retorno do resultado?

(1) Sim (2) Não

Respez  38.1

39. Há algum registro de pesagem no cartão ou caderneta da criança, (exceto peso ao nascer)?

(1) Sim (2) Não

Cardpes  39

39.1 SE SIM, quantos registros de pesagem? \_\_\_\_ \_\_\_\_ (99 = sem registro)

Ncardpes   39.1

40. Há registros de vacinas no cartão ou caderneta da criança?

(1) Sim (2) Não

Cardvac  40

41. Há registro de acompanhamento do desenvolvimento psicomotor no cartão ou caderneta da criança?

(1) Sim (2) Não

Carddes  41

42. Há algum registro de pesagem no cartão ou caderneta da criança, no prontuário ou nos relatórios de pesagem nos últimos 30 dias?

(1) Sim (2) Não

Rgpes30  42

**QUADRO DO ESTADO VACINAL** (transcrever as vacinas recebidas pela criança para o espelho de vacinas do questionário)

Doses/ Vacinas	BCG	Hepatite B	Antipólio	Tetraplente DPT + Hib	Febre amarela	Tríplice Viral	Pentavalente DPT + Hib + Hep. B	DPT
1ª Dose	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____
2ª Dose	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____		Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____
3ª Dose		Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____			Data: ____/____/____	Data: ____/____/____
		<b>Situações Especiais</b>						
1º Reforço		Data: ____/____/____	Data: ____/____/____					
2º Reforço		Data: ____/____/____						

Doses/ Vacinas	Rotavírus Oral	Influenza	Pneumococo	Varicela	Hib	Outras Vacinas	Campanha
1ª Dose	Data: ____/____/____	Vacina ____/____/____	Vacina ____/____/____				
2ª Dose	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____				Vacina ____/____/____	Vacina ____/____/____
3ª Dose		Data: ____/____/____				Vacina ____/____/____	Vacina ____/____/____
4ª Dose		Data: ____/____/____				Vacina ____/____/____	Vacina ____/____/____
5ª Dose		Data: ____/____/____				Vacina ____/____/____	Vacina ____/____/____





Inquérito Nacional de Saúde e  
Nutrição dos Povos Indígenas



**15. ANEXO 5: Acompanhamento da Situação das Aldeias/Comunidades**

**ACOMPANHAMENTO DA SITUAÇÃO DAS ALDEIAS/COMUNIDADES  
MACRORREGIÃO NORTE**

**Preenchimento do campo**

**“Quanto à realização da pesquisa na aldeia/comunidade:”**

1. Realizada
2. Realizada parcialmente
3. Não realizada: recusa das lideranças

4. Não realizada: conflitos no período de realização da pesquisa
5. Não realizada: acesso inviável por condições de clima, vias de transporte e/ou recursos financeiros
6. Não realizada: uso ocasional
7. Não realizada: não encontrada
8. Não realizada: outros

Código Identificador da Aldeia/ Comunidade	Aldeia/ Comunidade	DSEI	Situação da aldeia (por ocasião do trabalho de campo) Marque 1=Sim; 2=Não				Quanto à realização da pesquisa na aldeia/ comunidade:	Observações
			Permanece	Inexistente	Mudou configuração	Mudou de localização geográfica		
001	Xingu	Altamira	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
002	Igarapé do Anjo	Alto Rio Juruá	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
003	Nova Extrema	Alto Rio Juruá	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
004	São Joaquim	Alto Rio Juruá	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
005	São Joaquim - São Joaquim	Alto Rio Negro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
006	São Pedro - (Caruru-Tiquié)	Alto Rio Negro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
007	Vila Aparecida I(Pólo Yauaretê)	Alto Rio Negro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
008	Santo Antônio	Alto Rio Purus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
009	São José do Tacaquiri	Alto Rio Purus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
010	Tocimão	Alto Rio Purus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
011	Amaturá	Alto Rio Solimões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
012	Novo Porto Lima	Alto Rio Solimões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Código Identificador da Aldeia/ Comunidade	Aldeia/ Comunidade	DSEI	Situação da aldeia (por ocasião do trabalho de campo) Marque 1=Sim; 2=Não				Quanto à realização da pesquisa na aldeia/ comunidade:	Observações
			Permanece	Inexistente	Mudou configuração	Mudou de localização geográfica		
013	Porto Cordeirinho	Alto Rio Solimões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
014	Nova Vila	Alto Rio Solimões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
015	Novo Paraíso	Alto Rio Solimões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
016	Santa Clara	Alto Rio Solimões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
017	São Joaquim	Alto Rio Solimões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
018	Vendaval	Alto Rio Solimões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
019	Bananal	Alto Rio Solimões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
020	Nova Extrema	Alto Rio Solimões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
021	Umariacú 1	Alto Rio Solimões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
022	Umariacú 2	Alto Rio Solimões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
023	Betânia	Amapá e Norte do Pará	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
024	Kumarumã	Amapá e Norte do Pará	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
025	Katete	Guamá-Tocantins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
026	Kikretum	Kaiapó do Pará	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
027	Bom Jesus	Leste de Roraima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
028	Wapum	Leste de Roraima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Código Identificador da Aldeia/ Comunidade	Aldeia/ Comunidade	DSEI	Situação da aldeia (por ocasião do trabalho de campo) Marque 1=Sim; 2=Não				Quanto à realização da pesquisa na aldeia/ comunidade:	Observações
			Permanece	Inexistente	Mudou configuração	Mudou de localização geográfica		
029	Matiri	Leste de Roraima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
030	Olho D'Água	Leste de Roraima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
031	Placa	Leste de Roraima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
032	Xumina	Leste de Roraima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
033	Bala	Leste de Roraima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
034	São Luís	Leste de Roraima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
035	Pantaleão	Manaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
036	Trincheira	Manaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
037	Juma	Manaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
038	Murutinga	Manaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
039	Decorá	Médio Rio Purus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
040	Marajaí	Médio Rio Solimões e Afluentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
041	Jarinal	Médio Rio Solimões e Afluentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
042	Nova Sateré	Parintins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
043	Simão I	Parintins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
044	São Bonifácio	Parintins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Código Identificador da Aldeia/ Comunidade	Aldeia/ Comunidade	DSEI	Situação da aldeia (por ocasião do trabalho de campo) Marque 1=Sim; 2=Não				Quanto à realização da pesquisa na aldeia/ comunidade:	Observações
			Permanece	Inexistente	Mudou configuração	Mudou de localização geográfica		
045	Raimundo Tamalisyn	Porto Velho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
046	Deolinda	Porto Velho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
047	Lage	Porto Velho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
048	Rio Negro Ocaia	Porto Velho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
049	Mafuí	Porto Velho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
050	Kubenkokre	Rio Tapajós	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
051	Pykany	Rio Tapajós	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
052	Fazendinha Rio Tapajós	Rio Tapajós	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
053	Restinga	Rio Tapajós	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
054	Boto Velho	Tocantins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
055	Barreira Branca	Tocantins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
056	Cabeceira Verde	Tocantins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
057	Funil	Tocantins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
058	São Bento	Tocantins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
059	Vida Nova	Vale do Javari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
060	Nambikwara Central	Vilhena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Código Identificador da Aldeia/ Comunidade	Aldeia/ Comunidade	DSEI	Situação da aldeia (por ocasião do trabalho de campo) Marque 1=Sim; 2=Não				Quanto à realização da pesquisa na aldeia/ comunidade:	Observações
			Permanece	Inexistente	Mudou configuração	Mudou de localização geográfica		
061	Auaris Posto	Yanomami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
062	Yekuana*	Yanomami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
063	Waharu	Yanomami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
064	Yapahana	Yanomami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
065	Maturacá	Yanomami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Instruções de Preenchimento do Acompanhamento da Situação das Aldeias/Comunidades:**

No item **Situação da aldeia/comunidade (por ocasião do trabalho de campo):**

- **Aldeia/Comunidade Originalmente Seleccionada Permanece:** registrar 1 (=Sim) se a aldeia/ comunidade não mudou de localização geográfica, não se dividiu e não se uniu a outra(s) aldeias/ comunidades. Caso uma destas condições não seja confirmada, registrar 2 (=Não).
- **Aldeia/Comunidade Originalmente Seleccionada Inexistente:** registrar 1 (=Sim) se a população da aldeia/comunidade se dispersou e no período de realização do trabalho de campo não forma mais uma aldeia/comunidade. Caso a aldeia/comunidade exista (mesmo que a população permaneça parcialmente aldeada), registrar 2 (=Não).
- **Aldeia/Comunidade Originalmente Seleccionada Mudou configuração:** registrar 1 (=Sim) se a população da aldeia/ comunidade se dividiu em uma ou mais aldeias/comunidades ou se juntou com outra. Se a população da aldeia/comunidade não se dividiu ou não se juntou preencher o campo com 2 (=Não).
- **Aldeia/Comunidade Originalmente Seleccionada Mudou de Localização Geográfica:** registrar 1 (=Sim) se a aldeia/ comunidade mudou-se para outro DSEI diferente do indicado na segunda coluna do Instrumento de Acompanhamento do Trabalho de Campo. Neste caso o DSEI de localização atual da aldeia/ comunidade deve ser especificado no campo observações. Caso a aldeia/ comunidade permaneça na mesma localidade, registrar 2 (=Não).

No item **Quanto à realização da pesquisa na aldeia/comunidade:**

1. **Realizada:** registrar 1 se a pesquisa foi realizada na aldeia/ comunidade.
2. **Realizada parcialmente:** registrar 2 se a pesquisa foi realizada somente parcialmente, ou seja, em uma das partes devido à divisão da aldeia/ comunidade.
3. **Não realizada: recusa das lideranças:** registrar 3 se a pesquisa não foi realizada na aldeia/ comunidade por causa de recusa das lideranças indígenas.
4. **Não realizada: conflitos no período de realização da pesquisa:** registrar 4 se a pesquisa não foi realizada na aldeia/ comunidade por causa de conflitos no período de realização da pesquisa que ameacem a segurança da equipe de trabalho de campo.
5. **Não realizada: acesso inviável por condições de clima, vias de transporte e/ou recursos financeiros:** registrar 5 se a pesquisa não foi realizada na aldeia/ comunidade por causa de problemas relacionados ao acesso (condições climáticas, vias de transporte etc.) e/ou a limitação de recursos financeiros.
6. **Não realizada: uso ocasional:** registrar 6 se a pesquisa não foi realizada na aldeia/ comunidade por que esta é habitada ocasionalmente e sua população é muito instável.
7. **Não realizada: não encontrada:** registrar 7 se a pesquisa não foi realizada por que a aldeia/ comunidade não foi encontrada (exemplo: a população se dispersou, a aldeia /comunidade mudou-se e não há referências da nova localização etc.). Caso a aldeia/ comunidade tenha se mudado e a nova localização seja conhecida, a equipe de trabalho de campo deve deslocar-se para a nova localização e realizar as entrevistas.
8. **Não realizada: outras:** registrar 8 se a pesquisa não foi realizada por outras razões diferentes da previstas anteriormente. Neste caso a razão de não realização da pesquisa deve ser especificada no campo Observações.

No item **Observações** registrar todas as informações necessárias para esclarecer as modificações ocorridas ou situações não previstas neste instrutivo.

**ACOMPANHAMENTO DA SITUAÇÃO DAS ALDEIAS/COMUNIDADES  
MACRORREGIÃO CENTRO-OESTE**

**Preenchimento do campo**

**“Quanto à realização da pesquisa na aldeia/comunidade:”**

1. Realizada
2. Realizada parcialmente
3. Não realizada: recusa das lideranças

4. Não realizada: conflitos no período de realização da pesquisa
5. Não realizada: acesso inviável por condições de clima, vias de transporte e/ou recursos financeiros
6. Não realizada: uso ocasional
7. Não realizada: não encontrada
8. Não realizada: outros

Código Identificador da Aldeia/ Comunidade	Aldeia/ Comunidade	DSEI	Situação da aldeia (por ocasião do trabalho de campo) Marque 1=Sim; 2=Não				Quanto à realização da pesquisa na aldeia/ comunidade:	Observações
			Permanece	Inexistente	Mudou configuração	Mudou de localização geográfica		
066	Macaúba	Araguaia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
067	Carretão	Araguaia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
068	Kotitiko	Cuiabá	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
069	Kapot	Kaiapó do Mato Grosso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
070	Amambai	Mato Grosso do Sul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
071	Bananal	Mato Grosso do Sul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
072	Caarapó	Mato Grosso do Sul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
073	Bororó	Mato Grosso do Sul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
074	Jaguapirú	Mato Grosso do Sul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
075	Porto Lindo	Mato Grosso do Sul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
076	Guaimbé	Mato Grosso do Sul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
077	Pirajuí	Mato Grosso do Sul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Código Identificador da Aldeia/ Comunidade	Aldeia/ Comunidade	DSEI	Situação da aldeia (por ocasião do trabalho de campo) Marque 1=Sim; 2=Não				Quanto à realização da pesquisa na aldeia/ comunidade:	Observações
			Permanece	Inexistente	Mudou configuração	Mudou de localização geográfica		
078	São José	Xavante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
079	Waurá	Xingu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Instruções de Preenchimento do Acompanhamento da Situação das Aldeias/Comunidades:**

No item **Situação da aldeia/comunidade (por ocasião do trabalho de campo):**

- **Aldeia/Comunidade Originalmente Seleccionada Permanece:** registrar 1 (=Sim) se a aldeia/ comunidade não mudou de localização geográfica, não se dividiu e não se uniu a outra(s) aldeias/ comunidades. Caso uma destas condições não seja confirmada, registrar 2 (=Não).
- **Aldeia/Comunidade Originalmente Seleccionada Inexistente:** registrar 1 (=Sim) se a população da aldeia/comunidade se dispersou e no período de realização do trabalho de campo não forma mais uma aldeia/comunidade. Caso a aldeia/comunidade exista (mesmo que a população permaneça parcialmente aldeada), registrar 2 (=Não).
- **Aldeia/Comunidade Originalmente Seleccionada Mudou configuração:** registrar 1 (=Sim) se a população da aldeia/ comunidade se dividiu em uma ou mais aldeias/comunidades ou se juntou com outra. Se a população da aldeia/comunidade não se dividiu ou não se juntou preencher o campo com 2 (=Não).
- **Aldeia/Comunidade Originalmente Seleccionada Mudou de Localização Geográfica:** registrar 1 (=Sim) se a aldeia/ comunidade mudou-se para outro DSEI diferente do indicado na segunda coluna do Instrumento de Acompanhamento do Trabalho de Campo. Neste caso o DSEI de localização atual da aldeia/ comunidade deve ser especificado no campo observações. Caso a aldeia/ comunidade permaneça na mesma localidade, registrar 2 (=Não).

No item **Quanto à realização da pesquisa na aldeia/comunidade:**

1. **Realizada:** registrar 1 se a pesquisa foi realizada na aldeia/ comunidade.
2. **Realizada parcialmente:** registrar 2 se a pesquisa foi realizada somente parcialmente, ou seja, em uma das partes devido à divisão da aldeia/ comunidade.
3. **Não realizada: recusa das lideranças:** registrar 3 se a pesquisa não foi realizada na aldeia/ comunidade por causa de recusa das lideranças indígenas.
4. **Não realizada: conflitos no período de realização da pesquisa:** registrar 4 se a pesquisa não foi realizada na aldeia/ comunidade por causa de conflitos no período de realização da pesquisa que ameacem a segurança da equipe de trabalho de campo.
5. **Não realizada: acesso inviável por condições de clima, vias de transporte e/ou recursos financeiros:** registrar 5 se a pesquisa não foi realizada na aldeia/ comunidade por causa de problemas relacionados ao acesso (condições climáticas, vias de transporte etc.) e/ou a limitação de recursos financeiros.
6. **Não realizada: uso ocasional:** registrar 6 se a pesquisa não foi realizada na aldeia/ comunidade por que esta é habitada ocasionalmente e sua população é muito instável.
7. **Não realizada: não encontrada:** registrar 7 se a pesquisa não foi realizada por que a aldeia/ comunidade não foi encontrada (exemplo: a população se dispersou, a aldeia /comunidade mudou-se e não há referências da nova localização etc.). Caso a aldeia/ comunidade tenha se mudado e a nova localização seja conhecida, a equipe de trabalho de campo deve deslocar-se para a nova localização e realizar as entrevistas.
8. **Não realizada: outras:** registrar 8 se a pesquisa não foi realizada por outras razões diferentes das previstas anteriormente. Neste caso a razão de não realização da pesquisa deve ser especificada no campo Observações.

No item **Observações** registrar todas as informações necessárias para esclarecer as modificações ocorridas ou situações não previstas neste instrutivo.

**ACOMPANHAMENTO DA SITUAÇÃO DAS ALDEIAS/COMUNIDADES  
MACRORREGIÃO NORDESTE**

**Preenchimento do campo**

**“Quanto à realização da pesquisa na aldeia/comunidade:”**

1. Realizada
2. Realizada parcialmente
3. Não realizada: recusa das lideranças

4. Não realizada: conflitos no período de realização da pesquisa
5. Não realizada: acesso inviável por condições de clima, vias de transporte e/ou recursos financeiros
6. Não realizada: uso ocasional
7. Não realizada: não encontrada
8. Não realizada: outros

Código Identificador da Aldeia/ Comunidade	Aldeia/ Comunidade	DSEI	Situação da aldeia (por ocasião do trabalho de campo) Marque 1=Sim; 2=Não				Quanto à realização da pesquisa na aldeia/ comunidade:	Observações
			Permanece	Inexistente	Mudou configuração	Mudou de localização geográfica		
080	Roçado	Alagoas e Sergipe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
081	Figueiredo	Alagoas e Sergipe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
082	Ilha de São Pedro	Alagoas e Sergipe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
083	Plaki-Ô	Alagoas e Sergipe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
084	Nossa Senhora da Conceição Pambú	Bahia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
085	Mirandela	Bahia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
086	Oliveira - Cidade	Bahia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
087	Coroa Vermelha	Bahia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
088	Buriti	Ceará	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
089	Patizal	Maranhão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
090	Tauarizinho	Maranhão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
091	Escalvado	Maranhão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Código Identificador da Aldeia/ Comunidade	Aldeia/ Comunidade	DSEI	Situação da aldeia (por ocasião do trabalho de campo) Marque 1=Sim; 2=Não				Quanto à realização da pesquisa na aldeia/ comunidade:	Observações
			Permanece	Inexistente	Mudou configuração	Mudou de localização geográfica		
092	Porquinhos	Maranhão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
093	Baixa da Alexandra	Pernambuco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
094	Brejinho	Pernambuco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
095	Cimbres	Pernambuco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
096	Pesqueira	Pernambuco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
097	Retiro	Pernambuco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
098	Espinheiro	Pernambuco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
099	Gitó	Pernambuco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
100	Palmeira	Pernambuco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
101	São Francisco	Potiguara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
102	Camurupim	Potiguara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Instruções de Preenchimento do Acompanhamento da Situação das Aldeias/Comunidades:**

No item **Situação da aldeia/comunidade (por ocasião do trabalho de campo):**

- **Aldeia/Comunidade Originalmente Seleccionada Permanece:** registrar 1 (=Sim) se a aldeia/ comunidade não mudou de localização geográfica, não se dividiu e não se uniu a outra(s) aldeias/ comunidades. Caso uma destas condições não seja confirmada, registrar 2 (=Não).
- **Aldeia/Comunidade Originalmente Seleccionada Inexistente:** registrar 1 (=Sim) se a população da aldeia/comunidade se dispersou e no período de realização do trabalho de campo não forma mais uma aldeia/comunidade. Caso a aldeia/comunidade exista (mesmo que a população permaneça parcialmente aldeada), registrar 2 (=Não).
- **Aldeia/Comunidade Originalmente Seleccionada Mudou configuração:** registrar 1 (=Sim) se a população da aldeia/ comunidade se dividiu em uma ou mais aldeias/comunidades ou se juntou com outra. Se a população da aldeia/comunidade não se dividiu ou não se juntou preencher o campo com 2 (=Não).
- **Aldeia/Comunidade Originalmente Seleccionada Mudou de Localização Geográfica:** registrar 1 (=Sim) se a aldeia/ comunidade mudou-se para outro DSEI diferente do indicado na segunda coluna do Instrumento de Acompanhamento do Trabalho de Campo. Neste caso o DSEI de localização atual da aldeia/ comunidade deve ser especificado no campo observações. Caso a aldeia/ comunidade permaneça na mesma localidade, registrar 2 (=Não).

No item **Quanto à realização da pesquisa na aldeia/comunidade:**

1. **Realizada:** registrar 1 se a pesquisa foi realizada na aldeia/ comunidade.
2. **Realizada parcialmente:** registrar 2 se a pesquisa foi realizada somente parcialmente, ou seja, em uma das partes devido à divisão da aldeia/ comunidade.
3. **Não realizada: recusa das lideranças:** registrar 3 se a pesquisa não foi realizada na aldeia/ comunidade por causa de recusa das lideranças indígenas.
4. **Não realizada: conflitos no período de realização da pesquisa:** registrar 4 se a pesquisa não foi realizada na aldeia/ comunidade por causa de conflitos no período de realização da pesquisa que ameacem a segurança da equipe de trabalho de campo.
5. **Não realizada: acesso inviável por condições de clima, vias de transporte e/ou recursos financeiros:** registrar 5 se a pesquisa não foi realizada na aldeia/ comunidade por causa de problemas relacionados ao acesso (condições climáticas, vias de transporte etc.) e/ou a limitação de recursos financeiros.
6. **Não realizada: uso ocasional:** registrar 6 se a pesquisa não foi realizada na aldeia/ comunidade por que esta é habitada ocasionalmente e sua população é muito instável.
7. **Não realizada: não encontrada:** registrar 7 se a pesquisa não foi realizada por que a aldeia/ comunidade não foi encontrada (exemplo: a população se dispersou, a aldeia /comunidade mudou-se e não há referências da nova localização etc.). Caso a aldeia/ comunidade tenha se mudado e a nova localização seja conhecida, a equipe de trabalho de campo deve deslocar-se para a nova localização e realizar as entrevistas.
8. **Não realizada: outras:** registrar 8 se a pesquisa não foi realizada por outras razões diferentes da previstas anteriormente. Neste caso a razão de não realização da pesquisa deve ser especificada no campo Observações.

No item **Observações** registrar todas as informações necessárias para esclarecer as modificações ocorridas ou situações não previstas neste instrutivo.

**ACOMPANHAMENTO DA SITUAÇÃO DAS ALDEIAS/COMUNIDADES  
MACRORREGIÃO SUL/SUDESTE**

**Preenchimento do campo**

**“Quanto à realização da pesquisa na aldeia/comunidade:”**

- |   |  |
|---|--|
| 1. Realizada                            | 4. Não realizada: conflitos no período de realização da pesquisa                                       |
| 2. Realizada parcialmente               | 5. Não realizada: acesso inviável por condições de clima, vias de transporte e/ou recursos financeiros |
| 3. Não realizada: recusa das lideranças | 6. Não realizada: uso ocasional  |
|   | 7. Não realizada: não encontrada   |
|   | 8. Não realizada: outros   |

Código Identificador da Aldeia/ Comunidade	Aldeia/ Comunidade	DSEI	Situação da aldeia (por ocasião do trabalho de campo) Marque 1=Sim; 2=Não				Quanto à realização da pesquisa na aldeia/ comunidade:	Observações
			Permanece	Inexistente	Mudou configuração	Mudou de localização geográfica		
103	Caieiras Velha	Minas Gerais e Espírito Santo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
104	Comboios	Minas Gerais e Espírito Santo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
105	Carmésia I	Minas Gerais e Espírito Santo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
106	Água Boa I	Minas Gerais e Espírito Santo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
107	Capão do Zezinho	Minas Gerais e Espírito Santo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
108	Água Boa II	Minas Gerais e Espírito Santo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
109	Brejo Mata Fome	Minas Gerais e Espírito Santo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
110	Itapicurú	Minas Gerais e Espírito Santo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
111	Rancharia	Minas Gerais e Espírito Santo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
112	Sumaré	Minas Gerais e Espírito Santo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
113	Apucarantina	Paraná	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
114	Água Santa	Paraná	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
115	Sapukai	Sul-Sudeste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
116	Coxilha da Cruz	Sul-Sudeste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Código Identificador da Aldeia/ Comunidade	Aldeia/ Comunidade	DSEI	Situação da aldeia (por ocasião do trabalho de campo) Marque 1=Sim; 2=Não				Quanto à realização da pesquisa na aldeia/ comunidade:	Observações
			Permanece	Inexistente	Mudou configuração	Mudou de localização geográfica		
117	Bela Vista	Sul-Sudeste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
118	Kondá	Sul-Sudeste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
119	Linha Capinzal (Serrinha)	Sul-Sudeste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
120	Bananeira I	Sul-Sudeste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
121	Água Branca	Sul-Sudeste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
122	Bananeira	Sul-Sudeste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
123	Boa Vista	Sul-Sudeste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Instruções de Preenchimento do Acompanhamento da Situação das Aldeias/Comunidades:**

No item **Situação da aldeia/comunidade (por ocasião do trabalho de campo):**

- **Aldeia/Comunidade Originalmente Seleccionada Permanece:** registrar 1 (=Sim) se a aldeia/ comunidade não mudou de localização geográfica, não se dividiu e não se uniu a outra(s) aldeias/ comunidades. Caso uma destas condições não seja confirmada, registrar 2 (=Não).
- **Aldeia/Comunidade Originalmente Seleccionada Inexistente:** registrar 1 (=Sim) se a população da aldeia/comunidade se dispersou e no período de realização do trabalho de campo não forma mais uma aldeia/comunidade. Caso a aldeia/comunidade exista (mesmo que a população permaneça parcialmente aldeada), registrar 2 (=Não).
- **Aldeia/Comunidade Originalmente Seleccionada Mudou configuração:** registrar 1 (=Sim) se a população da aldeia/ comunidade se dividiu em uma ou mais aldeias/comunidades ou se juntou com outra. Se a população da aldeia/comunidade não se dividiu ou não se juntou preencher o campo com 2 (=Não).
- **Aldeia/Comunidade Originalmente Seleccionada Mudou de Localização Geográfica:** registrar 1 (=Sim) se a aldeia/ comunidade mudou-se para outro DSEI diferente do indicado na segunda coluna do Instrumento de Acompanhamento do Trabalho de Campo. Neste caso o DSEI de localização atual da aldeia/ comunidade deve ser especificado no campo observações. Caso a aldeia/ comunidade permaneça na mesma localidade, registrar 2 (=Não).

No item **Quanto à realização da pesquisa na aldeia/comunidade:**

1. **Realizada:** registrar 1 se a pesquisa foi realizada na aldeia/ comunidade.
2. **Realizada parcialmente:** registrar 2 se a pesquisa foi realizada somente parcialmente, ou seja, em uma das partes devido à divisão da aldeia/ comunidade.
3. **Não realizada: recusa das lideranças:** registrar 3 se a pesquisa não foi realizada na aldeia/ comunidade por causa de recusa das lideranças indígenas.
4. **Não realizada: conflitos no período de realização da pesquisa:** registrar 4 se a pesquisa não foi realizada na aldeia/ comunidade por causa de conflitos no período de realização da pesquisa que ameacem a segurança da equipe de trabalho de campo.
5. **Não realizada: acesso inviável por condições de clima, vias de transporte e/ou recursos financeiros:** registrar 5 se a pesquisa não foi realizada na aldeia/ comunidade por causa de problemas relacionados ao acesso (condições climáticas, vias de transporte etc.) e/ou a limitação de recursos financeiros.
6. **Não realizada: uso ocasional:** registrar 6 se a pesquisa não foi realizada na aldeia/ comunidade por que esta é habitada ocasionalmente e sua população é muito instável.
7. **Não realizada: não encontrada:** registrar 7 se a pesquisa não foi realizada por que a aldeia/ comunidade não foi encontrada (exemplo: a população se dispersou, a aldeia /comunidade mudou-se e não há referências da nova localização etc.). Caso a aldeia/ comunidade tenha se mudado e a nova localização seja conhecida, a equipe de trabalho de campo deve deslocar-se para a nova localização e realizar as entrevistas.
8. **Não realizada: outras:** registrar 8 se a pesquisa não foi realizada por outras razões diferentes da previstas anteriormente. Neste caso a razão de não realização da pesquisa deve ser especificada no campo Observações.

No item **Observações** registrar todas as informações necessárias para esclarecer as modificações ocorridas ou situações não previstas neste instrutivo.

**16. ANEXO 6: Listagem dos Domicílios**





Nº de ordem do domicílio	Identificação do domicílio (exemplos: nome do entrevistado, descrição da construção, nº da FUNASA ou qualquer outra característica identificadora do domicílio)	DED	Nº de entrevistas realizadas e não realizadas com					
			mulheres (14,0-49,9 anos)			crianças (<60 meses)		
			Sim	Não	Total	Sim	Não	Total

**Instruções de preenchimento da Listagem de Domicílios:**

- 1) No item **Macrorregião**: registrar a macrorregião de localização atual da aldeia/ comunidade (Norte, Centro-Oeste, Nordeste ou Sul/Sudeste).
- 2) No item **DSEI**: registrar o Distrito Sanitário Especial Indígena de localização da aldeia/ comunidade.
- 3) No item **Aldeia/Comunidade**: registrar o nome da aldeia/ comunidade.
- 4) No item **1º Domicílio na Amostra**: registrar o número do primeiro domicílio cujos moradores deverão ser entrevistados. Este número está informado na Listagem de Aldeias/ Comunidades Seleccionadas (Anexo 2.1).
- 5) No item **Incremento**: registrar o número de domicílios que serão somados ao número do último domicílio em que foram realizadas entrevistas para determinar o domicílio seguinte em que os moradores deverão ser entrevistados. Este valor está informado na Listagem de Aldeias/ Comunidades Seleccionadas (Anexo 2.1).
- 6) No item **Nº de Ordem do Domicílio**: registrar seqüência numérica crescente a partir do número 0001, até se completar o número total de domicílios existentes na aldeia/ comunidade. Caso haja mais domicílios que os que podem ser registrados em uma primeira página, abra uma nova página e dê continuidade à seqüência numérica. Neste caso, preencha o cabeçalho da **Listagem de Domicílios** e indique no rodapé o número da página da seguinte forma: 1-n, 2-n, ..., n-n.
- 7) No item **Identificação do Domicílio**: registrar as características que melhor identifiquem o domicílio, ou seja, nome do entrevistado, descrição da construção, número em cadastro da FUNASA ou qualquer outra característica identificadora do domicílio.
- 8) No item **Desfecho da Entrevista no Domicílio (DED)**: registrar o número correspondente à opção quanto ao desfecho da entrevista no domicílio - (1) Domicílio entrevistado; (2) Domicílio não entrevistado (recusa); (3) Domicílio não entrevistado (fechado – moradores ausentes).
- 9) No item **Nº de entrevistas realizadas e não realizadas com mulheres (14,9-49,0 anos) – SIM**: registrar o número de entrevistas realizadas com mulheres de 14,0 a 49,9 anos.
- 10) No item **Nº de entrevistas realizadas e não realizadas com mulheres (14,0-49,9 anos) – NÃO**: registrar o número de entrevistas não realizadas com mulheres de 14,0 a 49,9 anos, independente do motivo.
- 11) No item **Nº de entrevistas realizadas e não realizadas com mulheres (14,0-49,9 anos) – TOTAL**: registrar o valor correspondente a soma de entrevistas realizadas e não realizadas com mulheres de 14,0 a 49,9 anos.
- 12) No item **Nº de entrevistas realizadas e não realizadas com crianças (<60 meses) – SIM**: registrar o número de entrevistas realizadas com crianças < 60 meses.
- 13) No item **Nº de entrevistas realizadas e não realizadas com crianças (<60 meses) – NÃO**: registrar o número de entrevistas não realizadas com crianças < 60 meses independente do motivo.
- 14) No item **Nº de entrevistas realizadas e não realizadas com crianças (<60 meses) – TOTAL**: registrar o valor correspondente a soma de entrevistas realizadas e não realizadas com crianças < 60 meses.

**17. ANEXO 7: Formulário de Referência - Situações de Emergência e Urgência em Campo**



### Formulário de Referência - Situações de Emergência e Urgência em Campo

Este formulário destina-se a encaminhar para o serviço de saúde de emergência/urgência mais próximo da aldeia os indígenas que apresentem condições clínicas que ofereçam risco potencial à saúde e que necessitem de atendimento médico imediato.

**Nome do paciente:** \_\_\_\_\_

**Sexo:** ( ) Masculino ( ) Feminino      **Idade:** \_\_\_\_\_ anos

**DSEI:** \_\_\_\_\_

**Pólo-Base:** \_\_\_\_\_

**Aldeia de residência:** \_\_\_\_\_

**Motivo do encaminhamento\*:**

( ) Pressão arterial muito alta (pressão arterial diastólica  $\geq$  130mmHg)

( ) Outra condição não prevista: \_\_\_\_\_

**Observações:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_.

\_\_\_\_\_  
Supervisor de campo

Inquérito de Saúde e Nutrição dos Povos indígenas

\*Obs.: a lista dos indivíduos com indicativo de glicemia alterada e anemia será informada pela Coordenação do Inquérito diretamente às respectivas instâncias locais da FUNASA responsáveis pela atenção à saúde da aldeia/comunidade, para a devida investigação diagnóstica e assistência. Também serão informados os casos de hipertensão arterial que demandem investigação diagnóstica posterior.



## **18. ANEXO 8: Resumo dos passos a serem seguidos durante a pesquisa de campo**

- d) Antes da partida para o trabalho de campo, verifique se as quantidades de Caderno 1 (Aldeia/Comunidade), Caderno 2 (Domicílio), Caderno 3 (Mulher) e Caderno 4 (Criança), microcuvetas, fitas reagentes para glicemia, luvas, lancetas, lápis, borrachas, apontador, baterias, pilhas, pranchetas, almofada tinteiro, álcool, caixa de descarte de material pérfuro-cortante e demais materiais de consumo são suficientes para realização do trabalho de campo (ver Item 1.3, Capítulo I do Instrutivo). Para uma indicação do número de pessoas a serem entrevistadas, consulte as colunas “Nº de Entrevistas Previstas” (ver Anexo 2.1, Capítulo II do Instrutivo). Para evitar problema de falta de material durante a pesquisa de campo, leve uma quantidade de material maior que aquela prevista (sugere-se o dobro, quando não especificado);
- e) Certifique-se também que está levando cópias dos seguintes formulários, que são imprescindíveis para a pesquisa de campo: (a) Acompanhamento da Situação das Aldeias/Comunidades; (b) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Coletivo; (c) Listagem dos Domicílios; e (d) Formulário de Referência - Situações de Emergência e Urgência em Campo. Para cada equipe de campo, será necessária somente uma cópia de (a), na qual deverá ser registrada a situação de todas as aldeias sob responsabilidade da referida equipe (mas tenha pelo menos 3 cópias em branco, caso haja perda, etc.). Para cada aldeia/comunidade, será necessária somente uma cópia de (b) (mas tenha pelo menos 3 cópias em branco para cada aldeia/comunidade, caso haja perda, etc.). Mantenha sempre um estoque de aproximadamente 40 cópias de (c). Leve uma quantidade de (d)



## **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**

equivalente a 20% do total de mulheres de 14,0 a 49,9 anos estimado para a amostra;

- f) Lembre-se também de levar os equipamentos necessários para o trabalho de campo, quais sejam: hemoglobinômetro, tensiômetro, balança e antropômetro (ver Capítulos I e VII do Instrutivo).
- g) Uma vez na instância local de coordenação da FUNASA (DSEI, Pólo-Base etc), confirme se a aldeia mudou de localização geográfica ou de configuração. Registre no Instrumento de Acompanhamento da Situação das Aldeias/Comunidades. Procure obter uma estimativa atualizada do número de domicílios, de mulheres de 14,0 a 49,9 anos e de crianças < 5 anos, bem como organização espacial dos domicílios no território (croqui ou listagem famílias ou domicílios, se existir), além de outras informações relevantes para a organização do trabalho de campo;
- h) Ao chegar à aldeia/comunidade, apresente a equipe de trabalho, os objetivos da pesquisa e os procedimentos gerais de campo para as lideranças indígenas e para a população, procedendo à obtenção da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Coletivo pelas lideranças da aldeia/comunidade;
- i) Realize a entrevista com as lideranças indígenas ou equivalente (ver Instrutivo, Capítulo 3, item 3.1.1), aplicando o Caderno 1 - Aldeia/Comunidade;
- j) A partir da consulta à Listagem de Aldeias/Comunidades Seleccionadas, preencha o cabeçalho e o corpo da Listagem dos Domicílios (no caso de aldeias muito grandes, quando for inviável listar todos os domicílios, ver instruções específicas no item 2.4.1.g, Capítulo II do Instrutivo);
- k) Visite o 1º domicílio em que será realizada a pesquisa. Neste domicílio, aplique os instrumentos (Caderno 2 – Domicílio, Caderno 3 – Mulher e



## Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

Caderno 4 – Criança) e realize as medidas antropométricas, de pressão arterial e os exames de sangue;

- l) Atenção: ainda que esteja indicado na capa do Caderno 3 que o mesmo deve ser preenchido também para as mulheres entre 10,0 e 13,9 anos (com filho vivo < 60 meses co-residente no domicílio) e  $\geq$  50 anos (com filho vivo < 60 meses co-residente no domicílio), as medidas biométricas e bioquímicas (pressão arterial, peso, estatura, hemoglobina e glicemia) somente deverão ser obtidas daquelas entre 14,0 e 49,9 anos (com ou sem filhos) (ver indicação acima do itens 8 e 24, Capítulo V do Instrutivo; também nos itens 7.2.1.a, 7.4.1.a, 7.5.1.a, 7.6.1.a do Capítulo VII do Instrutivo).
- m) Ao finalizar as entrevistas de cada domicílio, registre na Listagem de Domicílios o número de entrevistas realizadas e não realizadas com mulheres de 14,0 a 49,9 anos e crianças < 5 anos. Acompanhe o somatório das entrevistas de mulheres e de crianças para identificar o momento em que se atingiu o número mínimo de entrevistas previsto ambos os grupos. Ao atingir o número previsto de entrevistas de mulheres de 14,0 a 49,9 anos e de crianças < 5 anos (no caso das aldeias estudadas por amostra) ou concluir o censo (nas aldeias estudadas por censo), encerre o trabalho de campo nesta aldeia/comunidade;
- n) Ao final de cada dia, cada entrevistador deverá preencher a coluna da direita de cada questionário por ele aplicado, com os respectivos códigos de cada item respondido. O supervisor de campo deverá conferir toda a codificação e marcar os itens com problemas para que sejam corrigidos no dia seguinte. No caso em que seja o último dia de permanência da equipe de campo na aldeia/comunidade, a conferência deverá ser concluída ainda no mesmo dia, antes da partida;



## **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**

- o) Quando necessário, encaminhe os casos de emergência/urgência por meio de formulário próprio (Formulário de Referência - Situações de Emergência e Urgência em Campo) ao serviço de emergência mais próximo da aldeia, buscando a colaboração do pessoal da FUNASA. Para informações adicionais, ver item 7.7 do Instrutivo, Versão 2.0.
- p) Ao final do trabalho de campo, preencha o campo “Quanto à Realização da Pesquisa na Aldeia/Comunidade” do Instrumento de Acompanhamento da Situação das Aldeias/Comunidades;
- q) Sempre que necessário, recorra ao Instrutivo do Inquérito para dirimir dúvidas. Se a situação encontrada não tiver sido prevista no Instrutivo, entre em contato com a coordenação do Inquérito (os fones estão indicados no Capítulo I do Instrutivo).

**19. ANEXO 9: Instrutivo**



**Inquérito Nacional de Saúde e  
Nutrição dos Povos Indígenas**

# **Instrutivo de Campo**

**Versão 2.0**  
**Novembro de 2008**



# Instrutivo

## Sumário

CAPÍTULO I.....	<b>2</b>
Orientações gerais	
CAPÍTULO II.....	<b>8</b>
Orientações sobre procedimentos de amostragem	
CAPÍTULO III.....	<b>42</b>
Preenchimento do Caderno 1 – Aldeia/Comunidade	
CAPÍTULO IV.....	<b>51</b>
Preenchimento do Caderno 2 – Domicílio	
CAPÍTULO V.....	<b>64</b>
Preenchimento do Caderno 3 – Mulher	
CAPÍTULO VI.....	<b>82</b>
Preenchimento do Caderno 4 – Criança	
CAPÍTULO VII.....	<b>94</b>
Equipamentos e Procedimentos Técnicos	

# Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

## Capítulo I

### ORIENTAÇÕES GERAIS

#### 1.1. Introdução

- 1.1.1. A presente pesquisa é pioneira no Brasil. Nossa expectativa é que, com os resultados do *Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas*, possamos fornecer subsídios para traçar uma política de saúde mais adequada à realidade dos povos indígenas nas diferentes regiões do país.
- 1.1.2. Também esperamos que esses resultados subsidiem uma política nutricional e alimentar específica para os povos indígenas e que sirvam como referência para o SISVAN indígena (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional), assim como para outras estratégias que vêm sendo implementadas nesse campo e que incluam as programações de suplementação com sulfato ferroso e megadose de vitamina A.
- 1.1.3. Essas expectativas somente poderão ser atendidas se as metas de cobertura populacional estabelecidas no plano amostral forem atingidas e os dados coletados de forma confiável. Para tanto, o compromisso individual de cada pesquisador é crucial para o bom rendimento dos trabalhos executados pelas equipes, assegurando a qualidade dos dados a serem coletados.
- 1.1.4. Esse manual visa orientar os pesquisadores de campo que participarão do Inquérito de modo a assegurar não somente uma atuação adequada das equipes nas comunidades como a padronização dos procedimentos de coleta de dados.

