

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS)  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE INDÍGENA  
REGIÃO: MATA ATLÂNTICA – TURMA II.**

**ESTRATÉGIA DE PREVENÇÃO PRIMÁRIA DO DIABETE MELLITUS  
TIPO2: BUSCA ATIVA E EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA OS PORTADORES  
DE FATORES DE RISCO NA ALDEIA ALTO DO TAMBÁ, POLO BASE BAÍA  
DA TRAIÇÃO, DSEI POTIGUARA.**

Trabalho de Conclusão do Curso de  
Especialização em Saúde Indígena da  
Universidade Federal de São Paulo.  
Orientador (a): Prof. (a) Ana Paula  
Grotti Clemente.

**AUTORA: MERCIA URQUISA HERCULANO**

São Paulo

2017

---

**ESTRATÉGIA DE PREVENÇÃO PRIMÁRIA DO DIABETE MELITO TIPO 2:  
BUSCA ATIVA E EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA OS PORTADORES DE  
FATORES DE RISCO NA ALDEIA ALTO DO TAMBÁ, POLO BASE BAÍA DA  
TRAIÇÃO, DSEI POTIGUARA.**

**AUTORA: MERCIA URQUISA HERCULANO**

Trabalho de Conclusão do Curso de  
Especialização em Saúde Indígena da  
Universidade Federal de São Paulo.

Orientador (a): Prof. (a) Ana Paula  
Grotti Clemente.

São Paulo

2017

## **DEDICATÓRIA**

**Dedico este trabalho à minha família, aos meus filhos, aos meus netos. E às pessoas que trabalham comigo.**

## **AGRADECIMENTOS**

**Antes de tudo, agradeço a Deus. Agradeço também a todos que ajudaram, com paciência, carinho e compreensão.**

## **RESUMO**

O Diabetes Mellitus, em especial o tipo 2 (DM2), vem apresentando taxa de prevalência crescente em todo o mundo. Observação que se confirma, conforme estudos realizados, em áreas indígenas com maior tempo de contato com a população envolvente. Sabe-se que o povo potiguara está entre os primeiros que tiveram contato com os europeus. Organismos Internacionais e o Ministério da Saúde do Brasil apontam a obesidade, o sedentarismo e as mudanças de hábitos alimentares como fatores de risco modificáveis para o Diabetes e outras Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Percebe-se um incremento na prevalência de DM2 e de pessoas que apresentam os tais fatores de risco na aldeia potiguara Alto do Tambá. Este projeto de intervenção tem como objetivo principal implantar estratégias de combate ao DM2 através de busca ativa e educação em saúde junto aos indígenas que apresentem esses fatores de risco. Uma prévia avaliação do projeto foi realizada por um grupo focal composto por atores de diversos setores: professor, pastor, liderança indígena, além da Equipe Multiprofissional de Saúde Indígena e do Núcleo de apoio a Saúde Indígena. Com a prevenção primária da patologia e/ou o diagnóstico precoce mais a educação em saúde espera-se obter melhor qualidade de vida para os indígenas da aldeia Alto do Tambá, na Paraíba.

**Palavras chave: diabetes; prevenção primária; indígenas potiguara.**

## **ABSTRACT**

Diabetes Mellitus, particularly Type 2, has an increasing prevalence rate all over the world. According to recent studies this data is also applicable to Brazil, especially in Indigenous areas with greater time of contact with the surrounding population. It is historical fact that the Potiguara tribe was one of the first population in Brazil to have direct contact with European colonizers. International organizations and the Brazilian Health Department claims that obesity, sedentarism and radical changes in the eating habits are modifiable risk factors to Diabetes Mellitus and others Non-transmissible chronic diseases. This study is based on people who are submitted to the risk factors in the Potiguara village located on Alto do Tambá. The main objective of this interventionist project is to implement strategies to avoid the spreading of Diabetes type 2 through health education and lifestyle adaptation. An early stage evaluation was made by a focal group formed by representatives of many sectors of society, like teachers, religious and indigenous leaders, and indigenous health multi-professional team. It is hoped that primary prevention and early diagnostic of the disease associated with health education can make a positive impact on the life quality of the focus population.

**Key-words: diabetes; primary prevention; potiguara tribe.**

## **LISTA DE SIGLAS**

**ADA-** American de Diabetes Association

**AIS-** Agente indígena de saúde

**AISAN-** Agente Indígena de Saneamento

**DANT-** Doenças e Agravos Não Transmissíveis

**DCNT-** Doenças Crônicas Não Transmissíveis

**DM-** Diabetes Mellitus

**DM2-** Diabetes Mellitus Tipo 2-

**DSEI-** Distrito Sanitário Especial Indígena

**EMSI-** Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena

**FUNASA-** Fundação Nacional de Saúde

**HA-** Hipertensão Arterial

**HGT** – Hemoglicose teste

**IBAMA-** Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis

**IBGE-** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**MEV-** Mudança de Estilo de Vida

**MS-** Ministério da Saúde

**NASI-** Núcleo de Apoio à Saúde Indígena

**OMS-** Organização Mundial de Saúde

**ONU-** Organização das Nações Unidas

**OPAS-** Organização Pan-americana de Saúde

**PNHR-** Programa Nacional de Habitação Rural–

**PSF-** Programa de Saúde de Saúde

**RN-** Rio Grande do Norte

**SBD-** Sociedade Brasileira de Diabetes

**SESAI-** Secretaria Especial de Atenção à Saúde Indígena

**SIASI-** Sistema de Informação da atenção à Saúde Indígena

**TCC-** Trabalho de Conclusão de Curso

**TIs-** Terras Indígenas

**UNIFESP-** Universidade Federal de São Paulo

**WHO-** World Health Organization

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Casualidades das DCNT.....	12
Quadro 2: Estudos sobre a prevalência do DM na população indígena brasileira .....	13
Quadro 3: Mortalidade no DSEI Potiguara em 2016 .....	15
Quadro 4: População e número de diabéticos por aldeia- Abril/2017.....	18
Quadro 5: Diabéticos e complicações na aldeia A. do Tambá- Abril de 2017.....	20
Quadro 6: fatores de Risco para o DM2 .....	23
Quadro 7: Cronograma desta atividade .....	28



## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1: Fatores de risco das DCNT .....	10
Figura 2: Mapa do Brasil .....	17
Figura 3: Mapa do DSEI potiguara .....	16
Figura 4: Casa na aldeia Laranjeiras.....	18

## 1. INTRODUÇÃO

O impacto das Doenças Crônicas Não Transmissíveis-(DCNT) na qualidade de vida e como causa de mortalidade, em especial, da população adulta, vem despertando, mundialmente, a atenção de inúmeros pesquisadores assim como dos governos e organismos internacionais (MILECH *et al.*, 2016). Esse fato se constata pela crescente produção de trabalhos científicos, como também pela intensa vigilância, diretrizes e ações governamentais, com o acompanhamento e parceria da OPAS/OMS/ONU. A preocupação com as DCNT fundamenta-se na mudança rápida do perfil da mortalidade da população mundial, que no ano de 2008, constatou que 63% do total de óbitos ocorridos no mundo tinham relação com as DCNT. No Brasil, 72,6% das mortes ocorridas em 2013 foram causadas por DCNT, segundo o Sistema de Informação de Mortalidade-(SIM) (BRASIL, 2015).

