

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde

Rannaiê Granjeiro da Silva

Percepção de saúde e qualidade de vida das mulheres indígenas

São Paulo

2021

Rannaiê Granjeiro da Silva

Percepção de saúde e qualidade de vida das mulheres indígenas

**Dissertação apresentada à banca
examinadora da Pontifícia
Universidade Católica de São Paulo,
como exigência parcial para obtenção
do título de Graduação (Fisioterapia)
orientada pela Profa. Dra. Mariana Callil
Voos**

São Paulo

2021

Sistemas de Bibliotecas da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo -
Ficha Catalográfica com dados fornecidos pelo autor

da Silva, Rannaiê Granjeiro
Percepção de Saúde e Qualidade de vida das
mulheres indígenas. / Rannaiê Granjeiro da Silva. --
São Paulo: [s.n.], 2021.
47p. il. ; cm.

Orientador: Mariana Callil Voos.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) --
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo,
Graduação em Fisioterapia, 2021.

1. Saúde indígena. 2. Mulheres indígenas. 3.
Qualidade de vida. I. Voos, Mariana Callil. II.
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo,
Graduação em Fisioterapia. III. Título.

CDD

Banca Examinadora

PROF DR DANILO PAIVA RAMOS
(Examinador) (UNIFAL-MG/PPGA-UFBA)

PROFª DRª MARIANA CALLIL VOOS
(Orientadora) (PUC-SP)

À comunidade da Pontifícia Universidade
Católica de São Paulo, pelo apoio
permanente.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todas as mulheres indígenas que estão no front da luta por nossa população e que geraram todos os nossos guerreiros e guerreiras.

A minha orientadora, por me auxiliar nesse processo acadêmico, por pôr em prática a empatia que esperamos dos profissionais de saúde.

A todos os meus professores, especialmente aqueles que, de alguma forma, foram responsáveis por contribuir para meu olhar ampliado, em relação aos meus futuros pacientes, aqueles que me permitiram ser do jeito que sou.

A minha psicóloga, que me fez enxergar o quanto é necessário praticar o autocuidado e que dosar a nossa empatia é importante.

Aos meus amigos, que entenderam quando não compareci nos compromissos porque tinha prova no dia seguinte, ou estava exausta por conta da rotina de estudante que trabalha, obrigada meus parças.

Aos meus queridos pais, que sempre buscaram o melhor para nossa família, e que sempre me direcionaram ao caminho correto, me lembrando sempre que com a educação, correntes seriam quebradas e asas me seriam dadas.

Aos meus irmãos que me deram a alegria de poder ser tia dessas crianças incríveis.

A minha irmã que sempre topou todas as aventuras que minha mente um dia sonhou em viver.

As forças encantadas que sempre me cobriram de proteção, sabedoria e amor, e que sempre temos que nos lançar aos nossos objetivos como flecha de um alvo só. Aos pretos velhos que sempre me mostraram o quão recompensador é quando escolhemos o caminho da paciência, e que todas as vezes que adoramos as almas, elas nos atendem (no tempo correto).

Finalizo meu agradecimento com uma frase que me marcou desde o dia em que a li, de um parente brilhante, que fez crescer em mim o desejo do trabalho em saúde com a população indígena:

“Não sou um ancião e ainda sei pouco. Entretanto, para que minhas palavras sejam ouvidas longe da floresta, fiz com que fossem desenhadas na língua dos brancos. Talvez assim eles afinal as entendam, e depois deles, seus filhos, e mais

tarde ainda, os filhos de seus filhos. Desse modo, suas ideias a nosso respeito deixarão de ser tão sombrias e distorcidas e talvez até percam a vontade de nos destruir” – Davi Kopenawa

Irmão, quem te roubou te chama de ladrão desde cedo. Ladrão, então peguemos de volta o que nos foi tirado. Mano, ou você faz isso ou seria em vão o que os nossos ancestrais teriam sangrado. Djonga- Hat-Trick

RESUMO

Silva, Rannaiê Granjeiro. **Percepção de saúde e qualidade de vida das mulheres indígenas.**

Introdução: A saúde indígena está diretamente ligada ao processo de mudanças no estilo de vida dessa população. As mudanças sociais, econômicas e ambientais, juntamente com a expansão de frentes demográficas e econômicas nas diversas regiões do país, ao longo do tempo, têm influenciado sobre os determinantes e os perfis da saúde indígena. Hipertensão arterial, diabetes, neoplasias, alcoolismo, depressão e suicídio são problemas cada vez mais frequentes em diversas comunidades indígenas. Em relação à saúde da mulher indígena, observa-se que buscam a sua independência, conquistando seu espaço na sociedade e, aos poucos, incluindo-se em movimentos sociais. De maneira geral, constituem um grupo bastante suscetível ao desenvolvimento de doenças e carências nutricionais, em função de alterações fisiológicas e hormonais, ocorridas ao longo do ciclo de vida.

Objetivo: Avaliar a percepção de saúde de mulheres indígenas e comparar a qualidade de vida entre mulheres indígenas e não indígenas.

Método: Aplicação do questionário SF-12 e de questões abertas sobre a percepção de saúde, pela plataforma google forms. Foram avaliadas 35 participantes, divididas em dois grupos: Grupo Mulheres indígenas (MI: n=20). Grupo mulheres não indígenas (NI: n=15). A qualidade de vida foi avaliada pelo Questionário de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (SF-12).

Resultados: Com o levantamento dos resultados, por meio do questionário SF-12, no grupo de mulheres indígenas e não indígenas, foram apresentados os valores mínimo, máximo, média e desvio-padrão. No grupo indígena, o valor mínimo foi de 225 (18,8%) e máximo de 1140 (95%). A média do escore total e porcentagem foram de 776,5 e 64,7%, respectivamente. Já os resultados do grupo não indígena, obtivemos os seguintes valores: mínimo de 130 (10,8%), máximo de 110 (84,2%), média de 709 (59,1%) e desvio-padrão de 263 (21,9%). Não houve diferença significativa entre os grupos ($p=0,219$).