#### 1.2. Procedimentos gerais de conduta no campo

- 1.2.1. Para todos os fins, incluindo nas sedes da FUNASA e nas aldeias/comunidades, o pesquisador de campo deverá se apresentar como “pesquisador” da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva-ABRASCO.
- 1.2.2. Trabalhar em uma aldeia/comunidade indígena é uma experiência particular – trata-se de outra cultura, na qual valores, costumes, comportamentos e práticas podem ser bastante distintos dos nossos. Um aspecto muito importante: não cabe ao pesquisador emitir julgamento de valor sobre costumes ou práticas que considere “erradas”, segundo seus padrões, ou cujo sentido ignora.

- 1.2.3. Estar em uma aldeia/comunidade indígena é como estar na casa de outra pessoa. Assim, é fundamental respeitar a privacidade da comunidade e de seus moradores. Procure interferir o mínimo possível no dia-a-dia das pessoas.
- 1.2.4. Antes de se deslocar para realizar o trabalho de campo, o supervisor (ou coordenador) deverá contatar a equipe do DSEI para saber se o período de coleta de dados planejado é adequado e se houve mudanças estruturais ou de localização geográfica da aldeia, ou seja, se os moradores não estão temporariamente ausentes, se a aldeia mudou-se ou se houve cisão ou junção.
- 1.2.5. Chegando à aldeia/comunidade, é muito importante que a equipe de pesquisadores procure a liderança e se apresente, colocando claramente os objetivos e procedimentos do trabalho a ser realizado. Neste primeiro momento de contato, deverá ser obtido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Coletivo da aldeia/comunidade, segundo a legislação brasileira pertinente em vigor, por meio de assinatura da liderança.
- 1.2.6. A depender da sociedade, pode ser necessário um tempo maior para a apresentação dos objetivos do trabalho e para a apreciação por parte das lideranças. Durante esse período, a equipe deve permanecer na aldeia/comunidade e se colocar à disposição da liderança para quaisquer esclarecimentos que se façam necessários.
- 1.2.7. No caso de a equipe desejar ou necessitar pernoitar na aldeia/comunidade, o pernoite deverá ser negociado com a liderança (local onde instalar acampamento etc.).
- 1.2.8. Nas aldeias/comunidades em que nem todas as mulheres falem português pode ser necessário contar com a ajuda de um tradutor. Nesses casos, recomenda-se que os pesquisadores consultem a liderança para serem orientados sobre a melhor maneira de obter o apoio de um tradutor (alternativamente, essa consulta pode ser feita ao professor-indígena, agente indígena de saúde – AIS ou equipe do Pólo-Base). Se houver necessidade de remunerar esse trabalho, o coordenador da equipe de pesquisa deverá entrar em contato com a Coordenação do Inquérito para definir valores e formas de pagamento.
- 1.2.9. Qualquer morador da aldeia/comunidade (independente de estar ou não na amostra do Inquérito) tem o direito de fazer perguntas relacionadas à pesquisa. Procure respondê-las de maneira clara e inteligível. Se a pessoa demonstrar que não entendeu, volte a explicar com outras palavras.
- 1.2.10. A realização do Inquérito implicará em visitar os domicílios (casas) da aldeia/comunidade e entrevistar mulheres que, nas sociedades indígenas, estão quase sempre muito ocupadas. É importante lembrar que a informante estará sempre fazendo um favor em nos receber e que nossa presença pode estar competindo com outras prioridades domésticas. Portanto, é preciso todo cuidado, gentileza e atenção com nossos informantes, sendo necessário definir junto à comunidade os horários de trabalho da equipe.
- 1.2.11. Durante a coleta de dados, você estará compartilhando da intimidade de uma casa e de uma família. Evite comportamentos que possam ser percebidos como invasivos ou indelicados.
- 1.2.12. A questão da alimentação nas comunidades indígenas deve ser cercada de muita atenção. Evite comer nas casas. Procure não levar alimentos para os domicílios, pois a expectativa das pessoas poderá ser de compartilhamento.
- 1.2.13. Se você fuma, não deverá fazê-lo durante as visitas às casas e durante a realização das entrevistas.
- 1.2.14. Não porte ou consuma bebida alcoólica na aldeia/comunidade, sob quaisquer circunstâncias.
- 1.2.15. Evite fazer comentários que não estejam relacionados com o Inquérito como, por exemplo, “porque você não lava as mãos com sabonete?”, “use menos açúcar ao preparar o café”, “porque vocês não usam fossa ou latrina?” e “você tem a casa mais bonita da aldeia”.

- 1.2.16. Nunca comente, na casa em que você está, o que viu ou ouviu na casa vizinha.
- 1.2.17. Em muitas comunidades indígenas, as pessoas circulam parcialmente ou mesmo completamente desnudas. Procure se portar normalmente nessas circunstâncias.
- 1.2.18. No caso do banho acontecer em riachos ou igarapés nas proximidades da aldeia/comunidade, informe-se com a liderança sobre os lugares e horários mais apropriados. Principalmente se o pesquisador for do sexo masculino, é fundamental respeitar os espaços e momentos quando as mulheres indígenas estão no rio.
- 1.2.19. Não proponha troca ou compra de peças de artesanato ou outros objetos existentes na casa durante a realização da pesquisa. Se, após concluídos os trabalhos do dia, você desejar comprar artesanato, converse com a liderança e se informe sobre os melhores procedimentos para compras ou trocas.
- 1.2.20. Somente fotografe após permissão da liderança e do indivíduo ou grupo. Ao fotografar, evite expressar surpresa ou chamar atenção desmesurada para costumes que lhe pareçam exóticos ou pessoas que estejam nuas. Não é permitida a realização de qualquer tipo de filmagem ou gravação de som durante o Inquérito pelos pesquisadores. As equipes do Inquérito não têm permissão para usar as imagens (vídeos e fotos) captadas nas aldeias/comunidades. São permitidas apenas fotos para registro de experiências pessoais.
- 1.2.21. Evite criticar atitudes ou comportamentos de seu colega de equipe em público. Opte por discutir eventuais divergências em momentos nos quais não haja a presença de outras pessoas.
- 1.2.22. Em alguns casos, é possível que haja muitas demandas ou pedidos por parte dos membros da aldeia/comunidade. Não prometa o que você não pode cumprir! Tampouco prometa enviar encomendas ou presentes após a finalização do trabalho de campo, pois dificilmente sua intenção poderá ser cumprida devido às dificuldades de correio e comunicação com as aldeias/comunidades.
- 1.2.23. Vista-se de maneira simples e confortável. É vedado o uso de camisetas ou bonés que identifiquem agremiações políticas (partidos ou candidatos a cargos públicos), religiosas (igrejas, líderes religiosos, passagens bíblicas) ou de conotação sexual e/ou de baixo calão por parte dos pesquisadores que participam do Inquérito. Serão disponibilizadas camisetas e bonés com a identificação do Inquérito. Recomenda-se o seu uso diário durante o trabalho de campo.
- 1.2.24. Os pesquisadores de campo estarão se defrontando com realidades e culturas bastante distintas. A pesquisa de campo será um período de trabalho (e não de “turismo cultural” ou congênere). Muitas equipes estarão em aldeias/comunidades quando estarão acontecendo rituais, cerimônias etc. Sempre se deve perguntar à liderança se é apropriado assistir, caso seja de interesse. Nunca assuma que se pode chegar próximo e assistir, mesmo de longe.
- 1.2.25. Os pesquisadores não deverão buscar ou aceitar qualquer tipo de substância alucinógena, narcótica ou estimulante. Em relação a bebidas e alimentos, nunca peça. Porém, se lhe for oferecido, aceite polidamente se desejar.
- 1.2.26. Os pesquisadores não estão autorizados a realizar qualquer investigação ou coletar outro dado que não aqueles explicitamente previstos no protocolo do Inquérito. Enfatiza-se que esse Inquérito possui permissão da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa-CONEP e da Fundação Nacional do Índio-FUNAI, com base no protocolo pré-estabelecido. Também não será permitida a realização de negociações por parte dos pesquisadores visando à condução de pesquisas futuras de cunho particular.

### 1.3. Relação do material para o trabalho diário

- 1.3.1. Diariamente, antes de sair para a aldeia/comunidade, a equipe deve se certificar que está levando todo o material que será utilizado.
- 1.3.2. Logo no primeiro dia de trabalho na aldeia/ comunidade é imprescindível o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
- 1.3.3. Lembre-se de que há quatro Cadernos a serem aplicados: (a) Caderno 1 – Aldeia/ Comunidade; (b) Caderno 2 – Domicílio; (c) Caderno 3 – Mulher; e (d) Caderno 4 – Criança. Procure levar quantidade suficiente de cadernos para não ter que retornar à base de apoio da equipe para buscar mais cadernos em meio ao trabalho. Para isso, certifique-se diariamente sobre a previsão de domicílios, mulheres e crianças a serem visitados e entrevistados.
- 1.3.4. Os seguintes equipamentos e insumos serão utilizados rotineiramente (ver capítulo VII):
  - a) 01 Balança SECA (em locais de piso irregular ou de terra, carregue sempre uma tábua ou eqüivalente para posicionar adequadamente a balança).
  - b) 01 Antropômetro Altorexata com adaptador para medir bebês.
  - c) 01 Hemoglobinômetro Hemocue e microcuvetas em quantidade suficiente.
  - d) 01 Glicosímetro Accu-Chek Active e fitas reagentes em quantidade suficiente.
  - e) 01 Tensiómetro Omron.
  - f) Luvas descartáveis, algodão, álcool etílico e lancetas em quantidade suficiente.
  - g) Lápis, borrachas, apontador, pranchetas, almofada tinteiro, elástico, caixa de descarte de material pérfuro-cortante, pilhas e outros materiais necessários.
- 1.3.5. Certifique-se também que está levando cópias dos seguintes formulários, que são imprescindíveis para a pesquisa de campo: (a) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Coletivo; (b) Acompanhamento da Situação das Aldeias/ Comunidades; (c) Listagem dos Domicílios; e (d) Formulário de Referência – Situações de Emergência e Urgência em Campo.
- 1.3.6. O Formulário de Referência – Situações de Emergência e Urgência em Campo. deverá ser usado unicamente pelo supervisor da equipe de campo para o eventual encaminhamento de indígenas para os serviços de emergência/urgência locais.
- 1.3.7. Todas as equipes devem, sempre que possível, levar para o campo equipamentos em duplicata, com pilhas e baterias suficientes.
- 1.3.8. É importante também que as equipes se preparem bem para o período de permanência nas aldeias/comunidades. Sobretudo nos meses de junho a agosto, pode fazer bastante frio em muitas regiões do Brasil, e mesmo na Amazônia. Não se esqueçam de levar cobertor e roupa de frio, pois as noites podem ser bem frias. Para muitas regiões é recomendado também o uso de mosquiteiros (repelente para insetos é recomendável).

### 1.4. Entrevista e preenchimento dos Cadernos

- 1.4.1. A aplicação dos Cadernos (em particular os Cadernos 2, 3 e 4) deverá ser feita preferencialmente nas proximidades do domicílio a ser pesquisado. O pesquisador poderá realizar a entrevista no interior do domicílio caso seja convidado pela família. Procure não retirar a pessoa de sua residência e reuni-la com outras em locais coletivos como posto de

saúde ou escola. Há perguntas que, a depender do contexto, poderão ser percebidas como de fóro íntimo e gerar constrangimento se formuladas em público. Quanto ao Caderno 1 – Aldeia/comunidade, verifique com a pessoa a ser entrevistada o local mais conveniente para a realização da entrevista.

- 1.4.2. Ao chegar ao domicílio, o pesquisador deverá se apresentar, em nome do grupo, ao adulto que se prontificar a atendê-lo. Nesse momento, o pesquisador deverá apresentar sucintamente os objetivos da visita e explicar que já foi obtida a autorização da liderança. Uma vez obtida a permissão, pode-se iniciar os trabalhos.
- 1.4.3. Dirija-se aos entrevistados sempre demonstrando calma, em tom de voz audível e pausadamente. Durante a entrevista, evite conversas paralelas entre os integrantes da equipe, brincadeiras ou gargalhadas. Demonstre seriedade, porém sem sisudez.
- 1.4.4. Formule as perguntas exatamente como estão escritas, sem enunciar as várias opções de respostas, exceto quando for indicado. Se necessário, explique a pergunta de uma segunda maneira (conforme instruções específicas), e, em último caso, enuncie todas as opções, tendo o cuidado de não induzir a resposta.
- 1.4.5. Sempre que houver dúvida, escreva por extenso a resposta dada pelo informante e deixe para o supervisor decidir no final do dia. Se necessário, use o espaço de Anotações Gerais no final dos cadernos.
- 1.4.6. Utilize lápis-grafite com a ponta bem feita e borracha para preencher os cadernos. Atente para a escrita correta dos números e palavras. Use números e letras legíveis, bem desenhados. Isso facilitará a entrada de dados e reduzirá a ocorrência de erros durante a digitação. A marcação das respostas nos cadernos sempre deverá ser feita assinalando-se um “X” sobre o número correspondente à opção de resposta.
  - Para os registros numéricos, faça os lançamentos nos campos a eles destinados, utilizando um algarismo em cada quadrícula de forma bem centralizada. Exemplo:  
|2|6| Anos    |0|8| Meses
  - Escreva os algarismos de forma bem legível, evitando que possam ser confundidos por quem for digitá-los. Atenção especial aos números que podem ser facilmente confundidos como: 1 e 7 / 4 e 9 / 0 e 6.

**Gabarito para o registro de algarismos**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

- Ao registrar palavras, faça o lançamento acima das linhas tracejadas. Se o espaço para o registro descritivo for insuficiente para a descrição completa, faça uma chamada (\*) e continue no rodapé da página ou no espaço do caderno destinado às Anotações Gerais.

**Gabarito para o registro de letras**

A B C D E F G H I J K L M  
N O P Q R S T U V W X Y Z

- 1.4.7. Ao preencher os Cadernos, o pesquisador deverá atentar para as seguintes convenções:
  - IGN – Informação Ignorada, quando o entrevistado não souber responder.
  - Há diversos itens no questionário que estão subordinados a itens anteriores. Os enunciados dos itens subordinados sempre indicam que os mesmos somente serão respondidos na dependência da opção marcada no item anterior. Geralmente, esses

itens subordinados estarão marcados em negrito e caixa alta nos cadernos (Figura 1.1).

Figura 1.1. Exemplo de Item Subordinado

18. Você <MULHER-ALVO> fez alguma consulta de pré-natal com médico ou enfermeiro durante a gravidez de <CRIANÇA>?			
(1) Sim    (2) Não    (9) IGN			
<b>SE SIM,</b> alguma vez durante as consultas de pré-natal de <CRIANÇA> o médico ou enfermeiro:	Sim	Não	IGN
18.1. mediu a sua pressão arterial?	1	2	9
18.2. mediu a sua barriga (altura uterina)?	1	2	9
18.3. examinou o seu peito/mama/seio?	1	2	9
18.4. auscultou o coração do nenê/bebê?	1	2	9
18.5. pesou e mediu você <MULHER-ALVO>?	1	2	9

Portanto, os itens subordinados (itens 18.1 a 18.4) na Figura 1 só serão respondidos caso a resposta ao item 18 tenha sido “(1) Sim”. Caso a resposta ao item 18 seja “(2) Não” ou “(9) IGN” os itens 18.1 a 18.4 devem ficar em branco. Esta regra vale para todas as situações de itens subordinados similares.

- Nos casos em que for inviável a coleta de alguma informação relativa a um item, ele deverá permanecer em branco e será tratado como perda da informação. A equipe de campo deve trabalhar exaustivamente para que esta situação não aconteça. Um exemplo desta situação no Caderno 4 – Criança item 32 Peso: se a criança estiver ausente, não será possível pesá-la. Assim, o campo para o registro do peso da criança ficará em branco.

## 1.5. Informações adicionais

- 1.5.1. Durante o trabalho de campo poderá haver a demanda de que os dados sejam disponibilizados para o nível local (lideranças indígenas, pólo-base, CASAI, aldeia/comunidade etc.). Adotaremos um procedimento padrão nesses casos: a lista com resultados dos Cadernos será encaminhada pela Coordenação do Inquérito às Coordenações dos DSEI, *a posteriori*, após a digitação dos questionários no banco de dados.
- 1.5.2. Rotineiramente os cadernos preenchidos deverão ser enviados, pelo meio mais seguro, para a Coordenação do Inquérito no Rio de Janeiro no seguinte endereço: Dr. Carlos Coimbra Jr., Coordenador do Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rua Leopoldo Bulhões 1480, Rio de Janeiro, RJ, 21041-210. Fones: 21-2598-2654 ou 21-2598-2684 (falar com Nair – se urgente, ligar 21-8623-9024). Em caso de emergência, ligar para um dos membros da coordenação do Inquérito no Rio de Janeiro: 21-9801-6608 (Carlos Coimbra), 21-9997-6757 (Ricardo Ventura Santos) ou 21-9624-8720 (Andrey Cardoso).
- 1.5.3. **ATENÇÃO!** Antes de efetuar qualquer remessa de cadernos para o Rio de Janeiro, o pesquisador responsável deverá contatar a Coordenação do Inquérito para definir qual será a melhor forma para envio e acertar os detalhes sobre o pagamento do frete ou postagem. A depender da localidade, daremos preferência a frete aéreo, empresa de courier, Sedex ou malote-Fiocruz.

# Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

## Capítulo II

### ORIENTAÇÕES SOBRE PROCEDIMENTOS DE AMOSTRAGEM

#### 2.1. Introdução

- 2.1.1. Este capítulo tem por objetivo apresentar o detalhamento referente à população alvo, à amostra a ser pesquisada durante o Inquérito e aos procedimentos de seleção de domicílios.
- 2.1.2. A população alvo para a qual se pretende ter informações de saúde e nutrição corresponde às mulheres indígenas de 14,0 a 49,9 anos e às crianças indígenas < 60 meses residentes nas aldeias do Brasil.
- 2.1.3. Para o Inquérito, foi selecionada uma amostra das aldeias indígenas, por macrorregião, nas quais serão entrevistadas, nos domicílios selecionados:
  - todas as mulheres entre 14,0 e 49,9 anos (com ou sem filhos);
  - as mulheres entre 10,0 e 13,9 anos com filho vivo < 60 meses residente no mesmo domicílio (mãe - ou responsável - e criança devem ser co-residentes);
  - as mulheres ≥ 50 anos com filho vivo < 60 meses residente no mesmo domicílio (mãe - ou responsável - e criança devem ser co-residentes).
  - todas as crianças indígenas < 60 meses.
  - Obs.: mulheres que, mesmo não sendo mães biológicas, atuem como responsáveis por crianças < 60 meses e/ou mulheres não indígenas de qualquer idade que tenham filho vivo < 60 meses de pai indígena também deverão ser entrevistadas, a fim de garantir a participação de seus filhos na amostra de crianças < 60 meses.

#### 2.2. Classificação das aldeias/comunidades segundo Censo ou Amostra

- 2.2.1. A aldeia/comunidade selecionada pode ser pesquisada por meio de duas estratégias distintas, de acordo com o tamanho populacional de mulheres de 14,0 a 49,9 anos e de crianças < 60 meses:
  - a) **Censo:** quando todos os domicílios da aldeia/ comunidade forem incluídos no Inquérito. Isto resulta na entrevista de todas as mulheres indígenas entre 14,0 e 49,9 anos (com ou sem filhos), as mulheres indígenas entre 10,0 e 13,9 anos com filho vivo < 60 meses residente no mesmo domicílio (mãe - ou responsável - e criança devem ser co-residentes), as mulheres indígenas ≥ 50 anos com filho vivo < 60 meses residente no

mesmo domicílio (mãe – ou responsável – e criança devem ser co-residentes) e todas as crianças indígenas < 60 meses residentes na aldeia/comunidade no período de realização da pesquisa. Deverão ser entrevistadas também as mulheres não indígenas de qualquer idade que tenham filho vivo < 60 meses de pai indígena, a fim de garantir a participação de seus filhos na amostra de crianças < 60 meses;

- b) **Amostra:** quando somente uma parte dos domicílios da aldeia/ comunidade for incluída no Inquérito. Isto resulta na entrevista de uma parte (ou amostra) das mulheres indígenas entre 14,0 e 49,9 anos (com ou sem filhos), das mulheres indígenas entre 10,0 e 13,9 anos com filho vivo < 60 meses residente no mesmo domicílio (mãe - ou responsável - e criança devem ser co-residentes), das mulheres indígenas  $\geq$  50 anos com filho vivo < 60 meses residente no mesmo domicílio (mãe – ou responsável - e criança devem ser co-residentes) e das crianças indígenas < 60 meses residentes na aldeia/comunidade no período de realização da pesquisa. Esta amostra corresponderá a todas as mulheres enquadradas nas categorias acima apresentadas residentes nos domicílios selecionados para a amostra no período de realização da pesquisa. Deverão ser entrevistadas também as mulheres não indígenas de qualquer idade que tenham filho vivo < 60 meses de pai indígena residentes nos domicílios selecionados, a fim de garantir a participação de seus filhos na amostra de crianças < 60 meses.

### 2.3. Estratégia de coleta de dados nas aldeias/comunidades

2.3.1. A estratégia de coleta de dados (censo ou amostra) nas aldeias/comunidades está pré-estabelecida na Listagem de Aldeias/Comunidades Selecionadas (Anexo 2.1). A decisão sobre a estratégia de coleta foi tomada com base no tamanho da população alvo residente na aldeia por ocasião da última atualização de população, ocorrida em junho de 2008. Aldeias cuja população alvo residente (mulheres indígenas de 14,0 a 49,9 anos e crianças indígenas < 60 meses) à época da seleção era  $\leq$  150 indivíduos foram alocadas no grupo de aldeias investigadas por meio de censo, enquanto aldeias com população alvo residente (mulheres indígenas de 14,0 a 49,9 anos e crianças indígenas < 60 meses) à época seleção  $>$  150 indivíduos foram alocadas no grupo de aldeias a serem investigadas por meio de amostra de domicílios. Esta estratégia, previamente definida, poderá ser modificada após contato com a Coordenação do Inquérito, em situações nas quais o tamanho da população tenha sofrido modificação expressiva em relação a junho de 2008, quando da realização do trabalho de campo.

2.3.1.1. Uma aldeia/comunidade será estudada por meio de Censo (2.2.1a) quando assim estiver estabelecido na Listagem de Aldeias/ Comunidades Selecionadas (Anexo 2.1). Em caso de ter havido drástico incremento da população da aldeia em relação a junho de 2008, que dificulte sobremaneira a pesquisa em todos os domicílios, a equipe de campo deverá contatar a Coordenação do Inquérito, que procederá ao cálculo de amostra. Em uma situação onde seja impossível contatar a Coordenação do Inquérito, deverá ser feito um esforço da equipe de campo para realização do censo, conforme anteriormente previsto. Deve-se obter a informação sobre população atualizada localmente, na data da entrevista da aldeia/comunidade, junto às lideranças, equipe multidisciplinar de saúde indígena (EMSI), outros técnicos da FUNASA, FUNAI local ou outras pessoas ou órgãos, quando for o caso. Registrar no campo Anotações Gerais do Caderno 1 – Aldeia/Comunidade a fonte de informação para a eventual atualização da população.

- 2.3.1.2. Uma aldeia/comunidade será estudada por meio de Amostra (2.2.1b) quando assim estiver estabelecido na Listagem de Aldeias/ Comunidades Seleccionadas (Anexo 2.1). Caso a soma de mulheres entre 14,0 e 49,9 anos (com ou sem filhos) e de crianças < 60 meses no momento da pesquisa seja  $\leq 150$  indivíduos (soma dos itens 31 e 32 do Caderno 1  $\leq 150$ ), deverá ser realizado um censo de domicílios e não amostra, conforme previamente definido. Em caso de dúvida, a equipe de campo deverá contatar a Coordenação do Inquérito. Deve-se obter a informação sobre população atualizada localmente, na data da entrevista da aldeia/comunidade, junto às lideranças, equipe multidisciplinar de saúde indígena (EMSI), outros técnicos da FUNASA, FUNAI local ou outras pessoas ou órgãos, quando for o caso. Registrar no campo Anotações Gerais do Caderno 1 – Aldeia/ Comunidade a fonte de informação para a eventual atualização da população. Observe que a decisão sobre a realização de censo ou amostra não leva em conta o número de mulheres com filhos vivos cuja idade não pertence à faixa etária de 14,0 a 49,9 anos. Entretanto, em todos os domicílios selecionados para a pesquisa, as mulheres nessa condição deverão ser entrevistadas a fim de garantir a participação de seus filhos (biológicos ou não) na amostra de crianças.
- 2.3.2. No caso de mudanças de população por motivo de migração, cisão ou junção, deve-se buscar incluir na pesquisa, de forma mais fiel possível a população residente na aldeia/ comunidade selecionada à época da seleção (junho de 2008).
- 2.3.3. Antes de se deslocar para realizar o trabalho de campo, o supervisor da equipe de campo deverá contatar a equipe do DSEI para saber se o momento planejado para a coleta de dados é adequado e se houve mudanças estruturais ou de localização geográfica da aldeia, ou seja, se os moradores não estão temporariamente ausentes, se a aldeia mudou-se ou se houve cisão ou junção. Este procedimento evitará a identificação de situações de mudanças relevantes somente quando a equipe chegar à aldeia/comunidade, o que poderia dificultar a solução dos problemas advindos das mudanças.

#### 2.4. Seleção dos domicílios na aldeia/ comunidade

- 2.4.1. Para executar a seleção dos domicílios a serem investigados, as seguintes etapas deverão ser seguidas:
- Etapa 1: Verificar se houve, desde a data da seleção da amostra (junho de 2008), modificações na estrutura populacional e de localização geográfica da aldeia/ comunidade (imigração ou emigração de grupos ou parcelas da população: cisão ou junção com outras aldeias). Se houve um aumento expressivo no tamanho da população, por motivo de migração ou junção, contatar a Coordenação do Inquérito.
  - Etapa 2: Nas aldeias/comunidades em que a estratégia de coleta de dados pré-estabelecida foi Censo (ver Listagem de Aldeias/Comunidades Seleccionadas), esta estratégia deve ser mantida mesmo que tenha havido mudança no contingente populacional. Neste caso, deverão ser entrevistadas todas as mulheres indígenas entre 14,0 e 49,9 anos (com ou sem filhos), as mulheres indígenas entre 10,0 e 13,9 anos com filho vivo < 60 meses residente no mesmo domicílio (mãe - ou responsável - e criança devem ser co-residentes), as mulheres indígenas  $\geq 50$  anos com filho vivo < 60 meses residente no mesmo domicílio (mãe – ou responsável – e criança devem ser co-residentes) e todas as crianças indígenas < 60 meses residentes na aldeia/comunidade no período de realização da pesquisa. Deverão ser entrevistadas também as mulheres não indígenas de qualquer idade que tenham filho vivo < 60 meses de pai indígena, a fim de garantir a participação de seus filhos na amostra de crianças < 60 meses. Em caso

de impossibilidade de realização de censo, proceder conforme orientação fornecida no item 2.3.1.1.

- c) Etapa 3: Se tiver sido pré-estabelecida a realização de amostra e o somatório de mulheres de 14,0 a 49,9 anos (com ou sem filhos) e de crianças < 60 meses referente à aldeia/ comunidade originalmente selecionada for superior a 150 indivíduos (soma dos itens 31 e 32 do Caderno 1 – Aldeia/Comunidade), apenas uma amostra dos domicílios da aldeia/ comunidade deverá ser incluída na pesquisa (amostra). Neste caso, apenas uma parcela das mulheres indígenas entre 14,0 e 49,9 anos (com ou sem filhos), das mulheres indígenas entre 10,0 e 13,9 anos com filho vivo < 60 meses residente no mesmo domicílio (mãe – ou responsável – e criança devem ser co-residentes), das mulheres indígenas ≥ 50 anos com filho vivo < 60 meses residente no mesmo domicílio (mãe – ou responsável - e criança devem ser co-residentes) e das crianças indígenas < 60 meses residentes na aldeia/comunidade no período de realização da pesquisa. Esta parcela será constituída por todas as mulheres enquadradas nas categorias acima apresentadas residentes nos domicílios selecionados para a amostra no período de realização da pesquisa. Deverão ser entrevistadas também as mulheres não indígenas de qualquer idade que tenham filho vivo < 60 meses de pai indígena residentes nos domicílios selecionados, a fim de garantir a participação de seus filhos na amostra de crianças < 60 meses.
- d) Etapa 4: Ao se iniciar o trabalho de campo em uma aldeia/ comunidade, todos os domicílios que forem residência de indígenas deverão ser listados no instrumento Listagem de Domicílios (Anexo 2.2). O primeiro domicílio desta listagem será o primeiro que foi “fisicamente” encontrado na chegada à aldeia. Deverão ser listados todos os domicílios ocupados em que residirem pelo menos 1 (um) indígena, independentemente do sexo e da idade. Os domicílios ocupados por pelo menos um indígena, mas que todos os moradores estiverem temporariamente ausentes, também devem ser listados. Os domicílios onde todos os moradores tenham se mudado definitivamente da aldeia não devem ser listados (domicílios desocupados).
- e) Etapa 5: Para as aldeias que serão estudadas por meio de censo, o responsável pela coleta de dados deverá seguir a ordem da Listagem de Domicílios (Anexo 2.2), procedendo à entrevista em todos os domicílios listados.
- f) Etapa 6: Para as aldeias que serão estudadas por meio de amostra, deverá ser seguido um procedimento de seleção de domicílios que envolve os passos descritos a seguir (vide exemplo 2.1).
- f.1) **Passo 1:** Uma vez completada a Listagem de Domicílios, o responsável pela coleta de dados deverá assinalar nesta Listagem o domicílio de início do Inquérito naquela aldeia/ comunidade (chamado de “1º Domicílio na Amostra” na Listagem de Aldeias/ Comunidades Selecionadas);
- f.2) **Passo 2:** Assinalar os demais domicílios a serem investigados somando o incremento previamente definido (chamado de “Incremento” na Listagem de Aldeias/ Comunidades Selecionadas).

**Exemplo 2.1:** No exemplo apresentado no Quadro 2.1, temos a Listagem de Domicílios da Aldeia São José (Código Identificador "078"), localizada na macrorregião Centro-Oeste, DSEI Xavante, o "1º Domicílio na Amostra" nesta aldeia/ comunidade é o quarto domicílio da Listagem de Domicílios e o incremento é de oito domicílios. Neste caso, como deve ser realizada a seleção dos domicílios nesta aldeia/ comunidade?

(a) Identifique o domicílio de início do Inquérito verificando o número do "1º Domicílio na Amostra" na Listagem de Aldeias/ Comunidades Seleccionadas (ou seja, o 4º domicílio).

(b) Identifique o incremento previamente definido, chamado de "Incremento" na Listagem de Aldeias/ Comunidades Seleccionadas (ou seja, 8 domicílios).

(c) Circule o número do domicílio de início do Inquérito na aldeia/ comunidade, ou seja, "1º domicílio na amostra" (4). A partir deste, some 8 domicílios ( $4+8=12$ ). Ou seja, o segundo domicílio a ser investigado é o de número (12) da listagem. Novamente, some 8 ao número do segundo domicílio selecionado ( $12+8=20$ ). Ou seja, o terceiro domicílio a ser investigado é o de número (20) da listagem. Repita este procedimento até a obtenção do tamanho total da amostra de mulheres de 14,0 a 49,9 anos (com ou sem filhos) (no mínimo 32) e de crianças < 60 meses (no mínimo 30) apresentada na Listagem de Aldeias/ Comunidades Seleccionadas.

Quadro 2.1 – Exemplo de Listagem de Domicílios da Aldeia São José

INQUÉRITO NACIONAL DE SAÚDE E NUTRIÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS								
LISTAGEM DOS DOMICÍLIOS								
Macrorregião: CENTRO-OESTE								
DSEI: XAVANTE								
Aldeia/Comunidade: SÃO JOSÉ								
1º Domicílio na Amostra: 4º								
Incremento: 8 domicílios								
Desfecho da Entrevista no Domicílio (DED)								
(1) Domicílio entrevistado; (2) Domicílio não entrevistado (recusa); (3) Domicílio não entrevistado (fechado – moradores ausentes)								
Nº de ordem do domicílio	Identificação do Domicílio (exemplos: nome do entrevistado, descrição da construção, nº da FUNASA ou qualquer outra característica identificadora do domicílio)	DED	Nº de entrevistas realizadas e não realizadas com					
			mulheres (14,0-49,9 anos)			crianças (<60 meses)		
			Sim	Não	Total	Sim	Não	Total
0001	Nº da FUNASA 1230							
0002	Nº da FUNASA 1231							
0003	Nº da FUNASA 1232							
0004	Nº da FUNASA 1233							
0005	Nº da FUNASA 1234							
0006	Nº da FUNASA 1235							
0007	Nº da FUNASA 1236							
0008	Nº da FUNASA 1237							
0009	Nº da FUNASA 1238							
0010	Nº da FUNASA 1239							
0011	Nº da FUNASA 1240							
0012	Nº da FUNASA 1241							

- g) Em aldeias/comunidades com grande número de domicílios, pode ser inviável a elaboração da Listagem de Domicílios. Neste caso especial poderá ser realizada uma listagem parcial de domicílios conforme os passos descritos a seguir:
- g.1) **Passo 1:** Registre como o primeiro domicílio da Listagem de Domicílios aquele que foi “fisicamente” o primeiro a ser encontrado na chegada à aldeia/comunidade.
- g.2) **Passo 2:** Verifique o número do “1º Domicílio na Amostra” na Listagem de Aldeias/Comunidades Seleccionadas. Se o número do “1º Domicílio na Amostra” for 1, o domicílio identificado no Passo 1 deverá ser investigado. Esse será o primeiro domicílio a ser estudado nesta aldeia/ comunidade. Caso o número do “1º Domicílio na Amostra” seja qualquer outro, vá para o Passo 3.
- g.3) **Passo 3:** Tome o sentido horário e caminhe a partir do primeiro domicílio que foi “fisicamente” encontrado na chegada à aldeia (primeiro domicílio da Listagem de Domicílios, passando por todos os domicílios adjacentes até atingir aquele equivalente ao “1º Domicílio na Amostra”. Por exemplo, se o número do “1º Domicílio na Amostra” for “4”, o quarto domicílio no seu percurso será o primeiro domicílio a ser investigado no Inquérito desta aldeia/comunidade. Atente para o fato de que, mesmo não sendo possível registrar na Listagem de Domicílios a caracterização daqueles encontrados no seu percurso, eles deverão ser contados para que o domicílio incluído na amostra receba o seu código adequado, correspondente à sua posição no percurso realizado na aldeia/ comunidade.
- g.4) **Passo 4:** Continue seu percurso até atingir o incremento indicado na Listagem de Aldeias/Comunidades Seleccionadas. Por exemplo, suponhamos que o incremento seja “5”. Neste caso, o segundo domicílio a ser investigado será aquele correspondente ao nono domicílio de seu percurso (domicílio “4” do passo 3 + incremento de 5).
- g.5) **Passo 5:** Repita o passo anterior até chegar ao novo domicílio a ser investigado e assim sucessivamente, até a obtenção do número total de entrevistas previsto na amostra de mulheres de 14,0 a 49,9 anos (com ou sem filhos) e de crianças < 60 meses apresentada na Listagem de Aldeias/Comunidades Seleccionadas.
- Observe que, mesmo não sendo possível registrar todos os domicílios na Listagem de Domicílios, é necessário que se registre o percurso realizado no campo, para que ele seja repetido em caso de necessidade como, por exemplo, se ao percorrer todos os domicílios existentes na aldeia/comunidade, não se atingir o número mínimo de entrevistas previsto (caso que será explicado mais adiante neste capítulo).

#### 2.4. Seleção dos indivíduos nos domicílios a serem investigados

- 2.4.1. Em cada domicílio a ser investigado, todas as mulheres indígenas de 14,0 a 49,9 anos (com ou sem filhos vivos), todas as mulheres indígenas entre 10,0 e 13,9 anos com filho vivo < 60 meses residente no mesmo domicílio (mãe – ou responsável – e criança devem ser co-residentes), todas as mulheres indígenas  $\geq$  50 anos com filho vivo < 60 meses residente no mesmo domicílio (mãe – ou responsável – e criança devem ser co-residentes) e todas as crianças indígenas < 60 meses residentes deverão ser entrevistadas. Deverão ser entrevistadas também as mulheres não indígenas de qualquer idade que tenham filho vivo < 60 meses de pai indígena, a fim de garantir a participação de seus filhos na amostra de crianças < 60 meses.

- 2.4.2. Durante o trabalho de campo a equipe deve contabilizar o número de entrevistas realizadas e entrevistas não realizadas (por motivo de recusa ou ausência) na Listagem de Domicílios. O total de entrevistas corresponde à soma de entrevistas realizadas e de entrevistas não realizadas. Quando os números totais de entrevistas planejadas de mulheres de 14,0 a 49,9 anos (com ou sem filhos) e de crianças < 60 meses para a aldeia/comunidade forem atingidos (entrevistas não realizadas + as entrevistas realizadas registradas na Listagem de Domicílios), o trabalho de campo deverá ser encerrado nesta aldeia/comunidade. Os números de entrevistas previstas constam da coluna “Nº de Entrevistas Previstas” da Listagem de Aldeias/Comunidades Seleccionadas. Por exemplo, se o número total de entrevistas planejadas (mulheres de 14,0 a 49,9 anos e crianças < 60 meses) for de 120 (70 mulheres e 50 crianças) e até aquele momento tiverem sido realizadas 115 entrevistas e 5 entrevistas foram perdidas por motivo de ausência ou recusa (totalizando entrevistas de 70 mulheres e 50 crianças), o trabalho de campo deve ser encerrado.

### Exemplo 2.2.: Listagem de Domicílios da Aldeia VendaVal

INQUÉRITO NACIONAL DE SAÚDE E NUTRIÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS								
LISTAGEM DOS DOMICÍLIOS								
Macrorregião: NORTE								
DSEI: ALTO RIO SOLIMÕES								
Aldeia/Comunidade: VENDAVAL								
1º Domicílio na Amostra: 8º								
Incremento: 2 domicílios								
Desfecho da Entrevista no Domicílio (DED)								
(1) Domicílio entrevistado; (2) Domicílio não entrevistado (recusa); (3) Domicílio não entrevistado (fechado – moradores ausentes)								
Nº de ordem do domicílio	Identificação do Domicílio (exemplos: nome do entrevistado, descrição da construção, nº da FUNASA ou qualquer outra característica identificadora do domicílio)	DED	Nº de entrevistas realizadas e não realizadas com					
			mulheres (14,0-49,9 anos)			crianças (<60 meses)		
			Sim	Não	Total	Sim	Não	Total
0001	Nº da FUNASA 2230							
0002	Nº da FUNASA 2231							
0003	Nº da FUNASA 2232							
0004	Nº da FUNASA 2233							
0005	Nº da FUNASA 2234							
0006	Nº da FUNASA 2235							
0007	Nº da FUNASA 2236							
0008	Nº da FUNASA 2237	1	1	1	2	2	0	2
0009	Nº da FUNASA 2238							
0010	Nº da FUNASA 2239	2	0	2	2	0	6	6
0011	Nº da FUNASA 2240							
0012	Nº da FUNASA 2241	3	0	1	1	0	4	4

No domicílio 0008 foram realizadas 3 entrevistas (1 com mulher de 14,0 a 49,9 anos e 2 com crianças < 60 meses) e 1 entrevista não foi realizada.

- 2.4.3. É possível que durante o processo de seleção de domicílios em aldeias/ comunidades cuja população será estudada por amostra, ao chegar ao final da Listagem de Domicílios, o

número de entrevistas seja inferior ao planejado (contando perdas, recusas e entrevistas realizadas). Neste caso, a equipe deverá dar continuidade à seleção, somando o incremento ao último domicílio selecionado na listagem, retornando ao início da Listagem de Domicílios (como se fosse uma lista circular), até que os números mínimos de entrevistas de mulheres de 14,0 a 49,9 anos (com ou sem filhos) e de crianças < 60 meses para a aldeia/comunidade tenham sido atingidos.

**Exemplo 2.3.:** Na aldeia Bororó (Código Identificador "073") do DSEI Mato Grosso do Sul está prevista a realização de uma amostra de domicílios. Ao aplicar o Caderno 1 – Aldeia/Comunidade foi confirmado que nesta aldeia moram mais de 150 mulheres de 14,0 a 49,9 anos e crianças < 60 meses. Foram listados 122 domicílios na Listagem de Domicílios.

a) Com base nos dados da Listagem de Aldeias/ Comunidades Selecionadas, os quatro primeiros domicílios na amostra serão:

- 1º domicílio na amostra desta aldeia será → O 3º domicílio
- 2º domicílio na amostra desta aldeia será → O 3º domicílio + 9 domicílios = O 12º domicílio
- 3º domicílio na amostra desta aldeia será → O 12º domicílio + 9 domicílios = O 21º domicílio
- 4º domicílio na amostra desta aldeia será → O 21º domicílio + 9 domicílios = O 30º domicílio

b) O último domicílio selecionado e visitado foi o de número 120. Qual será o próximo domicílio selecionado?

