

**Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca**

**“Demografia e saúde dos índios Xavante do Brasil
Central”**

por

Luciene Guimarães de Souza

Rio de Janeiro

2008

**TESE APRESENTADA AO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DA ESCOLA NACIONAL DE
SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA COM VISTAS À OBTENÇÃO DO TÍTULO DE DOUTOR
EM CIÊNCIAS NA ÁREA DA SAÚDE PÚBLICA**

ORIENTADORES

PROF DR RICARDO VENTURA SANTOS

PROF DRA HELOÍSA PAGLIARO

À minha mãe, Elcy Antonia

Ao meu irmão, Cláudio Luiz

Aos Xavante, *auwě uptabi*

AGRADECIMENTOS

Um trabalho desta magnitude nunca é desenvolvido sem o apoio de pessoas e instituições. E felizmente pude contar com a ajuda de muitos. Mas enquanto o espaço me impede de acusar a contribuição específica de cada um, ao citar nomes corro “o risco do viés de memória” e de ser injusta. No entanto, seria injustiça maior não correr o risco. Deste modo quero agradecer as seguintes instituições e pessoas que me acompanharam em parte desta jornada.

À FUNASA por ter liberado das minhas atividades para cursar o doutorado no Rio de Janeiro.

Ao CNPq pelo financiamento da minha pesquisa o que me permitiu a dedicação aos estudos.

Ao meu primeiro orientador, Ricardo Ventura Santos, pela confiança, por suas preciosas sugestões e troca de conhecimento. Obrigada também por não deixar-me desistir de trabalhar com toda a população Xavante.

À minha segunda orientadora, Heloisa Pagliaro, foi um privilégio contar com a sua adesão e o seu apoio. Agradeço por suas preciosas sugestões.

Minha gratidão especial a Irânia da Silva Marques; Silvia Gugelmin; Reinaldo dos Santos e Sérgio Henrique Allemand Motta.

Meu agradecimento especial a Pery Teixeira, meu consultor internacional; Marta Azevedo, Alba Figueroa e Laure Emperaire, pela sempre ótima acolhida, em sua casa e nos seus corações.

Sou eternamente grata a minha família biológica e “classificatória” pelo apoio, especialmente ao Sr. Amadeus Ferreira e sua esposa Dona Maria dos Santos Ferreira; Cláudio e Lucimar Scaldini; Celeste; Tia Elza. Ao meu querido tio, Tãozinho, que diz que eu sou sua sobrinha preferida e eu acredito. A minha sobrinha Cinara que disse que um dia faria todos os cursos que eu fiz, mas no momento insiste no caminho que queriam para mim e eu não quis.

Quero expressar meu sincero agradecimento aos colegas de doutorado turma 2004, Tomaz Pinheiro da Costa, Paulo Basta, Marcos Santos Ferreira. Conviver com vocês foi uma troca inesquecível. Especialmente ao Andrey Moreira Cardoso, mil vezes obrigada.

Agradeço muito a algumas pessoas extraordinárias cujos comentários perspicazes e apoio pessoal serão sempre lembrados: Carlos Coimbra Jr., meu orientador extra-oficial; Prof. Iury, Rui Arantes, Rosely Oliveira, Luiza Garnelo, Nancy Flowers, Nilza Martins, Paulo Camargo, Denise Barros e ao eterno professor Paulo Sabroza.

À Suely Deslandes, sou muito grata pelos comentários preciosos durante a oficina de artigos científicos no estudo sobre os Bororo.

Ao pessoal da Secretaria das Endemias, Cristiano, Evandro, Carla, Nair e Amâncio.

Aos meus colegas e amigos de trabalho no Distrito Sanitário Especial Indígena Xavante, sendo que alguns estão nesta caminhada desde a época da FUNAI, tais como, Terezinha Pereira de Oliveira, Maria Pereira Maranhão, Neuza Dourado (*in memoriam*), Irondina C. Sobrinho. Mais recentemente Christiane Barbosa e na Coordenação Regional de Cuiabá, Maria da Conceição de Sousa, Alírio Guimarães e Paulo Félix. Saibam que poder contar com vocês fez o meu percurso mais agradável e menos penoso.

A Eliane Ignotti, Andrea Lessa, Silvio Ferraz, Eliana Diehl, Maurício Leite, Maricilda e Ana Lúcia Escobar, amigos que independentemente da distância geográfica ou de atividades me apoiaram e torceram por mim.

Ao Dr. Álvaro Polisseni pelo incentivo.

Ao meu grupo doméstico estendido, por me aturarem nas horas boas e outras nem tanto. Paulo Delgado, Sílvia Gugelmim, Letícia Batowê. Paulo e Silvia compartilharam além da amizade, seus conhecimentos sobre o povo Xavante.

À minha mãe, Elcy Antonia, sempre incansável, que pode fazer qualquer coisa e me ajudou a acreditar que também posso. Ao meu irmão, Cláudio Luiz, que é meu anjo da guarda.

Aos Xavante, *Hepãrĩ* pela generosidade, paciência e oportunidade de convivência e por receberem uma *Waradzu* “perguntadora” em suas casas.

CONTEÚDO

Lista de Figuras.....	ix
Lista de Quadros.....	ix
Lista de Tabelas.....	x
Lista de Siglas.....	xii
Resumo.....	xiii
Abstract.....	xiv
Apresentação.....	xv
Considerações de ordem ética.....	xviii

INTRODUÇÃO

Introdução.....	2
Quantos são os índios no Brasil?.....	3
Antropologia, demografia e saúde pública.....	5
Povos indígenas e dados demográficos no Brasil.....	6
Depopulação e recuperação demográfica.....	10
Povos indígenas e a Transição demográfica.....	17

CAPÍTULO 1

Os Xavante

Panorama histórico.....	22
Ambiente e localização geográfica.....	24
Organização Social.....	26
Meios de subsistência.....	32
Atenção à Saúde.....	34

CAPÍTULO 2

Análise do componente demográfico do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena-SIASI, DSEI Xavante, Mato Grosso, 1999-2004

Introdução.....	38
Fonte de dados e métodos.....	39
Resultados.....	40
Conclusão e Sugestões.....	43

CAPÍTULO 3

Estrutura etária, Natalidade e Mortalidade do Povo Indígena Xavante de Mato Grosso, Amazônia, Brasil, 1999-2002

Introdução.....	48
População e métodos.....	49
Aspectos demográficos gerais.....	51
Natalidade e mortalidade.....	52
Causas de óbitos.....	55
Comentários finais.....	58

CAPÍTULO 4

Características demográficas da população Xavante de Mato Grosso, 1999 -2004

Introdução.....	60
População e Métodos.....	61
História recente dos Xavante.....	62
Fonte e sistematização dos dados.....	64
Evolução da população.....	66
Composição por sexo e idade.....	68
Natalidade e Fecundidade.....	71
Mortalidade.....	75
Intervalos interpartais.....	76
Migração.....	78
Discussão.....	80

CAPÍTULO 5

Perfil demográfico dos índios Bororo de Mato Grosso, 1993-1996

Introdução.....	87
População e Métodos.....	88
Característica das aldeias e das famílias.....	91
Estrutura Populacional por idade e sexo.....	92
Natalidade e fecundidade.....	93
Nupcialidade.....	94
Mortalidade.....	95
Discussão.....	96

CAPÍTULO 6**Mortalidade entre os Xavante de Mato Grosso, 1999 a 2004**

Introdução.....	100
População e Métodos.....	101
Mortalidade geral.....	102
Mortalidade segundo idade e sexo.....	103
Mortalidade proporcional por sexo e idade.....	105
Discussão.....	108
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	115
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA.....	122
ANEXOS.....	135

LISTA DE FIGURAS

Figura 2.1 - Localização das terras Indígenas Xavante.....	25
Figura 2.2 - Fluxograma de cisões de aldeias na Terra Indígena São Marcos, 1960-2000.....	27
Figura 2.3 - Aldeia São Domingos (aldeia que deu origem a Etenhiritipá), década dos anos 1960.....	28
Figura 2.4 - Aldeia São Marcos e Missão Salesiana de São Marcos, Terra Indígena São Marcos, 2004.....	28
Figura 2.5 - Aldeias Nossa Senhora de Guadalupe, Nossa Senhora das Graças e São Francisco, Terra Indígena São Marcos, 2004.....	29
Figura 2.6 - Aldeia Batovi (antigo posto do SPI), Terra Indígena Marechal Rondon, 2004.....	29
Figura 2.7 - Localização no mapa do Brasil de cada um dos 34 DSEIs.....	34
Figura 2.8 - Organização do DSEI e Modelo assistencial.....	36
Figura 4.1 - Pirâmide da população Xavante, Mato Grosso, 2002; população indígena do Brasil, 2002 e população brasileira, 2000.....	52
Figura 4.2 - Taxas de mortalidade infantil dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) e da população brasileira geral (linha vermelha, TMI de 23,7 por mil), para o ano de 2001.....	55
Figura 5.1 - Pirâmide etária do total da população Xavante, 2004.....	68
Figura 5.2 - Pirâmides etárias da população Xavante por Terra Indígena, Mato Grosso, 2004.....	69
Figura 5.3 - Idades medianas da população Xavante por Terras Indígenas, Mato Grosso, 1999-2001 e 2002-2004.....	70
Figura 5.4 - Taxas específicas de fecundidade (TEF) das mulheres Xavante, Mato Grosso, 1999-2001 e 2002-2004.....	74
Figura 5.5 - Distribuição relativa das Taxas específicas de fecundidade (TEF) das mulheres Xavante, Mato Grosso, 1999-2001 e 2002-2004.....	74
Figura 5.6 - Correlação entre idade de morte do filho anterior (em dias) e duração do intervalo (em meses), população Xavante, Mato Grosso, 1998-2004...	78
Figura 7.1 - Curva de mortalidade proporcional, DSEI Xavante, Mato Grosso, 1999-2001 e 2002-2004.....	107

LISTA DE QUADROS

Quadro 2.1: Categorias e classes de idade na sociedade Xavante ocidental.....	31
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.1 - Estatísticas de natalidade, fecundidade, mortalidade e crescimento reportadas em alguns estudos demográficos sobre os povos indígenas no Brasil....	16
Tabela 2.1 - Terras Indígenas Xavante e Situação Jurídica.....	26
Tabela 3.1 - Erros mais freqüentes, SIASI/ DSEI Xavante, Mato Grosso, 1999-2004.....	41
Tabela 3.2 - Taxa Bruta de Natalidade, Taxa Bruta de Mortalidade e Mortalidade Infantil (por mil), dados sem e com correção, SIASI/DSEI Xavante, Mato Grosso, 1999-2004.....	43
Tabela 3.3 - Diferença percentual entre os indicadores antes e após correções.....	43
Tabela 4.1 - Taxa bruta de natalidade (TBN) e de mortalidade (TBM) dos Xavante, da população indígena geral e da população brasileira geral, 1999-2002.	53
Tabela 4.2 - Número de nascidos vivos, óbitos em menores de 1 ano de idade e taxas de mortalidade infantil nos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas, 2000-2002.....	54
Tabela 4.3 - Causas de óbitos (CID-10) para adultos 15-50 anos, Xavante (1999-2002), indígenas geral (2000-2002) e Brasil (2001), sexos combinados.....	57
Tabela 5.1 - Terras indígenas, número de aldeias, população Xavante.incremento do número de aldeias e crescimento médio anual, 1999-2004.....	67
Tabela 5.2 - População Xavante por Terra Indígena, segundo três grupos de idades, Mato Grosso, 1999-2001 e 2002-2004 %.....	70
Tabela 5.3 - Razão de sexo, (por 100 mulheres), população por Terra Indígena Xavante, Mato Grosso, 1999-2001 e 2002-2004.....	71
Tabela 5.4 - Taxas brutas de natalidade por mil habitantes e variação relativa dessas taxas, Terras Indígenas Xavante, Mato Grosso, 1999-2001 e 2002-2004.....	72
Tabela 5.5 - Taxas de fecundidade total (TFT) observadas das mulheres Xavante de 10 a 44 anos, Mato Grosso, 1999-2001 e 2002-2004.....	73
Tabela 5.6 - Taxa Bruta de Mortalidade (TBM) por mil habitantes, Terra Indígena, segundo sexo, população Xavante, Mato Grosso, 1999-2001 e 2002-2004.....	75
Tabela 5.7 - Taxa de mortalidade Infantil (TMI) por mil nascidos vivos, segundo Terras Indígenas Xavante, Mato Grosso, 1999-2001 e 2002-2004.....	76
Tabela 5.8 - Média de intervalos interpartais e Desvio padrão, 1998-2001 e 2001-2004.....	77

Tabela 5.9 - Migração da População Xavante segundo Terras Indígenas, Mato Grosso, 1999-2001 e 2002 - 2004.....	79
Tabela 6.1 - População Bororo da aldeia Meruri, Garças e Morada dos Bororo, segundo os sexos e aos quatro grandes grupos de idade, Mato Grosso- Brasil, 1993-1996.....	92
Tabela 6.2 - Taxa bruta de natalidade (TBN), Taxa de fecundidade global (TFG), Taxa de fecundidade total (TFT), Taxa bruta de mortalidade (TBM) e taxa de mortalidade infantil (TMI), Mato Grosso-Brasil, 1993-1996.....	93
Tabela 6.3 - População Bororo de Meruri, Garças e Morada dos Bororo, acima de 15 anos, por estado conjugal, segundo o sexo, Mato Grosso - Brasil, 1996.....	94
Tabela 6.4 - Taxas específicas de mortalidade por idade, por mil habitantes, aldeias Garças, Meruri e Morada dos Bororo, Mato Grosso - Brasil, 1993-1996.....	95
Tabela 7.1 - Mortalidade geral, padronizada e específica por idade e sexo, por mil habitantes, taxa de mortalidade infantil por mil nascidos vivos, população Xavante, Mato Grosso, 1999-2001 e 2002-2004.....	103
Tabela 7.2 - Mortalidade Infantil proporcional, específica (por mil NV), por componente neonatal (precoce, tardio e pós-neonatal) e mortalidade específica na população Xavante, 1999-2001 e 2002-2004.....	104
Tabela 7.3 - Tábua de vida abreviada da população Xavante, Mato Grosso, 1999-2004.....	105
Tabela 7.4 - Mortalidade proporcional por cem habitantes, população Xavante, Mato Grosso, 1999-2001 e 2002-2004.....	106
Tabela 7.5 - Óbitos por local de ocorrência, população Xavante, Mato Grosso, 1999-2001 e 2002-2004.....	108

LISTA DE SIGLAS

- ABEP** - Associação Brasileira de Estudos Populacionais
- ADR** - Administração Regional
- CAFI** - Cadastro da Família Indígena
- CASAI** - Casa de Saúde do Índio
- CEDI** - Centro Ecumênico de Documentação e Identificação
- CEP** - Comitê de Ética em Pesquisa
- CIMI** - Conselho Indigenista Missionário
- CONEP** - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
- DESAI** - Departamento de Saúde Indígena
- DO** - Declaração de Óbito
- DSEI** - Distrito Sanitário Especial Indígena
- ENSP** - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
- FOIRN** - Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro
- FUNAI** - Fundação Nacional do Índio
- FUNASA** - Fundação Nacional de Saúde
- IBGE** - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- ISA** - Instituto Socioambiental
- NV** - Nascidos Vivos
- OMS** - Organização Mundial de Saúde
- ONG** - Organização Não-governamental
- OPAS** - Organização Pan-Americana de Saúde
- PSFi** - Programa de Saúde da Família Indígena
- SIASI** - Sistema de informação da Atenção à Saúde Indígena
- SIM** - Sistema de Informações de Mortalidade
- SINASC** - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
- SPI** - Serviço de Proteção aos Índios
- SUS** - Sistema Único de Saúde
- TBM** - Taxa Bruta de Mortalidade
- TBN** - Taxa Bruta de Natalidade
- TC** - Taxa de Crescimento
- TFT** - Taxa de Fecundidade Total
- TFG** - Taxa de Fecundidade Global
- T.I** - Terra Indígena
- TMI** - Taxa de Mortalidade Infantil
- UNIFESP** - Universidade Federal de São Paulo

RESUMO

Nos últimos anos tem havido um crescente número de estudos que tratam de aspectos demográficos dos povos indígenas no Brasil. Uma das questões demográficas mais assinaladas é o rápido crescimento demográfico de muitas etnias indígenas. No entanto, pouco se sabe sobre os componentes da dinâmica demográfica responsável por este processo. Neste trabalho investigamos características do comportamento demográfico dos Xavante, povo indígena localizado na região central do Brasil, em Mato Grosso, no período de 1999 a 2004. Apresenta-se também uma análise do perfil demográfico de três aldeias Bororo no período de 1993 a 1996. As fontes de informações utilizadas são o censo populacional e o registro de eventos vitais. Os resultados mostram uma estrutura etária típica de povos indígenas que se encontra em processo de recuperação populacional, destacando-se altos níveis de fecundidade (8,2 filhos nascidos vivos por mulher) mortalidade em declínio. Contudo, as taxas de mortalidade, particularmente a infantil (96,7 por mil nascimentos vivos), ainda se apresentam em níveis bastante elevados, em muito superando as médias nacionais. Os óbitos em menores de um ano estiveram concentrados no componente pós-neonatal e neonatal precoce, os quais corresponderam a cerca de 67,9% e 20,6% dos óbitos infantis registrados. Foi possível comprovar um comportamento demográfico caracterizado por elevados níveis de natalidade, resultando em uma estrutura etária bastante jovem. Em comparação com a população brasileira, os Xavante apresentam elevadas taxas de crescimento populacional, com crescimento médio de 4,4% ao ano. A alta natalidade observada entre os Xavante se reflete na elevada proporção de população com idade inferior a 15 anos (53,4%) e uma idade mediana de 13 anos. As taxas de mortalidade sinalizam para uma concentração de óbitos em crianças, sobretudo naquelas menores de cinco anos de idade. O crescimento vegetativo foi o principal fator responsável pelo crescimento populacional, considerando que as migrações externas, entradas e saídas para áreas não-xavante ou para áreas urbanas foram irrelevantes. Além do aumento populacional, houve um aumento expressivo no número de novas aldeias, o que se associa ao faccionalismo político que se encontra bem descrito na literatura etnológica sobre os Xavante. Destaca-se a importância da coleta e análise sistemáticas de dados demográficos para o aprimoramento dos registros e sua utilização pelos serviços de atenção à saúde indígena, informações estas de fundamental importância para o planejamento, o monitoramento e a avaliação das atividades e programas de saúde.

Palavras-chave: Demografia; Indicadores de Saúde; Natalidade; Fecundidade; Mortalidade; Migração; Índios Sul-Americanos.

