



UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO CIÊNCIAS DA SAÚDE-PROCISA

ALINE SOARES DE SOUZA

**SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL: ANÁLISE DAS PUBLICAÇÕES EM PERIÓDICOS
NACIONAIS ENTRE 2005 A 2015**

BOA VISTA, RR

2016

ALINE SOARES DE SOUZA

**SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL: ANÁLISE DAS PUBLICAÇÕES EM PERIÓDICOS
NACIONAIS ENTRE 2005 A 2015**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Roraima, como parte dos requisitos para obtenção de título de Mestre em Ciências da Saúde. Área de concentração de Modelo e Vigilância em Saúde na Linha de Pesquisa de Diversidade Sociocultural, Cidades e Modelos de Atenção à Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Antonio Pellegrini.

BOA VISTA, RR

2016

ALINE SOARES DE SOUZA

**SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL: ANÁLISE DAS PUBLICAÇÕES EM PERIÓDICOS
NACIONAIS ENTRE 2005 A 2015**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Roraima, como parte dos requisitos para obtenção de título de Mestre em Ciências da Saúde. Área de concentração de Modelo e Vigilância em Saúde na Linha de Pesquisa de Diversidade Sociocultural, Cidadanias e Modelos de Atenção à Saúde. Defendida em 21 de junho de 2016 e avaliada pela seguinte banca examinadora.

Prof. Dr. Marcos Antônio Pellegrini

Orientador/PROCISA – UFRR

Profa. Dra. Fabíola Carvalho

PROCISA – UFRR

Mst. Maria Auxiliadora Lima de Carvalho

SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA

*Ao meu Criador, Senhor e Salvador; à
minha família, maior prova do Seu amor
por mim.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me concebido o dom da vida, e a seu filho Jesus Cristo por sempre estar comigo, mesmos nos momentos solitários, nunca apartou de mim o seu Espírito. A Ele devo tudo que sou e tudo que me tornarei, pois, conforme seus planos eu sou mais que vencedora!

Ao meu companheiro, parceiro de caminhada, meu lugar forte, meu grande amigo e amor, Luiz Augusto, que desde o início da nossa jornada sempre me apoiou nos meus sonhos mais secretos e me acordou dos momentos de pesadelos. Sem você esse sonho não seria real!

A você, maior prova do amor de Deus por mim, meu maior presente, minha razão para continuar, filho amado João Pedro. Sua vida me inspira e me fortalece, seu sorriso me diz o quanto vale a pena cada lágrima derramada na caminhada. Você é a melhor parte de mim!

Aos meus pais, Carlos e Margarida, e irmã Luciana, que foram importantes elementos de sustentação, quando no exaustivo período de tempo de elaboração deste trabalho, souberam me transmitir força, estímulo e confiança, sobretudo diante das inúmeras buscas infrutíferas. À eles, que me ensinaram desde criança, os três H's: Humildade, Honestidade e Humanismo, toda minha gratidão e amor incondicional.

Aos meus sogros, Maria Ozana e Hélio, que nos momentos mais difíceis cuidaram dos meus bens mais preciosos e não pouparam esforços para que hoje eu pudesse desfrutar da realização de um sonho. Vocês são a família que escolhi, obrigada!

Ao Mestre e incentivador dos longos dois anos de busca pelo conhecimento, que não só me orientou, mas soube conduzir uma palavra de encorajamento e acalmou meu coração no momento mais frustrante, com sua maneira sábia e nobre de conduzir o saber. Marcos Pellegrini, apenas gratidão.

A todos os amigos que de alguma forma incentivaram e fortaleceram minha identidade. Em especial aos queridos Perceu, Fátima, Isabela e Natali que no

momento decisivo da elaboração desse projeto me receberam e acolheram com carinho e cuidado. Amizade eterna!

À direção, professores e funcionários do PROCISA, que me permitiram galgar mais um importante degrau da escala do saber, dando-me condições de ampliar meu conhecimento e estar firme para o mercado de trabalho.

*“A educação é o ponto em que decidimos se amamos o mundo o bastante para assumirmos a responsabilidade por ele”
(Hannah Arendt)*

RESUMO

O presente estudo pretende, através de uma revisão bibliográfica, fazer uma análise do perfil das publicações nacionais realizadas nos últimos dez anos sobre a situação de saúde dos indígenas no Brasil e, com base nelas, traçar um panorama dos aspectos epidemiológicos, de serviços de saúde, da gestão, das políticas, e fazer uma reflexão sobre os principais problemas encontrados e caminhos percorridos na busca de soluções. Foram encontradas 141 publicações contendo os descritores escolhidos. As publicações foram categorizadas por assunto e lançadas em uma planilha do Microsoft Excel, onde foram criteriosamente analisadas. Os resultados apresentaram o panorama de precariedade da saúde dos povos indígenas brasileiros e os problemas enfrentados na organização dos serviços de saúde e, principalmente, o insucesso das tentativas de integrar os sistemas biomédicos de saúde com os sistemas tradicionais, gerando conflitos interculturais e fragilidade nos serviços. A análise sobre a autoatenção é apresentada como importante meio de se avaliar e organizar métodos para integrar os saberes. A questão da saúde indígena necessita de foco voltado para educação em saúde, onde o respeito e a busca pela integração dos saberes seja uma constante. Nossa pesquisa teve por finalidade ampliar o olhar acerca da saúde indígena em seu atual contexto de marginalidade, como forma de despertar na comunidade acadêmica reflexão sobre o tema, trazendo curiosidade e iniciativa na produção científica que proponha alternativas eficazes e meios concretos de como manter e recuperar a saúde dos povos indígenas no Brasil, proporcionando a efetivação da atenção diferenciada, auxiliando no cumprimento das diretrizes estabelecidas pela política nacional.

Palavras-chave: Saúde indígena. Perfil epidemiológico. Serviços de saúde. Autoatenção. Medicina Tradicional. Contexto intercultural.

RESUMEN

Este estudio tiene como objetivo, a través de una revisión de la literatura, hacer un análisis del perfil de las publicaciones nacionales realizados en la última década sobre la situación de salud de los indígenas en Brasil, y en base a ellas, para dar una visión general de los aspectos epidemiológicos de los servicios de salud, la gestión, la política, y para reflexionar sobre los principales problemas encontrados y las rutas tomadas en la búsqueda de soluciones. Se encontraron 141 publicaciones que contienen los descriptores. Las publicaciones se clasificaron por tema y se lanzó a una hoja de cálculo de Microsoft Excel, donde se analizaron cuidadosamente. Los resultados mostraron la salud precaria panorama de los pueblos indígenas de Brasil y los problemas que se plantean en la organización de los servicios de salud, y especialmente el fracaso de los intentos de integrar los sistemas de salud biomédicos con los sistemas tradicionales, generando conflictos interculturales y fragilidad en los servicios. El análisis de la autoatención se presenta como un medio importante para la evaluación y la organización de los medios de integrar el conocimiento. La cuestión de las necesidades de salud indígenas foco de nuevo a la educación sanitaria, donde el respeto y la búsqueda de la integración del conocimiento es una constante. Nuestra investigación tuvo como objetivo ampliar las perspectivas sobre la salud indígena en su contexto actual de la marginalidad, como una manera de despertar en la reflexión de la comunidad académica sobre el tema, con lo que la curiosidad y la iniciativa en la producción científica para proponer alternativas eficaces y formas concretas de cómo mantener y recuperar la salud de los pueblos indígenas en Brasil, proporcionando la realización de una atención especial, la asistencia en el cumplimiento de las directrices establecidas por la política nacional.

Palabras clave: Salud Indígena. Perfil epidemiológico. Los servicios de salud. Autoatención. La medicina tradicional. Contexto intercultural.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Organização dos DSEI e Modelo Assistencial

Figura 2 – Autores, concentração dos estudos e número de publicações

Figura 3 – Estados/Regiões e número de publicações

Figura 4 – Distribuição da população indígena no Brasil.

Figura 5 – Número de Publicações por Ano.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – População autodeclarada indígena no Brasil

Tabela 2 – Tema/Assunto dos artigos e número de publicações

LISTA DE SIGLAS

AIS - Agente Indígena de Saúde
AISAN – Agentes Indígena de Saneamento
BBC - British Broadcasting Corporation
CASAI - Casas de Saúde Indígena
CC- Circunferência da Cintura
CNPI – Conselho Nacional de Política Indigenista
DANT - Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DNA-VHB - Ácido Desoxirribonucléico - Vírus da Hepatite B
DSEI – Distrito Sanitário Especial Indígena
EMSI - Equipes Multidisciplinares de Saúde do Índio
ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
FUNAI – Fundação Nacional do Índio
FUNASA – Fundação Nacional de Saúde
GC - Gordura Corporal
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC - Índice de Massa Corpórea
IPA - Índice Parasitário Anual
IRA - Infecções Respiratórias Agudas
IRAB - Infecções Respiratórias Agudas Baixas
MS – Ministério da Saúde
ONG – Organização Não Governamental
ONU - Organizações das Nações Unidas
PNASPI - Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
SASI - Casas de Saúde Indígena
SESAI - Secretaria Especial de Saúde Indígena
SIASI – Sistema de Informação de Saúde Indígena
SISABI - Sistema de Informação sobre Saneamento em Áreas Indígenas
SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SPI - Serviço de Proteção aos Índios

SUS – Sistema Único de Saúde

SUSA - Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas

TI - Terra Indígena

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
1. METODOLOGIA E PERFIL DAS PUBLICAÇÕES.....	26
2. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO.....	34
2.1. Sistemas de informação.....	36
2.2. Morbidade e mortalidade	38
2.3. Gastroenterites e parasitoses	42
2.4. Infecções respiratórias	44
2.5. Tuberculose	45
2.6. Desnutrição.....	47
2.7. Mudanças alimentares	51
2.8. Obesidade.....	53
2.9. Doenças metabólicas.....	55
2.10. Saúde bucal	56
2.11. Condições de saneamento.....	57
2.12. Saúde mental.....	61
2.13. Outros achados.....	64
3. OS SERVIÇOS DE SAÚDE E A GESTÃO PARA CUMPRIMENTO DA PNASPI ..	67
3.1. Atenção diferenciada	71
3.2. Atuação no contexto intercultural	72
3.2.1. Os agentes indígenas de saúde	72
3.2.2. A formação e capacitação.....	76
3.2.3. Rotatividade de profissionais.....	82

3.2.4. Relacionamentos dos AIS com os demais profissionais da equipe de saúde.....	84
3.2.5. Relacionamento entre equipe e população	85
3.2.6. O olhar do indígena	89
3.2.7. Controle social.....	90
4. AUTOATENÇÃO E A MEDICINA TRADICIONAL	95
CONSIDERAÇÕES FINAIS	107
REFERÊNCIAS.....	114

INTRODUÇÃO

Desde os primeiros contatos com os colonizadores, a população indígena no Brasil começou a sentir os impactos na saúde (BRASIL, 2002). A história mostra que em muitos países os povos ameríndios foram quase dizimados, devido a extermínio direto com as longas guerras, mas principalmente de forma indireta por doenças infecciosas que os conquistadores trouxeram, como sarampo, gripe ou tuberculose (LIMA, 1995 apud BERNARDES, 2011). Estima-se que cerca de 900 povos indígenas teriam desaparecido ao longo dos cinco séculos de contato com os “brancos” (BUCHILLET, 2007). Ademais as práticas escravocratas e graves carências alimentares tornavam a situação mais caótica. Os constantes conflitos pela posse da terra são resultado dessa situação o que se constitui uma realidade para muitas etnias ainda hoje, trazendo as velhas consequências na situação nutricional, sendo uma das causas dos indicadores de morbidade e mortalidade permanecerem elevados ao longo de décadas (SOUSA *et al.*, 2007).

As populações indígenas sofrem há centenas de anos com tratamento desigual e menosprezo pelas demais parcelas da população. Os problemas de desigualdade começaram a ser tratados após a era iluminista dos séculos XVIII e XIX com os conceitos de igualdade, fraternidade, liberdade e o início dos processos de independência que introduziam discretamente algumas políticas para os grupos menos privilegiados. Em 1910 surge no Brasil o Serviço de Proteção aos Índios (SPI), vinculado ao Ministério de Agricultura, priorizando questões relacionadas às terras. Apenas em 1950 surge o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA) ligado ao Ministério da Saúde (MS), com o propósito de prestar assistência as regiões de invisibilidade demográfica. A criação da Fundação Nacional do Índio (FUNAI) em 1967 foi exaltada, mas logo trouxe insatisfações o que levou a busca por definir um modelo de atendimento em saúde, incluindo o atendimento diferenciado voltado para os povos indígenas na constituição de 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Durante o processo de redemocratização em meados da década de 80, com o término do regime militar, a temática acerca da saúde indígena no Brasil

passou a ganhar força. Após a Declaração de Alma-Ata¹ alguns princípios e diretrizes foram estabelecidos, dentre eles a atenção integral a saúde e o acesso igualitário aos serviços de saúde. A partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu em 1986, as conferências passaram a ter um caráter mais participativo nas deliberações e com o fortalecimento das organizações indígenas, em novembro do mesmo ano, deu-se a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio que defendeu um modelo de atenção à saúde do índio, com a participação de representantes indígenas, órgãos públicos e organizações da sociedade que apoiavam à causa indígena (CHAVES *et al.*, 2006).

O conceito de saúde, pela promoção, proteção e recuperação, foi ampliado após a idealização da Reforma Sanitária, sendo aprovada a criação do SUS e estabelecido na Constituição de 1988, tornando “a saúde como direito de todos e dever do Estado”. Em 1990 as Leis Orgânicas de Saúde estabeleceram o princípio da universalidade do direito a saúde e a participação na gestão do SUS, criando as Conferências e Conselhos.

Na 2ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, em 1993, passou-se a discutir as definições das diretrizes da Política Nacional de Saúde para os Povos Indígenas e a atualização do que já se vinha fazendo em conformidade com o processo de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Esses debates levantaram temas que resultaram posteriormente na criação do Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, e na criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), em 1999.

O DSEI passou a ter a responsabilidade de organizar o atendimento à saúde indígena em sua área de abrangência, sendo uma unidade descentralizada do Subsistema, com finalidade de assegurar a promoção da assistência médica e odontológica para os indígenas. Foram criados 34 DSEI que contaram com uma demarcação não idealizando fronteiras políticos-geográficos-administrativos das Unidades Federativas, mas sim observando as características étnicas e de ocupação geográfica das comunidades.

¹ A Conferência de Alma-Ata, realizada em 1978, foi um movimento organizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), com intuito de garantir saúde para todos até o ano 2000. Ela descreveu saúde não apenas sendo a ausência de enfermidades, mas como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social", além de um direito humano fundamental. O foco da conferência deveria ser a atenção primária à saúde.

Nessa fase os serviços de saúde funcionavam através de convênios com municípios ou ONGs, caracterizando a terceirização do Subsistema (GARNELO E SAMPAIO, 2003; MAGALHÃES, 2005). Deu-se, assim, a chamada “terceirização” do gerenciamento e execução das ações da saúde indígena, o que refletiu uma certa dicotomia entre “controle político” e “controle social”, porém devido ao Estado transferir a responsabilidade e execução das ações em saúde a outros órgãos, acabou perdendo o controle político.

Apesar dos avanços na adoção do novo modelo com a melhoria dos serviços de saúde prestados, houve problemas como a rotatividade de pessoal, a descontinuidade das ações, as dificuldades de articulação com os órgãos estaduais e municipais de saúde e a tendência à pulverização e à descoordenação dos serviços intra ou interdistritais (LUCIANO, 2006). Esse momento deu origem a discordâncias políticas éticas, pois o Estado ao mesmo tempo em que desenvolvia lutas pela garantia de direitos civis, por outro, torna-se prestador de serviços, assumindo a atribuição de cobrar e fiscalizar o seu próprio desempenho.

Em 2001 foi realizada a 3ª Conferência Nacional, que analisou os obstáculos e avanços do SUS na implantação dos DSEI e propôs diretrizes para seu cumprimento. Essa conferência lembrou os valores, as concepções e formas diferenciadas dos povos indígenas vivenciarem a saúde e por esse motivo enfatizou a necessidade de integrar os conhecimentos tradicionais nas práticas em saúde, ainda ressaltou a necessidade da participação indígena no controle social.

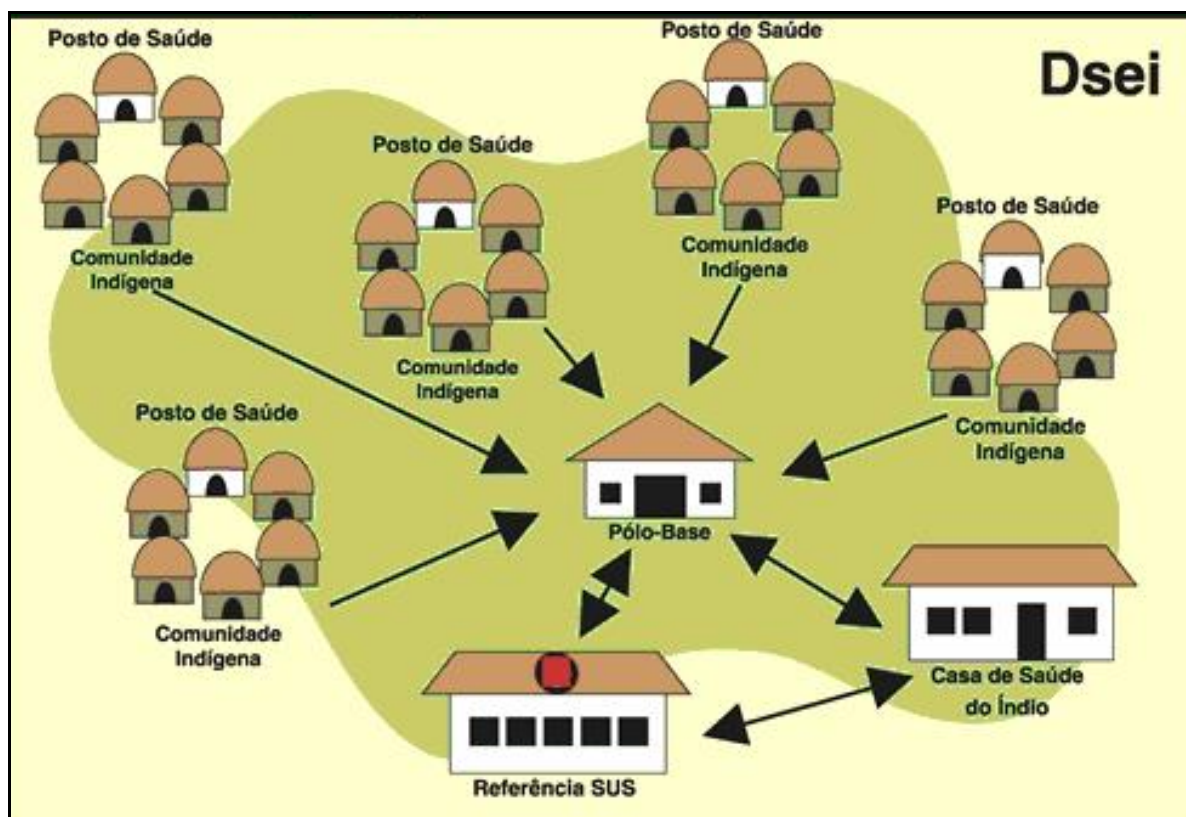
Em 31 de janeiro de 2002, o Ministério da Saúde aprovou a Portaria que constituía a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, contendo as novas diretrizes para alcançar o propósito de orientar o planejamento, implementação, avaliação e controle das ações de atenção à saúde dos povos indígenas. São elas:

- organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas na forma de Distritos Sanitários Especiais e Polos-Base, no nível local, onde a atenção primária e os serviços de referência se situam;
- preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural;
- monitoramento das ações de saúde dirigidas aos povos indígenas;

- articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde;
- promoção do uso adequado e racional de medicamentos;
- promoção de ações específicas em situações especiais;
- promoção da ética na pesquisa e nas ações de atenção à saúde envolvendo comunidades indígenas;
- promoção de ambientes saudáveis e proteção da saúde indígena;
- controle social. (BRASIL, 2002)

Desde então com a criação do Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e a sua estruturação, muitas tem sido as estratégias para atendimento das diretrizes da Política Nacional. Algumas delas serão citadas neste trabalho, pois constituem grandes lacunas quanto ao seu modelo de atenção diferenciada. Atualmente a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) gerencia os DSEI que funcionam de forma autônoma e atendem as necessidades de saúde das populações indígenas, através dos polos-base nas terras indígenas que comportam as EMSI (Equipes Multidisciplinares de Saúde do Índio), e ainda as Casas de Saúde Indígena (CASAI), criadas para receber pacientes indígenas encaminhados para exames e tratamentos que não podem ser realizados nos polos-base (figura 1).

Figura 1 – Organização dos DSEI e Modelo Assistencial



Fonte - <http://www.ebah.com.br/content/ABAAABokcAD/proenf-sca-c3m1-03-crianca-indigena>

Em nosso estudo encontramos 24 trabalhos sobre questões relacionadas a política nacional voltada para os povos indígenas. Autores como Cruz & Coelho (2012), Diehl & Langdon (2015), Bernardes (2011), Cardoso (2014), Garnelo (2003, 2009) entre inúmeros outros apresentaram discussões sobre como as diretrizes da PNASPI estão sendo cumpridas nas suas especificidades que garantem as condições de saúde dos povos indígenas.

Analisando o quadro de saúde, não é de hoje que as populações indígenas enfrentam índices elevados de mortalidade, doenças endêmicas, desnutrição e condições de saúde visivelmente precárias. Estudos de Coimbra Jr. & Santos (1994), Coimbra Jr. & Santos (2000), Montenegro & Stephens (2006), e inúmeras publicações mais recentes, demonstram claramente o panorama de abandono dessa população, onde as condições sanitárias são precárias, a invisibilidade demográfica e epidemiológica trás sérias consequências, e doenças

como gastroenterites, infecções respiratórias e desnutrição ainda causam a morte de crianças em números assustadores.

Nesse meio de emergência epidemiológica restam algumas estratégias a fim de promover a saúde dessa população. Uma delas é um serviço diferenciado que deveria tratar as especificidades dos povos indígenas, mas apesar dos serviços de saúde contarem com um modelo especial de atenção diferenciada dirigido à estes, o modelo ainda tem sido muito questionado devido a dificuldade em se estabelecer essa atenção de forma eficaz, por problemas de implementação. Outra forma oriunda dos próprios sujeitos, e que deveria ser integrada a biomedicina, é a manutenção e fortalecimento da medicina tradicional indígena, utilizando-se da natureza e da cosmologia xamânica.

Mesmo com o desempenho em solucionar muitos problemas de saúde com a criação da Política Nacional de Atenção para os Povos Indígenas, e a criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas vários estudos demonstram que os documentos oficiais de elaboração desses projetos foram bem descritos, entretanto não passaram seu conteúdo para a prática de forma consistente.

A PNASPI reconhece a desigualdade e propõe alternativas para aplicabilidade dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), universalidade, integralidade e equidade, sugeridas através das diretrizes já mencionadas. Porém a gestão apresenta fragilidades que tornam os serviços inconsistentes no que diz respeito à atenção diferenciada, refletindo na situação desfavorável das condições de saúde dessa população.

Vários pontos são discutidos envolvendo aspectos como a real participação indígena no processo de saúde, assim como no controle social, a efetividade dos serviços das equipes multiprofissionais no que tange a adequação cultural. Problemas de gestão do Subsistema têm sido evidentes, comprometendo tanto a prestação de serviços quanto às relações de trabalho. A maneira desarticulada com que tem sido colocada a “atenção diferenciada” não considera as reais necessidades culturais, sociais e políticas, fazendo com que o sistema funcione apenas no discurso.

Pensando neste cenário, ao chegar ao estado de Roraima, há dois anos, o tema avivou o interesse em aprofundar o conhecimento já esboçado anteriormente

quando vivenciei essa mesma realidade no estado do Mato Grosso do Sul, na cidade de Dourados, onde a convivência com a população indígena era constante, e as condições de saúde desses povos são igualmente desfavoráveis.

As leituras e construções realizadas durante a experiência com as disciplinas do mestrado, despertaram o interesse nas áreas de antropologia da saúde, diversidade sociocultural, temas que contextualizaram a saúde de um ponto de vista diferente do modelo biomédico até então visto como único a ser seguido. As novas formas de olhar para os sujeitos como detentores de saber, de autonomia e capazes de serem construtores de saúde, atores principais de um modelo dinâmico de se pensar e agir em saúde fizeram com que a expectativa de vivenciar essa nova construção me movesse ao encontro desses atores para que, como coadjuvante, pudesse auxiliar nas práticas em saúde.

Buscando um contato maior com os indígenas, após a visita para conhecer a Casa de Saúde Indígena (CASAI) de Boa Vista/RR, decidi iniciar um projeto como requisito para aproveitamento da disciplina Práticas em Programas e Serviços de Saúde. A proposta foi realizar o atendimento fisioterapêutico (formação desta pesquisadora) aos indígenas no setor específico da CASAI e assim passar a perceber a forma com que se estabelece a cultura indígena e as maneiras de trabalhar dos profissionais de saúde perante a diversidade cultural, buscando uma maior capacitação humanística e antropológica na relação terapeuta paciente, e interagir com a equipe multiprofissional para compreensão desse modelo assistencial diferenciado.

Essa breve experiência de três meses permitiu a constatação da realidade vivenciada por esses povos quanto a sua real condição de saúde e a forma com que os atendimentos dos serviços de saúde estão sendo empregados nessa instituição.

Após algumas conversas e a leitura do livro intitulado “O Pajé de Cristo”, de Homer E. Dowdy (1997), eu tive o interesse em conhecer os Wai-Wai, povo indígena da família linguística Karib, que estão distribuídos em uma extensa área da região das Guianas, englobando a República Cooperativista Guiana, e a região amazônica nos estados do Pará, Roraima e Amazonas no Brasil. Onde mais de

1.300 estão em Roraima, nos municípios de Caracaraí, Caroebe, São João da Baliza e São Luiz do Anauá².

O projeto inicial seria desenvolvido na Comunidade de Jatapuzinho devido ser a mais significativa do estado de Roraima e ser um Pólo-Base, onde estudaríamos as práticas de autoatenção com as crianças Wai-Wai. Após uma visita a convite de uma ONG para conhecer a comunidade o interesse aumentou e posteriormente tive a oportunidade de apresentar meu projeto aos Wai-Wai, que receberam o trabalho com entusiasmo e boas expectativas convidando esta pesquisadora a visitar sempre que quisesse. A pesquisadora procedeu a todas as formalidades encaminhando os documentos exigidos para realização da pesquisa ao comitê de ética e a FUNAI (Fundação Nacional do Índio), incluindo os documentos de anuência da comunidade. Durante o ano de 2014 e 2015 a pesquisadora realizou visitas a comunidade de Jatapuzinho e conviveu com essa população construindo vínculos de amizade.

Devido a questões pessoais desta pesquisadora houve a necessidade de mudança de residência para o estado do Mato Grosso do Sul, não sendo mais possível estabelecer um relacionamento próximo com a comunidade de Jatapuzinho. Como a pesquisa com esses povos envolvem questões sociais e políticas mais profundas, os Wai-Wai optaram por desistência na participação do estudo, o que teve total respeito e compreensão desta pesquisadora. Infelizmente, o estudo teve que ser interrompido, porém a necessidade de apresentar as reivindicações desses povos não cessou.

Por esse motivo optou-se por um trabalho que pudesse apresentar a situação de saúde dessa população e as formas que estão sendo estudadas através do olhar dos autores que vem publicando sobre o assunto nos últimos dez anos. O presente estudo pretende através de uma revisão bibliográfica fazer uma análise do perfil das publicações realizadas nos últimos dez anos sobre a situação de saúde dos indígenas no Brasil e, com base nelas, traçar um panorama dos aspectos epidemiológicos, de serviços de saúde, das políticas e da gestão e fazer uma reflexão sobre os principais problemas encontrados e caminhos percorridos na busca de soluções.

² Texto obtido no site <http://www.trilhasdeconhecimentos.etc.br>

Esta pesquisa tem caráter reflexivo e a escolha pela revisão bibliográfica se deu devido à compreensão de que essa é a principal forma de levantar pareceres sobre diferentes ângulos e pontos de vistas que integrem o contexto de uma forma ampla e não tendenciosa. Sobre a perspectiva de Minayo (1994) a pesquisa é uma forma homogênea de construir a realidade por algumas razões, sendo uma delas o fato de podermos conceituar e traçar métodos e técnicas que nos permitem explicar as coisas ao nosso redor de maneira mais concreta e curiosa.

A pesquisa nos permite voltar novos olhares sobre o que ainda não foram encontrados, novas perspectivas sobre o que já foi julgado por vários ângulos. Segundo Boaventura (2004) ela permite ainda encontrar soluções para problemas que nos rodeiam, sendo que para isso é necessário considerar as mais diversas opções. É nesse ponto que entendemos que a revisão bibliográfica nos trás as opções que precisamos para o desafio de uma nova leitura, um novo ponto de observação, uma nova linha de raciocínio, uma forma igual para pensar uma coisa diferente.

O instrumento da pesquisa bibliográfica se torna claro, coerente e consistente, pois está fundado em conceitos e métodos já justificados, pautados em fundamentos sólidos. Ele é capaz de gerar em nós indagações sobre o que já existe sobre determinado assunto (BOAVENTURA, 2004), porém nos faz desenvolver o pensamento crítico analítico devido à imensidão de fronteiras que podemos ultrapassar.

Na nossa busca não encontramos trabalhos que analisam a saúde indígena sobre todos os focos que nos propusemos nos últimos dez anos. O que se aproxima é o estudo de Garnelo (2012) que apresenta em sua coletânea de dados um panorama até o ano de 2011, enfocando alguns temas pertinentes à saúde da população indígena.

Procurou-se categorizar assuntos e fazer recortes específicos que facilitaram a leitura para análise. Isso faz com que a visão sobre um tópico específico seja ampliada, favorecendo novos pensamentos, técnicas, seleção de subtemas e investigando novas possibilidades análise (NORONHA E PIRES apud BOAVENTURA, 2004).

O material bibliográfico é encontrado em lugares privilegiados como bibliotecas, centro de dados e, de forma mais específica nessa pesquisa, em meio eletrônico, onde nas últimas décadas tem-se encontrado os dados de forma mais rápida e fidedigna, usando as bibliotecas virtuais científicas como principal referência (BOAVENTURA, 2004). Realizamos nossa pesquisa nas bases de dados eletrônicos SciELO, LILACS, Medline, SCOPUS e ISI Web of Science, com busca por título referente a saúde indígena no Brasil, sendo que a escolha do período foi exclusivamente para analisar o contexto mais atual da saúde indígena no Brasil.

Para atingir nossos objetivos optamos por traçar, inicialmente, os caminhos metodológicos percorridos para o levantamento do material de estudo, as escolhas que delimitaram a busca das publicações e estruturaram a pesquisa. Os resultados da pesquisa que desenharam o perfil das publicações também farão parte do primeiro capítulo.

Para o segundo capítulo iniciaremos o levantamento do perfil epidemiológico dos povos indígenas no Brasil segundo os achados das publicações, com os principais índices que mostram as desigualdades apontadas na saúde e que auxiliam a elaboração de estratégias para cumprimento das diretrizes da PNASPI. Dividimos este capítulo em tópicos para uma melhor estrutura do texto e agrupamento dos dados.

Retratamos, no terceiro capítulo, a situação dos serviços de saúde e a maneira com que eles se estabelecem no modelo de atenção diferenciada proposto pela PNASPI, principalmente quanto aos profissionais que atuam no contexto intercultural. Concomitantemente apresentaremos os desafios da gestão dos serviços e a efetividade da política que se estabelece atualmente nesse cenário, sua legitimidade quanto à equidade e os papéis de cada envolvido no processo de saúde, segundo a ótica dos autores que publicaram sobre o assunto.

O quarto e último capítulo foi elaborado com base nos modelos tradicionais de se obter e manter a saúde, trazendo o conceito de autoatenção de Menéndez (2003). Faremos aqui uma apresentação da importância da articulação dos sistemas tradicionais indígenas para a promoção de saúde, como é proposto na PNASPI, além da necessidade de valorização e respeito para com as formas de significações e ressignificações dos processos de saúde/doença/cura para essa

população. Diferente dos demais capítulos, nosso último capítulo adota uma ótica antropológica a cerca da saúde, onde esta é percebida de forma ampla.

1. METODOLOGIA E PERFIL DAS PUBLICAÇÕES

Essa pesquisa foi realizada nos anos de 2014, 2015 e 2016, inicialmente com leituras relacionadas a assuntos da saúde indígena como diversidade sociocultural, antropologia da saúde, serviços de saúde, epidemiologia, cuidado/atenção, autoatenção, xamanismo, medicina tradicional, modelos de atenção, atenção diferenciada, acesso à saúde, gestão, política para os povos indígenas, dentre outros que puderam apresentar o tema e delimitar o foco da pesquisa.

Após a visualização das diversas possibilidades de estudo, iniciou-se o processo de busca por publicações eletrônicas acerca da saúde dos povos indígenas brasileiros. A pesquisa ocorreu nas bases de dados eletrônicos SciELO, LILACS, Medline, SCOPUS e ISI Web of Science, busca por título: (saúde indígena AND Brasil) OR (saúde AND população indígena AND povos indígenas) OR (atenção AND indígenas AND Brasil) OR (cuidado AND indígenas AND Brasil) OR (índios AND saúde AND Brasil), por artigos completos realizados e publicados no Brasil. A escolha por dados eletrônicos deu-se devido a curiosidade em saber o que está sendo disponibilizado para o mundo sobre a saúde indígena no Brasil, tendo esses banco de dados abrangência internacional.