Para as DCNT não existem causa única e sim, fatores condicionantes e fatores de risco. A Organização Mundial de Saúde-(OMS), em 2005, priorizou quatro classes de patologia, para orientar ações de enfrentamento a essa epidemia: Doenças Cardiovasculares, Doenças Respiratórias Crônicas, Neoplasias Malignas e Diabetes. Estas patologias correspondem a cerca de 80% das DNCT. Apresentam, em comum, determinantes sociais que compreendem os fatores de risco modificáveis e os não modificáveis. No Brasil, o Ministério da Saúde-(MS), em 2011, ao apresentar o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas, seguiu a orientação da OMS, entendendo que agir sobre esses quatro fatores de risco comuns, como se vê na Figura 1, reduzirá também outras DCNT não incluídas nesse primeiro rol de doenças priorizadas (MALTA *et al.*, 2011).

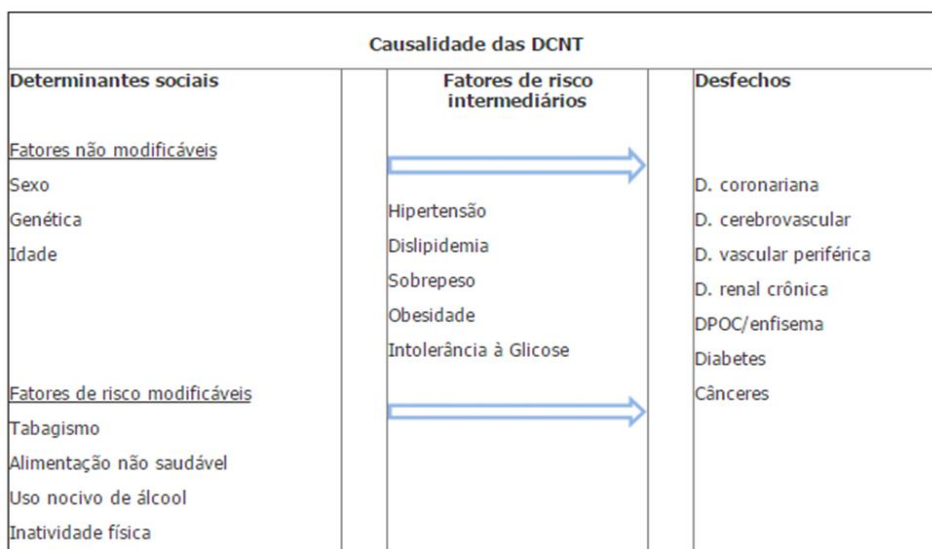


Figura 1: Fatores de risco das DCNT

Fonte: Portal saúde do Ministério da saúde

Das quatro classes de patologias que representam as DCNT, o Diabetes Mellitus (DM) destaca-se como um sério problema de saúde pública. Não somente pelo aumento da incidência, assim como pela manutenção de índices cada vez mais elevados de prevalência pela própria condição de doença crônica, associada à longevidade que a população vem alcançando. Já se encontra em quarta posição como causa de mortes nas Américas, (MALTA *et al.*, 2011). Antes considerada doença de abastados, hoje avança entre os mais pobres (GOLDENBERG *et al.*, 2003), gerando mais complicações e consequentemente maior desgaste econômico para o binômio família-Estado. Contexto que se agrava pelo fato de, segundo a OPAS/OMS, o crescimento do DM vir sendo mais acelerado nos países em desenvolvimento, fermentado pelas iniquidades sociais constante nesses países (WHO, 2016). Dessa forma se apresenta no Brasil, sendo muito intensa em áreas indígenas de maior tempo de contato com a população nacional conforme estudos relacionados. Diante desse quadro, o Brasil assumiu o compromisso de deter as complicações, reduzir a mortalidade e garantir o tratamento (MALTA e SILVA JR., 2013).

Diabetes mellitus- (DM) não é considerada uma doença, mas uma síndrome, um grupo de distúrbios metabólicos que apresentam em comum a hiperglicemia resultante de defeitos na ação da insulina, na secreção de insulina ou em ambas, segundo as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes SBD, 2016. No Diabetes Mellitus Tipo 2-(DM2) além dos defeitos na ação e secreção da insulina acrescenta-se distúrbios na regulação da produção hepática de glicose (MILECH *et al.*, 2015). Pela nova classificação orientada pela OMS são quatro os tipos de DM: Diabetes tipo 1, Diabetes tipo 2, Diabetes Gestacional e “Outros”, sendo que o Diabetes Mellitus tipo 2 - (DM2) corresponde 90 a 95% dos casos dos casos de DM. A relevância dada ao DM2 nesse estudo, além dessa prevalência elevada, fundamenta-se no conhecimento de que alguns dos fatores de risco não modificáveis assim como os modificáveis podem ser monitorados possibilitando a prevenção primária, a qual aliada ao diagnóstico precoce favorece, grandemente, a qualidade de vida e a diminuição, de forma significativa, das complicações em pessoas acometidas. Além dos quatro Fatores de Risco Modificáveis, têm elevada importância os Fatores Intermediários, (Quadro 1) todos intrinsecamente relacionados aos hábitos alimentares e estilo de vida que estão associados a este incremento na carga de diabetes globalmente (OMS, 2003).



Quadro 1: Casualidades das DCNT

Fonte: Portal saúde do Ministério da saúde

Na população indígena, somente a partir de meados do século XX é que o DM2, antes doença rara, começa a aparecer, logo atingindo taxas de prevalência muito elevadas, que chegam a mais de 50% entre os índios pima, acima dos 35 anos de idade, nos Estados Unidos, Ekoé *et al.* (2008) *apud* MILECH *et al.* (2013). Entre os indígenas brasileiros, inúmeros e variados estudos mostram que o aumento exuberante da incidência do DM2 encontra-se diretamente relacionada às mudanças do estilo de vida e hábitos alimentares promovidos pelo contato com a população envolvente.