Conclusão: O presente estudo buscou analisar e comparar a qualidade de vida de mulheres indígenas e não indígenas. Foi observada maior qualidade de vida nas mulheres indígenas, quando comparadas às mulheres não indígenas. No entanto, a amostra não possui significância estatística entre os grupos.

Palavras-chave: Saúde indígena, Mulheres indígenas, Qualidade de vida.

ABSTRACT

SILVA, Rannaiê Granjeiro. **Perception of health and quality of life in indigenous women.**

Introduction: Indigenous health is directly linked to the process of changes in the lifestyle of this population. Historically, social, economic and environmental changes, together with the expansion of demographic and economic fronts in different regions of the country over time, have influenced the determinants and profiles of indigenous health. In a population region, there is the establishment of health problems, previously unnoticed, pertinent to the changes that are introduced in daily life and nutrition: high blood pressure, diabetes, cancer, alcoholism, depression and suicide are increasingly frequent problems in diverse communities. 10 Regarding the specificity of the health of indigenous women, it observes that indigenous women seek their independence, conquering their space in society and, little by little, including themselves in social movements due to their needs. 11 In general, they constitute a group very susceptible to the development of diseases and nutritional deficiencies, due to physiological and hormonal changes that occur throughout life.

Objective: Evaluate the concept of health of indigenous women and compare the quality of life index between indigenous and non-indigenous women

Method: Application of the SF 12 questionnaire and open questions on the topic, using the google forms platform.

Results: With the survey of results through the SF 12 questionnaire in the group of indigenous and non-indigenous women, the minimum, maximum, mean and standard deviation values were calculated. Being in the indigenous group the minimum value of 225 (18.75%) and the maximum of 1140 (95%), the average of the total score and percentage are 776.5 and 64.70%, respectively. As for the results of the non-indigenous group, we obtained the following values: minimum 130 (10.83%), maximum 110 (84.16), mean 709 (59.08) and standard deviation of 263.02 (21.91%) . Where it is suggestive that the group of indigenous women has the highest quality of life index

Conclusion: The present study sought to analyze and compare the concept and quality of life of indigenous women, which demonstrated a higher quality of life index among indigenous women, when compared to non-indigenous women. However, the sample does not have statistical significance between the groups.

Keywords: Indigenous health, Indigenous women, Quality of life.

LISTA DE GRÁFICOS

	18
Gráfico – Contexto de moradia das mulheres indígenas	18
Gráfico – Região de nascimento das mulheres indígenas	18
Gráfico – Escala visual analogica da Dor	18

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Estado civil, chefe de família e ocupação

Tabela 2 - Classificação Socioeconômica

Tabela 3 - Caracterização da Dor

Tabela 4 - Resultados SF 12

SUMÁRIO

1. Artigo	
1.1 Introdução	15
1.2 Método	17
1.3 Resultado	19
1.4 Discussão	24
1.5 CONCLUSÃO	28
REFERÊNCIAS	28
ANEXOS	29

INTRODUÇÃO

Desde a chegada dos portugueses ao Brasil, até os anos 1970, a população indígena brasileira foi reduzida drasticamente e muitos povos foram inevitavelmente extintos. Esse decréscimo passou a ser visto como contingência histórica, fato lamentável. Nas últimas décadas do século XX, esse cenário começou a ser alterado. A partir de 1991, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) incluiu os indígenas no censo demográfico nacional e o contingente de brasileiros que se considerava indígena cresceu 150% na década de 1990, ritmo de crescimento quase seis vezes maior que o da população geral. Houve aumento anual de 10,8% da população e média total de 1,6% de crescimento¹.

O tema da saúde dos povos indígenas brasileiros é de suma importância. Está em pauta desde a década de 1980, junto com as demandas sanitárias do período. A conferência Internacional sobre os Cuidados Primários reafirma a Declaração da Organização Mundial de Saúde (OMS) de que “a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade”. “A saúde é um direito humano fundamental e a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, considerando questões de ordem socioeconômica e cultural, que estão ligadas diretamente ao estado de saúde e doença da população”².

Mesmo com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, e sua Lei Orgânica datada de 1990, o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI) só foi criado em 1999. A primeira medida foi a criação dos Núcleos Interinstitucionais de Saúde Indígena (NISI) da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), propostos desde o I Fórum Nacional de Saúde Indígena (FNSI), realizado em abril de 1993. No mesmo ano, ocorreu, por pressão do movimento indígena, a II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, que delineou as bases para a criação de um subsistema específico para atenção à saúde indígena, organizado a partir dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), cujo controle social se daria por Conselhos Locais e Distritais de Saúde Indígena³.

Uma das características do Sistema Único de Saúde, com influência negativa na saúde dos povos indígenas, é a tendência em priorizar ações de saúde voltadas para as áreas urbanas. Dado o modo como o SUS foi implantado no país, observa-se que os órgãos de saúde acumularam maior expertise na organização de serviços dirigidos aos aglomerados urbanos, havendo dificuldade para adaptar as estratégias de atendimento para as populações rurais e em estender, com sucesso, as ações de saúde para as regiões interioranas⁴. Há ainda que se considerar a segregação espacial, levando à formação de guetos e favelas, em determinados bairros ou setores situados nas periferias dos centros urbanos. Tais espaços se situam em regiões menos valorizadas, do ponto de vista urbanístico, caracterizadas por insuficiência de serviços, tais como transportes, lazer, saneamento, policiamento e saúde. Também, não raramente, situam-se em setores sujeitos à pesada poluição industrial, desencadeando, portanto, riscos imediatos à saúde (Brown, 1995). Ao caracterizarem essas situações, certos autores chegam a utilizar o termo racismo ambiental (Grossman, 1993).⁵

Segundo documento federal, temos a definição para indígena como “todo indivíduo de origem e ascendência pré-colombiana que se identifica e é identificado como pertencente a um grupo étnico, cujas características culturais o distinguem da sociedade nacional.”⁶ A convenção dos povos tribais e indígenas traz o conceito “referente aos povos tribais em países independentes, cujas condições sociais, culturais e econômicas os distingam de outros setores da coletividade nacional, e que estejam regidos, total ou parcialmente, por seus próprios costumes ou tradições ou por legislação especial”.⁷ A mesma que institui: “aos povos em países independentes, considerados indígenas pelo fato de descendem de populações que habitavam o país ou região geográfica na época da conquista ou da colonização ou do estabelecimento das atuais fronteiras estatais e que, seja qual for sua situação jurídica, conservam todas as suas próprias instituições sociais, econômicas, culturais e políticas, ou parte delas.” Em 2021, a Fundação Nacional do Índio trouxe critérios fixos para tal denominação, que se baseiam na autodeclaração e consciência de sua identidade indígena e no reconhecimento dessa identidade por parte do grupo de origem.⁸ Portanto, é necessário que o indivíduo se reconheça como indígena, uma

vez que a identidade e pertencimento étnico não são conceitos estáticos, mas processos dinâmicos de construção individual e social.