○  $120^\circ \text{ domicílio} + 9 \text{ domicílios} =$

- 1 → 121º domicílio na Listagem de Domicílios
- 2 → 122º domicílio na Listagem de Domicílios
- 3 → 1º domicílio na Listagem de Domicílios
- 4 → 2º domicílio na Listagem de Domicílios
- 5 → 3º domicílio na Listagem de Domicílios
- 6 → 4º domicílio na Listagem de Domicílios
- 7 → 5º domicílio na Listagem de Domicílios
- 8 → 6º domicílio na Listagem de Domicílios
- 9 → 7º domicílio na Listagem de Domicílios

Assim, o próximo domicílio selecionado é o sétimo da Listagem de Domicílios.

**Exemplo 2.4.:** Na aldeia Kumarumã foram previstas 124 entrevistas com mulheres de 14,0 a 49,9 anos e 174 entrevistas de crianças < 60 meses. Ao término da entrevista de uma série de domicílios, foram contabilizadas:

- 121 entrevistas realizadas com mulheres de 14,0 a 49,9 anos;
- 004 entrevistas não realizadas com mulheres de 14,0 a 49,9 anos;
- 168 entrevistas realizadas com crianças < 60 meses;
- 003 entrevistas não realizadas com crianças < 60 meses.

No próximo domicílio selecionado, todos os moradores aceitaram participar da pesquisa. Quantas entrevistas estão pendentes para que o trabalho de campo seja finalizado nesta aldeia?

Já que o total de entrevistas com mulheres (realizadas + não realizadas) foi atingido (125), estão pendentes apenas três entrevistas com crianças < 60 meses (pois o total de entrevistas estimado para crianças < 60 meses era de 174 e o valor de entrevistas realizadas + não realizadas foi de 171).

## 2.5. Instrumento de acompanhamento da situação das aldeias/ comunidades

- 2.5.1. Para qualquer das situações (censo ou amostra), o supervisor da equipe de campo deverá classificar e monitorar as aldeias/comunidades sob sua responsabilidade através da utilização do Instrumento de Acompanhamento da Situação das Aldeias/Comunidades (Anexo 2.3).

## 2.6. Lidando com a dinâmica das aldeias

- 2.6.1. Nesta seção são fornecidas orientações complementares para a equipe de campo tomar decisões frente a situações de modificações na estrutura populacional e de localização geográfica da aldeia/comunidade (imigração ou emigração de grupos ou parcelas da população: cisão ou junção com outras aldeias), quando comparada à situação à época da seleção de aldeias/ comunidades do Inquérito (junho de 2008). As informações sobre localização geográfica original estão indicadas no Instrumento de Acompanhamento da Situação das Aldeias/Comunidades (Anexo 2.3). As informações sobre as modificações (que deverão ter sido obtidas anteriormente ao deslocamento da equipe para o campo) deverão ser detalhadas localmente, na data da entrevista com a aldeia/comunidade, junto às lideranças, equipe multidisciplinar de saúde indígena (EMSI), outros técnicos da FUNASA, FUNAI local ou outras pessoas ou órgãos, quando for o caso.

- a) Aldeia/ comunidade que no período de realização do trabalho de campo não existir: comunicar a situação à Coordenação do Inquérito. Não haverá substituição de aldeias/ comunidades.
- b) Aldeia/ comunidade que se dividiu em duas ou mais aldeias/ comunidades: todas as aldeias/ comunidades geradas a partir da aldeia/ comunidade selecionada deverão ser pesquisadas. Se após a divisão uma das aldeias/comunidades resultantes estiver a uma distância que inviabilize o deslocamento da equipe de campo, será considerada perda. Não haverá substituição da parte perdida.
- c) Aldeia/ comunidade selecionada que se dividiu em duas ou mais aldeias/ comunidades e se fundiu a outras aldeias/ comunidades pré-existentes que não foram selecionadas: deverá ser realizada obrigatoriamente a pesquisa na aldeia-mãe, ou seja, naquela que concentrar os moradores que não se mudaram ou não se juntaram a(s) aldeia(s)/ comunidade(s) não selecionada(s). Havendo possibilidade de execução (tempo e recursos humanos e financeiros) e o aceite das lideranças das novas aldeias/ comunidades resultantes, a equipe de campo deverá realizar a pesquisa também entre os indivíduos moradores nas novas aldeias/comunidades e que habitavam a “aldeia-mãe” na data da seleção (junho de 2008). Se necessário, a equipe de campo deverá contatar a Coordenação do Inquérito. Não haverá substituição de aldeias/ comunidades.
- d) Aldeia/ comunidade originalmente selecionada que sofreu a fusão de uma ou mais aldeias/ comunidades não selecionadas: deverá ser realizada obrigatoriamente a pesquisa na aldeia-mãe, ou seja, naquela que concentrar os moradores que moravam na aldeia na época da seleção (junho de 2008). Se necessário, a equipe de campo deverá contatar a Coordenação do Inquérito.
- e) Aldeia/ comunidade mudou de localização geográfica: A mera mudança de localização geográfica de uma aldeia/ comunidade (Macrorregião, DSEI, Estado ou município) não implica que a mesma não deva ser investigada. O desejável é que a equipe se desloque para o novo local e realize a investigação. Não haverá substituição de aldeias/ comunidades. Se necessário, a equipe deverá contatar a Coordenação do Inquérito.

- 2.6.2. Todos os casos de aldeias/comunidades classificadas como “Não Realizada” (opções 3 a 8 do item “Quanto à realização da pesquisa na aldeia/comunidade” do Instrumento de Acompanhamento da Situação das Aldeias/Comunidades – Anexo 2.3) deverão ser imediatamente reportados à Coordenação do Inquérito para que sejam tomadas as providências cabíveis.

## 2.7. Procedimentos adicionais em relação às entrevistas nos domicílios

- 2.7.1. Nesta seção são fornecidas orientações complementares no caso de ausência ou recusa por ocasião da entrevista nos domicílios.
- 2.7.2. Nos casos de ausência do informante na primeira visita ao domicílio, o entrevistador deverá verificar se a ausência é temporária (durante o período programado para permanência da equipe na aldeia/ comunidade). Em caso afirmativo, identificar qual o momento mais propício para a realização da entrevista. Destaca-se que as revisitas aos domicílios com pessoas a serem entrevistadas não encontradas na primeira tentativa não devem ficar para a fase de finalização da coleta dos dados. Esse procedimento poderá acarretar atraso no cronograma. Devem-se buscar informações sobre a dinâmica de trânsito dos residentes ausentes no período de realização do trabalho de campo, ou seja, descobrir quando as mulheres e crianças estarão novamente na aldeia/ comunidade. No caso de ausências por períodos prolongados (superiores ao período de trabalho de campo), fazer a indicação devida na Listagem de Domicílios, na coluna “Desfecho da Entrevista no Domicílio” (DED). Ainda que todos os moradores do domicílio estejam ausentes, o Caderno 2 – Domicílio deverá ser preenchido na capa, nos itens relativos aos Moradores do Domicílio (itens 82 a 84) e no item referente ao desfecho da entrevista no domicílio (item 85). As informações sobre a composição do domicílio deverão ser obtidas com a liderança da aldeia/ comunidade, outro informante da comunidade ou a equipe de saúde local.
- 2.7.3. Uma entrevista domiciliar ou individual será classificada como perda após três tentativas de entrevista sem sucesso (durante o período de coleta de dados na aldeia/ comunidade). No caso de recusa para a entrevista referente ao domicílio, fazer a indicação devida na Listagem de Domicílios, na coluna “Desfecho da Entrevista no Domicílio”. Ainda que haja recusa para a entrevista referente ao Domicílio, o Caderno 2 – Domicílio deverá ser preenchido na capa, nos itens relativos aos Moradores do Domicílio (itens 82 a 84) e no item referente ao desfecho da entrevista no domicílio (item 85). Mesmo neste caso, devido à necessidade de caracterizar perdas por recusa, as informações sobre a composição do domicílio deverão ser obtidas no próprio domicílio (explicando-se que a informação é relevante para o Inquérito), com a liderança da aldeia/ comunidade, outro informante da comunidade ou a equipe de saúde local.

## 2.8. Preenchimento dos Cadernos

**Caderno 1 – Aldeia/Comunidade:** deverá ser preenchido um caderno para cada aldeia/comunidade selecionada.

**Caderno 2 – Domicílio:** deverá ser preenchido um caderno para cada domicílio selecionado.

**Caderno 3 – Mulher:** deverá ser preenchido um caderno para cada uma das mulheres indígenas entre 14,0 e 49,9 anos (com ou sem filhos), das mulheres indígenas entre 10,0 e 13,9 anos com filho vivo < 60 meses residente no mesmo domicílio (mãe – ou responsável – e criança devem ser co-residentes), das mulheres indígenas ≥ 50 anos com filho vivo < 60 meses residente no mesmo domicílio (mãe – ou responsável – e criança devem ser co-residentes). Deverão ser entrevistadas também as mulheres não

indígenas de qualquer idade que tenham filho vivo < 60 meses de pai indígena, a fim de garantir a participação de seus filhos na amostra de crianças < 60 meses.

**Caderno 4 – Criança:** deverá ser preenchido um caderno para cada criança < 60 meses residente nos domicílios selecionados.

**Exemplo 2.5.:** Em uma aldeia selecionada para o Inquérito, há 1 domicílio a ser investigado no qual residem 1 homem adulto com suas 2 mulheres indígenas de 22 anos e seus 6 filhos < 60 meses.

a) Ao final da coleta quantos Cadernos 2 – Domicílio serão aplicados?

1 (um) **Caderno 2 – Domicílio.**

b) Ao final da coleta quantos Cadernos 3 – Mulher serão aplicados?

2 (dois) **Caderno 3 – Mulher.**

c) Ao final da coleta quantos Cadernos 4 – Crianças serão aplicados?

6 (seis) **Caderno 4 – Criança.**

**Exemplo 2.6.:** Em uma aldeia selecionada para o Inquérito, há 1 domicílio a ser investigado no qual residem 1 homem adulto com sua mulher indígena de 13 anos e seu filho de 6 meses, 1 mulher de 12 anos e outra de 10 que não têm filhos.

a) Ao final da coleta quantos Cadernos 2 – Domicílio serão aplicados?

1 (um) **Caderno 2 – Domicílio**

b) Ao final da coleta quantos Cadernos 3 – Mulher serão aplicados?

1 (um) **Caderno 3 – Mulher**

c) Ao final da coleta quantos Cadernos 4 – Crianças serão aplicados?

1 (um) **Caderno 4 – Criança.**

**Exemplo 2.7.:** Em uma aldeia selecionada para o Inquérito, há 1 domicílio a ser investigado no qual residem:

- 1 homem indígena de 62 anos
- 1 mulher indígena de 52 anos
- 1 mulher indígena de 13 anos que tem 1 filho com 6 meses de idade.
- 1 mulher indígena de 42 anos que não tem filhos.

a) Ao final da coleta quantos Cadernos 2 – Domicílio serão aplicados?

1 (um) **Caderno 2 – Domicílio**

b) Ao final da coleta quantos Cadernos 3 – Mulher serão aplicados?

2 (dois) **Caderno 3 – Mulher**

c) Ao final da coleta quantos Cadernos 4 – Crianças serão aplicados?

1 (um) **Caderno 4 – Criança.**

**Exemplo 2.8.:** Em uma aldeia selecionada para o Inquérito, há 1 domicílio a ser investigado no qual residem:

- 1 homem indígena de 42 anos
- 1 mulher indígena de 35 anos que tem 8 filhos com as seguintes idades:
- 11 meses, 2 anos, 4 anos, 6 anos, 9 anos, 11 anos, 13 anos e 16 anos.
- A filha de 16 anos tem 4 filhos com as seguintes idades:
- 2 meses, 2 anos, 4 anos e 5 anos.

a) Ao final da coleta quantos Cadernos 2 – Domicílio serão aplicados?

1 (um) **Caderno 2 – Domicílio**

b) Ao final da coleta quantos Cadernos 3 – Mulher serão aplicados?

2 (dois) **Caderno 3 – Mulher**

c) Ao final da coleta quantos Cadernos 4 – Crianças serão aplicados?

6 (seis) **Caderno 4 – Criança.**

## 2.9. Exercícios

**A.** Na aldeia Katete do DSEI Guamá-Tocantins foram previstas 63 entrevistas com mulheres e 87 entrevistas de crianças. Se ao término da entrevista de um dado domicílio tiverem sido entrevistadas 61 mulheres e 90 crianças, será necessário realizar entrevistas em outros domicílios até se chegar ao número mínimo de \_\_ entrevistas com \_\_\_\_\_. No próximo domicílio selecionado residem:

- ❖ 1 homem indígena de 35 anos
- ❖ 1 mulher indígena de 33 anos que tem quatro filhos:
  - 1 menina de 3 anos
  - 1 menino de 5 anos
  - 1 menina de 13 anos
    - Que tem um filho de 18 meses
  - 1 menino de 14 anos

Todos os moradores deste domicílio aceitaram participar da pesquisa.

- a) Ao final da coleta quantos Cadernos 2 – Domicílio serão aplicados?
- b) Ao final da coleta quantos Cadernos 3 – Mulher serão aplicados?
- c) Ao final da coleta quantos Cadernos 4 – Criança serão aplicados?
- d) A coleta de dados foi encerrada nesta aldeia? Por que?

**B.** Na aldeia Cimbres do DSEI Pernambuco ao se aplicar o Caderno 1 – Aldeia/Comunidade foram registrados os valores 224 e 119 nos campos 31 e 32 respectivamente.

- a) Qual será a estratégia de coleta de dados nesta aldeia? Por que?
- b) Preencha o cabeçalho da Listagem de Domicílios desta aldeia.
- c) Selecione os quatro primeiros domicílios que comporão a amostra.

Uma contagem parcial das entrevistas realizadas indica o seguinte quadro:

	Entrevista		
	Realizada	Não Realizada Ausência	Não Realizada Recusa
<b>Mulheres com idade de 14,0 a 49,9 anos</b>	60	5	0
<b>Mulheres com idade entre 10,0 e 13,9 anos</b>	12	6	0
<b>Crianças com &lt; 60 meses</b>	90	0	0
<b>Total</b>	162	11	0

- d) Quantas entrevistas com mulheres de 14,0 a 49,9 anos estão pendentes para que o trabalho de campo seja finalizado?
- e) Quantas entrevistas com mulheres com filhos vivos com idade fora da faixa de 14,0 a 49,9 anos estão pendentes para que o trabalho de campo seja finalizado?
- f) Quantas entrevistas com crianças < 60 meses estão pendentes para que o trabalho de campo seja finalizado?

**C.** Na aldeia Apucarantina do DSEI Paraná todos os moradores de um domicílio selecionado para o Inquérito viajaram e não participarão da pesquisa. A vizinha mais próxima informou que neste domicílio residem nove pessoas sendo:

- ❖ 3 homens adultos
- ❖ 3 mulheres de 12, 20 e 49 anos respectivamente.
- ❖ 3 crianças com as seguintes idades: 48 meses, 24 meses e 6 meses (esta última filha da mulher de 12 anos).

- a) Quantos Cadernos 3 – Mulher não serão preenchidos neste domicílio?  
 b) Quantos Cadernos 4 – Criança não serão preenchidos neste domicílio?  
 c) Qual é a classificação deste domicílio na Listagem de Domicílios (Desfecho da Entrevista no Domicílio)?  
 d) Preencha as colunas com o quantitativo de entrevistas realizadas e não realizadas para mulheres e crianças.

**D.** Na aldeia Kapot do DSEI Kaiapó do Mato Grosso, ao se aplicar o Caderno 1 – Aldeia/Comunidade, foi constatado que parte desta aldeia mudou-se para uma localidade muito próxima (outro lado da pista de pouso). Ao finalizar as entrevistas individuais na “aldeia-mãe” a equipe constatou que era possível realizar as entrevistas no fragmento de aldeia que mudou para a nova localidade. Preencha o Instrumento de Acompanhamento da Situação das Aldeias abaixo.

Aldeia/ Comunidade	DSEI	Situação da aldeia (por ocasião do trabalho de campo) Marque 1=Sim; 2=Não				Quanto à realização da pesquisa na aldeia:	Observações
		Permanece	Inexistente	Mudou configuração	Mudou de localização geográfica		
Kapot	Kaiapó do Mato Grosso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## 2.10. Gabarito dos Exercícios

**A.** Na aldeia Katete do DSEI Guamá-Tocantins foram previstas 63 entrevistas com mulheres e 87 entrevistas de crianças. Se ao término da entrevista de um dado domicílio tiverem sido entrevistadas 61 mulheres e 90 crianças, será necessário realizar entrevistas em outros domicílios até se chegar ao número mínimo de 63 entrevistas com mulheres. No próximo domicílio selecionado residem:

- ❖ 1 homem indígena de 35 anos
- ❖ 1 mulher indígena de 33 anos que tem quatro filhos:
  - 1 menina de 3 anos
  - 1 menino de 5 anos
  - 1 menina de 13 anos
    - Que tem um filho de 18 meses
  - 1 menino de 14 anos

Todos os moradores deste domicílio aceitaram participar da pesquisa.

- a) Ao final da coleta quantos Cadernos 2 – Domicílio serão aplicados?  
*1 (um) Caderno 2 – Domicílio.*
- b) Ao final da coleta quantos Cadernos 3 – Mulher serão aplicados?  
*2 (dois) Caderno 3 – Mulher.*
- c) Ao final da coleta quantos Cadernos 4 – Criança serão aplicados?  
*2 (dois) Caderno 4 – Criança.*
- d) A coleta de dados foi encerrada nesta aldeia? Por que?  
*Não. Porque falta uma entrevista com mulher de 14,0 a 49,9 anos.*

**B.** Na aldeia Cimbres do DSEI Pernambuco ao se aplicar o Caderno 1 – Aldeia/Comunidade foram registrados os valores 224 e 119 nos campos 31 e 32 respectivamente.

- a) Qual será a estratégia de coleta de dados nesta aldeia? Por que?  
*Amostra. Porque foi pré-estabelecido que será realizada uma amostra na Listagem de Aldeias/ Comunidades Selecionadas e a população alvo é superior a 150 pessoas nas faixas etárias de interesse.*

Preencha o cabeçalho da Listagem de Domicílios desta aldeia.

INQUÉRITO NACIONAL DE SAÚDE E NUTRIÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS								
LISTAGEM DOS DOMICÍLIOS								
Macrorregião: NORDESTE								
DSEI: PERNAMBUCO								
Aldeia/Comunidade: CIMBRES								
1º Domicílio na Amostra: 2º								
Incremento: 7 domicílios								
Desfecho da Entrevista no Domicílio (DED)								
(1) Domicílio entrevistado; (2) Domicílio não entrevistado (recusa); (3) Domicílio não entrevistado (fechado – moradores ausentes)								
Nº de ordem do domicílio	Identificação do Domicílio (exemplos: nome do entrevistado, descrição da construção, nº da FUNASA ou qualquer outra característica identificadora do domicílio)	DED	Nº de entrevistas realizadas e não realizadas com					
			mulheres (14,0-49,9 anos)			crianças (<60 meses)		
			Sim	Não	Total	Sim	Não	Total
0001								
...								

c) Selecione os quatro primeiros domicílios que comporão a amostra.

1º domicílio na amostra 0002

2º domicílio na amostra 0009

3º domicílio na amostra 0016

4º domicílio na amostra 0023

Uma contagem parcial das entrevistas realizadas indica o seguinte quadro:

	Entrevista		
	Realizada	Não Realizada Ausência	Não Realizada Recusa
<b>Mulheres com idade de 14,0 a 49,9 anos</b>	60	5	0
<b>Mulheres com idade entre 10,0 e 13,9 anos</b>	12	6	0
<b>Crianças com &lt; 60 meses</b>	90	0	0
<b>Total</b>	162	11	0

d) Quantas entrevistas com mulheres de 14,0 a 49,9 anos estão pendentes para que o trabalho de campo seja finalizado?

03 Mulheres com idade de 14,0 a 49,9 anos

e) Quantas entrevistas com mulheres com filhos vivo com idade fora da faixa de 14,0 a 49,9 anos estão pendentes para que o trabalho de campo seja finalizado?

00 Mulheres com idade entre 10,0 e 13,9 anos. Elas somente seriam entrevistadas se tivessem filhos indígenas < 60 meses.

f) Quantas entrevistas com crianças < 60 meses estão pendentes para que o trabalho de campo seja finalizado?

00 Crianças < 60 meses.

C. Na aldeia Apucarantina do DSEI Paraná todos os moradores de um domicílio selecionado para o Inquérito viajaram e não participarão da pesquisa. A vizinha mais próxima informou que neste domicílio residem nove pessoas sendo:

- ❖ 3 homens adultos
- ❖ 3 mulheres de 12, 20 e 49 anos respectivamente.
- ❖ 3 crianças com as seguintes idades: 48 meses, 24 meses e 6 meses (esta última filha da mulher de 12 anos).

a) Quantos Cadernos 3 – Mulher não serão preenchidos neste domicílio?

2 mulheres de 14,0 a 49,9 anos e 1 mulher de 12 anos, ou seja, 3 Cadernos 3 – Mulher.

b) Quantos Cadernos 4 – Criança não serão preenchidos neste domicílio?

3 crianças < 60 meses, ou seja, 3 Cadernos 4 – Criança.

c) Qual é a classificação deste domicílio na Listagem de Domicílios (Desfecho da Entrevista no Domicílio)?

3 Entrevista não realizada no domicílio – Fechado.

d) Preencha as colunas com o quantitativo de entrevistas realizadas e não realizadas para mulheres e crianças.

INQUÉRITO NACIONAL DE SAÚDE E NUTRIÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS								
LISTAGEM DOS DOMICÍLIOS								
Macrorregião: SUL/SUDESTE								
DSEI: PARANÁ								
Aldeia/Comunidade: APUCARANINHA								
1º Domicílio na Amostra: 3º								
Incremento: 2 domicílios								
Desfecho da Entrevista no Domicílio (DED)								
(1) Domicílio entrevistado; (2) Domicílio não entrevistado (recusa); (3) Domicílio não entrevistado (fechado – moradores ausentes)								
Nº de ordem do domicílio	Identificação do Domicílio (exemplos: nome do entrevistado, descrição da construção, nº da FUNASA ou qualquer outra característica identificadora do domicílio)	DED	Nº de entrevistas realizadas e não realizadas com					
			mulheres (14,0-49,9 anos)			crianças (<60 meses)		
			Sim	Não	Total	Sim	Não	Total
000x	Número da FUNASA 1234	3	0	2	2	0	3	3

**D.** Na aldeia Kapot do DSEI Kaiapó do Mato Grosso ao se aplicar o Caderno 1 – Aldeia/Comunidade foi constatado que parte desta aldeia mudou-se para uma localidade muito próxima (outro lado da pista de pouso). Ao finalizar as entrevistas individuais na “aldeia-mãe” a equipe constatou que era possível realizar as entrevistas no fragmento de aldeia que mudou para a nova localidade. Preencha o Instrumento de Acompanhamento da Situação das Aldeias abaixo.

Aldeia/ Comunidade	DSEI	Situação da aldeia (por ocasião do trabalho de campo) Marque 1=Sim; 2=Não				Quanto à realização da pesquisa na aldeia:	Observações
		Permanece	Inexistente	Mudou configuração	Mudou de localização geográfica		
Kapot	Kaiapó do Mato Grosso	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	<i>A aldeia se dividiu em duas aldeias que estão muito próximas e ambas foram entrevistadas.</i>

**ANEXO 2.1: Listagem de Aldeias/ Comunidades Selecionadas**  
**Macrorregião: Norte (Código 01)**

Código Identificador do DSEI	DSEI	Município	Código Identificador da Aldeia/ Comunidade	Aldeia/ Comunidade	Censo ou Amostra de Domicílios	1º Domicílio na Amostra	Incremento	Nº de Entrevistas Previstas		
								Mulheres de 14,0 a 49,9 anos	Crianças < 60 meses	Total
01	Altamira	São Félix do Xingu	001	Xingu	Censo			39	26	65
02	Alto Rio Juruá	Feijó	002	Igarapé do Anjo	Censo			20	13	33
02	Alto Rio Juruá	Jordão	003	Nova Extrema	Censo			13	9	22
02	Alto Rio Juruá	Jordão	004	São Joaquim	Censo			25	17	42
03	Alto Rio Negro	São Gabriel da Cachoeira	005	São Joaquim - São Joaquim	Censo			49	33	82
03	Alto Rio Negro	São Gabriel da Cachoeira	006	São Pedro - (Caruru-Tiquié)	Censo			26	17	43
03	Alto Rio Negro	São Gabriel da Cachoeira	007	Vila Aparecida I (Pólo Yauaretê)	Censo			43	29	72
04	Alto Rio Purus	Boca do Acre	008	Santo Antônio	Censo			39	27	66
04	Alto Rio Purus	Pauini	009	São José do Tacaquiri	Censo			41	27	68
04	Alto Rio Purus	Pauini	010	Tocimão	Censo			13	9	22
05	Alto Rio Solimões	Amaturá	011	Amaturá	Censo			44	30	74
05	Alto Rio Solimões	Benjamin Constant	012	Novo Porto Lima	Censo			47	32	79
05	Alto Rio Solimões	Benjamin Constant	013	Porto Corderinho	Amostra	4	6	63	87	150
05	Alto Rio Solimões	São Paulo de Olivença	014	Nova Vila	Censo			72	49	121
05	Alto Rio Solimões	São Paulo de Olivença	015	Novo Paraíso	Censo			43	29	72
05	Alto Rio Solimões	São Paulo de Olivença	016	Santa Clara	Censo			41	28	69
05	Alto Rio Solimões	São Paulo de Olivença	017	São Joaquim	Censo			51	34	85
05	Alto Rio Solimões	São Paulo de Olivença	018	Vendaval	Amostra	8	2	98	137	235
05	Alto Rio Solimões	Tabatinga	019	Bananal	Censo			83	56	139

**ANEXO 2.1: Listagem de Aldeias/ Comunidades Selecionadas**  
**Macrorregião: Norte (Código 01)**

Código Identificador do DSEI	DSEI	Município	Código Identificador da Aldeia/ Comunidade	Aldeia/ Comunidade	Censo ou Amostra de Domicílios	1º Domicílio na Amostra	Incremento	Nº de Entrevistas Previstas		
								Mulheres de 14,0 a 49,9 anos	Crianças < 60 meses	Total
05	Alto Rio Solimões	Tabatinga	020	Nova Extrema	Censo			41	27	68
05	Alto Rio Solimões	Tabatinga	021	Umaiaçú 1	Amostra	8	8	91	126	217
05	Alto Rio Solimões	Tabatinga	022	Umaiaçú 2	Amostra	4	5	165	230	395
06	Amapá E Norte do Pará	Óbidos	023	Betania	Censo			25	17	42
06	Amapá E Norte do Pará	Oiapoque	024	Kumarumã	Amostra	4	9	124	174	298
07	Guamá-Tocantins	Paraopebas	025	Katete	Amostra	3	7	63	87	150
08	Kaipó do Pará	Ouriândia do Norte	026	Kikretum	Amostra	4	4	63	87	150
09	Leste de Roraima	Boa Vista	027	Bom Jesus	Censo			15	10	25
09	Leste de Roraima	Bonfim	028	Wapum	Censo			42	29	71
09	Leste de Roraima	Normandia	029	Matiri	Censo			17	12	29
09	Leste de Roraima	Normandia	030	Olho D'Água	Censo			32	22	54
09	Leste de Roraima	Normandia	031	Placa	Censo			21	14	35
09	Leste de Roraima	Normandia	032	Xumina	Censo			79	53	132
09	Leste de Roraima	Pacaraima	033	Bala	Censo			36	24	60
09	Leste de Roraima	Uiramutã	034	São Luís	Censo			30	20	50
10	Manaus	Autazes	035	Pantaleão	Amostra	2	8	117	164	281
10	Manaus	Autazes	036	Trincheira	Censo			65	44	109
10	Manaus	Careiro	037	Juma	Censo			33	23	56

**ANEXO 2.1: Listagem de Aldeias/ Comunidades Selecionadas**  
**Macrorregião: Norte (Código 01)**

Código Identificador do DSEI	DSEI	Município	Código Identificador da Aldeia/ Comunidade	Aldeia/ Comunidade	Censo ou Amostra de Domicílios	1º Domicílio na Amostra	Incremento	Nº de Entrevistas Previstas		
								Mulheres de 14,0 a 49,9 anos	Crianças < 60 meses	Total
10	Manaus	Careiro da Várzea	038	Murutinga	Amostra	7	5	63	87	150
11	Médio Rio Purus	Lábrea	039	Decorá	Censo			19	13	32
12	Médio Rio Solimões e Afluentes	Alvarães	040	Marajá	Amostra	7	5	63	87	150
12	Médio Rio Solimões e Afluentes	Eirunepé	041	Jarinal	Censo			20	14	34
13	Parintins	Barreirinha	042	Nova Sateré	Censo			21	14	35
13	Parintins	Barreirinha	043	Simão I	Amostra	9	8	63	87	150
13	Parintins	Maués	044	São Bonifácio	Censo			15	10	25
14	Porto Velho	Aripuanã	045	Raimundo Tamalisyn	Censo			13	9	22
14	Porto Velho	Guajará-Mirim	046	Deolinda	Censo			21	14	35
14	Porto Velho	Guajará-Mirim	047	Lage	Censo			46	31	77
14	Porto Velho	Guajará-Mirim	048	Rio Negro Ocaia	Amostra	6	4	63	87	150
14	Porto Velho	Manicoré	049	Mafui	Censo			11	7	18
15	Rio Tapajós	Altamira	050	Kubenkokre	Amostra	3	6	67	93	160
15	Rio Tapajós	Altamira	051	Pykany	Amostra	8	5	63	87	150
15	Rio Tapajós	Jacareacanga	052	Fazendinha Rio Tapajós	Censo			11	8	19
15	Rio Tapajós	Jacareacanga	053	Restinga	Censo			18	12	30
16	Tocantins	Lagoa da Confusão	054	Boto Velho	Censo			30	20	50
16	Tocantins	Sandolândia	055	Barreira Branca	Censo			30	21	51

**ANEXO 2.1: Listagem de Aldeias/ Comunidades Seleccionadas  
Macrorregião: Norte (Código 01)**

Código Identificador do DSEI	DSEI	Município	Código Identificador da Aldeia/ Comunidade	Aldeia/ Comunidade	Censo ou Amostra de Domicílios	1º Domicílio na Amostra	Incremento	Nº de Entrevistas Previstas		
								Mulheres de 14,0 a 49,9 anos	Crianças < 60 meses	Total
16	Tocantins	Tocantínia	056	Cabeceira Verde	Censo			12	8	20
16	Tocantins	Tocantínia	057	Funil	Censo			38	26	64
16	Tocantins	Tocantínia	058	São Bento	Censo			14	10	24
17	Vale do Javari	Atalaia do Norte	059	Vida Nova	Censo			47	32	79
18	Vilhena	Comodoro	060	Nambikwara Central	Censo			21	14	35
19	Yanomami	Amajari	061	Auaris Posto	Censo			55	37	92
19	Yanomami	Amajari	062	Yekuana*	Censo			67	45	112
19	Yanomami	Barcelos	063	Waharu	Censo			18	12	30
19	Yanomami	Santa Isabel do Rio Negro	064	Yapahana	Censo			41	28	69
19	Yanomami	São Gabriel da Cachoeira	065	Maturacá	Amostra	4	2	63	87	150

**Macrorregião: Centro-Oeste (Código 02)**

Código Identificador do DSEI	DSEI	Município	Código Identificador da Aldeia/ Comunidade	Aldeia/ Comunidade	Censo ou Amostra de Domicílios	1º Domicílio na Amostra	Incremento	Nº de Entrevistas Previstas		
								Mulheres de 14,0 a 49,9 anos	Crianças < 60 meses	Total
20	Araguaia	Lagoa da Confusão	066	Macaúba	Censo			26	24	50
20	Araguaia	Rubiataba	067	Carreão	Censo			36	33	69
21	Cuiabá	Tangará da Serra	068	Kotitiko	Censo			26	24	50
22	Kaiapó do Mato Grosso	Peixoto de Azevedo	069	Kapot	Amostra	3	9	62	66	128
23	Mato Grosso do Sul	Amambaí	070	Amambaí	Amostra	1	3	224	235	459
23	Mato Grosso do Sul	Aquidauana	071	Bananal	Amostra	1	6	62	66	128
23	Mato Grosso do Sul	Caarapó	072	Caarapó	Amostra	8	9	134	141	275
23	Mato Grosso do Sul	Dourados	073	Bororó	Amostra	3	9	177	186	363
23	Mato Grosso do Sul	Dourados	074	Jaguapirú	Amostra	3	4	193	203	396
23	Mato Grosso do Sul	Japorã	075	Porto Lindo	Amostra	6	8	120	126	246
23	Mato Grosso do Sul	Laguna Carapã	076	Guaimbé	Amostra	5	4	62	66	128
23	Mato Grosso do Sul	Paranhos	077	Pirajuí	Amostra	5	9	66	69	135
24	Xavante	Campinápolis	078	São José	Censo			32	30	62
25	Xingu	Guatuba do Norte	079	Waurá	Censo			77	71	148

## Macrorregião: Nordeste (Código 03)

Código Identificador do DSEI	DSEI	Município	Código Identificador da Aldeia/ Comunidade	Aldeia/ Comunidade	Censo ou Amostra de Domicílios	1º Domicílio na Amostra	Incremento	Nº de Entrevistas Previstas		Total
								Mulheres de 14,0 a 49,9 anos	Crianças < 60 meses	
26	Alagoas e Sergipe	Inhapi	080	Roçado	Censo			89	48	137
26	Alagoas e Sergipe	Pariconha	081	Figueiredo	Censo			74	40	114
26	Alagoas e Sergipe	Porto da Folha	082	Ilha de São Pedro	Censo			90	48	138
26	Alagoas e Sergipe	São Sebastião	083	Plaki-Ô	Amostra	2	2	68	86	154
27	Bahia	Abaré	084	Nossa Senhora Da Conceição Pambú	Amostra	3	6	68	86	154
27	Bahia	Banzaê	085	Mirandela	Censo			82	44	126
27	Bahia	Ilhéus	086	Oliveira - Cidade	Amostra	9	6	68	86	154
27	Bahia	Santa Cruz Cabralia	087	Coroa Vermelha	Amostra	9	6	165	207	372
28	Ceará	Acaratú	088	Buriti	Censo			76	41	117
29	Maranhão	Arame	089	Patizal	Censo			16	8	24
29	Maranhão	Arame	090	Tauarizinho	Censo			25	14	39
29	Maranhão	Fernando Falcão	091	Escalvado	Amostra	8	2	68	86	154
29	Maranhão	Fernando Falcão	092	Porquinhos	Amostra	4	9	68	86	154
30	Pernambuco	Ibimirim	093	Baixa da Alexandra	Amostra	6	2	68	86	154
30	Pernambuco	Pesqueira	094	Brejinho	Censo			62	33	95
30	Pernambuco	Pesqueira	095	Cimbres	Amostra	2	7	68	86	154
30	Pernambuco	Pesqueira	096	Pesqueira	Amostra	2	7	68	86	154

## Macrorregião: Nordeste (Código 03)

Código Identificador do DSEI	DSEI	Município	Código Identificador da Aldeia/ Comunidade	Aldeia/ Comunidade	Censo ou Amostra de Domicílios	1º Domicílio na Amostra	Incremento	Nº de Entrevistas Previstas		
								Mulheres de 14,0 a 49,9 anos	Crianças < 60 meses	Total
30	Pernambuco	Pesqueira	097	Retiro	Censo			29	16	45
30	Pernambuco	Tacaratu	098	Espinheiro	Amostra	1	6	68	86	154
30	Pernambuco	Tacaratu	099	Gitó	Amostra	1	8	68	86	154
30	Pernambuco	Tupanatinga	100	Palmeira	Censo			21	11	32
31	Potiguara	Baía da Traição	101	São Francisco	Amostra	4	8	68	86	154
31	Potiguara	Marcação	102	Camurupim	Amostra	1	3	68	86	154

## Macrorregião: Sul/Sudeste (Código 04)

Código Identificador do DSEI	DSEI	Município	Código Identificador da Aldeia/ Comunidade	Aldeia/ Comunidade	Censo ou Amostra de Domicílios	1º Domicílio na Amostra	Incremento	Nº de Entrevistas Previstas		Total
								Mulheres de 14,0 a 49,9 anos	Crianças < 60 meses	
32	Minas Gerais e Espírito Santo	Aracruz	103	Caieiras Vélha	Amostra	6	6	69	89	158
32	Minas Gerais e Espírito Santo	Aracruz	104	Comboios	Amostra	3	6	69	89	158
32	Minas Gerais e Espírito Santo	Carmésia	105	Carmésia I	Amostra	9	5	69	89	158
32	Minas Gerais e Espírito Santo	Ladainha	106	Água Boa I	Censo			81	42	123
32	Minas Gerais e Espírito Santo	Martinhos Campos	107	Capão do Zezinho	Censo			73	38	111
32	Minas Gerais e Espírito Santo	Santa Helena Minas	108	Água Boa II	Amostra	9	4	69	89	158
32	Minas Gerais e Espírito Santo	São João das Missões	109	Brejo Mata Fome	Amostra	9	4	69	89	158
32	Minas Gerais e Espírito Santo	São João das Missões	110	Itapicuru	Amostra	3	5	69	89	158
32	Minas Gerais e Espírito Santo	São João das Missões	111	Rancharia	Amostra	1	9	69	89	158
32	Minas Gerais e Espírito Santo	São João das Missões	112	Sumaré	Amostra	6	7	69	89	158
33	Paraná	Londrina	113	Apucarantina	Amostra	3	2	69	89	158
33	Paraná	Nova Laranjeiras	114	Água Santa	Censo			31	16	47
34	Sul-Sudeste	Angra dos Reis	115	Sapukai	Censo			86	45	131
34	Sul-Sudeste	Barra do Ribeiro	116	Coxilha da Cruz	Censo			37	19	56
34	Sul-Sudeste	Caldas	117	Bela Vista	Censo			46	24	70
34	Sul-Sudeste	Chapecó	118	Kondá	Amostra	4	6	69	89	158
34	Sul-Sudeste	Constantina	119	Linha Capinzal (Serrinha)	Censo			69	36	105

## Macrorregião: Sul/Sudeste (Código 04)

Código Identificador do DSEI	DSEI	Município	Código Identificador da Aldeia/ Comunidade	Aldeia/ Comunidade	Censo ou Amostra de Domicílios	1º Domicílio na Amostra	Incremento	Nº de Entrevistas Previstas		
								Mulheres de 14,0 a 49,9 anos	Crianças < 60 meses	Total
34	Sul-Sudeste	Gramado dos Loureiros	120	Bananeira I	Censo			51	26	77
34	Sul-Sudeste	Ipuacú	121	Água Branca	Censo			67	35	102
34	Sul-Sudeste	Redentora	122	Bananeira	Amostra	3	4	69	89	158
34	Sul-Sudeste	Ubatuba	123	Boa Vista	Censo			46	24	70



## Preenchimento da Listagem de Domicílios

- 1) No item **Macrorregião**: registrar a macrorregião de localização atual da aldeia/comunidade (Norte, Centro-Oeste, Nordeste ou Sul/Sudeste).
- 2) No item **DSEI**: registrar o Distrito Sanitário Especial Indígena de localização da aldeia/comunidade.
- 3) No item **Aldeia/Comunidade**: registrar o nome da aldeia/ comunidade.
- 4) No item **1º Domicílio na Amostra**: registrar o número do primeiro domicílio cujos moradores deverão ser entrevistados. Este número está informado na Listagem de Aldeias/Comunidades Seleccionadas (Anexo 2.1).
- 5) No item **Incremento**: registrar o número de domicílios que serão somados ao número do último domicílio em que foram realizadas entrevistas para determinar o domicílio seguinte em que os moradores deverão ser entrevistados. Este valor está informado na Listagem de Aldeias/Comunidades Seleccionadas (Anexo 2.1).
- 6) No item **Nº de Ordem do Domicílio**: registrar seqüência numérica crescente a partir do número 0011, até se completar o número total de domicílios existentes na aldeia/ comunidade. Caso haja mais domicílios que os que podem ser registrados em uma primeira página, abra uma nova página e dê continuidade à seqüência numérica. Neste caso, preencha o cabeçalho da **Listagem de Domicílios** e indique no rodapé o número da página da seguinte forma: 1-n, 2-n, ..., n-n.
- 7) No item **Identificação do Domicílio**: registrar as características que melhor identifiquem o domicílio, ou seja, nome do entrevistado, descrição da construção, número em cadastro da FUNASA ou qualquer outra característica identificadora do domicílio.
- 8) No item **Desfecho da Entrevista no Domicílio**: registrar o número correspondente à opção quanto ao desfecho da entrevista no domicílio – (1) Domicílio entrevistado; (2) Domicílio não entrevistado (recusa); (3) Domicílio não entrevistado (fechado – moradores ausentes).
- 9) No item **Nº de entrevistas realizadas e não realizadas com – mulheres (14,0-49,0 anos) – SIM**: registrar o número de entrevistas realizadas com mulheres de 14,0 a 49,9 anos.
- 10) No item **Nº de entrevistas realizadas e não realizadas com – mulheres (14,0-49,9 anos) – NÃO**: registrar o número de entrevistas não realizadas com mulheres de 14,0 a 49,9 anos independente do motivo.
- 11) No item **Nº de entrevistas realizadas e não realizadas com – mulheres (14,0-49,9 anos) – TOTAL**: registrar o valor correspondente a soma de entrevistas realizadas e não realizadas com mulheres de 14,0 a 49,9 anos.
- 12) No item **Nº de entrevistas realizadas e não realizadas com – crianças (<60 meses) – SIM**: registrar o número de entrevistas realizadas com crianças < 60 meses.
- 13) No item **Nº de entrevistas realizadas e não realizadas com – crianças (<60 meses) – NÃO**: registrar o número de entrevistas não realizadas com crianças < 60 meses independente do motivo.
- 14) No item **Nº de entrevistas realizadas e não realizadas com – crianças (<60 meses) – TOTAL**: registrar o valor correspondente a soma de entrevistas realizadas e não realizadas com crianças < 60 meses.