Estabeleceu-se o período de busca de 2005 a 2015, considerando alguns trabalhos fora dessas datas apenas para busca de referências relevantes. A escolha do período foi exclusivamente para analisar o contexto mais atual da saúde indígena no Brasil.

Posteriormente os artigos foram organizados em uma planilha eletrônica no Excel® do Microsoft Office 2010. O Excel® possui uma ferramenta de análise de dados chamada tabela dinâmica, que permite resumir centenas de dados em um formato tabular preciso, permitindo conjuntos diferenciados, por categorias, ordem alfabética, agrupando dados a serem analisados de forma prática. Também é possível filtrar dados e gerenciar multiplanilhas no mesmo projeto, criar gráficos e tabelas, automaticamente, e compartilhar em outros aplicativos de texto como no Word®.

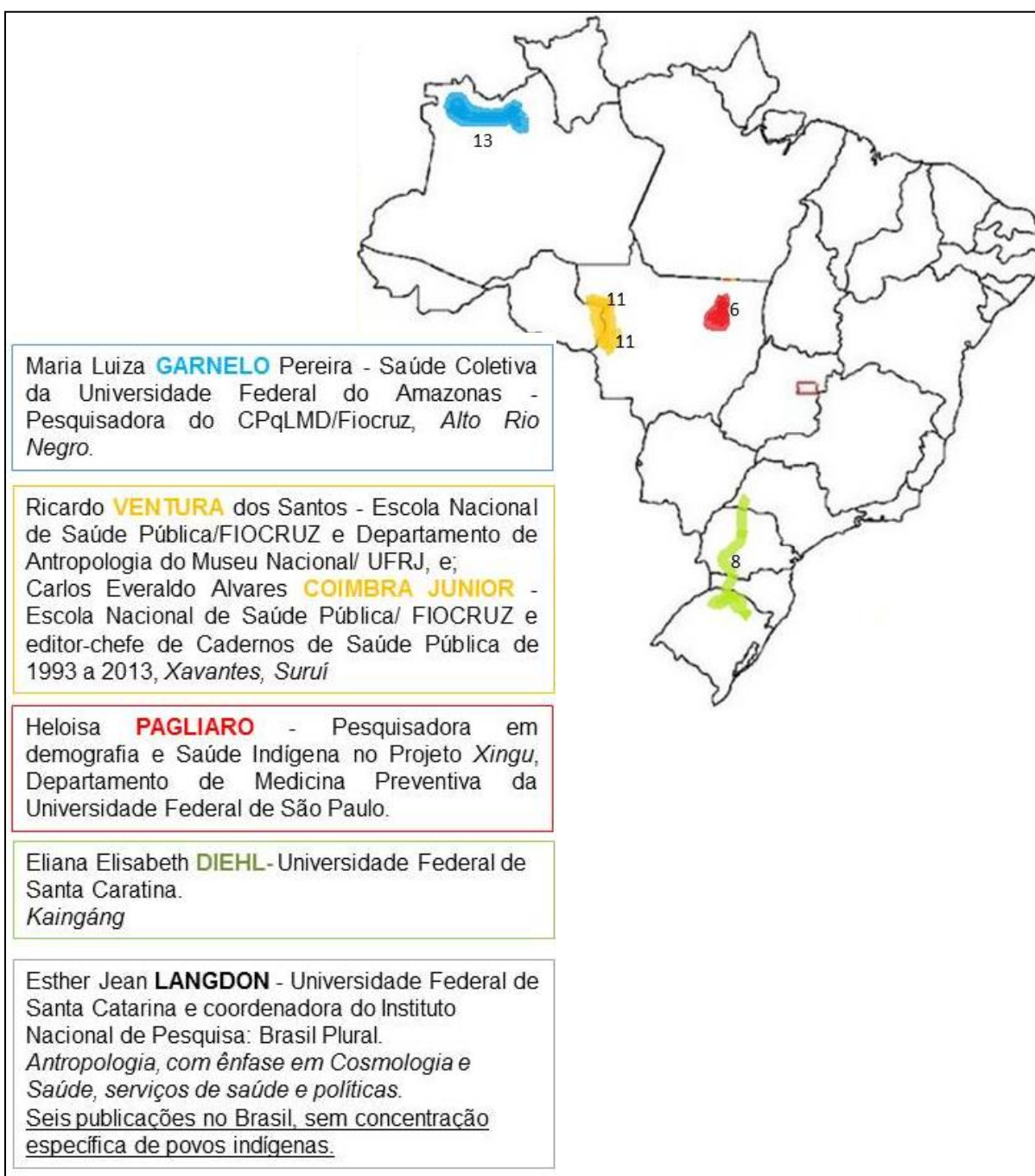
As categorias dispostas na tabela foram: numeração para referenciar, título, autores, periódico, ano de publicação, tema, povo/região, palavras-chave, método, dados analisados, conclusões. Elas foram analisadas separadamente e entre si, buscando associações relevantes e pertinentes quanto tema/ano, autores/regiões-povos, dentre outras.

Na nossa busca foram encontrados 141 artigos publicados em revistas científicas, sendo: 40 nos *Cadernos de Saúde Pública*; 09 na *Saúde e Sociedade*; 07 na *Ciência & Saúde Coletiva*; 05 na *Revista Brasileira de Epidemiologia*, *Revista Brasileira de Estudos das Populações e Saúde Materno-Infantil*. Outras publicações em *Revistas e Cadernos* de saúde da criança, saúde coletiva, pediatria, nutrição, psiquiatria dentre outros, fizeram parte dos resultados.

O grande número de artigos publicados nos *Cadernos de Saúde Pública* (CSP) foi devido a ser uma das principais fontes de informação da área científica em Saúde Pública editada na América Latina. Caracteriza-se por ser uma revista de periodicidade mensal, publicada pela Escola Nacional de Saúde Pública / Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), destinada à publicação de artigos originais no campo da saúde pública, em temas como epidemiologia, nutrição, planejamento em saúde, ecologia e controle de vetores, saúde ambiental e ciências sociais em saúde, entre outras áreas afins há mais de vinte anos. Ademais está listada nas principais bases de indexação bibliográficas internacionais e disponibiliza todos os seus artigos online, por meio do projeto SciELO - Scientific Electronic Library Online (CARVALHO, COELI & TRAVASSOS, 2015).

Os autores com maior número de publicações encontradas foram Maria Luiza Garnelo Pereira (13 publicações); Ricardo Ventura dos Santos (11 publicações); Carlos Everaldo Alvares Coimbra Júnior (11 publicações); Eliana Elisabeth Diehl (08 publicações); Heloisa Pagliaro (06 publicações); Esther Jean Langdon (05 publicações). Todos eles tem se destacado no estudo com a população indígena dentro de áreas particulares. Cada um estudou e aprofundou seus conhecimentos com populações específicas, vinculado a programas e instituições como mostrado na figura 2.

Figura 2 – Autores, concentração dos estudos e número de publicações



Fonte – Elaboração da própria autora

As regiões norte e centro-oeste apresentaram a maior concentração de artigos publicados na área. Essa concentração se deu principalmente pela quantidade de estudos direcionados a povos indígenas da região do Xingu (MT) e do Alto Rio Negro (AM), além de pesquisas focais com os povos Guarani do Mato

Grosso do Sul. A região sul se destacou pelos trabalhos com os Kaingáng, tendo também grande concentração (Figura 3).

Figura 3 – Estados/Regiões e número de publicações



Fonte – Elaboração da própria autora

Algumas observações são relevantes considerando que o único estado brasileiro com dois dígitos de porcentagem de população indígena no Brasil (11%) e o quinto em número de indígenas no Brasil (IBGE, 2010), Roraima, obteve apenas dois estudos publicados com os descritores utilizados. O estado da Bahia é o terceiro estado mais populoso em indígenas e não foram encontradas publicações nessa região. O estado do Rio Grande do Sul foi o 4º a ter mais trabalhos realizados, sendo que segundo o censo, é o 10º em população autodeclarada indígena.

Tabela 1 – População autodeclarada indígena no Brasil

População autodeclarada indígena, da participação relativa no total da população do estado e total da população autodeclarada indígena no País, segundo as Unidades da Federação - 2010				
Unidades da Federação	População autodeclarada indígena	Unidades da Federação	Participação relativa	
			No total da população do estado (%)	No total da população autodeclarada indígena do País (%)
Amazonas	168 680	Roraima	11,0	6,1
Mato Grosso do Sul	73 295	Amazonas	4,8	20,8
Bahia	56 38	Mato Grosso do Sul	3,0	9,0
Pernambuco	53 284	Acre	2,2	1,9
Roraima	49 637	Mato Grosso	1,4	5,2
Mato Grosso	42 538	Amapá	1,1	0,9
São Paulo	41 794	Tocantins	0,9	1,6
Pará	39 081	Rondônia	0,8	1,5
Maranhão	35 272	Pernambuco	0,6	6,5
Rio Grande do Sul	32 989	Maranhão	0,5	4,3
Minas Gerais	31 112	Pará	0,5	4,8
Paraná	25 915	Paraíba	0,5	2,3
Ceará	19 336	Alagoas	0,5	1,8
Paraíba	19 149	Bahia	0,4	6,9
Santa Catarina	16 041	Rio Grande do Sul	0,3	4,0
Acre	15 921	Espírito Santo	0,3	1,1
Rio de Janeiro	15 894	Santa Catarina	0,3	2,0
Alagoas	14 509	Sergipe	0,3	0,6
Tocantins	13 131	Paraná	0,2	3,2
Rondônia	12 015	Distrito Federal	0,2	0,7
Espírito Santo	9 160	Ceará	0,2	2,4
Goiás	8 533	Minas Gerais	0,2	3,8
Amapá	7 408	Goiás	0,1	1,0
Distrito Federal	6 128	São Paulo	0,1	5,1
Sergipe	5 219	Rio de Janeiro	0,1	1,9
Piauí	2 944	Piauí	0,1	0,4
Rio Grande do Norte	2 597	Rio Grande do Norte	0,1	0,3

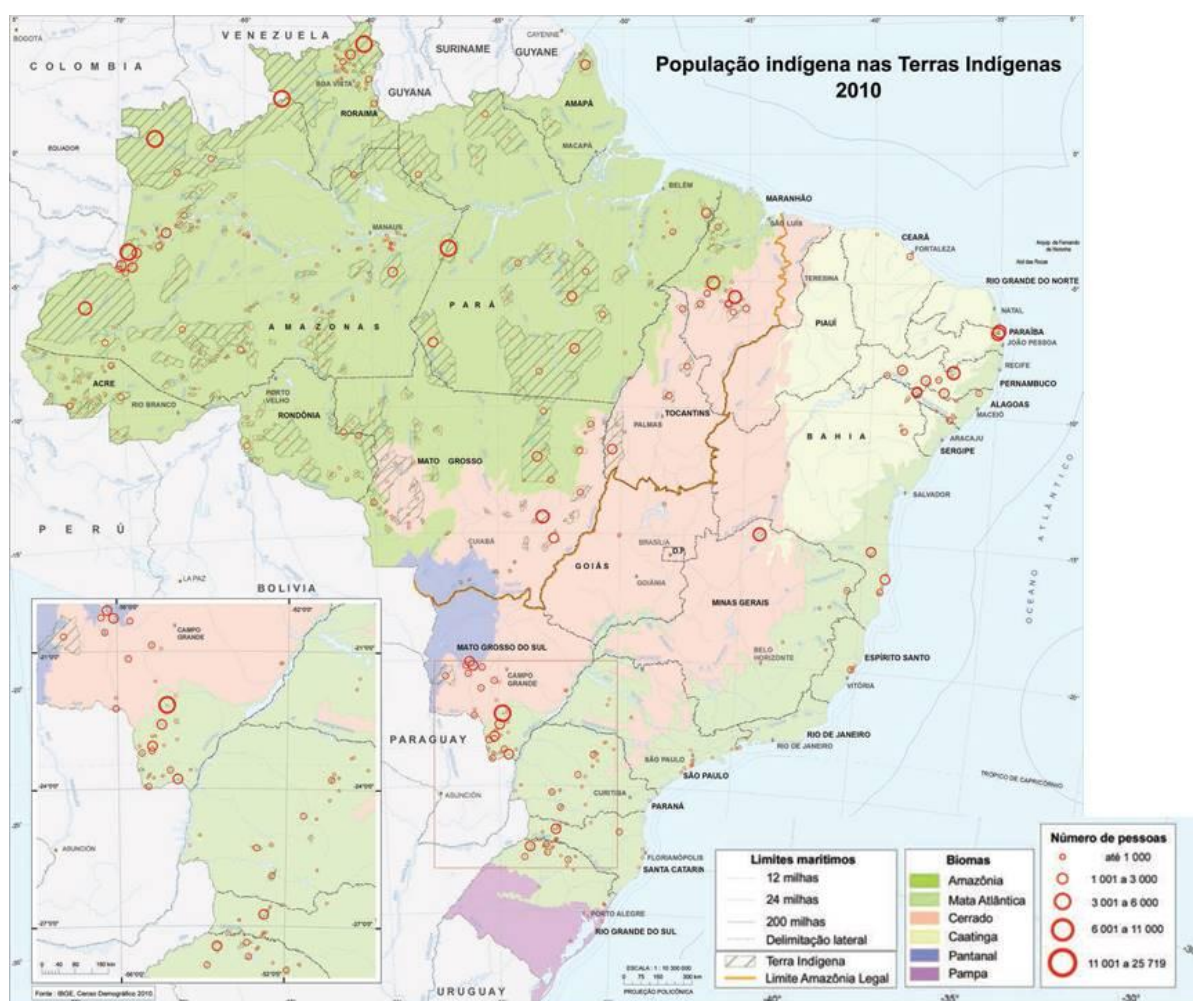
Fonte: IBGE, 2010.

Os povos e comunidades encontrados nessa pesquisa foram Yawanawa (1), Karapotó (1), Tentehar-Guajajara (1), Wari (1), Caxixó (1), Suyá (1), Desana (1), Maku(1), Kayabí (1), Bororo (1), Karajá (1), Zuruahá (1), Apyterewa (1), Wai-wai (1), Pankararu (1), Xukuru (1), Guarani-Mbya (2), Guarani (9), Comunidade Potiguara (5), Kaingáng (9), Suruí (4), Xukuru-Kariri (2), Xakriabá (3), Maxakali (2), Kaiowá (5),

Xavante (4), Khisêdjê (2), Kamaiurá (3), Iauaretê (2), Yanomami (3), Baniwa (4), Comunidade Iauaretê, Comunidade do Vale do Javari.

A concentração em determinadas etnias foi devido a pesquisa com autores que desenvolvem projetos há anos com essas populações como o caso dos Kaingáng, Guarani, Potiguara, Baniwa, e estudos com as comunidades do Rio Negro e Xingu (Figura 4).

Figura 4 – Distribuição da população indígena no Brasil.

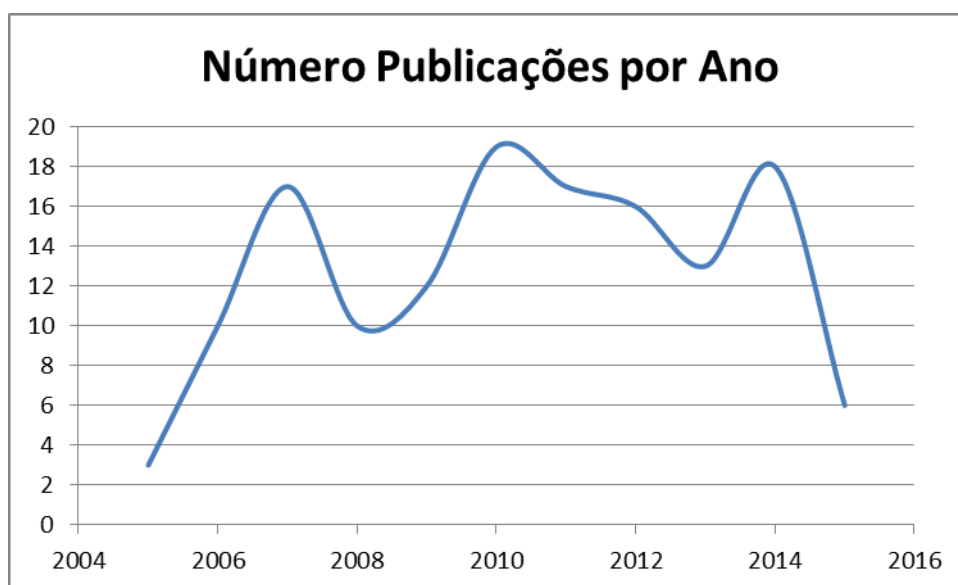


Fonte: IBGE, 2010.

A maior concentração de publicações ocorreu entre os anos de 2010 a 2014, como podemos notar na figura 5, totalizando 83 artigos dos 141. Não foi encontrada explicação referente a esse número, a não ser um pequeno aumento

com os estudos sobre de serviços de saúde e políticas após o ano de 2010. Podemos levantar a possibilidade de que após o processo de descaracterização técnica da FUNASA, passando a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) no ano de 2010, houve um aumento da preocupação acerca da melhoria dos serviços de saúde e capacitação técnica dos funcionários para suprir a política nacional.

Figura 5 – Número de Publicações por Ano.



Fonte – Elaboração da própria autora

Para levantamento dos assuntos abordados, categorizou-se a pesquisa em cinco grandes áreas: epidemiologia/demografia (76 artigos), políticas públicas (24 artigos), serviços de saúde e gestão (23), medicina tradicional e autoatenção (07), outros (11). A categoria outros incluiu publicações sobre etnografia, impactos ambientais e bioética. Esse modo de estruturar o texto nos deu melhor visibilidade quanto as principais preocupações na saúde indígena. Foi clara a necessidade dos autores de apresentarem um diagnóstico da situação vivida por esses povos, pois os estudos sobre o perfil epidemiológico foram os mais encontrados, seguido dos textos que apresentavam e questionavam as tentativas voltadas para o cumprimento da política nacional e as avaliações quanto a qualidade dos serviços de saúde em relação a atenção diferenciada, conforme o observado na tabela 2.

Tabela 2 – Tema/Assunto dos artigos e número de publicações

Tema/Assunto	Número de Publicações
Bioética	02
Impactos ambientais	03
Etnografia	06
Cuidado/Autoatenção	02
Medicina Tradicional	05
Gestão	04
Serviços de Saúde	19
Políticas Públicas	24
Demografia	09
Epidemiologia geral	67
-Epidemiologia nutrição	16
-Epidemiologia parasitose	07
-Epidemiologia tuberculose	06
-Epidemiologia saúde bucal	05

Fonte – Elaboração da própria autora

Grande parte dos estudos de epidemiologia estiveram voltados para aspectos nutricionais, com temas envolvendo desnutrição, anemia, baixo peso e obesidade. Outro foco nesse tópico foram os estudos sobre parasitose, tuberculose e saúde bucal.

Outro ponto importante a ser destacado é que a grande maioria dos trabalhos encontrados apresentou uma visão biomédica dos estudos em saúde, tendo em vista o modelo de atenção dos serviços de saúde que predomina no Brasil. Portanto, as perspectivas teóricas, principalmente no capítulo a seguir, foram baseadas no modelo ocidental, ou seja, numa ótica etnocentrista evolucionista.

Após analisar o material encontrado e dispô-lo na planilha, realizou-se as associações e passou-se a estudar, avaliar, refletir e “dialogar” sobre o conteúdo propriamente dito, que tornaram-se os tópicos dos demais capítulos desse estudo.

2. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

A população indígena geralmente está inserida em uma situação desfavorável a saúde (SANTOS et al, 1998; MONTENEGRO & STEPHENS, 2006; BASTA PC et al, 2006; ORELLANA et al, 2006; ROCHA et al, 2011; OLIVEIRA et al, 2012; MAZZUCCHETTI, 2014). A qualidade da água, alimentos e meio ambiente propiciam à transmissão de agentes patológicos, sendo que essas e outras situações tornam essa população alvo de doenças frequentes. Para a familiarização do contexto que envolve a atual situação da população indígena no Brasil alguns dados do censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010 serão apresentados:

O Brasil tem 896,9 mil indígenas em todo o território nacional, somando a população residente tanto em terras indígenas (63,8%) quanto em cidades (36,2%) [...] Entre as regiões, o maior contingente está na região Norte (342,8 mil indígenas), e o menor, no Sul (78,8 mil). [...] Segundo o Censo 2010, o País tem 505 terras indígenas, que representam 12,5% do território brasileiro (106,7 milhões de hectares), onde residem 517,4 mil indígenas (57,7%), dos quais 251,9 mil (48,7%) estão na região Norte. Apenas seis terras têm mais de 10 mil indígenas; 107 têm entre mais de 1 mil e 10 mil; 291 têm entre mais de cem e 1 mil, e em 83 residem até cem indígenas. A terra com maior população indígena é Yanomami, no Amazonas e em Roraima, com 25,7 mil indígenas. [...] Há mais jovens índios do que idosos, fato que reflete a alta taxa de fecundidade e mortalidade entre indígenas, principalmente na área rural. [...] O Censo 2010 investigou pela primeira vez o número de etnias indígenas, encontrando 305 etnias: 250 dentro das terras indígenas, 300 fora delas. Do total de indígenas declarados ou considerados, 672,5 mil (75%) declararam o nome da etnia, 147,2 mil (16,4%) não sabiam e 53,8 mil (6%) não declararam. A maior etnia é a Tikúna, com 6,8% da população indígena. Também foram identificadas 274 línguas, sendo a Tikúna a mais falada (34,1 mil pessoas). Dos 786,7 mil indígenas de 5 anos ou mais, 37,4% falam uma língua indígena e 76,9% falam português. [...] 63,3% dos domicílios indígenas têm unidades domésticas nucleares, ou seja, cada casa tem uma família formada por um casal e seus filhos solteiros. Quando as unidades domésticas incluem outros parentes, o percentual cai para 19,1%. Já quando os parentes não moram juntos, a proporção é de 2,5%. A maior responsabilidade pelos domicílios indígenas é masculina, em 82% dos casos. Entre não indígenas, a prevalência da responsabilidade masculina fica em torno de 58%. Somente 12,6% dos domicílios são do tipo “oca ou maloca”, enquanto, no restante, predominava o tipo “casa”. Mesmo nas terras indígenas, ocas e malocas não são muito comuns: em apenas 2,9% das terras, todos os domicílios são desse tipo e, em 58,7% das terras, elas não foram observadas. De acordo com o Censo 2010, 36,1% dos domicílios indígenas não têm banheiro. Nas áreas rurais, 31,2% das casas tinha um ou mais banheiros e 68,8% eram sem banheiro; 65,7% têm fossa rudimentar como sistema de esgoto. Em todo o País, 60,3% dos domicílios indígenas contam com rede geral de abastecimento de água, contra 82,9% dos não indígenas.

No Norte, só 27,3% tinham rede geral (grifo nosso) (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)³.

Dados da FUNASA (2002) indicam as infecções respiratórias agudas, desnutrição e diarreias como os maiores responsáveis do quadro de morbidade instalado nos povos indígenas. Segundo Santos e Coimbra Jr. (2005), esse índice chega a ser quatro vezes maior do que os encontrados na população geral. Encontramos aí um ambiente de desigualdade exacerbada, onde a saúde abre grandes lacunas no seu princípio de equidade.

Alguns dos fatores que contribuíram para o atual quadro na saúde indígena são as mudanças socioculturais devido ao contato com outros povos, incluindo as relações com a terra, as mudanças nos processos de trabalho, a urbanização, trazendo aumento do consumo de alimentos industrializados, diminuição da prática das atividades físicas e as doenças consequentes como cárie, obesidade, hipertensão, diabetes. Doenças mentais e comportamentais são notórias nos últimos anos, colocando a violência, o alcoolismo e suicídio em evidência nas últimas décadas (FERREIRA *et al.*; 2011).

Ainda há de se considerar as precárias condições dos serviços de saúde, que muitas vezes levam dias para serem acessados. Coimbra Jr. & Santos (2000) referem o problema a “*danosa invisibilidade demográfica e epidemiológica*” nessa população. Este diferencial pode ser visto claramente na Amazônia, onde boa parte do acesso às cidades ou núcleos de saúde é realizado a pé, por rio ou transporte aéreo.

Com o objetivo de evidenciar os dados e informações demográficas, de nati-morbidade, morbidade, vacinação, saúde bucal, saúde nutricional, acompanhamento gestacional, e o gerenciamento de recursos humanos, infraestrutura e saneamento, foi criado o Sistema de Informações da Atenção em Saúde Indígena (SIASI), no ano de 2000, que faz parte da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Apesar de o sistema ainda encontrar muitas dificuldades de implantação, os dados começaram a aparecer e passaram a fazer parte de importantes estudos da área da saúde (KÜHL *et al.*, 2009).

³ Censo 2010. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_gerais_indigenas/default_caracteristicas_gerais_indigenas.shtm

2.1. Sistemas de informação

Algumas publicações fazem referência aos dados dos sistemas de informação e como eles atuam para auxiliar nas estratégias em saúde. Até 1999 os dados a respeito da saúde indígena eram coletados pela FUNAI sem um destino apropriado que pudesse gerencia-los para utilização em estratégias de saúde.

O Sistema de Informação da Atenção a Saúde Indígena faz parte da PNASPI e foi criado visando a coleta, o processamento e a análise de informações relevantes a saúde indígena. Esse sistema armazena dados sobre óbitos, nascimentos, morbidade, imunização, produção de serviços, recursos humanos e infra-estrutura. Os dados são colocados direto no SIASI pelos profissionais treinados ou encaminhados através de relatórios para a inclusão no caso de aldeias onde não há acesso a internet, não permitindo a inserção direta no sistema (SOUZA *et al.*, 2007).

Sua operacionalização foi dividida em vários módulos: demográfico, morbidade, imunização, saúde bucal, nutrição, acompanhamento à gestação, recursos humanos, infraestrutura e saneamento. Mesmo estando implantado a mais de 15 anos não são todos os módulos que estão em vigor atualmente, houve ainda o desenvolvimento do módulo de saneamento com um sistema próprio, o SISABI (Sistema de Informação sobre Saneamento em Áreas Indígenas).

Os autores das publicações, que citaram o SIASI, em sua maioria, apontaram as debilidades do sistema quanto a eficácia do seu funcionamento. Uma delas refere-se às variáveis a serem utilizadas na coleta, sendo ignoradas variáveis importantes para a construção de um perfil epidemiológico, e inseridas outras de menor relevância, que levam a um desinteresse no preenchimento por parte dos profissionais de saúde, ficando estas muitas vezes em branco (CHAVES *et al.*, 2006).

A qualidade, regularidade e correto preenchimento das informações é fator obrigatório para a qualidade dos dados, porém, devido a estes serem feitos por profissionais diversos da saúde, muitas vezes em condições precárias e com aumento da demanda de serviço, sem capacitação devido à alta rotatividade, esses dados são passíveis de inconsistências e incorreções (OPAS, 2008).

Outra pendência do SIASI é o não acesso da população geral aos dados coletados, pois a princípio o sistema tem como um dos seus propósitos garantir a participação da comunidade no acompanhamento das ações (SOUZA *et al.*, 2007).

Em algumas comunidades mais distantes, onde o acesso é dificultado, o fato das equipes também não estarem presentes por longo período de tempo, dificulta a fidelidade dos dados devido à inconsistência de certos relatórios, que são feitos após muitos dias e onde as informações não são precisas.

Em uma análise realizada no Mato Grosso do Sul (FERREIRA *et al.*, 2011), os autores apontam deficiências na qualidade dos dados como preenchimento inadequado no SIASI, por alta rotatividade de funcionários, falta de treinamento e capacitação. Isso acarreta em duplicidade de registros, tanto de óbito quanto de nascimentos.

Outro sistema, o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) Indígena, foi criado com o objetivo de descrever a situação alimentar e nutricional dos povos indígenas de maneira permanente, a fim de subsidiar políticas, programas e intervenções. O estudo de Caldas e Santos (2012), onde os autores fazem uma análise da construção de uma política pública de vigilância alimentar e nutricional em saúde dos povos indígenas, os autores afirmam que, através do SISVAN, os sistemas políticos podem enxergar os dados emergenciais da situação de saúde dos indígenas, porém ainda há dificuldades nos processos de implementação da política. Para isso há a necessidade de ampliar as análises sobre os processos e fatores que envolvem a formulação das políticas públicas. Nos últimos anos, diversas estratégias têm sido executadas pela Funasa para a implementação do SISVAN, incluindo a realização do I Inquérito Nacional Nutricional e de Saúde dos Povos Indígenas.

Foram encontrados poucos trabalhos acerca da análise do sistema de vigilância. Um deles analisou aspectos da saúde alimentar de crianças indígenas menores de cinco anos em Mato Grosso do Sul, entre 2002-2011 e concluiu por aumento da cobertura do *“Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional Indígena de 82,0% em 2002 para 97,2% em 2011, acompanhado da redução na prevalência de baixo peso de 16,0% para 6,5% no período”* (SILVA *et al.*, 2014, p.541). Esse dado nos possibilita compreender que quanto maior for a abrangência dos serviços de

saúde, mais sucesso serão obtidos quanto a saúde e qualidade de vida das populações indígenas.

Por ser a principal e, em alguns contextos a única, fonte de informação sobre o acompanhamento nutricional das crianças indígenas, o SISVAN deveria funcionar de forma adequado, pois além de apresentar o correto diagnóstico do estado nutricional auxilia no acesso aos benefícios sociais, como o bolsa família (PANTOJA, 2014).

Ao contrário, outro trabalho observou que no DSEI-Yanomami a cobertura do SISVAN foi muito baixa (27,7%), porém referiu ser importante para emergenciar a saúde nutricional das crianças Yanomami (PANTOJA et al, 2014). A situação revela a descontinuidade das ações em saúde, o que resulta na impossibilidade de planejamento, acompanhamento e avaliações para realizar medidas de intervenção.

Apesar das limitações dos sistemas de informações, alguns autores apresentam como uma boa proposta de integralidade de informações em um único sistema que orienta sobre aspectos importantes para os serviços de saúde. Há de se lembrar que é um sistema de fácil manuseio e que agregado a um modelo de atenção primária com uma equipe instalada e recursos disponível para abastecimento de dados tem potencial para se tornar uma grande ferramenta que minimize os problemas encontrados na saúde indígena (COIMBRA JR e SANTOS, 2000).

2.2. Morbidade e mortalidade

Os problemas de saúde vão desde a saúde bucal até os altos índices de mortalidade dessa população, onde praticamente todos os estudos estão relacionando a falta de condições e serviços de saúde de qualidade. Um levantamento sobre o estado da saúde indígena na América Latina e no Caribe (MONTENEGRO & STEPHENS, 2006) examina o contexto histórico de apoderamento europeu, com conseqüente diminuição da população indígena por vários motivos, dentre eles o alto índice de novas doenças - chamadas por

Montenegro & Stephens (2006) "doenças modernas" ou "doenças da pobreza". Nesse estudo é apresentado o alto índice de mortalidade infantil entre crianças indígenas no Amazonas, sendo 99 a cada mil nascidos vivos. Comparado aos dados do relatório da ONU (Organizações das Nações Unidas) de 2012, a média brasileira foi de 12,9 a cada mil nascidos vivos.

Os trabalhos acerca de morbidade tem sido importantes meios de levantar as principais doenças existentes na população e de orientar os trabalhos de vigilância e controle de agravos para elaboração de planejamento em saúde. No nosso levantamento os trabalhos sobre morbidade na população indígena, em sua maioria, levantaram dados referentes a doenças respiratórias, sendo esta a principal causadora de múltiplas internações em um mesmo indivíduo num estudo sobre a morbidade hospitalar em povos indígenas Guarani do Sul e Sudeste do Brasil. O mesmo estudo revelou padrões parecidos com os observados entre os segmentos sociais mais fragilizados do país, classificados geralmente por apresentarem baixo nível de escolaridade, condições inadequadas de habitação e saneamento e dificuldades de acesso aos serviços de saúde (CARDOSO *et al.*, 2010).

Outras doenças além das infecções respiratórias como a anemia, desnutrição e desidratação, diarreias, septicemias e causas externas em adultos são responsáveis por altos índices de morbidade. Isso confere com outros trabalhos entre os Guarani onde o perfil da morbidade hospitalar é marcado por condições como as pneumonias bacterianas, gastroenterites, desidratação, desnutrição, anemia ferropriva, infecções de pele e tecido subcutâneo, bronquites e asma (ALFRADIQUE *et al.*, 2009). É importante lembrar que esse padrão sofreu alterações nas últimas décadas com redução das causas infecciosas e parasitárias e aumento das causas crônicas não-transmissíveis e das relacionadas a acidentes e violência (CARMO *et al.*, 2003).

Essas alterações na mudança no perfil de morbimortalidade da população ocorrem há anos, desde as primeiras décadas do século XX no mundo todo. A chamada transição epidemiológica foi observada no Brasil a partir da metade do século XX (BRESAN *et al.*, 2015). Os povos indígenas passam por transição no seu modo de vida onde acabam sendo influenciados por novas formas de alimentar-se e integrar-se a vida urbanizada, adquirindo hábitos que influenciam na mudança dos

padrões de doença, onde as altas prevalências das doenças infecciosas e parasitárias estão dando espaço a Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT).

O estudo de Portela *et al.* (2005), propôs o levantamento de dados de crianças e adolescentes indígenas hospitalizados na pediatria e Clínica Médica do Hospital Universitário de Brasília (HUB). Cerca de 92% dos pacientes internados tinham menos de cinco anos de idade, o que se assemelha com a maioria dos estudos; 50,85% eram desnutridos. Outros pontos importantes desse estudo é a relação com as condições de habitação que foram inadequadas em 25,42% dos pacientes (porém existiam muitas fichas sem preenchimento adequado quanto a isso); 54,4% era da etnia Xavante, por ser uma das mais populosas entre os índios brasileiros dessa macroregião; 89,83% eram procedentes do Mato Grosso, onde há grande encaminhamento da FUNASA por esses índios viverem em aldeias. Esses dados apontam para as condições de moradia influenciando diretamente na saúde.