A saúde indígena está diretamente ligada ao processo de mudanças no estilo de vida. Com as mudanças sociais, econômicas e ambientais, juntamente com a expansão de frentes demográficas e econômicas nas diversas regiões do país, ao longo do tempo, tem influenciado sobre os determinantes e os perfis da saúde indígena.⁹ Em localidades, onde indígenas possuem maior contato com a população região, observa-se a instauração de problemas de saúde, antes não notados, pertinentes às mudanças que são introduzidas no cotidiano de vida e na alimentação: hipertensão arterial, diabetes, câncer, alcoolismo, depressão e suicídio são problemas cada vez mais frequentes em diversas comunidades¹⁰.

Em relação à mulher indígena, observa-se que busca a sua independência, conquistando seu espaço na sociedade e, aos poucos, participando de movimentos sociais¹¹. De maneira geral, as mulheres indígenas constituem um grupo bastante suscetível ao desenvolvimento de doenças e carências nutricionais, em função de alterações fisiológicas e hormonais ocorridas ao longo do ciclo de vida.¹² Há precariedade de conhecimentos epidemiológicos e antropológicos sobre a saúde da mulher indígena no Brasil, o que compromete tanto o debate sobre o tema, como o próprio planejamento da saúde¹³.

O presente estudo busca, por meio da avaliação qualitativa, trazer à academia uma visão da população indígena, com relação ao conceito de saúde e qualidade de vida, partindo do pressuposto da pluralidade de povos, etnias e costumes.

Método

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (parecer 4.068.492, CAAE: 31082420.6.0000.5482). Foi realizada coleta de dados, avaliação das queixas via Google Forms. Devido à pandemia, optamos pelo questionário online como estratégia alternativa. Foram avaliadas 35 participantes, divididas em dois grupos: Grupo MID: Mulheres indígenas (n=20). Grupo NI: mulheres não indígenas (n=15). A

qualidade de vida foi avaliada pelo Questionário de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (SF-12, ANEXO 2).

O SF-12 é um questionário genérico, que avalia Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS). Foi desenvolvido a partir do SF-36 Health Survey e validado no Brasil. O tempo de aplicação tem sido apontado por vários autores como uma das maiores vantagens, pois leva cerca de dez minutos a menos que o SF-36.

Critérios de inclusão:

- Ter de 18 a 80 anos
- Ser alfabetizada, com, no mínimo, quatro anos de estudo formal
- Se autodeclarar indígena, com declaração de vínculo e reconhecimento pelo representante do povo do qual faz parte.
- Compreender português.
- Ter acesso à internet.
- Todas as participantes foram informadas e esclarecidas sobre o estudo e instruídas a lerem e/ou tirarem suas dúvidas com as pesquisadoras. Caso concordassem com a participação no estudo, deveriam assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

Delineamento da pesquisa

O método usado para desenvolver a pesquisa foi qualitativa exploratória. Houve interação da pesquisadora (indígena) com a comunidade estudada. Dessa interação, surgiram os dados coletados por meio de questionários e entrevistas.

Qualidade de vida

A qualidade de vida foi avaliada pelo Questionário de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (SF-12, Anexo 2). O SF-12 é um questionário genérico, que avalia Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS), desenvolvido a partir do SF-36 Health Survey e validado no Brasil³. O tempo de aplicação tem sido apontado por vários autores como uma das maiores vantagens, pois leva cerca de dez

minutos a menos que o SF-36²⁰. É composto por 12 perguntas. O algoritmo próprio do instrumento permite atingir as propriedades de confiabilidade e validade do SF-36. Os seus doze itens avaliam duas dimensões, o físico (Physical Component Summary ou PCS) e o mental (Mental Component Summary ou MCS) e a influência destes componentes sobre a qualidade de vida, considerando a percepção do indivíduo em relação aos aspectos de sua saúde. A pontuação varia de 0 a 100. Valores iguais a 50 se aproximam da população normal de referência e valores abaixo de 50 representam uma piora da qualidade de vida. Os pontos de corte adotados para níveis satisfatórios do PCS e do MCS foram, respectivamente, 50 e 42,20, sendo 0 = pior escore e 100 = melhor escore, tanto para o domínio físico quanto para o domínio mental.

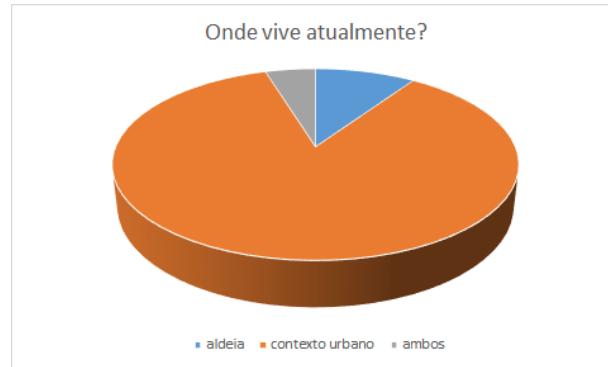
Análise estatística

Os dados foram tabulados em planilhas do MS Excel® para a obtenção das variáveis descritivas e gráficas. Em seguida, foram analisados por software estatístico específico (Statistica V.13.0®) de forma descritiva.