Segundo Leite *et al.* (2005), após 20 anos, período em que houve crescente urbanização, os xavante de Sangradouro e de São Marcos, antes delgados e com atividade física intensa, tornaram-se, muitos deles, obesos e apresentaram diabetes com sintomatologia exuberante. Capelli e Koifman (2001), encontraram um quadro de obesidade predominante entre as mulheres Parkatêjê, além do surgimento de DM2, ou seja, “um comportamento similar ao das demais populações estudadas”. Da mesma forma, Gugelmim e Santos (2001) na conclusão dos seus trabalhos junto aos xavante de Mato Grosso já sugeriam a necessidade de implementação de medidas urgentes “que visem tanto ao controle quanto à prevenção da obesidade e outros fatores de risco para DM”. Assim também, após analisar a população feminina da aldeia Jaguapiru, Dourados- MS, Oliveira *et al.* (2011) associaram a prevalência de DM2 ao envelhecimento, à urbanização, ao sedentarismo da população e à obesidade.

No Quadro 2, Freitas (2014), ao pesquisar glicemia casual capilar e fatores associados em mulheres indígenas do Município de Dourados, Mato Grosso do Sul,

apresenta uma síntese de vários estudos em ordem cronológica, no qual se observa o avanço do DM2 nas populações indígenas, principalmente do centro-oeste/Mato Grosso do Sul. O referido quadro também permite observar a prevalência do DM2 predominando nas mulheres chegando a taxas maiores que o dobro em relação ao sexo masculino.

Ano de publicação/Autor	Região/UF	Tipo de amostragem	Faixa etária (anos)	Amostra	Teste diagnóstico para DM	Prevalência de DM
1975/Vieira-Filho et al. (11)	Norte/Pará	Censo	≥ 12	82	Glicemia de jejum TOTG	0,0%
1977/Vieira-Filho et al. (39)	Norte/Amapá	Censo	≥ 12	192	Glicemia de jejum	1,0% Masculino: 0,5% Feminino: 0,5%
1993/Bloch et al. (40)	Norte/Roraima	Conveniência	≥ 18	72	Glicemia capilar pós prandial	1,4%
2003/Tavares et al (41)	Norte/Pará	Censo	≥ 20	313	Glicemia de jejum	1,1%
2005/Cardoso et al. (42)	Sudeste/Rio de Janeiro	Censo	≥ 15	151	Glicemia casual	0,7% Masculino: 0,0% Feminino: 1,4%
2007/Gimeno et al. (43)	Centro-Oeste/Mato Grosso	Censo	≥ 20	201	Glicemia de jejum	0,0%
2009/Salvo et al. (44)	Centro-Oeste/Mato Grosso	Censo	≥ 20	94	Glicemia de jejum	0,0%
2011/Oliveira et al. (13)	Centro-Oeste/Mato Grosso do Sul	Aleatória simples	18 a 69	606	Glicemia de jejum e TOTG	4,5% Masculino: 1,5% Feminino: 6,8%
2011/Rocha et al (45)	Sul/Rio Grande do Sul	Censo	40 a 70	150	Glicemia de Jejum	–
2011/Anjos et al. (46)	Sul/Paraná	Aleatória	≥ 15	82	Glicemia de jejum	0,0%
2012/Santos et al (47)	Centro-Oeste/Mato Grosso	Censo	≥20	181	Glicemia de jejum e TOTG	3,8% Masculino: 2,0% Feminino: 6,8%
2013/Coimbra et al. (15)	Nacional	Probabilística estratificada	14 a 49	6692	Glicemia casual	1,4%
2014/Oliveira et al (14)	Centro-Oeste/Mato-Grosso do Sul	Censo	≥ 18 anos	1608	Glicemia jejum	5,8% Masculino: 2,9% Feminino: 7,8%
2014/Dal Fabbro et al. (12)	Centro-Oeste/Mato Grosso	Censo	≥20	948	Glicemia de Jejum e TOTG	28,2% Masculino: 18,4% Feminino: 40,6%

DM, diabetes mellitus; TOTG, teste oral de tolerância à glicose

Quadro 2: Estudos sobre a prevalência do DM na população indígena brasileira

Fonte: Freitas (2014)

Mais tarde Freitas *et al.* (2016), adverte sobre a necessidade de um monitoramento para “prevenir a ocorrência de distúrbios metabólicos e de complicações relacionadas à hiperglicemia, bem como de modificações comportamentais com o auxílio de intervenções educativas” junto à mesma comunidade estudada em 2014.

O potiguara é o único povo que permanece no mesmo território desde a chegada dos invasores europeus dada a sua índole guerreira e uma forte capacidade de adaptação às mudanças que vão surgindo nas condições para sobrevivência e na política. Chegou a “desaparecer”, ressurgindo por volta de 1930, século XX. E, ainda está ressurgindo em muitas vitórias conquistadas, como os potiguara do Rio Grande do Norte. Nesse contato com a civilização não índia que se dá desde a época da invasão pelos europeus há muitos relatos de alianças, guerras, traições e evangelizações (CARDOSO e GUIMARÃES, 2012). Durante todo esse tempo, houve muitas perdas, como as terras e a liberdade, muita miscigenação, e mudanças tanto no estilo de vida quanto nos hábitos alimentares. Conheceram o sal, o açúcar e outros temperos e, paulatinamente foram substituindo as fontes alimentícias naturais por produtos industrializados. Gondim (2007) relata a semelhança desses fatos com os que vinham acontecendo com os Xavante de Sangradouro e Volta Grande, em estudos de Leite *et al.* (2006). Dez anos após o estudo de Gondim, percebe-se visível aumento da obesidade em adultos e crianças, nas aldeias potiguara, em especial em Alto do Tambá. Desta forma, como já é bem conhecida a importância da obesidade como fator de risco para o DM2, justifica-se a prevalência do DM2, e também de outras doenças crônicas não transmissíveis nessa aldeia. Ao mesmo tempo é possível reconhecer nesse quadro a possibilidade de intervenção preventiva.