Abstract

Studies that have recently addressed the demographic characteristics of Brazilian indigenous peoples have documented rapid population growth among many groups. However, little is known about the demographic dynamics that may account for this growth. In the present study we investigate the demographic behavior of the Xavante, an indigenous people of Mato Grosso, central Brazil, during the period from 1999 to 2004, with emphasis on how different demographic components interact, using information derived from household censuses and vital statistics. It is also presented an analysis of the demographic profile of three villages Bororo in the period of 1993 to 1996. The results show the young age structure typically seen in indigenous groups recovering from a population crash, with high fertility (an average of 8.2 live births per woman), and declining mortality. Mortality rates, however, especially infant mortality (97 per thousand), remain high relative to national rates. A result of the high birth rate is that a large proportion of the population (53.4 percent) is under the age of 15, with a median age of 13. Mortality is concentrated in children under five years of age. Natural increase is the main factor in population growth, since migration into or out of the Xavante area is minimal. A striking finding is that the implementation of improved health care for young children at the beginning of the investigated period led to a drop in infant mortality. Fewer infant deaths correlated with longer intervals between births and lower birth rates. Not only is the population growing at an average rate of 4.4 percent a year, but the number of villages on some of the six Xavante reservations is increasing. This process of village splitting is due in part to the political factionalism frequently described in ethnographic accounts of the Xavante. The study stresses the importance of collecting accurate demographic and epidemiological information in order to plan and evaluate appropriate health care systems for the indigenous peoples of Brazil.

Keywords: Demography; Health Indicator; Birth Rate; Fertility; Mortality; Migration; South American Indians.

Apresentação

É importante conhecer as condições do trabalho de campo de qualquer estudo, embora essas condições sejam difíceis de serem registradas quando o trabalho de campo está entrelaçado com a história de vida profissional. Às vezes com o seu envolvimento de mente, corpo e alma, não necessariamente nesta ordem, por si só não basta. Pode-se dizer que passa a ser uma questão de militância, mas não gostaria de subestimar e nem ocultar esta condição e o meu envolvimento com a população Xavante e Bororo.

Ingressei na FUNAI em 1986, no cargo de antropóloga, recém graduada em Ciências Sociais pela Universidade Federal de Juiz de Fora, Minas Gerais. Meus três primeiros anos de serviço foram na Administração Regional de São Gabriel da Cachoeira, Alto Rio Negro, Amazonas. Em 1989 fui transferida para a Administração Regional de Manaus, ainda no Amazonas e em 1992, fui transferida, a pedido, para a Administração Regional de Barra do Garças, Mato Grosso. Trazia na bagagem, além do interesse em trabalhar com índios do Brasil Central, a experiência acumulada de seis anos trabalhando com os povos indígenas amazônicos.

Trabalhando no Serviço de Saúde/Casa de Saúde do Índio da FUNAI desde 1992 em Aragarças, Goiás, compartilhei um trabalho multidisciplinar em saúde que à época prestava assistência à população Xavante de três Terras Indígenas, a saber, São Marcos, Marechal Rondon e Sangradouro-Volta Grande e de três aldeias Bororo (Meruri, Morada dos Bororo e Garças).

Uma de minhas atribuições em campo nesta época consistia em realizar e manter atualizado o censo populacional das aldeias e a atualização dos cartões de imunização, criando um cartão quando nascia uma criança e dando baixa quando iam a óbito. Testemunhando no dia-a-dia a morte principalmente de crianças e a dor dos seus familiares e às vezes o sofrimento de alguns funcionários que questionavam a capacidade do serviço de saúde de fazer frente à tamanha iniquidade, que em muitos casos não se resumia a ter acesso ao serviço de saúde. Constatei que seria necessário um aprimoramento acadêmico-científico com vistas à compreensão mais elaborada das informações coletadas durante o desempenho de minhas atividades.

Assim no período de 1997 a início de 1999 cursei o mestrado na Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz. A pesquisa esteve centrada nos principais indicadores demográficos (natalidade, fecundidade e mortalidade) dos Xavante da Terra Indígena Sangradouro-Volta Grande, Mato Grosso (ver Souza & Santos, 2001).

Em 1999, uma semana após o término do mestrado já estava de volta à Casa de Saúde de Aragarças, bem à época que a situação de saúde dos povos indígenas no âmbito nacional estava sendo considerada de completa desassistência, o que abreviou as

discussões sobre a implantação dos distritos sanitários especiais indígenas. Em 2000, todos os 34 distritos estavam implantados (Pellegrini, 2004).

Acompanhei e participei das discussões preliminares sobre a implantação deste novo modelo de atenção à saúde indígena. O Decreto 3.156/99 veio legitimar a responsabilidade da saúde dos povos indígenas como sendo uma atribuição exclusiva do Ministério da Saúde. Nesse mesmo ano foi aprovada no Senado Federal a Lei nº 9.836/99 do projeto apresentado pelo deputado Sérgio Arouca em 1994. Esta lei foi formatada com base nos princípios gerais do relatório final da II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas e versa que o modelo de atenção à saúde indígena “deve se pautar por uma abordagem diferenciada e global”.

Para implantar os distritos, o modelo de administração da FUNASA foi pensado de uma forma que atendesse as necessidades de todos que vinham contribuindo com a saúde indígena. Com a transferência da responsabilidade legal da assistência à saúde das populações indígenas, da FUNAI para o Ministério da Saúde, por meio da FUNASA. Os profissionais que atuavam na área de saúde da FUNAI foram distribuídos para a FUNASA, e dentre estes estava eu incluída.

É neste contexto que na Fundação Nacional de Saúde, lotada no Distrito Sanitário Especial Indígena Xavante (até sair para cursar o doutorado), atuei como responsável pelo setor de operações e informações, tendo como uma das principais atribuições: o treinamento de recursos humanos; alimentação do sistema de informação da FUNASA (SIASI), consolidação e análise das informações de saúde produzidas pelos profissionais que atuavam nas aldeias e Casas de Saúde do Índio.

Deste modo, parte considerável dos dados e observações utilizadas na construção deste estudo surgiu a partir da vivência pessoal como antropóloga primeiramente da FUNAI e posteriormente da FUNASA. O material empírico para elaboração deste estudo é, certamente, aquele que foi possível coletar entre os Xavante no período de 1999 a 2004 e entre os Bororo de 1993 a 1996.

Muito embora os dados sobre os Bororo tenham sido coletados na década dos anos 1990, somente agora foram analisados e assim optamos por incluir neste estudo.

Acredito que uma melhor compreensão dos processos demográficos que afetam estas populações pode orientar políticas administrativas locais, planejamentos em saúde e educação e antecipar futuras tendências de modo mais efetivo.

Lembrando a minha inserção profissional, acredito na importância de ressaltar a necessidade de treinamento de pessoal que atua no âmbito local, bem como a valorização da capacidade de trabalho e planejamento dos serviços locais, que mantêm contato direto com os grupos indígenas. Por conta da particularidade do processo de

construção da base de dados da população Xavante, provavelmente não seria possível reproduzir este estudo em outro Distrito Especial Indígena.

O estudo desenvolvido nesta tese investiga aspectos relacionados ao comportamento demográfico dos índios Bororo e dos Xavante do Leste do Estado de Mato Grosso e sua relação com a implantação do novo sistema de atenção à saúde indígena através do Distrito Sanitário Especial Indígena Xavante. O termo “comportamento demográfico” aqui é entendido, segundo um enfoque demográfico, como aquele que abrange as características que, potencialmente, influem ou condicionam o perfil demográfico das três principais variáveis que definem a dinâmica demográfica de uma sociedade: fecundidade; mortalidade e migração.

Comparando os indicadores demográficos entre as Terras Indígenas Xavante e avaliando os níveis e padrão da mortalidade no período de 1999 a 2004, este estudo tem também como objetivo compreender não somente a dinâmica demográfica deste povo, mas também contribuir para o aperfeiçoamento do sistema de informação em saúde. Ou seja, fornecer subsídios para o aprimoramento dos registros vitais e sua utilização pelo serviço de saúde do Distrito Especial Indígena Xavante da Fundação Nacional de Saúde. Investigando as características demográficas e indicadores de saúde dos índios Xavante de Mato Grosso, no período de 1999 a 2004, busca-se enriquecer os estudos sobre demografia e saúde de populações indígenas no Brasil, um campo ainda relativamente pouco explorado.

Esta tese é resultado de uma abordagem que, embora privilegiando uma perspectiva demográfica, procura nutrir-se das contribuições de outras disciplinas. Foi organizada em sete partes: a Introdução traz uma revisão sobre algumas vertentes teóricas demográficas em populações indígenas e sobre as fontes de dados existentes. O Capítulo 1 apresenta um panorama acerca da história, da geografia e da organização social Xavante. O Capítulo 2 apresenta uma análise do componente demográfico do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena, no Distrito Xavante. No Capítulo 3 apresentamos dados demográficos e epidemiológicos relativos aos Xavante. São feitas comparações com dados disponíveis para a população indígena geral e para a população brasileira. O Capítulo 4 discute as características demográficas da população Xavante considerando as comparações entre as terras indígenas. O Capítulo 5 traz o perfil demográfico dos Bororo de três aldeias que habitam as vizinhanças dos Xavante e que também vivem no entorno da missão salesiana (T.I São Marcos e Sangradouro). No Capítulo 6 é analisada a mortalidade entre os Xavante. Ao final, algumas considerações e sugestões são delineadas.

Considerações de Ordem Ética

Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP) (Parecer 94/06). Seguindo as instruções contidas nas resoluções 196/1996 e 304/2000 do Conselho Nacional de Saúde, esta investigação obteve um termo de consentimento do Departamento de Saúde Indígena (DESAI) da Fundação Nacional de Saúde com anuência e assinatura do coordenador geral de atenção à saúde indígena, visto que foram utilizados dados de base secundária e informações locais relacionadas ao Sistema Nacional de Informação à Atenção à Saúde Indígena (SIASI), gerido pela Fundação Nacional de Saúde.

INTRODUÇÃO

Introdução

Apesar do aumento de números de estudos com enfoque na demografia e epidemiologia dos povos indígenas do Brasil a partir da década dos anos 80, o conhecimento da dinâmica demográfica do conjunto dos povos indígenas é ainda bastante incipiente e limitado quanto a sua representatividade étnica e nacional, sobretudo por ser a maior parte dos estudos restritos a sociedades da região amazônica (Gomes, 1988; Pagliaro et al., 2005, Santos & Coimbra Jr., 2003). Deste modo, é difícil até mesmo calcular com precisão a população indígena no Brasil por filiação étnica, considerando que as estimativas variam de acordo com o tipo de abordagem e os interesses envolvidos.

É bem verdade que estudos com aporte na antropologia demográfica vicejaram a partir dos anos 70 (Zubrow, 1976). Todavia, as contribuições metodológicas mais substanciais ocorreram a partir da década de 80, especialmente com a introdução de novas técnicas no campo da demografia e da antropologia, para o estudo de pequenas populações (Azevedo, 2003; Howell, 1986; Pagliaro et al., 2005).

A ausência de registros demográficos confiáveis antes e após o contato com as frentes de expansão da sociedade envolvente é um dos motivos centrais para explicar essa escassez de estudos. No entanto, é consenso que a situação demográfica atual dos povos indígenas está intrinsecamente relacionada com os amplos impactos causados pela inter-relação com a sociedade não-indígena, que remonta à chegada dos colonizadores (Ubelaker, 1992). As três questões demográficas gerais que dão suporte a esse pressuposto são: o tamanho original das populações autóctones antes do contato; o seu declínio no pós-contato; e o tamanho atual dessas populações (Azevedo, 1997, 2000; Early & Peters, 1990, 2000; Hill & Hurtado, 1996; Thornton, 1987). Acredita-se que, depois de uma primeira fase de depopulação pós-contato, motivada por guerras, epidemias ou escravização, em muitos casos ocorre uma recuperação demográfica, representado pelo aumento da natalidade e diminuição da mortalidade (Cunha, 1992; Pagliaro et al., 2005; Thornton et al., 1991).

Observando a literatura disponível, percebe-se que os dados sobre o tamanho da população indígena estão dispersos em reportagens, dissertações, artigos científicos e etnografias, nem sempre acessíveis de maneira rápida e fácil, o que torna o desenvolvimento desse tema um especial desafio para aqueles interessados em pesquisas demográficas. No caso específico dos Xavante, a literatura tem registrado dados etnográficos, epidemiológicos, ecológicos, genéticos, entre outros, como observaremos no decorrer deste trabalho.

Até a década dos anos setenta, as estimativas mais alarmantes deram como certo que os índios não sobreviveriam às frentes de expansão econômica e demográfica (Davis, 1978; Gomes, 1988; Ribeiro, 1956, 1986). A política indigenista da época (vide Lei 6.001/Estatuto do Índio de 1973) supunha como irreversível, no Brasil, a integração progressiva das populações indígenas à comunhão nacional. Nesta ótica integracionista, a condição de índio correspondia assim, a um estado transitório, que desapareceria na medida em que os povos indígenas fossem incorporados à sociedade nacional. A política integracionista encara, portanto, as sociedades indígenas enquanto um fenômeno cultural em vias de extinção e sem possibilidades de reprodução e de permanência.

No entanto, avaliações mais recentes conduzidas por antropólogos, demógrafos ou profissionais de saúde constataram que a maioria dos povos indígenas tem crescido muito mais do que a média estimada para a população não indígena. Ademais, povos tidos como extintos vêm reaparecendo, como os Arara do rio Ji-Paraná em Rondônia ou os vários grupos indígenas emergentes de estados do Nordeste e de Minas Gerais, “redescobertos” nas últimas décadas. Assim, muitos povos estariam em uma fase de recuperação demográfica, apresentando em média taxas de crescimento que variam de 3 a 5 por cento ao ano (Azevedo, 2003, 2006; Baruzzi et al., 1994; Coimbra et al., 2002; Early & Peters, 1990, 2000; Gomes, 2002; Pagliaro, 2002; Pagliaro et al. 2005; Souza & Santos, 1999, 2001).

Quantos são os índios no Brasil?

O contingente populacional indígena existente nas Américas em 1500 é motivo de diversos estudos, cálculos e especulações. O montante populacional varia de estudo para estudo, de acordo com a abordagem e procedimentos metodológicos. Produto de várias suposições, as estimativas sobre a população indígena que habitava a região que hoje compreende o território brasileiro oscilam entre dois e seis milhões, correspondendo a cerca de mil etnias (Cunha, 1992; Denevan, 1976; Monteiro, 1994; Ribeiro, 1986; Steward, 1949).

A imprecisão sobre o total da população indígena brasileira permanece até os dias atuais. Nas últimas décadas, os dados demográficos existentes têm sido obtidos por meio de levantamentos diretos ou estimativas ocasionais, realizadas por funcionários da Fundação Nacional do Índio (FUNAI), missionários, antropólogos e indigenistas nas áreas indígenas em que trabalham.

Mais recentemente, outras informações demográficas têm sido produzidas, igualmente divergentes, por órgãos governamentais, como o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), responsável pela execução do Censo Demográfico no país, e a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), gestora oficial do Subsistema de Saúde Indígena e do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), que coleta informações sobre a população e a situação de saúde dos povos indígenas integrantes dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) criados em 1999. Cabe aqui lembrar que os critérios metodológicos utilizados por essas fontes geradoras de dados demográficos são distintos.

Portanto, os dados demográficos relativos à população indígena no Brasil apresentam-se frequentemente fragmentados, imprecisos e divergentes, gerando dúvidas quanto ao efetivo contingente populacional indígena no país¹. Estes levantamentos não incluem cerca de 53 grupos indígenas, ainda isolados, dos quais se tem indícios na Amazônia; não incluem também vários grupos de contato mais recente e grupos indígenas emergentes, dos quais se desconhece a população total.

Atualmente a população total dos povos indígenas no Brasil, a depender da fonte consultada, soma entre 350 e 734 mil pessoas, não ultrapassando 0,5 por cento da população nacional (Pagliaro et al., 2005). Não obstante, representam uma enorme sociodiversidade. São 210 povos indígenas falantes de cerca de 180 línguas, vivendo em milhares de aldeias espalhadas de norte a sul do país, presentes em todos os estados, com exceção do Rio Grande do Norte e Piauí. Do total da população indígena brasileira, 60 por cento, vive na região da Amazônia Legal. Outro aspecto relevante é que a maior parte dos povos indígenas no Brasil, sob o ponto de vista demográfico, é formada por microssociedades, ou seja, são sociedades constituídas por contingentes relativamente pequenos de indivíduos, em geral não ultrapassando poucas centenas (Adams & Price, 1994; Ricardo, 1995).

¹ A listagem de povos e terras indígenas no Brasil fornecida pela FUNAI (de 25/08/98) apresenta uma população total de 318.233 índios e 358.000 em 2005. O CIMI (Conselho Indigenista Missionário) estima a população indígena em 325.652 índios e a COIAB (Confederação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira) os estima em 334.000. Por sua vez, o levantamento do Instituto Centro Ecumênico de Documentação Indígena-CEDI (1995, com revisões parciais até 1998), estima a população indígena brasileira em cerca de 280.000 índios. O Instituto Socioambiental-ISA que agregou o CEDI, em 370.000 (ISA, 2006). O resultado do Censo 2000 (IBGE) apresenta um total de 734.131 indígenas autodeclarados e o sistema de informação de saúde indígena-SIASI, registra 455.282 (FUNASA, 2006).

Antropologia, demografia e saúde pública

Diante da necessidade de ampliação dos horizontes analíticos, muitos antropólogos passaram a buscar uma aproximação entre a demografia e a antropologia. Argumenta-se que, nesse particular, não se trata de reduzir as instituições culturais ao substrato demográfico das sociedades, mas de revelar os aspectos demográficos da vigência dessas instituições (Pozzobon, 1994). Isto é, a antropologia demográfica pode ser um relevante campo de investigação se as implicações de parâmetros demográficos para os padrões culturais forem cuidadosamente considerados (Hammel, 1990).

A antropologia demográfica pode ser definida como o campo de pesquisa que utiliza medidas populacionais que visam extrair informações e implicações da estrutura de sociedades em pequena escala. Neste caso, as aplicações de instrumentais da antropologia antecipam-se às situações nas quais as informações demográficas são freqüentemente muito difíceis de coletar, sendo igualmente fragmentárias e muitas vezes indisponíveis (Howell, 1986).

Kertzner & Fricke (1997) chamam a atenção para a importância da microanálise demográfica no âmbito da antropologia. Nota-se que os autores estão interessados em caracterizar a antropologia demográfica como uma área multidisciplinar. Para tal, vários aspectos da demografia e da antropologia são explorados na análise desses autores, bem como suas potencialidades e limitações, entre as quais o reconhecimento de que as metodologias para coleta de dados demográficos não são facilmente aplicáveis nas chamadas “populações nativas”. Por exemplo, a ausência de um sistema numérico similar ao ocidental, a partir do qual os modelos demográficos são desenvolvidos, impõe uma barreira importante para o desenvolvimento de estudos. Neste sentido a aplicação de metodologias utilizadas pela antropologia no trabalho de campo minimizaria o problema (Caldwell, 1987, Caldwell et al., 1988). Por exemplo, o uso de entrevistas com as mulheres para conhecimento da história reprodutiva.