## ANEXO 2.3: Instrumento de Acompanhamento da Situação das Aldeias/Comunidades

**INQUÉRITO NACIONAL DE SAÚDE E NUTRIÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS  
ACOMPANHAMENTO DA SITUAÇÃO DAS ALDEIAS/COMUNIDADES  
MACRORREGIÃO NORTE**

**Preenchimento do campo**

**“Quanto à realização da pesquisa na aldeia/comunidade:”**

1. Realizada
2. Realizada parcialmente
3. Não realizada: recusa das lideranças

4. Não realizada: conflitos no período de realização da pesquisa
5. Não realizada: acesso inviável por condições de clima, vias de transporte e/ou recursos financeiros
6. Não realizada: uso ocasional
7. Não realizada: não encontrada
8. Não realizada: outros

Código Identificador da Aldeia/ Comunidade	Aldeia/ Comunidade	DSEI	Situação da aldeia (por ocasião do trabalho de campo)				Quanto à realização da pesquisa na aldeia:	Observações
			Permanece	Inexistente	Mudou configuração	Mudou de localização geográfica		
001	Xingu	Altamira	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
002	Igarapé do Anjo	Alto Rio Jurua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
003	Nova Extrema	Alto Rio Jurua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
004	São Joaquim	Alto Rio Jurua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
005	São Joaquim - São Joaquim	Alto Rio Negro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
006	São Pedro - (Caruru-Tiquié)	Alto Rio Negro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
007	Vila Aparecida I(Pólo Yauaretê)	Alto Rio Negro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
008	Santo Antônio	Alto Rio Purus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
009	São José do Tacaquiri	Alto Rio Purus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
010	Tocimão	Alto Rio Purus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
011	Amaturá	Alto Rio Solimões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
012	Novo Porto Lima	Alto Rio Solimões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
013	Porto Cordeirinho	Alto Rio Solimões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
014	Nova Vila	Alto Rio Solimões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
015	Novo Paraíso	Alto Rio Solimões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
016	Santa Clara	Alto Rio Solimões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
017	São Joaquim	Alto Rio Solimões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
018	Vendaval	Alto Rio Solimões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
019	Bananal	Alto Rio Solimões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
020	Nova Extrema	Alto Rio Solimões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
021	Umariacú 1	Alto Rio Solimões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
022	Umariacú 2	Alto Rio Solimões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
023	Betânia	Amapá e Norte do Pará	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## ANEXO 2.3: Instrumento de Acompanhamento da Situação das Aldeias/Comunidades

**INQUÉRITO NACIONAL DE SAÚDE E NUTRIÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS  
ACOMPANHAMENTO DA SITUAÇÃO DAS ALDEIAS/COMUNIDADES  
MACRORREGIÃO NORTE**

**Preenchimento do campo**

**“Quanto à realização da pesquisa na aldeia/comunidade:”**

1. Realizada
2. Realizada parcialmente
3. Não realizada: recusa das lideranças

4. Não realizada: conflitos no período de realização da pesquisa
5. Não realizada: acesso inviável por condições de clima, vias de transporte e/ou recursos financeiros
6. Não realizada: uso ocasional
7. Não realizada: não encontrada
8. Não realizada: outros

Código Identificador da Aldeia/ Comunidade	Aldeia/ Comunidade	DSEI	Situação da aldeia (por ocasião do trabalho de campo)			Quanto à realização da pesquisa na aldeia:	Observações
			Permanece	Inexistente	Mudou configuração		
024	Kumarumã	Amapá E Norte do Pará	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
025	Katete	Guamá-Tocantins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
026	Kikretum	Kaiapó Do Pará	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
027	Bom Jesus	Leste De Roraima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
028	Wapum	Leste De Roraima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
029	Matiri	Leste De Roraima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
030	Olho D Água	Leste De Roraima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
031	Placa	Leste De Roraima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
032	Xumina	Leste De Roraima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
033	Bala	Leste De Roraima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
034	São Luís	Leste De Roraima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
035	Pantaleão	Manaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
036	Trincheira	Manaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
037	Juma	Manaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
038	Murutinga	Manaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
039	Decorá	Médio Rio Purus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
040	Marajá	Médio Rio Solimões e Afluentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
041	Jarinal	Médio Rio Solimões e Afluentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
042	Nova Sateré	Parintins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
043	Simão I	Parintins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
044	São Bonifácio	Parintins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
045	Raimundo Tamalisy	Porto Velho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
046	Deolinda	Porto Velho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
047	Lage	Porto Velho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## ANEXO 2.3: Instrumento de Acompanhamento da Situação das Aldeias/Comunidades

**INQUÉRITO NACIONAL DE SAÚDE E NUTRIÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS  
ACOMPANHAMENTO DA SITUAÇÃO DAS ALDEIAS/COMUNIDADES  
MACRORREGIÃO NORTE**

## Preenchimento do campo

## “Quanto à realização da pesquisa na aldeia/comunidade:”

1. Realizada
2. Realizada parcialmente
3. Não realizada: recusa das lideranças

4. Não realizada: conflitos no período de realização da pesquisa
5. Não realizada: acesso inviável por condições de clima, vias de transporte e/ou recursos financeiros
6. Não realizada: uso ocasional
7. Não realizada: não encontrada
8. Não realizada: outros

Código Identificador da Aldeia/ Comunidade	Aldeia/ Comunidade	DSEI	Situação da aldeia (por ocasião do trabalho de campo)				Quanto à realização da pesquisa na aldeia:	Observações
			Permanece	Inexistente	Mudou configuração	Mudou de localização geográfica		
048	Rio Negro Ocaia	Porto Velho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
049	Mafui	Porto Velho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
050	Kubenkokre	Rio Tapajós	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
051	Pykany	Rio Tapajós	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
052	Fazendinha Rio Tapajós	Rio Tapajós	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
053	Restinga	Rio Tapajós	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
054	Boto Velho	Tocantins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
055	Barreira Branca	Tocantins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
056	Cabeceira Verde	Tocantins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
057	Funil	Tocantins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
058	São Bento	Tocantins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
059	Vida Nova	Vale Do Javari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
060	Nambikwara Central	Vilhena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
061	Auaris Posto	Yanomami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
062	Yekuana*	Yanomami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
063	Waharu	Yanomami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
064	Yapahana	Yanomami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
065	Maturacá	Yanomami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## ANEXO 2.3: Instrumento de Acompanhamento da Situação das Aldeias/Comunidades

**INQUÉRITO NACIONAL DE SAÚDE E NUTRIÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS  
ACOMPANHAMENTO DA SITUAÇÃO DAS ALDEIAS/COMUNIDADES  
MACRORREGIÃO CENTRO-OESTE**

**Preenchimento do campo**  
**“Quanto à realização da pesquisa na aldeia/comunidade:”**  
 1. Realizada  
 2. Realizada parcialmente  
 3. Não realizada; recusa das lideranças  
 4. Não realizada: conflitos no período de realização da pesquisa  
 5. Não realizada: acesso inviável por condições de clima, vias de transporte e/ou recursos financeiros  
 6. Não realizada: uso ocasional  
 7. Não realizada: não encontrada  
 8. Não realizada: outros

Código Identificador da Aldeia/ Comunidade	Aldeia/ Comunidade	DSEI	Situação da aldeia (por ocasião do trabalho de campo)				Quanto à realização da pesquisa na aldeia:	Observações
			Permanece	Inexistente	Mudou configuração	Mudou de localização geográfica		
066	Macaúba	Araguaia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
067	Carretão	Araguaia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
068	Kotitiko	Cuiabá	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
069	Kapot	Kaipó do Mato Grosso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
070	Amambai	Mato Grosso do Sul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
071	Bananal	Mato Grosso do Sul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
072	Caarapó	Mato Grosso do Sul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
073	Bororó	Mato Grosso do Sul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
074	Jaguapirú	Mato Grosso do Sul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
075	Porto Lindo	Mato Grosso do Sul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
076	Guaimbé	Mato Grosso do Sul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
077	Pirajuí	Mato Grosso do Sul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
078	São José	Xavante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
079	Waurá	Xingu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**INQUÉRITO NACIONAL DE SAÚDE E NUTRIÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS  
ACOMPANHAMENTO DA SITUAÇÃO DAS ALDEIAS/COMUNIDADES  
MACRORREGIÃO NORDESTE**

**Preenchimento do campo**

“Quanto à realização da pesquisa na aldeia/comunidade:”

1. Realizada
2. Realizada parcialmente
3. Não realizada: recusa das lideranças

4. Não realizada: conflitos no período de realização da pesquisa
5. Não realizada: acesso inviável por condições de clima, vias de transporte e/ou recursos financeiros
6. Não realizada: uso ocasional
7. Não realizada: não encontrada
8. Não realizada: outros

Código Identificador da Aldeia/ Comunidade	Aldeia/ Comunidade	DSEI	Situação da aldeia (por ocasião do trabalho de campo)				Quanto à realização da pesquisa na aldeia:	Observações
			Permanece	Inexistente	Mudou configuração	Mudou de localização geográfica		
080	Roçado	Alagoas e Sergipe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
081	Figueiredo	Alagoas e Sergipe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
082	Ilha de São Pedro	Alagoas e Sergipe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
083	Plaki-Ô	Alagoas e Sergipe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
084	Nossa Senhora da Conceição Pambú	Bahia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
085	Mirandela	Bahia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
086	Oliveira - Cidade	Bahia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
087	Coroa Vermelha	Bahia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
088	Buriti	Ceará	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
089	Patizal	Maranhão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
090	Tauarizinho	Maranhão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
091	Escalvado	Maranhão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
092	Potquinhos	Maranhão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
093	Baixa da Alexandra	Pernambuco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
094	Brejinho	Pernambuco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
095	Cimbres	Pernambuco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
096	Pesqueira	Pernambuco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
097	Retiro	Pernambuco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
098	Espinheiro	Pernambuco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
099	Gritó	Pernambuco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
100	Palmeira	Pernambuco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
101	São Francisco	Potiguara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
102	Camurupim	Potiguara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## ANEXO 2.3: Instrumento de Acompanhamento da Situação das Aldeias/Comunidades

**INQUÉRITO NACIONAL DE SAÚDE E NUTRIÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS  
ACOMPANHAMENTO DA SITUAÇÃO DAS ALDEIAS/COMUNIDADES  
MACRORREGIÃO SUL/SUDESTE**

Preenchimento do campo

“Quanto à realização da pesquisa na aldeia/comunidade:”

1. Realizada
2. Realizada parcialmente
3. Não realizada: recusa das lideranças
4. Não realizada: conflitos no período de realização da pesquisa
5. Não realizada: acesso inviável por condições de clima, vias de transporte e/ou recursos financeiros
6. Não realizada: uso ocasional
7. Não realizada: não encontrada
8. Não realizada: outros

Código Identificador da Aldeia/ Comunidade	Aldeia/ Comunidade	DSEI	Situação da aldeia (por ocasião do trabalho de campo)			Quanto à realização da pesquisa na aldeia:	Observações
			Permanece	Inexistente	Mudou configuração		
103	Caiteiras Velha	Minas Gerais e Espírito Santo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
104	Comboios	Minas Gerais e Espírito Santo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
105	Carmésia I	Minas Gerais e Espírito Santo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
106	Água Boa I	Minas Gerais e Espírito Santo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
107	Capão do Zezinho	Minas Gerais e Espírito Santo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
108	Água Boa II	Minas Gerais e Espírito Santo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
109	Brejo Mata Fome	Minas Gerais e Espírito Santo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
110	Itapicuru	Minas Gerais e Espírito Santo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
111	Rancharia	Minas Gerais e Espírito Santo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
112	Sumaré	Minas Gerais e Espírito Santo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
113	Apucarantina	Paraná	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
114	Água Santa	Paraná	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
115	Sapukai	Sul-Sudeste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
116	Coxilha da Cruz	Sul-Sudeste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
117	Bela Vista	Sul-Sudeste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
118	Kondá	Sul-Sudeste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
119	Linha Capinzal (Serrinha)	Sul-Sudeste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
120	Bananeira I	Sul-Sudeste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
121	Água Branca	Sul-Sudeste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
122	Bananeira	Sul-Sudeste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
123	Boa Vista	Sul-Sudeste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## Instruções de Preenchimento

No item **Situação da aldeia/comunidade (por ocasião do trabalho de campo)**:

- **Aldeia/Comunidade Originalmente Seleccionada Permanece**: registrar 1 (=Sim) se a aldeia/ comunidade não mudou de localização geográfica, não se dividiu e não se uniu a outra(s) aldeias/ comunidades. Caso uma destas condições não seja confirmada, registrar 2 (=Não).
- **Aldeia/Comunidade Originalmente Seleccionada Inexistente**: registrar 1 (=Sim) se a população da aldeia/ comunidade se dispersou e no período de realização do trabalho de campo não forma mais uma aldeia/ comunidade. Caso a aldeia/ comunidade exista (mesmo que a população permaneça parcialmente aldeada), registrar 2 (=Não).
- **Aldeia/Comunidade Originalmente Seleccionada Mudou configuração**: registrar 1 (=Sim) se a população da aldeia/ comunidade se dividiu em uma ou mais aldeias/ comunidades ou se juntou com outra. Se a população da aldeia/ comunidade não se dividiu ou não se juntou preencher o campo com 2 (=Não).
- **Aldeia/Comunidade Originalmente Seleccionada Mudou de Localização Geográfica**: registrar 1 (=Sim) se a aldeia/ comunidade mudou-se para outro DSEI diferente do indicado na segunda coluna do Instrumento de Acompanhamento do Trabalho de Campo. Neste caso o DSEI de localização atual da aldeia/ comunidade deve ser especificado no campo observações. Caso a aldeia/ comunidade permaneça na mesma localidade, registrar 2 (=Não).

No item **Quanto à realização da pesquisa na aldeia/comunidade**:

1. **Realizada**: registrar 1 se a pesquisa foi realizada na aldeia/ comunidade.
2. **Realizada parcialmente**: registrar 2 se a pesquisa foi realizada somente parcialmente, ou seja, em uma das partes devido à divisão da aldeia/ comunidade.
3. **Não realizada: recusa das lideranças**: registrar 3 se a pesquisa não foi realizada na aldeia/ comunidade por causa de recusa das lideranças indígenas.
4. **Não realizada: conflitos no período de realização da pesquisa**: registrar 4 se a pesquisa não foi realizada na aldeia/ comunidade por causa de conflitos no período de realização da pesquisa que ameacem a segurança da equipe de trabalho de campo.
5. **Não realizada: acesso inviável por condições de clima, vias de transporte e/ou recursos financeiros**: registrar 5 se a pesquisa não foi realizada na aldeia/ comunidade por causa de problemas relacionados ao acesso (condições climáticas, vias de transporte etc.) e/ou a limitação de recursos financeiros.
6. **Não realizada: uso ocasional**: registrar 6 se a pesquisa não foi realizada na aldeia/ comunidade por que esta é habitada ocasionalmente e sua população é muito instável.
7. **Não realizada: não encontrada**: registrar 7 se a pesquisa não foi realizada por que a aldeia/ comunidade não foi encontrada (exemplo: a população se dispersou, a aldeia/ comunidade mudou-se e não há referências da nova localização etc.). Caso a aldeia/ comunidade tenha se mudado e a nova localização seja conhecida, a equipe de trabalho de campo deve deslocar-se para a nova localização e realizar as entrevistas.
8. **Não realizada: outras**: registrar 8 se a pesquisa não foi realizada por outras razões diferentes das previstas anteriormente. Neste caso a razão de não realização da pesquisa deve ser especificada no campo observações.

No item **Observações** registrar todas as informações necessárias para esclarecer as modificações ocorridas ou situações não previstas neste instrutivo.

# Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

## Capítulo III

### Preenchimento do Caderno 1 – Aldeia/Comunidade

#### 3.1. Introdução

3.1.1. O Caderno 1 – Aldeia/Comunidade tem por objetivo realizar uma caracterização geral da aldeia/comunidade e será o primeiro questionário aplicado na aldeia/comunidade selecionada para o Inquérito. Este procedimento ajudará na caracterização da aldeia/comunidade e na compreensão de fatos importantes para a realização das próximas entrevistas. Deverá ser entrevistada uma pessoa com boa capacidade de compreensão e comunicação e com conhecimento amplo das condições de produção e consumo de alimentos nos níveis comunitário e doméstico. Liderança indígena, chefe de posto da FUNAI ou professor de escola indígena são exemplos de pessoas que podem vir a ser entrevistadas. Eventualmente, alguns itens poderão ser respondidos por mais de um informante. Para os itens referentes a programas governamentais e não-governamentais relacionados à oferta e produção de alimentos, poderão ser consultados documentos, caso estejam disponíveis.

#### 3.2. Definições operacionais

Para os fins deste Inquérito, define-se “aldeia/comunidade” como sendo o conjunto de domicílios que corresponde à respectiva “aldeia” no registro da FUNASA e que foi selecionada para ser investigada. É possível que, em alguns casos, os domicílios que componham a aldeia/comunidade estejam geograficamente dispersos.

Define-se “domicílio” como sendo a estrutura arquitetônica na qual convive um conjunto de pessoas (minimamente, um ‘teto’). No caso de aldeias/comunidades em que a população toda reside sob uma única estrutura coletiva, a definição de domicílio dar-se-á com base na identificação dos grupos de pessoas que dividem uma mesma cozinha ou “fogo”.

Define-se “produção coletiva” como sendo atividades de plantação, criação, coleta, pesca ou caça nas quais o trabalho é realizado conjuntamente e os produtos compartilhados entre os membros de vários grupos domésticos da aldeia/comunidade. A produção coletiva pode ser organizada e/ou custeada por agências (por exemplo: FUNAI) ou por lideranças da aldeia/comunidade.

Define-se “produção doméstica” como sendo atividades nas quais o trabalho é realizado e os produtos consumidos somente por membros de um ou poucos grupos domésticos. Em certos casos, produção doméstica poderia ser descrita como particular, domiciliar ou familiar (nuclear ou extensa).

A distinção entre produção coletiva e doméstica pode não ser muito clara em algumas situações. Isto pode acontecer particularmente em aldeias/comunidades pequenas nas quais o grupo doméstico e a comunidade são sinônimos. Neste caso, observar as instruções específicas indicadas ao longo deste Instrutivo.

### 3.3. Instruções de preenchimento

**Capa do Caderno:** preencher até o item 6.

**Nome da aldeia/comunidade:** anote o nome da aldeia/comunidade que se encontra na Listagem de Aldeias/Comunidades Seleccionadas (Anexo 2.1). Se o nome de aldeia/comunidade fornecido pelo entrevistado (nome comum) for diferente do nome indicado na Listagem de Aldeias/Comunidades Seleccionadas, anote o nome da aldeia/comunidade segundo consta nesta listagem, seguido pelo nome comum entre parênteses.

1. **Macrorregião:** anote o nome da macrorregião e registre o respectivo código: Norte (1); Centro-Oeste (2); Nordeste (3); e Sul-Sudeste (4).
2. **DSEI:** anote o nome do DSEI ao qual a aldeia/comunidade pertence e registre o código correspondente. Para anotar o nome do DSEI e registrar o código, o pesquisador deverá consultar a Listagem de Aldeias/Comunidades Seleccionadas (Anexo 2.1).
3. **Número da aldeia/comunidade:** registre o código identificador da aldeia/comunidade. O número de registro se encontra na Listagem de Aldeias/Comunidades Seleccionadas (Anexo 2.1).
4. **Data da entrevista:** registre a data da entrevista, indicando dia, mês e ano (com 4 dígitos) de sua realização.
5. **Entrevistador:** anote o nome e registre o respectivo código do pesquisador que realizou a entrevista. Todos os pesquisadores cadastrados pela ABRASCO no Inquérito possuem um código de identificação, que corresponde aos quatro últimos números de seu CPF (por exemplo, se o CPF for 297.333.751-20, o código é 5120).
6. **Supervisor:** anote o nome e registre o respectivo código do supervisor da equipe de campo. Todos os supervisores cadastrados pela ABRASCO no Inquérito possuem um código de identificação, que corresponde aos quatro últimos números de seu CPF (por exemplo, se o CPF for 182.444.541-87, o código é 4187).

**Corpo do Caderno:** preencher os itens que compõem o Caderno. Terminado o preenchimento do Caderno, os respectivos códigos (coluna da direita) deverão ser preenchidos pelo entrevistador no próprio dia da entrevista e verificado pelo supervisor se houve perda ou erro de preenchimento. Os itens com problemas deverão ser revistos no dia seguinte.

Os itens 7 a 10 destinam-se a caracterizar o perfil da pessoa entrevistada e, quando for o caso, da pessoa que atuou como tradutor.

**Nome do entrevistado principal e posição ou cargo:** anote o nome e posição ou cargo (por exemplo: liderança da aldeia/comunidade, chefe de posto da FUNAI, professor de escola indígena etc.) da pessoa que foi entrevistada. É possível que, em algumas situações, seja necessário entrevistar diferentes pessoas para o pleno preenchimento do Caderno 1 – Aldeia/Comunidade. Neste caso, anote o nome e posição ou cargo do principal respondente.

7. **Data de nascimento:** registre a data de nascimento do entrevistado principal, indicando dia, mês e ano (com 4 dígitos).
8. **Idade (anos) (Só se não souber a data de nascimento):** registre a idade em anos do entrevistado principal. Este item só necessita ser anotado se a data de nascimento não tiver sido informada.
9. **Sexo:** marque a opção correspondente ao sexo do entrevistado principal – “(1) M” para masculino ou “(2) F” para feminino.
10. **A entrevista foi feita com tradutor?** Marque se a entrevista foi feita com a participação de tradutor – (1) Sim ou (2) Não.
  - 10.1 **SE SIM, quem foi o tradutor?** Caso a entrevista tenha sido feita com a participação de tradutor, marque quem foi. Caso mais de uma pessoa tenha ajudado na tradução, identifique o tradutor principal. Marque somente uma opção –
    - (1) Agente indígena de saúde
    - (2) Professor
    - (3) Missionário
    - (4) Outro

Os itens 11 a 18 visam identificar se há produção coletiva e doméstica de alimentos na aldeia/comunidade e, caso sim, caracterizar os produtos e seus destinos mais prevalentes. No caso de roça ou plantação nas quais as categorias produção coletiva e produção doméstica se apliquem igualmente (por exemplo, uma aldeia/comunidade pequena, onde todos trabalham e produzem em uma mesma roça), a opção deve ser coletiva (itens 11 a 12). Neste caso, preencha os itens 11 a 12, deixe em branco os itens 13 a 14 e siga para o item 15.

11. **Na sua aldeia/comunidade, existem roças ou plantações coletivas, ou seja, que são cuidadas por vários grupos domésticos, que dividem o trabalho e o produto?** Este item visa identificar se na aldeia/comunidade há roças ou plantações coletivas, segundo a definição indicada anteriormente. Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.

**SE SIM, quais são os principais produtos cultivados coletivamente?** Se houver roças ou plantações coletivas, responda os itens 11.1 a 11.5.1. Marque se há cultivo de cada um dos seguintes produtos nas roças coletivas.

11.1 **Arroz:** há cultivo coletivo de arroz? Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.

11.2 **Feijão:** há cultivo coletivo de feijão? Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.

11.3 **Milho:** há cultivo coletivo de milho? Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.

11.4 **Mandioca, macaxeira e aipim:** há cultivo coletivo de mandioca, macaxeira, aipim? Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.

11.5 **Outros:** há cultivo coletivo de outros produtos que não sejam arroz, feijão, milho ou mandioca, macaxeira e aipim? Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.

11.5.1 **SE OUTROS, quais?** No caso de “outros”, indicar quais são.

12. **O que é feito com a maior parte dos produtos cultivados coletivamente na sua aldeia/comunidade?** Este item somente deve ser respondido caso haja roças ou plantações coletivas. O interesse é caracterizar o destino da produção em termos gerais. Marque somente uma opção –

(1) São predominantemente consumidos internamente pela própria aldeia/comunidade.

(2) São predominantemente vendidos fora da aldeia/comunidade.

(3) São igualmente vendidos fora da aldeia/comunidade e consumidos internamente.

(4) Outro.

(9) IGN

Os itens 13 a 14 somente devem ser respondidos caso haja roças ou plantações domésticas, segundo a definição de produção doméstica indicada anteriormente.

13. **Na sua aldeia/comunidade, os grupos domésticos têm roças ou plantações?** Este item visa identificar se na aldeia/comunidade há roças ou plantações domésticas, segundo a definição indicada anteriormente. Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.

**SE SIM, quais são os principais produtos cultivados pelos grupos domésticos?** Se houver roças ou plantações domésticas, responda os itens 13.1 a 13.5.1. Marque se há cultivo de cada um dos seguintes produtos nas roças domésticas.

13.1 **Arroz:** há cultivo doméstico de arroz? Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.

13.2 **Feijão:** há cultivo doméstico de feijão? Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.

13.3 **Milho:** há cultivo doméstico de milho? Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.

13.4 **Mandioca, macaxeira e aipim:** há cultivo doméstico de mandioca, macaxeira e aipim? Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.

13.5 **Outros:** há cultivo doméstico de outros produtos que não sejam arroz, feijão, milho, mandioca, macaxeira e aipim? Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.

13.5.1 **SE OUTROS, quais?** No caso de “outros”, indicar quais são.

14. **O que é feito com a maior parte dos produtos cultivados pelos grupos domésticos de sua aldeia/comunidade?** Este item somente deve ser respondido caso haja roças ou plantações domésticas. O interesse é caracterizar o destino da produção em termos gerais. Marque somente uma opção
- (1) São predominantemente consumidos pelo grupo doméstico.
  - (2) São predominantemente vendidos (a venda dos produtos poderá ser feita interna ou externamente à aldeia/comunidade).
  - (3) São igualmente vendidos e consumidos (a venda dos produtos poderá ser feita interna ou externamente à aldeia/comunidade).
  - (4) Outro (por exemplo, troca de produtos com outras pessoas ou grupos).
  - (9) IGN

Os itens 15 a 16 somente devem ser respondidos caso haja criação coletiva de animais, segundo a definição de produção coletiva indicada anteriormente. No caso de criação na qual as categorias produção coletiva e produção doméstica se apliquem igualmente (por exemplo, uma aldeia/comunidade pequena, onde todos trabalham conjuntamente na criação), a opção deve ser coletiva (itens 15 a 16). Neste caso, preencha os itens 15 a 16, deixe em branco os itens 17 a 18 e siga para o item 19.

15. **Na sua aldeia/comunidade, existe criação coletiva de animais, ou seja, criação de animais que é cuidada pelos vários grupos domésticos que dividem o trabalho e o produto?** Este item visa identificar se há criação coletiva, segundo a definição anterior, na aldeia/comunidade. Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.

**SE SIM, quais são os principais animais criados coletivamente?** Se houver criação coletiva, responda os itens 15.1 a 15.6.1. Marque se há criação de cada tipo de animal.

15.1 **Porco:** há criação coletiva de porco? Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.

15.2 **Galinha/pato/peru:** há criação coletiva de galinha, pato ou peru? Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.

15.3 **Boi/vaca:** há criação coletiva de boi/vaca? Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.

15.4 **Peixe:** há criação coletiva de peixe? Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.

15.5 **Cabra/bode/ovelha:** há criação coletiva de cabra, bode ou ovelha? Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN .

15.6 **Outros:** há criação coletiva de outros animais que não sejam porco, galinha, pato, peru, boi, vaca, peixe, cabra, bode ou ovelha? Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.

15.6.1 **SE OUTROS, quais?** No caso de “outros”, indicar quais são.

16. **O que é feito com a maior parte dos animais (e/ou seus produtos: leite, carne etc.) criados coletivamente na sua aldeia/comunidade?** Este item somente deve ser respondido caso haja criação coletiva. O interesse é caracterizar o destino da produção em termos gerais. Considere não somente os produtos primários (os próprios animais ou carne etc.), assim como os secundários (lingüiça, charque etc.). Marque somente uma opção –
- (1) São predominantemente consumidos internamente pela própria aldeia/comunidade.
  - (2) São predominantemente vendidos fora da aldeia/comunidade.
  - (3) São igualmente vendidos fora da aldeia/comunidade e consumidos internamente.
  - (4) Outro.
  - (9) IGN

Os itens 17.1 a 18 somente devem ser respondidos caso haja criação doméstica de animais, segundo a definição de produção doméstica indicada anteriormente.

17. **Na sua aldeia/comunidade, os grupos domésticos têm criação de animais?** Este item visa identificar se há criação doméstica, segundo a definição indicada anteriormente, na aldeia/comunidade. Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.

**SE SIM, quais são os principais animais criados pelos grupos domésticos?** Se houver criação doméstica, responda os itens 17.1 a 17.6.1. Marque se há criação de cada tipo de animal.

17.1 **Porco:** há criação doméstica de porco? Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.

17.2 **Galinha/pato/peru:** há criação doméstica de galinha, pato ou peru? Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.

17.3 **Boi/vaca:** há criação doméstica de boi ou vaca? Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.

17.4 **Peixe:** há criação doméstica de peixe? Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.

17.5 **Cabra/bode/ovelha:** há criação doméstica de cabra, bode ou ovelha? Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.

17.6 **Outros:** há criação doméstica de outros animais que não sejam porco, galinha, pato, peru, boi, vaca, peixe, cabra, bode ou ovelha? Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.

17.6.1 **SE OUTROS, quais?** No caso de “outros”, indicar quais são.

18. **O que é feito com a maior parte dos animais (e/ou seus produtos: leite, carne etc.) criados pelos grupos domésticos de sua aldeia/comunidade?** Este item somente deve ser respondido caso haja criação doméstica. O interesse é caracterizar o destino da produção em termos gerais. Considere não somente os produtos primários (os próprios animais ou carne etc.), assim como os secundários (lingüiça, charque etc.). Marque somente uma opção –
- (1) São predominantemente consumidos pelo grupo doméstico.
  - (2) São predominantemente vendidos (a venda dos produtos poderá ser feita interna ou externamente à aldeia/comunidade).
  - (3) São igualmente vendidos e consumidos (a venda dos produtos poderá ser feita interna ou externamente à aldeia/comunidade).
  - (4) Outro (por exemplo, troca de produtos com outras pessoas ou grupos).
  - (9) IGN

Os itens 19 a 21 visam identificar se, em geral, as pessoas que residem na aldeia/comunidade costumam obter alimentos localmente produzidos, oriundos de fontes como caça, pesca e/ou coleta.

19. **Os grupos domésticos de sua aldeia/comunidade costumam: caçar para comer:** Marque se as pessoas geralmente costumam obter alimentos a partir de atividades de caça. Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.
20. **Os grupos domésticos de sua aldeia/comunidade costumam: pescar para comer:** Marque se as pessoas geralmente costumam obter alimentos a partir de atividades de pesca. Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.
21. **Os grupos domésticos de sua aldeia/comunidade costumam: coletar para comer:** Marque se as pessoas geralmente costumam obter alimentos a partir de atividades de coleta (como mel, palmito, castanhas, frutas, raízes, insetos etc.). Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.

Os itens 22 a 23 visam caracterizar a percepção quanto à abundância/fartura/sobra ou falta/escassez de alimentos na aldeia/comunidade ao longo do ano.

22. **Na sua aldeia/comunidade, existe uma época do ano quando muitas pessoas sentem falta de alimentos, ou seja, falta comida?** Este item visa caracterizar a percepção do entrevistado quanto à falta de comida em algum período do ano na aldeia/comunidade. O objetivo não é caracterizar quanto à falta de itens alimentares específicos, mas do conjunto da alimentação. Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.

**SE SIM, entre quais meses do ano isto normalmente acontece?** Se houver referência quanto à falta de comida em algum período, registre qual (mês de início e mês de fim).

22.1 **Mês de início:** registre o número do mês correspondente (01 para janeiro, 02 para fevereiro e assim por diante) quando começa a falta de comida.

22.2 **Mês de fim:** registre o número do mês correspondente (01 para janeiro, 02 para fevereiro e assim por diante) quando termina a falta de comida.

23. **Na sua aldeia/comunidade, existe uma época do ano quando sobram alimentos, ou seja, há muita comida?** Este item visa caracterizar a percepção do entrevistado quanto à sobra/abundância de comida em algum período do ano na aldeia/comunidade. O objetivo não é caracterizar quanto à sobra/abundância de itens alimentares específicos, mas do conjunto da alimentação. Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.

**SE SIM, entre quais meses do ano isto normalmente acontece?** Se houver referência quanto à sobra/abundância de comida em algum período, registre qual (mês de início e mês de fim).

23.1. **Mês de início:** registre o número do mês correspondente (01 para janeiro, 02 para fevereiro e assim por diante) quando começa a sobra de comida.

23.2. **Mês de fim:** registre o número do mês correspondente (01 para janeiro, 02 para fevereiro e assim por diante) quando termina a sobra de comida.

Os itens 24 a 28 visam caracterizar acesso da aldeia/comunidade a programas e/ou benefícios governamentais.

**Indique os programas governamentais aos quais a sua aldeia/comunidade teve acesso nos últimos 3 anos:** Marque, para cada programa, se teve acesso nos últimos 3 anos.

24. **Carteira Indígena:** teve acesso nos últimos 3 anos a financiamento de projetos através da Carteira Indígena (Programa de Segurança Alimentar e Desenvolvimento Sustentável em Comunidades Indígenas do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e do Ministério do Meio Ambiente)? Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.
25. **Projeto Iniciativas Comunitárias em Saúde Indígena (VIGISUS:B3):** teve acesso nos últimos 3 anos a financiamento através do Projeto Iniciativas Comunitárias em Saúde Indígena (VIGISUS: B3), gerenciado pela FUNASA? Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.
26. **Merenda Escolar Indígena:** teve acesso nos últimos 3 anos a alimentos através de merenda escolar indígena? Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.
27. **Programa de Aquisição de Alimentos:** teve acesso nos últimos 3 anos a alimentos adquiridos com recursos do Programa de Aquisição de Alimentos (PAA) do Fome Zero, coordenado pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome? Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.
28. **Outros:** teve acesso nos últimos 3 anos a alimentos através de outros programas governamentais que não os listados acima? Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.

Os itens 29 a 29.4 objetivam caracterizar se houve na aldeia/comunidade alguma atividade de apoio comunitário ao desenvolvimento, sustentabilidade e/ou assistência promovida por organizações não públicas (ONGs, igrejas, missões etc.).

**29. Houve alguma atividade de apoio comunitário ao desenvolvimento, sustentabilidade e/ou assistência promovida por organizações como ONGs, missões e pastorais em sua aldeia/comunidade nos últimos 3 anos?** Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.

**SE SIM, quais?** Se houve atividade de apoio por organizações como ONGs, missões e pastorais, responda os itens 29.1 a 29.4. Marque se houve atividade promovida por cada uma das seguintes organizações ou tipo de organização.

29.1. **Pastoral da Criança:** houve alguma atividade da Pastoral da Criança, que é uma organização de ação social ligada à Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), da Igreja Católica? Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.

29.2. **Organização não-governamental (ONG):** houve alguma atividade de organização não-governamental (ONG)? Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.

29.3. **Missão religiosa:** houve alguma atividade de missão religiosa? Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.

29.4. **Outras:** Houve alguma atividade de organização que não a Pastoral da Criança, organização não-governamental (ONG) ou missão religiosa? Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.

Os itens 30 a 32 visam caracterizar a população da aldeia/comunidade. As respostas devem ser obtidas de registros secundários, como listagens da FUNAI, da FUNASA ou de missões religiosas. Podem ser também derivadas de censo realizado pela equipe de pesquisa.

30. **No. total de moradores, independente de sexo e idade:** registre o número total de habitantes da aldeia/comunidade, independente de sexo e idade.
31. **No. de mulheres entre 14,0 e 49,9 anos (com ou sem filhos):** registre o número total de mulheres entre 14,0 e 49,9 anos (com ou sem filhos).
32. **No. de crianças < 60 meses:** registre o número total de crianças < 60 meses.
33. **A aldeia/comunidade é classificada como:** deve ser consultada a Listagem de Aldeias/Comunidades Seleccionadas (Anexo 2.1) para verificar se aldeia/ comunidade será investigada através de censo (todos os domicílios a serem investigados) ou amostra (parcela dos domicílios a serem investigados). A classificação de censo ou amostra no Anexo 2.1 deriva de dados populacionais referentes a junho de 2008, de modo que pode ter havido modificação no tamanho da população por ocasião do trabalho de campo.

Para fins de operacionalização do trabalho de campo, uma vez definida como censo na Listagem de Aldeias/Comunidades Seleccionadas, a aldeia deverá ser investigada como censo, a não ser que a população tenha sofrido drástico incremento que dificulte sobremaneira a pesquisa em todos os domicílios. No caso de drástico incremento de população que dificulte a realização do censo de domicílios em aldeias classificadas como censo no Anexo 2.1, a equipe de campo deverá contatar a Coordenação do Inquérito, que procederá novo cálculo de amostra. Em uma situação na qual seja impossível contatar a Coordenação, deverá ser feito um esforço para realização do censo, conforme anteriormente previsto.

Uma vez definida como amostra na Listagem de Aldeias/Comunidades Seleccionadas, a aldeia deverá, a princípio, ser investigada como amostra. Caso a soma de mulheres entre 14,0 e 49,9 anos (com ou sem filhos) e de crianças < 60 meses no momento da pesquisa seja menor ou igual a 150 pessoas (soma dos itens 31 e 32 do Caderno 1  $\leq$  150), deverá ser realizado um censo de domicílios (e não amostra). Em caso de dúvida, a equipe de campo deverá contatar a Coordenação do Inquérito.

(1) **censo.** No caso de aldeia/comunidade classificada como censo, a equipe deverá aplicar os Cadernos 2, 3 e 4 em todos os domicílios da aldeia/comunidade.

(2) **amostra.** No caso de aldeia/comunidade classificada como amostra, deverão se aplicados os Cadernos 2, 3 e 4 somente nos domicílios selecionados.

# Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

## Capítulo IV

### PREENCHIMENTO DO CADERNO 2 – DOMICÍLIO

#### 4.1. Introdução

- 4.1.1. O Caderno 2 – Domicílio tem por objetivo realizar uma caracterização do domicílio. Deverá ser entrevistada uma pessoa com boa capacidade de compreensão e comunicação e com conhecimento amplo dos aspectos demográficos, físicos e sanitários do domicílio, assim como da parte relativa à produção e consumo de alimentos pelos moradores. Eventualmente, alguns itens poderão ser respondidos por mais de um informante.

#### 4.2. Definições operacionais

4.2.1. Para os fins deste Inquérito, define-se domicílio como sendo a estrutura arquitetônica na qual convive um conjunto de pessoas (minimamente, um “teto”). No caso de aldeias em que a população toda reside sob uma única estrutura coletiva, a definição de domicílio dar-se-á com base na identificação dos grupos de pessoas que dividem uma mesma “cozinha” ou “fogo”.

#### 4.3 Instruções de preenchimento

**Capa do Caderno:** preencher até o item 5.

**Macrorregião:** anote o nome da macrorregião: Norte, Centro-Oeste, Nordeste e Sul-Sudeste. O nome da macrorregião deve ser o mesmo indicado no Caderno 1 – Aldeia/ Comunidade.

**DSEI:** anote o nome do DSEI ao qual a aldeia/comunidade pertence. Para anotar o nome do DSEI, o pesquisador deverá consultar a Listagem de Aldeias/ Comunidades Seleccionadas (Anexo 2.1). O nome do DSEI deve ser o mesmo indicado no Caderno 1 – Aldeia/Comunidade referente a esta aldeia/ comunidade.

**Nome da aldeia/comunidade:** anote o nome da aldeia/comunidade que se encontra na Listagem de Aldeias/ Comunidades Seleccionadas (Anexo 2.1). Se o nome de aldeia fornecido pelo entrevistado (nome comum) for diferente do nome indicado no Anexo 2.1, anote o nome da aldeia/comunidade segundo este Anexo, seguido pelo nome comum entre parênteses.

1. **Número da aldeia/comunidade:** registre o código da aldeia/comunidade. O número de registro se encontra na a Listagem de Aldeias/ Comunidades Seleccionadas (Anexo 2.1). O número deve ser o mesmo indicado no Caderno 1 – Aldeia/Comunidade referente a esta aldeia/ comunidade. Registre com três dígitos.
2. **Número do domicílio:** registre o número do domicílio, que se refere ao Número de Ordem do Domicílio indicado na Listagem de Domicílios referente a esta aldeia/comunidade (Anexo 2.2). Registre com quatro dígitos.
3. **Data da entrevista:** registre a data da entrevista, indicando dia, mês e ano (com 4 dígitos) de sua realização.
4. **Entrevistador:** anote o nome e registre o respectivo código do pesquisador que realizou a entrevista. Todos os pesquisadores cadastrados pela ABRASCO no Inquérito possuem um código de identificação, que corresponde aos quatro últimos números de seu CPF (por exemplo, se o CPF for 297.333.751-20, o código é 5120).
5. **Supervisor:** anote o nome e registre o respectivo código do supervisor da equipe de campo. Todos os supervisores cadastrados pela ABRASCO no Inquérito possuem um código de identificação, que corresponde aos quatro últimos números de seu CPF (por exemplo, se o CPF for 182.444.541-87, o código é 4187).