Outra perda para a identidade dos Potiguara, aconteceu há mais de duzentos anos, quando enfim, por repressão, foi extinta a sua língua nativa. Descendente do ramo linguístico Tupi-Guarani, os potiguara, assim autodenominados por opção entre as múltiplas variações de nome, falam, hoje, apenas o português, segundo dados do Instituto Socioambiental-(ISA). Porém, segundo Palitot (2005) *apud* Oliveira (2009) “eles estão o tempo todo realizando releituras e novas proposituras sobre sua cultura em conexão direta com os processos étnicos, políticos e sociais”. Como guerreiros continuam na luta para preservar suas culturas, pintando seus corpos e dançando o Toré nos momentos das tristezas, das lutas e das vitórias.

Para essa etnia as atividades econômicas têm como base a pesca (especialmente de lagosta quase sempre financiada por empresários), a criação de camarões, a mariscagem, o artesanato, o turismo e a agricultura. Sobre esta atividade, talvez a mais importante, está ocorrendo um prejuízo causado pelo assoreamento do principal rio o que impede o aproveitamento do terreno às suas margens (conhecido por paul) para o plantio de milho, feijão e mandioca (principal produto agrícola) e ainda chega a

comprometer a colheita de hortaliças e algumas frutas, segundo Aldair, motorista da equipe e agricultor. A caminho das aldeias, vendo a paisagem tão modificada, ele de vez em quando lamenta: - *Estão matando as mangabeiras!* - *Cada ano a gente vai vendo uma queda na safra de manga;* - *Num tem mais quase árvores nativa;* - *A mata tá ficando muito rala;* - *Chega dá dó. Isso aqui tudo era mata!*

Porém o maior estrago é o desmatamento devido à tendência à monocultura da cana de açúcar que tem venda certa e lucro maior em detrimento da contaminação da água dos rios, da morte de pássaros e outros animais silvestres, pelo uso indiscriminado de agrotóxico. A ponto de o Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis -(IBAMA) precisar intervir.

O atendimento feito pela Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena- (EMSI) ainda se faz praticamente no modelo biomédico. Há poucos resquícios da medicina tradicional. Porém está se desenvolvendo um trabalho com plantas medicinais que já apresenta com alguma visibilidade, no Polo Base de Rio Tinto. As consultas médicas, além das renovações de receitas para a farmácia popular e “dos controlados” têm diagnósticos variados. As doenças prevalentes (dados da própria EMSI) são as micoses superficiais, a hipertensão e Diabetes Mellitus. Encontra-se índice elevado de parasitoses, além das gastrites e transtornos mentais. A mortalidade no DSEI em 2016 será vista no quadro 3.

\*Distribuição dos óbitos indígenas, de residentes nas aldeias de Rio Tinto, Marcação e Baía da Traição. DSEI Potiguara, 2016.

CAPÍTULO CID	< ANO	1 a 4	10 a 19	20 a 49	50 a 59	60+	Total
Algumas afecções originadas no período perinatal	1	0	0	0	0	0	1
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	0	0	0	2	0	1	3
Causas externas de morbidade e de mortalidade	0	0	1	5	0	2	8
Doenças do Aparelho Circulatório	0	0	1	2	2	16	21
Doenças do Aparelho Digestivo	0	1	0	2	1	0	4
Doenças do Aparelho Respiratório	0	0	0	2	2	1	5
Doenças do Sistema Nervoso	0	0	1	0	0	0	1
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	0	0	0	0	0	4	4
Malformações Congênitas	3	0	0	0	0	0	3
Neoplasia	0	0	0	0	2	2	4
<b>TOTAL</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>13</b>	<b>7</b>	<b>26</b>	<b>54</b>

Fonte: DIASI/DSEI Potiguara

\* Dados Preliminares sujeitos à revisão

Quadro 3: Mortalidade no DSEI Potiguara em 2016

Fonte: DIASI/DSEI Potiguara

No quadro acima o DM2 não aparece como causa de morte. Porém, entende-se que entre esses 16 óbitos ocorridos em pessoas de 60+ por doenças cardiovasculares

como também nos quatro casos nessa mesma faixa etária contabilizados em Doenças endócrinas tem a participação do DM2 ao menos como fator intermediário da causa principal.

### Descrição do Território

As Terras Indígenas-(TIs) Potiguara localizam-se no litoral norte do estado da Paraíba, nordeste brasileiro e abrangem três municípios: Rio Tinto, Marcação e Baía da Traição, sendo que este se encontra dentro da reserva indígena e situa-se entre as duas capitais: João Pessoa-PB e Natal-RN. Essa localização “privilegiada” associada às belezas naturais, aos incentivos dos governos para o turismo étnico e aos quinhentos anos de contato com o não índio influi sobremaneira no processo saúde doença da referida população indígena (Figura 2 e 3).



Figura 2: Mapa do Brasil

Fonte: IBGE



Figura 3: Mapa do DSEI potiguara

Fonte: FUNASA-Ministério da Saúde

Cada um dos municípios citados conta com um Polo Base para atendimento a um total de 13.432 indígenas aldeados. O polo base Baía da Traição apresenta uma população de 4.488 indígenas aldeados (além dos 1.541 desaldeados que se distribuem entre os três municípios do entorno e ainda, em João Pessoa). A equipe multidisciplinar de saúde indígena-(EMSI) tem observado uma espécie de “desaldeamento” temporário. Principalmente no período em que a usina “descansa”, não está em atividade. Costumam ir para o estado de Santa Catarina. E retornam, muitas vezes com as



mulheres grávidas para o acompanhamento do pré-natal e a garantia do auxílio maternidade.

A população aldeada de Baía da Traição é assistida por duas EMSI. A EMSI II assiste 2.224 indígenas que residem na microárea II, a qual compreende seis aldeias: São Miguel, Benfica, Laranjeiras, Bento, Silva de Estrada e Alto do Tambá. As duas maiores são Alto do Tambá com 692 indígenas cadastrados e São Miguel com 850 indígenas, ambas (principalmente São Miguel) têm um número considerável de moradores NÃO cadastrados, conforme dados do Sistema de Informação da Assistência à Saúde Indígena-(SIASI). Conversas, não confirmadas, dão conta de que entre esses moradores, encontram-se os traficantes e usuários de drogas, que arrendaram ou compraram (ilegalmente) casas na aldeia. Esses detalhes, entre outros, causam impacto no adoecimento da comunidade e significativo aumento de incidência/prevalência das Doenças e Agravos Não Transmissíveis-(DANT), onde se incluem a violência e os assassinatos. São Miguel separa-se do município apenas por uma ponte de madeira e Alto do Tambá, até há pouco tempo, denominada Aldeia Galego, encontra-se também muito próxima à sede do município. Têm em comum elevado números de pessoas com DM2, entre os quais muitos já apresentando complicações graves. Mais distante, fica a menor aldeia Bento. Praticamente, uma família. As casas ainda não seguem o paralelismo das cidades, não têm telefonia. Seus moradores levam uma vida pacata. E nesta aldeia não há pessoas com diabetes. Porém, nos períodos em que a safra de cana de açúcar está sendo colhida, por conta da poeira levantada pelos treminhões que trafegam dentro das aldeias, várias pessoas entram em sofrimento por doenças respiratórias.