Em estudo envolvendo aspectos demográficos e mortalidade da população indígena no Mato Grosso do Sul, foi registrado altos índices de mortalidade infantil de 2004 a 2006, chegando a 2,47 maior que o total do estado (FERREIRA *et al.*, 2011). As causas externas foram a principal causa de mortalidade desse triênio (22,4%), vindo logo após as doenças do aparelho respiratório (14,9), circulatório (14,3%) e parasitárias (11,7). Outro número preocupante no estudo foi o alto índice de morte por causas mal definidas, cerca de seis vezes maior que o da população total.

Garnelo *et al.* (2005) em uma análise epidemiológica constatou que o coeficiente de mortalidade Infantil variou entre 74,7/1.000 nascidos vivos em 2000 e 56,5/1.000 em 2001, superando em mais de 100% a média nacional para o período. Em outro estudo realizado em 2006 os altos índices de mortalidade infantil estiveram concentrados na faixa etária de até cinco anos de idade, sugerindo como causa as precárias condições de vida trazendo desnutrição e índices altos de infecções associadas (FERREIRA *et al.*, 2011). Esse índice confere com vários estudos nos anos posteriores, como o de Souza *et al.* (2010) que estudou os Xavante do Mato Grosso e encontrou 77,7% dos óbitos nos primeiros cinco anos de vida.

No povo Wari de Rondônia há um predomínio das doenças infecciosas e parasitárias, sendo as mais frequentes as gastroenterites e infecções respiratórias, e

não menos importantes a tuberculose e malária. A mortalidade infantil foi cerca de duas vezes maior do que a média nacional (LEITE *et al.*, 2007).

No DSEI Xavante em Mato Grosso, a taxa de mortalidade infantil foi comparada com a dos municípios onde as terras indígenas estão inseridas. Enquanto a taxa dos doze municípios foi de 25,5/1000 em 2001, no DSEI Xavante alcançou 133,6/1000, quase seis vezes maior. Os autores verificaram que o índice de mortalidade está concentrado nos cinco primeiros anos (77,7% dos óbitos), sendo que 46,6% ocorreram em crianças abaixo de um ano de idade. As principais causas foram doenças metabólicas, nutricionais e endócrinas, correspondendo a 24,6%, as respiratórias (20,1%) e parasitárias. Um número que surpreende é que 34,2% dos óbitos foram por causas mal definidas, desvendando a fragilidade dos serviços de saúde (SOUZA *et al.*, 2010).

Outros estudos (COIMBRA & SANTOS, 1994; LEITE, 2006) relevantes foram realizados no Mato Grosso entre os índios Xavante de Sangradouro. Um dos estudos apresentou o maior número de mortes entre crianças no Brasil, sendo as principais causas as gastroenterites e infecções respiratórias. Os mesmos estudos revelam as péssimas condições de saneamento existentes nessa aldeia e outras próximas.

Há de se considerar as dificuldades já conhecida na captação e no levantamento de dados fiéis, devido às fragilidades dos registros, qualidade de informações e a baixa cobertura, como referenciado anteriormente. Vários autores sugerem estratégias de coleta de dados de morbidade mais bem elaboradas. Entretanto acreditamos que esses dados mostram o desfavorecimento dos povos indígenas, pois no trabalho de Cardoso *et al.* (2010) os Guarani apresentaram taxas de hospitalização superiores a todas as regiões brasileiras.

Ao analisar esses índices, repetidamente verificamos que os autores consideram as condições de saúde dessa população após anos de processo histórico desfavorável. Dentre elas se destacam as doenças transmissíveis e crônicas degenerativas, o uso de bebidas alcoólicas, violência, situações encontradas no meio ambiente, reprodução, isolamento, barreiras econômicas e hábitos culturais (OPAS, 2007).

O descaso na atenção primária à saúde dessa população apresenta grande responsabilidade nos dados atuais. Os sistemas de saúde apresentam deficiência no que tange à infraestrutura física e nos procedimentos técnicos, sofrendo influências também pelas diferenças de linguagem, valores, crenças, estilos de vida e organização social e familiar. Ademais a visão biomédica para essa população e os sistemas de atenção a saúde carecem de reestruturação, como veremos em capítulo posterior (OPAS, 1998; LANGDON *et al.* 2006; LANGDON *et al.* 2007; NOVO, 2011; COELHO & SHANKLAND, 2011; OLIVEIRA *et al.*, 2012; PONTES *et al.*, 2015).

2.3. Gastroenterites e parasitoses

Nossa pesquisa encontrou sete trabalhos que referenciavam as doenças do trato intestinal. Essas doenças nas comunidades indígenas têm como causas apontadas as condições de saneamento. Inexistência de esgoto, péssima qualidade de água fornecida, hábitos de higiene precário, lixo acumulado sem destino apropriado, dentre outras questões favorecem essa realidade (FERREIRA *et al.*, 2011). O mesmo foi observado em diversos outros trabalhos incluindo o de Leite *et al.* (2006); Barreto *et al.* (2013), e vários outros.

Orellana *et al.* (2007) estudou o índice de morbidade das Crianças Suruí do estado de Rondônia e evidenciou as precárias condições socioeconômicas e sanitárias como a causa de doenças respiratórias, infecciosas e parasitárias, como diarreia e gastroenterites, que são motivos de internação.

Problemas com saneamento e nutrição são fatores presentes na maioria dos estudos levantados sobre a saúde dos povos indígenas. Leite (1998) pesquisou um grupo de Xavante, em área indígena próxima de Sangradouro, e encontrou problemas sérios de desnutrição em 22% das crianças abaixo de 10 anos de idade e 74% de anemia. Souza & Santos (2001) afirmam que os elevados índices de mortalidade resultam das precárias condições de saneamento e inadequado serviço de saúde.

Um estudo com os Kaingáng de Rio das Cobras (Paraná), levantou índice de morbidade por infecções parasitárias de 69,5% dos menores de vinte anos da comunidade. O mesmo estudo observou que 95% das crianças apresentavam algum tipo de parasita, dentre eles a *Ascaris lumbricoides* e *Entamoeba coli* (GILIO *et al.*, 2006).

Entre os Maxakali de Minas Gerais foi feito um levantamento de parasitose intestinal encontrando 84,3% da população estudada infectada e de 56% de poliparasitismo. O estudo destacou as precárias condições de higiene na observação dessa população e a urgência de saneamento básico, programas de educação em saúde e tratamento em massa (ASSIS *et al.*, 2013). Em outro estudo realizado com a população Caxixó de Minas Gerais, o índice esteve abaixo da maioria dos estudos com povos indígenas, sendo de 22,8% de infecção por algum tipo de parasitose intestinal (DIAS JR *et al.*, 2013).

Na comunidade de Iauaretê um estudo para avaliar a prevalência de parasitose intestinal apresentou 69% de indivíduos infectados, além do que em algumas o índice de poliparasitismo chegar a 42%. Constatou ainda que do total de amostras de água analisadas, 89,2% apresentaram resultado positivo para coliformes termotolerantes (RIOS *et al.*, 2007). No estudo de Simões *et al.* (2015) 77,0% amostras de água coletadas foram positivas para coliformes totais e 4,0% para *Escherichia coli* e o parasitismo apareceu em 66,6% dos indígenas.

Os problemas mais comuns para que esse índice se fortaleça é a falta de tratamento da água, grande número de pessoas em pouco espaço, ausência de energia elétrica, de saneamento básico, solo contaminado devido aos dejetos a céu aberto e ausência de coleta de lixo (MENEGOLLA *et al.*, 2006).

Em um estudo com os Kaingáng os pesquisadores aplicaram medidas de intervenção, tais como melhorias sanitárias, tratamentos antiparasitários e atividades de educação em saúde e compararam os dados antes e após a adoção dessas medidas obtendo melhora significativa de indicadores parasitológicos, redução na prevalência de algumas espécies de enteroparasitos, manutenção de baixa carga parasitária, ressaltando a relevância de se integrar tratamentos antiparasitários às melhorias sanitárias (TOLEDO *et al.*, 2009).

Portanto, como nota-se na totalidade de estudos acerca das parasitoses intestinais existe uma complexa relação entre saúde e meio ambiente. Como veremos repetidamente nesse estudo, muitas doenças como desnutrição, tuberculose, anemia, diarreia, dentre outras terão o mesmo fator causal: saneamento e acesso à saúde de qualidade.

2.4. Infecções respiratórias

Os indígenas estão inseridos entre os grupos sociais mais marginalizados na América Latina e no Caribe (MONTENEGRO & STEPHENS, 2006). Em meio a esse quadro, os estudos encontrados no Brasil se destacam por um perfil de morbimortalidade, como já citado, marcada por doenças infecciosas, dentre as principais delas as respiratórias.

Cardoso (2010, 2011, 2013) em vários estudos com os Guaranis, apresenta os altos índices de hospitalização e morte por doenças respiratórias agudas. Kühl *et al.* (2009) também comentam sobre o alto índice de óbito por doenças respiratórias e parasitárias entre os povos indígenas no Brasil.

Em estudo acerca das doenças respiratórias com os Guaranis da região sul e sudeste do Brasil, Cardoso *et al.* (2010) divulgaram que 71,9% das internações de indígenas menores de cinco anos de idade foram devido as infecções respiratórias agudas baixas (IRAB). Nessa população a mortalidade pela patologia foi duas vezes maior que por diarreia ou outra causa. De forma abrangente a pneumonia foi responsável por 56,7% das hospitalizações, estando logo em seguida a IRA não especificada das vias aéreas inferiores (15,2%) e gastroenterites (10,4%).

Caldart (2014) no seu recente levantamento com crianças Yanomami verificou que de 1023 registros de internação, foram registradas três grandes causas: doenças do aparelho respiratório (53,9%), doenças infecciosas e parasitárias (19,5%) e doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (12,1%).

Outro estudo de prevalência de sibilância entre os Guaranis e fatores associado à IRA, relatou um nível de internação hospitalar de crianças de 67,9% na região sudeste, sendo 50,8% menores de um ano de idade (SOUZA *et al.*, 2014).

2.5. Tuberculose

Nos achados para este trabalho, encontramos ainda seis referências diretas acerca do assunto tuberculose, e várias outras publicações referindo-se ao tema, sendo esse de importância urgente a ser tratado. Todos os estudos atribuem a desigualdade das taxas de tuberculose entre indígenas e não indígenas, pondo-a inclusive como doença endêmica em algumas localidades. Sendo o caso do estado de Amazonas que chegou a apresentar coeficiente acima de 350 casos por 100 mil habitantes segundo dados da Secretaria Estadual de Saúde do Amazonas (apud LEVINO E OLIVEIRA, 2007, p.1728). O estudo de Levino e Oliveira (2007) encontrou uma incidência de 277,84/100 mil habitantes, sendo mais de 80% em área rural.

Garnelo *et al.* (2005) relataram sobre as desigualdades que a população indígena está submetida onde registram que ela apresenta uma incidência de tuberculose 1.000 vezes superior os índices encontrados na população não indígena.

Gava (2013) destaca o alto índice de ocorrência da tuberculose atingindo crianças indígenas de 0 a 14 anos na Amazônia Brasileira, sugerindo como causa de um diagnóstico precoce precário a cobertura inadequada dos sistemas de saúde, além de acesso limitado aos serviços de saúde. O estudo sugere que melhorias nos cuidados de saúde para as populações indígenas são necessárias. Outro estudo também destaca a alta taxa de tuberculose na faixa etária abaixo de 15 anos (31,2%), que está acima do esperado pelo Ministério da Saúde (15%), e acima do encontrado em 21 dos 34 DSEI do Brasil (27,4%) (LEVINO & OLIVEIRA, 2007). Em estudo anterior com os Suruí em Rondônia, Basta (2004) detectou 36,4% de tuberculose nessa faixa etária, apresentando um quadro ainda mais grave.

O estudo em São Gabriel da Cachoeira encontrou uma grande concentração de tuberculose na área Yanomami, sendo que no ano de 2002, esta área, com apenas 3,9% dos habitantes, notificou 31% dos casos que representou o maior coeficiente (2.133,3/100 mil). A grandeza dessa taxa se expressa estando 2,4 acima da taxa do estado do Amazonas e quatro vezes maior que a brasileira (LEVINO E OLIVEIRA, 2007). Gava *et al.* (2013) comparando a tuberculose em crianças indígenas e não indígenas da Amazônia apontou desigualdades em saúde demonstrando-se superior às análises convencionais realizadas nos serviços de vigilância.

Alguns estudos como o de Marques *et al.* (2010), sugerem uma preocupação com esses números e observam redução suave dessas taxas. O autor em seu estudo com os indígenas do Mato Grosso do Sul, concluiu que a proporção de casos em indivíduos menores de 15 anos estava em torno de 40% no ano 2000, foi para 10,9% em 2006.

A tuberculose, na população indígena, está associada às deficiências nutricionais e as precárias condições sanitárias que atingem os indivíduos frágeis imunologicamente (FERREIRA *et al.* 2011). Vários outros estudos encontraram a explicação da tuberculose nesse mesmo referencial, onde observaram que as habitações recebem pouca luz solar, são mal ventiladas, não possuem divisórias e onde habita número aumentado de pessoas. Nesse ponto observamos que as infecções respiratórias também ganham espaço (BASTA, 2010).

Bóia *et al.* (2009) sugere que a disseminação de doenças que apresentam associação com o estado de pobreza e as más condições de vida apresentou-se nessas populações a partir dos processos de urbanização e aglomeração populacional, advinda de mal planejamento para o fornecimento de serviços básicos de saúde.

Há de se considerar que a demora no diagnóstico e início de tratamento é um agravante para esses pacientes. É necessário que mais estudos acerca da tuberculose sejam realizados, pois poderão evidenciar a realidade do serviço de saúde e baseado-se nas especificidades da população indígena como a alta incidência de doença, aumento da transmissibilidade, prevalência de grupos etários,

risco de formas graves e morte (SANTOS *et al.*, 2013) traçar um plano de assistência que garanta rapidez e eficiência nos serviços.

2.6. Desnutrição

Nossa pesquisa encontrou um número considerável de trabalhos acerca do estado nutricional dos indígenas no Brasil (16). Isso é importante visto que estudos de referências anteriores como o Estudo Nacional de Despesa Familiar, Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição, Pesquisa Nacional Sobre Demografia e Saúde, não levantaram dados sobre das populações indígenas, deixando uma grande brecha a ser analisada (SANTOS & COIMBRA, 2005). Os estudos vêm crescendo nas últimas décadas e com eles os números aparecem de forma heterogênea no Brasil, pois não incluem muitos povos, porém com conclusões importantes.

Orellana (2006) mencionou que $\frac{1}{4}$ das crianças Suruí de Rondônia, menores de dez anos, encontra-se com desnutrição. A BBC Brasil (British Broadcasting Corporation do Brasil) publicou em 2014 a realização de um levantamento da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) com base na Lei de Acesso à Informação, informando que desde 2008, 419 crianças indígenas de até 9 anos morreram no Brasil por desnutrição (BBC BRASIL, 2014). Refere-se ainda que isso represente 55% de todas as mortes por desnutrição infantil registradas no país no período, embora os índios sejam apenas 0,4% da população. A grande maioria dos estudos encontrados avaliou a questão da desnutrição de crianças, especialmente na faixa etária observada no artigo publicado na BBC Brasil.

Uma análise mais recente está descrita no I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas no Brasil que apresenta o que já vinha sendo estudado por muitos pesquisadores, a importância devida dos estudos acerca da desnutrição na saúde da criança indígena (LEITE, 2013). Ele teve extrema importância nacional, principalmente no panorama da saúde indígena, pois foi o

primeiro Inquérito Nacional a levantar dados impressionantes a avaliação do sistema de saúde.

O I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas no Brasil estudou 113 aldeias no Brasil, e realizou entrevista com 6.692 mulheres e 6.128 crianças. Obteve como resultado as deficientes condições de saneamento das aldeias, a prevalência de desnutrição, anemia, diarreia e infecções respiratórias, além de emergência de doenças crônicas não transmissíveis nas mulheres (COIMBRA JR, 2014).

No seu estudo baseado no Inquérito Nacional Horta (2013) faz uma análise dos casos de desnutrição das crianças indígenas brasileiras, e conclui que as taxas de prevalência estão associadas com variáveis socioeconômicas incluindo renda, bens de consumo, escolaridade e acesso a serviços de saneamento, entre outras variáveis. Esses resultados sugerem ainda a importância de fatores sociais, econômicos e ambientais a diferentes escalas (local, regional e nacional) para o estado nutricional dos povos indígenas. Barreto *et al.* (2014) destacam a desnutrição infantil como um indicador de desigualdade social. Saavedra e Câmara (2010) em sua pesquisa etnoepidemiológica com as crianças Mbyá-Guarani também concluíram pela interferência direta de fatores sociais, políticos e ambientais na saúde das crianças desnutridas. Em outro trabalho com os Guaranis no Rio Grande do Sul, Wilson (2005) cita que as crianças tinham desnutrição de causa multifatorial e origem crônica, principalmente as menores de cinco anos de idade.

Castro *et al.* (2010) considerou também o retardo estatural de crianças até os cinco anos de idade, que é quase duas vezes maior nos Kaingáng do Rio Grande do Sul em relação aos índices brasileiros. Leite *et al.* (2006, 2007) e Sampei *et al.* (2007) também apontaram para valores de estaturas abaixo dos valores de referência entre os Xavante do Mato Grosso, Wari de Rondonia e Kamayurá do Xingu.

No estudo com os Wari as curvas de estatura e peso apresentam médias inferiores às padronizadas e a estatura e o peso permanecem sempre abaixo da mediana da população durante toda a infância. O mesmo estudo apresentou taxas de 55% e 61,7% (em dois segmentos do estudo) de déficits de estatura entre

menores de cinco anos de idade. Também houve grande prevalência de baixo peso para a idade atingindo 45% e 51,7%, nos dois segmentos do estudo, onze vezes maior do que a registrada pela Pesquisa de Orçamentos Familiares. Comparando de modo geral as crianças Wari possuem um índice de 62,7% de baixa estatura para a idade, sendo seis vezes maior que a média registrada na Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde. Em outros estudos anteriores com a mesma comunidade esses dados já eram semelhantes, não observando mudanças (LEITE *et al.*, 2007). Não tão significativa, porém de igual importância para citação, nos Kaingáng de Guarita/RS, 34% das crianças apresentaram baixa estatura para a idade (MENEGOLLA, 2006).

Um inquérito realizado nos Suruí, em Rondônia, encontrou baixa estatura em 31,4% das crianças menores de cinco anos de idade e baixo peso em 12,4% delas (ORELLANA, 2006). Em seu levantamento acerca da saúde nutricional de Guarani no Estado de São Paulo, Barreto *et al.* (2014) encontraram dados preocupantes: 50,4% das crianças abaixo de cinco anos de idade apresentaram baixa estatura para idade; o déficit de estatura geral verificado foi 96% maior do que nas crianças indígenas brasileiras e 7,2 vezes do registrado nas crianças da população geral. Outro ponto observado foi que a anemia esteve presente em 65,2% das crianças, isso representa 3,1 mais do que o índice das crianças não indígenas.

Já no estudo citado acima com o povo Suruí de Rondônia, o índice de anemia conseguiu ultrapassar os 80%, atingindo 84% das crianças entre seis e 59 meses. Em outro estudo com os Karapotó de São Sebastião, estado do Alagoas, observou-se 57,6% de anemia em crianças, porém apesar do índice ser menor que outros estudos não é menos significativo. Nesse estudo a anemia esteve associada a menor idade da criança, menor tempo de estudo da mãe, maior número de membros na família, menor posse de itens de consumo e à moradia fora da aldeia (PEREIRA *et al.*, 2012).

Dados quanto a estatura/peso/idade também preocupantes foram os de Pantoja *et al.* (2014) que estudou crianças Yanomami. O estudo revelou que 80,5% delas apresentaram baixa estatura para a idade; 57,5% baixo peso para idade; 8,4% magreza e 5,5% sobrepeso.

Mondini *et al.* (2007) pesquisou as crianças Kamaiurá do Alto Xingu, encontrando um terço delas com distúrbio de crescimento. Mais da metade das crianças estudadas apresentaram quadro de anemia, sendo que 15% delas apresentaram anemia grave. Leite (2013) detectou taxas de prevalência de anemia em crianças indígenas de aproximadamente o dobro do relatado para crianças brasileiras não indígenas da mesma faixa etária, sendo a maior incidência na região norte. O autor informou que esse também é o caso da hepatite e outras doenças que vitima as populações indígenas.

A desnutrição crônica e progressiva foi encontrada em 38,5% das crianças estudadas por Saavedra e Câmara (2010), além de um índice de 26,9% de risco nutricional e 65,3% das crianças, avaliando idade/altura, apresentaram desnutrição ou risco nutricional. Nas crianças de até cinco anos a prevalência do risco nutricional foi quase que de forma abrangente a essa população. O estudo apresentou diminuição do índice do porte energético, deficiência de macronutrientes, com grande destaque para as proteínas, o que é fundamental para o crescimento dos indivíduos. Outro dado importante nesse estudo é que as mães não percebem o estado nutricional das crianças, descartam a possibilidade de ser problema com a alimentação. Esses dados estão atrelados a vários outros que destacam a emergência da situação da desnutrição nas últimas décadas.

Outro fator percebido em alguns estudos que envolveram desnutrição é o número de mães que não fazem o pré-natal conforme estabelecido pelo ministério da saúde, de no mínimo seis (BRASIL, 2005), como no estudo com os Guaranis Kaiowá de Caarapó/MS que evidenciou cerca de 80%, além das mães que nunca fizeram um pré-natal (19,7%) estarem acima da média da região centro-oeste (7%) e do Brasil (13,2%) (PÍCOLI *et al.*, 2006).

O I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas no Brasil analisou o cenário e impôs uma revisão crítica da política de saúde indígena com urgência, para atender de forma satisfatória a população indígena brasileira (COIMBRA JR, 2014).

Um trabalho desenvolvido com indígenas Xavante no Mato Grosso (LEITE *et al.*, 2006) mostrou que a ingestão inadequada de alimentos, tanto na quantidade quanto na qualidade era fator marcante para desenvolvimento de

subnutrição, diarreia, desidratação, anemia, além de ser responsável pelo aumento do índice de mortalidade infantil. Estudos apresentam índices de óbitos exacerbados por desnutrição na população Kaingáng do estado do Rio Grande do Sul após as terras serem arrendadas por colonos e os espaços para plantio ser reduzido (MENEGOLLA, 2006). Todos esses dados tem associação com as mudanças nos hábitos alimentares dessa população.

2.7. Mudanças alimentares

Grande parte dos estudos relatou a mudança de hábito alimentar a partir do contato com a urbanização, trazendo riscos para a saúde bucal e défices nutricionais. Muitos citam o fenômeno de “aculturação” para justificar a piora no estado nutricional nas últimas décadas (MOURA *et al.*, 2010).

Para entender o fenômeno de transição alimentar é necessária a percepção dos diferentes contextos quando estudamos populações indígenas. As questões alimentares estão atreladas diretamente a fatores religiosos, políticos, sociais, econômicos, fazendo parte das tradições e fundamentadas num histórico interpessoal de cada etnia e cada comunidade. Desde a percepção do que é alimento até o modo de preparo e consumo tem um porque acontecer (SAAVEDRA E CÂMARA, 2010).

No momento em que esse processo acontece os hábitos alimentares também são alterados: pouca terra para plantar, busca de trabalho para comprar alimentos; transformações religiosas, abstenção de certas comidas e bebidas e doação de comida industrializada; escolas nas aldeias, merenda escolar e alimentos contendo corantes, açúcares, etc. Dessa forma as ações dos não índios geram reações como no relato de uma mãe no estudo de Saavedra e Câmara (2010, p.28), que diz: *“Aí falta, a gente come sempre arroz... arroz é o que sempre tem mais, porque na doação vem mais arroz [...]”*.

A sobrevivência dessas populações era garantida devido à utilização dos recursos naturais da terra e dos rios. A caça e a pesca era o meio de se obter a fonte

rica de proteína, enquanto ainda existiam as plantações de frutas, grãos, leguminosas, raízes, tubérculos e coleta de mel e dentre outros. Milho, mandioca, banana, amendoim, cana, batata-doce, abacaxi, mamão, castanhas, e vários outros alimentos ricos nutricionalmente faziam parte do cardápio. Esses alimentos começaram a dar espaço aos industrializados que contém corantes, açúcares, temperos e conservantes dos mais diversos, além da farinha de trigo, óleo de cozinha e muitos mais (LEITE, 2006). Basicamente, o que podemos verificar em boa parte dos trabalhos que tratam do assunto é um quadro de mudança de hábitos que passou a redução da diversidade alimentar rica em nutrientes para um aumento do consumo de açúcares e gorduras, juntamente com a redução da ingestão de fibras e micronutrientes (CASTRO *et al.*, 2010).

Leite, Santos & Coimbra (2007) descrevem o quadro de depressão na qualidade de vida dos Wari. Anteriormente estes viviam mudando-se para regiões com variedade de fontes naturais alimentares, há algumas décadas foram incentivados a ficar próximo aos postos da FUNAI e pontos de missões religiosas, o que teve reflexos nas condições sanitárias e na ecologia alimentar do grupo.

A redução da mobilidade geográfica resulta na constante contaminação ambiental, com reflexos nos perfis de morbimortalidade. Ademais, o espaço se torna reduzido para plantação, diminuindo a produtividade agrícola, assim como a caça e a pesca se tornam escassas. Outros fatores como a abertura de estradas e expansão da agricultura também tornaram a terra e as águas mais tóxicas, agravando esse quadro (MENOGOLLA *et al.*, 2006).

O trabalho da roça passou a ser secundário, sendo visado o trabalho remunerado nas cidades, não apenas pelo pensamento capitalista, e sim pela falta de opção. Ainda que o artesanato seja fonte de renda, o trabalho assalariado apresenta opção mais viável para muitos indígenas (MOURA *et al.*, 2010; LONGHI & CARAMORI, 2010).

Muitos estudos com os Kaingang do Sul do Brasil, os Maxakali de Minas Gerais, Xavante do Mato Grosso, enfatizam a coexistência de diferentes formas de má alimentação, sendo que a desnutrição e a obesidade na população indígena atingem níveis preocupantes (CASTRO *et al.*, 2010). Gugelmin & Santos (2006) e

Leite *et al.* (2006) apontam as questões ecológicas e socioeconômicas que cercam a sustentabilidade alimentar.

2.8. Obesidade

Como relatado anteriormente, o sobrepeso e a obesidade também são fatores importantes na análise acerca do estado nutricional. Esta é uma doença de abrangência mundial, considerada crônica decorrente de fatores: genéticos, ambientais, sociais, econômicos, nutricionais, metabólicos, psicológicos, endócrinos, dentre outros, sempre associada ao aparecimento de doenças crônicas, como diabetes, dislipidemias, hipertensão, doenças cardiovasculares e outras (LONGHI & CARAMORI, 2010).

Muitos estudos vêm sendo direcionados a respeito da obesidade em adultos. Utilizando o mesmo método dos estudos de Saavedra e Câmara (2010), de análise do IMC (índice de massa corpórea), o qual geralmente é utilizado para identificar estado nutricional, na pesquisa com os Xukuru-Kariri de Minas Gerais os autores concluíram que 32,8% da população estudada, apresentou excesso de peso (SIMÕES *et al.* 2013). Castro *et al.* (2012) estudou adolescentes indígenas Kaingángs e observou prevalências expressivas de obesidade abdominal (8,9%) de acordo com IMC. O estudo de Gugelmin & Santos (2006) com os Xavantes do Mato Grosso concluiu por 78% de sobrepeso.

No trabalho com os Kaingáng de Muliterno/RS os autores apontaram que 40% dos pesquisados eram obesos, 38% estavam com sobrepeso e apenas 22% com o peso normal (LONGHI & CARAMORI, 2010).

Nos trabalhos de Lourenço (2006) e Gimeno *et al.* (2007), pesquisou-se a adiposidade central em povos indígenas, encontrando respectivamente 23,2% nos Suruí de Rondônia utilizando Tanita (analisador de percentual de gordura corporal - %GC), e 52% nos Akuak utilizando as medidas de circunferência da cintura (CC). No estudo de Simões quando utilizado o método de CC o percentual foi de 21. No

trabalho com os Suruí, o percentual de sobrepeso e obesidade foi consideravelmente alto, atingindo 60,5% nos adultos.

Outros métodos foram utilizados nas publicações pesquisadas para verificação de estado nutricional, como circunferência da cintura (CC), relação cintura-quadril, braquial e medidas de dobras cutâneas. Sabe-se que os diferentes métodos para obtenção de dados precisos acerca da saúde nutricional devem ser analisados com cuidado obedecendo aos padrões populacionais, porém não foi objetivo desse estudo debater os métodos e sim expor os resultados e conclusões dos autores.

Leite *et al.* (2006) declaram ser alarmante a prevalência de sobrepeso nos indígenas de São José/MT, associando o problema a mudança dos hábitos alimentares. Durante o seu estudo presenciou os indígenas levando alimentos para as suas residências sendo estes: arroz polido, açúcar, biscoitos, refrigerantes e balas. Ademais ainda existem as novas atividades remuneradas que desqualificam a atividade física que hora era empregada nas tradições indígenas, deixando-os sedentários e propenço a problemas de saúde associado. Castro *et al.* (2010) conclui por grandes desigualdades nutricionais da população indígena frente a não indígena, alertando para o retardo da estatura na infância e excesso de peso após a infância.

Com outra comunidade indígena Xukuru-Kariri, localizada no estado de Alagoas, porém, afastada do meio urbano, realizou-se estudo onde não foi significativa a presença de desvios nutricionais, sendo a causa atribuída pelo autor a não aquisição de novos hábitos alimentares (ALMEIDA *et al.*, 2005).

Alguns estudos como o de Leite (2006) sugerem que crianças desnutridas podem, em longo prazo, se tornarem adultos obesos. A experiência com os Xavantes do Mato Grosso revela que um terço das crianças até cinco anos de idade sofrem de desnutrição protéico-energética enquanto um quarto dos adultos é obeso:

Os mecanismos envolvidos nessa interação não são bem conhecidos, mas possivelmente envolvem menor gasto energético, maior suscetibilidade aos efeitos de dietas com alto teor de gorduras, menor oxidação de gorduras e prejuízo na regulação da ingestão alimentar associados à desnutrição, favorecendo a médio e longo prazo o desenvolvimento de sobrepeso e obesidade” (LEITE, 2006, p.274).

Sobre índices de obesidade, hipertensão arterial, hipertriglicemia, diabetes, muitos estudos foram encontrados em nossa pesquisa, preocupando pela exposição dessa população a doenças cardiovasculares. A grande maioria concluindo por deterioração dos indicadores de saúde para os povos indígenas. (ROCHA *et al.*, 2011; OLIVEIRA *et al.*, 2012; MAZZUCCHETTI, 2014). Mesmo não sendo uma emergência no Brasil, a obesidade, diabetes e doenças cardiovasculares já apresentam níveis consideráveis de preocupação em vários estudos encontrados (LEITE *et al.*, 2006).

2.9. Doenças metabólicas

As doenças metabólicas também ganharam espaço em nossa pesquisa. Os estudos com os Khisêdjê do Parque Indígena do Xingu revelaram índices maiores de síndrome metabólica do que a população brasileira, chegando a 27,8% (SANTOS, 2012). O autor cita trabalhos de Picon (2006) e Snodgrass (2010) (apud SANTOS, 2012), que levantam dados mundiais de prevalências de doenças metabólicas entre indígenas no mundo variando de 10%, em indígenas da Sibéria, a 33%, em australianos. Castro *et al.* (2010) estudaram os Kaingángs do Rio Grande do Sul e concluíram que entre a população adulta, 45,3% apresentava risco aumentado para doenças metabólicas.

Alguns estudos brasileiros evidenciam um quadro alarmante, chegando a até 65,3% de prevalência de doença metabólica entre os Kaingáng, por exemplo, (ROCHA *et al.*, 2011). Os autores investigaram as causas para esse índice exorbitante e assinalaram a “perda”⁴ de padrões de alimentação, das tradições e o pouco aproveitamento dos alimentos próprios da terra e dos rios, além do aumento da utilização de alimentos industrializados, sendo consumido de forma contínua pelos participantes do estudo. Oliveira *et al.* (2012) fez um levantamento sobre a

⁴ O termo perda nesse contexto, geralmente vem seguido do termo “aculturação” e aparece inúmeras vezes na nossa pesquisa referindo a causa da grande maioria dos agravamentos em saúde (MOURA *et al.*, 2010; MELO, 2011; SAAVEDRA & CAMARA, 2011; OLIVEIRA *et al.*, 2012; MAZZUCCHETTI, 2014). Este ponto será discutido em outro capítulo.

presença de diabetes e obesidade no ano de 2008 em uma comunidade indígena no Mato Grosso do Sul e relatou um índice de obesidade superior ao da população brasileira, principalmente em mulheres, com aumento de IMC, sugerindo ser devido a assimilação aos novos hábitos ocidentais e a “*perda da cultura*”.

De modo geral os trabalhos citam que a grande responsável pelos altos índices de síndrome metabólica, são as mudanças socioculturais ocasionadas pelo contato com os não índios, como visto anteriormente. É notório que as desordens alimentares são os principais problemas de ordem nutricional nas populações indígenas, estando relacionadas ainda com a obesidade e os problemas metabólicos.

2.10. Saúde bucal

Além das mudanças nutricionais causarem desordens alimentares, ainda há de se considerar as alterações decorrente delas no que tange a saúde bucal. No nosso estudo foram encontrados cinco artigos que tratavam dados epidemiológicos sobre a saúde bucal. Todos os trabalhos apresentaram a cárie como o principal problema.