**Corpo do Caderno:** preencher os itens que compõem o Caderno. Terminado o preenchimento do Caderno, os respectivos códigos (coluna da direita) deverão ser preenchidos pelo entrevistador no próprio dia da entrevista e verificado pelo supervisor se houve perda ou erro de preenchimento. Os itens com problemas deverão ser revistos no dia seguinte.

Os itens 6 a 10.1 destinam-se a caracterizar o perfil da pessoa entrevistada e, quando for o caso, da pessoa que atuou como tradutor.

Se por alguma razão não foi possível realizar a entrevista no domicílio (por motivo de recusa ou ausência), siga para o item 82, tentando obter os dados sobre a composição da família com outro informante. Os dados de identificação do informante devem ser registrados no espaço destinado a “Anotações Gerais” do Caderno 2 – Domicílio.

**Nome do entrevistado principal/ posição no domicílio:** anote o nome e posição (por exemplo: principal responsável, esposa do responsável etc.) da pessoa que foi entrevistada. É possível que, em algumas situações, mais de uma pessoa participe da entrevista, sobretudo se realizada no próprio domicílio. Neste caso, anote o nome e posição do principal respondente.

6. **Data de nascimento:** registre a data de nascimento do entrevistado principal indicando dia, mês e ano (com 4 dígitos). Procure obter informações sobre a data de nascimento em documentos fornecidos pelo entrevistado.
7. **Idade (anos) (Só se não souber a data de nascimento):** registre a idade em anos do entrevistado principal. Este item só necessita ser anotado se a data de nascimento não tiver sido informada. Se não for possível identificar a data de nascimento ou idade, estime a idade aparente.
8. **Sexo:** marque a opção correspondente ao sexo do entrevistado principal – (1) M para masculino ou (2) F para feminino.

9. **Indígena:** marque se o entrevistado principal se auto-declara indígena – (1) Sim ou (2) Não.
10. **A entrevista foi feita com tradutor?** Marque se a entrevista foi feita com a participação de tradutor – (1) Sim ou (2) Não.
- 10.1 **SE SIM, quem foi o tradutor?** Caso a entrevista tenha sido feita com a participação de tradutor, marque quem foi. Caso mais de uma pessoa tenha ajudado na tradução, identifique o tradutor principal. Marque somente uma opção –
- (1) Agente indígena de saúde
  - (2) Professor
  - (3) Missionário
  - (4) Outro

Os itens 11 a 26 visam identificar as características do domicílio.

11. **Tipo de piso:** pergunte/identifique o tipo de piso predominante no domicílio que você está pesquisando. Marque somente uma opção. Em situações onde não é possível determinar a predominância, marque a categoria de melhor nível (por exemplo, cimento ao invés de chão de terra) –
- (1) Chão de terra: para pisos de terra ou adobe.
  - (2) Madeira: para pisos de taco, tábuas, tapume ou qualquer outro tipo de madeira.
  - (3) Cerâmica: para pisos revestidos de ladrilho/azulejo ou lajota.
  - (4) Cimento: para pisos de cimento aparente (tingido ou não).
  - (5) Outro: para pisos feitos com outros tipos de materiais que não se enquadrem nas categorias anteriores.
  - (9) IGN
12. **Tipo de parede:** pergunte/identifique o tipo de parede predominante no domicílio que você está pesquisando. Marque somente uma opção. Em situações onde não é possível determinar a predominância, marque a categoria de melhor nível (por exemplo, tijolo ao invés de lona/plástico) –
- (1) Palha: para paredes feitas de sapé, folha ou casca.
  - (2) Madeira: para paredes de qualquer tipo de madeira.
  - (3) Tijolo: para paredes de tijolo, sendo válido qualquer tipo (maciço, manual, furado) fabricado de argila ou cimento.
  - (4) Taipa/barro: para paredes feitas de barro ou cal e areia com estacas e varas de madeira (também conhecidas como ‘casas de pau-a-pique’).
  - (5) Lona/plástico: para paredes de lona ou plástico.
  - (6) Outro: para paredes feitas com outros tipos de materiais que não se enquadrem nas categorias anteriores.
  - (9) IGN
13. **Tipo de cobertura/telhado:** pergunte/identifique o tipo de cobertura predominante no domicílio que você está pesquisando. Marque somente uma opção. Em situações onde não é possível determinar a predominância, marque a categoria de melhor nível (por exemplo, laje ao invés de lona/plástico) –
- (1) Palha: cobertura de sapé, folha ou casca.
  - (2) Madeira: cobertura de qualquer tipo de madeira.
  - (3) Laje: cobertura feita a partir de uma base de cimento.

- (4) Lona/plástico: cobertura de lona ou plástico.
- (5) Telha de barro: cobertura de telha de barro cozido.
- (6) Telha de zinco ou amianto: cobertura de folhas de zinco ou amianto (tipo 'Eternit').
- (7) Outro: cobertura com outros tipos de materiais que não se enquadrem nas categorias anteriores.
- (9) IGN

14. **O local onde os moradores costumam defecar é:** este item visa identificar o local onde freqüentemente defecam os moradores do domicílio que você está pesquisando. Considera-se como latrina/ sanitário o cômodo ou o local delimitado por paredes de qualquer material, coberto ou não, que disponha de vaso sanitário ou buraco para dejeções. Procure identificar o local de defecação para os adultos, já que por vezes as crianças pequenas defecam no peridomicílio. Marque somente uma opção–

- (1) Dentro de casa (latrina/sanitário): quando houver dentro da casa latrina ou sanitário.
- (2) Fora de casa (latrina/sanitário usado somente pelo domicílio): quando latrina ou sanitário for localizado fora da casa, mas de uso unicamente dos moradores do domicílio.
- (3) Fora de casa (latrina/sanitário coletivo): quando latrina ou sanitário for localizado fora do domicílio e for utilizado pelos moradores do domicílio e também por moradores de outros domicílios.
- (4) No mato: quando não houver latrina ou sanitário dentro ou fora da casa e a defecação acontecer em locais sem estrutura física própria.
- (5) Outro: local de defecação não se enquadra nas categorias anteriores.
- (9) IGN

15. **SE HOUVER LATRINA/SANITÁRIO, para onde vão predominantemente os dejetos?** Este item visa identificar o local para onde vão predominantemente os desejos oriundos da latrina/ sanitário. Marque somente uma opção –

- (1) Rede coletora de esgoto: quando a canalização proveniente da latrina/ sanitário estiver ligada a um sistema de coleta que conduza os dejetos para um desaguadouro geral da área, região ou município, mesmo que o sistema não disponha de estação de tratamento.
- (2) Fossa séptica: quando os dejetos provenientes da latrina/ sanitário forem esgotados para uma fossa, onde passam por um processo de tratamento ou decantação, sendo a parte líquida absorvida no próprio terreno.
- (3) Fossa rudimentar/rasa: quando os dejetos provenientes da latrina/ sanitário forem esgotados para uma fossa rústica (fossa “negra” ou buraco).
- (4) Vala: quando os dejetos provenientes da latrina/ sanitário forem esgotados diretamente para uma vala a céu aberto.
- (5) Direto para o rio, lago/açúde ou mar: quando os dejetos provenientes da latrina/ sanitário forem esgotados diretamente (mesmo que por um cano) para um rio, lago ou mar ou outro ambiente aquático (açude, represa etc.).
- (6) Outro: o escoadouro dos dejetos proveniente da latrina/ sanitário não se enquadra nas categorias anteriores.
- (9) IGN

16. **O lixo deste domicílio é predominantemente:** identifique o local onde o lixo do domicílio é predominantemente colocado. Marque somente uma opção –

- (1) Coletado por serviço de limpeza: quando o lixo for coletado diretamente por serviço ou empresa (pública ou privada) de limpeza que atenda o local onde se situa o domicílio.

- (2) Coletado em caçamba de serviço de limpeza: quando o lixo for depositado em caçamba, tanque ou depósito, sendo posteriormente recolhido por serviço ou empresa (pública ou privada) de limpeza.
  - (3) Enterrado, jogado ou queimado na aldeia: quando o lixo for enterrado, jogado ou queimado na própria aldeia e não coletado por serviço de limpeza.
  - (4) Enterrado, jogado ou queimado fora da aldeia: quando o lixo for enterrado, jogado ou queimado fora do terreno da aldeia e não coletado por serviço de empresa.
  - (5) Jogado em rio, lago ou mar: quando o lixo for jogado nas águas ou margens de rio, lago ou mar.
  - (6) Outro: lixo do domicílio tem destino que não se enquadra nas categorias anteriores.
  - (9) IGN
17. **Em geral, onde você obtém predominantemente a água utilizada para beber?** Identifique a fonte predominante da água utilizada para beber no domicílio. Marque somente uma opção –
- (1) Torneira dentro de casa: quando a água utilizada para beber é obtida de torneira localizada dentro do domicílio.
  - (2) Torneira fora de casa de uso do domicílio: quando a água utilizada para beber é obtida de torneira localizada fora da casa, mas de uso exclusivo do domicílio.
  - (3) Torneira fora de casa de uso coletivo: quando a água utilizada para beber é obtida de torneira localizada fora da casa, mas de uso por mais de um domicílio.
  - (4) Poço: quando a água utilizada para beber é obtida de poço ou cacimba e coletada manualmente através de balde ou similar ou bomba manual.
  - (5) Rio, igarapé, lago, açude: quando a água utilizada para beber é obtida de rio, igarapé, lago ou açude.
  - (6) Outro: água para beber é obtida de pontos que não os anteriores.
  - (9) IGN
18. **SE OBTIDA DE TORNEIRA, qual a origem de água?** Identifique a fonte da água que chega à torneira (opções 1 e 2 do item 17). Atente para o fato de que a opção 3 do item 17 também inclui torneira, mas de uso coletivo, não devendo ser considerada para resposta a este item. Marque somente uma opção-
- (1) Rede pública/municipal: quando o domicílio for abastecido por água proveniente de rede geral de distribuição pública municipal.
  - (2) Rede da FUNASA: quando o domicílio for abastecido por água proveniente de rede de distribuição construída pela FUNASA.
  - (3) Fonte protegida: quando o domicílio for abastecido por nascente de água protegida de modo a evitar contato direto com animais ou habitantes da aldeia.
  - (4) Poço artesiano: quando o domicílio for abastecido por poço artesiano (assim denominado quando as águas são impelidas naturalmente do solo para a superfície sem a necessidade de bombeamento; geralmente a sua profundidade é maior que a de um poço convencional, e em geral suas águas são mais puras)
  - (5) Poço raso: quando o domicílio for abastecido por poço escavado manualmente cuja água é puxada por balde ou bombeada.
  - (6) Rio, igarapé, lago, açude: quando o domicílio for abastecido por água proveniente de rio, igarapé, lago ou açude.
  - (7) Outro: para o domicílio abastecido por fontes que não as anteriores (carro-pipa, água das chuvas etc.).
  - (9) IGN

19. **Tem pelo menos uma torneira que funcione (com água) dentro de casa?** Identifique se há pelo menos uma torneira funcionando dentro de casa. Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.

**No domicílio, a água usada para beber é usualmente:** Considere apenas os tipos de tratamento que são feitos regularmente.

20. **Filtrada.** Se água para beber for previamente purificada através de filtro (barro etc). Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.

21. **Tratada com hipoclorito de sódio.** Se a água para beber for previamente tratada com hipoclorito de sódio. Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.

22. **Fervida.** Se a água para beber for previamente fervida. Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.

23. **Decantada/coada.** Se a água para beber for previamente decantada em pote, panela etc. ou coada (em pano etc). Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.

24. **Este domicílio tem iluminação elétrica?** Identifique se há iluminação elétrica no domicílio. Marque – (1) Sim, (2) Sim, mas descontínua (uso de gerador, etc), (3) Não ou (9) IGN.

25. **Usa algo para aquecer o domicílio quando faz frio?** Identifique se for utilizado algo para aquecer o domicílio, quando faz frio. Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.

25.1 **SE SIM, o que usa?** Se usa algo para aquecer o domicílio quando faz frio, identifique o tipo de aquecimento predominantemente utilizado. Marque somente uma opção –

- (1) Fogo no chão.
- (2) Aquecedor elétrico/gás.
- (3) Fogão à lenha.
- (4) Outro

26. **Para cozinhar é utilizado predominantemente:** identifique o tipo de combustível utilizado predominantemente para cozinhar. Marque somente uma opção–

- (1) Gás: quando o fogão utiliza gás liquefeito de petróleo (GLP), vulgarmente chamado de gás de botijão ou engarrafado.
- (2) Carvão ou lenha, dentro de casa, com exaustão para fora: quando o fogão/fogo estiver localizado no interior do domicílio, utilizando carvão ou lenha, e possuir exaustão (chaminé ou similar) para o exterior da casa.
- (3) Carvão ou lenha, dentro de casa, sem exaustão: quando o fogão/fogo estiver localizado no interior do domicílio, utilizando carvão ou lenha, e não possuir exaustão (chaminé ou similar) para o exterior.
- (4) Carvão ou lenha fora de casa: quando o fogo utilizado no preparo dos alimentos situa-se fora da casa.
- (5) Combinação gás, carvão ou lenha: quando for utilizado mais de um tipo de combustível entre gás, carvão ou lenha.
- (6) Quando não se encaixa nas anteriores: quando o fogão utiliza combustível distinto dos anteriormente citados (óleo, álcool etc.).

Os itens 27 a 45 visam identificar a quantidade de aparelhos, equipamentos e/ou animais de carga/trabalho disponíveis nos domicílios. Somente deverão ser indicadas as quantidades daqueles em condições de uso (ou seja, que estejam em condições de funcionamento). Todos os itens avaliados (27 a 45) devem ter uma resposta.

**Neste domicílio indique a quantidade existente de:**

27. **Rádio AM/FM.** Considere rádio inclusive a pilha ou acoplado a outro aparelho. Registre o número correspondente à quantidade existente: de 0 (zero) a 7 (sete), registre o próprio número; 8 (oito) se tiver 8 ou mais; ou 9 (nove) se ignorado.
28. **Geladeira e/ou freezer.** Registre o número correspondente à quantidade existente: de 0 (zero) a 7 (sete), registre o próprio número; 8 (oito) se tiver 8 ou mais; ou 9 (nove) se ignorado.
29. **Videocassete e/ou DVD.** Registre o número correspondente à quantidade existente: de 0 (zero) a 7 (sete), registre o próprio número; 8 (oito) se tiver 8 ou mais; ou 9 (nove) se ignorado.
30. **Fogão.** Registre o número correspondente à quantidade existente: de 0 (zero) a 7 (sete), registre o próprio número; 8 (oito) se tiver 8 ou mais; ou 9 (nove) se ignorado.
31. **Máquina de lavar roupa.** Registre o número correspondente à quantidade existente: de 0 (zero) a 7 (sete), registre o próprio número; 8 (oito) se tiver 8 ou mais; ou 9 (nove) se ignorado.
32. **Forno de microondas.** Registre o número correspondente à quantidade existente: de 0 (zero) a 7 (sete), registre o próprio número; 8 (oito) se tiver 8 ou mais; ou 9 (nove) se ignorado.
33. **Linha de telefone fixo.** Registre o número correspondente à quantidade existente: de 0 (zero) a 7 (sete), registre o próprio número; 8 (oito) se tiver 8 ou mais; ou 9 (nove) se ignorado.
34. **Telefone celular.** Registre o número correspondente à quantidade existente: de 0 (zero) a 7 (sete), registre o próprio número; 8 (oito) se tiver 8 ou mais; ou 9 (nove) se ignorado.
35. **Computador.** Registre o número correspondente à quantidade existente: de 0 (zero) a 7 (sete), registre o próprio número; 8 (oito) se tiver 8 ou mais; ou 9 (nove) se ignorado.
36. **Motossera.** Registre o número correspondente à quantidade existente: de 0 (zero) a 7 (sete), registre o próprio número; 8 (oito) se tiver 8 ou mais; ou 9 (nove) se ignorado.
37. **Motocicleta.** Registre o número correspondente à quantidade existente: de 0 (zero) a 7 (sete), registre o próprio número; 8 (oito) se tiver 8 ou mais; ou 9 (nove) se ignorado.
38. **Animais de carga/trabalho (cavalo/burro/jumento/boi).** Registre o número correspondente à quantidade existente: de 0 (zero) a 7 (sete), registre o próprio número; 8 (oito) se tiver 8 ou mais; ou 9 (nove) se ignorado.
39. **Motor de popa.** Registre o número correspondente à quantidade existente: de 0 (zero) a 7 (sete), registre o próprio número; 8 (oito) se tiver 8 ou mais; ou 9 (nove) se ignorado.

40. **Televisão.** Registre o número correspondente à quantidade existente: de 0 (zero) a 7 (sete), registre o próprio número; 8 (oito) se tiver 8 ou mais; ou 9 (nove) se ignorado.
41. **Automóvel.** Registre o número correspondente à quantidade existente: de 0 (zero) a 7 (sete), registre o próprio número; 8 (oito) se tiver 8 ou mais; ou 9 (nove) se ignorado.
42. **Aparelho de ar-condicionado.** Registre o número correspondente à quantidade existente: de 0 (zero) a 7 (sete), registre o próprio número; 8 (oito) se tiver 8 ou mais; ou 9 (nove) se ignorado.
43. **Antena parabólica.** Registre o número correspondente à quantidade existente: de 0 (zero) a 7 (sete), registre o próprio número; 8 (oito) se tiver 8 ou mais; ou 9 (nove) se ignorado.
44. **Bicicleta.** Registre o número correspondente à quantidade existente: de 0 (zero) a 7 (sete), registre o próprio número; 8 (oito) se tiver 8 ou mais; ou 9 (nove) se ignorado.
45. **Ralador de mandioca com motor.** Registre o número correspondente à quantidade existente: de 0 (zero) a 7 (sete), registre o próprio número; 8 (oito) se tiver 8 ou mais; ou 9 (nove) se ignorado.

Os itens 46 a 53 visam identificar as fontes de renda dos moradores do domicílio. Todos os itens avaliados (46 a 53) devem ter uma resposta.

**No último ano (12 meses), o dinheiro que os moradores do domicílio usam veio de:**

46. **Trabalho remunerado - ano todo.** Os moradores usam dinheiro que vem de trabalho remunerado que envolve algum tipo de contrato formal [funcionário público (FUNAI, FUNASA, prefeituras etc.), trabalhador no comércio ou outra atividade com registro de trabalho (CLT), bolsas regulares etc.]. Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.
47. **Trabalho remunerado – temporário.** Os moradores usam dinheiro que vem de trabalho remunerado temporário (corte de cana-de-açúcar, garimpo, extração de madeira, vaqueiro etc.). Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.
48. **Venda de produtos da agricultura/pecuária.** Os moradores usam dinheiro que vem de produção agrícola ou pecuária voltada para o mercado. Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.
49. **Venda de artesanato ou produção cultural.** Os moradores usam dinheiro que vem de venda de artesanato ou de atividades culturais em geral (apresentações de rituais, danças, CDs, DVDs, livros etc.) voltadas para o mercado (inclui ecoturismo). Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.
50. **Aposentadoria.** Os moradores usam dinheiro que vem de aposentadoria ou pensões (viuvez). Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.
51. **Benefícios sociais:** Os moradores usam dinheiro que vem de benefícios sociais, como o Bolsa-Família, Auxílio Maternidade, BPC (invalidez). Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.
52. **Venda de produtos de extrativismo.** Os moradores usam dinheiro que vem de atividade extrativista voltada para o mercado (látex de seringueira, coleta de castanha ou outro produto vegetal de origem silvestre). Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.

53. **Outro.** Os moradores usam dinheiro que vem de fontes que não as anteriores. Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.

Os itens 54 a 62 visam identificar as fontes dos alimentos consumidos pelos moradores do domicílio. Todos os itens avaliados (54 a 62) devem ter uma resposta.

**Os alimentos que os moradores do domicílio consomem vêm de:**

54. **Cultivo ou criação domiciliar.** O domicílio consome alimentos a partir de roças familiares ou da criação de animais (boi, galinhas, cabras) que pertençam somente às pessoas do domicílio. Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.

55. **Cultivo ou criação coletiva (da aldeia/comunidade).** O domicílio consome alimentos a partir de roças ou da criação de animais que pertençam à aldeia/ comunidade (por exemplo, rebanho de gado que pertença a toda à aldeia/ comunidade e ocasionalmente alguns animais vão a corte). Geralmente estimulada e/ou custeada por agências (por exemplo, FUNAI) e se destina ao consumo de toda a aldeia. Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.

56. **Caça ou pesca (domiciliar).** O domicílio consome alimentos a partir de atividades de caça ou pesca realizadas pelas pessoas do próprio domicílio. Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.

57. **Coleta (domiciliar).** O domicílio consome alimentos a partir de atividades de coleta realizadas pelas pessoas do próprio domicílio. Inclui coleta de alimentos silvestres, geralmente sazonais, como frutos, raízes/tubérculos/batatas, palmitos, mel etc. Atentar para o caso dos povos indígenas que habitam áreas litorâneas, que também podem coletar crustáceos, mariscos, moluscos etc. Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.

58. **Caça, pesca ou coleta coletiva (da aldeia/comunidade).** O domicílio consome alimentos a partir de atividades de caça, pesca ou coleta realizadas por várias famílias simultaneamente (caçada de fogo, pescaria coletiva etc.). Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.

59. **Compra.** O domicílio consome alimentos comprados/ industrializados. Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.

60. **Cesta básica.** O domicílio consome alimentos oriundos de cestas básicas distribuídas por prefeituras, governo do estado, governo federal, ONGs, empresas privadas etc.. Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.

61. **Outras doações de fora da aldeia.** O domicílio consome alimentos oriundos de doações, diferente da cesta básica. Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.

62. **Outros.** O domicílio consome alimentos a partir de outras fontes que não listada anteriormente (itens 54 a 61). Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.

63. **Os moradores utilizam algum tipo de gordura no preparo dos alimentos?** Considere óleo vegetal, banha ou gordura, margarina, etc, geralmente utilizado para cozinhar. Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.

**SE SIM, o tipo de gordura utilizada é:** se houver utilização de gordura responda os itens 63.1 a 63.4.

63.1. **Óleo vegetal:** se há utilização de óleo vegetal. Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.

63.2 **Banha ou gordura:** se há utilização de banha, gordura de origem animal ou manteiga. Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.

63.3 **Margarina:** se há utilização de margarina. Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.

63.4 **Outra:** se há utilização de outro tipo de gordura como, por exemplo, óleo de dendê. Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.

64. **Os moradores costumam usar sal no preparo de alimentos?** Os moradores costumam utilizar sal na preparação dos alimentos. Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.

65. **Os moradores costumam usar açúcar branco?** Os moradores costumam utilizar açúcar branco para adoçar alimentos ou bebidas. Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.

**Existe uma época do ano na qual você e as outras pessoas de seu grupo doméstico:**

66. **Sentem que falta comida?** Este item visa caracterizar a percepção do entrevistado quanto à falta de comida para o seu grupo doméstico em algum período do ano. O objetivo não é caracterizar quanto à falta de itens alimentares específicos, mas do conjunto da alimentação. Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.

67. **Sentem que os alimentos sobram?** Este item visa caracterizar a percepção do entrevistado quanto à sobra/abundância de comida para o seu grupo doméstico em algum período do ano. O objetivo não é caracterizar quanto à sobra/ abundância de itens alimentares específicos, mas do conjunto da alimentação. Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.

Os itens 68 a 81 objetivam identificar, para uma lista de produtos alimentares, se há consumo ou não pelo domicílio e de onde vem (a fonte principal). Marque a opção predominante.

**Vocês costumam comer/beber:**

68. **Arroz.** Marque – (1) Sim ou (2) Não.

68.1. **SE SIM, em geral de onde vem o alimento? (escolha a fonte principal):** Marque somente uma opção – (1) Produção indígena, (2) Compra, (3) Ganha/recebe de fora da aldeia/comunidade ou (9) IGN.

69. **Milho e derivados.** Marque – (1) Sim ou (2) Não.

69.1. **SE SIM, em geral de onde vem o alimento? (escolha a fonte principal):** Marque somente uma opção – (1) Produção indígena, (2) Compra, (3) Ganha/recebe de fora da aldeia/comunidade ou (9) IGN.

70. **Mandioca/aipim/macaxeira e derivados.** Marque – (1) Sim ou (2) Não.

70.1 **SE SIM, em geral de onde vem o alimento? (escolha a fonte principal):** Em derivados, considere farinha. Marque somente uma opção – (1) Produção indígena, (2) Compra, (3) Ganha/recebe de fora da aldeia/comunidade ou (9) IGN.

71. **Batatas (tubérculos).** Marque – (1) Sim ou (2) Não.

71.1. **SE SIM, em geral de onde vem o alimento? (escolha a fonte principal):** Marque somente uma opção – (1) Produção indígena, (2) Compra, (3) Ganha/recebe de fora da aldeia/comunidade ou (9) IGN.

72. **Feijão, fava etc.** Marque – (1) Sim ou (2) Não.

72.1 **SE SIM, em geral de onde vem o alimento? (escolha a fonte principal):** Marque somente uma opção – (1) Produção indígena, (2) Compra, (3) Ganha/recebe de fora da aldeia/comunidade ou (9) IGN.

73. **Frutas.** Marque – (1) Sim ou (2) Não.

73.1 **SE SIM, em geral de onde vem o alimento? (escolha a fonte principal):** Marque somente uma opção – (1) Produção indígena, (2) Compra, (3) Ganha/recebe de fora da aldeia/comunidade ou (9) IGN.

74. **Castanhas, cocos, pinhão, amendoim.** Marque – (1) Sim ou (2) Não.

74.1 **SE SIM, em geral de onde vem o alimento? (escolha a fonte principal):** Marque somente uma opção – (1) Produção indígena, (2) Compra, (3) Ganha/recebe de fora da aldeia/comunidade ou (9) IGN.

75. **Legumes e verduras.** Marque – (1) Sim ou (2) Não.

75.1 **SE SIM, em geral de onde vem o alimento? (escolha a fonte principal):** Marque somente uma opção – (1) Produção indígena, (2) Compra, (3) Ganha/recebe de fora da aldeia/comunidade ou (9) IGN.

76. **Leites e derivados (queijo, coalhada etc.).** Marque – (1) Sim ou (2) Não.

76.1 **SE SIM, em geral de onde vem o alimento? (escolha a fonte principal):** Marque somente uma opção – (1) Produção indígena, (2) Compra, (3) Ganha/recebe de fora da aldeia/comunidade ou (9) IGN.

77. **Ovos.** Não somente ovos de galinha, como também de outros animais. Marque – (1) Sim ou (2) Não.

77.1 **SE SIM, em geral de onde vem o alimento? (escolha a fonte principal):** Marque somente uma opção – (1) Produção indígena, (2) Compra, (3) Ganha/recebe de fora da aldeia/comunidade ou (9) IGN.

78. **Frango, galinha, pato, peru.** Marque – (1) Sim ou (2) Não.

78.1 **SE SIM, em geral de onde vem o alimento? (escolha a fonte principal):** Marque somente uma opção – (1) Produção indígena, (2) Compra, (3) Ganha/recebe de fora da aldeia/comunidade ou (9) IGN.

79. **Carne de boi, bode, cabra, porco etc.** Marque – (1) Sim ou (2) Não.

79.1 **SE SIM, em geral de onde vem o alimento? (escolha a fonte principal):** Marque somente uma opção – (1) Produção indígena, (2) Compra, (3) Ganha/recebe de fora da aldeia/comunidade ou (9) IGN.

80. **Peixe.** Marque – (1) Sim ou (2) Não.

80.1 **SE SIM, em geral de onde vem o alimento? (escolha a fonte principal):** Marque somente uma opção – (1) Produção indígena, (2) Compra, (3) Ganha/recebe de fora da aldeia/comunidade ou (9) IGN.

81. **Carne de caça.** Refere-se à carne de caça obtida na própria terra indígena. Marque – (1) Sim ou (2) Não.

81.1 **SE SIM, em geral de onde vem o alimento? (escolha a fonte principal):** Marque somente uma opção – (1) Produção indígena, (2) Compra, (3) Ganha/recebe de fora da aldeia/comunidade ou (9) IGN.

Preencha a Listagem de Mulheres Residentes no Domicílio. Deverão ser listadas: cada uma das mulheres indígenas entre 14,0 e 49,9 anos (com ou sem filhos), mulheres indígenas entre 10,0 e 13,9 anos com filho vivo < 60 meses residente no mesmo domicílio (mãe - ou responsável - e criança devem ser co-residentes) e mulheres indígenas  $\geq$  50 anos com filho vivo < 60 meses residente no mesmo domicílio (mãe – ou responsável – e criança devem ser co-residentes). Deverão ser listadas também as mulheres não indígenas de qualquer idade que tenham filho vivo < 60 meses de pai indígena, a fim de garantir a participação de seus filhos na amostra de crianças < 60 meses.

Liste a partir da mulher mais velha. Inclua nome, data de nascimento, idade em anos (somente se não tiver sido registrada a data de nascimento neste quadro). A coluna sobre o desfecho da entrevista deverá ser preenchida com o número correspondente ( 1- se mulher foi entrevistada, 2- se houve recusa ou 3 - se mulher ausente) somente quando forem encerradas as entrevistas no domicílio (ou seja, todos os Cadernos 3 – Mulher referentes às <MULHERES-ALVO> deste domicílio).

Os itens 82 a 84 visam caracterizar o número de pessoas residentes no domicílio que compõem o seguinte conjunto: todas as mulheres entre 14,0 e 49,9 anos (com ou sem filhos) e crianças < 60 meses. Os itens 83 e 84 deverão ser preenchidos quando terminar o preenchimento de todos os Cadernos 3 referentes a este domicílio.

82. **No. de moradores, independente de sexo e idade:** registre o número total de habitantes do domicílio, independente de sexo e idade.

83. **No. de mulheres entre 14,0 e 49,9 anos (com ou sem filhos):** registre o número de mulheres entre 14,0 e 49,9 anos (que tenham ou não filhos) residentes no domicílio.

84. **No. de crianças < 60 meses:** registre o número total de crianças menores 60 meses residentes no domicílio.

O item 85 visa determinar o desfecho da entrevista.

85. **Qual foi o desfecho da entrevista no domicílio?** Este item visa caracterizar se a entrevista no domicílio foi realizada ou não. Marque somente uma opção –

- (1) Domicilio entrevistado.
- (2) Domicilio não entrevistado (recusa).
- (3) Domicilio não entrevistado (fechado – moradores ausentes).

# Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

## Capítulo V

### Preenchimento do Caderno 3 – Mulher

#### 5.1. Introdução

- 5.1.1. O Caderno 3 – Mulher tem por objetivo coletar dados referentes à saúde e nutrição das mulheres indígenas em idade reprodutiva. As respostas deverão ser obtidas através de entrevista com a própria mulher e através de consulta a registros secundários, quando indicado. Este caderno deverá ser aplicado a cada uma das mulheres indígenas entre 14,0 e 49,9 anos (com ou sem filhos), mulheres indígenas entre 10,0 e 13,9 anos com filho vivo < 60 meses residente no mesmo domicílio (mãe - ou responsável - e criança devem ser co-residentes) e mulheres indígenas  $\geq$  50 anos com filho vivo < 60 meses residente no mesmo domicílio (mãe – ou responsável – e criança devem ser co-residentes). Deverão ser entrevistadas também as mulheres não indígenas de qualquer idade que tenham filho vivo < 60 meses de pai indígena, a fim de garantir a participação de seus filhos na amostra de crianças < 60 meses.

#### 5.2. Definições operacionais

- 5.2.1. Para fins deste Inquérito, <MULHER-ALVO> corresponde a mulheres indígenas entre 14,0 e 49,9 anos (com ou sem filhos), mulheres indígenas entre 10,0 e 13,9 anos com filho vivo < 60 meses residente no mesmo domicílio (mãe – ou responsável – e criança devem ser co-residentes) e mulheres indígenas  $\geq$  50 anos com filho vivo < 60 meses residente no mesmo domicílio (mãe – ou responsável – e criança devem ser co-residentes). Também são consideradas alvo do Inquérito as mulheres não indígenas de qualquer idade que tenham filho vivo < 60 meses de pai indígena, a fim de garantir a participação de seus filhos na amostra de crianças < 60 meses.
- 5.2.2. Para fins deste Inquérito, <CRIANÇA> corresponde a toda criança a ser entrevistada, ou seja, cada criança < 60 meses residente nos domicílios selecionados para o Inquérito.

### 5.3. Instruções gerais de preenchimento

- 5.3.1. Onde consta <MULHER-ALVO> no Caderno 3 – Mulher, substitua o termo pelo nome da mulher a ser entrevistada.
- 5.3.2. Onde consta <CRIANÇA> no Caderno 3 – Mulher, substitua o termo pelo nome da criança a ser entrevistada.
- 5.3.3. Mesmo que a <MULHER-ALVO> não esteja presente no domicílio, devem ser preenchidas a Descrição da Prole (itens 12 a 14) e a Listagem de Filhos Vivos < 60 meses, disponível neste Caderno 3 – Mulher. O preenchimento deste quadro é importante pois, além de possibilitar estimar as perdas, irá permitir identificar as crianças a serem entrevistadas para fins do Caderno 4 – Criança. Preencher também a capa.
- 5.3.4. Para o preenchimento de diversos itens do Caderno 3 – Mulher, será preciso obter dados de carteiras do pré-natal [seja do filho vivo mais novo dentre aqueles < 60 meses de idade e/ ou da gestação atual, caso a <MULHER-ALVO> esteja grávida no momento da entrevista]. Será também preciso retirar dados do cartão ou caderneta da criança relativa a cada um dos filhos vivos < 60 meses da <MULHER-ALVO>. Para facilitar o trabalho, solicite que a <MULHER-ALVO> pegue os referidos documentos logo no início da entrevista. Nas aldeias nas quais a seleção dos domicílios for através de censo, os agentes de saúde podem avisar com antecedência as mães para que estas já separem as carteiras de pré-natal e o cartão ou caderneta da criança relativa a cada um dos filhos vivos < 60 meses.
- 5.3.5. A entrevista e as medidas diretas (pressão arterial, antropometria, dosagem de hemoglobina e dosagem de glicose) podem trazer algum grau de estranheza ou ansiedade ao entrevistado. Por isso, todos os procedimentos devem ser explicados a cada indivíduo, antes de sua realização. Os procedimentos técnicos para realização das medidas diretas estão detalhados no capítulo 7 deste Instrutivo.

### 5.4. Instruções específicas de preenchimento

**Capa do Caderno:** Os itens da capa destinam-se a identificar aspectos relativos à identificação da <MULHER-ALVO> e quanto à entrevista. Alguns deles já foram coletados no momento da aplicação dos Cadernos 1 e 2, referentes à aldeia/ comunidade e domicílio no qual a <MULHER-ALVO> reside. Utilize os Cadernos 1 e 2 para facilitar e qualificar o preenchimento.

**Macrorregião:** anote o nome da macrorregião a qual pertence a aldeia/ comunidade na qual reside a <MULHER-ALVO> da entrevista: Norte; Centro-Oeste; Nordeste; e Sul-Sudeste. O nome da macrorregião deve ser o mesmo indicado nos Cadernos 1 e 2 referente à aldeia/ comunidade onde reside a <MULHER-ALVO>.

**DSEI:** anote o nome do DSEI no qual está localizada a aldeia/comunidade onde reside a <MULHER-ALVO>. Para anotar o nome do DSEI, o pesquisador deverá consultar o Anexo 2.1 (Listagem de Aldeias/ Comunidades Seleccionadas). O nome do DSEI deve ser o mesmo indicado nos Cadernos 1 e 2 referentes a esta aldeia/ comunidade.

**Nome da aldeia/comunidade:** anote o nome da aldeia/ comunidade na qual reside a <MULHER-ALVO>. Retire esta informação dos Cadernos 1 e 2 referentes à aldeia/ comunidade na qual reside a <MULHER-ALVO>.

**Nome da <MULHER-ALVO>:** anote o nome da <MULHER-ALVO>. Consulte a Listagem de Mulheres Residentes no Domicílio previamente preenchida no Caderno 2 - Domicílio.

- 1.1. **Número da aldeia/comunidade:** registre o código da aldeia/comunidade. O número de registro encontra-se na Listagem de Aldeias/ Comunidades Seleccionadas (Anexo 2.1). O número deve ser o mesmo indicado na capa dos Cadernos 1 e 2 referentes a esta aldeia/comunidade.
- 1.2. **Número do domicílio:** registre o número do domicílio no qual reside a <MULHER-ALVO>. Retire esta informação da capa do Caderno 2 – Domicílio referente ao domicílio no qual reside a <MULHER-ALVO>.
- 1.3. **Número da <MULHER-ALVO>:** registre o número da <MULHER-ALVO> da entrevista. Consulte a Listagem de Mulheres Residentes no Domicílio disponível no Caderno 2 – Domicílio. Registre na forma de 2 (dois) dígitos.
- 1.4. **Data de nasc. da <MULHER-ALVO>:** registre a data de nascimento da <MULHER-ALVO> indicando dia, mês e ano (com 4 dígitos). Consulte a Listagem de Mulheres Residentes no Domicílio do Caderno 2 – Domicílio.
- 1.5. **Idade (anos) (só se não souber a data de nascimento):** registre a idade em anos da <MULHER-ALVO>. Este item só necessita ser anotado se a data de nascimento não tiver sido informada.
2. **Data da entrevista:** registre a data da entrevista, indicando dia, mês e ano (com 4 dígitos) de sua realização.
3. **Entrevistador:** anote o nome e registre o respectivo código do pesquisador que realizou a entrevista. Todos os pesquisadores cadastrados pela ABRASCO no Inquérito possuem um código de identificação, que corresponde aos quatro últimos números de seu CPF (por exemplo, se o CPF for 297.333.751-20, o código é 5120).
4. **Supervisor:** anote o nome e registre o respectivo código do supervisor da equipe de campo. Todos os supervisores cadastrados pela ABRASCO no Inquérito possuem um código de identificação, que corresponde aos quatro últimos números de seu CPF (por exemplo, se o CPF for 182.444.541-87, o código é 4187).

**Corpo do Caderno:** preencher os itens que compõem o Caderno. Terminado o preenchimento do Caderno, os respectivos códigos (coluna da direita) deverão ser preenchidos pelo entrevistador no próprio dia da entrevista. O supervisor verificará se houve perda ou erro de preenchimento. Os itens com problemas deverão ser revistos no dia seguinte.

Os itens 5 a 6 destinam-se a caracterizar a entrevista com a <MULHER-ALVO>.

5. **A <MULHER-ALVO> foi entrevistada?** Marque a opção correspondente à situação da entrevista com a <MULHER-ALVO>. Marque somente uma opção –
  - (1) Sim, diretamente: se a <MULHER-ALVO> foi entrevistada sem a ajuda de tradutor.
  - (2) Sim, através de tradutor: se a <MULHER-ALVO> foi entrevistada com a ajuda de tradutor.
  - (3) Não: se a <MULHER-ALVO> não foi entrevistada.

- 5.1 **SE ATRAVÉS DE TRADUTOR, quem foi o tradutor?** Caso a entrevista tenha sido feita com a participação de tradutor, marque quem foi. Caso mais de uma pessoa tenha ajudado na tradução, identifique o tradutor principal. Marque somente uma opção –
- (1) Agente indígena de saúde
  - (2) Professor
  - (3) Missionário
  - (4) Outra pessoa do domicílio
  - (5) Outro
- 5.2 **SE NÃO foi entrevistada, qual a razão?** Se a <MULHER-ALVO> não foi entrevistada, marque a opção que corresponde ao motivo da não realização da entrevista –
- (1) **Ausência:** se a <MULHER-ALVO> estava ausente da aldeia/ comunidade durante o período de permanência da equipe de campo.
  - (2) **Recusa:** se a <MULHER-ALVO> ou outra pessoa responsável não autorizou a realização da entrevista.
  - (3) **Outro:** se a <MULHER-ALVO> não pode ser entrevistada por qualquer outro motivo diferente de ausência ou recusa.

Antes de se confirmar “(1) Ausência”, o domicílio deve ter sido visitado ao menos 3 vezes.

Se a <MULHER-ALVO> não foi entrevistada, siga para itens 12-14 e Listagem de Filhos Vivos < 60 Meses. Procure obter essas informações com outro membro da família ou equipe local de saúde. Essas informações são fundamentais para estimar perdas e para o preenchimento do Caderno 4 – Criança, referente às crianças, caso os responsáveis concedam autorização.

6. **Você (<MULHER-ALVO>) é indígena?** Pergunte se a <MULHER-ALVO> se auto-declara indígena. Marque – (1) Sim ou (2) Não.
- 6.1. **SE NÃO, tem filho indígena < 60 meses?** Caso a <MULHER-ALVO> não tenha se auto-declarado indígena, pergunte à <MULHER-ALVO> se tem filho vivo < 60 meses de pai indígena. Marque – (1) Sim ou (2) Não.