Nenhum dos moradores atuais desse território conheceu oca como moradia. As poucas que existem foram construídas para vender artesanato, sediar um pequeno espaço cultural. Algumas aldeias, além do terreiro sagrado, construíram palhoças que lembram uma oca para a dança do Toré em momentos festivos. Também, quase não há mais casas de taipa. Atualmente, quase todas são construídas em alvenaria, com projeto arquitetônico, através do projeto Minha casa Minha vida & do Programa Nacional de Habitação Rural-(PNHR). Possuem fossas sépticas. Recebem água encanada proveniente do rio ou de poços artesianos, tratada nas caixas d'água com hipoclorito de sódio, controlada pelo agente indígena de saneamento-(AISAN). Nos quintais, ao redor das casas, costumam cultivar flores, algumas plantas medicinais, fruteiras e até algumas lavouras, assim como criar pequenos animais. Na figura 4, vemos a foto de uma dessas

casas na aldeia Laranjeiras, construída através desses projetos para substituir as casas de taipa que muito contribuía para a incidência de Doença de Chagas no nordeste. Nota-se um capricho da arquiteta no formato do alpendre: uma referência à oca.



Figura 4: Casa na aldeia Laranjeiras  
Fonte: Autora

### Perfil Alimentar

O perfil alimentar dos Potiguara está estreitamente associado às intensas transformações pelas quais vem passando a população desde os seus primeiros contatos com as chamadas “sociedades civilizadas”, Gondim, (2007). Observa-se significativa diferença desse perfil alimentar até de uma aldeia para outra, na microárea. Maior facilidade de acesso aos supermercados do município, a própria existência de padarias e mercearias dentro de aldeias e o maior poder aquisitivo de umas em detrimento de outras contribuem para esse fato. Corroborando estudos citados anteriormente, as aldeias mais distantes apresentam menos ou mesmo nenhum casos de DCNT e em especial, de DM2 conforme mostra o quadro 3. Entre os 25 diabéticos da aldeia Alto do Tambá, apenas 1, o que foi diagnosticado mais recentemente, não é hipertenso.

ALDEIAS	POPULAÇÃO	PESSOAS COM DM2
A. Tambá	652	25
Benfica	195	03
Bento	50	00
Laranjeiras	229	05
São Miguel	850	13
Silva da Estrada	208	05
<b>Total</b>	<b>2.224</b>	<b>51</b>

Quadro 4: População e número de diabéticos por aldeia- Abril/2017  
Fonte: Autora

## 2. JUSTIFICATIVA

Sociedades médicas, Organismos Internacionais, Órgãos Nacionais e Internacionais e a imprensa, especializada ou não, confirmam o incremento na prevalência do DM2 no mundo e no Brasil. Entre os indígenas brasileiros, apesar das dificuldades de estudos, principalmente pela diversidade de etnias e línguas, já está bem consolidado o conhecimento de que o maior tempo de contato com a população envolvente e consequente mudança de estilo de vida são fatores preponderantes para o avanço do DM2.

Na aldeia Alto do Tambá temos vivenciado o incremento na prevalência do DM2 assim como convivemos com a elevadíssima taxa de fatores de risco modificáveis tais como sedentarismo, hábitos alimentares insalubres e obesidade nas pessoas dessa comunidade indígena. Percebe-se durante as consultas que as dificuldades das mulheres indígena aldeadas são, hoje, as mesmas enfrentadas pelas não índia de pouco poder aquisitivo. O desemprego do marido que muitas vezes já o levou ao uso abusivo de álcool, a obriga a aceitar o subemprego em casas de família ou em pousadas, trabalho que se estende até à noite, finais de semana e feriados. Sem tempo para cuidar de si e de sua prole, acaba sendo socorrida pela comida pronta dos enlatados e embutidos. E pelas mamadeiras de mingau.

Por motivos alheios às suas vontades os homens quase não trabalham na agricultura. Ou buscam as usinas ou se valem de uma moto e se transformam em moto taxista. A agricultura fica mais para os idosos porque têm mais vivência com a terra e já não são aceitos pelos empregadores. Juntos, marido e mulher, trazem do roçado algum sustento e acrescentam um pouco de recurso às suas aposentadorias. Dessa forma explica-se a mudança de hábitos alimentares e o sedentarismo dos mais jovens, (acrescentando-se aí a troca das bicicletas pelas motos) e a obesidade crescente nessa população. Essas observações estimularam a escolha da aldeia Alto do Tambá como cenários de ação do projeto que buscará na intersetorialidade o apoio do que o setor saúde necessita para sua viabilidade: “Estratégia de prevenção primária do diabetes mellitus tipo 2: Busca ativa e educação em saúde para os portadores de fatores de risco na aldeia Alto do Tambá, polo base Baía da Traição, DSEI Potiguara”.

Alto do Tambá é uma aldeia populosa (692 indígenas cadastrados); dos quais 25 são portadores de DM2; três deles diagnosticados há menos de seis meses. Esses diagnósticos aconteceram por rastreamento oportunístico: duas mulheres obesas,

hipertensas em atendimento médico, ambas para mostrarem resultado de citológico, oportunidade em que foram oferecidas a realização do hemoglicoteste (HGT) e a solicitação de exames mais detalhados. O terceiro, do sexo masculino, procurou a consulta médica, motivado pela acentuada perda de peso e não apresentou hipertensão. Embora a taxa de prevalência, 3,61%, encontre-se muito aquém da encontrada nacionalmente, foi levado em consideração, a acentuada e variada carga de complicações e comorbidades, conforme detalhamento no quadro 4.