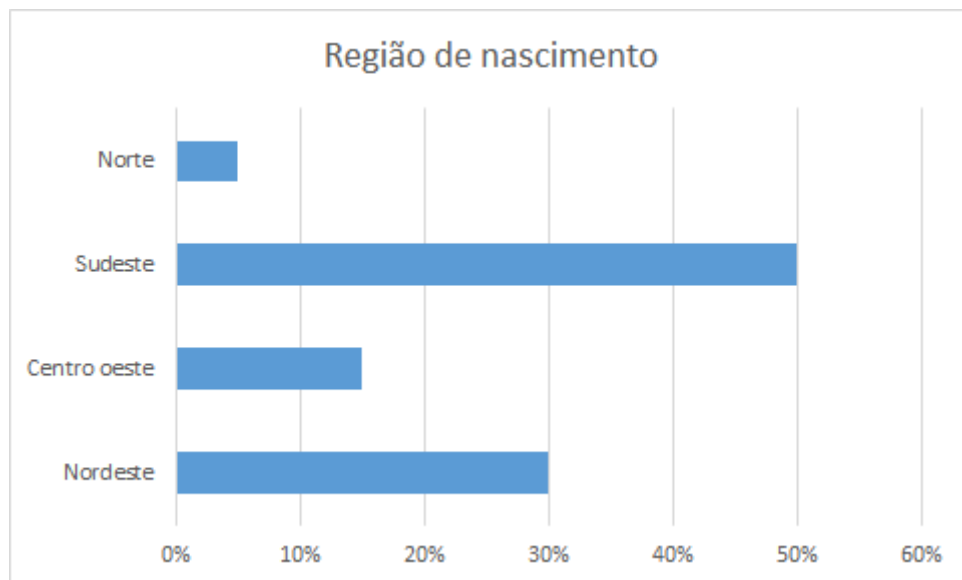
Resultados

Após levantamento e avaliação dos dados obtidos, pôde-se observar os seguintes resultados:

A idade teve uma variação de 19 a 55 anos no grupo das mulheres indígenas e de 22 a 64 anos no grupo de mulheres não indígenas. O valor médio de idade foi 29,8 anos e 35,1 anos, respectivamente. Das 35 mulheres, 20 se declararam indígenas e 85% sinalizaram que viviam em contexto urbano, 10% em aldeamento e 5% viviam em ambos.



Legenda: Contexto no qual as mulheres indígenas vivem



Legenda: Região de nascimento do grupo de mulheres indígenas

No grupo de mulheres indígenas, 50% (n=10) expressam que o chefe de família é outra pessoa, seguido de 30% (n=6) são chefes e 20% (n=4) desempenham o papel com a coparticipação com o parceiro(a). No grupo de mulheres não indígenas, a maioria desenvolve o papel de chefe da família, em conjunto com o companheiro, 46,7% (n=7), com outros familiares exercendo o papel em 40% (n=6) e com a mulher exercendo a função em 13,3% (n=2).

Ao que se refere o estado civil, os resultados apontam que 75% (n=15) das mulheres indígenas são solteiras, 10% (n=2) são casadas e as que não sinalizaram, são divorciadas, ou possuem união estável equivalem a 5% (n=1). No outro grupo,

53,3% (n=8) se declaram solteiras, seguido dos 40% (n=6) de mulheres casadas e 6,7% (n=1) não sinalizaram seu estado civil.

Do grupo de mulheres indígenas, as profissões citadas foram: Auditora contábil, Agricultora, Assistente social, Terapeuta holística, Farmacêutica, Funcionária pública, Professora e Operadora de telemarketing receptivo e ativo.

No grupo de mulheres não indígenas, as profissões foram: Diretora de empresa, Técnica de enfermagem, Farmacêutica, Professora de ballet, Representante comercial, Estudante, Comerciante, Corretora, Autônoma, Auxiliar Administrativo, Enfermeira, Arquiteta, Professora de dança/Auxiliar contábil.

Em relação à classe socioeconômica, pode-se observar:

Grupo/ CLASSE	A	B1	B2	C1	C2	D-E	TOTAL
Indígena	0	0	2	10	2	6	20
não indígena	4	5	3	2	1	0	15

Legenda: Distribuição das mulheres por etnia e classes sociais.

Sendo, no grupo indígena:

- 10% pertencem à classe B2
- 50% pertencem à classe C1
- 10% pertencem à classe C2
- 30% pertencem à classe D-E

No grupo não indígena:

- 26,7% pertencem à classe A
- 33,3% pertencem à classe B1
- 20% pertencem à classe B2

- 13,3% pertencem à classe C1
- 6,7% pertencem à classe C2

Em relação à dor, foram questionadas as seguintes variáveis: local, tempo, intensidade e frequência.

Com relação a EVA, foram calculados os valores mínimo, máximo, média, mediana e desvio padrão, sendo no grupo indígena: mínimo de 0, máximo de 9, média de 5, desvio padrão de 3,4807743. No grupo não indígena os valores foram de mínimo de 1, máximo de 7, média de 5 e desvio padrão de 1,897366596. O tempo apresentando quadro doloroso no grupo indígena foi de 45% não possui dor, 25% possui há meses, 20% há anos e 10% há dias. No grupo não indígena, foi de 66,66% há anos, 20% há meses e 13,33% há dias. A frequência com que apresentam eventos dolorosos no grupo indígena é 45% não possui, 30% esporádicos e 25% frequentes. Enquanto que no grupo não indígena os eventos esporádicos são de 46,66%, frequentes de 33,33%, constantes de 13,33 e diários de 6,66%.