Se as respostas para os itens 6 e 6.1 forem “(2) Não”, encerre a entrevista (ou seja, o preenchimento do Caderno) neste ponto. Esta mulher e seu filho não farão parte da população de estudo.

Os itens 7 e 7.1 destinam-se a caracterizar o nível de escolaridade da <MULHER-ALVO>.

7. **Qual foi o mais elevado curso escolar que você <MULHER-ALVO> freqüentou ou freqüenta atualmente?** Este item visa identificar qual foi o mais elevado curso escolar que a <MULHER ALVO> freqüentou ou freqüenta atualmente. Não é preciso ter concluído todas as séries do curso. Marque somente uma opção –
- (01) Nenhum: se nunca freqüentou escola, ou seja, nunca estudou.
  - (02) Alfabetização de jovens e adultos: se freqüentou ou freqüenta atualmente alfabetização de jovens e adultos. Não quer dizer que ela tenha sido alfabetizada com sucesso.
  - (03) Regular do ensino fundamental: se freqüentou ou freqüenta atualmente qualquer série do ensino fundamental (1ª a 9ª séries) ou de antigos cursos cujas séries correspondam às atuais séries do ensino fundamental (alfabetização, 1ª a 4ª séries do curso primário ou 5ª a 8ª séries do curso ginásial).

- (04) Educação de jovens e adultos ou supletivo do ensino fundamental – séries iniciais (1ª a 4ª séries combinadas): se freqüentou ou freqüenta atualmente supletivo do ensino fundamental – séries iniciais (1ª a 4ª séries primárias combinadas).
- (05) Educação de jovens e adultos ou supletivo do ensino fundamental – séries finais (5ª a 8ª séries combinadas): se freqüentou ou freqüenta atualmente supletivo do ensino fundamental – séries finais (5ª a 8ª séries ginásiais combinadas).
- (06) Regular do ensino médio: se freqüentou ou freqüenta atualmente qualquer série do ensino médio (1ª a 3ª séries) ou de antigos cursos cujas séries correspondam às atuais séries do ensino médio (1ª a 3ª séries do curso científico ou 2º grau ou técnico).
- (07) Educação de jovens e adultos ou supletivo do ensino médio: se freqüentou ou freqüenta atualmente supletivo do ensino médio (1ª a 3ª séries combinadas).
- (08) Pré-vestibular: se freqüentou ou freqüenta atualmente curso pré-vestibular.
- (09) Superior – de graduação: se freqüentou ou freqüenta atualmente qualquer curso de graduação (faculdade ou universidade).
- (10) Pós-graduação: se freqüentou ou freqüenta atualmente qualquer curso de pós-graduação (especialização, mestrado ou doutorado).
- (99) IGN: se a <MULHER-ALVO> não sabe informar sobre curso que freqüentou ou freqüenta atualmente.

**7.1 SE FREQUÊNTOU OU FREQUÊNTA ENSINO FUNDAMENTAL (alguma série da 1ª a 9ª), qual foi a última série concluída por você <MULHER-ALVO>?** Este item visa identificar a última série do ensino fundamental concluída com aprovação. Este item somente deve ser respondido se a <MULHER-ALVO> tiver cursado pelo menos a primeira série do ensino fundamental ou equivalente. Marque somente uma opção:

- |               |              |               |             |
|---------------|--------------|---------------|-------------|
| (01) Primeira | (02) Segunda | (03) Terceira | (04) Quarta |
| (05) Quinta   | (06) Sexta   | (07) Sétima   | (08) Oitava |
| (09) Nona     | (99) IGN     |               |             |

Em caso de dúvida, anote a resposta literal da entrevistada para codificação posterior.

Os itens 8 a 11 destinam-se a anotar resultados das seguintes medidas diretas a serem realizadas na <MULHER-ALVO>: pressão arterial, peso e estatura. A pressão arterial será medida novamente mais adiante na entrevista a fim de minimizar erros decorrentes do estresse gerado pela primeira medida e contato com o entrevistador. Os procedimentos técnicos para realização das medidas diretas estão detalhados no capítulo 7 deste Instrutivo. **Atenção: avaliar os itens 8 a 11 somente para <MULHERES-ALVO> entre 14,0 e 49,9 anos (com ou sem filhos).**

8. **PA Sistólica (mmHg):** registre a medida da pressão arterial sistólica (SYS) indicada no monitor do aparelho, com 3 dígitos.
9. **PA Diastólica (mmHg):** registre a medida da pressão arterial diastólica (DIA) indicada no monitor do aparelho, com 3 dígitos. Use zero à esquerda sempre que o valor for inferior a 100mmHg.
10. **Peso (kg):** registre o peso com 4 dígitos. Use zero à esquerda sempre que o valor for inferior a 100kg. Exemplo: para uma entrevistada que pese 78,6, anote |0|7|8|,|6|.
11. **Estatura (cm):** registre a estatura com 4 dígitos.

Os itens 12 a 14 e a Listagem de Filhos Vivos < 60 Meses destinam-se a descrever a prole da <MULHER-ALVO> e a identificar os filhos dela que serão alvo de entrevista no Inquérito, quando da aplicação do Caderno 4 – Criança.

**12. Quantos filhos você <MULHER-ALVO> teve?** Este item visa identificar quantos filhos nascidos vivos e nascidos mortos a <MULHER-ALVO> teve. Aborto não é considerado nascido morto e não deve ser computado (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). Todos os nascimentos, mesmo mortos, cuja duração da gestação seja igual ou superior a 20 semanas ou feto com peso igual ou superior a 500 gramas ou estatura igual ou superior a 25 centímetros devem ser computados. Registre o número de filhos que a <MULHER-ALVO> teve durante a vida, sempre com 2 dígitos. Use zero à esquerda sempre que o número de filhos for inferior a 10. Registrar inclusive os filhos que não moram com a mãe e os que não estão vivos.

Atente que, para certos povos indígenas, há restrições quanto a falar/ se referir aos mortos.

**13. Quantos filhos estão vivos?** Este item visa identificar quantos filhos tidos pela <MULHER-ALVO> estão vivos no momento da entrevista, independentemente da idade do filho. Registre o número de filhos vivos da <MULHER-ALVO> sempre com 2 dígitos. Use zero à esquerda sempre que o número de filhos for inferior a 10.

**14. Quantos filhos vivos com idade < 60 meses?** Este item visa identificar quantos dos filhos vivos da <MULHER-ALVO> no momento da entrevista têm < 60 meses. Registre o número de todos os filhos vivos < 60 meses da <MULHER-ALVO> com 1 dígito.

A Listagem de Filhos Vivos < 60 meses visa identificar e listar todos os filhos vivos < 60 meses (biológicos e também os adotivos) que residam com a <MULHER-ALVO> no momento da entrevista. Todas as crianças listadas serão alvo de entrevista no Inquérito e para cada uma delas será preenchido um exemplar do Caderno 4 – Criança. Pergunte à <MULHER-ALVO>, para cada um dos seus filhos vivos < 60 meses, o nome, data de nascimento (indicando dia, mês e ano com 4 dígitos) ou idade (em meses) e sexo [(1) M para masculino ou (2) F para feminino]. Caso a <MULHER-ALVO> não lembre o dia, anote o mês e o ano do nascimento; caso não lembre o mês, anote apenas o ano e posteriormente tente completar esta informação com a equipe de saúde local ou com o dado registrado nos documentos oficiais da criança (certidão de nascimento, cartão da criança etc.). A idade (em meses) somente deve ser preenchida caso não haja informação quanto à data de nascimento. Comece a preencher a listagem pelo filho mais velho dentre aqueles < 60 meses (Linha 01), finalizando com o filho mais novo. Utilize a data de nascimento registrada no documento oficial da criança (cartão ou caderneta da criança ou certidão de nascimento).

Os itens 15.1 a 15.3 visam identificar se a <MULHER-ALVO> está utilizando alguma medicação para hipertensão arterial, diabetes mellitus e anemia. Se a <MULHER-ALVO> não souber para que está usando o remédio, peça para ver a embalagem do medicamento e anote o nome do medicamento no rodapé da página para posterior codificação com o auxílio de médico ou enfermeiro.

**15. Você <MULHER-ALVO> está usando atualmente algum remédio de farmácia para:** os itens abaixo visam identificar se a <MULHER-ALVO> está tomando atualmente algum remédio para as doenças listadas.

15.1 **Pressão alta/ hipertensão?** Pergunte se está atualmente usando algum remédio “de farmácia” (tratamento biomédico) para tratar pressão alta (hipertensão arterial). Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.

15.2 **Açúcar no sangue/ diabetes?** Pergunte se está atualmente usando algum remédio “de farmácia” (tratamento biomédico) para tratar açúcar no sangue (diabetes mellitus). Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.

15.3 **Anemia?** Pergunte se está atualmente usando algum remédio “de farmácia” (tratamento biomédico) para tratar anemia. Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.

Os itens 16 e 17 visam identificar se a <MULHER-ALVO> passou por tratamento de tuberculose ou malária nos últimos 12 meses. Trata-se de um indicador indireto da ocorrência dessas doenças no último ano.

**Nos últimos 12 (doze) meses, você <MULHER-ALVO> recebeu tratamento para:** os itens abaixo visam identificar se, nos últimos 12 meses, a <MULHER-ALVO> passou por tratamento de tuberculose ou malária utilizando a informação de tratamento como indicador indireto da ocorrência das doenças.

16. **Tuberculose?** Pergunte se nos últimos 12 meses (anteriores à data da entrevista) fez tratamento para tuberculose ou TB. Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.

17. **Malária?** Pergunte se nos últimos 12 meses (anteriores à data da entrevista) fez tratamento para malária. Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.

Os itens 18 a 21 visam caracterizar, por meio de entrevista com a <MULHER-ALVO>, o pré-natal do filho vivo mais novo dentre aqueles < 60 meses na data da entrevista e se, por ocasião da entrevista, a <MULHER-ALVO> está grávida. Deve ser, portanto, o pré-natal da última criança listada na Listagem de Filhos Vivos < 60 Meses (ver terceira página do Caderno 3 – Mulher). Lembre-se de substituir <CRIANÇA> pelo nome deste filho.

18. **Você <MULHER-ALVO> fez alguma consulta de pré-natal com médico ou enfermeiro durante a gravidez de <CRIANÇA>?** Deve ser considerada como consulta de pré-natal (para gravidez) somente aquela na qual a <MULHER-ALVO> compareceu ao serviço de saúde para realizar consulta da rotina de pré-natal, ou seja, para saber se estava tudo bem com ela e com o bebê. Se a mulher procurou o serviço de saúde somente por motivo de doença, esta consulta não deve ser considerada como consulta de pré-natal. Pergunte à <MULHER-ALVO> se ela fez alguma consulta de pré-natal com médico ou enfermeiro durante a gravidez do filho vivo mais novo < 60 meses (<CRIANÇA>). Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN. Se a <MULHER-ALVO> não fez consulta de pré-natal, pule os itens 18.1 a 19 (deixe em branco) e siga para o item 20.

**SE SIM, alguma vez durante as consultas de pré-natal de <CRIANÇA> o médico ou enfermeiro:** se houve consulta de pré-natal, responda os itens 18.1 a 18.5.

18.1. **mediu a sua pressão arterial?** Pergunte à <MULHER-ALVO> se durante as consultas de pré-natal o médico ou enfermeiro mediu pelo menos uma vez sua pressão arterial. Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.

- 18.2. **mediu a sua barriga (altura uterina)?** Pergunte à <MULHER-ALVO> se durante as consultas de pré-natal o médico ou enfermeiro mediu pelo menos uma vez sua barriga para avaliar o crescimento uterino. Explique à <MULHER-ALVO> a forma de medir a barriga, se for necessário para seu entendimento. A medida é feita no sentido vertical da barriga. A fita métrica é esticada de baixo para cima passando sobre o umbigo até atingir a parte superior da barriga (ou seja, o fim da barriga, já próximo do esterno). Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.
- 18.3 **examinou o seu peito/mama/seio?** Pergunte à <MULHER-ALVO> se durante as consultas de pré-natal o médico ou enfermeiro examinou pelo menos uma vez suas mamas. Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.
- 18.4 **auscultou o coração do nenê/bebê?** Pergunte à <MULHER-ALVO> se durante as consultas de pré-natal o médico ou enfermeiro fez pelo menos uma vez ausculta dos batimentos do coração do nenê/bebê. Explique à <MULHER-ALVO> como é feita a ausculta, se for necessário para seu entendimento. A ausculta dos batimentos cardíacos faz parte da análise da vitalidade fetal durante a gravidez e pode ser realizada com um sonar (aparelho simples de amplificação do som). Neste caso, um sensor é passado sobre a barriga da gestante até que se auscultem os batimentos cardíacos fetais. Pode ser feito também através do uso de um estetoscópio de Pinard, que é um objeto em forma de corneta que o profissional posiciona em uma das extremidades na barriga da gestante e a outra no ouvido. Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.
- 18.5 **pesou e mediu você <MULHER-ALVO>?** Pergunte à <MULHER-ALVO> se durante as consultas de pré-natal o médico ou enfermeiro mediu pelo menos uma vez seu peso e/ ou sua estatura. Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.
19. **Se fez pelo menos uma consulta de pré-natal de <CRIANÇA>, você <MULHER-ALVO> tem a carteira do pré-natal?** Se o entrevistador ainda não estiver em posse da carteira do pré-natal do filho vivo mais novo < 60 meses, pergunte se a <MULHER-ALVO> tem a carteira e, caso sim, peça para vê-la. Marque somente uma opção –
- (1) **Sim, vista:** se a <MULHER-ALVO> disser que tem a carteira do pré-natal referente à gravidez da <CRIANÇA> e o entrevistador a viu
- (2) **Sim, não vista:** se a <MULHER-ALVO> disser que tem a carteira do pré-natal referente à gravidez da <CRIANÇA>, mas o entrevistador não a viu (pois não foi encontrada, está em outro local etc.). Se a carteira estiver no pólo-base marque esta opção
- (3) **Não:** se a <MULHER-ALVO> disser que nunca teve ou perdeu carteira do pré-natal referente à gravidez da <CRIANÇA>
- (9) **IGN**
20. **Após o nascimento de <CRIANÇA>, você <MULHER-ALVO> consultou com o médico ou enfermeiro para saber se estava tudo bem com sua saúde?** Este item visa identificar se a <MULHER-ALVO> realizou consulta médica (mesmo que domiciliar) nos dois primeiros meses após o nascimento do filho vivo mais novo < 60 meses (<CRIANÇA>) para saber se estava tudo bem com ela. Explique à <MULHER-ALVO> o que é uma consulta de puerpério, se for necessário para seu entendimento. A consulta de puerpério faz parte da rotina do pré-natal, mas pode ser feita mesmo que não tenha sido realizado acompanhamento durante a gravidez. Em geral, a consulta envolve orientações sobre aleitamento materno, exame ginecológico e monitoramento de condições de anormalidade pós-parto (pressão arterial, sangramento, infecções etc.). Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN. Se a mulher procurou o serviço de saúde somente por motivo de

doença não relacionada ao puerpério, esta consulta não deve ser considerada como consulta de puerpério.

21. **No momento, você <MULHER-ALVO> está grávida?** Este item visa identificar se a <MULHER-ALVO> está grávida no momento da entrevista. Pergunte se a <MULHER-ALVO> está grávida. Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.

Os itens 22 a 23 visam caracterizar, por meio de entrevista com a <MULHER-ALVO>, o pré-natal da gravidez atual, caso ela esteja grávida no momento da entrevista. Devem ser preenchidos caso o item 21 seja “Sim”. Caso não esteja grávida, pule os itens 22 a 23 (deixe em branco) e siga para o item 24.

22. **Você fez alguma consulta de pré-natal com médico ou enfermeiro durante esta gravidez?** Deve ser considerada como consulta pré-natal (para gravidez) mesmo que domiciliar somente se a <MULHER-ALVO> compareceu ao serviço de saúde para realizar consulta da rotina de pré-natal, ou seja, para saber se estava tudo bem com a saúde dela e com a do bebê. Se a mulher procurou o serviço de saúde somente por motivo de doença, esta consulta não deve ser considerada como consulta de pré-natal. Pergunte à <MULHER-ALVO> se ela fez alguma consulta de pré-natal com médico ou enfermeiro durante a gravidez atual. Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN. Se a <MULHER-ALVO> não fez consulta de pré-natal, pule os itens 22.1 a 23 (deixe em branco) e siga para o item 24.

**SE SIM, alguma vez o médico ou enfermeiro:** se houve consulta de pré-natal durante a atual gravidez, responda os itens 22.1 a 23.

- 22.1 **mediu a sua pressão arterial?** Pergunte à <MULHER-ALVO> se durante as consultas de pré-natal o médico ou enfermeiro mediu pelo menos uma vez sua pressão arterial. Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.

- 22.2 **mediu a sua barriga (altura uterina)?** Pergunte à <MULHER-ALVO> se durante as consultas de pré-natal o médico ou enfermeiro mediu pelo menos uma vez sua barriga para avaliar o crescimento uterino. Explique à <MULHER-ALVO> a forma de medir a barriga, se for necessário para seu entendimento. A medida é feita no sentido vertical da barriga. Para tanto, o zero da fita métrica é posicionado no púbis e a fita é esticada verticalmente passando sobre o umbigo até atingir a parte superior da barriga (ou seja, o fim da barriga, já próximo do esterno). Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.

- 22.3 **examinou o seu peito/mama/seio?** Pergunte à <MULHER-ALVO> se durante as consultas de pré-natal o médico ou enfermeiro examinou pelo menos uma vez suas mamas. Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.

- 22.4 **auscultou o coração do nenê/bebê?** Pergunte à <MULHER-ALVO> se durante as consultas de pré-natal o médico ou enfermeiro fez pelo menos uma vez ausculta dos batimentos do coração do nenê/bebê. Explique à <MULHER-ALVO> como é feita a ausculta, se for necessário para seu entendimento. A ausculta dos batimentos cardíacos faz parte da análise da vitalidade fetal durante a gravidez e pode ser realizada com um sonar (aparelho simples de amplificação do som). Neste caso, um sensor é passado sobre a barriga da gestante até que se auscultem os batimentos cardíacos fetais. Pode ser feito também através do uso de um estetoscópio de Pinard, que é um objeto em forma de corneta que o profissional posiciona em uma das extremidades na barriga da gestante e a outra no ouvido. Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.

22.5 **pesou e mediu <MULHER-ALVO>?** Pergunte à <MULHER-ALVO> se durante as consultas de pré-natal o médico ou enfermeiro mediu pelo menos uma vez seu peso e/ ou sua estatura. Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.

23. **SE VOCÊ <MULHER-ALVO> FEZ PELO MENOS UMA CONSULTA DE PRÉ-NATAL DURANTE A ATUAL GRAVIDEZ, tem a carteira do pré-natal?** Se o entrevistador ainda não estiver em posse da carteira de pré-natal da gestação atual, pergunte se a <MULHER-ALVO> tem a carteira e, caso sim, peça para vê-la. Marque somente uma opção

(1) **Sim, vista:** se a <MULHER-ALVO> disser que tem a carteira de pré-natal referente à gravidez atual e o entrevistador a viu.

(2) **Sim, não vista:** se a <MULHER-ALVO> disser que tem a carteira de pré-natal referente à gravidez atual, mas o entrevistador não a viu (pois não foi encontrada, está em outro local ou com agente de saúde etc.).

(3) **Não:** se a <MULHER-ALVO> disser que nunca teve ou perdeu carteira de pré-natal referente à gravidez atual.

(9) **IGN**

Os itens 24 a 27 destinam-se a anotar resultados das seguintes medidas diretas a serem realizadas na <MULHER-ALVO>: pressão arterial (segundo conjunto de medidas), dosagem de hemoglobina e dosagem de glicose. Os procedimentos técnicos para realização das medidas diretas estão detalhados no capítulo 7 deste Instrutivo. **Atenção: avaliar os itens 24 a 27 somente para <MULHERES-ALVO> entre 14,0 e 49,9 anos (com ou sem filhos).**

**Segunda medida de pressão arterial (PA) da <MULHER-ALVO>:** faça a segunda medida da pressão arterial, seguindo os procedimentos utilizados na tomada da primeira medida.

24. **PA Sistólica (mm Hg):** registre a medida da pressão arterial sistólica (SYS) indicada no monitor do aparelho, com 3 dígitos.

25. **PA Diastólica (mm Hg):** registre a medida da pressão arterial diastólica (DIA) indicada no monitor do aparelho, com 3 dígitos. Use zero à esquerda sempre que o valor for inferior a 100 mmHg.

25.1 **Pulso no qual foi aferida a pressão arterial?** Marque a opção correspondente ao pulso no qual foram aferidas as duas medidas de pressão arterial (itens 8, 9, 24 e 25). Marque (1) Esquerdo ou (2) Direito.

26. **Hemoglobina (g/dL):** registre o valor da dosagem de hemoglobina indicada no monitor do aparelho, com 3 dígitos. Use zero à esquerda sempre que o valor for inferior a 10 g/dL.

27. **Glicose (mg/dL):** registre o valor da dosagem de glicose indicada no monitor do aparelho, com 3 dígitos. Use zero à esquerda sempre que o valor for inferior a 100 mg/dL.

Os itens 28.1 a 45 visam caracterizar, por meio de extração de dados de registros secundários, o pré-natal do filho vivo mais novo da <MULHER-ALVO> dentre aqueles < 60 meses. Deve ser, portanto, o pré-natal da última criança listada na Listagem de Filhos Vivos < 60 Meses (ver terceira página do Caderno 3 - Mulher). Lembre-se de substituir <CRIANÇA> pelo nome deste filho. São considerados registros para extração dos dados: os prontuários individuais (caso existentes nas aldeias ou pólos-base), as carteiras de pré-natal, a Caderneta de Saúde da Criança ou outros registros locais (livros ata, boletins de registro de atendimentos, boletins de produção diária, entre outros) que contenham os

dados que se pretende obter. É importante enfatizar que o esforço deve ser no sentido de identificar as possíveis fontes existentes localmente, não sendo esperado que sejam buscadas fontes externas (prontuários em hospitais etc.).

**Quais registros foram utilizados?** Os itens abaixo visam identificar as fontes dos registros secundários utilizados para caracterização do pré-natal do filho vivo mais novo da <MULHER-ALVO> dentre aqueles < 60 meses.

28.1 **Prontuário:** se for utilizado como fonte de dados para caracterização do pré-natal do filho vivo mais novo da <MULHER-ALVO> dentre aqueles < 60 meses. Marque – (1) Sim ou (2) Não.

28.2 **Carteira do pré-natal:** se for utilizada como fonte de dados para caracterização do pré-natal do filho vivo mais novo da <MULHER-ALVO> dentre aqueles < 60 meses. Marque – (1) Sim ou (2) Não.

28.3 **Caderneta de Saúde da Criança:** se for utilizada como fonte de dados para a caracterização do pré-natal do filho vivo mais novo da <MULHER-ALVO> dentre aqueles < 60 meses. Marque – (1) Sim ou (2) Não.

28.4 **Outros:** se for utilizada outra fonte que não prontuário ou a carteira do pré-natal da <MULHER-ALVO> ou Caderneta de Saúde da Criança para caracterização do pré-natal do filho vivo mais novo dentre aqueles < 60 meses. Esta opção inclui o cartão de vacina da <MULHER-ALVO, o prontuário da criança ou outros documentos disponíveis localmente. Marque – (1) Sim ou (2) Não.

Caso as respostas para os itens 28.1, 28.2, 28.3 e 28.4 sejam “(2) Não”, ou seja, não haja quaisquer registros disponíveis para caracterizar o pré-natal do filho mais novo < 60 meses e a <MULHER-ALVO> esteja grávida, pule para o item 46.1. Se a <MULHER-ALVO> não estiver grávida, encerre a entrevista (ou seja, o preenchimento do Caderno 3) neste ponto.

29. **Em que mês da gravidez foi realizada a 1ª consulta de pré-natal do filho vivo mais novo < 60 meses?** Localize a informação quanto ao mês de gestação em que a <MULHER-ALVO> realizou a primeira consulta de pré-natal. Utilize sempre 2 dígitos. Registre 01 se tiver sido no primeiro mês de gestação, 02 se tiver sido no segundo e assim por diante, até 09, se tiver sido no nono mês. Se não conseguir esta informação, registre 99 (IGN).

30. **Quantas consultas de pré-natal foram registradas durante a gravidez do filho vivo mais novo < 60 meses?** Conte o número de consultas de pré-natal registradas preferencialmente no cartão ou caderneta de pré-natal da criança, mas também em outros registros. Atente para não registrar mais de uma consulta com a mesma data de realização. Registre o número total de consultas. Se nenhuma consulta tiver sido registrada, marcar 00. Se não conseguir esta informação, registre 99 (IGN).

Os itens 31 a 41.1 visam identificar se houve solicitação e, caso sim, se houve retorno dos resultados dos exames preconizados na rotina de avaliação do pré-natal. Observe que o objetivo não é registrar os resultados, mas saber se os mesmos estão disponíveis. Esses exames se referem ao pré-natal do filho vivo mais novo dentre aqueles menores de 60 meses da <MULHER-ALVO>. Observe que, na nova Caderneta da Criança, os agravos infecciosos da mãe são registrados pelo código alfa-numérico

da Classificação Internacional de Doenças (CID10) e não pelos nomes dos agravos, conforme demonstrado na figura abaixo:

Sorologias realizadas no pré-natal para os agravos (em CID 10):

<b>Z21*:</b>	<input type="checkbox"/> Não realizada	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterada
Trim. 1º ( )	2º ( )	3º ( )	
<b>A53:</b>	<input type="checkbox"/> Não realizada	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterada
Trim. 1º ( )	2º ( )	3º ( )	
<b>B18:</b>	<input type="checkbox"/> Não realizada	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterada
Trim. 1º ( )	2º ( )	3º ( )	
<b>B58:</b>	<input type="checkbox"/> Não realizada	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterada
Trim. 1º ( )	2º ( )	3º ( )	

\*Anotação de acordo com a CID 10.

Sorologias maternas realizadas ainda na maternidade para os agravos (em CID 10):

<b>Z21:</b>	<input type="checkbox"/> Não realizada	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterada
<b>A53:</b>	<input type="checkbox"/> Não realizada	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterada

Outros agravos (CID 10): \_\_\_\_\_

Os agravos referentes aos códigos da CID10 são apresentados a seguir:

Z21: Estado de infecção assintomática pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV)

A53: Outras formas de sífilis e as não especificadas (Sífilis, LUES)

B18: Hepatite viral crônica (B com ou sem D, C e não especificada)

B58: Toxoplasmose

Outras: B06: Rubéola

**Para a gravidez do filho vivo mais novo < 60 meses, há registro de solicitação e resultado de:**

**31. Exame de urina comum (EAS) solicitado?** Refere-se à solicitação de exame de urina comum (EAS). Marque – (1) Sim ou (2) Não.

**31.1. SE SIM, resultado?** Este item visa identificar se, no caso da solicitação do exame de urina comum (EAS), houve resultado. Marque – (1) Sim ou (2) Não.

**32. Exame de fezes solicitado?** Refere-se à solicitação de exame de fezes. Marque – (1) Sim ou (2) Não.

**32.1. SE SIM, resultado?** Este item visa identificar se, no caso de solicitação de exame de fezes, houve resultado. Marque – (1) Sim ou (2) Não.

**33. Citologia oncótica cervical solicitada?** Refere-se à solicitação de exame de citologia oncótica cervical. Marque – (1) Sim ou (2) Não.

- 33.1 **SE SIM, resultado?** Este item visa identificar se, no caso da solicitação de exame de citologia oncótica cervical, houve resultado. Marque – (1) Sim ou (2) Não.
34. **Exame de sangue (hemograma) solicitado?** Refere-se à solicitação de exame de sangue (hemograma). Marque – (1) Sim ou (2) Não.
- 34.1 **SE SIM, resultado?** Este item visa identificar se, no caso da solicitação de exame de sangue (hemograma), houve resultado. Marque – (1) Sim ou (2) Não.
35. **Teste para HIV solicitado?** Refere-se à solicitação de teste para HIV. Marque – (1) Sim ou (2) Não.
- 35.1 **SE SIM, resultado?** Este item visa identificar se, no caso da solicitação de teste para HIV, houve resultado. Marque – (1) Sim ou (2) Não.
36. **Teste para rubéola solicitado?** Refere-se à solicitação de teste para rubéola. Marque – (1) Sim ou (2) Não.
- 36.1 **SE SIM, resultado?** Este item visa identificar se, no caso da solicitação de teste para rubéola, houve resultado. Marque – (1) Sim ou (2) Não.
37. **Teste para sífilis (VDRL) solicitado?** Refere-se à solicitação de teste para sífilis (VDRL). Marque – (1) Sim ou (2) Não.
- 37.1 **SE SIM, resultado?** Este item visa identificar se, no caso da solicitação de teste para sífilis (VDRL), houve resultado. Marque – (1) Sim ou (2) Não.
38. **Teste para toxoplasmose solicitado?** Refere-se à solicitação de teste para toxoplasmose. Marque – (1) Sim ou (2) Não.
- 38.1 **SE SIM, resultado?** Este item visa identificar se, no caso da solicitação de teste para toxoplasmose, houve resultado. Marque – (1) Sim ou (2) Não.
39. **Teste para hepatite B (HBsAg) nas não vacinadas solicitado?** Refere-se à solicitação de teste para hepatite B (HBsAg) nas mulheres não vacinadas. Marque – (1) Sim ou (2) Não.
- 39.1. **SE SIM, resultado?** Este item visa identificar se, no caso da solicitação de teste para hepatite B (HBsAg) nas mulheres não vacinadas, houve resultado. Marque – (1) Sim ou (2) Não.
40. **Exame para diabetes (glicemia em jejum) solicitado?** Refere-se à solicitação de teste para diabetes (glicemia em jejum). Marque – (1) Sim ou (2) Não.
- 40.1 **SE SIM, resultado?** Este item visa identificar se, no caso da solicitação de exame para diabetes (glicemia em jejum), houve resultado. Marque – (1) Sim ou (2) Não.
41. **Ultrassom do bebê solicitado?** Refere-se à solicitação de ultrassom do bebê. Marque – (1) Sim ou (2) Não.

41.1 **SE SIM, resultado?** Este item visa identificar se, no caso da solicitação de ultrassom do bebê, houve resultado. Marque – (1) Sim ou (2) Não.

Os itens 42 e 43 visam identificar se a <MULHER-ALVO> teve prescrição de sulfato ferroso e ácido fólico durante a gravidez do filho vivo mais novo < 60 meses.

**Possui registro de prescrição dos medicamentos abaixo para a gravidez do filho vivo mais novo < 60 meses?**

42. **Prescrição de sulfato ferroso?** Identifique se há registro de prescrição de sulfato ferroso durante a gravidez do filho vivo mais novo < 60 meses. Marque – (1) Sim ou (2) Não.

43. **Prescrição de ácido fólico?** Identifique se há registro de prescrição de ácido fólico durante a gravidez do filho vivo mais novo < 60 meses. Marque – (1) Sim ou (2) Não.

Os itens 44.1 a 45 visam identificar se a <MULHER-ALVO> recebeu vacinas contra o tétano e hepatite B.

44.1. **Há registro de a <MULHER-ALVO> ter tomado pelo menos uma dose de vacina contra o tétano (DT) nos 5 anos anteriores à gravidez do filho vivo mais novo < 60 meses?** Este item visa identificar se a <MULHER-ALVO> tomou pelo menos uma dose de DT nos 5 anos anteriores à gravidez do filho vivo mais novo < 60 meses. Marque – (1) Sim ou (2) Não.

44.2. **Até o final da gravidez do filho vivo mais novo < 60 meses, há registro de aplicação de pelo menos 3 doses de vacina contra o tétano (DT) na <MULHER-ALVO>?** Este item visa identificar se há registro de que <MULHER-ALVO>, ao longo de sua vida e até a gravidez do filho vivo mais novo < 60 meses (não se restringe a última gestação), tomou pelo menos 3 doses de vacina DT. Marque – (1) Sim ou (2) Não.

45. **Quantas doses de vacina contra a hepatite B a <MULHER-ALVO> tomou ao longo da vida até o final da gravidez do filho vivo mais novo < 60 meses?** Este item visa identificar o número de doses de vacina contra a hepatite B que a <MULHER-ALVO> tomou ao longo de sua vida e até o fim da gravidez do filho vivo mais novo < 60 meses. Registre o número de doses com um dígito.

Os itens 46.1 a 64 visam caracterizar, por meio de extração de dados dos registros secundários existentes, o pré-natal da gravidez atual da <MULHER-ALVO>, caso esteja grávida no momento da entrevista. São considerados registros para extração dos dados: os prontuários individuais (caso existentes nas aldeias ou pólos-base), as carteiras de pré-natal ou outros registros locais (livros ata, boletins de registro de atendimentos, boletins de produção diária, entre outros) que contenham os dados que se pretende obter. É importante enfatizar que o esforço deve ser no sentido de identificar as possíveis fontes existentes localmente, não sendo esperado que sejam buscadas fontes externas (prontuários em hospitais etc.). Se a <MULHER-ALVO> não estiver grávida no momento da entrevista, encerre o preenchimento do Caderno 3) neste momento.

**Quais registros foram utilizados?** Os itens abaixo visam identificar as fontes dos registros secundários utilizados para caracterização do pré-natal da gravidez atual da <MULHER-ALVO>.

- 46.1 **Prontuário:** se for utilizado como fonte de dados para caracterização do pré-natal da gravidez atual. Marque – (1) Sim ou (2) Não.
- 46.2 **Carteira do pré-natal:** se for utilizado como fonte de dados para caracterização do pré-natal da gravidez atual. Marque – (1) Sim ou (2) Não.
- 46.3 **Caderneta de Saúde da Criança:** se for utilizada como fonte de dados para a caracterização do pré-natal da gravidez atual. Marque – (1) Sim ou (2) Não.
- 46.4 **Outros:** se for utilizada outra fonte que não prontuário ou a carteira do pré-natal da <MULHER-ALVO> ou Caderneta de Saúde da Criança para caracterização do pré-natal da gravidez atual. Esta opção inclui o cartão de vacina da <MULHER-ALVO ou outros documentos disponíveis localmente. Marque – (1) Sim ou (2) Não.

Caso as respostas para os itens 46.1, 46.2, 46.3 e 46.4 sejam “(2) Não”, ou seja, não haja quaisquer registros disponíveis para caracterizar o pré-natal da gravidez atual, encerre a entrevista (ou seja, o preenchimento do Caderno 3) neste ponto.

47. **Idade gestacional em meses na data da entrevista:** localize a informação quanto ao mês de gestação da <MULHER-ALVO> na data da entrevista. Utilize sempre 2 dígitos. Registre 01 se tiver sido no primeiro mês de gestação, 02 se tiver sido no segundo e assim por diante, até 09, se tiver sido no nono mês. Se não conseguir esta informação, registre 99 (IGN).
48. **Em que mês da gravidez atual foi realizada a 1ª consulta do pré-natal?** Localize a informação quanto ao mês da gravidez atual quando a <MULHER-ALVO> realizou a primeira consulta de pré-natal. Utilize sempre 2 dígitos. Registre 01 se tiver sido no primeiro mês de gestação, 02 se tiver sido no segundo e assim por diante, até 09, se tiver sido no nono mês. Se não conseguir esta informação, registre 99 (IGN).
49. **Quantas consultas de pré-natal na gravidez atual foram registradas até o momento desta entrevista?** Conte o número de consultas de pré-natal registradas na fontes utilizadas, como também em outros registros. Atente para não registrar mais de uma consulta com a mesma data de realização. Registre o número total de consultas. Se nenhuma consulta tiver sido registrada, marcar 00. Se não conseguir esta informação, preencha com 99 (IGN).

Os itens 50 a 60.1 visam identificar se houve solicitação e, caso sim, se houve resultados dos exames preconizados na rotina de avaliação do pré-natal. Observe que o objetivo não é registrar os resultados, mas saber se os mesmos estão disponíveis. Esses exames se referem ao pré-natal da gravidez atual da <MULHER-ALVO>. Observe que, na nova Caderneta da Criança, os agravos infecciosos da mãe são registrados pelo código alfa-numérico da Classificação Internacional de Doenças (CID10) e não pelos nomes dos agravos, conforme demonstrado na figura abaixo:

Sorologias realizadas no pré-natal para os agravos (em CID 10):

<b>Z21*:</b>	<input type="checkbox"/> Não realizada	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterada
Trim. 1º ( )	2º ( )	3º ( )	
<b>A53:</b>	<input type="checkbox"/> Não realizada	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterada
Trim. 1º ( )	2º ( )	3º ( )	
<b>B18:</b>	<input type="checkbox"/> Não realizada	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterada
Trim. 1º ( )	2º ( )	3º ( )	
<b>B58:</b>	<input type="checkbox"/> Não realizada	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterada
Trim. 1º ( )	2º ( )	3º ( )	

\*Anotação de acordo com a CID 10.

Sorologias maternas realizadas ainda na maternidade para os agravos (em CID 10):

<b>Z21:</b>	<input type="checkbox"/> Não realizada	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterada
<b>A53:</b>	<input type="checkbox"/> Não realizada	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterada

Outros agravos (CID 10): \_\_\_\_\_

Os agravos referentes aos códigos da CID10 são apresentados a seguir:

Z21: Estado de infecção assintomática pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV)

A53: Outras formas de sífilis e as não especificadas (Sífilis, LUES)

B18: Hepatite viral crônica (B com ou sem D, C e não especificada)

B58: Toxoplasmose

Outras: B06: Rubéola

**Para a gravidez atual da <MULHER-ALVO>, há registro de solicitação e resultado de:**

**50. Exame de urina comum (EAS) solicitado?** Refere-se à solicitação de exame de urina comum (EAS). Marque – (1) Sim ou (2) Não.

**50.1 SE SIM, resultado?** Este item visa identificar se, no caso da solicitação do exame de urina comum (EAS), houve resultado. Marque – (1) Sim ou (2) Não.

**51. Exame de fezes solicitado?** Refere-se à solicitação de exame de fezes. Marque – (1) Sim ou (2) Não.

**51.1 SE SIM, resultado?** Este item visa identificar se, no caso de solicitação de exame de fezes, houve resultado. Marque – (1) Sim ou (2) Não.

**52. Citologia oncótica cervical solicitada?** Refere-se à solicitação de exame de citologia oncótica cervical. Marque – (1) Sim ou (2) Não.

**52.1 SE SIM, resultado?** Este item visa identificar se, no caso da solicitação de exame de citologia oncótica cervical, houve resultado. Marque – (1) Sim ou (2) Não.

**53. Exame de sangue (hemograma) solicitado?** Refere-se à solicitação de exame de sangue (hemograma). Marque – (1) Sim ou (2) Não.

- 53.1 **SE SIM, resultado?** Este item visa identificar se, no caso da solicitação de exame de sangue (hemograma), houve resultado. Marque – (1) Sim ou (2) Não.
54. **Teste para HIV solicitado?** Refere-se à solicitação de teste para HIV. Marque – (1) Sim ou (2) Não.
- 54.1. **SE SIM, resultado?** Este item visa identificar se, no caso da solicitação de teste para HIV, houve resultado. Marque – (1) Sim ou (2) Não.
55. **Teste para rubéola solicitado?** Refere-se à solicitação de teste para rubéola. Marque – (1) Sim ou (2) Não.
- 55.1 **SE SIM, resultado?** Este item visa identificar se, no caso da solicitação de teste para rubéola, houve resultado. Marque – (1) Sim ou (2) Não.
56. **Teste para sífilis (VDRL) solicitado?** Refere-se à solicitação de teste para sífilis (VDRL). Marque – (1) Sim ou (2) Não.
- 56.1 **SE SIM, resultado?** Este item visa identificar se, no caso da solicitação de teste para sífilis (VDRL), houve resultado. Marque – (1) Sim ou (2) Não.
57. **Teste para toxoplasmose solicitado?** Refere-se à solicitação de teste para toxoplasmose. Marque – (1) Sim ou (2) Não.
- 57.1 **SE SIM, resultado?** Este item visa identificar se, no caso da solicitação de teste para toxoplasmose, houve resultado. Marque – (1) Sim ou (2) Não.
58. **Teste para hepatite B (HBsAg) nas não vacinadas solicitado?** Refere-se à solicitação de teste para hepatite B (HBsAg) nas mulheres não vacinadas. Marque – (1) Sim ou (2) Não.
- 58.1 **SE SIM, resultado?** Este item visa identificar se, no caso da solicitação de teste para hepatite B (HBsAg) nas mulheres não vacinadas, houve resultado. Marque – (1) Sim ou (2) Não.
59. **Exame para diabetes (glicemia em jejum) solicitado?** Refere-se à solicitação de teste para diabetes (glicemia em jejum). Marque – (1) Sim ou (2) Não.
- 59.1. **SE SIM, resultado?** Este item visa identificar se, no caso da solicitação de exame para diabetes (glicemia em jejum), houve resultado. Marque – (1) Sim ou (2) Não.
60. **Ultrassom do bebê solicitado?** Refere-se à solicitação de ultrassom do bebê. Marque – (1) Sim ou (2) Não.
- 60.1 **SE SIM, resultado?** Este item visa identificar se, no caso da solicitação de ultrassom do bebê, houve resultado. Marque – (1) Sim ou (2) Não.

Os itens 61 a 62 visam identificar se durante a gravidez atual da <MULHER-ALVO> houve prescrição de sulfato ferroso e ácido fólico.