<b>População da microárea II</b>			<b>2.224</b>
Nº de pessoas com diabetes	51	Incidência/Prevalência	<b>2,29</b>
População da aldeia A. do Tambá.			<b>692</b>
Nº de pessoas com diabetes	25	Incidência/Prevalência	<b>3,61</b>
<b>ALGUMAS COMPLICAÇÕES EM ALTO DO TAMBÁ</b>			
Abortos			<b>01</b>
Cardiopatia-Episódio de cetoacidose			<b>01</b>
IR Crônica-Hemodiálise			<b>01</b>
Amputação de membro inferior			<b>01</b>
Hipertensão Arterial- (HA)			<b>63</b>
*Na microárea temos 183 hipertensos. (Prevalência=8,22%)			
** Prevalência de HA na aldeia Alto do Tambá			<b>** (9,10)</b>

Quadro 5: Diabéticos e complicações na aldeia A. do Tambá- Abril de 2017  
Fonte: Autora

Considerando-se que prevenir doenças é um dos pilares da Atenção Primária, em especial na Saúde Indígena, mediante inúmeras fragilidades e iniquidades que persistem mesmo após a instituição do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do Sistema Universal de Saúde-(SASISUS); Ponderando-se ainda o fato de que ao se combater os fatores de risco para DM2 promove-se prevenção primária e em cadeia, prevenção secundária para outras DCNT. E que esta ação pode resultar em menos gastos públicos e melhor qualidade de vida para a comunidade; Conhecendo-se a história natural da doença e os papéis do sedentarismo e da mudança de hábito alimentar como fatores causais do DM2, avalia-se que há suporte científico e viabilidade para a prevenção primária desta patologia. Entretanto há que se considerar a necessidade do envolvimento dos atores e o apoio institucional. Dentro deste contexto foi idealizado este Projeto de Intervenção.

### **3. OBJETIVOS**

#### **Objetivo geral:**

Implantar uma estratégia de combate ao crescimento da prevalência do DM2 entre os potiguara da Aldeia Alto do Tambá em Baía da Traição.

#### **Objetivos específicos:**

- a) Criar Estratégias para monitorar (sem estigmatizar) a subpopulação com Fatores de Risco para DM2.
- b) Desenvolver estratégias educativas que empoderem a população no tocante a promoção de saúde e prevenção de doenças.

#### 4. METODOLOGIA

Este Projeto terá como cenário de ação a aldeia Alto do Tambá, polo base Baía da Traição, DSEI Potiguara. As ações coletivas serão sediadas no Posto de Atendimento local, porém realizadas entre o posto de Saúde, o salão da igreja evangélica da comunidade e outros pontos a serem sugeridos pelas pessoas envolvidas.

Uma pesquisa documental realizada através dos registros em prontuários das pessoas com diabetes foi necessária para se realizar um diagnóstico situacional como também subsidiar o planejamento deste projeto. Foram também acrescentados coletas de dados do SIASI, dados da própria EMSI, além de livros da estante virtual oferecida pela Universidade Federal de São Paulo-(UNIFESP) durante o curso, Manuais de Conduta e artigos acadêmicos que serviram para a construção do referencial teórico. Os dados numéricos dessa coleta e a pretensão do Projeto foram apresentados a um Grupo Focal composto pelos demais componentes da equipe, o cacique (este, através de e-mail), algumas das pessoas portadoras de DM2, um pastor evangélico e o Núcleo de Apoio à Saúde Indígena – (NASI), buscando-se uma prévia avaliação da importância e viabilidade da execução do mesmo.

A primeira etapa deste Projeto de Intervenção será a formação de outro grupo, o Grupo de Apoio, que se comprometerá com apoio para a idealização, realização e avaliação de estratégias de combate ao crescimento da prevalência do DM2 entre os potiguara da aldeia Alto do Tambá. Para a sua composição serão convidados educadores, religiosos (terço dos homens, pastor), comerciantes locais, lideranças jovens e idosos, atores já parceiros em outras atividades educativas. Essa diversidade de atores está aqui colocada como representação de outros setores, fundamentando a perspectiva da promoção da saúde, que implica a inclusão da intersectorialidade, entendida como “articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeito sinérgico em situações complexas visando ao desenvolvimento social e à inclusão social” (JUNQUEIRA, 1998).

O rastreamento das pessoas a serem trabalhadas para a prevenção primária do DM2 será embasada inicialmente nos Fatores de Risco, conforme o quadro 6 e se fará no modelo seletivo, através dos registros em prontuários e simultaneamente, oportunístico quando, em momento de consulta com os profissionais da EMSI, de conformidade com definições de rastreamento em World Health Organization, (WHO, 2003).

- 
- Idade acima de 45 anos;
  - Obesidade (>120% peso ideal ou índice de massa corporal  $25\text{kg}/\text{m}^2$ );
  - História familiar de diabetes em parentes de 1º grau;
  - Diabetes gestacional ou macrosomia prévia;
  - Hipertensão arterial sistêmica;
  - HDL-colesterol abaixo de 35mg/dl e/ou triglicerídeos acima de 250mg/dl;
  - Alterações prévias da regulação da glicose;
  - Indivíduos membros de populações de risco (afro-americanos, hispano-americanos e outras).
- 

Quadro 6: fatores de Risco para o DM2  
Fonte: SBD 2016

A busca ativa das pessoas com fatores de risco já selecionadas pela equipe ou encontradas em visitas das Agentes Indígenas de Saúde, se dará através de convite informal, juntamente com outras pessoas que aparentemente não tenham risco de adoecer a fim de evitar a estigmatização do grupo. O HIPERDIA, consolidado que se destina ao sistema de vigilância para as DCNT será outro instrumento para busca e controle que muito contribuirá para o controle de dados comuns ao Projeto de Intervenção.

O momento seguinte será destinado à consolidação das informações, cálculo de IMC, requisições de exames laboratoriais conforme a necessidade e catalogação dos prontuários dos casos de alerta para uma vigilância contínua. Nessa oportunidade, a EMSI cuidará das pessoas diagnosticadas precocemente para que sejam encaminhadas para tratamento não medicamentoso, prescrição e acompanhamento de medicação quando indicado, (o que constitui a prevenção secundária), além de cuidados especiais e encaminhamentos para reduzir as complicações e a mortalidade, que são requisitos para a prevenção terciária.

As práticas educativas serão planejadas de forma a estimular a participação ativa conforme se evidencia em oficinas, gincanas, rodas de conversas para as quais serão convidados não só os pacientes diagnosticados como suas famílias, pessoas com obesidade, hipertensão. Nessas atividades, no sentido de conhecer a patologia, no mesmo ângulo do diabético e porque serão atores desses momentos, deverão ser consideradas as “dificuldades diárias sentidas pelo portador de DM e por seus familiares para o controle da doença” (COSTA *et al.*, 2011). Serão orientadas dentro do modelo de conscientização cidadã, uma vez que é assim que se capacita para a busca da promoção de saúde. Em relação à parte clínica serão seguidos, na medida do possível, os

protocolos do MS, incluindo as consultas coletivas que já vêm sendo utilizadas no nosso processo de trabalho.