Os locais relatados pelo grupo indígena foram: pernas, tornozelos, coluna lombar, joelho, pé, ombros, cervical, pescoço e uma mulher relatou “todo o corpo”. No grupo não indígena os apontamentos foram em: trapézio, lombar, braço, punho, pulsos, quadril, costas, palma da mão, abdômen inferior, ciático, região inferior das pernas e uma mulher citou também “todo o corpo”. (ANEXO 3)

Com o levantamento dos resultados através do questionário SF 12 no grupo de mulheres indígenas e não indígenas, foram calculados os valores mínimo, máximo, média e desvio padrão. Sendo no grupo indígena o valor mínimo de 225 (18,75%) e máximo de 1140 (95%), a média do escore total e porcentagem são de 776,5 e 64,70%, respectivamente. Já os resultados do grupo não indígena, obtemos os seguintes valores: mínimo 130 (10,83%), máximo 110 (84,16), média 709 (59,08) e desvio padrão de 263,02 (21,91%). (ANEXO 4)

Percepção de saúde e qualidade de vida das mulheres indígenas

Junto ao questionário do google forms, havia duas perguntas abertas, referentes à saúde e qualidade de vida. Não havia qualquer sinalização de um significado pré-concebido. No grupo de mulheres indígenas, foram avaliadas mulheres dos povos: Pankara, Pankararé, Pankararu, Kaxinawa e Pataxó hã hã hã. Separamos por categorias as respostas apresentadas.

Ausência de enfermidades e uso de medicamentos:

“Bem-estar físico e psicológico com ausência de qualquer tipo de enfermidade”
Indígena Pankararu

“Estar livre de doenças e ter uma boa qualidade de vida.”
Indígena Pankararu

“É não ficar doente.”
Indígena Pankararé

“Saúde é estar bem e conseguir viver normalmente sem dependência de tratamentos e remédios”
Indígena Pankararé

Acesso à seguridade social:

“Ter uma vida tranquila, sem grandes dificuldades financeiras.”
Indígena Pankararé

“Saúde é ter estabilidade física, mental, social e econômica.”
Indígena Pankararu

“Qualidade de vida é ter todos os direitos básicos que o ser humano é designado a ter, como estudo, moradia, alimentação, lazer, liberdade de expressão, etc.”
Indígena Pankararu

“Qualidade de vida é você ter condições físicas, emocionais e financeiras de manter o equilíbrio de todas as áreas da sua vida”
Indígena Kaxinawa

“Onde todos podem ter um atendimento digno na saúde. Onde todos podem se

igualar em direitos na saúde, educação e subsistência.”
Indígena Pankararé

“Parece que só merece bom atendimento quem paga por algum plano, pois no sistema público a demora é demasiada e falha.”
Indígena Pankararé

Acesso a uma boa alimentação

“Boa alimentação, exercícios físicos e saúde mental, um dia chego lá.”
Indígena Pankararé

“Poder realizar atividades, uma alimentação saudável.”
Indígena Pankararu

“Sempre ter comida na mesa sempre”
Indígena Pankararé

Contato com a natureza

“Para se ter qualidade de vida, primeiramente precisa-se preservar a mãe natureza.”
Indígena Pankararu

“Viver em contato com a natureza e consigo mesmo.”
Indígena Pankararé

No grupo de mulheres não indígenas as percepções tendem a uma maior articulação na saúde mental e física, sem negar um estado onde não há patologia.

“Estar saudável é quando corpo e mente estão bem. Ou seja: é preciso saúde física e mental. Um não fica sem o outro.”
Mulher não Indígena

“bem estar físico e mental”
Mulher não Indígena

“Se sentir bem e feliz, não ficar doente com frequência, levar uma vida equilibrada espiritual e mentalmente.”
Mulher não Indígena

“Qualidade de vida pra mim está em todos os segmentos da vida, na saúde, no profissional, no familiar, no bem estar físico, no como vc se enxerga e não como vc se aceita em meio a sociedade.”
Mulher não Indígena

“Ser saudável, ativo, ser feliz e satisfeito em todos os âmbitos da vida!”
“Vida”
Mulher não Indígena

“Saúde física e mental”
Mulher não Indígena

“Ter qualidade de vida é ter Saúde e fazer o que se gosta na maior parte do tempo.”
Mulher não Indígena

Com o levantamento dos resultados do questionário SF-12 no grupo de mulheres indígenas e não indígenas, foram calculados os valores mínimo, máximo, média e desvio-padrão. No grupo indígena, o valor mínimo foi de 225 (18,8%) e máximo de 1140 (95%), a média do escore total e porcentagem foram de 776,5 e 64,7%, respectivamente. Já nos resultados do grupo não indígena, obtivemos os seguintes valores: mínimo de 130 (10,8%), máximo de 110 (84,2), média de 709 (59,1%) e desvio-padrão de 263 (21,9%). Não houve diferença significativa entre os grupos quando aplicado o teste T de Student ($p=0,219$).

Discussão

O presente estudo investigou a percepção de saúde e a qualidade de vida de mulheres indígenas. Não foram encontradas diferenças significativas entre a qualidade de vida de mulheres indígenas e não indígenas. Com relação à saúde e

qualidade de vida, foram citados processos fisiopatológicos, bem como valores mais amplos, que englobam diversos fatores da vida da mulher, trazendo a visão biopsicossocial.

Uma das possibilidades da ausência de diferença estatística entre os grupos, é que a maioria das mulheres indígenas deste estudo esteja inserida em contexto urbano, com maior contato com as grandes cidades e sua logística de vida. Tanto a mulher em contexto urbano, como em aldeamento, possui papéis inerentes a sua condição de gênero, como na maioria das vezes a mãe, a cuidadora do lar, somado às atividades laborais fora de casa.

A Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena (PNASI)⁵ estabelece uma série de diretrizes que objetivam garantir o acesso à atenção integral à saúde indígena. Entretanto, apesar de reconhecer as especificidades étnicas e culturais dos povos indígenas e o seu direito de receberem atenção diferenciada à saúde, não contempla o enfoque de gênero.¹⁴ “As relações desiguais entre mulheres e homens são sustentadas pela divisão sexual e desigual do trabalho doméstico, pelo controle do corpo e da sexualidade das mulheres e pela exclusão das mulheres dos espaços de poder e de decisão”¹⁵.

Uma vez inseridas em contexto urbano, as mulheres indígenas, majoritariamente, pertencem à origem periférica, vivendo em grupos de tamanho variável, situados nas favelas mais pobres, onde são alvo de discriminação. Esse fator afeta diretamente o acesso a bens e direitos baseados nos três pilares da seguridade social. Quando questionadas sobre o conceito de saúde, muitas vezes as mulheres indígenas apontaram como a ausência de uma doença e do uso de medicação, o que depõe contra nosso sistema de saúde brasileira, que busca sempre ver o indivíduo com integralidade e trabalhar com equidade para garantia de assistência.