Embora epidemiologia e demografia sejam disciplinas com tradições metodológicas e interesses distintos, ainda que por vezes próximos, estão profundamente preocupadas e interessadas no bem estar de populações humanas no campo da saúde, social e econômico (Wallace, 2001). Como as mudanças demográficas estão intimamente ligadas a questões de saúde, a falta de dados sobre as populações repercute diretamente sobre a caracterização de seus perfis de saúde e conseqüentemente na definição de políticas/ações. Muitos dos principais indicadores de saúde são indicadores demográficos e dependentes de base populacional, como o

coeficiente de mortalidade infantil, a esperança de vida ao nascer, as taxas brutas e específicas de mortalidade, dentre outros.

Deste modo, os níveis de saúde em geral afetam os diversos componentes da dinâmica populacional, refletindo sobre a mortalidade e incidindo, direta ou indiretamente, sobre os níveis de fecundidade. Portanto, a união da demografia à epidemiologia e à antropologia pode ser altamente produtiva, já que esses campos de conhecimento têm muito a oferecer um ao outro.

Povos Indígenas e Dados Demográficos no Brasil

Vimos anteriormente que o conhecimento do comportamento demográfico é um aspecto crucial para as populações indígenas, mas muito pouco se sabe sobre essa dimensão para a maioria dos grupos. Santos & Coimbra Jr. (2003) e Early (1985) argumentam que, na prática, os registros de nascimentos e mortes para populações de pequena escala requerem a presença ou, pelo menos, visitas regulares de profissionais com um mínimo de treinamento para manter um sistema de registro. No entanto, a alta rotatividade dos funcionários trabalhando em áreas indígenas dificulta a coleta contínua de dados.

Além dos problemas inerentes à implantação de sistemas de coleta de dados demográficos, a análise demográfica de populações indígenas envolve dificuldades específicas, considerando que a demografia refere-se à acumulação de eventos vitais ao longo do tempo. Em populações de pequena escala, como os grupos indígenas, demógrafos e antropólogos têm sugerido que os dados longitudinais em geral demonstram um padrão de volatilidade ou instabilidade, ou seja, ocorrem usualmente variações nos parâmetros ao longo do tempo devido a flutuações resultantes de vários fatores, principalmente o pequeno tamanho do contingente populacional, levando a fragilidades das estimativas (Early & Peters, 1990, 2000; Flowers, 1994b). Outras dificuldades incluem, por exemplo, barreira lingüística e cultural, como no que se refere a falar sobre os mortos em algumas sociedades (Coimbra Jr. & Santos, 1994; Pagliaro et al., 2005).

Os censos nacionais, realizados com intervalos regulares de tempo, são importantes fontes de informações demográficas e socioeconômicas das populações. Contudo, a enumeração de grupos indígenas nos censos nacionais do Brasil tem sido dificultada, principalmente devido às diferentes definições da categoria “indígena”. O Censo Demográfico de 1991 foi o primeiro no Brasil a incluir a possibilidade de

classificação segundo categoria “índigena”, como opção no quesito cor². Entretanto, foram recenseadas somente aquelas populações que viviam em postos indígenas da FUNAI ou em missões religiosas. Na apresentação do âmbito de abrangência do censo lê-se: “...os aborígenes que viviam em tribos arredias ao contato, conservando seus hábitos primitivos de existência, não foram incluídos no Censo”(IBGE, 1990).

A metodologia para classificação da população indígena utilizada nos Censos Demográficos de 1991 e 2000 foi a auto-declaração, tanto dos indivíduos que habitavam as Terras Indígenas quanto aos que viviam fora dessas áreas (IBGE, 2005). Azevedo (2000) considera as dificuldades metodológicas e suas implicações para que um estudo censitário possa reconhecer quem são os índios e quantificá-los. Especialmente, porque os critérios de coleta no quesito “cor ou raça” do questionário do censo demográfico do IBGE não permite captar a pluralidade étnica/indígena no Brasil, uma vez que a sua metodologia não é adequada para abarcar a totalidade do universo pesquisado, ou seja, o instrumento de coleta não permite, a princípio, uma decomposição da categoria ‘genérica’ de índios em unidades socioculturais específicas (Oliveira, 1999).

As informações levantadas no Censo de 2000 incluem a população indígena que vivia nas Terras Indígenas, nas áreas rurais fora das Terras Indígenas e nos centros urbanos. Na análise das tendências demográficas dos indígenas com base nos resultados da amostra dos Censos Demográficos 1991 e 2000, o IBGE buscou retratar da maneira mais próxima possível os indígenas que residiam em Terras Indígenas. Com base em informações fornecidas pela Fundação Nacional do índio (FUNAI) foram identificados os municípios nos quais há Terras Indígenas. Deste modo, nas análises das informações censitárias dos autodeclarados indígenas para os resultados relativos ao Censo de 2000, foi denominado “rural específico” ao conjunto de pessoas indígenas residentes nas áreas rurais dos municípios com terras indígenas (IBGE, 2005).

A análise apontou para uma expressiva ampliação do contingente autodeclarado indígena, sobretudo nas áreas urbanas, onde se verificaram as mais elevadas taxas de crescimento (IBGE, 2005). A importância deste estudo não está somente na contribuição enquanto referencial para inclusão dos indígenas nas estatísticas nacionais, mas também serve de aporte para apontar caminhos para o aperfeiçoamento das pesquisas censitárias sobre esse segmento populacional. Falaremos mais adiante sobre os resultados da análise das tendências demográficas dos indígenas na amostra do Censo 2000.

² Nos Censos Demográficos de 1940, 1950, 1960 e 1980, os dados para as populações indígenas são informações pontuais e episódicas, contadas como “pardas” dentro do quesito cor. Estes Censos diluem, portanto, a presença

A Fundação Nacional do Índio (FUNAI) mantém em seus postos indígenas situados nas aldeias um sistema de registro administrativo dos índios, que inclui certidão de nascimento, óbitos e casamentos. A qualidade e continuidade destes registros oscilam ao longo do tempo em função dos interesses políticos e administrativos. Cabe lembrar que estes registros administrativos são necessários no ato do registro civil oficial em cartório, portanto são de grande relevância, constituindo-se em elemento chave para o reconhecimento étnico. A FUNAI tem realizado levantamentos populacionais parciais, por administrações regionais, entretanto, nem todos os eventos demográficos são registrados (Pagliaro et al., 2005).

Como apontado anteriormente, a partir de 1999 a responsabilidade da assistência à saúde das populações indígenas passou da FUNAI para o Ministério da Saúde, por meio da FUNASA, tendo suas diretrizes definidas na Lei 9.836/99 de 23 de setembro de 1999, que institui o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Apesar de esse subsistema ter criado um Sistema de informação em Saúde Indígena (SIASI) que privilegia informações demográficas, epidemiológicas e de utilização de serviços, direcionado às populações indígenas assistidas pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), este ainda não se encontra implantado na sua totalidade nos 34 DSEI's (Sousa et al., 2007). Isto acarreta uma série de problemas para a cobertura e qualidade da informação em âmbito nacional. Além disso, infelizmente, o SIASI não vem gerando e disponibilizando de forma ampla os dados produzidos pelos DSEIs, apesar do grande investimento direcionado para a criação deste sistema de informação (ver Garnelo et al., 2003; Santos & Coimbra Jr., 2003; Sousa et al., 2007).

Podemos mencionar também várias outras iniciativas de sistematização de dados demográficos por parte de instituições religiosas, de saúde e organizações não-governamentais e associações de povos indígenas, cada vez mais presentes no cenário nacional.

Ainda de âmbito nacional, além das fontes de dados oficiais, o levantamento conduzido pelo Centro Ecumênico de Documentação e Informação (CEDI) resultou na publicação "Povos Indígenas no Brasil", contendo dados referentes ao tamanho populacional e localização geográfica dos índios brasileiros de 1978 a 1992 (CEDI, 1983, 1991). As fontes de dados demográficos utilizadas na publicação são baseadas principalmente em informações de antropólogos e missionários, bem como de eventuais censos conduzidos por organizações não-governamentais, FUNAI e outras agências de apoio à causa indígena. Criado em 1994, o Instituto Socioambiental (ISA) incorporou o

acervo acumulado durante 15 anos pelo Programa Povos Indígenas no Brasil do CEDI e vem atualizando esta base de dados (ISA, 1996).

Outro levantamento relevante foi efetuado pelo Conselho Indigenista Missionário (CIMI) em 1985, que apresenta mapas gerais com os resumos das contagens de população, baseados muitas vezes em números estimados (CIMI, 1985). O grande diferencial entre estas duas fontes, ou seja, CEDI e CIMI, é a metodologia explicitada. Por exemplo, na listagem de povos indígenas contemporâneos elaborada pelo ISA são apresentadas o ano de referência da coleta, o que não ocorre com os dados do CIMI.

Outras fontes de dados são focais e geralmente oriundas de programas de assistência à saúde, como, por exemplo, aquele conduzido pelo Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP. Desde 1966, este programa tem desenvolvido ações de saúde no Parque Indígena do Xingu. A partir das bases de dados deste programa, coletados sistematicamente e prospectivamente, têm sido geradas várias pesquisas demográficas em anos recentes (ver Baruzzi, 2005; Pagliaro et al., 2005).

Outra iniciativa relevante no levantamento de informações sobre povos indígenas é a da Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro (FOIRN) que, insatisfeita com o resultado do Censo de 1991, realizou em 1992 o Censo Indígena Autônomo do Alto Rio Negro, cujo objetivo foi o mapeamento da realidade demográfica desta região. Esta iniciativa por parte da FOIRN foi também estimulada pela existência de diversas e díspares estimativas populacionais indígenas no Alto Rio Negro. Ademais, estas estimativas limitavam-se à contagem total da população e, o que parece ser mais grave, serviam de base para a formulação de políticas de assistência à saúde e à educação e, principalmente, para a definição de políticas fundiárias (Azevedo, 1994:241, 2005).

Em 2002/2003 foi realizado um diagnóstico sócio-demográfico participativo entre os Sateré-Mawé, tendo como objetivo geral a quantificação e verificação das características sócio-demográficas e ocupacionais da população com vistas à produção de informação confiável. Mais do que quantificar, há o entendimento de que informações são imprescindíveis para orientar políticas públicas mais adequadas, ou seja, se constituem em dimensões importantes para os povos indígenas ponderar sobre a sua situação atual (Teixeira, 2005; Teixeira & Brasil, 2005). Além do pioneirismo, este levantamento participativo considera uma questão importante no processo da coleta de dados: não se restringiu somente aos indígenas que viviam dentro de terras indígenas, ou seja, foram também coletados dados sócio-demográficos de Sateré-Mawé residentes em cidades próximas das Terras Indígenas.

Nos últimos anos, observam-se diversas iniciativas com vistas a superar a carência de dados demográficos sobre os povos indígenas no Brasil (Pagliaro et al, 2005). Por exemplo, alguns pesquisadores têm-se valido de procedimentos etnográficos para constituir os próprios bancos de dados, alguns incluindo entrevistas em profundidade para a reconstrução de histórias reprodutivas e construção de calendários de eventos baseados nos momentos da história destes grupos para estimativa das idades. As pesquisas de Early & Peters (1990, 2000), Flowers (1994a, 1994b), Price (1994), Santos et al. (2005); Souza (1999); Souza & Santos (1999, 2001); Werner (1983), dentre outras, são representativas desta vertente. Outra iniciativa foi a reunião de pesquisadores voltados para o estudo da demografia indígena, como é o caso do GT de Demografia dos Povos Indígenas da Associação Brasileira de Estudos Populacionais-Abep (Pagliaro et al., 2005). Não podemos esquecer também da inclusão da opção “indígena” no quesito cor ou raça dos censos decenais realizados pelo IBGE (IBGE, 2005).

Depopulação e recuperação demográfica

Em geral, a trajetória histórica dos povos indígenas tem sido pautada por drástica redução populacional e/ou extinção, desestabilização social e das atividades de subsistência, comprometimento da sobrevivência física e cultural, introdução de doenças e invasão de territórios (Black, 1975, 1992; Coimbra Jr. 1987; Livi-Bacci, 2002; Ribeiro, 1956).

A literatura acerca das mudanças ocorridas nas populações indígenas após o contato permanente foi conduzida segundo diferentes enfoques. No âmbito da antropologia, o desaparecimento de sociedades inteiras enquanto unidades independentes e sua absorção em unidades maiores, assim como as rápidas transformações culturais que ocorreram nas mais diferentes sociedades, colocaram para esta disciplina novas questões. Já não se tratava mais de observar sociedades relativamente isoladas, de escala demográfica reduzida (Novaes, 1993). Além disso, a mudança naquelas sociedades, que sempre interessaram aos antropólogos, estava freqüentemente associada às crises de valores e a depopulação crescente (Meireles, 1984; Ribeiro, 1956 e 1986; Wagley, 1973). Antropólogos também mostraram considerável interesse na questão de mudanças na fecundidade e mortalidade entre povos caçadores e coletores a partir do momento em que eles se tornaram sedentários (Hill & Hurtado, 1996).

Do ponto de vista da demografia histórica, a população indígena no Brasil, após o contato com os europeus, chegou a estar próxima (sendo que para muitos povos

ocorreu) da extinção. Tal como no restante do continente americano, as estimativas existentes para o Brasil sobre o volume da população à época do contato com os europeus são conjecturas baseadas em notícias e avaliação de cronistas, religiosos ou viajantes.

Contudo, os religiosos, principalmente jesuítas, a partir do século XVI e de épocas posteriores, confirmam a opinião de estudiosos contemporâneos de que a população indígena sofreu uma acentuada perda populacional. Mas até hoje os historiadores são desafiados a compreender o que levou a esta depopulação (Livi-Bacci, 2002; Marcílio, 1990; Monteiro, 1994).

Na segunda metade do século XX predominou entre os estudiosos uma linha revisionista, que além de reavaliar as estimativas da população à época do contato, sustentou a prevalência das doenças infecciosas como principal causa de depopulação indígena (Ramenofsky, 1987; Ubelaker, 1992). A introdução da varíola, sarampo, gripe e de outras infecções em populações “*virgin soil*” estaria na raiz do flagelo. Sobre o impacto das epidemias e o contínuo ressurgir dessas epidemias não restam dúvidas e são muitas as evidências, epidemiológicas e históricas (Black, 1966, 1975, 1992; Marcílio, 1990).

É presumível que o efeito do contato sobre a população tenha tido repercussões diferenciadas. Nota-se através de uma revisão bibliográfica que os níveis de fecundidade podem representar um ajustamento às mudanças sociais, históricas, econômicas, psicológicas, ambientais e culturais (Hern, 1994, 1992a, 1992b; Laraia, 1963; Meireles, 1988; Wagley, 1973). Igualmente, as epidemias que caracterizaram o contato entre as sociedades indígenas e não-indígenas tiveram seu impacto não somente traduzido em doenças e mortalidade como também afetando a capacidade básica de subsistência das populações (Ribeiro, 1956). De tal modo, ainda que de forma variável, o fenômeno da depopulação ou recuperação deve ser analisado dentro de um contexto sócio-histórico mais amplo.

As investigações realizadas nas décadas de 30 e 50 por Wagley (1973, 1977) e Ribeiro (1956, 1986) voltaram a atenção, principalmente, para as sociedades tupis, enfatizando a política populacional de sociedades em recente contato com as diferentes frentes de expansão e os efeitos demográficos que este implicou. Com base em dados sobre os Tenetehara e Tapirapé, as diferenças de recuperação ou declínio do contingente populacional são explicadas por Wagley (1973) em função da natureza do contato e do desempenho da cultura para absorver o impacto deste contato. Wagley sugere que a relativa estabilidade populacional alcançada pelos Tenetehara e a quase extinção dos

Tapirapé se deveu aos padrões culturais diferenciados, no caso, ao conhecimento ou não de práticas de restrição voluntária da natalidade. Entre os Tenetehara as elevadas taxas de natalidade compensaram os também elevados níveis de mortalidade. Já os Tapirapé, que utilizavam métodos reguladores dos nascimentos e do crescimento populacional, através da prática do aborto e infanticídio, contribuíram decisivamente para invalidar seu potencial de crescimento, levando-os quase à extinção.

Questões relativas à organização social e a sua influência sobre a fecundidade também são abordadas por Meireles (1988), que particulariza a existência de fatores culturais que levam à estabilização demográfica, tais como o exercício de certas práticas de restrição voluntária de natalidade. Werner (1983), trabalhando com os Mekranoti-Kayapó, concluiu que mudanças nos status de saúde, uso de contraceptivos, períodos de amamentação e abstinência sexual pós-parto não foram tão importantes para a fecundidade das mulheres como os efeitos das guerras. Ou seja, devido a alta mortalidade masculina nas guerras (conflitos intertribais ou por conquistas de território), muitas mulheres passaram grande parte de seus anos reprodutivos sem parceiros.

Do ponto de vista da genética de populações, Salzano et al. (1967) e Salzano (1975) abordam a questão demográfica entre populações indígenas enfocando a estrutura populacional e os mecanismos evolutivos envolvidos na produção e manutenção da variabilidade biológica. Em outro trabalho, Salzano & Callegari-Jacques (1988) classificam as sociedades indígenas em três estágios, segundo a tecnologia utilizada: caçadores e coletores, agricultores ou pescadores e pastoralistas. Esses autores sugerem que grupos de caçadores e coletores com agricultura incipiente tendem a apresentar fecundidade e mortalidade moderada e supõem que estes padrões são mantidos e se relacionam à disponibilidade de recursos como forma de compensação homeostásica. Santos (1989), em uma análise desse trabalho, chama a atenção para a abordagem, que considera historicamente pouco informada, na interpretação das semelhanças e diferenças entre as sociedades no estágio de caçador-coletores e de agricultores ou pescadores. No caso, entre outros aspectos, os autores não consideraram a relevância do contato com a sociedade nacional e a mudança sócio-cultural advinda desta nova situação sobre a estrutura demográfica de tais populações.

A sugestão de que grupos de caçadores e coletores tendem a apresentar baixos níveis de fecundidade é contestada por Early (1985). O autor questiona a metodologia e as abordagens usadas para a coleta de dados no campo e o uso destes dados. Sua análise sugere que há uma correlação positiva entre o tempo de permanência no campo e a qualidade dos registros, principalmente no que diz respeito à fecundidade.