Os recursos necessários às ações serão minimamente descritos a seguir:

Humanos: este projeto deverá contar com toda a equipe de saúde, aí incluindo o AISAN e o motorista mais o grupo de apoio mencionado acima, além da própria comunidade.

Materiais: recursos para aquisição de ingredientes para a realização de oficinas tipo “Workshop Alimentação Saudável”, completando o que for adquirido na própria comunidade.

Papelaria: lápis, borracha, canetas, resma de papel, impressora e tinta para impressora; Audiovisual: Datashow, caixa de som, microfone sem fio.

Espaço Físico: a parte burocrática como também algumas dinâmicas poderão ser realizadas no próprio Posto de Atendimento da aldeia. Atividades que exijam um espaço maior poderão ser realizadas em sedes diversas quais sejam igreja, escolas, ou mesmo, árvores de grande porte.

Após três meses de implantação deste projeto, se fará uma avaliação, junto com o grupo focal e o grupo de apoio, dos resultados conseguidos: adesão da comunidade, realizações de atividades educativas, disposição do grupo para prosseguir, adesão de outros atores.



## 5. RESULTADOS ESPERADOS

A priori, espera-se um empoderamento de grande parte da comunidade indígena no sentido de captar o sentido das palavras e expressões: fatores de Risco autocuidado, doença e complicações. A partir desses resultados, espera-se que a junção de saberes, experiências e compromisso possa provocar não só a mudança de estilo de vida-(MEV) mas o conhecimento e a vontade para se buscar a promoção de saúde na aldeia. E a interface principal desse movimento, conseqüentemente, será a diminuição do DM2 e suas complicações. Num porvir não muito distante espera-se englobar outras patologias e abranger outras aldeias da microárea.

Contamos com algumas facilidades. É um projeto que não demandará grandes recursos financeiros, até porque já dispomos de parte dos recursos materiais relacionados. O Datashow para atividades educativas e lúdicas, soubemos, já está licitado. Outro ponto positivo tem sido o comparecimento da comunidade quando chamada através da agente indígena de saúde-(AIS) para atividades educativas. Espera-se que seja ainda mais significativo quando convocada por um grupo maior, o grupo de apoio.

Nossa necessidade urgente é a contratação do profissional educador físico. O NASI potiguara não contempla esse profissional. Temos formandos indígenas no polo. Esperamos sensibilizar a gestão do DSEI, o que não será difícil se for considerado a sabedoria popular que preconiza: “prevenir é melhor do que remediar”. E numa linguagem atual e capitalista: “prevenir sai mais barato do que remediar”. No momento contamos apenas com um estudante indígena que poderá orientar, esporadicamente, as atividades físicas. O transporte é outra dificuldade a vencer. Em relação ao espaço físico para realização de atividades educativas nas estruturas físicas dos postos indígenas, o nosso desafio é semelhante ao encontrado por Moutinho *et al.* (2014) junto a equipes de PSF de Minas Gerais. Falhas nas salas de espera, que de tão pequenas não conseguem acomodar as pessoas que vêm para os diversos atendimentos: médico, enfermeira, odontólogo, vacinas, etc. No entanto, a disponibilidade na agenda é, sem dúvida, o maior desafio. Das seis aldeias assistidas pela EMSI II, as duas maiores (uma delas é Alto do Tambá) têm atendimento uma vez por semana. Três outras, duas visitas mensais. E a menor, o Bento, somente uma visita ao mês. A reunião para entrega de consolidados também acontece uma vez no mês. Feriados, reuniões extras e outros

contratempos comprometem com muita frequência o cumprimento do cronograma, o qual requisita um verdadeiro “malabarismo” para ser construído.

Enfim, esperamos vencer esses desafios, fortalecer nossas habilidades e empoderar a comunidade nas buscas de promoção da saúde.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a leitura de inúmeros trabalhos de pesquisadores brasileiros e estrangeiros, pertinentes ao tema diabetes no mundo, nos países subdesenvolvidos, na população indígena com maior tempo de contato com a população envolvente; Após conhecer o plano de enfrentamento às DCNT sugerido pela OMS e assumido pelo Brasil; Depois de ler autores que fizeram trabalho de campo e levantamento bibliográfico como Ferreira *et al.* (2005) em “Intervenções na prevenção do diabetes mellitus tipo 2: é viável um programa populacional em nosso meio?”, acredita-se na viabilidade deste projeto de Intervenção.

Apesar da maioria dos trabalhos selecionados terem sido realizados em décadas passadas confirma-se, pela observação e pela vivência, que a importância deles transcende a temporalidade. E que, em grande parte, encorajam a busca da prevenção do DM2, deixando claro, porém que há desafios a serem vencidos.

Do conjunto deste trabalho, aprendizado, buscas, dificuldades, surpresas, fica o legado das disciplinas deste curso ampliando nossos olhares, aguçando nossas inquietações e nos instrumentalizando para planejar, atuar e avaliar nosso processo de trabalho, para a construção de uma saúde digna para o povo indígena e dignificante para nós, profissionais da Saúde Indígena.

## 7. CRONOGRAMA

DATAS	Atividades	Realizações
Maio 2016 a Abril de 2017	Aprendizagem e Elaboração de peças para a montagem do Trabalho de Conclusão do Curso-TCC.	+
17 de Outubro 2017	Contato com as primeiras orientações sobre o TCC. Levantamento bibliográfico (início)	+
Fevereiro 2017	Levantamento dos casos de DM2 na microárea e início de levantamento de artigos para referencial teórico do TCC	+
Março 2017	Avaliação dos prontuários das pessoas com diabetes na aldeia Alto do Tambá	+
Abril e Maio	Redação do TCC sob orientação das tutoras	+
Julho/2017	*Execução do Projeto de Intervenção	
Outubro/2017	Primeira avaliação	

Quadro 7: Cronograma desta atividade

Fonte: Autora

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, L. R. **Saúde das populações indígenas do Brasil: uma revisão sistemática da produção científica**. 2009. 40 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Pública) - Departamento de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2009.

CAPELLI, J. C. S.; KOIFMAN, S. Avaliação do estado nutricional da comunidade indígena Parkatêjê, Bom Jesus do Tocantins, Pará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 433–437, 2001. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2001000200018>>. Acesso em: 31 maio 2017.