Sabemos que, atualmente, a população indígena dispõe de 305 povos que vivem em território brasileiro, em contexto urbano ou aldeamento. Embora algumas culturas sejam parecidas, não é possível determinar tal padrão de vida. Nos dias de hoje temos um processo migratório das comunidades indígenas, por diversos fatores, como urbanização e conflitos.

Nas respostas dadas às questões abertas, muito se repetiu sobre o conceito de saúde ser a ausência de qualquer tipo de enfermidade, algumas também citaram o fato de uma boa alimentação ser fator crucial para um alto índice de qualidade de vida. Esse é um desafio para as mulheres que ocupam as mais baixas classes sociais, conforme os dados apresentados.

Também foi citado sobre a conexão com a natureza, e como preservá-la aumentaria a percepção de saúde junto à qualidade de vida. A terra habitada tem um significado diferenciado para população indígena, independentemente da geografia do país pertencente. Além disso, o fortalecimento espiritual se reflete na saúde psíquica e física.

Na graduação em saúde, geralmente nos campos de antropologia e filosofia nos é apresentado o documento da Carta do Chefe Seattle, que defende a relação do seu povo com a natureza. Cita que “cada pedaço desta terra é sagrado para o povo. Cada ramo brilhante de um pinheiro, cada punhado de areia das praias, a penumbra na floresta densa, cada clareira e inseto a zumbir são sagrados na memória e experiência de meu povo. A seiva que percorre o corpo das árvores carrega consigo as lembranças do homem vermelho.” Nas terras tupiniquins, temos a imagem do Ailton Krenak, com a citação “Filho, silêncio”. A Terra está falando isso para a humanidade. E ela é tão maravilhosa que não dá uma ordem. Ela simplesmente está pedindo: “Silêncio. Esse é também o significado do recolhimento.” Trazendo o conceito de adoecimento crônico, as estatísticas apresentam crescimento, quando falamos das doenças crônicas não transmissíveis, mas no trecho supracitado o indígena fala baseado nas nossas ações para com o meio ambiente, e que por sua vez reflete diretamente em nossa saúde do povo que ali habita.

Limitações do estudo

Além dos dados obtidos com a aplicação dos questionários e questões, entendemos que se fazem necessários novos estudos sobre o tema, abordando mais variáveis, como, por exemplo, indígenas em contexto de aldeamento.

Conclusão

O presente estudo buscou analisar e comparar o conceito e qualidade de vida de mulheres indígenas. Não houve diferença estatística significativa na qualidade de vida das mulheres indígenas, quando comparadas às mulheres não indígenas, no entanto quando analisamos seus discursos sobre as percepções de saúde obtemos algumas diferenças. É possível que, como a maioria das indígenas entrevistadas reside em contexto urbano, as suas percepções tenham se assemelhado, gradualmente, às percepções das mulheres não indígenas.

Referências

1. FUNAI Fundação Nacional do Índio. Quem são?. Publicado em 12/11/2013 13h37 Atualizado em 18/11/2020 14h49
<<https://www.gov.br/funai/pt-br/atuacao/povos-indigenas/quem-sao>> Acesso em 14/11/21
2. CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978, **Alma-Ata**. Declaração de **Alma-Ata**. In: BRASIL. Ministério da Saúde.
3. Altini E, Rodrigues G, Padilha L, Moraes PD, Liebgott RA. *A Política de Atenção à Saúde Indígena no Brasil* Brasília: CIMI; 2013. [acessado 2014 Nov 27]. Disponível em: <http://goo.gl/jOWr3n>
4. **Censo Brasileiro de 2010**. Rio de Janeiro: **IBGE**, 2012. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (**IBGE**).
5. Autor (Sobrenome por extenso) Prenome(s) (Iniciais). Título: (subtítulo se houver). Edição (a partir da 2ª). Local (cidade): Editora; ano de publicação.
6. BRASIL, estatuto do índio LEI Nº 6.001, DE 19 DE DEZEMBRO DE 1973.

7. Convenção n° 169 sobre povos indígenas e tribais e Resolução referente à ação da OIT / Organização Internacional do Trabalho. - Brasília: OIT, 2011 1 v
8. Funai fixa critérios complementares para autodeclaração indígena, 2021. Publicado em 25/01/2021 09h28 disponível em <https://www.gov.br/funai/pt-br/assuntos/noticias/2021/funai-fixa-criterios-complementares-para-autodeclaracao-indigena>
9. COIMBRA JR., C.E.A.; SANTOS, R.V. Cenários e tendências da saúde e da epidemiologia dos povos indígenas do Brasil. In: COIMBRA JR., C.E.A.; SANTOS, R.V.; ESCOBAR, A.L. (org.) Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas do Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.13-47.
10. Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. - 2ª edição - Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002. 40 p.
11. CRUZ, K.R. Povos Indígenas e política de saúde no Brasil: o específico e o diferenciado como desafios. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) - Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2003.
12. BRASIL, Fundação Nacional de Saúde (Funasa), 2005.
13. Coimbra Júnior C, Garnelo L. Questões de Saúde Reprodutiva da Mulher Indígena no Brasil. In: Monteiro S, Sansone L, organizadores. *Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004. p. 153-173
14. FERREIRA, L.O. Saúde e relações de gênero: uma reflexão sobre os desafios para a implantação de políticas públicas de atenção à saúde da mulher indígena. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, Apr. 2013.
15. Brasil. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Brasília: Presidência da República; 2006

ANEXOS

anexo 1: termo

Olá! Você está sendo convidada para responder um questionário sobre seus dados pessoais, sociodemográficos, dor, conceito de saúde, qualidade de vida, função manual e atividade física.

Por favor, leia o termo com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo se você não aceitar participar ou retirar sua autorização em qualquer momento.

Primeiramente é necessário consentir em participar do estudo por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Fique à vontade para esclarecer suas dúvidas com a equipe de pesquisadores.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

JUSTIFICATIVA

O presente estudo busca por meio da avaliação qualitativa trazer a academia uma visão da população indígena no que tange o conceito de saúde e qualidade de vida, partindo do pressuposto da pluralidade de povos, etnias e costumes e como as mesmas estão distribuídas em território brasileiro.