Considerando o impacto do crescimento demográfico enquanto um fator de desequilíbrio na relação entre populações e o meio ambiente, um fascículo de *South American Indians Studies* foi dedicado a estudos de caso do que os organizadores denominaram “sociedades de pequena escala” das terras baixas da América do Sul (Adams & Price, 1994). Estes estudos propõem um diálogo entre o comportamento demográfico e os padrões culturais das sociedades indígenas. O eixo principal é o debate sobre a recuperação demográfica e os elevados níveis de fecundidade experimentados por algumas sociedades indígenas nos anos que se seguiram aos contatos com a sociedade não-indígena, enquanto geradores de riscos contínuos à sobrevivência face à escassez de recursos alimentares e ambientais e aos problemas de saúde acarretados por este contato. De modo geral, os autores concluem que o contato impulsiona uma intrincada interação de muitas variáveis, que variam de sociedade para sociedade. Acredita-se, contudo, que a ocorrência de elevada fecundidade é indicativo de abandono ou alteração de práticas inibidoras que mantêm as taxas de crescimento populacional em níveis baixos ou moderados (Greene & Crocker, 1994; Picchi & College, 1994; Price, 1994).

Desta coletânea destacamos o estudo conduzido por Flowers (1994a) entre os Xavante de Pimentel Barbosa, no estado de Mato Grosso, com dados do período de 1976 a 1990. A autora aborda o contato e suas influências na dinâmica demográfica em longo prazo sobre o comportamento demográfico deste povo e aponta para um padrão de variação e instabilidade demográfica no decorrer dos anos e, recentemente, para uma tendência de aumento nos níveis de fecundidade como resposta às novas condições sociais e ambientais. Neste contexto, a gradual e efetiva recuperação demográfica demonstrada nas últimas décadas é considerada pela autora tanto como favorável e desfavorável. O crescimento populacional pode exercer uma pressão sobre os recursos naturais, tornando-se difícil a manutenção das práticas de subsistência tradicionais. Além disso, na medida em que os jovens superam em número os mais velhos, pode ocorrer um enfraquecimento das tradições e conflitos intergeracionais. Por outro lado, renova a confiança do grupo em seu futuro e na capacidade de ação política. O ponto mais importante do trabalho de Flowers é a perspectiva diacrônica na análise dos padrões de fecundidade e mortalidade.

Na década de sessenta se desenvolveram estudos demográficos baseados em modelos de simulação computacional com base em informações sobre as relações de parentesco em sociedades indígenas. MacCluer et al. (1971) aplicaram um destes modelos na estimativa da estrutura da população Yanomami do Brasil e da Venezuela.

Dentro da mesma perspectiva metodológica encontra-se o estudo de Pozzobon (1994), que considerando uma estrutura social fundada em metades exogâmicas e com uma determinada terminologia de parentesco investiga qual seria o mínimo populacional necessário para a reprodução física. A conclusão é de que o mínimo necessário para o funcionamento do sistema é de 500 indivíduos, distribuídos numa estrutura por idades e sexo estável. O número de indivíduos pertencentes a cada metade também deve ser balanceado. Em situação de desequilíbrio, os membros destas sociedades recorrem a casamentos poligâmicos ou procuram cônjuges nas populações vizinhas ou desobedecem às regras de casamento tal como observado por Laraia (1963) entre os Suruí e por Azevedo (2005) que analisando os tipos de casamentos existentes entre os povos habitantes da região do alto rio Negro apresenta casos de endogamia lingüística, ou seja, uniões consideradas incestuosas pela regra tradicional.

Pagliaro (2005) analisou a dinâmica demográfica dos Kaiabi do Parque Indígena do Xingu, Mato Grosso, no período de 1970 a 1999, com base nas informações do registro contínuo de eventos vitais geradas pelo programa de saúde da Universidade Federal de São Paulo-UNIFESP no Xingu. Pagliaro considerou que, em 1970, esta população estaria em situação de “excepcionalidade”, após longos períodos de mortalidade causados tanto pelo contato com as frentes de expansão colonizadoras, quanto pelas emigrações. A cessação de conflitos com as frentes expansionistas, a menor exposição às epidemias, a melhoria das condições de saúde, a garantia do território, além do desejo e da decisão de crescer, são fatores considerados decisivos para a recuperação demográfica verificada entre 1970-99.

A apreciação detalhada da fecundidade das mulheres Kaiabi do estudo de Pagliaro (2005) mostra tendência clara de rejuvenescimento populacional, devido ao aumento da fecundidade que passa de 5,7 a 9,5 filhos e, parcialmente, pela diminuição da mortalidade. O declínio dos níveis de mortalidade observado no período de 1970 a 1999 propiciou um ganho de tempo médio de vida, tendo a esperança de vida ao nascer dos Kaiabi aumentado de 48,5 para 66,4 anos de idade.

Camargo et al. (2005), analisando o comportamento reprodutivo das mulheres Kamaiurá do Alto Xingu, apontam para um crescimento demográfico expressado pelo aumento da média de filhos por mulher e, em particular, um substancial incremento na média dos filhos sobreviventes nos primeiros anos de vida em virtude da melhoria das condições de saúde. Os dados apresentados nesse estudo foram extraídos de uma pesquisa mais ampla realizada na área indígena, desde 1968.

De acordo com Early & Peters (1990, 2000), as taxas brutas de natalidade dos Mucajaí Yanomamo indicavam a alta fecundidade da população, comparável aos níveis de fecundidade de países pré-industrializados. O estudo também adverte que a volatilidade dos números de moradores nas malocas é uma característica essencial de todas as variáveis demográficas da população Yanomamo, isto é, as variações das médias são tão grandes ao longo do tempo que dizem muito pouco sobre alguma maloca individual ou um grupo pequeno.

Gomes (2002) apresenta uma reconstrução histórica da demografia dos Tenetehara nos últimos quatrocentos anos. De acordo com esse autor, após um longo período de descenso populacional os Tenetehara começaram a se recuperar no início da década de 1950, atingindo, entre 1975 e 1994, níveis de crescimento de 5 por cento ao ano. São apontados como fatores prováveis do crescimento registrado neste período a sensível queda da mortalidade infantil e as modificações nas regras de tabus sexuais pós-parto, que reduziram o espaçamento entre os nascimentos. A estabilização do ritmo de crescimento se deu a partir de 1994, quando são registrados índices em torno de 3 por cento ao ano.

Trazendo dados demográficos mais contemporâneos, estudos recentes sobre os Xavante avaliam o perfil demográfico dos habitantes de Sangradouro-Volta Grande (MT). Para os Xavante de Sangradouro-Volta Grande, Souza & Santos (1999, 2001) analisam o comportamento demográfico de sete aldeias, com base em censos anuais e registros de eventos vitais do período 1993 a 1997. Neste estudo foi possível comprovar um comportamento demográfico caracterizado por elevados níveis de natalidade, resultando em uma estrutura etária bastante jovem.

A seguir na Tabela 1.1 são apresentados alguns indicadores encontrados nos estudos demográficos sobre povos indígenas no Brasil. Há evidências de uma recuperação populacional em vários povos, apresentando taxas de crescimento médio anual que variaram de 3 a 5 por cento ao ano, contrariando as previsões de declínio apontadas a partir dos anos cinquenta (Ribeiro, 1956; Gomes, 1988).

Tabela 1.1 - Estatísticas de natalidade, fecundidade, mortalidade e crescimento reportadas em alguns estudos demográficos sobre os povos indígenas no Brasil.

Fonte	Etnia (localização)	Período de referência	TBN	TFT	TBM	TMI	TC
Coimbra Jr. et al. (2002) ¹	Xavante- Pimentel Barbosa (MT)	1972-1990	50,8	7,9	10,0	102,0	4,1
Costa (2006)	Macuxi, Taurepangue, Ingarikó, Wapixana, Patamona e Wai-Wai (RR)	2002-2004	42,1	5,8	5,2	50,0	3,7
Early & Peters (1990)	Yanomami (AM e RR)	1958-1987	49,9	7,9	23,3	140,0	2,7
Maia et al. (2004)	Txicão/MT	1970-1999	54,1	--	6,7	52,4	4,7
Pagliario (2005)	Kaiabi/MT	1970-1999	53,1	5,7-9,5	8,1	32,8	4,5
Picchi (1994)	Bakairi/MT	1979-1981	45,1	5,4	10,4	--	3,5

TBN= Taxa bruta de natalidade (por mil).

TFT= Taxa de fecundidade total ; TBM= taxa bruta de mortalidade (por mil).

TMI= Taxa de mortalidade infantil (por mil); TC= taxa de crescimento (por cem).

¹Em Coimbra Jr. et al. (2002), TFT e TMI referem-se ao período 1977-1990.

Como já apontado, no âmbito nacional, um aspecto importantíssimo que emerge da comparação dos Censos de 1991 e 2000 conduzidos pelo IBGE é o crescimento expressivo do número de indivíduos que se autodeclararam como ‘indígenas’, ou seja, 294 mil em 1991 e 734 mil em 2000. De um censo ao outro, além do crescimento médio de 10,8%, o aumento foi mais substancial na área urbana (20,8% ao ano) que na rural (5,2% ao ano) (IBGE, 2005).

A comparação entre os dois censos mostra também uma alteração na proporção de “indígenas” segundo a situação de domicílio. De acordo com o Censo de 1991, a maior concentração dos indivíduos estava em áreas rurais (75,9%). Já em 2000, 52,2% dos autodeclarados viviam em área urbana (Pereira et al., 2005). Outra informação importante quanto à situação de domicílio é a de que os residentes em áreas rurais apresentam uma estrutura etária predominantemente jovem, com elevados níveis de fecundidade e características mais próximas do perfil delineado em pesquisas realizadas em povos indígenas específicos (Azevedo, 2000; Coimbra Jr. et al, 2002; Early & Peters, 1990; Pagliario, 2002; Souza & Santos, 2001; Teixeira & Brasil, 2005).

A análise apontou para uma expressiva ampliação do contingente que se autodeclararam indígena, aumento na ordem de 150%, num ritmo de crescimento anual de 10,8%, quase seis vezes maior que o da população em geral, em grande parte devido ao crescimento do número de pessoas que viviam em áreas urbanas, sobretudo na região Sudeste, onde se verificou as mais elevadas taxas de crescimento.

Ao se considerar a participação relativa da categoria indígena na população total segundo as grandes regiões, observa-se que, em 2000, a maior participação foi observada no Centro-Oeste (0,9%), acima do dobro da média nacional (0,4%).

As informações levantadas no Censo de 2000 incluem a população indígena que vivia nas Terras Indígenas, nas áreas rurais fora das Terras Indígenas e nos centros urbanos. Com base em informações fornecidas pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI), foram identificados os municípios nos quais há Terras Indígenas. Deste modo, nas análises das informações censitárias dos autodeclarados indígenas para os resultados relativos ao Censo de 2000, foi denominado “rural específico” ao conjunto de pessoas indígenas residentes nas áreas rurais dos municípios com terras indígenas, em razão da estreita relação existente com os povos indígenas residentes nessas terras (IBGE, 2005).

Os indígenas urbanos acompanham o padrão de composição por sexo e idade da população brasileira em geral, ou seja, fecundidade e mortalidade moderadamente baixas e idade mediana alta. Já para os da área rural, a composição apresentou características de uma população jovem com uma base alargada, produto da persistência de altos níveis de fecundidade, a qual vai se estreitando proeminentemente na medida em que a idade aumenta, com a diminuição do peso relativo das populações adulta e idosa. Para o rural específico, a população era ainda mais jovem com uma idade mediana de 15,9 anos de idade. Em relação à fecundidade, o rural específico apresentou valores acima de sete filhos por mulher nas regiões Sul e Centro-Oeste.

Além dos desafios interpretativos dos resultados dos dois últimos Censos, a opinião dos analistas é a de que a formulação do quesito sobre cor/raça em censos futuros precisa ser aperfeiçoada (Azevedo, 2006; IBGE, 2005; Pereira et al, 2005).

Povos indígenas e a transição demográfica

A clássica teoria de transição demográfica define um processo histórico pelo qual as populações tenderiam a passar, composto por quatro fases. Este processo teria início com níveis elevados de natalidade e mortalidade e evoluiria de forma até um padrão marcado por baixos níveis de natalidade e mortalidade. O modelo teórico limita-se,

contudo, à análise da estrutura quantitativa e das inter-relações de somente duas variáveis: natalidade e mortalidade, não sendo considerado, portanto, os demais componentes que integram a dinâmica demográfica, isto é, a imigração e emigração.

Desde a sua concepção, apresentada por Thompson em 1929, ao que se seguiu uma série de artigos de Notestein (1945, 1948, 1953), a teoria da transição demográfica tem sido objeto de muitas críticas. Uma delas é de que pressupõe que as variações dos níveis de mortalidade e natalidade sejam cíclicas e sempre de queda, não havendo possibilidade de retorno ao período anterior, ou seja, seria unidirecional. Ademais, não permite explicar as diferenças nas fases: inicial e final e na intensidade do processo de transição, em particular com respeito à natalidade. Neste sentido, o esquema não daria conta do grau de modernização necessário para produzir modificações importantes no nível da natalidade. A descrição da natalidade e mortalidade é baseada na experiência de países da Europa Ocidental sendo as predições de futuras mudanças especialmente para países desenvolvidos. Há também a relutância em reconhecer o significado de baixas ou altas taxas de crescimento populacional como parte de um longo processo histórico e enquanto um produto de uma ampla diversidade de sistemas socioeconômico e cultural, ou seja, a dificuldade de se associar, em uma perspectiva temporal longa, os níveis e tendências demográficas às dimensões explicativas no contexto social em que se processam (Caldwell, 1987; Coale & Waltkins, 1986).

Ainda que as fases de alta natalidade e mortalidade (fase I) e alta natalidade e moderada mortalidade (fase II) não tenham recebido muita atenção, sobretudo devido a escassez de fontes de dados, estudos demográficos em populações indígenas no Brasil têm evidenciado limitações na aplicação desse modelo. Para Early (2000:10) isso não expressa nenhuma incoerência, já que todas as fases são tipos ideais, permitindo pensar que não há uma única forma de transição, mas várias. Early & Peters (2000) e Moran (1990) reconhecem que a estrutura demográfica de uma população reflete um grande número de experiências: sua situação epidemiológica, mudanças sociais e econômicas e suas respostas a tais mudanças. Deste modo, autores como Camargo et al. (2005) chamam a atenção para a utilização generalizada, mesmo que subentendida, da teoria da transição demográfica para descrever e analisar tendências e trajetórias singulares, pois estas nem sempre são consubstanciadas em fatos.

Historicamente, observou-se na população brasileira não-indígena que a diminuição nas taxas de mortalidade precedeu o declínio da natalidade. A explicação para o fato reside na melhoria das condições de vida e saneamento, bem como no avanço da tecnologia médica, refletindo-se na redução da mortalidade por doenças

infecciosas e parasitárias, pois as taxas de natalidade, a princípio, não registraram mudanças significativas. A redução da natalidade nos últimos 40 anos constitui uma alteração que, combinada ao declínio paulatino dos níveis de mortalidade, produziu a diminuição do ritmo de crescimento. Sobre a transição demográfica no Brasil existe uma ampla literatura (ver Carvalho, 1998; Patarra, 1994, 1995, entre outros).

Assim como na Inglaterra e outros países da Europa, a transição demográfica na América Latina e nos países do Caribe começou com a redução da mortalidade infantil. De acordo com Patarra (1994:29) é possível afirmar que há hoje um relativo consenso quanto à constatação de que todos os países da América Latina e Caribe já estão envolvidos no processo de transição demográfica. Já não é unívoca, no entanto, a opinião quanto ao seu início. A maioria dos países conseguiu reduzir pela metade a taxa de mortalidade por doenças infecciosas entre as crianças de 0 a 1 ano de idade (Chackiel, 2004). Esta mudança no perfil epidemiológico resultou em mais anos de vida para a população em geral, com o aumento concomitante de doenças crônicas não transmissíveis e de incapacidades e o deslocamento da mortalidade, que passa a se concentrar mais nos grupos acima de 65 anos.

Em todas as suas versões, a transição demográfica é apresentada em etapas, normalmente referidas a países ou agrupamentos regionais de países e com referência básica à evolução da mortalidade, da natalidade e suas conseqüências no crescimento demográfico. Mas a intensidade e a velocidade do declínio da mortalidade e da natalidade não foram homogêneas em todos os países, nem sequer dentro de regiões diferentes de um mesmo país (Camarano, 1997).

A taxa de mortalidade infantil (TMI) é um dos indicadores freqüentemente utilizados para medir as condições de vida de uma população (Duarte, 2002; Rivadeneira, 2000). A comparação dos coeficientes de mortalidade infantil da população brasileira indígena e não-indígena mostra que os valores para crianças indígenas são mais elevados que a média brasileira, estimada em 23,7 óbitos por 1.000 nascidos vivos (NV) para o ano de 2001 (IBGE, 2005). Considerando que a FUNASA (2003a) reporta para 2001, uma TMI para a população indígena de 56,5 por mil, conclui-se que o valor é mais que o dobro que a média (Garnelo et al., 2003; Cardoso et al., 2005). No entanto, sabe-se que as estatísticas de saúde no Brasil excluem grande parte dos eventos ocorridos em povos indígenas, devido as deficiências das informações, já mencionadas, nessas populações (Cardoso et al., 2005; Coimbra Jr. & Santos, 2000; Garnelo et al., 2003; Santos & Coimbra, 2003).

Já no tocante a fecundidade, de acordo com Dyson & Murphy (1985), o aumento da fecundidade tem recebido muito menos atenção do que o seu declínio, embora não seja nova a noção de que um aumento da fecundidade preceda à queda, fenômeno este observado entre os países em desenvolvimento. A ausência de um declínio na fecundidade entre os povos indígenas, onde os níveis de fecundidade mostram-se elevados, na ordem de 8 filhos por mulher, não apresenta paralelo com o que ocorre na população não-indígena de qualquer parte do Brasil (com uma reprodução média próxima do nível de reposição, 2,1 filhos por mulher) e da maioria dos demais países da América do Sul (Camarano, 1997). As diferenciações importantes no nível da fecundidade entre povos indígenas promovem uma estrutura etária mais jovem para tais populações.

É provável que uma variedade de fatores ainda pouco conhecidos possa estar afetando a probabilidade de nascer e morrer nas populações indígenas, através dos tempos, sendo necessários estudos que contribuam para um melhor entendimento dessa dinâmica demográfica e suas relações com o processo saúde e doença.

CAPÍTULO 1

OS XAVANTE

Os Xavante

Panorama histórico

O termo “Xavante” era utilizado no século XVIII para designar, indistintamente, os Xavante e os Xerente, que nesse período viviam no norte de Goiás, entre os rios Tocantins e Araguaia, no Planalto Central brasileiro. Essa região era majoritariamente ocupada por tribos da família lingüística Jê, tronco lingüístico Macro-Jê, à qual pertencem os Xavante e os Xerente. Posteriormente, o termo Xavante passou a ter uma aplicação mais restrita, designando três grupos: os Oti-Xavante, Opayé Xavante e Akwén Xavante (Ravagnani, 1978; Flowers, 1983a; Maybury-Lewis, 1984). Esta dissertação diz respeito aos Akwén-Xavante.