**Possui registro de prescrição dos medicamentos abaixo para a gravidez atual?**

61. **Prescrição de sulfato ferroso?** Identifique se há registro de prescrição de sulfato ferroso durante a gravidez atual. Marque – (1) Sim ou (2) Não.
62. **Prescrição de ácido fólico?** Identifique se há registro de prescrição de ácido fólico durante a gravidez atual. Marque – (1) Sim ou (2) Não.

Os itens 63.1 a 64 visam identificar se a <MULHER-ALVO> recebeu vacinas contra tétano e hepatite B.

- 63.1 **Há registro de <MULHER-ALVO> ter tomado pelo menos uma dose de vacina contra o tétano (DT) nos 5 anos anteriores à gravidez atual?** Este item visa identificar se a <MULHER-ALVO> tomou pelo menos uma dose de DT nos 5 anos anteriores à gravidez atual. Marque – (1) Sim ou (2) Não.
- 63.2 **Por ocasião da gravidez atual, há registro de aplicação de pelo menos 3 doses de vacina anti-tétano (DT) na <MULHER-ALVO>?** Este item visa identificar se há registro de que <MULHER-ALVO>, ao longo de sua vida e até a presente gravidez, tomou pelo menos 3 doses de vacina DT. Marque – (1) Sim ou (2) Não.
64. **Quantas doses de vacina contra a hepatite B a <MULHER-ALVO> tomou ao longo de sua vida, até o momento atual da gravidez?** Este item visa identificar o número de doses de vacina contra a hepatite B que a <MULHER-ALVO> tomou ao longo de sua vida até o momento atual da gravidez. Registre o número de doses com um dígito. Se não conseguir esta informação, registre 9 (IGN).

# Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

## Capítulo VI

### Preenchimento do Caderno 4 – Criança

#### 6.1. Introdução

- 6.1.1. O Caderno 4 – Criança tem por objetivo coletar dados referentes à saúde e nutrição das crianças indígenas < 60 meses de idade. As respostas deverão ser obtidas preferencialmente por meio de entrevista com a mãe ou responsável pela criança ou, em caso de impossibilidade, com parente próximo capaz de responder sobre a criança. Este caderno deverá ser aplicado a todas as crianças < 60 meses residentes nos domicílios selecionados para o Inquérito.

#### 6.2. Definições operacionais

- 6.2.1. Para fins deste Caderno, <MULHER-ALVO> corresponde a toda mulher, mãe ou responsável por criança < 60 meses que reside no mesmo domicílio que o filho (isto é, mãe ou responsável e criança são co-residentes), e para a qual foi preenchido um Caderno 3 – Mulher.
- 6.2.2. Para fins deste Inquérito, <CRIANÇA> corresponde a toda criança a ser entrevistada, ou seja, toda criança < 60 meses residente nos domicílios selecionados para o Inquérito.

#### 6.3. Instruções gerais de preenchimento

- 6.3.1. Onde consta <CRIANÇA> no Caderno 4 – Criança, substitua o termo pelo nome da criança a ser entrevistada.
- 6.3.2. Mesmo que <CRIANÇA> não esteja presente, os itens do Caderno 4 – Criança a serem obtidos a partir de entrevista e de registros secundários devem ser obtidos.
- 6.3.3. Para o preenchimento de diversos itens do Caderno 4 – Criança será necessário obter dados de cartão/caderneta da criança ou outros registros disponíveis. Para facilitar o trabalho, solicite à mãe ou responsável que pegue os referidos documentos logo no início da entrevista.

- 6.3.4. As medidas diretas (antropometria e dosagem de hemoglobina) podem trazer algum grau de estranheza ou ansiedade à criança. Por isso, todos os procedimentos devem ser explicados aos responsáveis antes de sua realização. Os procedimentos técnicos para realização das medidas diretas estão detalhados no capítulo 7 deste Instrutivo.

#### 6.4. Instruções específicas de preenchimento

**Capa do Caderno:** preencher a capa do Caderno 4 – Criança no momento da entrevista. Os itens destinam-se a identificar a <CRIANÇA> alvo da entrevista. Alguns deles já foram coletados no momento da aplicação dos Cadernos 1, 2 e 3, referentes à aldeia/ comunidade e ao domicílio onde a <CRIANÇA> reside, assim como à sua mãe ou responsável (<MULHER-ALVO>). Utilize os Cadernos 1, 2 e 3 para facilitar e qualificar o seu preenchimento.

**Macrorregião:** anote o nome da macrorregião à qual pertence a aldeia/ comunidade na qual reside a <CRIANÇA> alvo da entrevista: Norte; Centro-Oeste; Nordeste; e Sul-Sudeste. O nome da macrorregião deve ser o mesmo indicado no Caderno 1 – Aldeia/comunidade onde reside a <CRIANÇA>.

**DSEI:** anote o nome do DSEI no qual está localizada a aldeia/ comunidade onde reside a <CRIANÇA> alvo da entrevista. Para anotar o nome do DSEI, o pesquisador deverá consultar a Listagem de Aldeias/ Comunidades Seleccionadas (Anexo 2.1). O nome do DSEI deve ser o mesmo indicado no Caderno 1 – Aldeia/comunidade.

**Nome da aldeia/comunidade:** anote o nome da aldeia/ comunidade na qual reside a <CRIANÇA>. Para anotar o nome da aldeia/ comunidade, o pesquisador deverá consultar a Listagem de Aldeias/ Comunidades Seleccionadas (Anexo 2.1). O nome da aldeia/ comunidade deve ser o mesmo indicado no Caderno 1 – Aldeia/comunidade.

**Nome da <MULHER-ALVO> (mãe da criança):** anote o nome da mãe ou responsável pela criança. Retire esta informação do Caderno 3 – Mulher referente à mãe da criança ou do responsável pela criança.

**Nome da criança:** anote o nome da criança alvo da entrevista. Retire esta informação da Listagem de Filhos Vivos < 60 meses disponível no Caderno 3 – Mulher.

- 1.1 **Número da aldeia/comunidade:** registre o código da aldeia/ comunidade. O código da aldeia/ comunidade se encontra na coluna “Código Identificador da Aldeia/ Comunidade” na Listagem de Aldeias/ Comunidades Seleccionadas (Anexo 2.1). O número deve ser o mesmo indicado na capa do Caderno 1 – Aldeia/comunidade.
- 1.2 **Número do domicílio:** registre o número do domicílio no qual reside a <CRIANÇA>. Retire esta informação da capa do Caderno 2 – Domicílio referente ao domicílio no qual reside a <CRIANÇA>. Este número também consta da coluna “Nº de ordem do domicílio” da Listagem de Domicílios. Registre na forma de quatro dígitos.
- 1.3 **Número da <MULHER-ALVO> (mãe da criança):** registre o número da <MULHER-ALVO> mãe da criança ou responsável pela criança. Retire esta informação do Caderno 3 – Mulher referente à mãe da <CRIANÇA>. Registre na forma de dois dígitos.

- 1.4 **Número da <CRIANÇA>:** registre o número da <CRIANÇA>. Retire esta informação da primeira coluna (Código Identificador) da Listagem de Filhos Vivos < 60 Meses disponível no Caderno 3 – Mulher referente à mãe da <CRIANÇA>. Registre na forma de dois dígitos.
- 1.5 **Data de nascimento da <CRIANÇA>:** registre a data de nascimento da <CRIANÇA> indicando dia, mês e ano (com 4 dígitos). Retire esta informação da coluna “Data Nascimento ou Idade (meses)” da Listagem de Filhos Vivos < 60 Meses disponível no Caderno 3 – Mulher referente à mãe ou responsável pela <CRIANÇA>.
- 1.6 **Idade (meses) (só se não souber a data de nascimento):** registre a idade em meses da <CRIANÇA>. Este item somente necessita ser anotado se a data de nascimento não tiver sido informada. Retire esta informação da coluna “Data Nascimento ou Idade (meses)” da Listagem de Filhos Vivos < 60 Meses disponível no Caderno 3 – Mulher referente à mãe ou responsável pela <CRIANÇA>.
- 1.7 **Sexo da <CRIANÇA>:** registre o sexo da criança. Marque se – (1) masculino ou (2) Feminino.
2. **Data da entrevista:** registre a data da entrevista, indicando dia, mês e ano (com 4 dígitos) de sua realização.
3. **Entrevistador:** anote o nome e registre o respectivo código do pesquisador que realizou a entrevista. Todos os pesquisadores cadastrados pela ABRASCO no Inquérito possuem um código de identificação, que corresponde aos quatro últimos números de seu CPF (por exemplo, se o CPF for 297.333.751-20, o código é 5120).
4. **Supervisor:** anote o nome e registre o respectivo código do supervisor da equipe de campo. Todos os supervisores cadastrados pela ABRASCO no Inquérito possuem um código de identificação, que corresponde aos quatro últimos números de seu CPF (por exemplo, se o CPF for 182.444.541-87, o código é 4187).

**Corpo do Caderno:** preencher os itens que compõem o corpo do Caderno 4. Terminado o preenchimento do Caderno, os respectivos códigos (coluna da direita) deverão ser preenchidos pelo entrevistador no próprio dia da entrevista e verificado pelo supervisor se houve perda ou erro de preenchimento. Os itens com problemas deverão ser revistos no dia seguinte.

Os itens 5 a 5.2.1 destinam-se a caracterizar o entrevistado que forneceu as informações sobre <CRIANÇA>.

5. **A entrevista foi realizada com:** Marque a opção correspondente ao entrevistado principal que forneceu as informações sobre <CRIANÇA>. Marque somente uma opção –
  - (1) Mãe
  - (2) Pai
  - (3) Outro parente feminino
  - (4) Outro parente masculino
  - (5) Outro
  - (6) Não foi realizada

- 5.1 **SE A ENTREVISTA NÃO FOI REALIZADA, qual a razão?** Se a entrevista não aconteceu, marque a opção que corresponde ao motivo da não realização da entrevista.
- (1) Ausência de informante: se não havia informante disponível para fornecer as informações sobre <CRIANÇA>.
  - (2) Recusa: se a mãe ou outra pessoa responsável não autorizou a realização da entrevista.
  - (3) Outro: se a entrevista não pode ser realizada por qualquer outro motivo diferente de ausência ou recusa.

Se houver recusa por parte da mãe ou responsável, encerre a entrevista neste ponto. Caso seja fornecida autorização para avaliar <CRIANÇA> mas não seja possível realizar a entrevista, procure obter os dados secundários e realizar a avaliação direta da criança (antropometria e dosagem de hemoglobina).

- 5.2 **A entrevista foi feita com tradutor?** Marque se a entrevista foi feita com a participação de tradutor – (1) Sim ou (2) Não.

- 5.2.1 **SE SIM, quem foi o tradutor?** Caso a entrevista tenha sido feita com a participação de tradutor, marque quem foi. Caso mais de uma pessoa tenha ajudado na tradução, identifique o tradutor principal. Marque somente uma opção –
- (1) Agente indígena de saúde
  - (2) Professor
  - (3) Missionário
  - (4) Outra pessoa do domicílio
  - (5) Outro

Os itens de 6 a 9 visam caracterizar aspectos relativos ao nascimento e registro civil de <CRIANÇA>.

6. **<CRIANÇA> tem certidão de nascimento?** Este item visa verificar se <CRIANÇA> tem certidão de nascimento emitida por cartório. Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.
7. **Onde nasceu <CRIANÇA>?** Este item visa identificar o local de nascimento de <CRIANÇA>. Marque somente uma opção –
- (1) Hospital ou maternidade
  - (2) Aldeia
  - (3) Casa de Saúde do Índio (CASAI)
  - (4) Outro
  - (9) IGN
8. **Quem fez o parto de <CRIANÇA>?** Este item visa identificar qual foi o principal realizador do parto de <CRIANÇA>. Marque somente uma opção –
- (1) Médico
  - (2) Enfermeiro
  - (3) Parteira
  - (4) Agente indígena de saúde
  - (5) Parto não assistido (sozinha)
  - (6) Outro
  - (9) IGN

9. **<CRIANÇA> nasceu:** Este item visa identificar o tipo de parto de <CRIANÇA>. O entrevistador deverá investigar informações que confirmem o parto cirúrgico (cesariana), tal como corte abdominal na mãe, retirada do bebê através de outra via que não o canal vaginal. Atente para possíveis informações referentes a procedimentos (por exemplo, episiotomia, uso de fórceps etc.) que não constituem parto cesariano. Marque somente uma opção –
- (1) de parto vaginal
  - (2) de parto cirúrgico (cesariana)
  - (9) IGN

Os itens 10 a 18 visam caracterizar as condições de saúde e alimentação da <CRIANÇA>, assim como acesso a serviços e programas de saúde.

10. **Alguma vez algum profissional de saúde explicou como estava o peso e /ou desenvolvimento de <CRIANÇA>?** Este item visa identificar se a mãe da criança ou responsável foi informado alguma vez por profissional de saúde sobre o peso e/ou o desenvolvimento de <CRIANÇA>. Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.
11. **<CRIANÇA> foi internada nos últimos 12 meses?** Este item visa identificar se a criança foi internada em hospital, clínica ou Casa de Saúde do Índio nos 12 meses anteriores à entrevista. Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN. Se a entrevistada responder que “não sabe”, marque “(9) IGN” e vá para o item 12.

**SE SIM, houve internação para cada uma das causas abaixo?** se houve internação nos últimos 12 meses, pergunte à mãe ou responsável por <CRIANÇA>, se houve internação devida a cada uma das causas apontadas nos itens 11.1 a 11.4.

- 11.1 **Diarréia:** pergunte se alguma das internações de <CRIANÇA> ocorrida nos últimos 12 meses foi devida à diarréia. Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.
- 11.2 **Infecção Respiratória Aguda/ Pneumonia:** pergunte se alguma das internações de <CRIANÇA> ocorrida nos últimos 12 meses foi devida à IRA (infecção respiratória aguda) ou pneumonia. Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.
- 11.3 **Malária:** pergunte se alguma das internações de <CRIANÇA> ocorrida nos últimos 12 meses foi devida à malária. Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.
- 11.4 **Tuberculose:** pergunte se alguma das internações de <CRIANÇA> ocorrida nos últimos 12 meses foi devida à tuberculose. Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.
12. **Na última semana, <CRIANÇA> teve diarréia?** Este item visa identificar a percepção da mãe quanto à ocorrência de diarréia na criança nos sete dias anteriores à data da entrevista. Ao fazer a pergunta, utilize o dia da entrevista como referência. Por exemplo, se a entrevista estiver sendo realizada na tarde de segunda-feira, pergunte se <CRIANÇA> teve diarréia desde a segunda-feira da semana passada. Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.
- 12.1 **SE SIM, <CRIANÇA> tomou soro caseiro ou de pacote para tratar a diarréia?** Esta pergunta visa identificar se criança recebeu terapia de reidratação oral (TRO) para tratar a diarréia, mesmo que uma única vez. Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.

12.2 **SE TOMOU SORO, quem receitou ou indicou o soro para <CRIANÇA>?** Esta pergunta visa identificar quem indicou o soro caseiro ou de pacote. Marque somente uma opção –

- (1) Médico/ enfermeiro
- (2) Agente indígena de saúde
- (3) Balconista de farmácia
- (4) Própria mãe ou responsável
- (5) Outro
- (9) IGN

13. **Na última semana <CRIANÇA> ficou tossindo?** Este item visa identificar se a criança ficou tossindo em pelo menos um dos sete dias anteriores à data da entrevista. Ao fazer a pergunta, utilize o dia da entrevista como referência. Por exemplo, se a entrevista estiver sendo realizada na tarde de segunda-feira, pergunte se <CRIANÇA> desde a segunda-feira da semana passada ficou tossindo. Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.

**SE SIM, <CRIANÇA> teve:** se ficou tossindo na última semana, pergunte à mãe ou responsável por <CRIANÇA> se teve cada um dos sinais/sintomas apontados nos itens 13.1 a 13.3.

13.1 **Dificuldade para respirar?** Pergunte se, durante o período de tosse na última semana, <CRIANÇA> teve dificuldade para respirar. Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.

13.2 **Febre?** Pergunte se, durante o período de tosse na última semana, <CRIANÇA> teve febre. Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.

13.3 **Nariz entupido?** Pergunte se, durante o período de tosse na última semana, <CRIANÇA> estava com nariz entupido. Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.

14. **SE <CRIANÇA> TEVE DIARRÉIA E/OU FICOU TOSSINDO, alguém procurou ajuda para <CRIANÇA> dentro ou fora da aldeia/comunidade?** Este item visa identificar se a mãe, responsável ou outra pessoa procurou ajuda para <CRIANÇA> caso ela tenha tido diarreia ou tenha ficado tossindo na última semana. Considere ajuda não somente por profissionais de saúde como também por especialistas indígenas. Nesta pergunta, não há interesse em saber se conseguiu atendimento, pois isto será indagado em seguida. Portanto, se a mãe ou responsável responder que procurou o posto de saúde, mas não conseguiu ser atendida, considere que procurou ajuda. Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.

**SE SIM, pergunte como quem /onde procurou ajuda e se conseguiu atendimento:** se procurou ajuda, pergunte à mãe ou responsável por <CRIANÇA> se procurou ajuda em cada um dos locais apontados nos itens 14.1 a 14.8. Marque, para cada um dos itens, se procurou ajuda e, caso sim, se recebeu atendimento. (Itens 14.1.1 a 14.8.1).

14.1 **Procurou ajuda com agente indígena de saúde?** Pergunte à mãe ou responsável se procurou ajuda com agente de saúde indígena. Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.

14.1.1 **Recebeu atendimento de agente indígena de saúde?** Se procurou ajuda com o agente indígena de saúde, pergunte se recebeu atendimento do agente indígena de saúde. Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.

- 14.2 Procurou ajuda no posto de saúde da aldeia ou EMSI (Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena)?** Pergunte à mãe ou responsável se procurou ajuda na unidade de saúde local dentro da aldeia com equipe municipal ou da FUNASA (EMSI). Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.
- 14.2.1 Recebeu atendimento no posto de saúde da aldeia ou da EMSI (Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena)?** Se procurou ajuda no posto de saúde da aldeia ou da EMSI, pergunte se recebeu atendimento do posto de saúde da aldeia ou da EMSI. Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.
- 14.3 Procurou ajuda em outro posto de saúde?** Pergunte à mãe ou responsável se procurou ajuda em outro posto de saúde que não o da aldeia. Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.
- 14.3.1 Recebeu atendimento em outro posto de saúde** Se procurou ajuda em outro posto de saúde, pergunte se recebeu atendimento. Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.
- 14.4 Procurou ajuda na farmácia na cidade?** Pergunte à mãe ou responsável se procurou ajuda na farmácia da cidade. Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.
- 14.4.1 Recebeu atendimento na farmácia na cidade?** Se procurou ajuda na farmácia na cidade, pergunte se recebeu atendimento na farmácia na cidade. Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.
- 14.5 Procurou ajuda na Casa de Saúde do Índio – CASAI?** Pergunte à mãe ou responsável se procurou ajuda na Casa de Saúde do Índio – CASAI. Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.
- 14.5.1 Recebeu atendimento na Casa de Saúde do Índio – CASAI?** Se procurou ajuda na Casa de Saúde do Índio - CASAI, pergunte se recebeu atendimento na Casa de Saúde do Índio - CASAI. Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.
- 14.6 Procurou ajuda em clínica/hospital na cidade?** Pergunte à mãe ou responsável se procurou ajuda em clínica/hospital na cidade. Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.
- 14.6.1 Recebeu atendimento em clínica/hospital na cidade?** Se procurou ajuda em clínica/hospital na cidade, pergunte se recebeu atendimento na clínica/hospital na cidade. Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.
- 14.7 Procurou ajuda com curador, rezador, pajé?** Pergunte à mãe ou responsável se procurou ajuda com curador, rezador ou pajé. Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.
- 14.7.1 Recebeu atendimento de curador, rezador, pajé?** Se procurou ajuda de curador, rezador, pajé, pergunte se recebeu atendimento de curador, rezador, pajé. Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.
- 14.8 Procurou ajuda de outros?** Pergunte à mãe ou responsável se procurou ajuda em outro local/pessoa diferente das opções anteriormente listadas. Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.

14.8.1 **Recebeu atendimento de outros?** Se procurou ajuda em outro local, pergunte se recebeu atendimento em outro local em que procurou ajuda. Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.

15. **<CRIANÇA> já tomou vitamina A, aquela vitamina vermelha que é espremida na boca da criança?** Perguntar à mãe ou responsável se <CRIANÇA> recebeu megadose de vitamina A. Vitamina A é uma vitamina de cor avermelhada ou alaranjada que é espremida, geralmente durante campanha de vacina e de 6 em 6 meses, na boca da criança. Tomar cuidado para não confundir a megadose de vitamina A com outras substâncias ou vacinas aplicadas oralmente. Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.

15.1 **SE SIM, tomou alguma dose nos últimos 6 meses?** Esta pergunta visa identificar, caso <CRIANÇA> tenha tomado vitamina A, se alguma dose foi tomada nos últimos 6 meses anteriores à entrevista. Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.

16. **Nos últimos três meses, <CRIANÇA> tomou sulfato ferroso (remédio contra anemia)?** Sulfato ferroso é uma medicação para tratamento ou prevenção de anemia. Pode ser tomado em doses e apresentações distintas, a depender da indicação (tratamento ou prevenção). Neste item, não se pretende diferenciar uma situação da outra, mas apenas saber se <CRIANÇA> recebeu sulfato ferroso nos últimos 3 meses. Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.

17. **<CRIANÇA> mama ou mamou (pega/pegou) no peito?** Este item visa identificar se, durante sua vida, <CRIANÇA> mama ou mamou, independente da duração da amamentação. Marque somente uma opção –  
 (1) Sim, ainda mama  
 (2) Sim, já mamou (desmamada ou parou de mamar): se a criança alguma vez na vida mamou (mesmo que por um curto intervalo de tempo, como um dia ou dois) e já não mama mais.  
 (3) Nunca mamou: apenas para aquelas crianças que nunca foram amamentadas na vida.  
 (9) IGN

17.1 **SE <CRIANÇA> FOI DESMAMADA/PAROU DE MAMAR, até que idade mamou/pegou no peito?** Este item se aplica somente às crianças que já foram desmamadas, ou seja, que pararam de mamar (caso tenha sido respondida a opção 2 no item 17). Considere como idade do desmame aquela idade na qual a criança parou de ser amamentada pelo menos uma vez por dia. Se a criança mama de vez em quando, mas não todos os dias, não se deve considerar em amamentação. Registre a idade em meses na qual a criança parou de ser amamentada pelo menos uma vez por dia. Use zero à esquerda sempre que o valor for inferior a 10 meses. Registre 99 se ignorado (não sabe).

18. **<CRIANÇA> ou sua família recebe alimentos ou ajuda do governo para a compra?** Considere como ajuda Bolsa-Família, cesta de alimentos, auxílio maternidade e outros, desde que utilizados para a compra de alimentos que venham a ser consumidos pela criança. Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.

Os itens 19 e 20 visam caracterizar a situação de amamentação das crianças < 24 meses, que já foram ou são amamentadas. Portanto, os itens 19 e 20 somente deverão ser respondidos caso o item 17 tenha como resposta as opções: (1) Sim, ainda mama ou (2) Sim, já mamou (desmamada ou parou de mamar). Se a opção de resposta ao item 17 for (3) Nunca mamou ou (9) IGN, pule os itens 19 e 20 e siga para item 21. Se <CRIANÇA> for ' 24 meses de idade, pule os itens 21 a 31 e siga para item 32.

19. **Até que idade <CRIANÇA> mamou/pegou no peito sem receber água, chá ou suco?** Este item visa identificar a duração em meses do período de aleitamento materno exclusivo nas crianças < 24 meses que mamam ou mamaram. Pergunte até que idade <CRIANÇA> mamou/pegou no peito sem receber água, chá ou suco ou outros alimentos líquidos. Remédios e vitaminas não devem ser considerados como alimentos ou líquidos e, portanto, não devem ser levados em consideração. Registre a idade em meses. Use zero à esquerda sempre que o valor for inferior a 10 meses. Caso tenha sido amamentada exclusivamente por período inferior a 1 (um) mês, registre 00. Registre 99, caso ignorado (IGN).
20. **Com que idade <CRIANÇA> começou a receber outros alimentos, tais como: leite, frutas, mingau, carne para chupar, outros?** Este item visa identificar a idade de inclusão de outros alimentos que não o leite materno na alimentação das crianças < 24 meses que mamam ou mamaram. Ou seja, a idade de transição de aleitamento materno predominante para alimentação complementar. Pergunte em que idade <CRIANÇA> passou a receber alimentos como leite, frutas, mingau, carne para chupar etc., ou seja, alimentos sólidos, semi-sólidos ou líquidos. Remédios e vitaminas não devem ser considerados como alimentos ou líquidos e, portanto, não devem ser levados em consideração. Registre a idade em meses. Use zero à esquerda sempre que o valor for inferior a 10 meses. Caso tenha sido amamentada por período inferior a 1 (um) mês, registre 00. Registre 88 caso a criança esteja em aleitamento materno exclusivo (somente bebe leite materno) e 99, caso ignorado (IGN).

Os itens 21 a 30 visam caracterizar os alimentos consumidos pelas crianças < 24 meses nas 24 horas anteriores à entrevista, independente da quantidade.

**Pergunte se, desde ontem (nas últimas 24 horas), <CRIANÇA> comeu ou bebeu:** Pergunte à mãe ou responsável por <CRIANÇA> se ela (<CRIANÇA>) comeu ou bebeu nas últimas 24 horas cada um dos alimentos apontados nos itens 21 a 30. Certifique-se que a mãe ou o responsável entendeu a expressão desde ontem (últimas 24 horas). Uma maneira de ajudá-la é dizer, dependendo da hora em que a entrevista está sendo feita, ‘desde ontem pela manhã’, ‘desde ontem à tarde’ ou ‘desde ontem à tarde’.

21. **Leite do peito:** pergunte se <CRIANÇA> tomou leite materno nas últimas 24 horas. Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.
22. **Leite de vaca, cabra, leite em pó ou outro leite não humano:** pergunte se <CRIANÇA> tomou leite de vaca, cabra, leite em pó ou outro leite não humano nas últimas 24 horas. Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.
23. **Frutas/ legumes/ verduras:** pergunte se <CRIANÇA> comeu frutas/ legumes/ verduras nas últimas 24 horas. Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.
24. **Arroz/ farinha/ pão/ macarrão:** pergunte se <CRIANÇA> comeu arroz/ farinha/ pão/ macarrão nas últimas 24 horas. Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.
25. **Ovo/ carne/ peixe:** pergunte se <CRIANÇA> comeu ovo/ carne/ peixe nas últimas 24 horas. Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.
26. **Feijão:** pergunte se <CRIANÇA> comeu feijão nas últimas 24 horas. Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.

27. **Mingau/ gogó/ chibé/ chicha:** pergunte se <CRIANÇA> tomou mingau/ gogó/ chibé/ chicha nas últimas 24 horas. Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.
28. **Sopa:** pergunte se <CRIANÇA> tomou sopa nas últimas 24 horas. Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.
29. **Chá ou água:** pergunte se <CRIANÇA> tomou chá ou água nas últimas 24 horas. Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.
30. **Outros:** pergunte se <CRIANÇA> comeu ou bebeu outros alimentos que não os listados acima nas últimas 24 horas. Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.
31. **<CRIANÇA> usa mamadeira?** Este item visa caracterizar o uso atual de mamadeira nas crianças menores de 24 meses, independente do tempo de uso. Pergunte à mãe ou responsável se <CRIANÇA> usa mamadeira. Marque – (1) Sim, (2) Não ou (9) IGN.

Os itens 32 a 34 destinam-se a anotar resultados das seguintes medidas diretas a serem realizadas na <CRIANÇA>: peso e estatura (em todas as crianças < 60 meses) e dosagem de hemoglobina (em todas as crianças  $\geq$  6 meses e < 60 meses). Os procedimentos técnicos para realização das medidas diretas estão detalhados no capítulo 7 deste Instrutivo.

32. **Peso (kg):** registre o peso da <CRIANÇA> com 3 dígitos. Use zero à esquerda sempre que o valor for inferior a 10,0kg.
33. **Estatura/ comprimento (cm):** registre a estatura/ comprimento de <CRIANÇA> com 4 dígitos. Use zero à esquerda sempre que o valor for inferior a 100,0cm.
34. **Dosagem de hemoglobina (g/dL):** registre o valor da dosagem de hemoglobina indicada no monitor do aparelho, com 3 dígitos. Use zero à esquerda sempre que o valor for inferior a 10,0 g/dL. Atente que a dosagem de hemoglobina somente deverá ser feita nas crianças  $\geq$  6 meses e < 60 meses.

Os itens 35 a 36.3 visam averiguar se <CRIANÇA> tem cartão ou caderneta de saúde. Os itens 37 a 42, além do **Quadro do Estado Vacinal**, visam caracterizar, por meio de extração de dados dos registros existentes, o acompanhamento da saúde e da nutrição das crianças < 60 meses pelos serviços de saúde, além da situação vacinal. Lembre-se de substituir <CRIANÇA> pelo nome da criança. A principal fonte desta informação é o **Cartão ou Caderneta da Criança**, mas podem ser utilizadas como fonte para extração dos dados: os prontuários individuais (caso existentes nas aldeias ou pólos-base) ou outros registros locais (livros ata, boletins de registro de atendimentos, boletins de produção diária, DN – Declaração de Nascido Vivo, espelhos de cartão da criança e de vacina, entre outros) que contenham os dados que se pretende obter. É importante enfatizar que o esforço deve ser no sentido de identificar as possíveis fontes existentes localmente, não sendo esperado que sejam buscadas fontes externas (prontuários em hospitais etc.).

35. **<CRIANÇA> tem o cartão ou caderneta da criança ou caderneta de saúde da criança?** Pergunte à mãe ou responsável se tem o cartão ou caderneta da criança ou caderneta de saúde da criança. Caso sim, peça para vê-lo. Marque somente uma opção –
- (1) Sim, com a mãe: se a mãe ou responsável informar que tem o documento.
- (2) Tinha, mas perdeu: se a mãe ou responsável informar que tinha mas perdeu.

- (3) Sim, no serviço de saúde (com o AIS, posto de saúde, pólo-base ou CASAI): se a mãe ou responsável informar que documento se encontra nos serviços de saúde (posto, Pólo-base ou Casa de Saúde do Índio – CASAI ou com o Agente de Saúde Indígena – AIS).
- (4) Nunca teve: se a mãe ou responsável informar que nunca teve.
- (5) Outro: se a mãe ou responsável informou situação diferente das anteriores.
- (9) IGN

**35.1 CASO A MÃE OU RESPONSÁVEL INFORME QUE <CRIANÇA> TEM CARTÃO, o entrevistador o viu?** Marque – (1) Sim ou (2) Não.

**Quais registros foram utilizados para obter dados de nascimento e acompanhamento de <CRIANÇA>?** Os itens abaixo visam identificar as fontes dos registros secundários utilizados para a caracterização do nascimento e do acompanhamento de <CRIANÇA>:

**36.1 Prontuário:** se for utilizado como fonte de dados para caracterização do nascimento e do acompanhamento de <CRIANÇA>. Marque – (1) Sim ou (2) Não.

**36.2 Carteira ou caderneta da criança:** se for utilizada como fonte de dados para caracterização do nascimento e do acompanhamento de <CRIANÇA>. Marque – (1) Sim ou (2) Não.

**36.3 Outros:** se for utilizada outra fonte que não prontuário ou carteira ou caderneta da criança para caracterização do nascimento e do acompanhamento de <CRIANÇA>. Marque – (1) Sim ou (2) Não.

**37. Peso ao nascer (g):** registre o peso ao nascer da <CRIANÇA> com 4 dígitos. Use zero à esquerda sempre que o valor for inferior a 1000g. Caso não haja registro, indique 9999.

**38. Realizou teste do pezinho?** Se houver registro de que <CRIANÇA> realizou teste do pezinho. Marque – (1) Sim ou (2) Não.

**38.1. SE SIM, houve retorno do resultado?** Se houver registro do retorno do resultado do teste do pezinho de <CRIANÇA>. Marque – (1) Sim ou (2) Não.

**Os itens 39, 40 e 41 devem ser preenchidos somente com informações extraídas do cartão ou caderneta da criança.**

**39. Há algum registro de pesagem no cartão ou caderneta da criança (exceto peso ao nascer)?** Se houve pelo menos um registro de peso da <CRIANÇA>, independentemente de data. Marque – (1) Sim ou (2) Não.

**39.1 SE SIM, quantos registros de peso?** Registre o número de registros de peso presentes no cartão ou caderneta da criança com 2 dígitos. Use zero à esquerda sempre que o valor for inferior a 10 pesagens. Caso não haja registro, indique 99.

**40. Há registro de vacinas no cartão ou caderneta da criança?** Se houve registro de vacinas no cartão ou caderneta de <CRIANÇA>. Marque – (1) Sim ou (2) Não.

**41. Há registro de acompanhamento do desenvolvimento psicomotor no cartão ou caderneta da criança?** Se houve registro de acompanhamento do desenvolvimento psicomotor no cartão ou caderneta de <CRIANÇA>. Marque – (1) Sim ou (2) Não.

**42. Há algum registro de pesagem no cartão ou caderneta da criança, no prontuário ou nos relatórios de pesagem nos últimos 30 dias?** Se houve pelo menos um registro de peso da <CRIANÇA> no último mês anterior à entrevista. Marque – (1) Sim ou (2) Não.

Preencha o Quadro do Estado Vacinal a partir da transcrição dos registros de vacinas recebidas por <CRIANÇA>. Transcreva as datas de aplicação de cada vacina nos respectivos espaços do quadro. Note que há uma coluna específica (Outras Vacinas) para registro de vacinas não previstas no calendário de vacinação indígena, assim como duas colunas (Campanha) para vacinas aplicadas em campanhas de vacinação. Atente para o fato de que vacinas de campanha são consideradas aquelas aplicadas em campanhas nacionais. As vacinas preconizadas no esquema básico de vacinação da criança indígena (de BCG a Hib) devem ser registradas nas respectivas colunas destinadas a elas, mesmo que não tenham sido ofertadas de forma rotineira nos serviços de saúde locais. Por exemplo, em locais remotos, onde as equipes de saúde vão poucas vezes às aldeias/comunidades ao longo do ano, as vacinas aplicadas durante essas visitas devem ser consideradas de rotina mesmo que não tenham sido ofertadas rotineiramente.

# Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

## Capítulo VII

### Equipamentos e Procedimentos Técnicos

#### 7.1. Introdução

- 7.1.1. Este capítulo tem por objetivo apresentar os equipamentos e os procedimentos a serem utilizados no Inquérito para aferição de: pressão arterial, peso, comprimento/ estatura, concentração de hemoglobina e glicemia.
- 7.1.2. Será apresentado neste instrutivo apenas o funcionamento básico dos equipamentos, em particular os procedimentos de relevância para o Inquérito. Portanto, o intuito não é o de detalhar todas as funções e potencialidades dos equipamentos. Maiores informações poderão ser obtidas nos manuais de instrução fornecidos pelos respectivos fabricantes.

#### 7.2. Aferição de pressão arterial

##### 7.2.1. Orientações gerais

a) Nos domicílios selecionados para o Inquérito, a aferição da pressão arterial deverá ser feita apenas nas mulheres indígenas entre 14,0 e 49,9 anos (com ou sem filhos). **Atenção: Ainda que esteja indicado na capa do Caderno 3 que o mesmo deve ser preenchido também para as mulheres entre 10,0 e 13,9 anos (com filho vivo < 60 meses co-residente no domicílio) e ≥ 50 anos (com filho vivo < 60 meses co-residente no domicílio), as medidas biométricas e bioquímicas (pressão arterial, peso, estatura, hemoglobina e glicemia) somente deverão ser obtidas daquelas entre 14,0 e 49,9 anos (com ou sem filhos).**

b) O entrevistador deverá explicar à entrevistada que deseja medir sua pressão arterial (“pressão sanguínea ou do sangue”) utilizando um aparelho digital (tensiômetro) a ser colocado em seu pulso por duas vezes durante a entrevista. Mostre o aparelho a ser usado e, se necessário, demonstre como irá usá-lo em si mesmo ou em algum colega da equipe do Inquérito.

### 7.2.2. Apresentação do equipamento

a) O aparelho a ser utilizado no Inquérito será um monitor automático de pressão arterial de pulso marca Omron Modelo Hem-631INT. Trata-se de equipamento preciso, de fácil manuseio, concebido originalmente para ser usado por pessoas que monitoram sua própria pressão arterial, dado que o mesmo dispensa o uso de estetoscópio e a insuflação do manguito é automática. Apesar de seu uso ser simples, alguns cuidados devem ser tomados pelo pesquisador para assegurar uma boa qualidade dos dados.

### 7.2.3. Técnica de aferição

a) Se a entrevistada estiver fazendo algum tipo de esforço, explique que é necessário que ela descanse por pelo menos 10 a 15 minutos antes da tomada da primeira medida. O mesmo procedimento deve ser usado no caso da entrevistada ter fumado ou tomado café nos últimos 30 minutos.

b) Serão realizadas duas medições em cada indivíduo, com intervalo mínimo de 10 minutos.

c) Após sentada e descansada, coloque o aparelho no pulso esquerdo da entrevistada, aproximadamente um centímetro abaixo da linha que separa a mão do pulso. A face do monitor deve estar voltada para o pesquisador. Observe para que o manguito esteja bem firme, porém não excessivamente apertado. Após fixado o manguito, flexione o braço da entrevistada de maneira que as pontas dos dedos de sua mão esquerda toquem o ombro direito. O monitor deverá ficar mais ou menos na mesma altura do coração.

d) Se a medida da pressão não puder ser feita no pulso esquerdo (por amputação do braço ou outro problema – gesso, ferimento, etc.), meça no braço direito.

e) Pulseiras ou outros enfeites podem prejudicar o funcionamento do tensiômetro. Se for possível, peça gentilmente à entrevistada que remova momentaneamente os enfeites que estejam interferindo na fixação do aparelho. A mesma observação se aplica a roupas de manga comprida. Nesse caso, a manga deverá ser erguida parcialmente.

f) A entrevistada não deverá conversar, rir ou movimentar o braço enquanto sua pressão estiver sendo medida.

g) Com o tensiômetro fixado corretamente, pressione o botão de cor azul (<START/STOP>). Imediatamente todos os símbolos aparecerão na tela e o manguito começará a inflar automaticamente. Durante a medição o aparelho emitirá um *bip-bip* no ritmo dos batimentos cardíacos da pessoa que estiver sendo avaliada. Concluído o processo, três *bips* finais soarão e o manguito desinflará automaticamente.

h) Anote no Caderno 3 – Mulher os valores da pressão sistólica e diastólica (itens 8 e 9, referentes a primeira medida e itens 24 e 25, referentes a segunda medida). Anote sempre com três (3) dígitos (por exemplo, anotar 111 por 077 e não 11 por 7). Para os fins do Inquérito, ignore o valor do pulso e outras informações exibidas no visor. No item 25.1 deverá ser anotado a informação quanto ao pulso no qual a pressão arterial foi aferida.

i) Pressione outra vez o botão <START/STOP> para desligar o tensiômetro. Durante a medição, esse mesmo botão deverá ser pressionado para interromper o processo caso haja algum problema (por exemplo, se a pessoa aparentar medo).

j) O botão <MEM> de cor cinza situado no canto superior direito do tensiômetro não deverá ser utilizado. Se o entrevistador apertar acidentalmente esse botão durante a aferição da pressão, desligue o aparelho utilizando o botão <START/STOP> e reinicie o processo.

k) Se aparecer alguma mensagem de erro durante a medição, desligue o aparelho apertando <START/STOP> e reinicie o processo. Mensagens de erro podem ocorrer quando a pessoa falar ou rir durante a medição ou quando o aparelho não estiver adequadamente preso ao pulso.

### 7.3. Aferição de peso

#### 7.3.1. Orientações gerais

a) Nos domicílios selecionados para o Inquérito, a aferição do peso deverá ser feita nas mulheres indígenas entre 14,0 e 49,9 anos (com ou sem filhos) e nas crianças < 60 meses. **Atenção: Ainda que esteja indicado na capa do Caderno 3 que o mesmo deve ser preenchido também para as mulheres entre 10,0 e 13,9 anos (com filho vivo < 60 meses co-residente no domicílio) e  $\geq$  50 anos (com filho vivo < 60 meses co-residente no domicílio), as medidas biométricas e bioquímicas (pressão arterial, peso, estatura, hemoglobina e glicemia) somente deverão ser obtidas daquelas entre 14,0 e 49,9 anos (com ou sem filhos).**

b) A aferição de peso requer a aplicação de técnica adequada. Atenção especial deve ser dada à mensuração no caso de crianças, que por vezes ficam mais agitadas que os adultos.

c) A balança deverá ser sempre colocada em superfície firme, plana e seca para o seu bom funcionamento (evite areia e poeira).

#### 7.3.2. Apresentação do equipamento

a) Será utilizada balança Seca 872, que é um equipamento robusto, de alta precisão, e de fácil utilização, com uma função diferencial chamada mãe-bebê, através da qual se pode aferir o peso da criança com a mesma estando nos braços da mãe.

b) A fonte de energia da balança é exclusivamente pilhas alcalinas AA. Para economizar bateria, a balança desliga automaticamente depois de certo tempo, caso não sejam realizadas mais pesagens.

c) A carga máxima é de 150 kg.

d) Quando for necessário fazer a limpeza da balança, utilize somente pano úmido.