OBJETIVOS

GERAL

Analisar o conceito de saúde e qualidade de vida de mulheres indígenas em contexto urbano e aldeamento.

ESPECÍFICOS

Identificar o índice de qualidade de vida da população indígena em contexto urbano e aldeamento.

Analisar o conceito de saúde da população indígena em contexto urbano e aldeamento.

Se quiser, você poderá receber orientações a respeito de estratégias adaptativas que precisar no seu cotidiano. A devolutiva dos dados obtidos com os questionários e as orientações necessárias serão prestadas de forma individual e privativa conforme a disponibilidade do participante. Seus dados pessoais serão mantidos em total sigilo. Se tiver alguma dúvida, poderá entrar em contato com a Profa. Dra. Mariana Callil Voos (mcvoos@pucsp.br). Não existirão despesas ou compensações pessoais para a participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada a sua participação.

Acredito ter sido suficiente informada a respeito das informações que li, descrevendo o estudo. Eu discuti com as pesquisadoras sobre a minha decisão em participar desse estudo. Ficaram claros quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas, que tenho garantia do acesso aos resultados e de esclarecer minhas dúvidas a qualquer tempo. Concordo em participar voluntariamente deste estudo. Entendi que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o estudo, sem penalidade, prejuízo ou perda de qualquer benefício.

Declaro que li e concordo com todas as informações escritas acima.

CAAE: 31082420.6.0000.5482

Número do Parecer: 4.068.492

Anexo 2:

Voluntária	Estado civil	chefe de família	ocupação
-------------------	---------------------	-------------------------	-----------------

1	Solteira	Outra pessoa	Diretora de empresa
2	Solteira	Você mesma	Técnica de enfermagem
3	Casada	Você mesma e seu parceiro	Farmacêutica
4	Casada	Você mesma e seu parceiro	Professora de ballet
5	Casado	Você mesma e seu parceiro	Representante comercial
6	Solteira	Outra pessoa	Estudante
7	casada	Você mesma e seu parceiro	Comerciante
8	Solteira	Você mesma	Estudante
9	não sinalizou	Você mesma e seu parceiro	Corretora
10	Casada	Você mesma e seu parceiro	Autônoma
11	Solteira	Outra pessoa	Auxiliar Administrativo
12	Solteira	Outra pessoa	Estudante
13	Solteira	Outra pessoa	Enfermeira
14	Casada	Você mesma e seu parceiro	Arquiteta
15	solteira	Outra pessoa	Professora de dança/Auxiliar contábil
1	Solteira	Outra pessoa	Auditora contábil
2	Casada	Você mesma e seu	Do lar

		parceiro	
3	Solteira	Outra pessoa	Agricultura
4	Solteira	Outra pessoa	Desempregada
5	Solteira	Outra pessoa	Estudante
6	Solteira	Você mesma	Assistente social
7	Solteira	Outra pessoa	Desempregada
8	não sinalizou	Você mesma	Desempregada
9	Solteira	Você mesma	Terapeuta holística
10	Solteira	Você mesma e seu parceiro	Estudante / trabalho
11	Solteira	Você mesma	Estudante
12	Solteira	Outra pessoa	Operadora de telemarketing receptivo e ativo
13	solteira	Você mesma	Assistente social
14	Divorciada	Você mesma	Farmacêutica
15	Solteira	Outra pessoa	Estudante apenas.
16	Solteira	Outra pessoa	Estudante
17	Solteira	Outra pessoa	Desempregada
18	Solteira	Outra pessoa	Estudante
19	União estável	Você mesma e seu parceiro	Funcionária pública
20	casada	Você mesma e seu parceiro	Professora

Legenda: distribuição de estado civil, chefe de família e ocupação, sendo as linhas em amarelos referentes ao grupo não indígena (GNI) e, em azul, às mulheres indígenas (GIND).

Anexo 3: Caracterização da dor

Lado dominante	Possui dor? Se sim, informe o local da dor	Há quanto tempo possui a dor?	Área da dor	Característica da dor	Intensidade da dor, sendo 0 nada de dor e 10 uma dor insuportável	Frequência da dor
Ambidestro	.	Dias	Pontual	Pontada	1	Esporádica
Direito	Sim, nas pernas com predomínio a direita	Anos	Pontual	Cansaço	9	Esporádica
Direito	Não possui dor	Não possui	Não possui	Não possui	0	não possui
Direito	Tornozelo	Anos	Pontual	Pulsante	6	Esporádica
Direito	Sim, coluna lombar	Meses	Pontual	Pontada, Pulsante	4	Frequente
Direito	Não	Não possui	Não possui	Não possui	0	não possui
Direito	Não	Não possui	Não possui	Não possui	0	não possui
Direito	Sim	Meses	Pontual	Pontada, Choque, Cansaço	4	Esporádica

Direito	Não	Não possuo	Não possuo	Não possuo	0	não possuo
Ambidest ro	Nao tenho Dor (rarament e)	Não possuo	Não possuo	Não possuo	0	não possuo
Ambidest ro	Não	Não possuo	Não possuo	Não possuo	0	não possuo
Direito	Sim, joelho direito	Anos	Área pequen a	Pulsant e	6	Frequente
Direito	No pé	Dias	Pontual	Pontad a	8	Esporádica
Ambidest ro	Ombros	Meses	Pontual	Pontad a, Queima ção	6	Esporádica
Direito	Sim cervical, lombar, ombros, pescoço	Meses	Pontual, Área pequen a, Área grande	Pontad a, Queima ção, Cansaç o	7	Frequente
Direito	Sim, no ombro	Meses	Área grande	Queima ção, Cansaç o	7	Frequente
Ambidest ro	Não	Não possuo	Não possuo	Não possuo	0	não possuo
Direito	Não	Não possuo	Não possuo	Não possuo	0	não possuo
Direito	Todo	Anos	Área	Pontad	8	Frequente

	corpo		grande	a		
Direito	Não	Não possuo	Não possuo	Não possuo	0	não possuo
Esquerdo	Trapézio	Anos	Área grande	Queimação, Cansaço	6	Frequente
Direito	Lombar	Anos	Área pequena	Pontada, Choque, Queimação	7	Esporádica
Ambidestros	Lombar	Meses	Área grande	Queimação, Cansaço	7	Frequente
Direito	O corpo todo	Anos	Área grande	Pontada, Choque, Queimação, Cansaço	7	Constante
Direito	Braço	Dias	Pontual	Pulsante	5	Esporádica
Direito	Punho direito	Anos	Área pequena	Queimação, Cansaço	4	Frequente
Direito	pulsos e quadril	Anos	Pontual	Pontada	4	Constante