As referências históricas mais antigas sobre os Xavante datam do século XVIII, situando-os nas regiões norte e central do atual Estado de Goiás. Nessa época as bandeiras mineradoras expandiram-se na Capitania de Goiás, o que levou à política de aldeamentos, redução e pacificação dos índios. Os Xavante tornaram-se alvo de campanhas militares, de invasões e escravidão, ataques nos aldeamentos e projetos de reassentamentos. A visão geral que predominava sobre os Xavante era de “indomáveis”, “não-civilizáveis” e que deveriam ser “pacificados”. Quanto à população Xavante à época, as referências mencionam entre dois a oito mil indivíduos. Para Cunha Mattos “montam os seus guerreiros a mais de quatro mil cruéis traidores e cobardes...,” e, referindo-se às nações indígenas, afirma que “...a mais numerosa que existe no centro do Brasil é a dos Chavantes” (Cunha Mattos *apud* Ravagnani, 1978:19).

Alguns grupos Xavante chegaram a ser aldeados em 1788. E com base nas fontes utilizadas por Ravagnani (1978) fica evidente que os Xavante não formavam um único grupo. As situações de contato apontam para grupos vivendo em “aldeamentos oficiais”, e grupos vivendo livres em seus territórios tradicionais, estando ora em conflito com os colonizadores em defesa de seus territórios, ora “arredios” a todo tipo de contato com setores da frente de expansão - garimpeiros e ou agropecuaristas.

Em decorrência da decadência do ciclo econômico da mineração no século XIX, deslocou-se o foco de interesse para a agricultura e a pecuária. É nesse período que os diversos grupos que formavam o povo Xavante abandonaram Goiás em direção ao Mato Grosso. Possivelmente cruzaram os rios Araguaia, Cristalino e Mortes, que separam Goiás de Mato Grosso, no final do século XVIII ou no início do século XIX. Uma vez em Mato Grosso, os Xavante mantiveram-se relativamente isolados dos colonizadores até o início do século XX. Foi a partir dos anos 30 desse século que novas frentes expansionistas os alcançaram (Coimbra et al, 2002; Giaccaria & Heide, 1972; Lopes da

Silva, 1992; Maybury-Lewis, 1984; Ravagnani, 1978). Essas frentes foram hostilizadas pelos Xavante. Difundiu-se nessa época uma imagem particularmente negativa dos Xavante, representando-os como entrave ao desenvolvimento do Brasil Central.

Os Xavante chamam a atenção pelo número de estudos desenvolvidos entre eles, em distintas áreas do conhecimento. Os primeiros registros etnográficos foram realizados por Maybury-Lewis (1967) e pelos padres salesianos Giaccaria & Heide (1972) poucos anos após o contato definitivo dos últimos grupos Xavante. Mais recentemente foi objeto de estudo: a ação missionária salesiana Menezes (1984), a organização social Lopes da Silva (1986) e a lingüística Graham (1995).

A história do contato foi abordada, sobretudo por Ravagnani (1978) e Lopes da Silva (1992). O impacto da política desenvolvimentista e colonizadora sobre os Xavante foram ainda abordados por Menezes (1982, 1984), Maybury-Lewis (1985), Lopes (1988), Garfield (1996, 1997) e Santos *et al.* (1997).

Estudos epidemiológicos e bioantropológicos têm sido desenvolvidos entre os Xavante desde a década dos 60. Os primeiros estudos em bioantropologia tiveram como principal enfoque a genética de populações e foram conduzidos na década dos 60 por uma equipe multidisciplinar de médicos e geneticistas. Os resultados foram posteriormente sumariados em Neel & Salzano (1967). O principal enfoque dessas pesquisas foi a estrutura populacional e os mecanismos de evolução envolvidos na produção e manutenção da variabilidade genética (Neel *et al.*, 1964; Salzano *et al.*, 1967 e Salzano, 1975).

Nos anos 1970 nos estudos da sociedade Xavante percebe-se uma orientação voltada para a ecologia humana, particularmente abordando as estratégias de subsistência, com trabalhos de Gross *et al.*, (1979) e Flowers (1983a, 1983b).

A partir dos anos 80, nas áreas sob influência direta da Missão Salesiana (T.I. Sangradouro-Volta Grande e São Marcos) Vieira Filho iniciou uma série de estudos de casos sobre doenças metabólicas (Vieira Filho, 1981; Vieira Filho *et al.*, 1997).

Nos anos 1990, foram retomados em Pimentel Barbosa pesquisas em saúde pública, bioantropologia e ecologia humana visando caracterizar os padrões de morbidade e as inter-relações entre as transformações socioeconômicas e as conseqüências dessas mudanças sobre a saúde do grupo (Santos & Coimbra Jr., 1994; Flowers, 1994a e 1994b; Gugelmin, 1995; Santos *et al.*, 1997; Ianelli, 1997; Arantes, 1998). Outros estudos abordaram questões mais específicas, como a epidemiologia de determinadas patologias, tais como doença de chagas (Coimbra Jr. *et al.*, 1992),

leishmaniose cutânea (Coimbra Jr. & Santos, 1993), hepatite B (Coimbra Jr. *et al.*, 1996), parasitismo intestinal (Santos *et al.*, 1995), entre outros.

Ainda nos anos 90, na mesma linha dos estudos de Pimentel Barbosa, Leite (1998) descreveu e avaliou o crescimento físico e a epidemiologia da anemia na população da aldeia São José - TI Sangradouro-Volta Grande.

Os trabalhos de Flowers (1983a e 1994b), Souza e Santos (2001) tratam especificamente da demografia dos Xavante da aldeia de Pimentel Barbosa e das aldeias da TI Sangradouro-Volta Grande. Esses estudos apresentam particular relevância para os fins desta tese, especialmente por serem investigações demográficas anteriores ao período de implantação do subsistema de saúde indígena.

Estudos mais recentes na área de saúde, Gugelmin e Santos (2001), Arantes (2005), Leite *et al.* (2003). Em 2002, Coimbra Jr *et al.* publicaram um livro sobre saúde, ecologia e bio-antropologia dos Xavante, consolidando dados coletados em campo, no período aproximado de 40 anos.

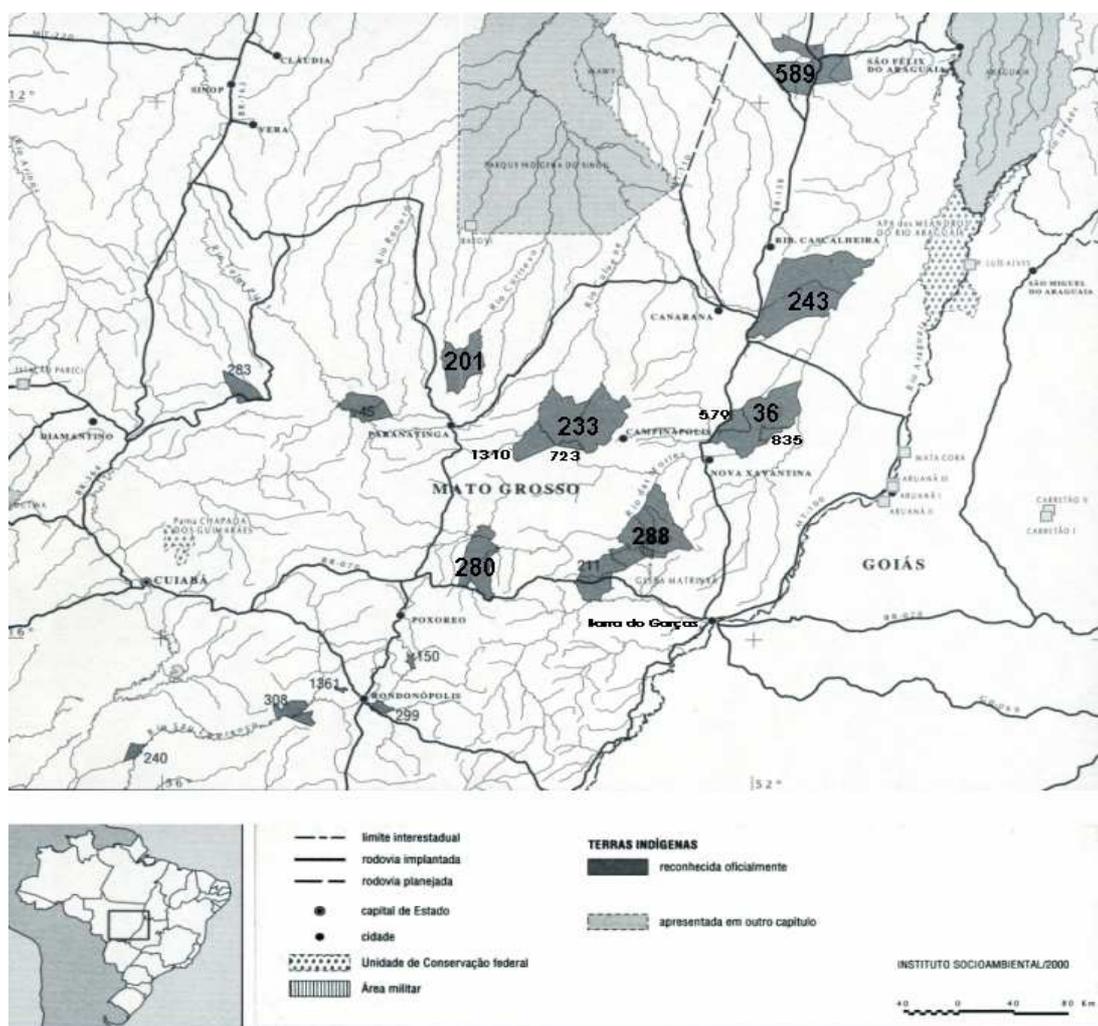
Ambiente e localização geográfica

O Território Xavante localiza-se no Planalto Central brasileiro, entre o rio das Mortes e os formadores do rio Xingu, situando-se no leste do Estado de Mato Grosso (Figura 1). A vegetação da região é tipicamente de cerrado, caracterizando-se por apresentar predominantemente uma estrutura composta por árvores baixas e tortuosas, isoladas ou agrupadas, sobre um contínuo tapete de gramíneas (Castro & Kauffman, 1998; Eiten, 1972). Nessa paisagem estão presentes também as florestas-galeria, que seguem os cursos d'água, e se completa com as ilhas-de-mato dos capões e aglomerações de buritis, ambas de forma isolada e circunscrita a pontos de lençol d'água aflorante. As florestas-galeria formam uma vegetação mais vigorosa e sempre verde em decorrência da umidade permanente nas margens dos córregos e rios, além do acúmulo de nutrientes. É predominantemente formada de elementos arbóreos distintos das zonas de cerrado que as circundam, constituindo-se verdadeiros refúgios florestais no meio de uma paisagem predominantemente aberta (Santos *et al.*, 1977).

Como apontado por Ravagnani (1978) e Maybury-Lewis (1984) temos que ter em mente a existência de vários grupos que embora partilhem de uma única organização social, apresentam históricos de contato e modos distintos de interação entre si e com os setores da sociedade nacional. Não constituem uma unidade política e suas aldeias são autônomas. Essa peculiaridade da sociedade Xavante está refletida na atual situação fundiária.

As Terras Indígenas-TI. Xavante ocupam a zona norte oriental do Planalto do Brasil Central (leste de Mato Grosso, Bacia do Rio das Mortes). São as seguintes: Pimentel Barbosa e Areões (Baixo Rio das Mortes, região do Pantanal); Sangradouro-Volta Grande e São Marcos (Alto Rio das Mortes); Parabubure (rios Kuluene e Couto Magalhães); Marechal Rondon (rios Paranatinga e Batovi).

Figura 2.1- Localização das terras Indígenas Xavante



Fonte: Instituto Socioambiental, 2000.

De fato são onze TI, todavia de acordo com a FUNAI (2004), as terras Areões I, Areões II, Chão Preto, Marãiwatsede e Ubawawe continuam ocupadas por posseiros e aguardam a definição da justiça. Com exceção de Marãiwatsede, as demais terras são contíguas às outras seis terras já demarcadas (Figura 2.1 e Tabela 2.1).

Tabela 2.1- Terras Indígenas Xavante e Situação Jurídica

Terra Indígena	Municípios	Área (ha)	Situação Jurídica
Areões	Água Boa	218.515	Regularizada
Areões I	Água Boa	24.458	Confirmada
Areões II	Água Boa	16.650	Confirmada
Chão Preto	Campinápolis	8.060	Confirmada
Marãiwatsede	Alto Boa Vista, São Félix do Araguaia	165.241	Regularizada
Marechal Rondon	Paranatinga	98.500	Regularizada
Parabubure	Água Boa, Campinápolis, Nova Xavantina	224.447	Regularizada
Pimentel Barbosa	Canarana, Ribeirão Cascalheira	328.966	Regularizada
Sangradouro/Volta Grande	General Carneiro, Novo São Joaquim, Poxoréo	100.280	Regularizada
São Marcos - MT	Barra do Garças	188.478	Regularizada
Ubawawe	Novo São Joaquim	52.234	Confirmada

Fonte: DAF/FUNAI, julho de 2004.

Organização Social

Constituídos por grupos politicamente autônomos, e muitas vezes hostis entre si, os Xavante formam um “povo”, no sentido que partilham uma língua, instituições e padrões culturais distintos de outros grupos vizinhos, tais como os Bororo. Autodenominam-se *A’uwê Uptabi*, “povo verdadeiro”.

Os Xavante pertencem à família lingüística Jê, tronco lingüístico Macro-Jê. Sua sociedade está estruturada pelo princípio do dualismo. Caracteriza-a um complexo sistema de múltiplos pares de metades, responsável pela formação de grupos sociais (como as “classes de idade”; as linhagens e os clãs patrilineares; as metades exogâmicas; as facções políticas; os grupos rituais) e de laços sociais interpessoais a eles associados (Graham, 1995; Lopes da Silva, 1986; Maybury-Lewis, 1984).

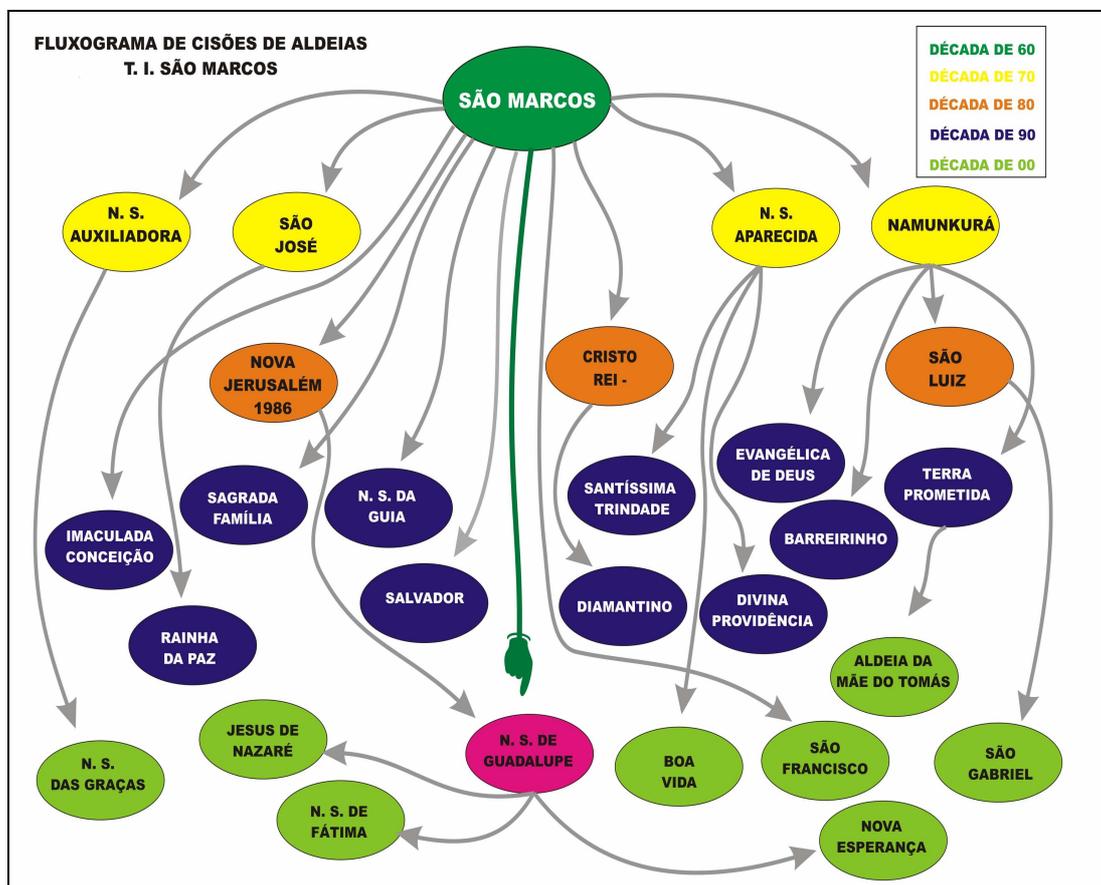
A migração também se vincula ao atual quadro sócio-político entre os Xavante que por sua vez está intimamente relacionado à história de interação com a sociedade não-índia. A característica do facciosismo contribuiu para o novo arranjo espacial da população (Lopes da Silva, 1992).

As divisões das aldeias são essencialmente marcadas por conflitos internos e disputas de poder. O sistema político Xavante caracteriza-se por um intenso dinamismo,

que no cotidiano explicita-se por meio de disputas e alianças entre as facções. Muitas destas disputas políticas visam à obtenção de prestígio e benefícios materiais por parte das lideranças, cujos reflexos podem ser observados, a partir de 1995, na intensa formação de novas aldeias como apontado para a T.I. Sangradouro-Volta Grande por Souza & Santos (1999).

Na Figura 2.2 é mostrado o fluxograma das cisões e criações de novas aldeias a partir da aldeia “mãe” São Marcos, constituída pelo grupo de Apöwe Aptsiré (do Couto Magalhães) desde 1958, com o apoio dos salesianos que trabalhavam com os Bororo na região de Meruri.

Figura 2.2- Fluxograma de cisões de aldeias na Terra Indígena São Marcos, 1960-2000.



Fonte: Delgado (2008).

Figura 2.3 – Aldeia São Domingos (aldeia que deu origem a Etenhiritipá), década dos anos 1960.