#### 7.3.3. Técnica de aferição

a) Coloque as pilhas e ligue a chave localizada ao lado, no compartimento de pilhas.

b) Se a balança estiver com pilhas e com a chave acionada, basta uma leve pressão sobre a plataforma para ativar a balança. Alguns segundos depois, o visor deverá indicar 0.00 kg.

c) Antes de subir na plataforma, solicite que a pessoa retire o calçado, casaco ou outras peças de vestimenta que possam influir significativamente na pesagem. Verifique se ela não está se apoiando contra a parede ou outro suporte. No caso de pessoas com dificuldades locomotoras, ofereça ajuda ao subir e descer da balança. Uma vez na plataforma, a pessoa deve ficar ereta e com os braços estendidos ao longo do corpo.

d) Com a pessoa devidamente posicionada na plataforma, aguarde o valor da pesagem se fixar no visor da balança para, em seguida, registrar o resultado no local apropriado do Caderno Mulher (item 10) ou no Caderno Criança (item 32) .

- e) Caso haja indicação de erro durante a pesagem (o que pode ser devido à balança estar mal apoiada, a pessoa ter pisado fora do espaço apropriado, etc), solicite que a pessoa desça da plataforma. A seguir, faça uma pressão sobre a plataforma para reativar a balança.
- f) No caso de se suspeitar que a indicação de erro for devido ao fato da pessoa ter mais de 150 kg, não repita a operação, pois poderá haver dano para o equipamento. Neste caso, faça uma observação na seção de “Anotações gerais” no final do Caderno 3 – Mulher.
- g) Para crianças menores de dois anos de idade, utilize a função mãe-bebê da balança. Inicialmente faça os procedimentos de pesagem da mãe. Ainda com o peso registrado no visor, aperte a tecla mãe-bebê para ativar a função (tecla azul localizada abaixo do visor). Deverá aparecer no visor o símbolo 0.00 com a indicação *TARE*. Nesse momento a criança deverá ser colocada nos braços da mãe. Após aproximadamente 3 segundos, aparecerá o valor do peso da criança. Registre o resultado do peso da criança no local apropriado do Caderno 4 – Criança (item 32). Após o término da pesagem da criança, a função mãe-bebê deverá ser desativada (apertando novamente a tecla azul localizada abaixo do visor).
- h) Observe que, se a tecla mãe-bebê for pressionada por mais de três segundos, a balança muda a medida de peso (de quilos para libras). Para retornar a escala para quilos pressione a tecla azul por mais de três segundos.

## 7.4 Aferição de estatura/ comprimento

### 7.4.1. Orientações gerais

- a) Nos domicílios selecionados para o Inquérito, a aferição do comprimento/ estatura deverá ser feita nas mulheres indígenas entre 14,0 e 49,9 anos (com ou sem filhos). Deverão ser medidas também as crianças < 60 meses. **Atenção: Ainda que esteja indicado na capa do Caderno 3 que o mesmo deve ser preenchido também para as mulheres entre 10,0 e 13,9 anos (com filho vivo < 60 meses co-residente no domicílio) e ≥ 50 anos (com filho vivo < 60 meses co-residente no domicílio), as medidas biométricas e bioquímicas (pressão arterial, peso, estatura, hemoglobina e glicemia) somente deverão ser obtidas daquelas entre 14,0 e 49,9 anos (com ou sem filhos).**
- b) A medição de estatura/ comprimento requer atenção redobrada. É uma medida que, para ser registrada de forma precisa, exige grande colaboração da mulher e da criança.
- c) Em particular no caso de crianças menores de dois anos, é importante manter a calma e solicitar que a mãe esteja próxima à criança, pois geralmente ficam assustadas e agitadas, dificultando a aplicação das técnicas corretas. É importante que o pesquisador responsável pela aferição da estatura/ comprimento conte com um auxiliar.
- d) Ao se medir a estatura/ comprimento, a pessoa deve estar descalça, com o mínimo de roupas, sem boné ou similar ou enfeites na cabeça. Se for o caso, solicite que a pessoa remova momentaneamente esses adereços.
- e) Os equipamentos devem estar apoiados em uma superfície firme, plana e seca.

### 7.4.2. Apresentação do equipamento

- a) Será utilizado antropômetro Altorexata, que é um equipamento de madeira portátil (Figura 7.1) que não requer apoio de parede e permite tanto a aferição do comprimento de crianças menores de dois anos como da estatura de crianças e adultos.
- b) Sua utilização para a tomada da estatura requer a montagem das duas hastes de madeira que se encaixam a uma plataforma de metal. Para crianças menores de dois anos, deverá ser utilizado o antropômetro em sua adaptação para aferição do comprimento.

**Figura 7.1. Antropômetro Altorexata montado para aferição de estatura**



Foto: Denise Cavalcante de Barros (2007).

#### 7.4.3. Técnica de aferição (comprimento de crianças menores de dois anos)

- a) Deite a criança de costas no centro do equipamento, descalça e com a cabeça livre de adereços (ex. prendedor de cabelo, tiara, arco, chapéu, boné) (Figura 7.2).
- b) As figuras de 7.3 a 7.6, ainda que não sejam ilustrativas do equipamento Altorexata utilizado no Inquérito, indicam a posição correta na qual as crianças menores de dois anos devem ser medidas.

**Figura 7.2. Posicionamento da criança.**



Fonte: Denise Cavalcante de Barros (2005).

c) Solicite ao auxiliar que mantenha a criança na seguinte posição:

- Cabeça apoiada firmemente contra a parte fixa do equipamento. O pescoço deve ficar reto, isto é, o queixo não deve ficar encostado no peito (Figuras 7.3 e 7.4.). O auxiliar deverá segurar a cabeça da criança para evitar que se movimente (segurar pela parte lateral).

Figura 7.3. Plano de Frankfort.

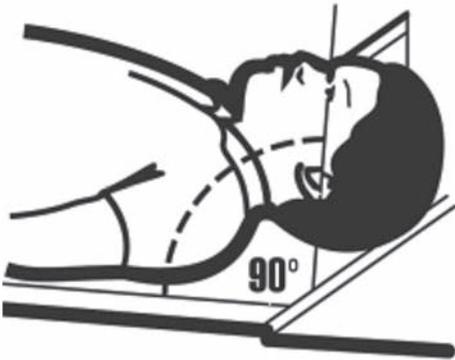


Figura 7.4. Como segurar a cabeça da criança.



Fonte: Denise Cavalcante de Barros (2005)

- Os ombros, as nádegas e os calcanhares devem ficar totalmente em contato com a superfície onde o antropômetro está apoiado. Os braços devem permanecer estendidos ao longo do corpo.

d) Enquanto o auxiliar mantém a criança na posição adequada, pressione levemente, com uma das mãos, os joelhos da criança para baixo, de modo que as pernas fiquem esticadas. Os pés devem estar unidos e com um ângulo de 90° com as pernas (Figura 7.5).

**Figura 7.5. Calcantares unidos fazendo um ângulo de 90° com as pernas.**



Fonte: Denise Cavalcante de Barros (2005)

e) Segurando os joelhos da criança, desloque a haste móvel do equipamento até tocar a planta dos pés da criança, tendo o cuidado para que não mexam (Figura 7.6).

**Figura 7.6. Ajuste da haste móvel do antropômetro aos pés da criança.**



Fonte: Denise Cavalcante de Barros (2005)

f) Quando estiver seguro de que a criança não se moveu da posição indicada, realize a leitura com precisão de 0,1cm.

g) Anote o resultado no local indicado no Caderno 4 – Criança (item 33) e peça para a mãe retirar a criança do equipamento.

#### 7.4.4. Técnicas de aferição (crianças maiores de dois anos e mulheres)

a) Coloque a criança/ mulher descalça e com a cabeça livre de adereços no centro do equipamento na seguinte posição:

- Os calcanhares devem estar unidos e encostados na base vertical do antropômetro. Se o adulto tiver os joelhos em “X” (Geno Valgo), os pés deverão ficar separados para que as bordas mediais dos joelhos se toquem, mas não se sobreponham.
- As partes internas dos pés devem formar um ângulo de aproximadamente 60°.
- As partes posteriores da cabeça, escápula e nádegas devem tocar o apoio vertical do antropômetro. Quando a mulher/ criança não for capaz de encostar todos os pontos simultaneamente no antropômetro, deve-se garantir que sejam posicionados de maneira a encostar as nádegas e calcanhar ou a cabeça (Figura 7.7).
- Os braços devem estar soltos ao longo do corpo com palmas das mãos voltadas para as coxas.
- A cabeça deve estar erguida, posicionada no plano de Frankfort (Figura 7.8).

**Figura 7.7. Posição para aferição da estatura (visão lateral).**



Foto: Denise Cavalcante de Barros (2007).

Figura 7.8. Posição para aferição da estatura (visão frontal).



- b) Solicite que a mulher/criança inspire profundamente e mantenha a posição ereta sem alterar a distribuição do peso nos pés.
- c) Posicione-se ao lado do antropômetro e abaixe a haste móvel do equipamento, fixando-a contra a cabeça da mulher/criança com pressão suficiente para comprimir o cabelo.
- d) Segure a haste móvel e solicite que a criança se retire do equipamento – a pessoa deve abaixar levemente a cabeça para não mover a haste.
- e) Sem soltar a haste móvel do antropômetro, o pesquisador deverá realizar a leitura no nível de seus olhos - agachando-se no caso de pessoas de menor estatura do que o próprio pesquisador ou subindo (em um banco, por exemplo), caso a pessoa medida seja mais alta. Anote o valor da estatura no local indicado no Caderno 3 – Mulher (item 11) ou no Caderno 4 – Criança (item 33).

#### 7.4.5. Condutas especiais

- a) Por ser um equipamento de madeira, é necessário muito cuidado no manuseio do antropômetro. Atenção especial deve ser dada ao seu transporte, evitando a colocação de outros objetos sobre o mesmo. Use sempre a bolsa própria para guardá-lo e evite qualquer contato do mesmo com água.

b) É importante evitar que, ao longo do trabalho, aconteça repetidas montagens e desmontagens do antropômetro, pois isto pode danificar a rosca do parafuso que fixa as duas hastes de madeira. Para tal, a equipe de pesquisa sempre deverá dispor de, no mínimo, dois antropômetros: um deles montado sobre a plataforma para medir estatura (crianças maiores e adultos) e o outro montado com o adaptador para medir comprimento (crianças menores).

## 7.5. Dosagem de hemoglobina

### 7.5.1. Orientações gerais

a) Nos domicílios selecionados para o Inquérito, a dosagem de hemoglobina deverá ser feita nas mulheres indígenas entre 14,0 e 49,9 anos (com ou sem filhos) e nas crianças  $\geq 6$  meses e  $< 60$  meses. **Atenção: Ainda que esteja indicado na capa do Caderno 3 que o mesmo deve ser preenchido também para as mulheres entre 10,0 e 13,9 anos (com filho vivo  $< 60$  meses co-residente no domicílio) e  $\geq 50$  anos (com filho vivo  $< 60$  meses co-residente no domicílio), as medidas biométricas e bioquímicas (pressão arterial, peso, estatura, hemoglobina e glicemia) somente deverão ser obtidas daquelas entre 14,0 e 49,9 anos (com ou sem filhos).**

b) O entrevistador deverá explicar à pessoa que deseja medir sua hemoglobina através de uma gota de sangue. Mostre o aparelho a ser usado e, se necessário, demonstre como irá utilizá-lo em si mesmo ou em algum colega da equipe do Inquérito.

c) O pesquisador responsável pelas dosagens de hemoglobina deverá utilizar luvas descartáveis durante os procedimentos.

### 7.5.2. Apresentação do equipamento

a) A dosagem será feita através do aparelho HemoCue HB 201+, que proporciona a determinação da hemoglobina com rapidez, facilidade e com resultados de qualidade laboratorial. É um equipamento leve e portátil.

b) Possui opção de alimentação por corrente elétrica ou pilhas de tipo AA ou R6 1,5Vc.

c) O aparelho tem memória para registrar resultados de testes, com data e hora. Não obstante, para fins do Inquérito, esta função de memória não deverá ser utilizada - cada leitura deverá ser imediatamente registrada nos respectivos cadernos (item 26 do Caderno 3 – Mulher e item 34 do Caderno 4 – Criança).

d) O aparelho realiza automaticamente sua calibração.

### 7.5.3. Técnica de dosagem de hemoglobina

a) Coloque as pilhas na parte traseira do Hemocue.

b) Ligue o aparelho apertando tecla esquerda (abaixo da designação Hb 201+).

c) Com o HemoCue ligado, puxe o porta-cuveta para sua posição de carga. Após aproximadamente 10 segundos, o visor exibirá três traços (que piscam), o que indica que está pronto para ser utilizado.

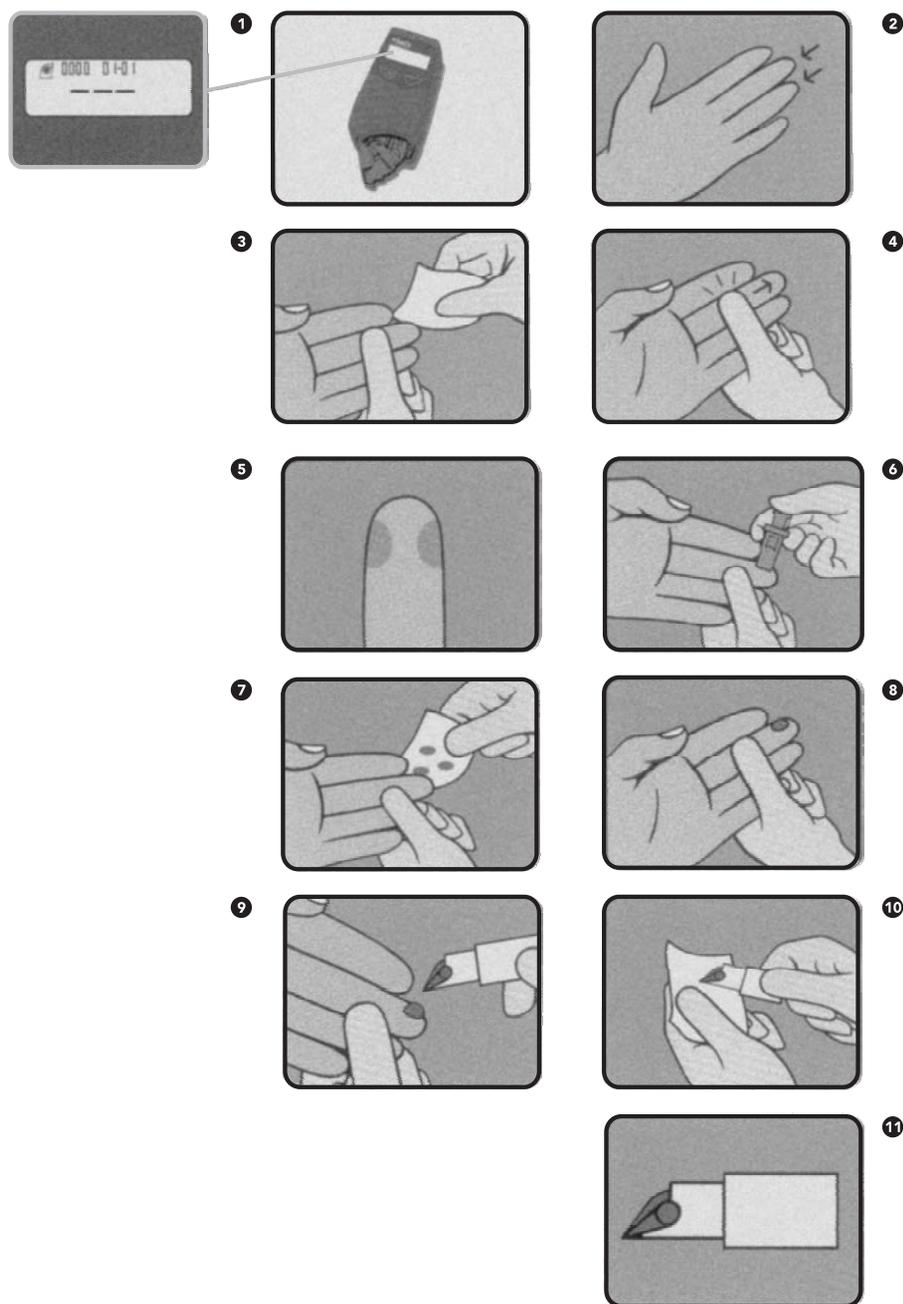
d) Para desligar, aperte e segure a tecla esquerda até aparecer a palavra OFF no visor.

e) Sempre mantenha tampado o tubo de microcuveta de modo a mantê-las em boas condições de uso.

f) Informe à pessoa que será necessário fazer um pequeno furo no dedo para colher uma gota de sangue. Opte pelo dedo médio ou pelo anelar.

g) Limpe a ponta do dedo escolhido com algodão embebido com álcool etílico. Com o seu dedo polegar, massageie levemente o dedo da pessoa, desde a região mais próxima da palma da mão até a ponta do dedo. Esse procedimento tem por objetivo estimular o fluxo de sangue para o ponto de coleta da amostra. Para um melhor fluxo de sangue e para minimizar a dor, colha a amostra no lado e não no centro da ponta do dedo (Figura 7.9). Observação: o furo deverá ser feito utilizando o lancetador (peça na forma de uma caneta, com os dizeres Accu-Chek Softclix) que acompanha o glicosímetro Accu-Chek Active (ver item 7.6.3.d).

Figura 7.9. Procedimentos para coleta de amostra de sangue.



- h) Ao tocar a gota de sangue com a ponta da microcuveta, esta se encherá rapidamente devido ao processo de capilaridade. Com algodão seco, limpe o excesso de sangue que eventualmente possa ter ficado na parte externa da microcuveta. Assegure-se de modo a não remover sangue do interior da microcuveta. Se houver bolhas de ar no interior da microcuveta, será necessário obter uma nova amostra.
- i) No caso das mulheres, esse momento de retirada da amostra de sangue para dosagem de hemoglobina deve ser aproveitado para obter uma segunda gota de sangue a ser utilizada na dosagem de glicose (ver item 7.5.3). Ao final do procedimento de obtenção das duas amostras, ofereça um pedaço de algodão embebido em álcool etílico para ser colocado no local no furo.
- j) Coloque a microcuveta com sangue no porta-cuveta do HemoCue. Essa operação deve ser realizada imediatamente após a obtenção da amostra. Empurre o porta-cuveta para a posição de medição e ao fim de 15-60 segundos o valor da concentração de hemoglobina aparecerá no visor. Anote o resultado no item 27 do Caderno 3 – Mulher ou no item 34 do Caderno 4 – Criança, a depender.
- k) Se a fonte de alimentação for pilhas, o aparelho desliga automaticamente depois de 5 minutos de inatividade.
- l) Caso o visor do HemoCue mostre um código de erro, pode ser devido à falha temporária. Nesse caso, desligue e ligue novamente. O problema pode ser devido a uma quantidade insuficiente de sangue na microcuveta. No final do manual de instrução do aparelho existe um guia para solução de possíveis problemas. Consulte-o no caso de outras dúvidas.
- m) Uma mensagem de erro comum resulta da acumulação de sujeira na lente de leitura do aparelho. Para realizar a limpeza, coloque o porta-cuveta na posição de carga. Observe que há no canto superior direito do porta-cuveta uma pequena depressão (de aproximadamente 1 milímetro). Aperte o porta-cuveta neste ponto e puxe-o removendo-o do interior do aparelho. Observe que há uma dobradiça do lado esquerdo que pode ser desencaixada (veja Fig 3, p. 28 do Manual de Instruções de uso do Hemocue para visualizar esta dobradiça). Retire completamente o porta-cuveta. Observe que, no interior do aparelho (aprox. 3 cm), há um ponto de cor clara na parte inferior do lado esquerdo. Este é o ponto que deve ser limpo (com cotonete embebido em álcool) em caso de erro na leitura.

## 7.6. Dosagem de glicose

### 7.6.1. Orientações gerais

- a) Nos domicílios selecionados para o Inquérito, a dosagem de glicose deverá ser feita apenas nas mulheres indígenas entre 14,0 e 49,9 anos (com ou sem filhos). **Atenção: Ainda que esteja indicado na capa do Caderno 3 que o mesmo deve ser preenchido também para as mulheres entre 10,0 e 13,9 anos (com filho vivo < 60 meses co-residente no domicílio) e ≥ 50 anos (com filho vivo < 60 meses co-residente no domicílio), as medidas biométricas e bioquímicas (pressão arterial, peso, estatura, hemoglobina e glicemia) somente deverão ser obtidas daquelas entre 14,0 e 49,9 anos (com ou sem filhos).**
- b) O entrevistador deverá explicar à pessoa que deseja medir sua glicemia através de uma gota de sangue. Mostre o aparelho a ser usado e, se necessário, demonstre como irá utilizá-lo em si mesmo ou em algum colega da equipe do Inquérito.
- c) Conforme já indicado (item 7.5.3.f), o pesquisador deverá coletar simultaneamente as amostras para dosagem de hemoglobina e de glicose.

d) O pesquisador responsável pelas dosagens de glicemia deverá utilizar luvas descartáveis durante os procedimentos.

#### 7.6.2. Apresentação do equipamento

a) A dosagem de glicose será feita através do aparelho Accu-Chek Active, que permite testar a glicemia com rapidez, facilidade e com resultados de qualidade laboratorial. É um equipamento leve e portátil.

b) O aparelho tem memória para registrar resultados de testes, com data e hora. Não obstante, para fins do Inquérito, esta função de memória não deverá ser utilizada - cada leitura deverá ser imediatamente registrada no respectivo caderno (item 27 do Caderno 3 – Mulher).

c) O glicosímetro Accu-Chek Active vem acompanhado de um dispositivo de punção (lancetador), que é uma peça na forma de uma caneta, com os dizeres Accu-Chek Solfclix.

d) Cada embalagem de fitas reagentes contém um chip (uma peça de cor laranja com um código alfa-numérico impresso). Cada vez que se abrir uma nova embalagem de tiras teste, o chip nela contido deve ser inserido no Accu-Chek Active. A colocação do chip no aparelho deve acontecer com o mesmo desligado.

#### 7.6.3. Técnica de aferição

a) Certifique-se que a bateria está inserida no local apropriado na parte superior do aparelho. Ligue o aparelho apertando o botão com a indicação de letra S.

b) Abra uma embalagem de fitas reagentes e localize um chip no seu interior. Insira este chip na parte lateral do aparelho. Ligue o aparelho e verifique se o número do código que aparece no visor é o mesmo que está impresso na embalagem que contém as fitas reagentes.

c) Sempre mantenha o tubo de fitas reagentes tampado. A tampa contém uma agente secante fundamental para manter as fitas em boas condições de uso.

d) A amostra de sangue para dosagem de glicose será obtida através do uso do lancetador que acompanha o glicosímetro Accu-Chek Active (peça na forma de uma caneta, com os dizeres Accu-Chek Solfclix). Primeiramente, retire a tampa do lancetador e introduza uma lanceta. Depois de encaixar a lanceta (até ouvir um click), gire a parte superior (arredondada) até romper o lacre e expor a agulha. Torne a colocar a tampa do lancetador. A seguir, regule a profundidade de penetração da lanceta (de 1 a 5), para tal girando a tampa do lancetador. Quanto maior for o número, maior será a profundidade do furo (por exemplo, para crianças pequenas, com pele bem fina, optar por profundidade 1 ou 2) . Aperte o botão de pressão (na extremidade) para que o disparador seja armado. Após ter determinado o local da punção, aproxime o dispositivo contra o local desejado e aperte o botão disparador (que localiza no meio do lancetador, de cor amarela quando o disparador está armado e branco quando não está armado).

e) Todo cuidado deve ser tomado para retirar a lanceta após seu uso. Retire a tampa do lancetador e, após expor a agulha, aponte o lancetador na direção do recipiente de descarte (caixa de descarte de material perfuro-cortante). Eleve a parte central do lancetador de modo a ejetar a lanceta. Após a conclusão dos trabalhos em uma aldeia/ comunidade, o recipiente de descarte deverá ser levado pela equipe até um local onde haja coleta de lixo hospitalar conforme preconizado nas normas de biosegurança.

- f) Coloque a gota de sangue no local apropriado da fita reagente (espaço alaranjado), evitando espalhar. Insira a fita na parte inferior do glicosímetro. Neste momento, o aparelho emite um breve sinal sonoro, quando reconhece a amostra e inicia a testagem. O símbolo da ampulheta que aparece no visor indica que o teste está sendo efetuado.
- g) Após aproximadamente 5 segundos, o aparelho emitirá novo sinal sonoro, indicado que o teste terminou. Anote o resultado no item 27 do Caderno Mulher. Ao retirar a fita reagente do aparelho, o mesmo desligará automaticamente.
- h) Se a bateria estiver fraca, é emitido um aviso (nessa condição é possível efetuar cerca de 50 testes).
- i) No manual de instrução do aparelho existe um guia para solução de possíveis problemas. Consulte-o no caso de outras dúvidas.

## 7.7. Encaminhamentos específicos

- 7.7.1. O Formulário de Referência – Situações de Emergência e Urgência em Campo destina-se a encaminhar para o serviço de saúde de emergência/ urgência mais próximo da aldeia os indígenas que apresentem condições clínicas que ofereçam risco potencial à saúde e que necessitem de atendimento médico imediato. Serão encaminhados aqueles indivíduos que apresentarem pressão arterial muito alta (pressão arterial diastólica  $\geq 130$ mmHg) ou outra condição não prevista, desde que julgada pela equipe de campo como situação que necessite atenção imediata.
- 7.7.2. Já os indivíduos com indicativo de glicemia alterada e anemia serão informados diretamente às respectivas instâncias locais da FUNASA para devida investigação a partir de consolidados preparados pela Coordenação do Inquérito. Também serão informados os casos de hipertensão arterial que demandem investigação diagnóstica posterior. Para tal fim, os critérios serão os seguintes:
  - a) Pressão Arterial: para mulheres  $\geq 18$  anos, hipertensão arterial não controlada (PAS  $\geq 140$ mmHg e/ou PAD  $\geq 90$ mmHg) e pressão arterial normal-alta (PAS entre 130-139 mmHg e/ou PAD entre 85-89 mmHg). Para mulheres adolescentes, serão utilizados critérios que levam em consideração a idade e a estatura da pessoa.
  - b) Glicemia: alteração glicêmica casual compatível com diabetes mellitus (Glicemia  $\geq 200$ mg/dL) e glicemia casual indicativa de tolerância diminuída à glicose (Glicemia  $\geq 140$  e  $< 200$ mg/dL).
  - c) Anemia: nível de hemoglobina abaixo do valor de normalidade para idade e sexo. Para crianças de 6 meses a 6 anos,  $< 11$  g/dL; para crianças de 6 a 14 anos,  $< 12$  g/dL; mulheres adolescentes ( $> 14$  anos) e adultas não grávidas,  $< 12$  g/d; para mulheres grávidas ( $> 14$  anos),  $< 11$ g/dL.



## **20. ANEXO 10: Capacitação em Antropometria: Padronização de medidas**

A aferição de dados antropométricos em um estudo populacional é um procedimento que exige treinamento dos pesquisadores, padronização de técnicas e calibração constante dos equipamentos (Lohman et al, 1988; Ferreira & Sichieri, 2007). Cuidados devem ser tomados a fim de diminuir os erros sistemáticos e aleatórios que podem comprometer a qualidade dos dados coligidos. Para garantir a precisão e a confiabilidade dessas medidas, a avaliação antropométrica deve ser realizada criteriosamente, utilizando técnicas de aferição amplamente testadas e padronizadas (CECAN, 2008; Ferreira & Sichieri, 2007), com avaliadores treinados. Ou seja, é indispensável o treinamento da equipe.

Para fins de treinamento das equipes de campo do Inquérito, optou-se por realizar duas oficinas de capacitação e padronização em medidas antropométricas, a fim de minimizar as possíveis variações nas medidas antropométricas decorrentes do cansaço e descuido com a técnica de medição e com a aferição dos instrumentos de mensuração. Assim, cada equipe de trabalho pode contar com pelo menos um pesquisador padronizado.

As oficinas aconteceram nas instalações da Escola Nacional de Saúde Pública nos dias 31/10 e 03/11/2008. As oficinas foram conduzidas por Úrsula Viana Bagni, técnica do Centro Colaborador de Alimentação e Nutrição da região Sudeste, que atua diretamente no Laboratório de Antropometria, em capacitações para pesquisa e serviço. Foi também coordenada pela Dra. Silvia Gugelmin, nutricionista e professora do Instituto de Nutrição da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

Cada oficina teve duração de oito horas e abrangeu a seguinte programação: apresentação; explanação sobre fontes de erro relacionadas ao antropometrista, instrumentos e condições do local de aferição e indivíduo avaliado, conforme segue no quadro abaixo; apresentação do Instrutivo: equipamentos e procedimentos técnicos; treinamento da aferição de medidas entre os participantes; atividade de padronização dos pesquisadores em uma creche, objetivando o cálculo do Erro Técnico de Medição - ETM (Pederson & Gore, 2000).

<b>Erros relacionados ao antropometrista</b>	<b>Erros relacionados aos instrumentos e ao local de coleta</b>	<b>Erros relacionados ao indivíduo avaliado</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de treinamento da técnica de aferição</li> <li>- Marcação inadequada dos pontos anatômicos</li> <li>- Manejo inadequado do equipamento</li> <li>- Fluxo de trabalho inadequado</li> <li>- Erros de leitura</li> <li>- Registro equivocado dos dados</li> <li>- Falta de sensibilização quanto à importância do cuidado na medida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Instrumento inadequado ou defeituoso</li> <li>- Falta de manutenção</li> <li>- Falta de calibração</li> <li>- Condições do local de medição (ex. espaço físico insuficiente, iluminação deficiente, temperaturas extremas, piso irregular)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Variações biológicas e outras características intrínsecas do indivíduo (ex. presença de edema, variação de peso e estatura em diferentes períodos do dia, deficiências físicas)</li> </ul>

Fonte: Centro Colaborador de Alimentação e Nutrição- Sudeste, 2008

O ETM, que é o desvio-padrão entre medidas repetidas, é habitualmente utilizado como um índice de precisão que permite aos antropometristas verificar a qualidade de sua medida. O mesmo pode identificar seu grau de precisão ao

executar e repetir as medidas antropométricas em uma mesma pessoa ou grupo (intra-avaliador) e ao comparar suas medidas com outros antropometristas (interavaliador). Esse índice é adotado pela *International Society for Advancement in Kinanthropometry* (ISAK) para credenciamento de antropometristas na Austrália (Perini et al., 2005).

Durante a padronização foram utilizadas as planilhas abaixo para a análise da qualidade das medidas aferidas. Todos os pesquisadores (iniciantes e experientes) mantiveram-se dentro da variabilidade aceitável na precisão das medidas. Cabe salientar que quanto menor for o valor do ETM Relativo, melhor é a precisão do avaliador.



## Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

### Análise da qualidade das medidas aferidas - (Intra-avaliador)

Medida	1ª medida	2ª medida	Média	Desvio	Desvio <sup>2</sup>	ETM	VMV	ETM relativo
<b>Peso (g)</b>	---	---	---	---	---			
Criança 1						---	---	---
Criança 2						---	---	---
Criança 3						---	---	---
Criança 4						---	---	---
Criança 5						---	---	---
Criança 6						---	---	---
Criança 7						---	---	---
Criança 8						---	---	---
SOMA	---	---		---		---	---	---
<b>Comprimento (cm)</b>	---	---	---	---	---			
Criança 1						---	---	---
Criança 2						---	---	---
Criança 3						---	---	---
Criança 4						---	---	---
Criança 5						---	---	---
Criança 6						---	---	---
Criança 7						---	---	---
Criança 8						---	---	---
SOMA	---	---		---		---	---	---

Onde:  $ETM\ Absoluto = \sqrt{\frac{\sum Desvio^2}{2n}}$   
 $\Sigma$  = somatório  
n = número de indivíduos avaliados  
VMV = Valor médio da variável, calculado por:  $\frac{\sum C}{n}$   
 $ETM\ Relativo\ (\%) = \frac{ETM\ Absoluto}{VMV} \times 100$

#### Valores aceitáveis de ETM Relativo

Tipo de Análise		Antropometrista	
		Iniciante	experiente
Intra-avaliador	Dobras Cutâneas	7,5%	5,0%
	Outras Medidas	1,5%	1,0%
Inter-avaliador	Dobras Cutâneas	10,0%	7,5%
	Outras Medidas	2,0%	1,5%

Fonte: Pederson D, Gore C. Error en la medición antropométrica. In: Norton K, Olds T, editors. Antropométrica. Argentina: Biosystem Servicio Educativo, 2000;71-86.



## Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

### Análise da qualidade das medidas aferidas - (Inter-avaliador)

Medida	1ª medida	2ª medida	Média	Desvio	Desvio <sup>2</sup>	ETM	VMV	ETM relativo
<b>Peso (g)</b>	---	---	---	---	---			
Criança1						---	---	---
Criança 2						---	---	---
Criança 3						---	---	---
Criança 4						---	---	---
Criança 5						---	---	---
Criança 6						---	---	---
Criança 7						---	---	---
Criança 8						---	---	---
SOMA	---	---		---		---	---	---
<b>Comprimento (cm)</b>	---	---	---	---	---			
Criança1						---	---	---
Criança 2						---	---	---
Criança 3						---	---	---
Criança 4						---	---	---
Criança 5						---	---	---
Criança 6						---	---	---
Criança 7						---	---	---
Criança 8						---	---	---
SOMA	---	---		---		---	---	---

Onde:  $ETM\ Absoluto = \sqrt{\frac{\sum Desvio^2}{2n}}$   
 $\Sigma$  = somatório  
 n = número de indivíduos avaliados  
 VMV = Valor médio da variável, calculado por:  $\frac{\sum C}{n}$   
 $ETM\ Relativo\ (\%) = \frac{ETM\ Absoluto}{VMV} \times 100$

#### Valores aceitáveis de ETM Relativo

Tipo de Análise		Antropometrista	
		Iniciante	experiente
Intra-avaliador	Dobras Cutâneas	7,5%	5,0%
	Outras Medidas	1,5%	1,0%
Inter-avaliador	Dobras Cutâneas	10,0%	7,5%
	Outras Medidas	2,0%	1,5%

Fonte: Pederson D, Gore C. Error en la medición antropométrica. In: Norton K, Olds T, editors. Antropométrica. Argentina: Biosystem Servicio Educativo, 2000;71-86.

## **21. ANEXO 11: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Coletivo**

O acompanhamento da situação alimentar e do estado nutricional das populações é muito importante para avaliar a saúde e orientar as políticas públicas e a organização dos serviços de saúde.

Os povos indígenas nunca tiveram sua situação nutricional avaliada como tem sido feito com a população geral do Brasil. Por isso, a FUNASA decidiu realizar o Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas por meio de uma equipe de pesquisa coordenada pela ABRASCO (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva), que visitará várias aldeias no país.

No estudo, as mulheres de 14,0 a 49,9 anos e as crianças menores de 60 meses de idade de sua aldeia precisarão ser pesadas e medidas. Também serão incluídas as mulheres entre 10,0 e 13,9 anos e aquelas com 50 anos ou mais que tenham filhos menores de 5 anos. Nas mulheres, será medida também a pressão arterial e serão retiradas duas gotas de sangue da ponta do dedo para avaliar o açúcar no sangue e presença de anemia. Nas crianças, será retirada uma gota de sangue da ponta do dedo para avaliar a presença de anemia. Informações complementares sobre a aldeia, o domicílio e a saúde de mulheres e crianças também serão obtidas. Quando necessário, intérpretes da própria aldeia participarão das entrevistas para facilitar a comunicação.

Os procedimentos para coleta de dados não oferecem riscos à saúde, sendo o maior incômodo o furo no dedo para coleta das gotas de sangue. Os casos de suspeita de pressão alta, de diabetes e de anemia serão informados à FUNASA e/ou instituição responsável pela atenção à saúde na aldeia. Os procedimentos a serem utilizados não têm o potencial de causar danos aos sujeitos da pesquisa. Todos os exames serão feitos na própria aldeia, na



## Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

presença da população, e não serão levadas amostras para fora da comunidade.

A participação não é obrigatória. Mesmo que você(s) autorize(m) a realização do estudo, pode(m) desistir e retirar o consentimento a qualquer momento. Caso isso aconteça, ninguém terá qualquer prejuízo. As informações do estudo serão confidenciais e de propriedade da FUNASA, sendo divulgados por meio de relatórios da equipe de pesquisa, sem que as pessoas possam ser identificadas.

A comunidade receberá uma cópia deste documento, onde constam os endereços e os telefones do coordenador da pesquisa, do Comitê de Ética da ENSP/FIOCRUZ e do Departamento de Saúde Indígena da FUNASA em Brasília. As dúvidas sobre a pesquisa e a participação da comunidade e das pessoas podem ser esclarecidas a qualquer momento através dos seguintes contatos:

Carlos Coimbra Jr.  
Escola Nacional de Saúde Pública  
Fundação Oswaldo Cruz  
Rua Leopoldo Bulhões, 1480  
Rio de Janeiro – RJ CEP: 21041-210  
Fones: (21) 2598.2684

Rosalynnd Moreira  
Departamento de Saúde Indígena (DESAI)  
Fundação Nacional de Saúde  
SAS - Quadra 05 - Bloco "N" - Lote 2 - 12º  
andar, Ed. OAB  
Brasília – DF CEP: 70.438-901  
Fones: (61) 3314.6442

Comitê de Ética em Pesquisa  
Escola Nacional de Saúde Pública  
Fundação Oswaldo Cruz  
Rua Leopoldo Bulhões, 1480  
Rio de Janeiro – RJ CEP: 21041-210  
Fones: (21) 2598-2683



## Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios da participação de minha comunidade no estudo e concordo que ela participe.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/200\_\_

DSEI: \_\_\_\_\_

Nome e número da

aldeia\*: \_\_\_\_\_

Nome da liderança indígena\*\*: \_\_\_\_\_

Assinatura da liderança indígena\*\*: \_\_\_\_\_

Nome da liderança indígena: \_\_\_\_\_

Assinatura da liderança indígena: \_\_\_\_\_

Nome da liderança indígena: \_\_\_\_\_

Assinatura da liderança indígena: \_\_\_\_\_

Obs.:

\* Essas informações devem ser retiradas do Caderno 1 (Aldeia/Comunidade).

## 22. ANEXO 12: Seleção de Fotos do Trabalho de Campo



Ald. Carmésia (MG), Etnia Pataxó, 2009. Foto: Carlos E. A. Coimbra Jr.



Aldeia Carmésia (MG), Etnia Pataxó, 2009. Foto: Carlos E. A. Coimbra Jr.



Aldeia Verde (MG), Etnia Maxakali, 2009. Foto: Carlos E. A. Coimbra Jr.



Aldeia Waurá (MT), Etnia Waurá, 2009. Foto: Carlos E. A. Coimbra Jr.



Aldeia Waurá (MT), Etnia Waurá, 2009. Foto: Carlos E. A. Coimbra Jr.



Aldeia São José (MT), Etnia Xavante, 2008. Foto: James R. Welch



Aldeia São José (MT), Etnia Xavante, 2008. Foto: James R. Welch



Aldeia São José (MT), Etnia Xavante, 2008. Foto: James R. Welch



Aldeia Macaúba (TO), Etnia Karajá, 2008. Foto: James R. Welch



Aldeia Pukany (PA), Etnia Kayapó, 2009. Foto: James R. Welch



Aldeia Pukany (PA), Etnia Kayapó, 2009. Foto: Aline Ferreira



Aldeia Pukany (PA), Etnia Kayapó, 2009. Foto: James R. Welch



Aldeia Kubenkokre (PA), Etnia Kayapó, 2009. Foto: James R. Welch



Aldeia Waurá (MT), Etnia Waurá, 2009. Foto: James R. Welch



Aldeia Waurá (MT), Etnia Waurá, 2009. Foto: James R. Welch



Posto Indígena Leonardo Villas Bôas, Parque Indígena do Xingu (MT), 2009.  
Foto: James R. Welch



Aldeia Waurá (MT), Etnia Waurá, 2009. Foto: James R. Welch



Aldeia Waurá (MT), Etnia Waurá, 2009. Foto: James R. Welch



Aldeia Kuramumã (AP), Etnia Galibi-Marworno, 2009. Foto: James R. Welch



Alto Rio Solimões (AM), 2009. Foto: Ricardo V. Santos

 **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**



Alto Rio Solimões (AM), 2009. Foto: Ricardo V. Santos



Aldeia Cimbres (PE), Etnia Xukurú, 2009. Foto: José Rodolfo Lucena



Aldeia Escalvado (MA), Etnia Canela, 2009. Foto: James R. Welch



Aldeia Escalvado (MA), Etnia Canela, 2009. Foto: José Rodolfo Lucena



Aldeia Escalvado (MA), Etnia Canela, 2009. Foto: José Rodolfo Lucena



Guajara-Mirim (RO), 2009. Foto: Felipe Guimarães Tavares



Aldeia Xingu (PA), Etnia Parakanã, 2009. Foto: Felipe Guimarães Tavares



Aldeia Vendaval (AM), Etnia Tikuna, 2009. Foto: Felipe Guimarães Tavares



Aldeia Kuramumã (AP), Etnia Galibi-Marworno, 2009.  
Foto: Felipe Guimarães Tavares



Aldeia Nova Vila (AM), Etnia Tikuna, 2009. Foto: Felipe Guimarães Tavares



Aldeia Nova Vila (AM), Etnia Tikuna, 2009. Foto: Felipe Guimarães Tavares