O estudo de Filho *et al.* (2013), faz um levantamento sobre a saúde bucal no Brasil nos anos de 2000 a 2007, utilizando-se do Sistema de Informação de Saneamento em Áreas Indígenas (SISABI), que sugere que os índices de cárie dentária estão diretamente associados as desigualdades socioambientais. O estudo conclui que os lugares mais precários são as comunidades localizadas na Amazônia Legal que não possuem energia elétrica e com maior dificuldade para estruturação dos serviços de saúde. A presença de escolas na comunidade também aparece correlacionada como o aumento do índice, sendo sugerida a presença da merenda escolar como agravante para cárie.

No levantamento de Moura, Batista & Moreira (2010) o contato com a civilização ocidentalizada aumenta a probabilidade de desenvolvimento de cárie por parte dos povos indígenas, comparado com os que se encontram afastados e que

não adotaram os hábitos de vida dos “brancos”. Oliveira (2006), ao investigar os Guarani-Mbyá de São Paulo, colheu relatos em que os indígenas são claros ao responder que os avós não tinham dores de dente e que hoje as crianças já têm.

Alguns estudos relatam grande aumento de perda dentária para essa população causada pela dificuldade de acesso e assistência descontinuada, pois, em muitas comunidades poucas vezes no ano os serviços de saúde conseguem chegar. Um levantamento de Nascimento & Escobar (2008) realizado com indígenas Wai-Wai do Pará, mostrou que a alimentação cariogênica, a falta de instrução quanto a higiene e a dificuldade de acesso ao serviço de saúde bucal é fator determinante para o auto índice de cárie naquela população, o mesmo ocorreu com um estudo com os Xavante (ARANTES *et al.*, 2010). Um estudo de Santos *et al.* (2008) na reserva Xakriabá, averiguou que 60% dos mais de 3 mil indígenas estudados tem necessidade de tratamento dentário e pouco acesso ao mesmo. Todos os estudos concluem por necessidade dos serviços de saúde estarem presentes e operantes nas aldeias e polos base

2.11. Condições de saneamento

Como já destacamos anteriormente, inúmeros trabalhos mostram a realidade da população indígena quando às condições de saneamento básico, a grande parte deles voltadas para uma visão etnocêntrica onde o modelo biomédico é exaltado. Dentre eles alguns referentes aos Suruí de Rondônia (SANTOS *et al.*, 1998; BASTA PC *et al.*, 2006; ORELLANA *et al.*, 2006) citam as péssimas condições de saneamento e habitação. No Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição Indígena foram levantadas as condições de 113 aldeias em todo o Brasil. Os resultados foram apelativos:

Somente 19% dos domicílios indígenas em todo o país dispõem de banheiro dentro de casa; 30,6% dos respondentes indicaram defecar fora de casa, no “mato”; e 50% das latrinas estão localizadas fora de casa. Na Região Norte, apenas 0,6% dos domicílios indígenas possuía instalação sanitária dentro de casa! Independentemente do tipo e/ou localização do sanitário ou latrina (se dentro ou fora de casa), em cerca de 63% dos domicílios indígenas no país os dejetos são coletados em fossas rudimentares, sendo que este

porcentual chega a 91% dos domicílios na Região Norte [...] (COIMBRA JR, 2014, p 856).

É visível que as estruturas sanitárias nas aldeias indígenas brasileiras não apresentam condições para manutenção da saúde. Sabemos que o saneamento, é uma importante forma de prevenir doenças, em meio às atividades de saúde pública. A Organização Mundial de Saúde define este sendo o controle dos fatores de meio físico do indivíduo que exercem efeito danoso sobre o seu bem-estar físico, mental ou social (GUIMARÃES *et al.*, 2007), portanto a melhora nas condições de saneamento tem como objetivo a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida. A falta de saneamento tem como consequência inúmeras doenças, que são visíveis quando nos deparamos com baixa disponibilidade de água potável, fornecimento com qualidade indevida, a inadequada disposição de dejetos e destino dos resíduos. Os investimentos em saneamento promovem a redução da morbidade infantil por inúmeras doenças como diarreia, parasitoses intestinais, desnutrição, doenças oculares e de pele, entre inúmeras outras (PENA & HELLER, 2008).

Muitos estudos analisados neste trabalho mostram que a moradia inadequada, falta de água potável e de saneamento básico é um grande determinante de retardo de crescimento, aumentando o risco de infecções, geralmente as respiratórias e diarreia, estando a tal ponto de aumentar o número de internações hospitalares e morte. Coimbra Jr (2007) diz que a diarreia destaca-se dentre as causas de adoecimento e morte entre as crianças indígena, seguida pela pneumonia, correspondendo cerca de 60 a 80% das causas de internação (segundo seus vários estudos). Estudos entre os Suruí, Rondônia (ORELLANA *et al.*, 2007), Guarani Kaiowá, Mato Grosso do Sul (PÍCOLI *et al.*, 2006); Terena, Mato Grosso do Sul (RIBAS *et al.*, 2001) e muitos outros certificam essa teoria como descrito anteriormente.

Com os índios Kaingáng da TI (Terra Indígena) Guarita/RS, o levantamento das condições de vida, obtivera resultados de desfavorecimento dessa população, onde as famílias vivem em precárias condições. Nos relatos colhidos constatou-se que 66,5% consumia água diretamente de poços ou rios e 89,6% depositavam dejetos no quintal ou mata (MENEGOLLA *et al.*, 2006).

Pena e Heller (2008) averiguaram as condições de saneamento dos Xakriabá de Minas Gerais e observaram desigualdades presentes. A rede de abastecimento de água nessa Terra Indígena era 40,8 pontos percentuais inferiores à proporção de domicílios da região Sudeste e insuficiente para as comunidades. Apenas 50,5% da população era abastecida por rede e desta, somente 3,9% tinham água clorada. Ademais, quase 80% das análises da água nesse estudo, apresentaram coliformes totais e *Escherichia coli*. A água dos poços mostrou-se imprópria em 83,3% das amostras recolhidas. O mesmo estudo conclui que os serviços sanitários nessa terra indígena não estão conseguindo universalizar o destino final adequado aos dejetos por meio de módulos sanitários.

Giatti *et al.* (2007) fizeram um levantamento das condições sanitárias e socioambientais em Iauaretê, em São Gabriel da Cachoeira, no Amazonas, e descobriram que 89,2% das amostras de água apresentaram coliformes fecais, e quanto aos resíduos sólidos não encontrou nenhuma solução sanitariamente correta. Os estudos associados ao de Giatti *et al.* (2007), descrevem que as comunidades indígenas em sua maioria não apresentavam sistema de coleta de resíduos, sendo que os moradores davam destinação precária para ao material gerado, realizando a queima, o enterramento, o acúmulo sobre o solo e despejo nos rios e igarapés. Sabe-se que esses resíduos trazem danos a saúde devido à contaminação de terra e água, além dos gases tóxicos poluentes. O mesmo ocorre com a grande parte dos Xakriabá que residem em casas que possuem chão de terra batida e cobertura de palha, o que provoca poeira no ambiente doméstico e prejuízo a saúde, além de impossibilidade de higiene adequada do piso, retendo foco para doenças feco-orais (PENA & HELLER, 2008).

O método de estudo pela observação participante de Giatti *et al.* (2007) observou o contato com a água de consumo, que é armazenada em recipientes abertos e colhida por canecas imersas, estando essa água em contato permanente com as mãos e propensa facilmente a contaminação. No estudo com os Kamaiurá do Alto Xingu, foi observada a falta de cuidado e higiene com a alimentação das crianças, que constantemente era realizado por irmãs mais novas no chão dos quintais e das casas (MONDINI, 2007). No estudo com os Xakriabá observou-se que os cuidadores banham as crianças entre o meio-dia e às 14 horas, momento em que

o sol está alto e após o banho, as crianças sujam-se novamente e não se banham mais até o outro dia (PENA & HELLER, 2008).

As condições de saneamento são muito significativas no desenvolvimento de doenças graves entre os indígenas no Brasil. No caso da desnutrição observa-se no estudo de Menegolla (2006) que as crianças apresentavam desnutrição em maior índice após o primeiro ano de idade, justificando que após essa idade as crianças têm maior contato com o meio ambiente e quando começam a caminhar e explorar o ambiente ficam expostas a presença de parasitoses e propensas a desenvolverem infecções.

É importante ressaltar que juntamente com a falta de serviços essenciais oferecidos aos povos indígenas como água tratada, instalações sanitárias, serviços de esgotos e coleta de resíduos sólidos, outros fatores como os relacionados ao ambiente, aos valores, aos costumes e práticas, fazem parte um quadro de risco.

Há de se lembrar de que vários aspectos são relevantes na problemática do saneamento, trazendo referência do estudo de Giatti (2007) quando se refere:

[...] se por um lado são necessárias abordagens adequadas para a gestão de recursos hídricos e medidas de saneamento básico para a Amazônia, por outro lado, a sua implementação e a efetiva melhoria da saúde pública requerem um estudo de cenários complexos, compostos de aspectos ambientais e socioculturais, também sendo necessária a promoção do envolvimento participativo das sociedades, com metodologias continuadas que considerem as particularidades locais (GIATTI, 2007, P.142)

Algumas práticas de autocuidado estão sendo inseridas, auxiliando na manutenção da saúde como lavar as mãos antes da alimentação realizada nas escolas no caso dos estudantes. Porém, as práticas devem ser entendidas pelas comunidades indígenas, devem ter significado expressivo para serem aceitas dentro de sua cultura (GARNELO & WRIGHT, 2001).

Nota-se que a dificuldade de acesso ao saneamento básico e a carência dos serviços em saúde torna essa população exposta a riscos, revelando o abandono em que se encontram (LANGDON, 2004). Os estudos, em grande parte, concluem pelo reconhecimento dos esforços dos órgãos responsáveis pela atenção sanitária, porém que eles têm sido insuficientes para cobrir os povos indígenas e sanar as desigualdades existentes.

Como citado anteriormente, ressalto que as perspectivas teóricas de grande parte dos autores que publicaram a respeito foram baseadas no modelo ocidental, ou seja, numa ótica etnocentrista onde o modelo biomédico é ressaltado numa perspectiva evolucionista.

2.12. Saúde mental

Um dado importante a ser considerado são os trabalhos referentes a uso de bebidas alcoólicas e suicídio, pois segundo Ferreira *et al.* (2011), as causas externas de morte cresceram nos últimos anos, estando associadas a esses fatores em vários povos indígenas. O suicídio entre os indígenas do estado do Mato Grosso do Sul esteve presente com grande índice, sendo atribuída por alguns estudiosos pela perda dos territórios, os conflitos sociopolíticos e a descaracterização cultural. Estudos expõem as taxas de suicídio sendo cerca de 40 vezes mais que o da população brasileira entre os Kaiowá e chegando a 1.922 por 100 mil habitantes entre os Suruwahá do Amazonas.

O estudo de Souza & Orellana (2012) analisou o perfil de suicídio entre a população do estado do Amazonas do ano de 2006 a 2010 e encontrou 4,4 vezes mais suicídios entre os indígenas do que entre os não índios, predominando homens, solteiros, jovens, com 4 a 11 anos de escolaridade, em domicílio, por enforcamento. Esses dados não são exclusivos do Amazonas ou Mato Grosso do Sul, existem trabalhos atestando índices elevados também no estado de Roraima e em outros países como Canadá, EUA, Austrália e Noruega. Os autores referem-se à invisibilidade desses dados pelos sistemas oficiais, lançando-os fora do alvo preventivo em saúde. Mesmo que se explique esse aumento devido a melhoria da captação de dados pelos sistemas atuais de registro, ainda assim não é provável que esse seja o único responsável, sugerindo o agravamento dos casos nos últimos anos.

No caso dos Kaiowá, a causa se estende devido a problemas com a falta de terras, pois estas, na região de Dourados/MS estão reduzidas, ademais o

processo de urbanização das aldeias tornou esse povo refém de um confinamento, sem espaço para desenvolver suas práticas e obter o sustento da terra (BRAND & VIETTA, 2001; GRUBITS *et al.*, 2011).

Souza & Orellana (2012) em outro estudo apontam também como causa do suicídio as expectativas dos jovens quanto ao futuro serem frustradas pelas atuais condições de desigualdade social existente, estando associado a esse fator também o envolvimento com o álcool que é notório nessa fase da vida dos jovens indígenas estudados.

Outras causas foram estudadas para explicar o suicídio entre os indígenas, como um estudo realizado em São Gabriel da Cachoeira/AM que considera três aspectos para explicar as causas de suicídio. O primeiro diz respeito aos atributos do mundo individual, quando os jovens começam a disputar a preferência das jovens indígenas, sentindo-se incapazes de concorrer com os não indígenas, envolvendo-se com o álcool e tendo coragem para cometer suicídio. O segundo atributo diz respeito ao mundo social, onde há dificuldade de adaptar-se a urbanização e acreditam ainda na possibilidade de ser vítima de ações xamânicas por inveja. Por fim, o autor relata o atributo do mundo sobrenatural, onde há várias hipóteses, como de pessoas mortas que vem buscar outras são aceitos (PEREIRA, 2013).

O álcool como já citado, acaba sendo um meio de enfrentar as situações de conflito. O aumento do consumo, que a princípio foi induzido pelos colonizadores como forma de domínio, hoje causa dependência e morte entre esses povos (GUIMARÃES, 2007). Melo *et al.* (2011) em seu estudos com os indígenas Potiguara, relatou sérios problemas causados pelo uso do álcool tais como: brigas/agressividade, problemas com o trabalho, acidentes automobilísticos, morte, inchaço, problemas no fígado, fraqueza, além de problemas familiares e psicológicos.

Além das questões socioculturais muitas coisas levam ao uso prematuro e abusivo do álcool. Há os novos modelos de vida implantados pela urbanização, a necessidade de se trabalhar em atividades na “cidade”, novas influências, problemas financeiros/econômicos, assim como outras problemáticas, como a gravidez na adolescência e as doenças sexuais. Motivos vinculados à diversão e ao lazer,

atribuindo-se suas causas à ociosidade, ao incentivo social e ao processo de colonização dessa população.

Em outro trabalho com os Potiguaras, os autores levantaram motivos advindos da cultura indígena, como o hábito de consumo de bebidas alcoólicas nas festas que ocorrem na aldeia: *“Porque eles usam muito o álcool nas festas... e quando tem o toré (dança), quando tem as festas desde cedo, eu acho que com mais ou menos 12\13 anos bebem...”* (MACIEL, OLIVEIRA & MELO, 2012, p.105).

Porém, há de se considerar que entre as populações indígenas o uso de bebidas contendo álcool esteve relacionado à relações de interação social, práticas espirituais, e certos rituais e festas, sem considerar risco social (DIAS, 2013). Silva (2014) identificou em sua pesquisa com os Yawaripè que eles percebem duas formas de utilização da bebida, a forma “normal” e a forma “anormal”. A primeira seria um aspecto positivo do uso da bebida, como um relaxante; já a segunda se manifestaria em brigas, discussões e agressões.

[...] Eu falo pra eles: ‘meu filho, não toma cachaça, trabalha, cuida da sua mulher, cuida dos seus filhos... toma direitinho, só pra conversar, tranquilo pra dormir’ [...] Outros filhos bebem só sábado, domingo, deita na rede, dorme. Mamãe fica feliz... Filho não briga, vai dormir. Eu falo assim (Mulher, 51 anos) [..]gosto não... brigar muito. Eu falo pra eles: ‘não briga, toma direito cachaça fica bom, não briga... assim mamãe gosta’. Não pode pra brigar, eu gosto. Agora... briga, não gosto não. Brigar, pega faca, fura outro, não gosto não (Mulher, 51 anos) (SILVA, 2014, p.72).

Em uma entrevista para sua coletânea Clarice Cohn e Camila Beltrame colheram um depoimento da indígena Ngrenhdjam Xikrin, estudante da Aldeia Pukajakà, em Altamira onde exalta o problema do uso de bebida alcoólicas em sua aldeia:

Uma coisa que é muito importante falar, mas muito complicada, é o alcoolismo. Está muito difícil. Na verdade o alcoolismo sempre existiu, mas não era tanto como hoje, hoje está demais. Primeiro porque o pessoal está vindo muito da aldeia para ficar na cidade e começa a beber, às vezes até de dia tem índio bêbado aqui. E é muito complicado, e eu acho muito triste meu povo estar nesta situação. É isso, um fim sem fim, porque sempre vai surgir mais alguma coisa para conta (OLIVEIRA E COHN, 2014, p.325).

Apesar de os estudos coletados fazerem parte de uma minoria recente acerca das taxas de suicídios e índices de uso de álcool entre a população indígena, entendemos que o suicídio e o uso de bebidas nesse contexto é um grave problema de saúde pública que deve ser melhor registrado, ampliado e divulgado, buscando meios de se tornar visível e real para que o sistema de saúde o alcance.

2.13. Outros achados

Dois trabalhos tendo hepatite como assunto foram encontrados. Um deles fazia referência a alta prevalência do DNA-VHB (vírus da hepatite B) no Vale do Javari, destacando que se deve traçar estratégias de controle e prevenção mais eficazes no combate ao vírus (COSTA & KIMURA, 2012). O outro estudo é mais antigo, foi desenvolvido, entre outubro de 2003 e março de 2005, nas aldeias Apyterewa e Xingu, entretanto obteve a mesma conclusão, sugerindo medidas profiláticas regulares contra o vírus da hepatite B e D para a prevenção das infecções, assim como implantação de medidas de vigilância epidemiológica efetivas (NUNES *et al.*, 2007).

Sobre a saúde da mulher foram encontradas três publicações. Uma delas levantou a existência de câncer de mama em indígenas Kaingáng. São poucos os trabalhos sobre o assunto devido a baixa incidência por fatores protetores como a primeira gestação acontecer de forma precoce, multiparidade e amamentação, além de pouca ingestão hormonal, por exemplo. As mulheres dessa etnia, da TI Faxinal, Paraná, apresentam fatores favoráveis ao não aparecimento de câncer de mama, não sendo encontrado nenhum caso na população estudada (SILVA *et al.*, 2009).

Em relação ao câncer de colo de útero (CCU) um estudo com as mulheres indígenas de Roraima chama a atenção para a alta prevalência de lesões cervicais pré-malignas e malignas em indígenas que vivem em locais de difícil acesso, da etnia Yanomami. No trabalho de Fonseca *et al* (2014) foram avaliadas 2.701 indígenas de dois DSEI (Leste e Yanomami) segundo dados colhidos de 2004 a 2012. Foi verificado que nas indígenas Yanomami, houve maior prevalência da situação nunca antes rastreada (77,9%) e de citologia sugestiva de câncer (2,0%), sendo que no DSEI Leste os números foram 55% e 0,8%, respectivamente. Alguns fatores que explicam essa alta incidência foram evidenciados no estudo como o início da vida sexual por volta dos 12 anos de idade, primeiro parto em idade precoce (por volta dos 16 anos de idade), período intergenésico curto, multiparidade (média de oito filhos) e multiplicidade de parceiros sexuais, além do fato de as Yanomamis passarem aproximadamente 90% do tempo gestantes e/ou amamentando. No estudo de Silva, Diaz & Silva (2015) as autoras verificaram a

escassez de estudos referentes à saúde dos povos indígenas, principalmente tratando-se da saúde da mulher.

Ademais as condições de difícil acesso aos serviços de saúde (Floresta Amazônica) e dificuldade de entendimento e aceitação dos tratamentos, além da baixa cobertura dos programas de prevenção do câncer no colo do útero nessas localidades são fatores sugestivos para desenvolvimento de patologias (FONSECA et al, 2014). Entretanto, para Arcoverde (2014) as barreiras geográficas não foram consideradas empecilho para a realização do exame para detecção do CCU, porém ela conclui que *“apesar da população indígena em Roraima corresponder a 15% do total do estado e também ser a maior população jovem do Brasil, estes não são atendidos em programas de rastreamento específicos”* (2014, p.08), deixando evidente novamente a necessidade de modificações e adequação dos programas e de melhores registros da população indígena.

Em outro estudo acerca do perfil de saúde das mulheres indígenas do Ambulatório do Índio do Hospital São Paulo, realizado de 2010 a 2013, observou-se que as mulheres indígenas estão expostas às doenças sexualmente transmissíveis, câncer do colo do útero, início precoce da vida sexual e pouco acesso à informação e prevenção (PEREIRA et al., 2014).

Apesar de a malária ser endêmica e preocupante entre os indígenas, principalmente os da região Amazônica, encontramos apenas uma publicação sobre as ações de controle da malária que levantou alguns dados epidemiológicos. No município de São Gabriel da Cachoeira foi apresentado alto risco para transmissão de malária, chegando a um IPA (índice parasitário anual) de 274,9 casos/mil habitantes. O IPA acompanhou a tendência dos números de casos apresentando crescente aumento ao longo dos anos, com exceção no ano de 2006. Apesar do aumento do IPA, houve redução de infecções, internações e óbitos por malária, sugerindo efetividade das ações de controle (RODRIGUES & NETO, 2011).

Outros estudos epidemiológicos foram encontrados e são importantes para observação, apesar de não ser urgentes no atual contexto de saúde, referente a doenças como a hipoacusia em crianças indígenas Kaiowá e Guarani (PÍCOLI et al., 2006); ao transtorno de atenção e hiperatividade nas crianças Karajás na Ilha do Bananal da Amazônia que foi diagnosticado em 24,5% das crianças que os pais

previamente haviam relatados queixas aos profissionais (AZÊVEDO *et al.*, 2010); ao trabalho de Sá e Bruno (2012) acerca da acuidade visual dos Guarani Kaiowá, que com relação aos padrões nacionais, obteve percentual menor de erro de refração; ao levantamento de hanseníase de Imbiriba *et al.* (2009) que sugere que a hanseníase representa um problema de saúde pública, apesar do sucesso de alguns programas de saúde, para os indígenas no Amazonas.

Os problemas de saúde dos povos indígenas preocupam há décadas e os esforços para saná-los são constantes. No próximo capítulo falaremos sobre os aspectos da gestão e dos sistemas de saúde que envolvem as políticas nacionais e propõem iniciativas para que haja a redução desses índices epidemiológicos.

3. OS SERVIÇOS DE SAÚDE E A GESTÃO PARA CUMPRIMENTO DA PNASPI

Em nosso estudo, buscando uma forma estruturada para a apresentação do trabalho, inicialmente pensou-se em falar da PNASPI separadamente da gestão e dos serviços de saúde. Contudo, no decorrer da elaboração do trabalho, revelou-se a necessidade de contextualizá-la dentro da temática de serviços de saúde e gestão, sendo ela a base para essa organização.

Como já referido na introdução deste trabalho, logo após a Constituição Federal de 1988 e a criação do SUS a saúde indígena passou a gestão e responsabilidade do Ministério da Saúde, havendo a criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) como base operacional para a política de atenção à saúde das populações indígenas no âmbito do SUS, sob a coordenação da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) (MAGGI, 2014). Foram criadas também as CASAI (Casa de Saúde do Índio) para realização de serviços de apoio aos pacientes encaminhados à rede do Sistema Único de Saúde. Ela precisa estar em condições de receber, alojar e alimentar pacientes encaminhados e acompanhantes, além de contar com uma equipe multidisciplinar de saúde para atendimento ambulatorial.

Devido aos permanentes conflitos com as comunidades indígenas e prestadores de serviços, a FUNASA sofreu processo de descaracterização técnica, fazendo com que o Ministério da Saúde criasse a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) no ano de 2010, permitindo por meio de licitações que os DSEI fossem geridos por organizações sociais. Essa passagem do poder político sobre a gestão da saúde para as organizações, juntamente com a amplificação da participação social foi visto por algumas associações e indígenas, como a garantia da “autonomia”, o que será discutido posteriormente.

Das publicações a respeito dos serviços de saúde indígena, sua organização e gestão foram encontradas 23 artigos. A grande maioria falando dos desafios enfrentados nos serviços de saúde, em sua estruturação, organização e gestão, para atingir um modelo com base na atenção diferenciada. Boa parte também fazia referência ao Agente Indígena de Saúde (AIS) e sua capacitação.

Desde que a FUNASA assumiu em 1999 a responsabilidade pela atenção a saúde indígena no Brasil com a criação dos DSEI as tentativas para formar uma

equipe diferenciada em saúde com a presença de Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e profissionais capazes de prestar atendimento diferenciado estão sendo aprimoradas. A proposta é consistente, porém a implementação do modelo enfrenta sérias dificuldades (ORELLANA, 2007).

Muitos estudos apresentam a mudança após o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI) e a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) como positivas, pois houve aumento da participação dos povos indígenas na formulação, implantação e avaliação das ações e serviços de saúde, além do aumento dos profissionais da EMSI (Equipes Multidisciplinares de Saúde do Índio). Porém, o investimento, a qualidade e a cobertura do serviço apresentam limitações devido ao comprometimento em vários aspectos como a rotatividade de profissionais, capacitação, dificuldades na logística e operacionais.

Garnelo (2003) cita os problemas na implantação do Subsistema pelos municípios como a baixa capacidade resolutive, a morosidade e a insuficiência de estrutura das Secretarias, o que é contemplado em outros trabalhos. Chaves *et al.* (2006) estudaram os Guarani do Município de Angra dos Reis, onde observaram que não houve problemas semelhantes, devido a estrutura já estar funcionando antes mesmo da implantação do Subsistema. Porém, assim como em vários outros trabalhos, sentiu-se a necessidade de uma definição mais clara acerca das responsabilidades de cada envolvido nesses novos moldes.

Inicialmente a FUNASA não providenciou mecanismos que regulassem a aplicação dos recursos tampouco acompanhou as ações executadas, fazendo com que os municípios tivessem problemas quanto a utilização dos recursos e uma execução de ações não satisfatória, comprometendo as relações entre as duas instituições (CHAVES *et al.*, 2006).

Outro problema apresentado pela falta de relacionamento interinstitucionais foi que, com a transição das competências, foram perdidos relatórios e informações, havendo uma quebra na alimentação dos bancos de dados nacionais. Como já citado anteriormente, muitos trabalhos relatam problemas no abastecimento dos dados do SIASI, com falha nas relações interinstitucionais, onde dados deixaram de ser inseridos e muitos relatórios não foram encaminhados na época de transição organizacional (CHAVES *et al.*, 2006).

O modelo distrital, apesar de apresentar evolução, ainda está devendo em muitos aspectos. Tanto no modelo assistencial, como no organizacional efetivo, pois está marcado por conflitos, falta de integração entre instâncias institucionais para operacionalização; fraca cobertura nas TI; falta de infraestrutura física e de recursos humanos para a formação, articuladas com complexo médico-hospitalar da rede assistencial do SUS (CARDOSO, 2014). Outras publicações foram encontradas acerca da estrutura organizacional dos serviços de saúde, como o de Vargas et al (2010) que descreve a organização dos DSEI e a estrutura do modelo de atenção, identificando as funções de cada uma e como a gestão é realizada.

Há ainda que refletir sobre a noção da “autonomia”. Araújo (2014) descreve que para a SESAI, ela é fundamentalmente “gestora”, sendo um dos problemas para a própria administração do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. O fato de possuir o caráter centralizador da gestão e os requerimentos técnico-funcionais para o reconhecimento dos DSEI como *“unidades gestoras dificultam sobremaneira o processo, gerando dúvidas sobre a “autonomia” dos DSEIs para a realização das suas atribuições institucionais na consecução da Política Nacional de Saúde Indígena”* (ARAÚJO, 2014, p.863). Alguns critérios para contratação de prestação de serviços pelas associações e organizações indígenas foram alterados, mantendo apenas três conveniadas operando atualmente.

Mesmo que a propensão de assumir total controle gestor e político do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena seja almejada, permanece a necessidade da terceirização das ações em saúde pelas dificuldades encontradas (legais e administrativas) na contratação de profissionais da saúde, por meio de concurso para atuarem na saúde indígena, que ainda precisam ficar a cargo dessas instituições (CHAVES *et al.*, 2006).

Para os gestores promover esta “atenção diferenciada” além de causar conflitos na assistência a ser prestada, também pode aparentar “privilégios” por parte dos indígenas no modelo que propõe “equidade” na assistência prestada. Para os povos indígenas, é mais uma segurança política, de assistência, sendo que a “atenção diferenciada” deveria estar concretizada em todos os níveis da assistência terapêutica e da organização dos serviços para a sua prestação (CARDOSO, 2014).

Encontramos muitas publicações que se desdobraram na investida de demonstrar como a política está sendo consolidada nessa realidade tão complexa que envolve conceitos como cultura, etnicidade e atenção diferenciada. Grande parte delas estavam concentradas nas três primeiras diretrizes, principalmente no que tange a organização dos serviços de saúde e a preparação de recursos humanos.

O trabalho de Vargas *et al.* (2010), descreve o funcionamento dos serviços de saúde com os Bororo do MT em vários aspectos, dentre eles a descontinuidade do serviço prestado devido as folgas da equipe fora da área (10 a 15 dias de ausência). As ações básicas deveriam ser disponibilizadas por essas equipes de maneira constante, porém muitos Bororos são encaminhados para a atenção básica da rede municipal por falta dos profissionais. Em seguida são levados para a CASAI onde ficam hospedados, muitas vezes sem necessidade, pois poderiam ter recebido atendimento na aldeia.

A abrangência territorial, a dificuldade de acesso às comunidade e a informações faz com que o trabalho das EMSI seja dificultado. Garnelo (2011) em uma pesquisa com os Baniwa do Alto Rio Negro relata que a comunicação é feita por radiofonia que, muitas vezes é interrompida por falta de energia e outros problemas, aonde a informação quanto às datas das visitas para vacinação não chega ao local a tempo, estando muitos indígenas ausentes no dia. Ocorre também atraso da equipe devido às condições difíceis de deslocamento dentro da Amazônia, algumas por aviões não conseguem viajar em determinada condição meteorológica, outras por barcos e, muitas vezes as caminhadas até as aldeias que são longas, também enfrentam os mesmos obstáculos.

Esses problemas também podem ocorrer quando é necessário remoção de pacientes, o que coloca em risco a vida por dificuldades de deslocamento, como coloca os autores que observaram a assistência com os Yanomami *“O que acho muito difícil e que atrapalha nosso trabalho em área é o transporte. Houve um acidente em que o paciente teve a cabeça quebrada (...) não tínhamos como transferi-lo porque não havia nenhum bote, e a gente ficou uns dois dias para conseguir remover o paciente grave”* (NETO E LOUZADA, 2010, p.43). Relatos

como esse apresentam um serviço com fragilidades, que deve ser pensado e administrado de forma a priorizar o respeito à vida.

Dessa forma podemos dizer que por trás do problema da assistência diferenciada existe uma montanha bem maior que diz respeito à organização do sistema que, sem dúvida, está comprometida na questão de promover atenção de forma plena.

3.1. Atenção diferenciada

A conceituação de Paim (1999) sobre modelos de atenção é entendida no Brasil como sendo as formas de estruturação nas relações entre profissionais de saúde e usuários, mediadas por tecnologias utilizadas no processo de trabalho em saúde. Porém, Pontes *et al.* (2015) enfatizam que o autor não contextualiza a pluralidade dos contextos e as diferentes formas de interagir considerando as especificidades, ou seja, não abrange a atenção diferenciada, diretriz que faz parte da PNASPI e prioriza a prestação de serviços que dialoguem com a cultura e operem juntamente com técnicas médicas diversificadas. Tal diretriz visa adequar a prestação de serviços à variabilidade das culturas indígenas, prevendo a inclusão de racionalidades médicas diversificadas.

O conceito de atenção diferenciada para os povos indígenas é relativamente recente, iniciando-se em 1986 na 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio e estabelecendo seu progresso com a criação do Subsistema de Atenção a Saúde Indígena no ano de 1999. Contudo, não há uma definição clara quanto ao que é atenção diferenciada, pois ela deveria integrar e incorporar os saberes tradicionais para articulação dos serviços, porém isso acaba por distorcer o fim pensado pelo modelo biomédico, que declara ser o realmente eficaz (NOVO, 2011).

Segundo Langdon *et al.* (2006) a atenção diferenciada deveria garantir serviços de saúde contextualizando e englobando os métodos da medicina tradicional. Esse conceito vem ao encontro da necessidade de respeito às

concepções, aos valores e práticas em saúde de cada comunidade, estruturando a articulação dos saberes, sendo o AIS (Agente Indígena de Saúde) o principal elo entre a equipe médica e os indígenas (BRASIL, 2002). Por mais diferenciada que tente ser, a atenção ainda está pautada no modelo de atenção biomédica, estruturada de forma hierárquica onde o profissional que deveria servir de elo, na prática exerce um papel estigmatizado.

A dificuldade do conceito é acentuada, sendo que os próprios profissionais da saúde não conseguem defini-lo, é o caso de um AIS que conceituou atenção diferenciada dizendo: “o índio não tem que esperar em fila mais” (LANGDON *et al.*, 2006, p.2642). Para o agente essa atenção significa acesso a serviços primário de forma exclusiva e com qualidade, já para outros se define como sendo uma questão cultural, sem entender o contexto inerente.

Pontes *et al.* (2015), utilizam-se de Menéndez (2003, 2009) e de Bourdieu (2010) para aprofundar a necessidade de novos olhares sobre a atenção diferenciada, sobre o ponto de vista da autoatenção, voltada para as formas que o indivíduo tem de manter, recuperar sua saúde, e do poder simbólico, que usa das interpretações e significados, permitindo o outro nomear, classificar e interpretar a realidade da sua forma.

Portanto, é essencial que os profissionais que estarão atuando nesse cenário sejam orientados e capacitados para conduzir as técnicas biomédicas de forma integrativa num contexto sociocultural que permita diálogo e participação dos povos indígenas nas ações de saúde.