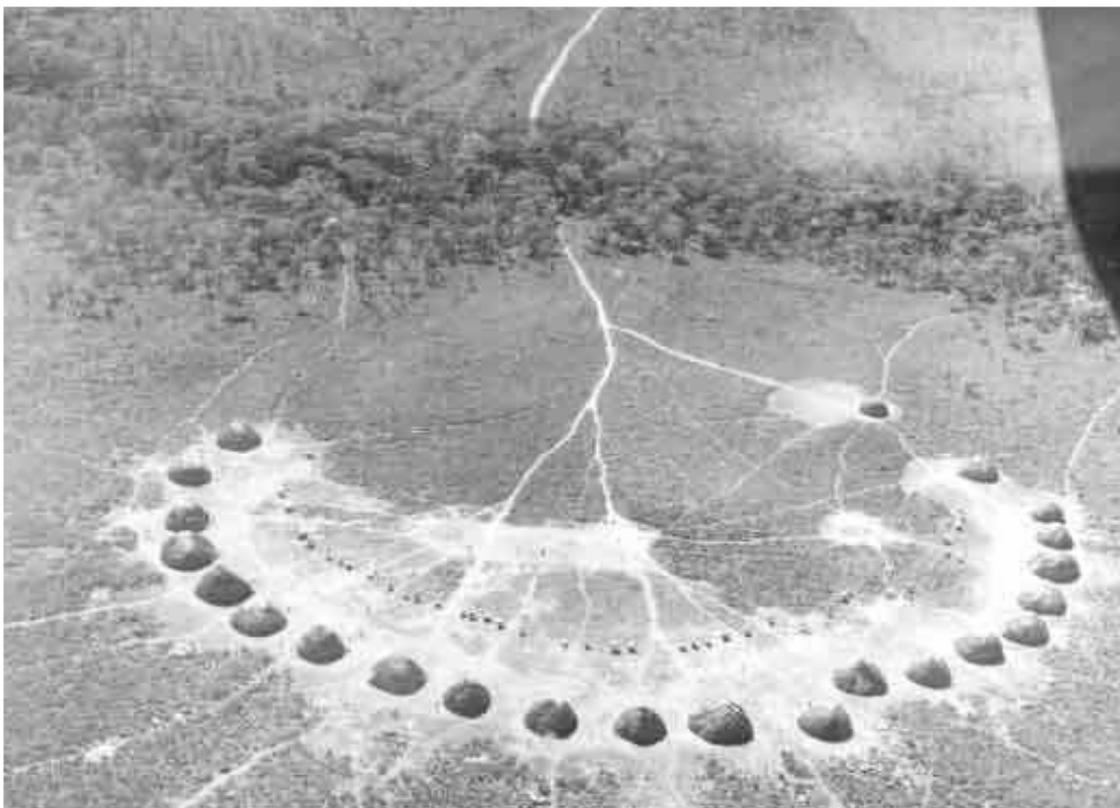


Foto: Eredit Verger, década dos anos 1960.

Figura 2.4- Aldeia São Marcos e Missão Salesiana de São Marcos, Terra Indígena São Marcos, 2004.



Fonte: Google Earth. Acesso em 26/01/2008.

Figura 2.5- Aldeias Nossa Senhora de Guadalupe, Nossa Senhora das Graças e São Francisco, Terra Indígena São Marcos, 2004.



Fonte: Google Earth. Acesso em 26/01/2008.

Figura 2.6- Aldeia Batovi (antigo posto do SPI), Terra Indígena Marechal Rondon, 2004.



Fonte: Google Earth. Acesso em 26/01/2008.

A sociedade Xavante é constituída por metades patrilineares exogâmicas. Há três clãs: *Poredza'ono*, *Öwawe* e *Topdató*. Os rapazes casam-se quando saem do *Hö*, mas somente após o nascimento do primeiro filho é que passam a residir na casa da esposa. Os Xavante são polígamos, praticando preferencialmente a poliginia sororal, isto é, o casamento de um homem com mais de uma mulher, essas irmãs biológicas ou classificatórias. A manutenção dessa prática vem sofrendo restrições nas áreas sob influência dos missionários católicos. Os casamentos prescritivos são entre as metades exogâmicas e a união preferencial entre primos cruzados. Embora a maioria das pessoas case em sua própria aldeia, o casamento é praticado entre indivíduos de distintas aldeias, ficando as famílias ligadas por alianças de matrimônio.

Um outro princípio estruturador da sociedade Xavante é o sistema de classes de idade, que constitui importante marcador social e cronológico (Quadro 2.1). São oito as classes de idade, que se sucedem com intervalos de aproximadamente cinco anos. Na época de entrada na casa dos solteiros (*Hö*) em geral os meninos têm entre oito a doze anos de idade. No final da iniciação, que dura cerca de cinco anos, são filiados a uma dessas oito classes de idade e manterão a identificação com essa classe durante toda a sua vida (Maybury-Lewis, 1984; Lopes da Silva, 1986). Essa filiação à classe de idade é comum a homens e mulheres, embora sejam mais atuantes e mais importantes para os homens. Já as categorias de idade dizem respeito a fases do ciclo de vida tal como reconhecidas pelos Xavante e diferem entre homens e mulheres (Lopes da Silva, 1986:63).

Tradicionalmente o grupo doméstico é composto por famílias extensas matrilocais. A residência, após o casamento, é matri ou uxorilocal, isto é, o marido passa a residir com os parentes da esposa. Cada grupo é formado por várias mulheres ligadas por laços de parentesco de duas ou três gerações, seus esposos e filhos. A esfera doméstica é tida como um espaço eminentemente feminino. Contudo, em algumas aldeias esse modelo familiar idealizado atualmente vem sendo modificado com arranjos domiciliares que se distanciam das famílias extensas matrilocais.

Quadro 2.1: Categorias e classes de idade na sociedade Xavante ocidental

Classe de Idade	Idade	Categoria de Idade	
		Masculino	Feminino
Abare'u Nodzö'u Anorowa Tsada'ro Ai'rere Hötörã Tirowa	Adulto	Ihí (velho) Ipredu (maduro) Ipredupté/Danhohui'wa (patrocinador de iniciação)	Ihí (velha) Ipredu (madura)
Etepá	Jovem	'Ritéi'wa (iniciado)	Piõ (casada, com filho)
	Adolescente	Wapté (morador casa solteiro)	Adabá/Tsoimbá (recém-casada/sem filhos)
	Entre 9 e 12 anos	Airepudu	Adzarudu
	Até cerca de 9 anos	Watebremiti	Ba'õnõ
	Entre 2 e 3 anos	Watebremiti	Ba'õtore
	Até cerca de 2 anos	Aiuté (nené)	

Fonte: Adaptado de Maybury-Lewis, 1984; Lopes da Silva, 1986.

Ainda que as casas Xavante tenham passado por mudanças arquitetônicas, estas pouco afetaram a ocupação e distribuição no seu interior. O modelo de ocupação apresentado por Giaccaria & Heide (1972:57) mostra uma moradia ocupada por três famílias nucleares e um espaço destinado aos noivos, o depósito de milho para cada família. O fogo está no centro, para uso de todos os moradores. Por toda a casa e principalmente no esteio central encontram-se pendurados e ou enfiadas sob a cobertura de palha, arcos e flechas, cestos de todos os tamanhos, materiais usados nos rituais (gravatas de algodão, penas, cordinhas para serem amarradas nos pulsos e tornozelos, entre outros materiais). As mudanças perceptíveis em algumas moradias são a presença de fogão a gás e em alguns casos a transferência do fogo do centro da moradia para um anexo de palha nos fundos da moradia, espaço este usado para preparação dos alimentos, torração de farinha de mandioca, dentre outros.

Meios de subsistência

Assim como em diversas outras esferas da vida Xavante, as estratégias de subsistência também sofreram transformações ao longo das últimas décadas. A subsistência tradicional incluía a caça, a coleta e uma agricultura incipiente. Essas atividades, por diferentes razões, já não são praticadas com a mesma intensidade (Giaccaria, 1990).

Tradicionalmente a caça e a coleta de frutos e raízes do cerrado tinha grande importância na dieta dos Xavante. A pesca e a agricultura também eram praticadas de forma complementar. Essas atividades, por diferentes razões, já não são praticadas com a mesma intensidade. Assim como em diversas outras esferas da vida Xavante, as estratégias de subsistência também sofreram transformações ao longo das últimas décadas (Flowers, 1983a; 1983b; Graham, 1995; Gross et al., 1979; Gugelmin, 1995; Gugelmin & Santos, 2001).

As expedições de caça e coleta não deixaram de ser praticadas por completo, mesmo que reduzidas sua frequência e período de duração. A caça é ainda hoje uma atividade de grande prestígio masculino. Sua importância também se dá no nível econômico, por representar uma das principais fontes de obtenção de recursos protéicos. Mas a restrição territorial, a sedentarização e a exploração intensiva juntamente com o crescimento demográfico aumentaram a pressão sobre os recursos da fauna. Todavia esses não foram os únicos fatores que resultaram na diminuição da caça. Em áreas contíguas à terra indígena, extensas áreas foram desmatadas pelos fazendeiros e utilizadas como pastagens ou para o plantio de soja e algodão.

Somada a outros meios de subsistência, a coleta de frutos e raízes do cerrado ainda tem grande importância na dieta dos Xavante. Os alimentos silvestres, tais como frutos, raízes, palmito e mel são muito apreciados. As raízes coletadas são típicas da região de cerrado. De algumas palmeiras consomem-se as polpas dos cocos e suas sementes e também larvas de coleópteros que ali se desenvolvem.

Os Xavante praticam a agricultura desde antes do contato, quando cultivavam plantas resistentes e de rápido desenvolvimento, como diferentes variedades de milho, o feijão e a abóbora (Maybury-Lewis, 1984; Giaccaria & Heide, 1972; Giaccaria, 1990). O preparo do terreno para o cultivo é feito pelo sistema de coivara (corte-e-queima) e as pequenas roças são conhecidas como “roça de toco”. Estão localizadas nas matas-galeria. Alguns cultígenos foram introduzidos, tais como o arroz, a banana, a manga, a batata doce, a cana-de-açúcar e o mamão, dentre outros, sendo que o plantio desses novos cultivares é geralmente localizado próximo às moradias.

A valorização da agricultura foi implementada através do cultivo do arroz e utilizada como fator de interação com a sociedade envolvente (Menezes, 1982, 1984). Apesar do declínio do “Projeto Xavante”, este cereal ainda é largamente cultivado e consumido. A produção agrícola tem como unidade de produção e consumo o grupo doméstico. É raro encontrar famílias que não tenham pelo menos alguns cultivares ao lado de sua moradia ou o seu pequeno roçado. Por outro lado, percebe-se que o trabalho nestes roçados está a cargo de homens e mulheres idosos ou de meia-idade, sendo pouca a participação dos jovens nestas atividades.

As populações das aldeias mais antigas têm ainda na criação de gado uma fonte suplementar de recursos financeiros e alimentares. O trabalho remunerado e as aposentadorias dos idosos são também importantes fontes de renda. Esses mecanismos de diferenciação estranhos à cultura refletem-se no campo político, desequilibrando as relações de poder internas e favorecendo as cisões.

No final dos anos 70 a FUNAI introduziu um projeto de monocultura do arroz mecanizado, conhecido como “Projeto Xavante” que visava, além de torná-los sedentários, fazê-los produtores na economia de mercado local. Como apontado por diversos analistas, esse projeto mostrou-se ineficiente, em poucos anos indo à falência. Deixou, contudo, um rastro de profunda dependência e modificações no hábito alimentar. O arroz tornou-se indispensável na dieta Xavante e às vezes é o único alimento disponível. E mais, a política adotada pela FUNAI na distribuição dos recursos acirrou o facciosismo existente entre as aldeias e grupos familiares, fortalecendo o processo de cisão das comunidades (Lopes da Silva, 1986, 1992; Menezes, 1982, 1984).

Em 1996, através de doações do projeto social do governo “comunidade solidária” iniciou-se a distribuição de cestas básicas de alimentos, o que contribuiu sobremaneira para a diminuição das atividades de agricultura, divisão das aldeias e aumento da dependência. Atualmente, também fazem parte da dieta Xavante os produtos industrializados adquiridos nas áreas urbanas. Tal aquisição é possível através de recursos financeiros advindos do: trabalho remunerado, da aposentadoria dos idosos e deficientes físicos, que se tornaram importantes fontes de renda. As mudanças nas relações de trabalho e sustento em decorrência das alterações na produção agrícola, no trabalho assalariado e dos rendimentos por aposentadorias refletem-se no campo político, desequilibrando as relações de poder internas e favorecendo as cisões.

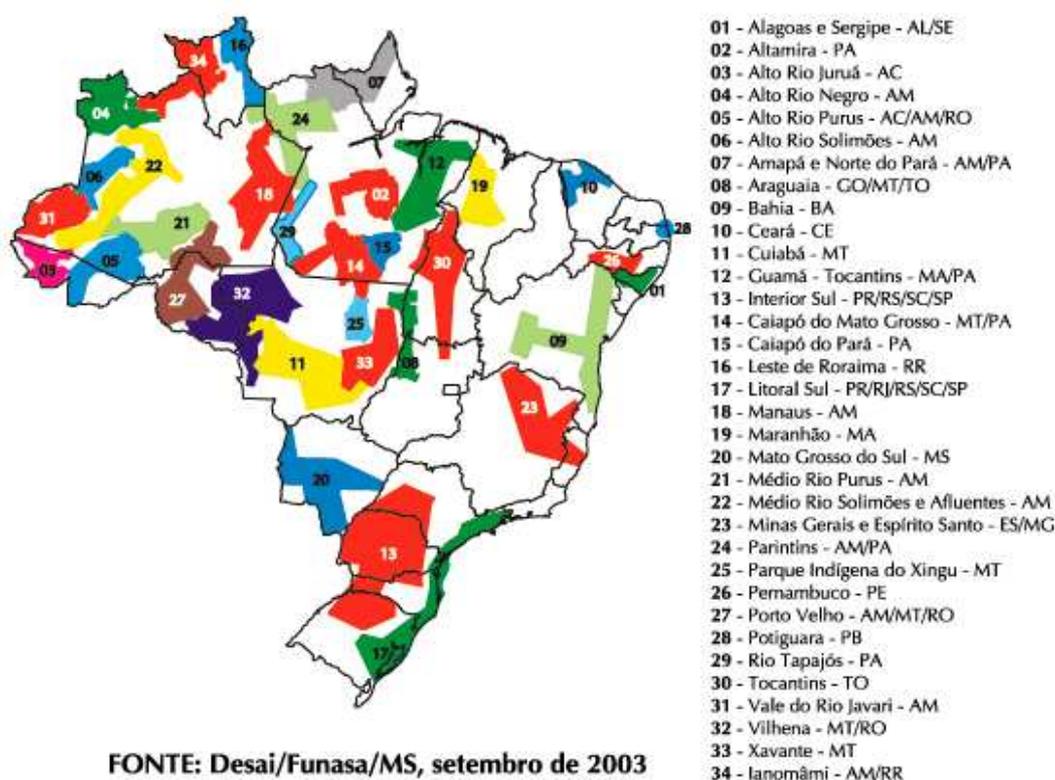
Essas mudanças nos hábitos alimentares, traduzido, principalmente, no alto consumo de açúcares, aliado ao sedentarismo, ao crescimento demográfico e a escassez de caça e coleta, dentre outros fatores, vêm acarretando subnutrição nos adultos,

particularmente nas mulheres em idade fértil, e altos índices de crianças desnutridas (Gugelmin & Santos, 2001; Gugelmin et al., 2001; Leite, 1998; Leite et al., 2003; 2006)

Atenção à Saúde

Em 1999, a responsabilidade pela provisão de serviços de saúde aos povos indígenas passou da FUNAI para a FUNASA, vinculada ao Ministério da Saúde (FUNASA, 2002), materializando a implantação de um serviço de saúde voltado para os povos indígenas e estruturado segundo divisão territorial em distritos, os chamados Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). No presente há 34 distritos implantados em todo o país (Figura 2.6).

Figura 2.7- localização no mapa do Brasil de cada um dos 34 DSEIs.



Vale lembrar que principalmente na fase de transição a equipe que estruturou, capacitou os novos profissionais contratados e organizou o DSEI Xavante foram os profissionais que compunham as equipes de saúde da FUNAI e que já prestavam assistência à população Xavante. Cabendo aos profissionais que atuavam na Casa de Saúde de Aragarças a gerência do recém criado distrito.

O Distrito Especial Indígena Xavante - DSEI Xavante, com sede em Barra do Garças-MT, está subdividido em 04 Pólos Base: Água Boa (TI Pimentel Barbosa e Areões); Campinápolis (TI Parabubure); Paranatinga (TI Sangradouro-Volta Grande e Marechal Rondon); São Marcos (TI São Marcos). Conta, também com 03 Casas de Saúde, localizadas em Aragarças (GO), Nova Xavantina (MT) e Campinápolis (MT), para apoio aos pacientes que necessitam de tratamento fora da aldeia.

A área de atuação do DSEI Xavante abrange treze municípios: Água Boa, Nazaré, Canarana, Ribeirão Cascalheira, Campinápolis, Santo Antônio do Leste, Paranatinga, General Carneiro, Poxoréo, Novo São Joaquim, Barra do Garças, Alto da Boa Vista e São Félix do Araguaia. Em 2004, O DSEI assistia a uma população de 11.988 indivíduos, distribuídos em 160 aldeias.

A organização de serviço de assistência à saúde, a exemplo dos demais DSEIs no Brasil, é articulada à rede do SUS, estruturada através de equipes de saúde da família indígena – PSFⁱ e seus Pólos Base, que atuam diretamente nas aldeias e Casas de Saúde do Índio que prestam, essencialmente, assistência básica à saúde (FUNASA, 2002). São sete equipes localizadas em quatro Pólos Base, a saber: uma equipe no Pólo Base de Água Boa, três equipes no de Campinápolis, uma equipe no de Paranatinga e duas equipes no de São Marcos. Cada equipe é composta por profissional médico, enfermeiro, odontólogo, técnico de enfermagem e agentes indígenas de saúde e de saneamento.

A Coordenação Nacional de Saúde Indígena é feita pela Diretoria de Saúde Indígena (DESAI), que em tese tem as seguintes atribuições: gerenciar os recursos financeiros destinados aos custeios das ações; acompanhar a execução das ações pactuadas e avaliar o desempenho das mesmas por meio das equipes dos DSEIs sediadas em cada estado sob a gestão das Coordenações Regionais da FUNASA; promover a instalação da rede física e dos sistemas de saneamento e efetuar a capacitação de pessoal (FUNASA, 2002).

Figura 2.8 - Organização do DSEI e Modelo assistencial



Fonte: Site <http://www.funasa.gov.br>, acessado em 14/03/2007.

O modelo assistencial para o DSEI é definido como sendo uma unidade organizacional da FUNASA, com base territorial e populacional, sob responsabilidade de uma autoridade sanitária, o chefe do distrito. Com capacidade para reunir um conjunto de ações necessárias à atenção básica de saúde, em articulação com a rede do sistema Único de Saúde (SUS), no sentido de integralizá-las ao sistema secundário e terciário de atenção à saúde. O modelo construído não foi estabelecido somente por critérios operacional e geográfico, mas respeitando valores culturais, as relações políticas e a distribuição demográfica tradicional dos povos indígenas (FUNASA, 2002).