CARDOSO, A. M.; MATTOS, I. E.; KOIFMAN, R. J. Prevalência de Diabetes Mellitus e da síndrome de resistência insulínica nos índios Guarani do estado do Rio de Janeiro. In: COÏMBRA JR., C. E. A.; SANTOS, R. V.; ESCOBAR, A. L. (Org.). **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil** (online). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005. p. 169-185.

CARDOSO, A. M.; MATTOS, I. E.; KOIFMAN, R. J. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares na população Guaraní-Mbyá do Estado do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 345–354, 2001. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2001000200009>>. Acesso em: 31 maio 2017.

CARDOSO T. M.; GUIMARÃES G. C. (Org.). **Etnomapeamento dos Potiguara da Paraíba**. Brasília: FUNAI/CGMT/CGETNO/CGGAM, 2012. 107 p. (Série Experiências Indígenas n. 2). ISBN 978-85-7546-036-8.

COSTA, J. A. *et al.* Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 2001–2009, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000300034>>. Acesso em: 31 maio 2017.

DUNCAN, B. B. *et al.* Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: Prioridade para enfrentamento e investigação. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. Suppl.1, p. 126–134, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012000700017>>. Acesso em: 31 maio 2017.

FERREIRA, S. R. G. *et al.* Intervenções na prevenção do diabetes mellitus tipo 2: é viável um programa populacional em nosso meio? **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, São Paulo, v. 49, n. 4, p. 479–484, 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27302005000400003>>. Acesso em: 31 maio 2017.

FREITAS. J. Z. F.; FREITAS, F. O. **Influência da mudança de hábito alimentar na prevalência de diabetes na área indígena Xavante. Estudo de caso - Reserva Indígena São Marcos**. Brasília: Embrapa Recursos Genéticos e Biotecnologia, 2004. 25 p. (Boletim de Pesquisa e Desenvolvimento / Embrapa Recursos Genéticos e Biotecnologia, 1676-1340; 59).

FREITAS, G. A. **Glicemia capilar casual e fatores associados em mulheres indígenas do município de Dourados, MS, Brasil**. 2014. 62 p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Grande Dourados, Dourados, 2014.

FREITAS, G. A.; SOUZA, M. C. C.; LIMA, R. C. Prevalência de diabetes mellitus e fatores associados em mulheres indígenas do Município de Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 8, p. 1–12, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00023915>>. Acesso em: 31 maio 2017.

GIMENO, S. G. A. *et al.* Perfil metabólico e antropométrico de índios Aruák: Mehináku, Waurá e Yawalapití, Alto Xingu, Brasil Central, 2000/2002. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 1946–1954, 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000800021>>. Acesso em: 31 maio 2017.

GOLDENBERG, P.; SCHENKMAN, S.; FRANCO, L. J. Prevalência de diabetes mellitus: diferenças de gênero e igualdade entre os sexos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 18–28, 2003. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2003000100004>>. Acesso em: 31 maio 2017.

GONDIM, C. M. **Consumo alimentar de uma população de indígenas Potiguara no Estado da Paraíba - Brasil**. 2007. 70 p. Dissertação (Mestrado) - Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2007.

GUGELMIN, S. A.; SANTOS, R. V. Ecologia humana e antropometria nutricional de adultos Xavante, Mato Grosso, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 313–322, 2001. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2001000200006>>. Acesso em: 31 maio 2017.

JUNQUEIRA, L. A. P. Descentralização e intersetorialidade: a construção de um modelo de gestão municipal. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p. 11–22, 1998. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/7696/6269>>. Acesso em: 31 maio 2017.

LEITE, M. S. *et al.* Crescimento físico e perfil nutricional da população indígena Xavante de Sangradouro-Volta Grande, Mato Grosso, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 265–276, 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000200004>>. Acesso em: 31 maio 2017.

LEITE, M. S. *et al.* Perfis de saúde indígena, tendências nacionais e contextos locais: reflexões a partir do caso Xavante, Mato Grosso. In: COÍMBRA JR., C. E. A.; SANTOS, R. V.; ESCOBAR, A. L. (Org.). **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil** (online). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005. p. 169-185.

MALTA, D. C.; SILVA JR., J. B. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 22, n. 1, p. 151–164, mar. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742013000100016>>. Acesso em: 31 maio 2017.

MALTA, D. C.; MORAIS NETO, O. L.; SILVA JR., J. B. Avanços do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil, 2011-2022. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 20, n. 4, p. 425–438, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742011000400002>>. Acesso em: 31 maio 2017.

MILECH, A. *et al.* **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016)**. São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016. 337 p. ISBN 978-85-8114-307-1.

MOURA, P. G.; BATISTA, L. R. V.; MOREIRA, E. A. M. População indígena : uma reflexão sobre a influência da civilização urbana no estado nutricional e na saúde bucal. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 23, n. 3, p. 459-465, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732010000300013>>. Acesso em: 31 maio 2017.

MOUTINHO, C. B. *et al.* Dificuldades, desafios e superações sobre educação em saúde na visão de enfermeiros de saúde da família. **Trabalho educação e saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 253-272, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462014000200003>>. Acesso em: 31 maio 2017.

OLIVEIRA, G. F. *et al.* Prevalência de diabetes melito e tolerância à glicose diminuída nos indígenas da Aldeia Jaguapiru, Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 29, n. 5, p. 315–321, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892011000500003>>. Acesso em: 31 maio 2017.

OLIVEIRA, R. C. C. **Representações Sociais Sobre a Situação De Vida, Saúde e Doença na Concepção Indígena Potiguará**. 2009, 133 p. Dissertação (Mestrado) - Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2009.

OLIVEIRA, R. C. C. *et al.* Situação de vida, saúde e doença da população indígena Potiguará. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 16, n. 1, p. 81–90, 2012. Disponível em: <<http://reme.org.br/artigo/detalhes/504>> Acesso em: 31 maio 2017.

RIBEIRO, A. G.; COTTA, R. M. M.; RIBEIRO, S. M. R. A Promoção da Saúde e a Prevenção Integrada dos Fatores de Risco para Doenças Cardiovasculares. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 7–17, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000100002>> Acesso em: 31 maio 2017.

SÍCOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. R. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 7, n. 12, p. 101–122, 2003.

Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832003000100008](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832003000100008)> Acesso em: 31 maio 2017.

TOSCANO, C. M. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 885–895, 2004. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000400010>>. Acesso em: 31 maio 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Report on Diabetes**. Geneva: WHO Press, 2016. 88 p. ISBN 978-92-4156-525-7.