3.2. Atuação no contexto intercultural

3.2.1. Os Agentes Indígenas de Saúde

Há grande quantidade de trabalhos sobre os AIS que desenharam várias linhas de reflexão. Para contextualizar Diehl *et al.* (2012) descrevem que os AIS

foram recentemente inseridos no modelo de atenção a saúde para atender a demanda da atenção diferenciada. Surgiram espelhados nos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) também com o intuito de trabalhar na prevenção de doenças e na promoção da saúde, desenvolvendo ações nos domicílios e na comunidade em geral. A ideia de trazer esse profissional para atender as especificidades no sistema de saúde indígena visou a solução de vários problemas de interação e o suprimento de uma necessidade no contexto sociocultural para articulação dos serviços biomédicos com as tradições indígenas. Esses agentes passaram a ser indicados pelas comunidades, treinados e remunerados.

Há quase quatro décadas os AIS vêm sendo treinados para práticas nos serviços de saúde, começando inicialmente com projetos universitários, de organizações não governamentais e grupos religiosos (BARUZZI, 2007). Em certas situações atuaram inicialmente como tradutores, mas garantiram destaque na atenção primária com o passar dos anos. A partir de então os treinamentos tornaram-se mais específicos, com abordagens dialógicas, reconhecendo a significância dos processos em saúde para essa população. Cursos de microscopistas, primeiros socorros, fitoterapia dentre outros foram sendo direcionados aos AIS, com participação e interação de especialistas como antropólogos para o entendimento mais específico dos povos respeitando a singularidade de cada etnia (OLIVEIRA, 1996).

O Agente Indígena de Saúde, após sua institucionalização em 1999 com a criação dos DSEI (Distritos Sanitários Indígenas), é parte fundamental do programa de saúde desenvolvido através do Subsistema de Atenção a Saúde Indígena (SASI). Ele faz parte da Equipe Multidisciplinar de Saúde do Índio (EMSI) e trabalha juntamente com médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e demais profissionais para atender as necessidades de saúde das populações indígenas. No ano de 2010 foram instituídos formalmente na equipe médica de saúde indígena o AISAN (Agente Indígena de Saneamento), que contextualiza igualmente a situação vivida pelos AIS.

O estudo de Diehl *et al.* (2012) enfatiza a importância dos AIS como sendo um elo de ligação fundamental para respeito a diversidade cultural, além de

destacar o direito da comunidade na participação do planejamento, execução e avaliação dos serviços de saúde.

Alguns trabalhos revelam que nos últimos anos tem-se aumentado a contratações de AIS, sendo que muitas vezes este é o único profissional da EMSI presente na comunidade. Porém há alguns problemas encontrados na formação básica que devem ser levados em consideração, pois é fundamental para o desenvolvimento de AIS capacitados, como por exemplo, alguns agentes tem ensino médio, outros nem tem formação escolar, o que dificulta a realização de cursos. No Alto Rio Negro uma pesquisa levantou que apenas 3,6% dos agentes indígenas de saúde concluíram o Ensino Médio, estando os demais impossibilitados de realizar cursos de ensino técnico profissionalizante (GARNELO *et al.*, 2009).

Esse tipo de problemática faz com que em diferentes contextos os AIS ainda desenvolvam papéis mal definidos, pois em algumas localidades acabam sendo apenas intérpretes e outras desenvolvem práticas para as quais não foram habilitados, exercendo inclusive atividades sem supervisão (LANGDON *et al.*, 2012).

Como já exposto, os AIS receberam a missão de ser o elo entre os serviços de saúde e o usuário de sistema, tendo na PNASPI um papel ímpar no desempenho da atenção diferenciada. Pontes *et al.* (2015) destacam a falta de uma definição sobre a atenção diferenciada envolvendo os AIS, pois a PNASPI faz questão de valorizar a responsabilidade desses profissionais para a garantia da implementação desse modelo, garantindo a execução das ações das equipes, sendo que a formação intercultural está focada na sua qualificação na área biomédica e sua identidade indígena é usada como garantia da participação indígena no sistema. Há uma aparente cobrança que só por serem indígenas, os AIS deveriam saber adequar as práticas ao contexto cultural. Também ressaltamos a necessidade de problematizar se o objetivo da atenção diferenciada seria apenas de “adequação cultural” a um modelo já existente.

Outro ponto levantado nos estudos é o desenvolvimento de práticas não condizentes com sua atividade a priori. Em alguns estudos o papel dos AIS é respeitado e abrange o que foi estabelecido tendo seu papel integrador na EMSI. Isso geralmente ocorre nas comunidades mais isoladas onde os AIS são muitas vezes o único profissional da equipe presente. Entretanto, em comunidades mais

urbanizadas ou com contato maior com outras sociedades, nota-se que o papel do AIS se torna pouco interativo, onde algumas atividades de sua responsabilidade são retiradas e seu papel fica limitado (NOVO, 2008).

Por outro lado, no desenvolvimento ampliado de suas atividades, vemos em alguns estudos, como o de Imbiriba *et al.* (2009), que o AIS ao realizar acompanhamento de doenças crônicas e infectocontagiosas foi essencial para o desenvolvimento do tratamento. Em entrevista com um AIS Guarani, Macedo e Barros (2010) transcrevem um trecho de como os AIS tem se enxergado como facilitadores para os serviços de saúde nas comunidades indígenas.

[...] A gente, que estudou um pouquinho, a gente sabe falar, explicar pro paciente; então, a gente é contratado e orienta o paciente, o mais idoso que não fala, a gente tem que falar em Guarani. Hoje, o agente é um facilitador para chegar orientação de saúde. [...] Primeiro era difícil o diálogo; agora está melhor (...) porque a gente, como eu, já fala um pouco mais em português também [...] (MACEDO & BARROS, 2010, p.185).

Alguns estudos citam a importância dos AIS, na melhora de muitos índices epidemiológicos, como no estudo com os Guarani Kaiowá, onde os autores relatam o favorecimento para a atenção de gestantes, na realização de acompanhamento pré-natal e parto assistido por profissionais de saúde por encaminhamento a hospitais. Porém o mesmo estudo discute sobre a necessidade de estabelecimento de um melhor diálogo entre comunidade e profissionais (PÍCOLI *et al.*, 2006).

Em outro exemplo, no estudo no DSEI do Rio Negro, observou-se a limitação da atuação dos AIS apenas em informar e mobilizar a aldeia para comparecer ao local onde os profissionais de saúde desenvolveriam os atendimentos, o que restringe ao papel de dar apoio logístico e aos serviços gerais, o que foi também levantado por outros autores (LANGDON *et al.* 2006; LANGDON & DIEHL, 2007; ROCHA, 2007).

Diehl (2012) descreve a discriminação percebida pelos AIS quanto ao seu papel na equipe e entre os membros da comunidade. Enquanto sentem-se desvalorizados pelos demais profissionais da EMSI, percebem que os indígenas esperavam mais deles, pois para a comunidade eles carregam uma significância concreta dos poderes biomédicos. Na observação com os povos do Rio Negro, quando analisado o modelo de atenção através das rotinas dos AIS, fica clara a priorização do atendimento curativo aos doentes, que só veem esse profissional

como identificador de doentes, distribuidor de medicamentos e encaminhador de consultas (PONTES *et al.*, 2015).

No mesmo trabalho com os rio-negrinos o autor registrou que os modelos adotados na assistência não diferem do que é realizado com os ACS no meio urbano, sendo priorizado o modelo biomédico, não se verificando diferentes formas de atenção nem sua articulação.

Diehl (2012) relata a dificuldade do papel do AIS ressaltando quatro aspectos: *“alta rotatividade e suas implicações; ambiguidade do papel; relacionamento com os membros das equipes de saúde; e formação e capacitação”* (p.822).

3.2.2. A formação e capacitação

O trabalho de Diehl e Pellegrini (2014) levanta o *“desafio da formação e educação permanente de trabalhadores para atuação em contextos interculturais”*, já em seu título fica evidente que a diretriz que coloca a necessidade de preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural tem provocado inquietações, como já contextualizamos em tópicos anteriores.

Nesse sentido é importante a análise que se faz das ações acerca da educação dos profissionais de saúde, desde o nível técnico até os centros universitários formadores dos sujeitos chaves para as mudanças efetivas nos serviços. Nesta reflexão os autores informam que são “recentes” (a partir de 2003) as ações implementadas pela Política Nacional de Educação que trabalham a *“multiprofissionalidade, a resolução de problemas vividos pelas equipes de saúde, o uso de pedagogias problematizadoras e o compromisso entre trabalhadores, gestores, instituições de ensino e usuários”* (DIEHL & PELLEGRINI, 2014, p.869).

A formação e capacitação de toda equipe é vital para a propagação correta do que consta na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), porém ela deve levar em consideração um modelo diferenciado de ensino, com conteúdo programático que atenda o contexto da saúde indígena, o que

na maioria das vezes não acontece. O modelo ocidental de ensino é adotado valorizando o conhecimento biomédico e deixando ainda mais evidente o afastamento do modelo que atenda as especificidades (BRASIL, 2002).

Grande parte dos trabalhos sobre os serviços de saúde (19) relataram os problemas na falta de capacitação adequada aos profissionais que atuam na atenção diferenciada. Apesar do sucesso da FUNASA em aumentar o número de AIS, esses esforços não foram suficientes, deixando a desejar na capacitação dos mesmos (DIEHL & FOLLMANN, 2014). Não que ela não aconteça, porém há algumas falhas como, por exemplo, nas interrupções dos contratos, onde perde-se muito conhecimento. Por vezes alguns cursos dados não são utilizados por restrições operacionais e organizacionais, enquanto outros são repetidos, não aproveitando o conhecimento prévio existente (ROCHA, 2007).

A formação de profissionais para atuar na saúde indígena é um grande desafio enfrentado para garantia da assistência no modelo específico desenhado pela Política Nacional. Logo na implantação do Subsistema, alguns profissionais de saúde que realizaram estudos sobre aspectos antropológicos pelo Núcleo de Estudos em Saúde de Populações Indígenas da FIOCRUZ, fizeram parte na formação de supervisores e instrutores do módulo introdutório de saúde indígena desenvolvido pela FUNASA. Porém, até 2001, participaram apenas da parte teórica, não dando continuidade as capacitações (CHAVES *et al.*, 2006).

Problemas na estruturação dos cursos também são enfrentados, pois alguns respeitam uma sequência de cronograma e não abrangem a realidade da quebra de contratos e de novos AIS estarem sendo inseridos nas EMSI. Dessa forma esse profissional muitas vezes aprende suas atividades com outros colegas mais antigos ou com outros profissionais das EMSI (LANGDON *et al.*, 2006).

A FUNASA implantou cursos ofertados em sistemas de módulos a partir de 2000. No DSEI-Rio Negro eram oferecidos vários módulos temáticos com períodos de concentração e dispersão, ignorando as experiências de formação e capacitação anteriores. O sistema de módulos foi organizado para ser completado em três anos, sendo dividido em 12 etapas e 258 módulos para os 34 DSEI, com etapas que exigiu presença de instrutores. As dificuldades foram inúmeras, porém a rotatividade de servidores foi o maior motivo de insucesso (LANGDON *et al.*, 2006).

Ademais a estratégia de módulos é pensada e elaborada baseada no modelo biomédico que não contextualiza o nível de escolaridade dos AIS, as diferenças socioculturais e a necessidade específica de cada etnia, cada comunidade. Um exemplo descrito por Langdon *et al.* (2006) foi o desenvolvimento de cursos técnicos introdutórios para AIS em Santa Catarina, que voltavam seu conteúdo para fundamentos biomédicos onde os AIS não se lembravam que haviam realizado esse curso, nem tão pouco sabia o conteúdo, entretanto lembraram-se daqueles que apresentaram conteúdo referente a uso de plantas medicinais, preparo e uso da multmistura e sobre visitas domiciliares.

Rocha (2007) verificou que foram dados 12 treinamentos no período de 1990 a 2006 na região do Rio Negro, porém nenhum apresentou conteúdo programático voltado para as especificidades desses povos. Dessa forma esse modelo mostra inadequação dos cursos oferecidos pela FUNASA e acaba sendo insuficiente e desmotivam a participação dos agentes (RAGGIO apud DIEHL, 2012).

Em um estudo sobre a formação dos profissionais da saúde do projeto Huka-Katu, desenvolvido pela Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto (FORP-USP) no Xingu, observou-se que o conteúdo programático permitiu os alunos desenvolverem competências para a atuação no entendimento da dimensão simbólica dos processos de saúde e doença e souberam elaborar estratégias de cura respeitando as diferenças socioculturais. Os estudantes do projeto conseguiram entender o significado do contexto intercultural no desenvolvimento do trabalho em equipe, as representações e os sistemas de cura. O autor destaca que o projeto desenvolveu-se de forma orientada para satisfazer as necessidades da atenção diferenciada (MESTRINER, 2011).

Vários pontos a respeito da realização de cursos técnicos, universitários e de pós-graduação que abranjam as questões da saúde indígena e suas especificidades foram relatadas na 4a Conferência Nacional de Saúde Indígena (BRASIL, 2007), porém os esforços estão restritos a alguns centros, sendo que a grande maioria ainda permanece focada no ensino padrão, de base biomédica, sem incluir os fundamentos de antropologia e etnologia, além de não trabalharem uma proposta de inserção de alunos em terras indígenas para aproximação dessa realidade. Diehl e Pellegrini (2014) concluem que os processos para formação dos

profissionais de saúde, seja qual for o nível, não apresentam um modelo próprio ou único, necessitando de estratégias pensadas que vão além das disciplinas clássicas no campo da saúde. Os profissionais da EMSI precisam estar aptos para reconhecer os valores e experiências dos indivíduos, identificar seus conflitos e formular um conjunto de ações para responder às necessidades individuais e coletivas dos povos indígenas.

Outro aspecto é a diferença existente na aquisição de conhecimentos práticos de um profissional que trabalha em pontos de difícil acesso, onde é necessária sua presença constante por vinte ou trinta dias, estando mais próximo do relacionamento interétnico, para um profissional que está atuando em aldeias próximas as cidades, onde essa relação pode ser minimizada por diminuição do contato diário. Essas equipes também sofrem mudanças nas suas formulações, onde alguns profissionais estão mais presentes que outros, por motivos logísticos ou por necessidade de cada comunidade.

Como já discutido, muitos estudos apresentam a necessidade de complementação de formação que sejam mais focadas na realidade sociocultural, onde haja propostas de temas abrangendo os saberes e práticas indígenas que vão muito além do uso de plantas medicinais (DIEHL e FOLLEMANN, 2014). Porém existe o inverso, alguns indígenas procuram os saberes biomédicos em cursos da área da saúde para melhor interação com as equipes.

Alguns trabalhos (LANGDON *et al.*, 2006, GARNELO, 2009; DIEHL *et al.*, 2012; DIEHL E FOLLMANN, 2014) relatam a iniciativa de instituições e dos próprios indígenas na solicitação de treinamento e capacitação para desenvolvimento de suas atividades, além de alguns almejarem realizar curso de técnicos de enfermagem para serem melhor aproveitados e remunerados, e ganharem mais respeito e autonomia entre a EMSI e a comunidade (GARNELO *et al.*, 2009; FOLLMANN, 2011). Em uma entrevista um indígena Guarani relatou: “[...] penso pro futuro na aldeia ter mais pessoas estudando, ter como fazer um curso de medicina ou outras coisas, ser o próprio índio a trabalhar na aldeia [...]” (MACEDO & BARROS, 2010). Esse discurso reforça o desejo das comunidades em serem as próprias supridoras das suas necessidades em saúde.

Em um estudo sobre a participação do técnico e auxiliar indígena de enfermagem nos serviços de saúde da Terra Indígena Xaçupé/SC, a entrevista realizada com uma das coordenadoras do curso de enfermagem para indígenas dá a perfeita clareza acerca dessa necessidade:

[...] a maioria dos auxiliares de enfermagem da terra indígena era branco que não entendia da cultura do índio. E o auxiliar de enfermagem indígena conhecia a comunidade, os chás, a cultura e conhecia melhor as pessoas [...]. O auxiliar de enfermagem indígena acompanha mais os pacientes. Ele conhece a comunidade para trabalhar com os remédios em casa (Irmã Sara) (DIEHL & FOLLMANN, 2014, p.454).

Clarice Cohn e Camila Beltrame colheram um depoimento de uma indígena da Aldeia Pukajakà, em Altamira. Ngrenhdjam Xikrin fala dos problemas observados e de como pensa que seria prática a solução:

Sobre a saúde, a primeira coisa: eu acho que uma coisa fundamental para ter nas aldeias eram os postos de saúde, que uns precisam de reforma e uns precisam de construir. E se não tiver educação indígena para ter Agente Indígena de Saúde, as comunidades não vão para frente porque sempre terá Kuben lá. Se tivesse educação funcionando, teria já técnico de enfermagem indígena. Isso de educação e saúde juntos seria muito importante. Eles pegam técnicos de enfermagem ruins, que muitas vezes ficam um mês na aldeia e vão embora. Ou que nem querem ir para a aldeia quando ficam sabendo que vão lidar com índios. O maior problema com os técnicos de enfermagem é com o substituto, às vezes nem consegue substituto. Isso é muito complicado, se tivesse técnico de enfermagem indígena, nem precisaria ficar trocando assim. E os técnicos não sabem falar as línguas indígenas e muitas vezes não entendem o que os índios falam, ou os remédios que pedem, ou a dor que têm. Se tivesse do 6o ao 9o ano na aldeia já podia ter técnico de enfermagem indígena. Seria um socorro da educação com a saúde (OLIVEIRA E COHN, 2014, p.324).

Porém nem sempre a formação garante o trabalho do técnico indígena, pois em alguns trabalhos observou-se que um dos pontos a ser considerado é a aliança política muitas vezes necessária para que as lideranças elejam determinado profissional (LANGDON *et al.*, 2006; DIEHL *et al.*, 2012; DIEHL & FOLLMANN, 2014).

No Alto Rio Negro a experiência com formação técnica profissionalizante de 250 agentes comunitários indígenas de saúde mostra que são muitos os desafios encontrados, desde a dificuldade para professores em trabalhar em meio a um contexto intercultural e multilíngüístico até as dificuldades logísticas e os deslocamentos de alto custo. Porém os esforços obtiveram aceitação das populações indígenas e foram avaliados como uma importante estratégia para dar reconhecimento ao trabalhador indígena, melhorar a definição das atividades e

responsabilidades dos AIS, melhorar a qualidade da atenção à saúde das populações e aumentar a satisfação dos líderes indígenas (GARNELO, 2009).

Outra experiência similar foi relatada no estudo de César *et al.* (2002), no município do Vale do Ribeira/SP, para monitoramento dos indicadores de saúde infantil quanto ao trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), onde houve êxito nas ações, porém em alguns casos as falhas de atuação dos profissionais foram relacionadas com o treinamento, suporte e supervisão inadequados e ao acúmulo de funções, que resultariam em baixa efetividade de sua atuação.

O trabalho de Pena e Heller (2008) observa que os profissionais que atuam no saneamento apresentam restrição no conhecimento acerca das diretrizes da PNASPI, para desenvolvimento de ambientes saudáveis e proteção da saúde. Esses não foram qualificados para desenvolver atividades simples como a educação em saúde e não apresentaram capacitação específica para o trabalho intercultural, fazendo com que as intervenções sejam realizadas sem o conhecimento necessário da cultura dos Xakriabá e sem o reconhecimento de como o grupo pode influenciar o êxito do trabalho.

No estudo sobre os serviços de saúde na comunidade indígena Potiguara (NOGUEIRA *et al.*, 2013) para detecção de tuberculose, num discurso colhido o AIS relatou a forma com que o exame é realizado, sem orientação de um profissional de saúde, sendo responsabilidade do motorista que vai encaminhar a amostra. A falta de treino e capacitação para orientação implica na não sistematização das atividades na busca por sintomas respiratórios e é resultado de uma má atuação comprometendo a eficácia dos resultados e, portanto, havendo dificuldades na identificação da tuberculose.

Uma experiência com os povos indígenas do alto Juruá, no trabalho de Ferreira (2013) nos permite visualizar estratégias para preenchimento das diretrizes apresentadas na PNASPI, onde relata a reformulação das ações em saúde para inserção de parteiras “treinadas” da própria comunidade. Tais iniciativas geralmente ganham apoio da própria população, porém muitas vezes ferem outros aspectos relativos aos costumes. Por exemplo, neste caso, as parteiras antigas que se negaram a realizar o curso sentem-se desprezadas quanto ao seu conhecimento.

Portanto, a forma como se apresenta as tentativas de capacitação dos sujeitos promotores da saúde deve ser articulada com as comunidades e ter o seu apoio.

Outras publicações (LANGDON *et al.*, 2007; PONTES *et al.*, 2015) apresentaram as deficiências na formação de profissionais da EMSI e a maioria dos trabalhos concluem pela necessidade da capacitação que considere o conhecimento prévio, contextualize temas da medicina tradicional e que integre esses saberes aos biomédicos.

3.2.3. Rotatividade de profissionais

Vários aspectos pertinentes à situação da saúde indígena no Brasil tem como origem a alta rotatividade de profissionais. Antes da descentralização da FUNASA, a saúde indígena contava com uma forma muito instável de organização dos serviços de saúde. A contratação dos profissionais acontecia através de várias maneiras nos DSEI, causando instabilidade. Magalhães (2005) apresenta dados de julho de 2004:

[...] haviam 10.501 profissionais nos DSEI, onde 3.335 eram contratados pelas Secretarias Municipais de Saúde, com recursos do Ministério da Saúde, e 336 contratados com recursos próprios das prefeituras municipais. Outros 1.517 profissionais são contratados diretamente pela FUNASA, 4.955 são contratados por entidades conveniadas com a FUNASA e 358 têm outros tipos de vínculo empregatício” (MAGALHÃES, 2005, p.06).

Mesmo com as mudanças administrativas e gestoras sob os DSEI, a situação quanto à rotatividade continua a mesma, pois algumas irregularidades acabam ocorrendo e por vezes os recursos são interrompidos, fazendo com que haja suspensão de alguns atendimentos por um período e quebra de contratos (principalmente no final do ano) o que faz com que os profissionais fiquem inseguros quanto ao emprego. Essa ruptura de contrato gera ruptura também nos tratamentos, descontinuidade nas anotações e relatórios, e perda de dados de saúde, além de quebra na relações de trabalho. Os novos profissionais devem ser capacitados novamente o que gera sempre um ciclo de inexperiência nas ações (ROCHA, 2007).

A remuneração é outro ponto a ser considerado, tendo em vista a desmotivação profissional de muitos AIS, por exemplo, que exercem papéis semelhantes a outros profissionais de saúde melhor remunerados, buscando solução no aprimoramento em cursos técnicos (LANGDON *et al.*, 2012).

Essa rotatividade, no caso dos AIS, também se deve as próprias escolhas efetuadas pelas comunidades, pois devem respeitar o padrão de cada etnia onde a comunidade escolhe esse profissional conforme fatores determinantes para sua cultura (parentesco, autoridade espiritual, liderança), independente do nível de capacitação (MENDONÇA, 2005). Alguns trabalhos citam uma tentativa de estabelecimento de pré-requisitos para indicação dos agentes, porém isso não se aplicou de forma bem sucedida (ROCHA, 2007). Outro trabalho (LANGDON *et al.*, 2006) também relata a interferência política na escolha dos agentes, trazendo insegurança.

Algumas publicações citaram a tensão relativa às barreiras geográficas e os perigos que elas oferecem. Neto e Louzada (2010), colheram relatos de profissionais de saúde atuantes na Amazônia que expuseram os riscos de acidente de trabalho constante.

As viagens sempre acontecem com o bote muito cheio. É um risco grande. Toda vez que você viaja, sabe que está entrando, mas não sabe se vai chegar ao destino [...] Os rios são cheios de corredeiras, a correnteza é forte e os leitos são repletos de pedras, dificultando o acesso (NETO & LOUZADA, 2010, p.43).

Para os casos de profissionais que entram em áreas indígenas e permanecem períodos prolongados há ainda casos de desenvolvimento de doenças ocupacionais como a depressão e estresse. Esses profissionais permanecerem nas aldeias durante longos dias, longe dos familiares e de amigos, isso acarreta em sentimento de solidão, medo e até mesmo estresse: *“solidão, tristeza, saudades da família são dificuldades que a gente passa ao trabalhar em área”* (NETO E LOUZADA, 2010, p.43).

Outros problemas afetando a saúde desses profissionais também foram levantados. Na nossa busca foi encontrada uma publicação onde a saúde dos servidores lotados nas Casas de Saúde Indígena e Polos-Base do Mato Grosso do Sul apresentou fragilidade em vários aspectos. As avaliações foram realizadas através de dados secundários e apresentaram como principal problema de saúde as

desordens osteomusculares, seguida de problemas cardiovasculares, relacionadas ao sedentarismo. Problemas de hipertensão arterial, glicemia elevada, colesterol, triglicérides, sobrepeso e obesidade também foram significativos. O estudo revelou ainda problemas com uso de bebidas alcoólicas, e dependências, porém relatou que estes vêm diminuindo devido a iniciativa da instituição de desenvolver programa de apoio. Ademais, fatores quanto ao trabalho como a não utilização e fornecimento de EPIs, mudanças de cargo sem planejamento em saúde e ambiente inapropriado, foram determinantes para o agravamento da saúde desses funcionários (MAGGIONI, 2013), fazendo com que estes optem por deixarem as funções.

3.2.4. Relacionamentos dos Agentes Indígenas de Saúde com os demais profissionais da equipe de saúde

No tocante aos relacionamentos entre a equipe de saúde, observa-se uma grande barreira na definição de saúde nos dois extremos, o indígena e o biomédico. O trabalho com os AIS Kaingáng colheu relatos que demonstram a diferença sociocultural e a organização hierárquica como obstáculo para uma boa sinergia (LANGDON et al, 2006). O estabelecimento de julgamentos quanto as diferentes realidades é observado no trabalho de Novo: *“Acho necessário que eles [os índios] mudem de hábitos. (...) O AIS é índio e não vai deixar de ser índio. Mas ele tem que aprender um pouco...”* (Médico) (NOVO, 2011, p.1367).

Falas como essas demonstram claramente o entendimento de superioridade de alguns membros da EMSI e imposição de hábitos ocidentais, desrespeitando a diferença cultural e desmerecendo a atenção especial. É necessário que os demais profissionais de saúde busquem o conhecimento acerca da cultura e dos significados para que consigam se adequar a demanda nas comunidades. Em outro relato do Guarani Mário ele destaca

[...] a maioria das pessoas (**equipe de saúde**) não sabem, não procuram entender o que a gente quer falar, o que a gente fala; por isso, o pessoal que trabalha com Guarani tem que ser bem profissional e entender um pouco de psicologia (grifo nosso) (MACEDO & BARROS, 2010, p.186).

Diehl *et al.* (2012) refere-se a essa relação profissional como formal e assimétrica. O diálogo e a troca de saberes e informações não ocorrem, na maioria dos casos, estando o AIS recuado sob atividades impostas que muitas vezes os subestimam. Em alguns estudos percebe-se que os AIS ficam com a parte burocrática, preenchendo formulários que consideram desnecessários, pois imaginam que jamais serão lidos (DIAS-SCOPEL, 2005).

Mestriner Jr. *et al.* (2011) ao discorrer sobre esse meio, levanta a necessidade de uma nova ética entre os profissionais da EMSI e que o ambiente de trabalho deva estar envolto por *“valores humanitários, de solidariedade e reconhecimento de direitos de cidadania em torno da assistência à saúde”* (MESTRINER JR. *et al.*, 2011, p.905).

Alguns trabalhos tratam da valorização de certos profissionais em localidades específicas. A distorção de papéis e a necessidade de prestar serviços que não compete a determinado profissional realizar, também acaba sendo motivo de discórdia e mal entendidos entre a equipe. No trabalho de Neto e Louzada (2010), um relato dá noção de uma das formas que isso se apresenta: *“O técnico é o principal instrumento de trabalho que existe na área. Não se pode comparar com nenhum outro [...] ali a gente faz tudo. A gente é psicólogo, médico, tudo dentro da área.”* (p.44).

Portanto, a desarticulação entre os profissionais devido à falta de diálogo e respeito nas relações, onde a hierarquia está mal conduzida, tornam agravante a problemática em se estabelecer atenção diferenciada de forma plena.

3.2.1. Relacionamento entre equipe e população

Em um estudo no DSEI-Rio Negro, Pontes *et al.* (2015) descreveram o modelo de atenção então em vigor e notaram problemas de relacionamento entre as equipes de saúde e os indígenas. Nas visitas realizadas pelos AIS, alguns problemas de saúde eram levantados e os indígenas convidados a ir ao posto de saúde, porém muitos se negavam, pois não gostavam de ser atendidos por

profissionais da equipe no ambulatório. Sendo assim o AIS discutia o caso com a médica, que encaminhava o tratamento e medicação pelo AIS, não tendo nenhum contato com o paciente. Isso também foi relatado no estudo de Novo (2011) com os alto-xinguanos e por Kelly (2011) com os Yanomami.

A forma com que se é pensada e passada essa diversidade cultural para os profissionais de saúde, também é um fator de segregação para o relacionamento equipe e indígenas: *“Outra questão é em relação à aceitação dos profissionais sobre a cultura deles e vice-versa. Quando entramos em área, somos esclarecidos de que não devemos interferir na cultura dos índios”* (NETO & LOUZADA, 2010, p.44). Dessa forma o entendimento sobre não *“interferir na cultura dos índios”* é distorcido, o que acarreta um distanciamento para segurança sobre o que poderia ser uma intervenção prejudicial. Através desse pensamento fica mais difícil identificar as necessidades dos indígenas e, mais desafiador ainda elaborar técnicas articuladas para garantir a atenção diferenciada.

No estudo com os Pankararu concluiu-se que os profissionais não conseguem estabelecer um vínculo com a comunidade, devido dificuldade de identificar as necessidades dos indígenas. Ainda, a equipe médica não garante a sustentabilidade dos processos de intervenção nas ações em saúde que deveriam estar aliados a PNASPI. Nesse mesmo estudo ressaltou-se a necessidade de uma relação de proximidade e confiança dos profissionais de saúde com a comunidade indígena (OLIVEIRA *et al.*, 2012).

Quanto à percepção sobre os serviços de saúde há muitas queixas sobre a forma de tratamento com os indígenas, como apresentado no relato de um indígena:

[...] Porque a própria equipe se acostumou com o indígena, quando não acha que não está certo, enfermeira ou equipe, fala com palavrão, parece briga; só que os índios não falam, então, se acostumam com isso também. Acho que para isso deveria a própria equipe (...) ser bem profissional; não é qualquer pessoa que deveria ir à aldeia para trabalhar. Porque o juruá [branco], está certo que é inteligente e formado como enfermeiro, doutor. Mas tem que ser bem profissional (...) é difícil, não só aqui (...) em geral (MACEDO & BARROS, 2010, p.186).

A curta inserção dessa pesquisadora na CASAI de Boa Vista/RR, foi suficiente para perceber o quanto alguns profissionais de saúde ignoram os atendimentos, sem dialogar ou tampouco buscar explicar o tratamento para os

indígenas. No setor onde ocorreu o estágio foi observado um total despreparo dos profissionais, além da falta de interesse em realizar o tratamento que deveria ser melhor elaborado e fundamentado na busca da melhora do quadro específico de cada indígena, não apenas realizado de forma padronizada e igual para todos os pacientes.

Essa dificuldade de relacionamento apresenta-se como uma das principais barreiras na comunicação benéfica para o desenvolvimento da integração em saúde no modelo da atenção diferenciada (OLIVEIRA *et al.*, 2012). Outra situação que dificulta a interação da EMSI com a população indígena são os locais onde a saúde acontece.

Novo (2011) define o polo base, o posto indígena Xinguano, com a noção de fronteira, *“um espaço de encontro entre dois mundos, duas formas de saber, ou ainda, múltiplas formas de conhecer e pensar o mundo: as tradições de pensamento ocidentais (...) e as tradições indígenas”* (TASSINARI apud NOVO, 2011, p.1364).

Nesse estudo, onde a autora aborda vários pontos peculiares nos espaços de saúde do Alto Xingu, uma das questões observadas é a significação e ressignificação de questões que para a biomedicina não abrem discussões. Um exemplo dado foi quanto ao espaço físico da CASAI do Posto Indígena Leonardo, no Xingu, pois quando ela foi construída, foi pensada em um espaço para receber indígenas com diversas patologias, entre elas as respiratórias. Porém as formas tradicionais não foram levadas em consideração, sendo que no inverno os indígenas retiraram as tábuas das paredes para fazer fogueira para se esquentarem. Na visão dos não índios e membros da EMSI esse ato foi de desvalorização ao patrimônio e vandalismo. Porém a ideia de sobrevivência culturalmente desenvolvida pelos indígenas não integrou o pensamento ocidental. Vários outros problemas foram observados na construção e organização dos espaços de saúde da população do Xingu como a obrigatoriedade de etnias que não possuem afinidade terem que conviver no mesmo ambiente, isso interfere em questões cosmológicas de vão muito além do espaço físico.

Esta pesquisadora observou tal realidade quando visitou e desenvolveu estágio na CASAI de Boa Vista/RR, onde percebeu que alguns indígenas faziam tendas entre as árvores no quintal da instituição e lá ficavam de forma permanente,

pois não queriam juntar-se com outros povos, sendo essa ainda a maneira de manter seus hábitos de vida.

Novo (2011) propõe que os locais onde a saúde indígena acontece devam ser pensados e construídos com base em estruturas culturalmente definidas, tanto físicas quanto determinantes de um espaço sociocosmológico, para que os conflitos internos das comunidades sejam minimizados e as ações de saúde aceitas e eficazes.

A autora ainda relatou a avaliação dos serviços de saúde por vários profissionais. O AIS entende que atualmente os serviços estão bem melhor, a equipe visita constantemente as aldeias e há disponibilidade de medicamentos na farmácia. Já para alguns membros da EMSI os serviços estão comprometidos, devido à falta de condições de trabalho, estrutura, além as dificuldades encontradas nas relações com os indígenas.