A rede física do DSEI é composta, nas aldeias, pelos Postos de Saúde onde atuam os agentes de saúde e auxiliares de enfermagem; por Pólos-Base, uma unidade de maior complexidade, comportando o pessoal de enfermagem e a visita periódica de equipes multidisciplinares. Outra unidade importante da rede são as casas de saúde do índio (CASAI), cuja finalidade é dar apoio ao tratamento de pacientes indígenas quando encaminhados para atendimento à rede de referência do SUS (FUNASA, 2000).

CAPÍTULO 2

ARTIGO 1

Análise do componente demográfico do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena - SIASI, DSEI Xavante, Mato Grosso, 1999-2004

Introdução

Desde 1999, a responsabilidade pela provisão de serviços de saúde aos povos indígenas passou da Fundação Nacional do Índio (FUNAI) para a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), vinculada ao Ministério da Saúde (FUNASA, 2002), concretizou-se a implantação de um serviço de saúde voltado para os povos indígenas e estruturado segundo divisão territorial em distritos, os chamados Distritos Sanitários Especiais Indígenas ou DSEI, vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS). Existem 34 distritos implantados em todo o país, em diferentes graus de estruturação (Santos & Coimbra Jr., 2003; Garnelo et al., 2003).

No âmbito das estratégias de reestruturação do sistema de saúde destinado aos povos indígenas, destaca-se a implantação de um sistema de informação. Segundo a própria FUNASA (2002:19), “...o acompanhamento e avaliação ...[da política de atenção à saúde indígena] terá como base o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena – SIASI. O SIASI deverá subsidiar os órgãos gestores e de controle social quanto à indispensável compatibilidade entre o diagnóstico situacional dos problemas de saúde identificados e as prioridades estabelecidas nos níveis técnico, social e político, visando a coerência entre ações planejadas e efetivamente executadas”.

Embora as informações devam alimentar continuamente os bancos de dados nacionais, tendo seu acesso garantido a qualquer usuário e ser o instrumento para a elaboração do planejamento dos DSEIs (FUNASA, 2002:16), de fato há ainda limitações no uso deste sistema. Por exemplo, todos os módulos não foram plenamente implantados e seu acesso e sua operacionalização são ainda restritos³.

Outros aspectos relevantes na implantação do SIASI dizem respeito às dificuldades técnicas e de pessoal (Sousa et al, 2007). Por exemplo, houve grandes dificuldades na estruturação de um sistema de alimentação das bases já que os registros precisavam ser coletados e processados em regiões distantes, com dificuldade de acesso e comunicação (inclusive via computador). Acrescente-se a elevada rotatividade dos profissionais que compõem as equipes de saúde indígena, o que dificulta a padronização e a qualidade dos dados epidemiológicos e demográficos.

O presente estudo tem por objetivo verificar, a partir da base nacional do SIASI, a consistência dos dados demográficos e o seu impacto nas taxas brutas de natalidade,

³ Para saber mais sobre potenciais e limitações do SIASI vide Sousa et al., 2007.

mortalidade e mortalidade infantil, referente ao Distrito Especial Indígena Xavante (DSEI), Mato Grosso, no período de 1999 a 2004.

Fonte de dados e métodos

Os dados demográficos analisados neste trabalho foram obtidos a partir de relatórios disponibilizados eletronicamente pelo SIASIWEB (www.funasa.gov.br/siasi) para o Distrito Especial Indígena Xavante (DSEI), Mato Grosso, com foco no módulo demográfico.

A pesquisa é relativa às informações de 1999-2004. O banco de dados foi acessado no dia 31/01/2006. As variáveis individuais selecionadas foram: nome, sexo, data de nascimento, data de óbito, filiação (nome do pai e da mãe), aldeia e Pólo-Base. A saída/output dos dados disponibilizados pela FUNASA é no formato de planilhas do Excel.

A identificação de registros repetidos seguiu as fases: pré-processamento dos dados; identificação de registros pareados (*matches*); verificação de quais registros pareados se referia ao mesmo indivíduo.

Durante a fase de pré-processamento da base de dados, foram identificados 13.616 indivíduos. Foram feitas depurações a partir das variáveis “data de óbito” e “data de nascimento”. Constatou-se que permaneciam na base 19 indivíduos cujos óbitos haviam ocorrido entre 1990 e 1998 e 31 óbitos registrados para o ano de 2005. A data do último registro de nascimento era 30/04/2005. Foram eliminados os óbitos do período anterior a 1999. Optou-se também por descartar os 31 óbitos e os 145 registros de nascimento do ano de 2005 visando trabalhar com dados de anos completos. Nesta etapa também foram corrigidos os erros óbvios de digitação de data de nascimento.

Para o pareamento foram utilizadas todas as variáveis individuais, mas reagrupadas em condições diferentes: 1) nome, sexo, data de nascimento, data de óbito, nome do pai, nome da mãe, aldeia e Pólo-Base; 2) data de nascimento, data de óbito, nome, sexo, nome do pai, nome da mãe, aldeia e Pólo-Base; 3) nome da mãe, nome do pai, data de nascimento, nome, data do óbito, sexo, aldeia e Pólo-Base. O critério para identificação de duplicidade de registro considerou cinco variáveis: nome, sexo, data de nascimento, nome da mãe, nome do pai. Dentre estas cinco, pelo menos três teriam que coincidir integralmente.

Ainda dentro do critério para identificação de duplicidade foram consideradas 4 categorias: *duplicidade vivo com vivo* - indivíduos registrados duas vezes como vivos, ou seja, sem data de óbito; *duplicidade de óbito com óbito* – indivíduos registrados duas

vezes com data do óbito; *duplicidade de óbito com vivo* – indivíduos registrados duas vezes sem e com data de óbito; *óbito triplicado* – indivíduos registrados três vezes com data de óbito.

Após a classificação, os registros repetidos foram excluídos, permanecendo os registros mais completos.

As taxas brutas de natalidade e de mortalidade foram calculadas utilizando-se o número total de nascimentos e de óbitos no período de 1999-2004, dividido pela população residente da área no mesmo período considerado e multiplicado por 1.000. Como não foi possível desmembrar a população total por ano de referência, dividiu-se o resultado final pelo número de anos analisados. A taxa de mortalidade infantil foi calculada pelo método direto, ou seja, o número de óbitos de < 1 ano de idade foi dividido pelo número de nascidos vivos no mesmo período e multiplicado por 1.000.

Resultados

Já na fase do pré-processamento foram observados problemas na atualização dos dados vitais, tendo-se verificado que o último registro de nascimento foi em abril de 2005. A acumulação dos dados populacionais foi outro problema identificado, ou seja, não é possível saber de forma direta qual é o montante populacional por Pólo-Base ano a ano, o que impossibilitou o cálculo das taxas por ano de referência, levando-nos a efetuar a análise de período.

Os resultados apontaram para uma variabilidade na qualidade dos dados entre as diferentes variáveis preenchidas por unidade territorial. Por exemplo, o Pólo-Base de Água Boa foi o que apresentou maior número de registros duplicados, contribuindo com 75 por cento de todas as duplicidades (Tabela 3.1). Neste mesmo Pólo também foi encontrado um provável sub-registro de óbitos, especialmente porque não houve nenhum registro de óbito para os anos de 1999 e 2000. Os óbitos gerais, sem natimorto e aborto, começaram a ser registrados em 2001 (3 óbitos), 2002 (11 óbitos) e com maior volume a partir de 2003 (28 óbitos) e 2004 (34 óbitos).

As taxas de mortalidade geral encontrada para o Pólo-Base de Água Boa também corroboram com a hipótese de subnotificação de óbitos referente a esta localidade. O valor da taxa bruta de mortalidade, em geral, oscila entre seis e 12 óbitos por mil habitantes (OPAS/OMS, 2000). Para o Brasil tem sido considerado aceitável, pelo Ministério da Saúde, um coeficiente de 6,0 por mil habitantes (MS, 1992). Abaixo destes valores, deve-se considerar o sub-registro ou má qualidade dos dados. As taxas brutas de mortalidade observadas no Pólo Base de Água Boa, com correção e sem

correção, ficaram abaixo de 5,0 por mil habitantes, apontando problemas com a base de dados.

Nos quatro Pólos Base foram identificados registros indevidos de abortos (9) e natimortos (42) como nascidos vivos, ou seja, com data de nascimento e data de óbito. Houve também um caso de registro em duplicidade entre um natimorto e um nascido vivo. Quanto ao número de registros duplicados de óbitos, foram detectadas 39 duplicidades de óbito com óbito, 10 duplicidades entre óbito com vivo e 2 óbitos triplicados (Tabela 3.1).

As diferenças de grafia, abreviações e mesmo erro de digitação introduziram variações que fizeram com que dois registros de uma mesma pessoa não correspondessem integralmente um ao outro. Foram também observados 89 erros de digitação com data de nascimento posterior à data de entrada dos dados (por exemplo, ano de nascimento 2053, 2048). Esses erros eram referentes a indivíduos adultos e foram corrigidos.

Tabela 3.1 - Erros mais freqüentes, segundo Pólo-Base, SIASI/ DSEI Xavante, Mato Grosso, 1999-2004.

Pólo-Base	Duplicidade Vivo/vivo	Erro digitação da data de nascimento	Aborto*	Natimorto*	Duplicidade óbito/ óbito	Duplicidade óbito/vivo	Óbito Triplicado
Água Boa	604	0	5	4	18	1	0
Campinápolis	93	48	3	23	8	5	0
Paranatinga	29	6	0	2	2	0	0
São Marcos	84	35	1	13	11	4	2
DSEI	810	89	9	42	39	10	2

*Referem-se a aborto e natimorto registrados como nascidos vivos

Observou-se também que, comumente, a duplicidade em menores de 5 anos se dá em função de um erro recorrente, qual seja, quando a criança nasce ela é registrada como recém nascido de “uma dada mulher” e quando esta criança recebe um nome é registrada novamente sem que o digitador observe que naquela família já tem uma criança com mesmo sexo, data de nascimento e filiação.

Na base de dados de âmbito nacional do SIASI, no período de 1999-2004, a população do Distrito Especial Indígena Xavante era de 13.421 e 12.601 indivíduos sem e com correções, respectivamente. Em relação aos indicadores, verificou-se que, com

exceção da taxa bruta de mortalidade e mortalidade infantil para o Pólo-Base de Paranatinga e da mortalidade infantil para Campinápolis, os outros indicadores apresentaram declínios após as correções (Tabela 3.2).

Tabela 3.2 – Taxa Bruta de Natalidade, Taxa Bruta de Mortalidade e Mortalidade Infantil (por mil), dados sem e com correção, segundo Pólo-Base, SIASI/DSEI Xavante, Mato Grosso, 1999-2004.

<i>Sem correção</i>							
Pólo-Base	População	NV	Óbitos gerais ¹	Óbitos < 1 ano ¹	TBN	TBM	TMI
Água Boa	3447	1016	85	44	58,9	4,9	43,3
Campinápolis	5196	1510	337	160	58,1	13,0	106,0
Paranatinga	1949	490	95	42	50,3	9,7	85,7
São Marcos	2829	786	184	93	55,6	13,0	118,3
DSEI	13421	3802	701	339	56,7	10,4	89,2
<i>Com correção</i>							
Pólo-Base	População	NV	Óbitos gerais ²	Óbitos < 1 ano ²	TBN	TBM	TMI
Água Boa	2842	797	45	17	56,1	3,2	21,3
Campinápolis	5098	1.130	316	124	44,3	12,4	109,7
Paranatinga	1920	414	98	36	43,1	10,2	87,0
São Marcos	2741	618	155	71	45,1	11,3	114,9
DSEI	12601	2959	614	248	47,0	9,7	83,8

¹Com aborto, natimorto e duplicidade.

²Óbitos sem aborto, natimorto e duplicidade.

Mesmo que tenham sido identificados problemas de registro dos eventos vitais, nota-se que a taxa de mortalidade infantil para todos os Pólo-Base apresenta diferenças entre 15 a 25 pontos percentuais após as correções. Chama atenção o declínio da taxa de mortalidade infantil para o Pólo-Base de Água Boa que passa de 43,3 para 21,3 por mil nascidos vivos, apresentando um declínio de 50,8 por cento após as correções (Tabela 3.3).

Tabela 3.3 - Diferença percentual entre os indicadores antes e após correções.

Pólo-Base	<i>Diferença (%)</i>		
	TBN	TBM	TMI
Água Boa	-5,0	-53,1	-50,8
Campinópolis	-31,2	-4,8	+3,4
Paranatinga	-16,7	+4,9	+1,5
São Marcos	-23,3	-15,0	-3,0
DSEI	-20,6	-7,2	-6,4

Constataram-se problemas com o registro das datas de nascimento no momento em que a totalidade dos registros foi classificado por filiação (mãe e pai), data de nascimento, nome e sexo. Observou-se que havia registros de indivíduos com a mesma filiação (especificamente mãe) e com nomes e datas de nascimento diferentes, fazendo com que o espaçamento interpartal entre um filho e outro fosse de 1 a 6 meses. Entretanto, esses erros não podem ser explicados pela presença de registros repetidos no banco de dados e, portanto, não foram corrigidos.

Conclusão e Sugestões

Como as mudanças demográficas estão intimamente ligadas a questões de saúde, a falta de dados de qualidade sobre as populações repercute diretamente sobre a caracterização de seus perfis de saúde e conseqüentemente na definição de políticas/ações. Muitos dos principais indicadores de saúde são indicadores demográficos e dependentes de base populacional, como o coeficiente de mortalidade infantil, a esperança de vida ao nascer, as taxas brutas e específicas de mortalidade, dentre outros.

Reconhecemos que a concepção, desenvolvimento e implantação de um sistema de informação voltado para a Saúde Indígena, como o SIASI, representam um inegável avanço e são de vital importância nas mais diversas esferas (Sousa et al., 2007). Essa discussão de aspectos técnicos, contudo, não deve nos deixar perder de vista que a função de um sistema de informação é a disponibilidade de informações de qualidade, onde e quando necessárias. Para alcançar este objetivo, deve-se manter um rígido controle de qualidade em todos os elementos e fases que compõem o sistema de informação.

De acordo com Sanches et al. (2003:345):

“...nenhuma informação terá melhor qualidade que os dados que serviram de base para a sua elaboração. Se quem gera o dado não percebe o sentido ou a necessidade de seu registro, e esta atividade se torna apenas uma rotina burocrática, pode-se esperar que a qualidade dos dados alimentados no sistema decaia; por outro lado, se existe um retorno, sob a forma de divulgação ampla de indicadores derivados destes dados de um modo que a necessidade de seu registro fique clara para quem o gera, é razoável esperar um maior comprometimento e cuidado na sua captação, digitação e retro alimentação. Por sua vez isto também facilitará o processo de crítica das variáveis, minimizando as inconsistências nas bases de dados”.

Embora sejam evidentes os avanços obtidos na organização da rede de serviço de saúde voltado a estas populações, os resultados aqui observados demonstram uma fragilidade do sistema de informação, o que chega a comprometer o funcionamento do modelo de atenção com repercussões no planejamento, execução e avaliação. Após quase 8 anos de sua implantação, o SIASI, por razões diversas, ainda não é capaz de gerar relatórios minimamente satisfatórios e informações confiáveis para o planejamento e avaliação das ações de saúde (Sousa et al., 2007).

Dado que o SIASI deverá conter informações capazes de favorecer a construção de indicadores que possam subsidiar a avaliação da situação de saúde e da organização do serviço de saúde nos DSEIs, quanto ao acesso, cobertura e efetividade, a análise dos indicadores produzidas no âmbito dos distritos é de fundamental importância e deveria se constituir em uma fase obrigatória dentro do próprio sistema.

Tendo em vista o objetivo inicial, que foi a análise do impacto da inconsistência nos indicadores demográficos gerados pelo sistema, observamos que há limitações para a utilização das informações com base no banco/SIASI do DSEI Xavante. A defasagem temporal de alimentação do sistema, a sobre e subenumeração prejudicam a qualidade dos dados alimentados e sugerem a baixa confiabilidade dos indicadores gerados por este sistema de informação. Desse modo, o declínio nos níveis dos indicadores de mortalidade apresentados nesta análise, não pode ser visto como uma melhora real das condições de saúde dos Xavante e sim um demonstrativo da má qualidade da informação.

A análise da mortalidade infantil demonstrou que a possibilidade do registro de abortos e natimortos como nascidos vivos gera tanto um aumento do número de nascidos vivos quanto de óbitos neonatais precoces, levando a distorção e, principalmente, a observação de grandes variações nas taxas de mortalidade infantil (Laurenti et al., 2005).

Sendo o censo populacional e as estatísticas vitais fontes complementares para o conhecimento da população e sua dinâmica, sugere-se para avaliação constante da qualidade dos dados, a formação, no âmbito da sede de Distrito, de um grupo de especialistas que deverá acompanhar e avaliar a consistência dos dados produzidos em serviço e definir as estratégias de correção e utilização dos mesmos. A revisão periódica das informações produzidas pelo DSEI à luz de medidas e indicadores produzidos pelo próprio sistema de informação é recomendada para detecção de inconsistências. Estas avaliações poderão sinalizar o momento apropriado para uma nova revisão *in loco* dos dados da população, neste sentido uma contagem anual seria útil. E de forma contínua e sistemática fornecer o *feedback* para as equipes de saúde, que estão gerando as informações e, também para a população assistida.

No momento da coleta e digitação, os problemas mais comuns que podem ocorrer são os de subenumeração, superenumeração e registro errôneo de sexo e idade. Normalmente erros deste tipo podem ser detectados através de atualizações executadas periodicamente. Além deste instrumento, existe a possibilidade de comparações com outros dados existentes, por exemplo, os registros dos nascimentos e óbitos e os registros do acompanhamento do pré-natal, dentre outros.

Ainda no momento da digitação, a utilização de máscaras de edição pode evitar que dados com formato incorreto sejam digitados. Por exemplo, é impossível uma data de nascimento posterior à data de entrada dos dados e este tipo de inconsistência pode ser verificado pela própria rotina de entrada de dados. E embora o sistema de processamento eletrônico dos formulários conte com algumas rotinas de tratamento de erros (no caso específico do SIASI foram desenvolvidos filtros para evitar duplicidade de registro), verifica-se que na prática estes filtros não estão funcionando adequadamente e devem ser revistos.

Outro problema do SIASI é o fluxo de informações estabelecido pelo nível nacional, que determina que os dados gerados na instância dos Pólos-Base que compõem o Distrito sejam enviados em lotes separados para alimentar uma base centralizadora. Uma vez que este nível central não dispõe de nenhum mecanismo que faça crítica dos dados gerados nas bases locais, ele somente reúne no nível macro informações produzidas no nível micro. Os sistemas locais (Pólos-Base) são bases independentes; assim sendo, o SIASI não permite a avaliação da coerência dos dados distritais, no seu conjunto, a partir de uma única base local, embora as correções das inconsistências, tais como duplicidade e erros de digitação, sejam unicamente factíveis através da base de origem dos dados. Deste modo, esse fluxo deve ser repensado.