Ambidest ro	As costas e os braços	Anos	Área grande	Pontad a, Pulsant e, Cansaç o	6	Frequente
Direito	N/A	Dias	Linha	Pontad a	1	Esporádica
Direito	Palma da mão	Anos	Área pequen a	Pulsant e	5	Frequente
Direito	Costas	Meses	Área pequen a	Cansaç o	5	Esporádica
Direito	Não tenho dor	Dias	Pontual	Pontad a	1	Esporádica
Direito	abdome parte inferior	Anos	Área grande	Pontad a, Queima ção	7	Esporádica
Direito	Ambas mãos	Anos	Linha, Área pequen a	Queima ção	5	Esporádica
Direito	Lombar, ciático	Anos	Linha	Pulsant e	6	Diária
Direito	Parte inferior das pernas	Meses	Linha	Cansaç o	4	Esporádica

Legenda: Tabela com resultados da caracterização da dor. Em azul, o GIND e em amarelo, o GNI.

Anexo 4: Resultado do SF 12

Voluntária	Pontuação total	%
1	745	62,0833 3
2	520	43,3333 3
3	690	57,5
4	130	10,8333 3
5	975	81,25
6	665	55,4166 7
7	760	63,3333 3
8	855	71,25
9	975	81,25
10	410	34,1666 7
11	725	60,4166 7
12	320	26,6666 7
13	955	79,5833 3
14	900	75
15	1010	84,1666 7
1	225	18,75

2	940	78,3333 3
3	1080	90
4	550	45,8333 3
5	810	67,5
6	975	81,25
7	1055	87,9166 7
8	645	53,75
9	995	82,9166 7
10	715	59,5833 3
11	910	75,8333 3
12	485	40,4166 7
13	715	59,5833 3
14	1140	95
15	460	38,3333 3
16	555	46,25
17	945	78,75
18	890	74,1666 7
19	615	51,25
20	825	68,75

Legenda: Resultados da aplicação do SF-12, da esquerda para direita, contendo o número da voluntária, a pontuação total e a percentagem, respectivamente. Em amarelo está representado o grupo não indígena (GNI) e, em azul, as mulheres indígenas (GIND).

Anexo 5: SF 12

Qualidade de vida (SF-12)

Questionário SF-12

1º Em geral O(A) SR(A) diria que sua saúde é:

- Excelente
- Muito Bom
- Bom
- Regular
- Ruim

2º O(a) SR(A) acha que sua saúde, AGORA, o dificulta de fazer algumas coisas do dia a dia, como por exemplo: atividades médias (como mover uma cadeira, fazer compras, limpar a casa, tricar de roupa)?

- Sim, dificulta muito
- Sim, dificulta um pouco
- Não, Não dificulta de modo algum

3º O(A) SR(A) acha que sua saúde, agora, o dificulta de fazer algumas coisas do dia a dia, como exemplo, subir três ou mais degraus de escada?

- Sim, dificulta muito
- Sim, dificulta um pouco
- Não, Não dificulta de modo algum

4º Durante as últimas 4 semanas, o(a) sr(a) teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou em suas atividades do dia a dia, como por exemplo: fez menos do que gostaria, por causa de sua saúde física?

- Sim
- Não

5º Durante as últimas 4 semanas, o(a) sr(a) teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou em suas atividades do dia a dia, como por exemplo: sentiu-se com dificuldade no trabalho ou em outras atividades, por causa de sua saúde física?

- Sim
- Não

6º Durante as últimas 4 semanas, o(a) sr(a) teve algum dos seguintes problemas, como por exemplo: fez menos do que gostaria, por causa de problemas emocionais?

- Sim
- Não

7º Durante as últimas 4 semanas, o(a) sr(a) teve algum dos seguintes problemas, como por exemplo: deixou de fazer seu trabalho ou outras atividades cuidadosamente, como de costume por causa de problemas emocionais?

- Sim
- Não

8o Durante as últimas 4 semanas, alguma dor atrapalhou seu trabalho normal (tanto o trabalho de casa como o de fora de casa)?

- Não, nem um pouco
- Um pouco
- Moderadamente
- Bastante
- Extremamente

9o Quanto tempo durante as últimas 4 semanas: O(A) SR(A) tem se sentido calmo e tranquilo? ()Todo tempo

- A maior parte do tempo
- Uma boa parte do tempo
- Alguma parte do tempo
- Uma pequena parte do tempo
- Nem um pouco do tempo

10o Quanto tempo durante as ultimas 4 semana: O(A) SR(A) teve bastante energia.

- Todo tempo
- A maior parte do tempo
- Uma boa parte do tempo
- Alguma parte do tempo
- Uma pequena parte do tempo
- Nem um pouco do tempo

11o Quanto tempo durante as últimas 4 semanas: O(A) SR(A) sentiu-se desanimado e deprimido?

- Todo o tempo
- A maior parte do tempo
- Uma boa parte do tempo
- Alguma parte do tempo
- Uma pequena parte do tempo
- Nem um pouco do tempo

12o Durante as últimas 4 semanas, em quanto do seu tempo a sua saúde ou problemas emocionais atrapalharam suas atividades sociais, tais como: visitar amigos, parentes, sair, etc?

- Todo o tempo
- A maior parte do tempo
- Uma boa parte do tempo
- Alguma parte do tempo
- Uma pequena parte do tempo
- Nem um pouco do tempo