Alguns trabalhos apresentam a estrutura física como um fator dificultante nesse espaço: *“Você às vezes perde muito mais tempo tentando consertar o posto de saúde do que fazendo seu atendimento. Então, a estrutura prejudica muito, tanto pelo material em más condições de uso quanto, às vezes, pela falta dele”* (NETO & LOUZADA, 2010, p. 43).

No trabalho de Oliveira *et al.* (2012) com os Pankararu, vários relatos de insatisfação dos indígenas quanto aos serviços foram apresentados, e não diferente de outros trabalhos a falta de estrutura, materiais e profissionais nos postos foram evidenciados. Essas declarações colocam em evidência a limitação das perspectivas de efetivação das políticas públicas e práticas de promoção e vigilância específicas para essa população, sendo destacada uma prática de saúde desvinculada das propostas do SUS, com restrições de acessibilidade, voltadas a práticas curativas.

Os problemas aqui mencionados dificultam ainda mais as relações entre a equipe de saúde e os indígenas que se veem totalmente desintegrados dentro do modelo de atenção.

3.2.6. O olhar do indígena

A necessidade de voltarmos um modelo de atenção que crie uma realidade para esses sujeitos é fundamental. Para isso é preciso entender a relação dos processos de significação e ressignificação, como Novo sugere (2011) “[...] *compreendendo a noção de cultura enquanto um sistema de símbolos que fornece um modelo 'de' e um modelo 'para' a realidade*”. A autora ainda enfatiza, no seu trabalho no Alto Xingu, que é preciso se tornar um pouco índio para que seja possível o entendimento da realidade em saúde esperada por essa população.

Na pesquisa de Macedo e Barros (2010) com jovens Guarani de Ubatuba/SP onde foi levantada a concepção de saúde; os autores se deparam com duas formas de análise, uma vinculada às questões religiosas e outra aos profissionais de saúde. Foi observado que com grande frequência eles procuram primeiro seus líderes religiosos e depois os serviços de saúde: “[...] *alguns procuram o pajé. Assim, depende da família, porque não adianta a gente chegar e dizer 'Tem que levar para o pajé', porque, às vezes, o pessoal não entende (...) O que a gente faz é o que é melhor para família[.]*” (MACEDO & BARROS, 2010, p.185).

Podemos observar o contexto de itinerário terapêutico que se registra na busca em obter a saúde. Esse espaço é entendido por Menéndez (2003, 2009) como os percursos percorridos pelas pessoas em busca por cuidados de saúde. Nesses cenários acontece o encontro entre as práticas sanitárias autônomas da população e as dos serviços oficiais na busca de resolução dos problemas de saúde.

O trabalho de Oliveira *et al.* (2012), buscou levantar o que os indígenas estão recebendo nos serviços de saúde. Nos discursos colhidos pelo autor foram evidenciadas pouca resolutividade e total descontinuidade nas práticas em saúde, no acesso aos serviços básicos e aos programas de promoção à saúde. O autor não observou uma assistência humanizada e mais resolutiva que envolva os princípios de territorialidade, vínculo dos profissionais com a comunidade, continuidade e integralidade das ações de saúde, planejamento local, controle social e promoção à saúde em seu real significado.

O olhar do indígena deve ser percebido e aceito pelos serviços de saúde. Muitas reivindicações são feitas pelos indígenas, como no trabalho com os alto-xinguanos onde eles apresentam insatisfação quanto à permanência das equipes nos polos, não havendo visitas nas aldeias com frequência, pois as lideranças consideram como ideal a permanência das equipes de forma constante (NOVO, 2011). Essa reivindicação tem caráter político, pois assim as lideranças indígenas se consideram provedores da saúde perante a comunidade.

3.2.7. Controle social

Alguns trabalhos buscaram trazer reflexões de como se dá a participação indígena na organização dos serviços de saúde. Ela é garantida pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Brasil, 2002) que apresenta a importância dessa participação em todas as etapas de planejamento, implantação e funcionamento dos DSEI. Segundo vários autores em seus estudos (ARAÚJO, 2012; CARDOSO, 2014; LANGDON & DIEHL, 2015) a participação ocorre de forma precária, os conselhos distritais e locais são pouco operacionais, apesar da legislação em vigor.

Após a consolidação da participação oficial dos indígenas (pós modelo assistencialista da FUNAI) isso assegurou que eles estejam presentes e atuantes nos Conselhos Locais e Distritais de Saúde, na forma de controle social. Porém, ainda há de se considerar que a participação acontece da forma que foi estabelecida por uma política que não teve a participação indígena, ou seja, o Estado define as regras de como, onde e de que forma esta participação vai ocorrer. É importante ressaltar que muitas vezes o papel dos indígenas nessa participação acaba sendo mais de fiscalização das ações do que na elaboração. (CARDOSO, 2014)

Outro problema, apresentado por Cruz e Coelho (2012) é a imposição das formas de participar desse processo, que está totalmente voltada para o modelo ocidental de controle social, sem abranger as formas culturais distintas. Garnelo e Sampaio (2003) ressaltam que a sociedade indígena não compartilha dessa democracia onde representatividade é sinônimo de autoridade, as chefias indígenas não têm poder de decisão, eles apresentam propostas que podem ou não ser

aceitas pela comunidade, portanto essa diferença de significados influencia diretamente no modo de vivenciar a participação.

A forma com que ela se dá na sua estruturação varia muito de uma comunidade para a outra. Para os Guaranis de Angra dos Reis, o modelo de representação se organiza através de laços de parentesco, entre jovens e adultos (CHAVES *et al.*, 2006), enquanto que no estudo de Garneiro (GARNEIRO, 2003) os Guaranis mais velhos ocupavam as lideranças, sendo os jovens apenas acompanhantes e tradutores.

Ainda sobre a ótica da avaliação do controle social, há de se observar que muitas vezes aquilo que é apresentado como necessidade pelos representantes indígenas nos conselhos, que por vezes são empregados das instituições responsáveis pelos serviços de saúde, nem sempre é a necessidade coletiva, sendo muitas vezes constituída por uma vantagem individual (LANGDON & DIEHL, 2015).

No trabalho em Angra dos Reis, se apresentou uma situação de controle social onde os papéis na participação se confundem e acabam prejudicando a efetividade dessa. Os Guaranis contavam com uma unidade do SUS dentro da aldeia, com um Conselho Gestor e, da mesma forma, havia o Conselho Local de Saúde indígena. Isso culminou em uma unificação dos fóruns, prevalecendo às discussões do Conselho Gestor da Unidade da Aldeia que estiveram voltadas para avaliação das ações e serviços de saúde oferecidos à comunidade sendo que as questões da organização da atenção básica no Polo-base não estiveram em discussão. Portanto, percebe-se uma fragilidade da forma como se conduz o controle social (CHAVES *et al.*, 2006).

Os indígenas ainda ativam sua participação no sistema de forma a garantir o controle nas atividades de saúde e em muitos casos criam organizações não governamentais (ONGs) para assumirem o gerenciamento da saúde, como os Tentehar-Guajajara no Maranhão (CRUZ & COELHO, 2012) e os Kaingángs (DIEHL & LANGDON, 2015). Essas ONGs foram importantes para criar formas de reabilitação/reivindicação de identidades e espaço para o exercício do próprio poder (MENÉNDEZ, 2010), entretanto, por outro lado, se transformaram em organizações profissionais, reproduzindo o sistema dominante, com interesses exteriores aos grupos étnicos (DIEHL & LANGDON, 2015). O processo de passagem do poder

político sobre a gestão da saúde para as organizações e a amplificação da participação social também foi visto por algumas associações e lideranças indígenas, como a forma de assumir o “controle social” e o “controle político” dos recursos e da gestão dos programas e da assistência em saúde, como mostrado nos estudos de Langdon & Diel (2007) e Araújo (2012), sendo esse o sentido da “autonomia” para algumas populações.

Assumir a “responsabilidade” da saúde perante a comunidade gera um demanda a essa estrutura, mas se tornou uma forma de “poder” para os indígenas. Como dito por um líder Baniwa: *“É hora da gente assumir a responsabilidade de nosso futuro. Nós precisamos ser sujeitos compromissados com as soluções dos nossos problemas e não ficar só esperando”* (GARNELO E SAMPAIO, 2005, p. 1221).

Essa população tem assumido seu papel no que tange a busca por melhores condições de vida. No 10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva que ocorreu na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), em 2012, o primeiro palestrante a discursar foi o ex-cacique da aldeia Etênhiritipá, um líder articulador das aldeias da Terra Indígena (TI) Pimentel Barbosa, pertencente ao Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Xavante no Mato Grosso. Ele apresentou as circunstâncias que limitam o acesso das aldeias aos serviços de saúde, e as precárias condições de saúde vivenciada pela população indígena na sua região, comparando com as estatísticas regionais e nacionais (WELCH, 2014). Portanto, há de se considerar a autonomia em assumir a responsabilidade pelo seu bem estar que essa população tem buscado.

No estudo de Araújo (2014) ele faz uma reflexão quanto à autonomia gestora e a forma com que ela é entendida pelos diferentes autores. Algumas lideranças indígenas se preocupam com o processo de unificação da assistência pelo aumento da municipalização dos recursos para a saúde indígena, que pode significar a perda da “autonomia autogestora” e da “especificidade da assistência”, que se acha que já se possui, pois entendem que tem o controle autogestionário das ações em saúde por parte das populações e organizações indígenas.

Esse “poder” deveria dar certa autonomia aos povos indígenas, porém nota-se que o potencial político das ONGs foi prejudicado, perdendo ainda a

autonomia e a autodeterminação pela limitação na atuação na execução e planejamento dos serviços de saúde (DIEHL & LANGDON, 2015).

As ONGs não anularam a importância dos conselhos, mas ganharam força na representatividade. No estudo sobre a participação dos Tentehar-Guajajara no Maranhão, foi observado estágios diferentes de comportamento frente aos Conselhos. Na primeira reunião Cruz e Coelho (2012) descrevem que estes se apresentaram desconfiados com a novidade, na segunda demonstraram credibilidade com as ideias de mudanças e na terceira o sentimento foi de descrédito, por não verem o resultado do proposto: *“só existe reunião e nada é resolvido, já estou cansado de reunião e não se resolver nada [...] não levar nada de novo para minha aldeia [...] (conselheiro)”* (CRUZ & COELHO, 2012, p.193).

Declarações como essa mostram como o sistema deixa a desejar aos indígenas que acabam por usar das outras estratégias oficiais de ação como reunião com os DSEI, encaminhamento de cartas, abaixo assinados, acionamento de órgãos como o Ministério Público para exporem suas reivindicações. Alguns trabalhos descrevem a criação pelos índios de estratégias próprias, não oficiais de participação, pois sugerem que as oficiais não estão satisfazendo essa população. Começam, assim, a protestar de forma enfática com o bloqueio de estradas, ferrovias, invasão em prédios da FUNASA e SESAI, retenção de funcionários e indígenas, carros e bens oficiais, denúncias aos meios de comunicação, entre outras alternativas que julgam expressivas e forçam a mobilização das autoridades competentes.

Exemplo desses manifestos e da força política que eles representam foi recentemente a invasão dos Yanomami à SESAI, em Boa Vista/RR. No início de 2014 eles reivindicavam pela saída da coordenadora do DSEI-Yanomami devido à má gestão e falta de fornecimento de medicamentos. Em entrevista a um repórter local um dos líderes Yanomamis se pronunciou *“Não aceitamos mais a continuidade da Claudete à frente do DSEI, pois nos sentimos prejudicados. A saúde indígena Yanomami está abandonada, o diálogo com ela é difícil, portanto, não há mais condições de mantê-la no cargo”*⁵. A reivindicação foi aceita e a coordenadora

⁵ Matéria “Yanomami ocupam Sesai e pedem exoneração de coordenadora, em RR”. Disponível em <http://g1.globo.com/rr/roraima/noticia/2014/01/yanomami-ocupam-sesai-e-pedem-exoneracao-de-coordenadora-em-rr.html>. Acesso em 06 mai 2016.

exonerada. No início de 2015, nova manifestação com a mesma pretensão, a exoneração de outra coordenadora: *“Uma sucessão de problemas e o alto índice de mortalidade de crianças da nossa etnia, falta de medicação adequada, redução dos profissionais de saúde e menor quantidade das horas de voo de helicóptero para as regiões indígenas foram alguns dos pontos que motivaram nosso descontentamento”* (líder Yanomami)⁶. A coordenadora novamente foi retirada do cargo.

O que leva os indígenas a acionarem essas estratégias não oficiais, segundo Cruz e Coelho (2012) na sua experiência com os Tentehar-Guajajara, geralmente são as tentativas frustradas de negociação e o esgotamento das demais formas oficiais de ação, então eles se “armam” no sentido de que vão para “guerra”, para tomar o que é seu. Assim também ocorreu com os Yanomami do caso citado acima onde a mesma publicação descreve: *“Os indígenas estavam armados com lanças de madeira, arcos e flechas, mas em nenhum momento se exaltaram”*. Essa é uma forma simbólica de ativar a “identidade de resistência”, conceituada por Castells (2001) como aquela encontrada em indivíduos que estão em condições desvalorizadas, que reivindicam os direitos diferenciados para atender suas necessidades específicas.

As formas de participação estão sendo fortalecidas com a criação de decretos, ementas e portarias. A mais recente foi o decreto nº 8.593 de 17 de dezembro de 2015, criando o Conselho Nacional de Política Indigenista (CNPI) sendo este responsável pela elaboração, acompanhamento e implantação de políticas públicas voltadas aos povos indígenas.

Esse capítulo buscou apresentar os principais problemas envolvendo os serviços de saúde. Enfim, são abrangentes as situações envolvendo o sistema de saúde indígena e sua gestão, sendo necessário o entendimento de atenção diferenciada e sua aplicabilidade no contexto intercultural para a garantia da participação indígena e de melhora nos serviços.

⁶ Matéria “Índios Yanomami ocupam prédio da Sesai - Assim como ocorreu no ano passado, índios se mobilizaram para exigir melhores condições de saúde e mudança na coordenação”. Disponível em <http://folhabv.com.br/noticia/Indios-Yanomami-ocupam-predio-da-Sesai/3929>. Acesso em 06 mai 2016.

4. AUTOATENÇÃO E A MEDICINA TRADICIONAL

Muitos estudos referem-se à busca por um modelo eficaz de atenção primária à saúde, adaptado às necessidades específicas da população indígena. Essa busca tem sido objeto perseguido pelo sistema de Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Entretanto, muitos desafios são apresentados como na infraestrutura para o atendimento a comunidades distantes, gastos elevados com combustível e dificuldades para aquisição de recursos humanos estão entre as principais dificuldades (BÓIA *et al.*, 2009). A partir das mudanças no sistema de saúde pública brasileiro desde 1988 quando a Constituição Federal declarou a saúde ser um universal certo, não podemos negar que a cobertura aos serviços de saúde para essa população têm crescido substancialmente e os indicadores de saúde melhoraram. Apesar destes resultados, as desigualdades no acesso continuam a ser uma importante barreira para a universalidade, em particular para os grupos marginalizados como indígenas, como visto no capítulo anterior (COELHO & SHANKLAND, 2011).

São claras as necessidades de aperfeiçoamento do modelo de atenção com ações preventivas, educação para a saúde e participação da comunidade. Essas devem ser conduzidas pelas autoridades sanitárias locais, ONGs e gestores municipais, com objetivo de melhorar a atenção à saúde para a população indígena. Nesse contexto cremos que os saberes tradicionais podem ser conceituados como práticas de autoatenção por fazerem parte de um contexto mais dinâmico sobre cultura e permitir a interação das várias formas de obtenção e manutenção da saúde.

Neste capítulo levantaremos o conceito da autoatenção que surge com sentido explicativo da capacidade que o ser humano tem na sua proteção e cuidado pessoal e grupal. Menéndez (2009) em sua análise sobre a autoatenção dialoga que esta é a primeira conduta a ser vista nos sujeitos. Portanto a autoatenção tem um enfoque especial para a população indígena neste trabalho, devido a fatores históricos culturais e condições atuais de marginalidade de alguns povos. Essa abordagem traz algumas implicações para a análise dos modelos de atenção importantes para a diretriz da atenção diferenciada no subsistema de saúde indígena

e reconhece formas de atenção nas sociedades, sendo que, nas análises das políticas de saúde no Brasil, esse pluralismo médico tem sido ignorado ou negado (PONTES *et al.*, 2015).

Algumas publicações apresentaram em seu conteúdo, a importância do conceito de autoatenção e do modelo de atenção voltado para suas práticas, sugerido por muitos autores principalmente quando se fala de saúde indígena. Pretendemos, inicialmente, contextualizar a autoatenção e posteriormente apresentá-la dentro das publicações acerca do assunto encontradas em nossa pesquisa.

A autoatenção é uma das primeiras práticas em saúde para essa população, servindo de base para manutenção da saúde. Observa-se que cada vez mais os estudos sobre autoatenção estão inseridos nos contextos intermédicos, ou seja, lacunas onde diferentes saberes atuam e onde os conceitos estão cheios de novos sentidos e o modelo biomédico é constantemente ressignificado pelos atores sociais (FÓLLER, 2004).

Kleinman (1980) entende que a doença possui um aspecto psicobiológico simbolizada pelas experiências externas e internas do sujeito, ou seja, as experiências do ser humano influenciam nos processos fisiológicos, não apenas o estado biológico. Para o autor os cuidados com a saúde podem ser observado através de três subsistemas sociais que visualizam a vivência com a doença. O primeiro deles é o *profissional*, baseado na medicina científica onde se engloba as profissões médicas do sistema tradicional, um sistema profissionalizado, conhecido também como sistema biomédico. O segundo sistema é o *folk*, é aquele onde os profissionais não são oficializados, composta por sujeitos onde as experiências e conhecimentos adquiridos durante a vida é que servem de estudo, estes são os curandeiros, rezadores, raizeiros, benzedeiros e outros tantos modos espiritualizado de processar saúde/doença/atenção. O terceiro aspecto é o *popular* e está ligado as com as práticas de autocuidado e automedicação utilizada pela população, incluindo conselhos familiares e amigos, análises empíricas de cuidar domésticos.

São nessas esferas onde a autoatenção está inserida, permitindo um itinerário terapêutico que compreende um mundo particular de cada indivíduo e o mundo social no qual ele habita. Essas diferentes formas de busca fazem parte de

um contexto específico que trás autonomia para o sujeito, tornando-o ator principal na gestão da sua saúde. A carga cultural que o envolve, carregada de significado, o faz adquirir um senso que possibilitará as suas escolhas.

Quando conhecemos os estilos de vida e modos de enfrentamento dos povos temos a oportunidade de elaborar práticas condizentes com a realidade dos sujeitos e repensar nas diferentes linhas de saberes, aproximando estes e englobando-os no processo em saúde, eliminando a distância entre os saberes (MINAYO, 2003; LANGDON *et al.*, 2005; MENÉNDEZ, 2003, 2009).

As práticas de atenção em saúde tem habitado um terreno dinâmico nas últimas décadas, apesar de a biomedicina no âmbito do conhecimento nunca ter atuado sozinha. Há um conceito de pluralismo médico bem estabelecido, onde o sujeito procura várias formas de alívio de sofrimento e preservação da saúde. Na antropologia da saúde, Menéndez (2003) faz uma reflexão apontando a coexistência, nas sociedades latino-americanas atuais, de diferentes formas de atenção às doenças podendo ser a forma biomédica, popular ou tradicional, alternativas, paralelas ou new-age. Algumas vindas de tradições médicas acadêmicas como a acupuntura, medicina védica, mandarina. Há os casos ainda da autoajuda, como por exemplo, os alcoólicos anônimos e inúmeros grupos religiosos que desenvolvem práticas espirituais.

Essas formas de atenção não biomédicas frequentemente são negadas, ignoradas e marginalizadas pelos Setores de Saúde. Menéndez (2009) aponta ainda que na maioria dos casos há diferenciação das formas de atenção tradicionais em relação aos valores da biomedicina.

Quando se vive processos de adoecimento, busca-se saídas para alívio/cura dos sofrimentos, que conforme o percurso é frequentemente reavaliada, para tomada de novas decisões no enfrentamento. Isso ocorre de várias formas não excluindo outras formas ou privilegiando uma determinada forma de atenção. Essa habilidade de escolha do sujeito e busca das formas de atenção é denominada por Menéndez de autoatenção, sendo considerada a primeira real atenção no contexto familiar. Nesse meio, as enfermidades são, muitas vezes, solucionadas através desses saberes empíricos, sendo aí também as decisões quanto aos itinerários terapêuticos a serem percorridos, incluindo formas biomédicas.

Pelo viés biomédico autoatenção é vista no enfoque da automedicação, referindo-se ao "*consumo de um produto com o objetivo de tratar ou aliviar sintomas ou doenças percebidos*", para promover a saúde, sem prescrição (LOYOLA, 2002). Por alguns autores, é vista como autocuidado, que nada mais é que a prática de cuidados executados pela pessoa portadora de uma necessidade para manter a saúde e o bem-estar (BUB, 2006). Para Menéndez (2009), automedicação e autocuidado são algumas das inúmeras formas de autoatenção, que é conceituada na sua percepção como:

[...] as representações e práticas que a população utiliza tanto individual quanto socialmente para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, suportar, curar, solucionar ou prevenir os processos que afetam sua saúde, em termos reais ou imaginários, sem a intervenção central, direta e intencional de curadores profissionais, embora eles possam ser os referenciais dessa atividade. A autoatenção implica decidir a autoprescrição e o uso de uma terapêutica autônoma ou relativamente autônoma, e abarcar representações e práticas geridas pelos sujeitos e grupos, em face de seus padecimentos, inclusive as induzidas, prescritas ou propostas por curadores das diferentes formas de atenção, mas que em função de cada processo específico das definições sociais e da situação dos sujeitos, resulta que uma parte desse processo de prescrição e uso ganhe autonomia, pelo menos em termos relativos. (MENÉNDEZ, 2009, p.48)

Esse conceito permite observar o olhar dos sujeitos e dos envolvidos no processo, em primeira instância, sem focar em conceitos pré-estabelecidos "biomedicamente", mas não excluindo esses. Por meio da análise das práticas de autoatenção podemos conhecer o pensar social, as práticas e representações em saúde que emergem de uma verdade incontestável dos saberes. Esses diversos saberes são frutos sociais das condições religiosas, étnicas, econômicas, políticas, técnicas e científicas estabelecidas pela cultura. (HELMAN, 1994)

Dessa forma é indispensável aceitarmos esse olhar antropológico da saúde que, por sinal não é novo. Langdon (1996) aborda um modelo alternativo ao da biomedicina:

As novas discussões em antropologia questionam a dicotomia cartesiana presente no modelo biomédico e concebem saúde e doença como processos psicobiológicos e sócio culturais. Nesta abordagem a doença não é vista como um processo puramente biológico/corporal, mas como o resultado do contexto cultural e experiência subjetiva de aflição. Para aprofundar esta nova discussão na antropologia, é necessário entender a cultura como dinâmica e heterogênea e a doença como um processo e como experiência (LANGDON, 1996, p.12).

Sendo a cultura dinâmica, podendo sofrer transformações e passando por constantes processos de resignificações conforme as relações sociais a que estão

sujeitas, a autoatenção está carregada de representações e práticas em todas as áreas, incluindo na saúde onde não podemos limitar o poder dessas representações nem o alcance das práticas. Ou seja, a partir daí, pode-se usar de práticas construídas no âmbito familiar, escolar, profissional, enfim, práticas formais e informais onde, no conjunto, não se pode delimitar uma esfera rígida de atuação.

Atualmente as representações e práticas profissionais podem ser amplamente difundidas na população em geral, devido os vários recursos, sendo um deles muito utilizado no mundo moderno, a internet. Portanto, não é necessário um conceito ou uma prática específica para definir autoatenção, e sim voltar-se para os agentes que a praticam. Esses sujeitos podem ser especialistas ou não, podem ser singulares ou plurais, o que se vê no meio familiar e social de forma geral, destacando o autor que a autoatenção *"tem sempre como referências entidades grupais"* (MENÉNDEZ, 2009, p.50).

Menéndez (2009) considera duas esferas para análise das atividades de autoatenção, o sentido lato e o sentido estrito. No primeiro aspecto o autor referencia sendo *"todas as formas de autoatenção necessárias para assegurar a reprodução biosocial dos sujeitos e grupos a nível do microgrupo"* (MENÉNDEZ, 2009, p.48). Essas maneiras vão desde as formas de prevenção de doenças até a preparação de alimento, uso da água, limpeza da casa, cuidados com o ambiente e o corpo, inclusive dos mortos. Incluem ações que não são propositadas, mas refletem em atenção para manutenção da vida. A referência ao microgrupo está especialmente ligada ao grupo doméstico, porém não exclui o meio escolar, profissional, e relações de amizade. Esse primeiro sentido é extremamente importante para contextualizar a autoatenção da criança.

No sentido estrito, a definição para autoatenção baseia-se em *"representações e práticas aplicadas intencionalmente"* (MENÉNDEZ, 2009, p.49), buscando estratégias para saúde, doença e atenção, ou seja, ações propositais originadas nos processos de doença para restabelecimento da saúde.

Essa separação nem sempre acontece de forma simples, pois a busca pela saúde é contínua no cotidiano. Em alguns casos, para fins metodológicos, usa-se a forma estrita da autoatenção, devido as investigações serem direcionadas conforme as práticas em situações de enfermidade. Porém, o presente estudo vê a

importância da utilização do conceito de forma ampla, observando os cuidados intencionais e não intencionais nos aspectos da autoatenção da criança indígena.

Helman (2003) cita Kleinman dizendo que a primeira arena de assistência informal é a família, onde cerca de 70% a 90% dos tratamentos acontecem. Quando nos referimos a populações indígenas a autoatenção tem um papel principal na manutenção e promoção da saúde diante de dois fatores, do contexto cultural, tendo em vista que a saúde por séculos foi promovida pelos próprios sujeitos, e no aspecto atual de dificuldade de acesso a outras formas saúde.

Para contextualizar a autoatenção na esfera da saúde indígena é necessário que se entenda os aspectos cosmológicos aos quais os processos de saúde, adoecimento e cura coexistem. O conceito de saúde, doença e cuidado na população indígena é muito subjetivo, ele é definido através de realidades simbólicas culturalmente construídas. A doença não é um evento individual, ela acomete o coletivo, portanto deve ser tratada de igual forma (GARNELO, 2011).

A causa da doença para os indígenas não ignora a biomedicina, que já foi incorporada através do contato interétnico, mas a envolve em um emaranhado de significados que acaba por colocá-la num plano além do físico: *“no pensamento indígena, a causalidade última da doença costuma ser atribuída a uma origem supra-humana, vinculando-se as interações da sociedade com o mundo cósmico”* (GARNELO, 2011, p.181).

A autoatenção aparece ainda em contextos culturais definidos por uma proteção individual e coletiva em determinados momentos onde não há doença, mas onde a prevenção de acontecimentos ruins é colocada de forma clara, envolvendo toda a sociedade e permitindo ações “extremas” para garantia do bem estar coletivo. Um exemplo é citado no ritual de passagem para a vida adulta das meninas Yanomami:

O processo de passagem ou de iniciação das meninas para a vida adulta ocorre durante a primeira menstruação. Nesse período, as meninas ficam reclusas, dentro de uma pequena casinha feita de palha dentro da maloca. Não podem comer sal, carne de anta, queixada, caititu, macaco guariba, beber água sem pimenta (evita alergia), não pode comer mamão (evita o surgimento de ínguas), não podem andar na floresta (senão aparece onça e cobra), tampouco pode andar na roça (senão as plantas secam), não podem ver o céu (senão a chuva cairá sem parar), não podem ver outras pessoas (só a mãe) ou ficar perto dos homens (senão o homem fica medroso, não participa de guerra, sua alma enfraquece), comem bem pouco; não usam

tabaco, não podem tomar banho, ficam com olhar fixo ao chão. Somente após a interrupção do fluxo sanguíneo, é que a mãe poderá dispensar os cuidados com a higiene corporal e o seu embelezamento. A mãe é quem lhe dá banho, e pinta com urucum (para não espantar onça), adorna com flores nos braços, e junto com outras mulheres dirige-se à floresta para caçar carangueijos (CARVALHO, 2013, p.67).

Há uma teia de significados quanto ao que a biomedicina colocaria como um processo fisiológico “normal” devido a descamação das paredes internas do útero quando não há fecundação, sendo parte do ciclo reprodutivo de toda mulher devem ser entendidas como processos. Esses processos devem ser respeitados, pois são formas de atenção peculiares desses povos, onde o mundo físico nunca está separado do universo espiritual e cosmológica.

Saavedra e Câmara (2010) comentam sobre o significado da desnutrição para os Mbyá-Guarani do Rio Grande do Sul, sendo uma doença chamada “*kamby riru jere*”, onde é ocasionada por uma queda onde a criança vira o estômago, relatando que inicia-se o processo de emagrecimento, diarreia e vômito, e podendo causar a morte. Ela é observada quando começam a saída dos dentes (onde começa a ingestão de novos alimentos), por isso nessa fase há um cuidado maior para a criança não cair.

Outro exemplo de significado e representações é o caso dos Baniwa entenderem a tuberculose. Ela é chamada de “*dzéfemi*”, é transmitida por um sobro envenenado de outro indígena e fará efeito perante à desobediência a cultura (GARNELO & WRIGHT, 2001). Em outro estudo com os Baniwa, Garnele (2011) interpretou, baseado na teoria das representações sociais, o significado para os indígenas sobre a vacinação e sobre as doenças, onde concluiu que o pensamento e julgamento dos indígenas acerca da vacinação parte de uma cosmologia própria, que interage realidades novas que são reinterpretadas conforme a experiência e o conhecimento já adquirido, detendo um novo saber. Assim como Pellegrini (1993) na sua experiência com os Yanomamis, descreve o simbolismo das injeções/vacinas voltado de forma benéfica para a aceitação dos tratamentos biomédicos: “[...] *E as pessoas tinham medo das injeções, mas muito mais das xawalabè, e assim aceitavam as agulhadas... muitas e repetidas... [...].*”

A compreensão de tratamento para algumas etnias, é que só devem ser tratadas pelos próprios indígenas, pajés, curandeiros, tuxauas. Alguns povos entendem que as doenças que já existiam antes do contato com os não indígenas

são doenças de índio e precisam de tratamento de índio. Como é o caso da desnutrição para os Mbyá-Guarani, onde uma mãe relata: *“Ela não melhorou depois do hospital foi doença de Guarani, não de juruá (branco)... Mas isso aí não é pra levar no hospital. Isso aí é o karaí que faz curas. Fica difícil explicar”* (SAAVEDRA & CÂMARA, 2010, p.30). Ademais, estudos como o de Ramos e Lima (2003) revelam que a adesão aos serviços de saúde oferecidos depende muito do acolhimento pelas equipes, o que muitas vezes também não é adequado.

Um relato de um AIS apresenta sua visão quanto a flexibilidade no entendimento do seu povo quanto aos tratamentos:

Você vê que primeiro a gente procura o pajé, que é o curandeiro, depois a gente procura o médico. Até as crianças. Eu acho, no meu modo, no meu ponto de vista, está indo bem, porque tem as doenças, tipo pneumonia; isso, o curandeiro, ele não sabe qual é a erva que cura o tipo da pneumonia, mas o médico sabe o que é isso, e tem coisa que médico não sabe, mas o curandeiro sabe; tem que seguir os dois caminhos (MACEDO & BARROS, 2010, p.185).

Alguns grupos aceitam realizar os tratamentos dos serviços de saúde convencional, porém realizam os demais concomitantemente. Em outros casos são encontradas etnias que não aceitam o tratamento convencional, como cita Conklin ao falar dos Wari (CONKLIN, 1994). Os Mbyá-Guarani, por exemplo, realizam a cura da *“kamby riru jere”* com massagens na criança para desvirar o estômago e deixar as pernas emparelhadas (SAAVEDRA & CÂMARA, 2010). O interessante é que o tratamento atinge a causa do problema, pois a massagem vai emparelhar as pernas e o risco de a criança cair vai diminuir, curando e prevenindo novamente o *“kamby riru jere”*.

Os Sanumá de Roraima fazem uso dos remédios alopáticos para alívio dos sintomas, não se opõem a busca pela biomedicina, porém observa-se a liberdade de escolha nos processos terapêuticos, sendo os itinerários marcados por rotação entre os sistemas. Os xamãs não impedem que os indígenas busquem a biomedicina, porém não aceitam a falta de opção ou imposições dos profissionais de saúde (GUIMARÃES, 2015).

Os curandeiros Mbyá-Guarani usam igualmente de chás e ervas para reestabelecer a saúde. Eles fazem visitas às casas, porém não diagnosticam se a mãe não solicitar, pois esse é o papel da mãe (SAAVEDRA & CÂMARA, 2010). O envolvimento da família é fundamental entre os Mbyá-Guarani, eles têm

responsabilidade de participar dos ritos e das rezas. Xamã, curandeiro e família trabalham juntos para o reequilíbrio físico e espiritual, entendendo que por estar inserido no grupo têm maior capacidade de diagnosticar e tratar levando em consideração as dimensões social, psicológica e moral daquela sociedade. Essa prática estimula a autonomia dos indivíduos nos cuidados com sua saúde.

As rezas também são importantes para os Mbyá-Guarani. Eles têm a Opã, uma casa de reza que funciona diariamente no período do dia (SAAVEDRA & CÂMARA, 2010). Elas fazem parte de um mundo extrafísico que incorpora vida aos seres curadores através de uma ótica xamânica.

Algumas publicações discorrem sobre esse 'ambiente de cura' (GARNELO, 2011). O termo Xamanismo é usado em todo mundo para definir um conjunto de crenças ancestrais que estabelecem contato com uma realidade invisível, ou estados diferenciados de consciência, a fim de obter poder, equilíbrio, conhecimentos e saúde individual ou coletiva (LANGDON, 1996). Ele parece oferecer algo que a biomedicina não oferece, além do tratamento, a explicação acerca da origem das doenças, que faz parte de um sistema de representações onde a doença não é vista apenas na esfera física, mas contempla uma esfera espiritual e cosmológica (SAAVEDRA & CÂMARA, 2010).

Durante muitos anos, e ainda atualmente sobre alguns olhares, o xamanismo foi conceituado como uma prática arcaica, mas numa nova abordagem, assume-se o conceito cosmológico de Xamanismo, que dá um enfoque sociocultural ao tema e direciona o poder xamânico para a explicação coletiva da existência, não negando o aspecto sagrado do rito. Esse sistema é fundamental para organizar as sociedades dele pertencentes.

O poder presente no sistema de Xamanismo constitui em uma organização política e social que trás benefício aos autores sociais. Nesse sentido exalto novamente o papel do xamã com relação o mundo invisível:

[...] capazes de ver os não-humanos como estes se vêem (como humanos), os xamãs, ocupam o papel de interlocutores ativos no diálogo cósmico. Eles são como diplomatas que tomam a seu cargo as relações interespecies, operando em uma arena cosmopolítica onde se defrontam as diferentes categorias socionaturais. (CASTRO, 2002).

CASTRO (2002) vai além, define um espaço chamado de cosmopolítico, irreduzível a um mundo exclusivamente humano, onde forças macroscópica/ visíveis

e microscópicas/invisíveis povoam um universo cósmico, sobrenatural. O autor faz uma referência à realidade Amazônica:

[...] quadros sociológicos mais vastos são, naquela região [Amazônica], realmente vastos, incluindo muito mais que apenas outros grupos locais da mesma família étnica ou linguística — e não me refiro aqui a outras “tribos”, ou aos grandes e heterogêneos sistemas regionais pré-colombianos. Os quadros sociológicos vão tão longe quanto as sociologias nativas vão; e essas mobilizam uma vária multidão de outros, humanos como não-humanos, multidão que não é nem distribuível, nem totalizável de modo evidente (CASTRO, 2002).

Portanto, o xamanismo, principalmente Amazônico, revela-se uma atividade de tradução que pode ser transportada do nível sobrenatural para o sociopolítico, visto que pode implicar a apreensão local, um ponto de vista, de uma rede de relações mais globais (CUNHA, 1998). Para Garnelo & Wright (2001)

[...] embora os povos indígenas do alto rio Negro tenham bastante familiaridade com idéias e conceitos biomédicos veiculados em interações diversas com as agências de contato, como os serviços de saúde, as relações comerciais, veículos de comunicação de massa e o processo de capacitação dos agentes indígenas de saúde, as formas de apropriação dessas idéias caracterizam-se como bricolage, pautadas pela lógica do pensamento mítico, que promove considerável ressignificação do sentido original com que foram enunciados no discurso científico (GARNELO & WRIGHT, 2001, p.280).

Entende-se que as práticas em saúde devem ser coexistentes. Os serviços de saúde precisam utilizar e incentivar os conhecimentos tradicionais na busca pela saúde integral. (SAAVEDRA & CÂMARA, 2010). A medicina tradicional deve ser desenvolvida e integrada sempre que possível com a medicina científica moderna (LANGDON *et al.*, 2006).

No caso da TI Xapecó, há um pequeno local de fabricação de produtos da medicina tradicional que são administrados com a aprovação dos profissionais de saúde, evidenciando a boa prática dos serviços de saúde integrados.

Um exemplo de que a utilização concomitante de duas terapêuticas pode ter bom resultado é o dos Xavante do Mato Grosso (WELCH & COIMBRA JR, 2011). Para eles há múltiplos modelos explicativos para a doença, um exemplo é o destaque da feitiçaria (simi'õ ou abzé) e os micróbios como causas de tuberculose. Para o tratamento eles utilizam fitoterápicos juntamente com a prescrição da biomedicina, pois a cultura indígena não é empecilho para a execução de medidas preconizadas, pois esse povo demonstra interesse nos exames, aceitam a vacinação, comparecem às consultas e seguem a prescrição. O autor observa que

apesar da receptividade pela população, as atividades previstas no Plano Nacional de combate à Tuberculose não são realizadas ou são de forma inconsistente pelos serviços locais, o que compromete a detecção precoce e tratamento adequado. Na observação de Welch & Coimbra Jr. (2011) a incidência elevada de tuberculose está evidenciada pelas inconsistências no atendimento do modelo biomédico ao nível local muito mais do que na cultura em si.

Cardoso (2014) faz uma reflexão sobre a “atenção diferenciada” e a “não” articulação das práticas terapêuticas indígenas no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e ao SUS. Segundo a própria PNASPI além do respeito os “sistemas tradicionais indígenas de saúde” é garantida a “promoção” da articulação destes com os níveis da atenção a ser prestada. Algumas iniciativas recebem orientação do Projeto Vigisus II/FUNASA, que visa a estruturação de um sistema de vigilância em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, através de atividades que buscam o fortalecimento da infraestrutura e da capacidade técnica, procuraram favorecer projetos e experiências para promover essas articulações, porém essa articulação ainda não está estabelecida, a não ser em alguns projetos localizados.

A valorização do saber dos curandeiros, líderes espirituais, é essencial para uma articulação entre os saberes, com adesão aos serviços e as ações de promoção à saúde. É enfatizada em todas as publicações encontradas que apresentavam como assunto a medicina tradicional indígena, a necessidade da articulação com os sistemas tradicionais de cura, que venham envolver os especialistas indígenas das práticas tradicionais, respeitando suas singularidades e especificidades no pensamento e na elaboração das ideias sobre saúde-doença, que considera as relações, o meio e os rituais espirituais nas ações de promoção a saúde. Além de que esses líderes têm um papel influenciador dentro da comunidade, o que os torna responsáveis pela saúde na aldeia.

Infelizmente a medicina tradicional e os modos tradicionais de explicar, diagnosticar e tratar os problemas de saúde dos indivíduos foram (são) rejeitados pela medicina moderna, visto que lê tais práticas como esoterismo, irracionalidade, ilógico, tidos como impróprios a finalidade de proporcionar o bem-estar dos indivíduos. É dessa forma que muitos profissionais de saúde entendem e rotulam tais sistemas de conhecimentos sobre a saúde e a doença (OLIVEIRA *et al.*, 2012).

Ferreira (2013) em sua experiência com os povos indígenas do Alto Juruá observou que para que as medicinas tradicionais sejam integradas ao sistema oficial de saúde é imprescindível submetê-las a dois processos, sendo o primeiro de validação científica de seus conhecimentos e suas práticas, gerando na ciência a oportunidade de investigar as formas tradicionais e encontrar evidências sobre sua eficácia, O segundo processo diz respeito à qualificação de seus participantes, elaborando cursos que os introduzam nos conhecimentos básicos de saúde para permitir a regularização do ofício, como o exemplo ocorrido no curso de parteiras disponibilizado para os kaxinawá do Alto Juruá.

Por fim, entendemos que as políticas públicas relacionadas aos povos indígenas impactam as práticas e a organização sociocultural dos cuidados, tanto quanto os processos comunitários. Os movimentos que as políticas desencadeiam transformam em objeto os saberes, as práticas e os indígenas praticantes dos saberes tradicionais, sendo isso um ciclo que sempre precisará ser revisado. Isso porque os povos indígenas se reapropriam desses objetos, a partir de seus próprios pontos de vista, atribuindo-lhes outros sentidos – agora não mais o original, mas também não necessariamente aquele veiculado pelos discursos oficiais. Assim, as diferenças culturais são redimensionadas e novos locais de cultura emergem a partir das relações estabelecidas entre os povos indígenas e o Estado (FERREIRA, 2013; GUIMARÃES, 2015).

Como vimos à necessidade de se estudar os modelos de atenção emergentes nessas sociedades torna-se fundamental para uma reelaboração da forma de se pensar e estruturar a saúde, que não aquela voltada apenas para um modelo etnocentrista, que exalta a perspectiva biomédica. As práticas de autoatenção baseadas no modelo tradicional e biomédico precisam ser contextualizadas na elaboração das políticas que tratam de estabelecer a saúde. É imprescindível o uso de articulações dos sistemas tradicionais indígenas para a promoção de saúde, como é proposto na PNASPI, além da valorização e respeito para com as formas de significações e ressignificações dos processos de saúde/doença/cura para essa população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É inegável o desfavorecimento desses povos que ainda vivem à margem da sociedade ocidental, tendo desrespeitado seus direitos. Os dados encontrados nesta pesquisa mostram valores ainda desproporcionais de mortalidade infantil, desnutrição, tuberculose, condições de saneamento, dentre outras situações de saúde que, comparados a estudos em população não indígena reafirmam a situação de descaso. Apesar de “apresentações” de melhoras nesses índices, estamos longe de chegar a uma equidade em saúde.

Nossa pesquisa procurou considerar os principais assuntos envolvendo a saúde dos povos indígenas do Brasil, onde se localizam e como se apresentam. Buscou ainda olhares de autores que questionam como o modelo de atenção está sendo estabelecido e de que forma estão cumprindo o proposto na PNASPI.

Visualizamos a distribuição das publicações encontradas e pudemos fazer algumas observações relevantes. A maioria dos estudos estão localizados nas regiões norte, centro oeste e sul, não apenas por serem as que apresentam maior contingente populacional indígena, mas por estarem sob foco de grandes instituições. Porém, alguns estados com grande população de indígenas não apresentaram trabalhos de forma significativa. Na região nordeste, que segundo o censo de 2010 apresenta 25,9% da população indígena do Brasil foram encontrados poucos trabalhos. A Bahia é considerada o terceiro estado em maior concentração de indígenas (6,7%), porém não foram encontradas publicações nos descritores usados. Em alguns locais onde a população indígena é consideravelmente importante poucos trabalhos foram destacados, ficando esses povos sob um desconhecimento dos aspectos de vida e saúde, como é o caso do estado de Roraima.

Isso se deve a dois fatores: o primeiro a limitação que o estudo propôs ao definir os descritores na busca dessa pesquisa, e apenas considerar as publicações eletrônicas, os artigos, não considerando dissertações e teses; o segundo se deve a dificuldade em se realizar pesquisas com esses povos.

Para descrever esse segundo fator, apresentamos os entraves encontrados na realização da primeira versão dessa dissertação, que teve de ser

descartada. Inicialmente o tema “saúde indígena” é um tema que apresenta esQUIVA das próprias instituições, por ser complexo e exigir um modo multidisciplinar de se estudar. Além do mais as dificuldade quanto à pesquisa de campo, devido as autorizações, documentos e uma sequencia de procedimentos burocráticos que desestimulam e desencorajam os pesquisadores. O acesso a certas populações onde as barreiras geográficas impõem riscos e onde requer altos gastos também faz com que a opção por esse tipo de pesquisa seja descartada. No caso da nossa primeira tentativa de realizar pesquisa com os Wai-Wai, ainda há de se considerar os aspectos relevantes na construção de relacionamento, onde a proximidade e a pesquisa se fizeram tão familiar para os indígenas que o fato do distanciamento físico da pesquisadora se tornou motivo para desistência no estudo por parte da comunidade.

Motivos como esses fazem com que os levantamentos relevantes acerca dessa população estejam restritos a grandes instituições que pesquisam determinadas etnias há anos, o que se fez real quando observamos que grande parte das publicações encontradas estão concentrados em determinados centros e autores.

Outra observação levantada é a incapacidade de publicação de artigos referentes à saúde indígena por muitos centros de pós-graduação. Muitos trabalhos relevantes ficam registrados apenas nos sistemas das instituições e perde-se muito material que poderia trazer contribuições importantes. Em nossa pesquisa utilizamos como materiais de apoio algumas dissertações que julgamos relevantes, porém não pudemos contemplá-las no perfil devido ao recorte da pesquisa. Existe uma necessidade de se publicar as pesquisas que contemplam o assunto, para maior visibilidade do tema, principalmente envolvendo as regiões norte, nordeste e centro-oeste, onde existe maior concentração de populações indígenas.

Contudo, não podemos ignorar o quadro de emergência epidemiológica que esses povos estão inseridos na leitura desta pesquisa. A dificuldade de acesso a saneamento básico, ausência de esgoto, péssima qualidade de água, hábitos de higiene precários, acúmulo de lixo, além de questões de cunho social e carência dos serviços em saúde torna essa população exposta a riscos, revelando o abandono em que se encontram. Ademais, somado à falta de serviços essenciais oferecidos

aos povos indígenas outros fatores como os relacionados ao ambiente, aos valores, aos costumes e práticas, fazem parte um quadro de risco.

Sabemos que alguns índices encontrados nos estudos epidemiológicos podem sofrer certos desvios, devido a pouca fidelidade dos dados secundários que são base de muitos estudos. Muitos são embasados em dados do SIASI, por exemplo, onde estudos já mostraram os fatores de fragilidade dos mesmos. Estes ainda possuem grandes lacunas, desde os problemas já citados anteriormente até a própria implantação do SIASI que foi lenta, como por exemplo, até 2007 apenas os módulos de demografia, de morbidade e de imunização estavam operando (SOUZA, *et al.*, 2007). Ainda há de se lembrar de que alguns índices podem não representar a população indígena de forma específica, porém, como é o caso dos que medem dados nutricionais, 15 das 141 publicações eram sobre saúde nutricional e todas apresentaram conclusões relacionadas a índices de desnutrição e obesidade agravantes. Mesmo que os dados não sejam precisos não acreditamos que essas conclusões fogem a realidade. Alguns estudos relataram também dificuldade com a língua na coleta de dados. Porém, ainda assim, alguns indicadores sugerem que os números podem ser aceitos e utilizados (FERREIRA *et al.*, 2011).

Não seria preciso muita leitura para convencer essa pesquisadora sobre a veracidade dos dados, pois durante uma visita a comunidade de Manoá, três realizadas à comunidade de Jatapuzinho, e o trabalho prestado na CASAI de Boa Vista/RR, além da convivência com os Guarani Kaiowá de Dourados/MS durante anos, foram o suficiente para visualizar a precariedade das condições de saúde dessa população. A população indígena vem enfrentado mudanças sociohistóricas e políticas que influenciaram diretamente o processo de saúde/doença/cura.

Outra análise que se faz pertinente nesta pesquisa foi a descrição dessas mudanças, do processo de transformação cultural que sugeriu um sentido de “aculturação”, termo usado para referir a “*perda da cultura*” por diversos autores pesquisados. De acordo com Couche (2004), a palavra “aculturação” foi utilizada pela primeira vez em 1880 por J.W Powell, para explicar os processos oriundos do contato entre os imigrantes estrangeiros e a sociedade nacional norte-americana. Porém, no Brasil, os estudos de aculturação assumiram diferentes orientações que traziam reações em relação a teoria da aculturação. Athias (2007) relata a

dificuldade de se estabelecer a diferença entre mudança cultural e aculturação, preferindo o termo assimilação como alternativa para explicar a impossibilidade de dissociação de elementos da cultura ocidental e indígena na medida em que considerou a formação de um só sistema. Entende-se hoje, que não há de se falar de *“perda da cultura”* sendo necessário analisar os papéis interculturais e a comunicação intercultural para entender que o termo “aculturação” pode ser usado como instrumento crítico, porém de uma forma bilateral aceitando um processo de mudança natural devido à reelaboração cultural dinâmica em todas as sociedades.

Lembramos que o Estado entende os processos de etnicidade e tem trabalhado para construir pontes para atender as necessidades dessa população. Muitas foram as estratégias para organizar a saúde dos povos indígenas, mas poucas estão honrando o cumprimento das diretrizes traçadas pela PNASPI. É importante a análise de que a política para atenção dos povos indígenas foi criada para que estes sejam atendidos nas suas especificações, não apenas para que haja uma igualdade no “fornecimento da saúde” em todos os níveis de complexidade. Eles devem cumprir as diretrizes que a tornam base de um modelo diferenciado, mesmo que esse conceito ainda não tenha sido absorvido, nem tampouco entendido, as especificações são claras quanto ao respeito e integração aos modelos tradicionais indígenas. Esses pré-requisitos fazem parte também de uma política de humanização caracterizada por valorizar os sujeitos e dar voz a eles no processo de gestão.

Nesse aspecto devemos considerar sempre o olhar indígena, a forma com que atribui suas significações e ressignificações nos processos de saúde, assim como entender para respeitar suas práticas de autoatenção, sua busca nos diferentes espaços onde a saúde acontece e as assimilações nos processos que permite a atuação da biomedicina como integradora.

Analisar o contexto em que a saúde indígena no Brasil está inserida exige que coloquemos uma lente amplificadora e que refaçamos nossos conceitos quanto ao que significa equidade, integralidade e universalidade. Esses três princípios estão sob o foco das políticas que apontam um modelo de saúde ideal a ser implantado. Contudo, no decorrer deste trabalho, percebemos que inúmeras muralhas estão interrompendo o fluir dos caminhos que levam a um modelo de atenção diferenciada

de sucesso para a saúde dos povos indígenas no Brasil. Igualdade “da nossa” justiça não serve para quem é diferente “de nós”; integralidade não acontece onde não se constrói “diálogo”, e universalidade não existe onde não há “serviço”.

Um modelo de atenção que visa atender as especificidades de cada povo, respeitando sua etnicidade, seus saberes e inserindo-os numa realidade técnica e científica onde a biomedicina é a detentora de poder não é um desafio para “qualquer política”. As forças para cumprir o estabelecido nos documentos oficiais não estando sendo suficientes. Referimos aqui a força mesmo! Força política, força gestora, força popular. Essas forças existem e precisam se organizar para que a saúde indígena passe a vivenciar o tão almejado modelo.

Mais uma tentativa para fortalecer a aplicação das políticas foi realizada recentemente quando entrou em vigor o decreto nº 8.593 de 17 de dezembro de 2015, criando o Conselho Nacional de Política Indigenista (CNPI). O Conselho é um órgão colegiado ligado ao Ministério da Justiça de caráter consultivo responsável pela elaboração, acompanhamento e implantação de políticas públicas voltadas aos povos indígenas. É intenção garantir os direitos dos povos indígenas e acompanhar as ações desenvolvidas, de forma a aumentar o poder de fiscalização. Na finalização dos trabalhos dessa dissertação a portaria nº 501, de 31 de maio de 2016, do Ministério da Justiça e Cidadania, constitui o Conselho da Política de Proteção e Promoção dos Direitos dos Povos Indígenas Isolados e de Recente Contato que tem como uma de suas atribuições apoiar a formulação de diretrizes para a promoção dos direitos dos povos indígenas de recente contato. Essas tentativas objetivam o atendimento das necessidades primárias desses povos, porém ainda precisam de ajustes e maior efetividade na sua implementação.

O modelo de saúde que vivenciamos hoje é uma construção de sujeitos não-índios para os índios, então os indígenas são colocados nesse modelo de forma impositiva, o que provoca tensões. Dessa forma usam estratégias para adquirir o que entendem ser seus direitos perante um modelo defasado e cheio de ambiguidades. A forma com que ocorrem as ações e serviços de saúde e a participação social estão marcadas por práticas desarticuladas com a realidade dos povos indígenas, e apresentam grandes obstáculos para o cumprimento das diretrizes do Subsistema.

Quando se depara com a dimensão intercultural que é desenvolver um trabalho com as populações indígenas, a gestão se vê encurralada num sistema onde a necessidade de articulação de modelos interétnicos é urgente. A adequação de um novo modo de conceber a saúde reorganizando as práticas biomédicas dentro de um processo onde o aprendizado acerca dos valores e das tradições indígenas ainda não se tornou prioridade torna-se praticamente impossível.

Assim, entende-se que a educação em saúde se torna um grande alicerce para esse novo modelo. A reformulação dos conceitos de saúde deveria fazer parte constante do cotidiano dos sujeitos provedores dela, desde a primeira formação até a efetivação de uma educação permanente, fazendo com que a forma humanizada, integralizada, diferenciada fosse oferecida para todos os contextos sociais, respeitando o valor de cada povo, cada raça e cada espaço de saúde, inclusive dos povos indígenas. A educação gera a oportunidade de diálogo, crescimento, propostas, reflexões, sendo o espaço onde as verdadeiras mudanças podem ocorrer.

Sob essa ótica, citar os quatro pilares da Educação⁷ que são aprender a conhecer (adquirir instrumentos de compreensão), aprender a fazer (para poder agir sobre o meio), aprender a viver (cooperação com os outros em todas as atividades humana), e finalmente aprender a ser (conceito principal que integra todos os anteriores), se faz pertinente, podendo ser a forma, em longo prazo, de se iniciar um movimento que possibilite alcançar plenamente as diretrizes propostas pela política nacional.

Esse ideal está longe de ser alcançado, porém é começando a revolução pela busca dos diferentes saberes que encontraremos respostas para ações concretas e bem sucedidas em todas as áreas do contexto de vida, inclusive na saúde, de todos os povos, inclusive dos povos indígenas.

As políticas estão bem desenhadas quanto às diretrizes a serem atendidas, porém a execução e implementação dessas carece de adequação. Rer e reformular as políticas, traçando modelos que visem a educação em saúde para contemplar a saúde indígena de forma integrada e equânime faz-se necessário.

⁷ Conceitos de fundamento da educação baseados no relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI, coordenada por Jacques Delors. Disponível em <http://unesdoc.unesco.org/images/0010/001095/109590por.pdf>. Acesso em 06 mai 2016.

Nossa pesquisa teve por finalidade ampliar o olhar acerca da saúde indígena em seu atual contexto de marginalidade, como forma de despertar na comunidade acadêmica reflexão sobre o tema, trazendo curiosidade e iniciativa na produção científica que proponha alternativas eficazes e meios concretos de como manter e recuperar a saúde dos povos indígenas no Brasil, proporcionando a efetivação da atenção diferenciada, auxiliando no cumprimento das diretrizes estabelecidas pela política nacional.

A pesquisa se fez relevante e oportuna, pois, proporciona uma coletânea sobre a saúde indígena dos últimos dez anos, podendo ser usada para levantamento em estudos comparativos em diferentes épocas e com diferentes povos. Entretanto, desejo não encerrar minha pesquisa por aqui, mas prosseguir em estudos mais aprofundados sobre a saúde indígena no Brasil, aumentando o leque de busca, para produção de uma obra maior que possa estar mais próxima da realidade brasileira.

REFERÊNCIAS

ALFRADIQUE, ME *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP– Brasil). **Cadernos de Saúde Pública**, 2009; 25(6): 1337-49. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n6/16.pdf> >. Acesso em 13 mar 2016.

ALMEIDA, LS; VILELA, R; ASSIS, F. **Xukuru-Kariri: Saúde na Fazenda Canto**. Maceió: Edufal; 2005. Disponível em <http://cimi.org.br/site/pt-br/?system=news&action=read&id=7768>. Acesso em 09 mai 2016.

ALVES FILHO, P; SANTOS, RV; VETTORE, MV. Desigualdades socioambientais na ocorrência de cárie dentária na população indígena no Brasil: Evidências entre 2000 e 2007. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. Setembro 2013, Vol.16(3), pp.692-704). Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v16n3/pt_1415-790X-rbepid-16-03-00692.pdf . Acesso em 16 abr 2016.

ARANTES, R; SANTOS, RV; FRAZÃO, P. Diferenciais de cárie dentária entre os índios Xavante de Mato Grosso, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**; 13(2): 223-236, jun. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2010000200005. Acesso em 15 de abril de 2016.

ARAÚJO, R. **Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena no Brasil: dilemas, conflitos e alianças a partir da experiência do Distrito Sanitário Especial Indígena do Xingu**. 2012. [Tese de Doutorado]. São Carlos: Programa de Pós-graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de São Carlos; 2012. Acesso em 16 mai 2016.

ARCOVERDE, LC. **Prevalência das lesões precursoras de câncer de colo uterino nas adolescentes e jovens da Amazônia**. 2013. Dissertação de Mestrado. Boa Vista, 2013. 59 p. Disponível em [file:///C:/Users/Desktop-pc/Downloads/luciana%20arcoverde%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Desktop-pc/Downloads/luciana%20arcoverde%20(1).pdf). Acesso em 16 mai 2016.

ASSIS, EM *et al.* Prevalência de parasitos intestinais na comunidade indígena Maxakali, Minas Gerais, Brasil, 2009. **Cadernos de Saúde Pública**, 01 April 2013, Vol.29(4), pp.681-690. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000400006. Acesso 02 fev 2016.

ATHIAS, R. **A noção de identidade étnica na Antropologia brasileira: de Roquette Pinto e Roberto Cardoso de Oliveira**; apresentação Edvânia Torres. Recife: Ed. Universitária da UFPE. 2007. 134. (73-94).

AZÊVEDO, PVB *et al.* Sintomas do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade em crianças indígenas da Amazônia Brasileira. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, 2010, Vol.68(4), pp.541-544. Disponível em

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-282X2010000400012&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em 23 mar 2016.

BARRETO, CTG; CARDOSO, AM; COIMBRA JR., CE. Estado nutricional de crianças indígenas Guarani nos estados do Rio de Janeiro e São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, março 2014, Vol.30(3), pp.657-662. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000300657&lng=pt&tlng=en. Acesso em 12 fev 2016.

BARUZZI, RG. A universidade na atenção à saúde dos povos indígenas: a experiência do Projeto Xingu da Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina. **Saúde e Sociedade**, 01 agosto 2007, Vol.16(2), pp.182-186. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902007000200019. Acesso em 07 fev 2016.

BASTA, PC, *et al.* Aspectos epidemiológicos da tuberculose na população indígena Suruí, Amazônia, Brasil. **Revista Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, 2004; 37:338-42. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822004000400010. Acesso em 06 mai 2016.

_____. Survey for tuberculosis in an indigenous population of Amazonia: the Surui of Rondonia, Brazil. **Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene**. 2006; 100: 579-85. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16274716>. Acesso em 13 abr 2016.

_____. Estudo clínico-radiológico de crianças e adolescentes indígenas Suruí, Região Amazônica. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, 01 dezembro 2010, Vol.43(6), pp.719-722. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822010000600024. Acesso em 05 mai 2016.

BBC BRASIL. FELLET, J. Desnutrição matou 419 crianças indígenas desde 2008. Fev 2014. Disponível em http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2014/02/140220_abre_indios_desnutricao_pai_jf. Acesso em 02 mar 2016.

BERNARDES, AG. Saúde indígena e políticas públicas: alteridade e estado de exceção. **Saúde Educação**, 2011, Vol.15(36), p.153(12). Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000100012. Acesso em 16 mai 2016.

BOAVENTURA, EM. **Metodologia da pesquisa: monografia, dissertação e tese**. São Paulo: Atlas, 2004. 160p. Disponível em http://www.travessa.com.br/METODOLOGIA_DE_PESQUISA_MONOGRAFIA_DISSERTACAO_TESE/artigo/1a61cb67-6f79-4580-9f24-6ec38e935256. Acesso em 20 de abril de 2016.

BÓIA, MN *et al.* Tuberculose e parasitismo intestinal em população indígena na Amazônia brasileira. **Revista de Saúde Pública**, 01 Fevereiro 2009, Vol.43(1),

pp.176-178. Disponível em:
 <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000100023>. Acesso em: 31 mar. 2016.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2010. Disponível em:
http://disciplinas.stoa.usp.br/pluginfile.php/312146/mod_resource/content/1/Bourdieu%20-%20O%20Poder%20Simb%C3%B3lico.pdf. Acesso em 11 mai 2016.

BRAND, A; VIETTA, K. Análise gráfica das ocorrências de suicídios entre os Kaiowá/Guarani, no Mato Grosso do Sul, entre 1981 e 2000. **Tellus**. 2001; 1:119-32. Campo Grande-MS. Disponível em
ftp://neppi.ucdb.br/pub/tellus/tellus1/TL1_documentos.pdf. Acesso em 08 abr 2016.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde – FUNASA. **Política nacional de atenção a saúde dos povos indígenas**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf. Acesso em 12 fev 2016.

_____. Fundação Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2a edição - Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002. 40 p. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf. Acesso em 23 jan 2016.

_____. Fundação Nacional de Saúde. Relatório final da 4a Conferência Nacional de Saúde Indígena. Brasília: Fundação Nacional de Saúde 2007. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/4_conferencia_nacional_saude_indigena_relatorio_final.pdf. Acesso em 16 mai 2016.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde – FUNASA. **Sistema de informação da atenção à saúde indígena (SIASI)**. Disponível em <http://sis.funasa.gov.br/siasi>. Acesso 28 outubro 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada** – manual técnico – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 163 p. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf. Acesso em 13 mar 2016.

BRESAN, D; BASTOS, JL; LEITE, MS. **Epidemiologia da hipertensão arterial em indígenas Kaingang, Terra Indígena Xaçecó, Santa Catarina, Brasil, 2013**. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 31(2):1-14, fev, 2015. Disponível em http://www.scielosp.org/pdf/csp/v31n2/pt_0102-311X-csp-31-02-00331.pdf. Acesso em 16 mai 2016.

BUB, MBC *et al*. Uma Noção de Cuidado de si mesmo e o Conceito de autocuidado na Enfermagem. **Texto contexto - enfermagem**. Vol.15, n.spe, pp 152-157, 2006.

Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000500018. Acesso em 02 abr 2016.

BUCHILLET, D. **Bibliografia crítica da saúde indígena no Brasil (1844-2006)**. Quito-Ecuador: Ediciones Abya-Yala. 2007. 612p. Disponível em <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v25n3/27.pdf>. Acesso em 16 mai 2016.

CALDAS, ADR; SANTOS, RV. Vigilância Alimentar e Nutricional para os povos indígenas no Brasil: análise da construção de uma política pública em saúde. **Physis**, 01 junho 2012, Vol.22(2), pp.545-565. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000200008. Acesso em 16 mai 2016.

CARDOSO, AM; COIMBRA JR., CEA; TAVARES, FG. Morbidade hospitalar indígena Guarani no Sul e Sudeste do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 2010; 13:21-34. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2010000100003. Acesso em 13 mai 2016.

CARDOSO, AM *et al.* Mortality among Indians in Southeastern and Southern Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, 2011; 27 Suppl 2:S222-36. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011001400010. Acesso em 15 mai 2016.

_____. Risk factors for hospital admission due to acute lower respiratory tract infection in Guarani indigenous children in southern Brazil: a population-based case-control study. **Tropical Medicine International Health**, 2013; 18:596-607. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23489343>. Acesso em 10 mai 2016.

CARDOSO, MD. Saúde e povos indígenas no Brasil: notas sobre alguns temas equívocos na política atual. **Cadernos de Saúde Pública**; 30(4): 860-6, 2014 Abril. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000400860. Acesso em 16 mai 2016.

CARMO, EH; BARRETO, ML; SILVA JR., JB. Mudanças nos padrões de morbimortalidade da população brasileira: os desafios para um novo século. **Epidemiologia Serviços Saúde**, 2003; 12: 63-75. Disponível em http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742003000200002. Acesso em 02 mai 2016.

CARVALHO, MAL. A dinâmica sociopolítica yanomami no contexto de criação da hutukara: pata thêpê e a emergência de jovens lideranças políticas. **Textos & Debates**, jan/jun 2013. Boa Vista, n.20, p. 64-80. Disponível em <http://revista.ufrr.br/index.php/textosedebates/article/viewFile/1331/992>. Acesso em 02 mai 2016.

CARVALHO, MS; COELI, CM; TRAVASSOS, C. Uma breve história de Cadernos de Saúde Pública. **Ciência e saúde coletiva**. 2015, vol.20, n.7, pp. 2007-2012.

Disponível em http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232015000702007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 09 mai 2016

CASTELLS, M. Paraísos comunais: identidade e significado na sociedade de rede. In: CASTELLS, M. **O poder da identidade**. São Paulo: Paz e Terra, 2001. Disponível em <https://pt.scribd.com/doc/79225153/O-Poder-Da-Identidade-cap-1>. Acesso em 03 mai 2016.

CASTRO, TGC *et al.* Estado nutricional dos indígenas Kaingáng matriculados em escolas indígenas do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 01 September 2010, Vol.26(9), pp.1766-1776. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000900010. Acesso em 02 mai 2016.

_____. Circunferência da cintura e circunferência da cintura/estatura entre adolescentes indígenas Kaingáng do Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 01 novembro 2012, Vol.28(11), pp.2053-2062. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001100005. Acesso em 04 mar 2016.

CÉSAR, JA *et al.* Mudanças em indicadores de saúde infantil em um município com agentes comunitários: o caso de Itapirapuã Paulista, Vale do Ribeira, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. 2002; 18: 1647-54. Disponível em http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2002000600019&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em 16 mai 2016.

CHAVES, MBG; CARDOSO, AM; ALMEIDA, C. Implementação da política de saúde indígena no Pólo-base Angra dos Reis, Rio de Janeiro, Brasil: entraves e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**. 2006; 22:295-305. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000200007. Acesso em 11 mai 2016.

COELHO, V; SHANKLAND, A. Making the right to health a reality for Brazil's indigenous peoples: innovation, decentralization and equity. **MEDICC Review**; 13(3): 50-3, 2011 Jul. Disponível em http://www.medicc.org/mediccreview/articles/mr_211.pdf. Acesso em 16 mai 2016.

COIMBRA JÚNIOR, CEA. **Aula inaugural do Curso de Vigilância Alimentar e Nutricional para Saúde Indígena**. Nov. 2007. Disponível em <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/7156>. Acesso em 13 mar 2016.

_____. Saúde e povos indígenas no Brasil: reflexões a partir do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição Indígena. **Cadernos de Saúde Pública**; 30(4): 855-9, 2014. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000400855>. Acesso em 15 mai 2016.

COIMBRA JÚNIOR., CEA; SANTOS, RV. Epidemiologic Profile of Amazonian Amerindians from Brazil, with Special Emphasis on the Xavante from Mato Grosso and on groups from Rondonia. **Report of the World Bank**. Rio de Janeiro. 1994.

Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000089&pid=S0021-757200100010000700026&lng=en. Acesso 02 abril 2016.

_____. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações com ênfase nos povos indígenas do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 5:125-132, 2000. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-8123200000100011. Acesso em 05 de abril 2016.

CONKLIN, BA. O sistema médico Wari'(Pakaanóva). In: Santos RV, Coimbra Jr, CEA, (Org). **Saúde e povos indígenas**. São Paulo: Fiocruz; 1994. p. 161-86. Disponível em <http://books.scielo.org/id/wqffx/08>. Acesso em 12 mar 2016.

CONNELLY, FM.; CLANDININ, DJ. Relatos de experiência e investigação narrativa. In: LARROSA, Jorge. (org.). **Déjame que te cuente: ensayos sobre narrativa y educación**. Barcelona: Editorial Laertes, 1995 (p. 11-59). Disponível em http://institucional.us.es/revistas/cuestiones/13/art_22.pdf. Acesso 18 abr 2016.

COSTA, CA; KIMURA, LO. Epidemiologia molecular do vírus da hepatite B em população indígena em torno dos Rios Curuçá e Itaquai, Vale do Javari, Estado do Amazonas, Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. 01 agosto 2012, Vol.45(4), pp.457-462. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822012000400008&lng=en&tlng=en>. Acesso em: 31 mar. 2016.

CRUZ, KR; COELHO, EMB. A saúde indigenista e os desafios da particip(ação) indígena. **Saúde e Sociedade**, 01 maio 2012, Vol.21, pp.185-198. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000500016. Acesso em 01 mai 2016.

DIAS JR, CS *et al*. Prevalência de parasitoses intestinais e estado nutricional, segundo sexo e idade, entre a população indígena Caxixó, Minas Gerais, Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, 01 dezembro 2013, Vol.30(2), pp.603-608. Directory of Open Access Journals (DOAJ) Disponível <em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-30982013000200013>. Acesso em 31 mar 2016.

DIAS, LF. Consumo de bebidas alcoólicas entre os povos indígenas do Uaçá. In: **Processos de Alcoolização Indígena no Brasil: Perspectivas Plurais**. /Org. Maximiliano Loiola Ponte de Souza. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. p.107-124. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000100311. Acesso em 12 mai 2016.

DIAS-SCOPEL, RP. O agente indígena de saúde Xokleng – uma abordagem da antropologia da saúde [Dissertação de Mestrado]. Florianópolis: Programa de Pós-graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina; 2005. Disponível em <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/102191>. Acesso 03 fev 2016.

DIEHL, EE; FOLLMANN, HBC. Indígenas como trabalhadores de enfermagem: a participação de técnicos e auxiliares nos serviços de atenção à saúde indígena. **Texto & Contexto Enfermagem**, 01 janero 2014, Vol.23(2), pp.451-459. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n2/pt_0104-0707-tce-23-02-00451.pdf. Acesso 08 fev 2016.

DIEHL, EE; LANGDON, EJ. Transformações na Atenção à Saúde Indígena: Tensões e Negociações em um Contexto Indígena Brasileiro. **Universitas Humanística**, 01 março 2015(80), pp.213-236. Disponível em <http://www.scielo.org.co/pdf/unih/n80/n80a09.pdf>. Acesso em 15 mar 2016.

DOWDY, HE. **O Pajé de Cristo**. Editora Sepal: São Paulo. 1997. 276 p.

FERREIRA, MEV; MATSUO, T; SOUZA, RKT. Aspectos demográficos e mortalidade de populações indígenas do Estado do Mato Grosso do Sul, Brasil **Cadernos de Saúde Pública**; 27(12): 2327-2339, dez. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n12/05.pdf>. Acesso em 17 mai 2016.

FERREIRA, OF. A emergência da medicina tradicional indígena no campo das políticas públicas. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, 01 março 2013, Vol.20(1), pp.203-219. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v20n1/11.pdf>. Acesso em 15 mai 2016.

FÓLLER, ML. Intermedicalidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde. In: Langdon EJ, Garnelo L, organizadores. **Saúde dos povos indígenas**. Rio de Janeiro: ContraCapa/Associação Brasileira de Antropologia; 2004. p. 129-48. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n2/v22n2a25.pdf>. Acesso em 20 de abril de 2016.

FONSECA, AJ *et al.* Prevalência de alterações citológicas cervicais em indígenas do extremo norte da Amazônia brasileira. **Revista Brasileira De Cancerologia**; 60(2): 101-108, abr.-jun. 2014. ilus. Disponível em http://www.inca.gov.br/rbc/n_60/v02/pdf/03-artigo-prevalencia-de-alteracoes-citologicas-cervicais-em-indigenas-do-extremo-norte-da-amazonia-brasileira.pdf. Acesso em 27 fev 2016.

Fórum: saúde e povos indígenas no Brasil. Introdução. Welch JR. **Cadernos de Saúde Pública**; 30(4): 851-4, 2014 Apr. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000400851. Acesso em 17 mai 2016.

GARNELO, L. Aspectos socioculturais de vacinação em área indígena. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, 01 março 2011, Vol.18(1), pp.175-190. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702011000100011. Acesso em 05 abr 2016.

_____. Saúde Indígena: uma introdução ao tema. Luiza Garnelo; Ana Lúcia Pontes (Org.). Brasília: MEC-SECADI, 2012. 280 p. Disponível em http://www.trilhasdeconhecimentos.etc.br/livros/arquivos/CoIET15_Vias05WEB.pdf. Acesso em 17 mai 2016.

GARNELO, L; SAMPAIO, S. Bases sócio-culturais do controle social em saúde indígena: problemas e questões na região Norte do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 311-318, 2003. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000100035. Acesso em 16 mai 2016.

_____. Organizações indígenas e distritalização sanitária: os riscos de “fazer ver” e “fazer crer” nas políticas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. 2005. 21(4),1217-1223. Disponível em <http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/2726>. Acesso em 28 mar 2016.

GARNELO, L; WRIGHT R. Doença, cura e serviços de saúde: representações, práticas e demandas Baniwa. **Cadernos de Saúde Pública**, 2001; 17(2):273-284. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v17n2/4173.pdf>>. Acesso em 17 abr 2016.

GARNELO, L *et al.* Formação técnica de agente comunitário indígena de saúde: uma experiência em construção no Rio Negro. **Trabalho, Educação e Saúde**, 2009; 7:373-85. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462009000200010 . Acesso 21 fev 2016.

GARNELO, L; MACEDO, G; BRANDÃO, LC. **Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde indígena no Brasil**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003. Disponível em [file:///C:/Users/Desktop-pc/Downloads/Capitulo-30%20SaFAde%20IndEDge%20na%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Desktop-pc/Downloads/Capitulo-30%20SaFAde%20IndEDge%20na%20(1).pdf). Acesso em 16 mai 2016.

GAVA, C *et al.* Tuberculose em crianças indígenas da Amazônia brasileira. **Revista de Saúde Pública**, 01 Fevereiro 2013, Vol.47(1), pp.77-85. Disponível em <http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/76584/80331>. Acesso em 03 mai 2016.

GIATTI, LL. Reflexões sobre água de abastecimento e saúde pública: um estudo de caso na amazônia brasileira. **Saúde & Sociedade**; 16(1): 134-144, jan.-abr. 2007. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902007000100012&lng=pt. Acesso em 22 de abr 2016.

GIATTI, LL *et al.* Condições sanitárias e socioambientais em Iauaretê, área indígena em São Gabriel da Cachoeira, AM. **Ciência & Saúde Coletiva**, 01 dezembro 2007, Vol.12(6), pp.1711-1723. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000600032. Acesso em 24 mar 2016.

GILIO, J; MIORANZA, SL; TAKIZAWA, MGMH. Parasitismo intestinal em índios da reserva indígena de Rio das Cobras. **Revista Brasileira Anal Clínico**, 2006; 38:193-5. Disponível em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=461311&indexSearch=ID>. Acesso em 04 mai 2016.

GIMENO, SGA *et al.* Perfil metabólico e antropométrico de índios Aruák: Mehináku, Waurá e Yawalapíti, Alto Xingu, Brasil Central, 2000/2002. **Cadernos de Saúde Pública**, 2007; 23(8):1946-1954. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000800021. Acesso em 14 fev 2016.

GRUBITS, S; FREIRE, HBG; NORIEGA, JAV. Suicídios de jovens Guarani/Kaiowá de Mato Grosso do Sul, Brasil. **Psicologia: ciência e profissão**; 31(3): 504-517, 2011. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932011000300006. Acesso em 15 abr 2016.

GUGELMIN SA, SANTOS RV. Uso do índice de massa corporal na avaliação do estado nutricional de adultos indígenas Xavante, Terra Indígena Sangra douro-Volta Grande, Mato Grosso, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. 2006; 22(9):1865-72. Disponível em <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v22n9/10.pdf>. Acesso em 12 mar 2016.

GUIMARÃES; CS. **Saneamento Básico**. IT 179. Ago 2007. Disponível em <http://www.ufrj.br/institutos/it/deng/leonardo/downloads/APOSTILA/Apostila%20IT%20179/Cap%201.pdf>. Acesso em 02 mai 2016.

GUIMARÃES, LAM; GRUBITS, S. Alcoolismo e violência em etnias indígenas: uma visão crítica da situação brasileira. **Psicologia Sociedade**, 2007; 19:45-51. Acesso em 22 abr 2016.

GUIMARÃES, SMF. O sistema médico Sanumá-Yanomami e sua interação com as práticas biomédicas de atenção à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**; 31(10): 2148-2156, out. 2015. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2015001002148&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em 17 mai 2016.

HELMAN, CG. **Cultura, saúde e doença**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
HORTA, Bernardo L. Nutritional status of indigenous children: findings from the First National Survey of Indigenous People's Health and Nutrition in Brazil. **International journal for equity in health**. Vol.12, pg.23, 2013. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23552397>. Acesso em 20 de abril de 2016.

IBGE. "Os Indígenas no Censo Demográfico 2010 – Primeiras Considerações com Base no Quesito Cor ou Raça": In Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro. Disponível em http://www.ibge.gov.br/indigenas/indigena_censo2010.pdf. Acesso em 16 mai 2016.

IMBIRIBA, EB *et al.* Hanseníase em populações indígenas do Amazonas, Brasil: um estudo epidemiológico nos municípios de Autazes, Eirunepé e São Gabriel da Cachoeira (2000 a 2005). **Cadernos de Saúde Pública**; 25(5): 972-984, maio 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n5/04.pdf>. Acesso em 11 abr 2016.

KELLY, JA. **State Healthcare and yanomami transformation: a symmetrical anthropology**. Tucson: The University of Arizona Press; 2011. Disponível em <http://digitalcommons.trinity.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1200&context=tipiti>. Acesso em 16 mai 2016.

KLEINMAN, AM. **Patients and healers in the context of culture**. Berkeley: University of California Press, p. 24-71, 1980.

KUHL, AM *et al.* Perfil nutricional e fatores associados à ocorrência de desnutrição entre crianças indígenas Kaingáng da Terra Indígena de Manguueirinha, Paraná, Brasil **Cadernos de Saúde Pública**, 01 fevereiro 2009, Vol.25(2), pp.409-420. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n2/20.pdf>. Acesso em 28 de fev 2016.

LANGDON, EJ. A doença como experiência: a construção da doença e seu desafio para a prática médica. **Antropologia em primeira mão**. Vol 12, p. 1-14. Florianópolis: Editora da UFSC, 1996a. Disponível em http://www.antropologia.com.br/tribo/nessi/textos/A_Doenca_como_Experiencia.htm. Acesso em 20 de abril de 2016.

_____. **Xamanismo no Brasil: Novas Perspectivas**. Florianópolis: Editora da UFSC, 1996b. Disponível em <http://trove.nla.gov.au/work/22829140?selectedversion=NBD13156228> . Acesso em 20 de abril de 2016.

LANGDON, EJ. Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde. In Langdon EJ, Garnelo L, organizadores. **Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa**. Rio de Janeiro: Contra Capa/ABA, p. 33-51, 2004. Disponível em http://disciplinas.stoa.usp.br/pluginfile.php/1185043/mod_resource/content/1/Langdon_Uma%20Avalia%C3%A7%C3%A3o%20Cr%C3%ADtica%20da%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20Diferenciada%20e%20a%20Colabora%C3%A7%C3%A3o%20entre%20Antropologia%20e%20Profissionais%20de%20Sa%C3%BAde.pdf. Acesso em 20 de abril de 2016.

LANGDON, EJ; DIEHL, E. Participação e autonomia nos espaços interculturais de saúde indígena: reflexões a partir do sul do Brasil. **Saúde & Sociedade**. 2007; 16:19-36. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902007000200004. Acesso em 16 mai 2016.

LANGDON, EJ *et al.* A participação dos agentes indígenas de saúde nos serviços de atenção à saúde: a experiência em Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 2006; 22:2637-46. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001200013. Acesso 14 fev 2016.

LEITE, MS *et al.* Crescimento físico e perfil nutricional da população indígena Xavante de Sangradouro-Volta Grande, Mato Grosso, Brasil. **Cadernos de saúde pública**, 2006 vol:22 iss:2 pg:265 -276. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000200004>. Acesso em 01 abr. 2016.

_____. Prevalence of anemia and associated factors among indigenous children in Brazil: results from the First National Survey of Indigenous People's Health and

Nutrition. **Nutrition Journal**, 2013; 12:69. Disponível em <https://nutritionj.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-2891-12-69>. Acesso em 12 mai 2016.

LEITE, MS; SANTOS RV & COIMBRA JÚNIOR. CEA. Sazonalidade e estado nutricional de populações indígenas: o caso Wari, Rondônia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 2007; 23:2631-42. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001100011. Acesso em 11 mar 2016.

LEVINO, A; OLIVEIRA, RM. Tuberculose na população indígena de São Gabriel da Cachoeira, Amazonas, Brasil. **Cadernos de saúde pública**. 2007, vol:23, iss:7, pg:1728 -1732. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000700026. Acesso em: 01 abr. 2016

LONGHI, EG; CARAMORI, JE. Avaliação do estado nutricional da comunidade indígena Kaingang. Área Monte Caseiros - Muliterno RS **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, 01 novembro 2010, Vol.4(15), pp.173-178. Disponível em <http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/169>. Acesso em 13 mai 2016.

LOURENÇO, AEP. **Avaliação do estado nutricional em relação a aspectos socioeconômicos de adultos indígenas Suruí, Rondonia, Brasil** [dissertação]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. Disponível em: <http://www.bvsde.paho.org/texcom/nutricion/zanetti.pdf>. Acesso 22 abr 2016.

MACEDO, MDC; BARROS, DD. Saúde e serviços assistenciais na experiência de jovens Guarani da comunidade Boa Vista. **Revista Terapia Ocupacional da USP**, 01 dezembro 2010, Vol.21(3), pp.182-188. Disponível em <http://www.revistas.usp.br/rto/article/viewFile/14103/15921>. Acesso em 16 mai 2016.

MACIEL, SC; OLIVEIRA, RCC; MELO, JRF. Alcoolismo em indígenas potiguara: representações sociais dos profissionais de saúde. **Psicologia: Ciência e Profissão**, 01 janeiro 2012, Vol.32(1), pp.98-111. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932012000100008&lng=pt&tlng=pt. Acesso em 16 mai 2016.

MAGGI, RS. A saúde indígena no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**; 14(1): 13-14, Jan-Mar/2014. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292014000100013 >. Acesso em 23 mar 2016.

MAGGIONI, EDR *et al.* Saúde dos servidores das casas de saúde indigens e pólos-base da fundação nacional de saúde, mato grosso do sul. **Revista Baiana de Saúde Pública**; 37(3)jul.-set. 2013. Disponível em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=728975&indexSearch=ID>. Acesso em 07 mai 2016.

MARQUES, MC *et al.* Tuberculose em indígenas menores de 15 anos, no Estado de Mato Grosso do Sul. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, 01 Dezembro 2010, Vol.43(6), pp.700-704. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v43n6/20.pdf>. Acesso em 11 fev 2016.

MELO, JRF *et al.* Implicações do uso do álcool na comunidade indígena Potiguara. **Physis**, 01 janeiro 2011, Vol.21(1), pp.319-333. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000100019. Acesso em 15 abr 2016.

MENDONÇA, SBM. O agente indígena de saúde do Parque Indígena do Xingu: reflexões. In: Baruzzi R, Junqueira C, organizadores. **Parque Indígena do Xingu: saúde, cultura e história**. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo/Terra Virgem; 2005. p. 227-46.

MENEGOLLA, IA *et al.* Estado nutricional e fatores associados à estatura de crianças da Terra Indígena Guarita, Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 2006; 22:395-406. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n2/17.pdf>. Acesso em 19 fev 2016.

MENÉNDEZ, EL. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. **Ciências da Saúde Coletiva**. Vol. 8, p. 185-208. 2003. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n1/a14v08n1.pdf>. Acesso em 20 jun 2015.

_____. **Sujeitos, saberes e estruturas: Uma introdução ao enfoque relacional no estudo da Saúde Coletiva**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild. 2009. 437p.

_____. Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social privado. **Cuadernos Médico Sociales**. 2010. 73, 5-22. Disponível em <http://tie.inspvirtual.mx/recursos/temas/etv/OAParticipacionSocialWeb/material/Participacion%20social%20en%20salud.pdf>. Acesso em 01 mai 2016.

MESTRINER JR, W *et al.* O desenvolvimento de competências em atenção básica à saúde: a experiência no projeto Huka-Katu. **Ciência & Saúde Coletiva**, 01 January 2011, Vol.16, pp.903-912. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700022. Acesso em 16 mai 2016.

MINAYO, MCS. (Org.). Pesquisa social: teoria, método e **criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994. Disponível em http://www.faed.udesc.br/arquivos/id_submenu/1428/minayo__2001.pdf. Acesso em 11 mai 2016.

MINAYO, MCS *et al.* Possibilidades e dificuldades nas relações entre ciências sociais e epidemiologia. **Ciências & Saúde Coletiva**, vol. 8 (1), p. 97-108, 2003. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000100008. Acesso 14 mar 2016.

MONDINI, L *et al.* Condições de nutrição em crianças Kamaiurá: povo indígena do Alto Xingu, Brasil Central. **Revista Brasileira de Epidemiologia**; 10(1): 39-47, mar. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v10n1/04.pdf>. Acesso em 19 mar 2016.

MONTENEGRO, RA; STEPHENS, C. **Indigenous health in Latin America and the Caribbean**. Lancet. London-New York, v. 367, 1859-69. 2006. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16753489>. Acesso 04 jun 2015.

MOURA, PG; BATISTA LRV; MOREIRA, EAM. População indígena: uma reflexão sobre a influência da civilização urbana no estado nutricional e na saúde bucal. **Revista de Nutrição**, 01 junho 2010, Vol.23(3), pp.459-465. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732010000300013. Acesso em 05 mai 2016.

NASCIMENTO, S; SCABAR, LF. Levantamento epidemiológico de cárie, utilizando os índices CPO-D, ceo-d e IHOS, nos índios da aldeia Wakri no Estado do Pará. **Health Science Institut**; 26(2): 246-253, abr.-jun. 2008. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&base=BBO&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=31300&indexSearch=ID>. Acesso em 04 abr 2016.

NOVO, MP. **Os agentes indígenas de saúde no Alto Xingu**. 2008. [Dissertação de Mestrado]. São Carlos: Programa de Pós-graduação em Antropologia, Universidade Federal de São Carlos; 2008. Disponível em http://www.btdt.ufscar.br/htdocs/tedeSimplificado/tde_arquivos/23/TDE-2009-10-01T133241Z-2478/Publico/2073.pdf. Acesso 22 fev 2016.

_____. Política e intermedicalidade no Alto Xingu: do modelo à prática de atenção à saúde indígena. **Cadernos de Saúde Pública**. Vol.27, n.7. Rio de Janeiro, jul 2011. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2011000700011&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso 14 fev 2015.

NUNES, HM; MONTEIRO, MRCC; SOARES, MCP. Prevalência dos marcadores sorológicos dos vírus das hepatites B e D na área indígena Apyterewa, do grupo Parakanã, Pará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 01 novembro 2007, Vol.23(11), pp.2767-2779. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001100023. Acesso em 10 abr 2016.

OLIVEIRA, JP; COHN, C (Orgs.). Ngrenhdjam Xikrin. **Belo Monte e a questão indígena**; Brasília - DF: ABA, 2014. 337p. Disponível em [file:///C:/Users/Desktop-pc/Downloads/Belo_Monte_Questao_Indigena_-_Joao_Pacheco_de_Oliveira_&_Clarice_Cohn%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Desktop-pc/Downloads/Belo_Monte_Questao_Indigena_-_Joao_Pacheco_de_Oliveira_&_Clarice_Cohn%20(1).pdf). Acesso em 15 abr 2016.

OLIVEIRA, MA. **Representações e práticas em saúde bucal entre os Guarani Mbyá da aldeia Boa Vista no município de Ubatuba, São Paulo** [dissertação]. 2006. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Disponível em <http://sis.funasa.gov.br/portal/publicacoes/pub1266.pdf>. Acesso em 06 mar 2016.

OLIVEIRA, MC. **Os curadores Kaingáng e a recriação de suas práticas: estudo de caso na aldeia Xapecó (Oeste de S.C.).** [Dissertação de Mestrado]. 1996. Florianópolis: Programa de Pós-graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina; 1996. Disponível em <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/76419>. Acesso em 03 mar 2016.

ORELLANA, JDY *et al.* Estado nutricional e anemia em crianças Suruí, Amazônia, Brasil. **Jornal de Pediatria.** (Rio J) 2006; 85: 383-8. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572006000600013. Acesso em 11 abr 2016.

_____ *et al.* Morbidade hospitalar em crianças indígenas Suruí menores de dez anos, Rondônia, Brasil: 2000 a 2004. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, 01 September 2007, Vol.7(3), pp.281-287. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0854.pdf>. Acesso em 07 mar 2016.

Organización Panamericana de La salud (OPAS). **La salud en las poblaciones indígenas.** Capítulo 2. 1998. Disponível em http://publications.paho.org/spanish/capitulo_2_OT+198.pdf. Acesso 18 fev 2016.

PAIM, JS. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: Rouquayrol MZ, organizadora. **Epidemiologia e Saúde.** Rio de Janeiro: Editora Medsi; 1999. p. 473-482. Disponível em <http://www.scielosp.org/scieloOrg/php/reference.php?pid=S0102-311X2004000800022&caller=www.scielosp.org&lang=en>. Acesso em 15 mai 2016.

PANTOJA, LN *et al.* Cobertura do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional Indígena (SISVAN-I) e prevalência de desvios nutricionais em crianças Yanomami menores de 60 meses, Amazônia, Brasil. **Revista Brasileira De Saúde Materno Infantil;** 14(1): 53-63, Jan-Mar/2014. Disponível em <http://157.86.8.70:8080/certifica/handle/icict/18043> >. Acesso em 30 mar 2016.

PELLEGRINI, MA. **Wadubari.** São Paulo: Marco Zero. 1993.

PENA, JL; HELLER, L. Saneamento e saúde indígena: uma avaliação na população Xakriabá, Minas Gerais. **Engenharia Sanitaria e Ambiental**, 01 março 2008, Vol.13(1), pp.63-72. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-41522008000100009. Acesso em 01 mar 2016.

PEREIRA, ER *et al.* Saúde sexual, reprodutiva e aspectos socioculturais de mulheres indígenas. **Brazilian Journal in Health Promotion**, 2015, Vol.27(4). Disponível em <http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/2829>. Acesso em 16 mar 2016.

PEREIRA, JF; OLIVEIRA, MAA; OLIVEIRA JS. Anemia em crianças indígenas da etnia Karapotó. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, 01 dezembro 2012, Vol.12(4), pp.375-382. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v12n4/a04v12n4.pdf>. Acesso em 06 mar 2016.

PEREIRA, MM. **Representações sociais sobre suicídio indígena em São Gabriel da Cachoeira – AM: um estudo exploratório**. 2013. Dissertação. Programa de pós-graduação multidisciplinar em saúde, sociedade e endemias na Amazônia. Universidade Federal do Amazonas; Disponível em http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UFAM_cbd9db2fc654a4077463de9b8e5bb9e8/Details. Acesso em 26 abr 2016.

PÍCOLI, RP; CARANDINA, L; RIBAS, DLB. Saúde materno-infantil e nutrição de crianças Kaiowá e Guaraní, Área Indígena de Caarapó, Mato Grosso do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 01 janeiro 2006, Vol.22(1), pp.223-227. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n1/25.pdf>. Acesso em 08 mar 2016.

_____. Hypoacusis prevalence in Kaiowá and Guarani indigenous children. **Revista Brasileira De Saúde Materno Infantil**; 6(2): 169-174, abr.-jun. 2006. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292006000200003&lng=pt. Acesso em 08 mar 2016.

PONTES, ALM; REGO, S; GARNELO, L. O modelo de atencao diferenciada nos Distritos Sanitarios Especiais Indigenas: reflexoes a partir do Alto Rio Negro/AM, Brasil. **Ciencia & Saude Coletiva**, 2015, Vol.20(10), p.3199(12). Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&lng=pt&tlng=pt&pid=S1413-81232015001003199. Acesso em 16 mai 2016.

PORTELA, MFP; SANT' ANNA, CC; CAMPOS JÚNIOR, D. Pneumonia em crianças e adolescentes indígenas internados em Brasília-DF, Brasil: estudo de casos. **Pulmão RJ**; 14(4): 283-288, 2005. Disponível em http://www.sopterj.com.br/profissionais/_revista/2005/n_04/03.pdf. Acesso em 05 fev 2016.

Primer Foro Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas San José – Costa Rica 26, 27 y 28 de octubre de 2005 .Gestão da saúde indígena. **O Modelo Brasileiro de Atenção à Saúde Indígena**. Edgard Dias Magalhães. 19/10/2005. Disponível em <https://www.ministeriodesalud.go.cr/ops/documentos/docAbastecimiento%20de%20Aguacolombia.pdf>. Acesso em 08 mai 2016.

RAMOS, DD; LIMA, MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 2003; 19:27-34. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000100004. Acesso em 28 abr 2016.

RAQUEL VC. **Morbidade hospitalar materno-infantil Yanomami, Brasil (2008-2012)**. 2014. Dissertação de Mestrado. Boa Vista, 2014. 88 p. Disponível em file:///C:/Users/Desktop-pc/Downloads/dissertao_raquel%20voges%20caldart%201.pdf. Acesso em 12 mai 2016.

Rede Interagencial de Informação para a Saúde Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações - Ripsa. – 2. ed. – Brasília: **Organização Pan-**

Americana da Saúde, 2008. 349 p.: il. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>. Acesso em 16 mai 2016.

RIBAS, DLB. *et al.* Saúde e doença em crianças indígenas Terena. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 9, n. 2, p. 139-154, 2001. Disponível em < <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=402339&indexSearch=ID> >. Acesso em 04 abr 2016.

RIOS, L *et al.* Prevalência de parasitos intestinais e aspectos socioambientais em comunidade indígena no Distrito de Iauaretê, Município de São Gabriel da Cachoeira (AM), Brasil. **Saúde e Sociedade**, 01 agosto 2007, Vol.16(2), pp.76-86. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902007000200008. Acesso em 11 abr 2016.

ROCHA, E. **Uma etnografia das práticas sanitárias no Distrito Sanitário Especial Indígena do Rio Negro – Noroeste do Amazonas** [Dissertação de Mestrado]. 2007. Manaus: Programa de Pós-graduação em Sociedade e Cultural na Amazônia, Universidade Federal das Amazonas; 2007. Disponível em <http://200.129.163.131:8080/bitstream/tede/2280/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20-%20Esron%20Soares%20Carvalho%20Rocha.pdf>. Acesso 14 fev 2016.

RODRIGUES, EC; NETO, DL. Controle da malária em um município amazônico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 2011, Vol.19(6), pp.1297-1305. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n6/pt_04.pdf. Acesso em 12 abr 2016.

SAAVEDRA, LP; CAMARA, S. Desnutrição infantil em indígenas Mbyá-Guarani: estudo etnoepidemiológico. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, 01 março 2011, Vol.5(17), pp.24-32. Disponível em <http://www.rbmfcc.org.br/rbmfc/article/view/199>. Acesso em 22 fev 2016.

SAMPEI, MA *et al.* Avaliação antropométrica de adolescentes Kamayurá, povo indígena do Alto Xingu, Brasil Central (2000-2001). **Cadernos de Saúde Pública**, 2007; 23:1443-53. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007000600019&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em 22 fev 2016.

SANTOS, AF *et al.* Índice de necessidade de tratamento odontológico: o caso dos índios Xakriabá Dumont. **Ciência e saúde coletiva**; 13(3): 1017-1022, maio-jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n3/24.pdf>. Acesso em 20 de abril de 2016.

SANTOS, LG. O Índio Brasileiro: o que você precisa saber sobre os povos indígenas no Brasil de hoje. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade; LACED/Museu Nacional, 2006. 224 p. Disponível em <http://unesdoc.unesco.org/images/0015/001545/154565por.pdf>. Acesso em 16 mai 2016.

SANTOS, RV; COIMBRA JR, CEA. Cenários e tendências da saúde e da epidemiologia dos povos indígenas no Brasil. In: Coimbra Jr CEA, Santos RV,

Escobar AL (orgs.). **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas do Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2005. p. 13-47. Disponível em <http://books.scielo.org/id/bsmtd/pdf/coimbra-9788575412619-02.pdf>. Acesso 22 mar 2016.

SANTOS, SC *et al.* Diagnóstico da tuberculose em indígenas menores de quinze anos por meio de um sistema de pontuação em Mato Grosso do Sul. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, 01 Fevereiro 2013, Vol.39(1), pp.84-91. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132013000100012. Acesso em 20 abr 2016.

SILVA, ED *et al.* Exploração de fatores de risco para câncer de mama em mulheres de etnia Kaingáng, Terra Indígena Faxinal, Paraná, Brasil, 2008. **Cadernos de Saúde Pública**; 25(7): 1493-1500, julho 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n7/07.pdf>. Acesso em 01 abr 2016.

SILVA, EM. **Processo de Alcoolização em uma comunidade Yanomami de Roraima: O Caso Dos Yawaripë De Xikawa**. 2014. Dissertação de mestrado. Boa Vista. 2014. 87p. Disponível em <file:///C:/Users/Desktop-pc/Downloads/elizene.pdf>. Acesso em 16 mai 2016.

SILVA, HB; DIAZ, CMG; SILVA, KF. A cultura e a saúde da mulher indígena: revisão integrativa. **Revista de pesquisa: cuidado é fundamental**. 7(4): 3175-3184, out.-dez. 2015. Disponível em http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/3374/pdf_1690. Acesso em 16 mai 2016.

SILVA, OLO *et al.* Vigilância alimentar e nutricional de crianças indígenas menores de cinco anos em Mato Grosso do Sul, 2002-2011. **Epidemiol. serv. saúde**; 23(3): 239-248, abr.-jun. 2014.

SIMÕES, BS *et al.* Perfil nutricional dos indígenas Xukuru-Kariri, Minas Gerais, de acordo com diferentes indicadores antropométricos e de composição corporal. **Ciencia & Saude Coletiva**, Feb, 2013, Vol.18(2), p.405(7). Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000200012. Acesso em 12 mar 2016.

_____. Condições ambientais e prevalência de infecção parasitária em indígenas Xukuru-Kariri, Caldas, Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, 2015, Vol.38(1), p.42(7). Disponível em http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892015000600006. Acesso em 08 mar 2016.

SOUSA, MC; SCATENA, JHG; SANTOS, RV. O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI): criação, estrutura e funcionamento. **Cadernos de Saúde Pública**, 2007; 23:853-61. Disponível em http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2007000400013&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em 11 fev 2016.

SOUZA, LG; SANTOS RV; COIMBRA JR, CEA. Estrutura etária, natalidade e mortalidade do povo indígena Xavante de Mato Grosso, Amazônia, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 01 junho 2010, Vol.15, pp.1465-1473. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700058>. Acesso em: 05 abr. 2016.

SOUZA, MLP; ORELLANA JDY. Suicide mortality in São Gabriel da Cachoeira, a predominantly indigenous Brazilian municipality. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. 2012;34(1):34-7. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462012000100007. Acesso em 22 mar 2016.

SOUZA, PG; SANT'ANNA, CC; CARDOSO, AM. Prevalência de sibilância e fatores associados em crianças indígenas Guarani hospitalizadas por doença respiratória aguda no sul e sudeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 1 julho 2014, Vol.30(7), pp.1427-1437. Disponível em <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v30n7/0102-311X-csp-30-7-1427.pdf>. Acesso em 16 mai 2016.

TOLEDO, MJO *et al.* Avaliação de atividades de controle para enteroparasitos em uma aldeia Kaingáng do Paraná Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, 01 dezembro 2009, Vol.43(6), pp.981-990. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000600009. Acesso em 20 mar 2016.

VARGAS, KD *et al.* A (des)articulação entre os níveis de atenção à saúde dos Bororo no Polo-Base Rondonópolis do Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá-MT. **Physis**, 01 dezembro 2010, Vol.20(4), pp.1399-1418. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000400018. Acesso em 08 fev 2014.

WELCH, JR; COIMBRA JR., CE. Perspectivas culturais sobre transmissão e tratamento da tuberculose entre os Xavante de Mato Grosso, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**; 27(1): 190-4, 2011 Janeiro. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000100020>. Acesso em 09 mai 2016.

WILSON, EMH. Perfil epidemiológico de populações originárias: os Guarani-Terra Indígena Jatayti. In: Silveira E, Oliveira ED, (Org). **Etnoconhecimento e saúde dos povos indígenas do RS**. Canoas: Ulbra, 2005. p. 137-55. Disponível em http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/smdhsu/usu_doc/povosindigenasbaciahidrografica.pdf. Acesso em 07 fev 2016.