Em conclusão, é fundamental que os sistemas de registro e coleta de dados demográficos acerca dos povos indígenas no Brasil sejam aprimorados. Apesar de promissor, infelizmente, o SIASI, como componente essencial para a organização dos distritos, não vem cumprindo o papel esperado de fornecer informações confiáveis para o planejamento, o acompanhamento e a avaliação das ações de saúde.

CAPÍTULO 3

ARTIGO 2

Estrutura Etária, Natalidade e Mortalidade do Povo Indígena Xavante de Mato Grosso, Amazônia, Brasil, 1999-2002⁴

Introdução

Até meados da década de 1970 acreditava-se ser inevitável o desaparecimento dos povos indígenas no Brasil, uma vez que sua população continuava a decrescer vitimada por epidemias, conflitos interétnicos, dentre outros (ver Santos e Coimbra Jr., 2003). No entanto, surpreendendo as expectativas mais alarmantes, a partir dos anos 80 consolidou-se um quadro de reversão da tendência de declínio demográfico. Atualmente, a taxa de crescimento da população indígena é, em média, de 3,5% ao ano, superando a taxa nacional de 1,6% para a população geral (Azevedo, 1997, 2000; Coimbra Jr & Santos, 2004; Pagliaro, 2002; Ricardo, 1996; Santos & Coimbra Jr., 2003; Souza & Santos, 1999, 2001).

Conforme apontado por Santos & Coimbra Jr. (2003), a despeito dessa intensa dinâmica, o perfil demográfico e epidemiológico dos povos indígenas no Brasil continua muito pouco conhecido, o que decorre da exigüidade de investigações, da ausência de inquéritos regulares, assim como da precariedade dos sistemas de informações sobre morbidade e mortalidade. Além disso, qualquer discussão sobre a demografia e o processo saúde/doença dos povos indígenas precisa levar em consideração a enorme sociodiversidade existente. São aproximadamente duzentas etnias, falantes de centenas de línguas distintas, que têm experiências de interação com a sociedade nacional as mais diversas. Há desde alguns poucos grupos ainda relativamente isolados na Amazônia, até outros com significativas parcelas de suas populações vivendo em centros urbanos nas mais diversas regiões do país.

Não obstante, restam poucas dúvidas de que as condições de saúde dos povos indígenas são precárias, colocando-as em uma posição de desvantagem em relação a outros segmentos da sociedade nacional (Coimbra Jr. & Santos, 2000; Coimbra Jr. et al., 2002; FUNASA, 2002; Garnelo et al., 2003; Santos & Coimbra Jr., 2003; Santos & Escobar, 2001). Tal situação de marginalidade é recorrente em diversas outras regiões das Américas (Coimbra Jr., 1998; OPS, 1998). Corroborando esse diagnóstico, um documento do Ministério da Saúde (MS), intitulado Política Nacional de Atenção aos Povos Indígenas, não somente explicita a condição de ausência de dados, como também

⁴ Artigo aceito para publicação em 23 de janeiro de 2008, *Ciência e Saúde Coletiva*.

aponta para a magnitude das desigualdades entre a saúde dos povos indígenas e de outros segmentos da sociedade nacional:

“Não se dispõe de dados globais fidedignos sobre a situação de saúde... [dos povos indígenas], mas sim de dados parciais, gerados pela FUNAI, pela FUNASA e diversas organizações não-governamentais ou ainda por missões religiosas que, por meio de projetos especiais, têm prestado serviço de atenção à saúde dos povos indígenas. Embora precários, os dados disponíveis indicam, em diversas situações, taxas de morbidade e mortalidade três a quatro vezes maiores que aquelas encontradas na população brasileira geral. O alto número de óbitos sem registro ou indexados sem causas definidas confirmam a pouca cobertura e baixa capacidade de resolução dos serviços disponíveis” (FUNASA, 2002:10).

O objetivo neste trabalho é apresentar uma análise de um conjunto de indicadores demográficos e epidemiológicos para os Xavante, um povo indígena cujas terras estão localizadas em Mato Grosso, na região central do Brasil, Amazônia Legal. Os Xavante somam aproximadamente 12.000 pessoas. A partir de dados gerados pelo sistema de atenção à saúde, estruturado como o Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Xavante, o intuito é caracterizar aspectos específicos da demografia e das condições de saúde dessa etnia, utilizando para fins comparativos dados da população indígena em geral e também da população brasileira.

População e métodos

A partir de 1999 a responsabilidade da assistência à saúde das populações indígenas passou da Fundação Nacional do Índio (FUNAI) para o Ministério da Saúde, especificamente para a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), tendo suas diretrizes sido definidas na Lei 9.836/99 de 23 de setembro de 1999. Essa lei instituiu o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), dispondo sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, tendo como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) (ver <http://www.FUNASA.gov.br>).

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena tem como propósito garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, contemplando por princípio a diversidade cultural, geográfica, histórica, política e social e buscando fomentar a superação dos fatores que tornam esses povos vulneráveis aos agravos à saúde. Com o objetivo de implementar o subsistema, em 1999 foram criados 34 DSEI, distribuídos por

quase todo território brasileiro, exceto no Piauí e no Rio Grande do Norte (FUNASA, 2002).

Os dados para os Xavante analisados neste trabalho foram coletados no âmbito das atividades das equipes de saúde da família indígena do DSEI Xavante no período de 1999 a 2002 e sistematizados em relatórios de atividades anuais. Essas equipes atuavam diretamente nas aldeias, Pólos Base e Casas de Saúde do Índio. Primordialmente, os dados analisados são oriundos de registro contínuo de nascimentos e mortes nas aldeias. Além disso, pelo menos duas vezes por ano foram realizadas atualizações dos cadastros populacionais, de modo a verificar alterações na composição dos domicílios, migração e checagem dos registros de nascimentos e óbitos. Esses dados foram coletados com vistas a alimentar o chamado Cadastro da Família Indígena (CAFI), que é o componente demográfico do Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena (SIASI), implantado pela FUNASA a partir de 1999-2000 com a criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

Vale lembrar que, em 2002, o SIASI abrangia uma base populacional de cerca de 380 mil indivíduos, distribuídos em aproximadamente 3200 aldeias. Ao todo, o sistema totalizava 291 etnias e 180 línguas indígenas (FUNASA, 2002:3). A população coberta pelo SIASI atém-se principalmente àquele contingente que habita territórios demarcados e oficialmente reconhecidos pelo governo brasileiro através da FUNAI. A cobertura da população vivendo em centros urbanos e zona rural fora das reservas é deficiente.

Com relação à mortalidade, os dados sobre causa mortis foram obtidos com base na análise das declarações de óbito dos pacientes que faleceram na rede hospitalar e nas casas de saúde. As causas daqueles óbitos que aconteceram nas aldeias foram definidas pela equipe de saúde, que incluía médicos ou enfermeiros. As causas de óbito foram classificadas segundo a Classificação Internacional de Doenças - CID-10 (OMS, 1995).

Para a população indígena geral, os dados foram obtidos do SIASI, através de publicações recentes (Garnelo et al., 2003) e de relatório disponibilizado pela FUNASA (FUNASA, 2003b).

Para fins comparativos, são apresentados dados demográficos para a população brasileira geral, obtidos com base no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), através de <http://www.ibge.gov.br>. Dados sobre causas de óbito foram acessados das bases do DATASUS (<http://www.datasus.gov.br>).

Aspectos demográficos gerais

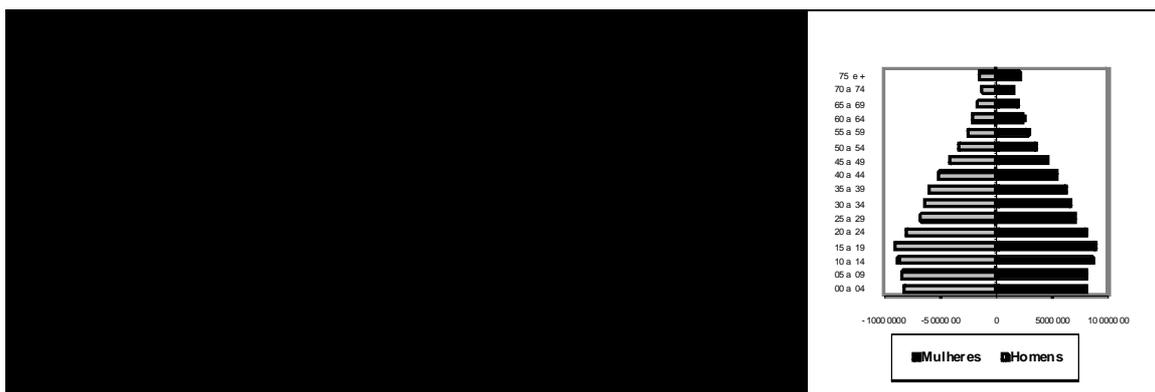
Considerando os 34 DSEIs, nota-se uma ampla variação no tamanho dos contingentes populacionais indígenas, que variaram de 1.744 (Altamira) a 42.182 indivíduos (Mato Grosso do Sul) em 2002. A maioria dos distritos (24 ou 70%) apresentava população inferior a 10 mil pessoas. Quatro deles apresentam população entre 10 mil e 20 mil pessoas e apenas seis acima de 20 mil. O DSEI Xavante contava com uma população de 9.910 indivíduos em 2002

Os Xavante vivem em 11 terras indígenas (Areões, Areões I, Areões II, Chão Preto, Marãiwatsede, Marechal Rondon, Parabubure, Pimentel Barbosa, Sangradouro-Volta Grande, São Marcos e Ubawawe), das quais uma delas (Marãiwatsede) não apresenta uma população estável por estar ainda em processo de demarcação. Em 2002, eram 140 aldeias, cujos montantes populacionais variavam entre 8 e 619 indivíduos. Há uma substancial diferença no tamanho das diversas terras (de 98 a 329 mil hectares) e também nas respectivas populações residentes (480 a 4.229 pessoas), o que resulta em densidades demográficas distintas. As terras Xavante encontram-se inseridas em treze municípios no leste Estado de Mato Grosso, que estão situados nas bacias hidrográficas dos rios das Mortes e Araguaia, em uma região de cerrado que faz parte da Amazônia Legal.

Como indicado na Figura 4.1, a pirâmide da população Xavante reflete uma dinâmica populacional caracterizada por elevados níveis de natalidade e de mortalidade nos primeiros anos de vida, resultando em uma estrutura etária composta de 55,5% dos indivíduos com idade abaixo dos 15 anos. As crianças de 0 a 4 anos constituem 26,1% da população.

As mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) totalizam 24,3% da população total Xavante. Chama a atenção o relativamente pequeno contingente entre 40 e 64 anos, ou seja, indivíduos que nasceram entre 1938-1962. É possível que as décadas de 1930 a 1960 tenham sido um período de mortalidade particularmente acentuada para os Xavante, o que explicaria, em parte, a constrição observada na pirâmide. O contingente no grupo etário de 65 anos e mais é pronunciado, o que pode estar associado à superestimação na idade de parte dos adultos.

Figura 4.1. Pirâmide da população Xavante, Mato Grosso, 2002; população indígena do Brasil, 2002 e população brasileira, 2000.



Fonte: População Xavante, relatório anual (FUNASA, 2003). População indígena do Brasil (FUNASA, 2002). População Brasileira Censo IBGE/2000

Para fins comparativos, são apresentadas as pirâmides para a população indígena geral e para a população brasileira (Figura 4.1). Ainda que mais jovem, a população Xavante apresenta uma configuração etária próxima daquela da população indígena geral, na qual 43,2% encontram-se abaixo de 15 anos de idade. Há uma notável diferença na composição etária dos indígenas se comparados à população brasileira, na qual vem ocorrendo ao longo das últimas décadas um marcante descenso nos níveis de fecundidade, com um conseqüente envelhecimento populacional.

Natalidade e mortalidade

Os Xavante apresentam elevados níveis de natalidade e de mortalidade geral (Tabela 4.1). Para o período de 1999 a 2002, para cada 1.000 pessoas, houve registros de 58 nascimentos e 13 óbitos, resultando em taxa de crescimento anual próxima de 4,5%. Comparativamente, os Xavante apresentam taxas de natalidade e de mortalidade bastante mais elevadas que a população indígena geral e a população brasileira. Contudo, comparações de taxas brutas devem ser realizadas com cautela devido a diferenças na composição etária.

Para a população Xavante, não se observou uma tendência nítida de redução ou aumento da natalidade ou da mortalidade no período analisado (Tabela 4.1), ao contrário do que se verifica na população indígena geral.

Tabela 4.1. Taxa bruta de natalidade (TBN) e de mortalidade (TBM) dos Xavante, da população indígena geral e da população brasileira geral, 1999-2002.

Indicadores/Ano	TBN					TBM				
	1999	2000	2001	2002	1999-2002	1999	2000	2001	2002	1999-2002
Pop. Xavante	64,4	51,0	62,5	55,8	58,4	12,7	11,4	14,7	14,2	13,3
Pop. Indígena geral*	-	32,8	-	31,2	32,0	9,3	5,7	6,1	5,8	6,7
Pop. brasileira geral**	-	20,4	19,9	-	20,1	-	6,7	6,7	-	6,7

Fontes: *Garnelo et al. (2003) para o ano de 2000 e FUNASA (2003b) para os anos 1999, 2001 e 2002. **Dados da população brasileira geral obtidos a partir do IBGE (<http://www.ibge.gov.br>), acessado em 9/7/2004.

Ao se analisar as taxas de mortalidade infantil para todos os DSEIs do país, nota-se que há uma ampla variação não somente entre os distritos, como também em um mesmo distrito em diferentes anos (Tabela 4.2). Além de alterações na própria dinâmica de mortalidade, os números de óbitos e de nascidos vivos nos DSEIs são em geral reduzidos, resultando em variações aleatórias associadas a pequenos números.

É preciso analisar os dados sobre número de óbitos em crianças e número de nascidos vivos reportados para os DSEIs com extrema cautela. Chama atenção, por exemplo, que o DSEI Alagoas/ Sergipe apresenta uma das menores taxas de mortalidade infantil indígena, quando se sabe que o Estado de Alagoas detém uma das maiores taxas de mortalidade infantil do país. Além disso, há DSEIs (como Bahia e Pernambuco) para os quais não se tem dados para 2000.

Considerando essas limitações, os dados sugerem uma redução da taxa de mortalidade infantil no conjunto dos 34 DSEIs no período 2000-2002, de 74,6 para 55,7 por mil. Não obstante, se de fato houve uma substancial redução de 2000 para 2001 (de 74,6 para 56,5 por mil), a taxa manteve-se praticamente inalterada no período 2001-2002 (de 56,5 para 55,7 por mil).

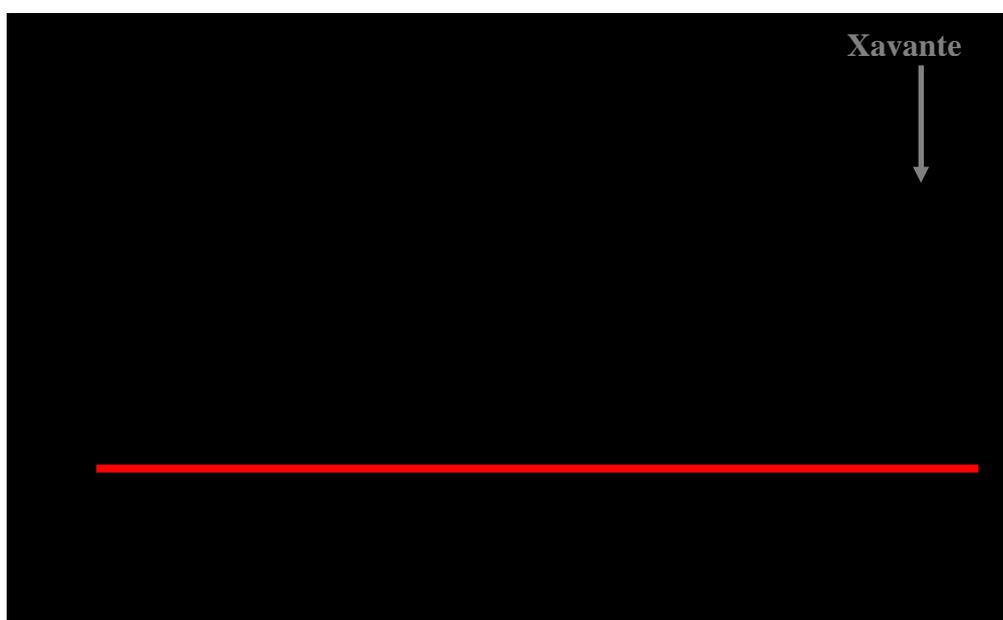
Tabela 4.2. Número de nascidos vivos, óbitos em menores de 1 ano de idade e taxas de mortalidade infantil nos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas, 2000-2002.

N. o	Distrito	Nascidos vivos			óbitos < 1 ano			TMI		
		2000	2001	2002	2000	2001	2002	2000	2001	2002
1	Alagoas/Sergipe	91	156	166	1	5	5	11,0	32,0	30,1
2	Amapá/Norte do Pará	378	236	251	16	13	16	42,3	55,1	63,7
3	Altamira	85	70	93	8	9	5	94,1	128,6	53,8
4	Alto Juruá	102	230	203	21	9	23	205,9	39,1	113,3
5	Alto Rio Purus	125	171	65	18	11	3	144,0	64,3	46,2
6	Alto Rio Negro	378	418	515	17	18	31	45,0	43,1	60,2
7	Alto Rio Solimões	742	855	626	16	24	34	21,6	28,1	54,3
8	Araguaia	93	100	95	8	8	3	86,0	80,0	31,6
9	Bahia	-	227	252	-	10	6	-	44,0	23,8
10	Ceará	178	177	169	7	2	3	39,3	11,3	17,8
11	M. Gerais/ E. Santo	12	252	313	5	13	11	416,7	51,6	35,1
12	Interior Sul	264	1108	986	34	69	33	128,8	62,3	33,5
13	Vale do Javari	104	117	99	10	4	11	96,1	34,2	111,1
14	Kaiapó-PA	161	93	101	21	15	8	130,4	161,3	79,2
15	Kaiapó-MT	108	93	92	10	5	10	92,6	53,8	108,7
16	Leste de Roraima-	905	1157	829	39	30	41	43,1	25,9	49,5
17	Litoral Sul	328	201	228	19	8	12	57,9	39,8	52,6
18	Manaus	168	238	269	2	6	15	11,9	25,2	55,8
19	Guamá-Tocantins	81	105	118	6	3	3	74,1	28,6	25,4
20	Maranhão	355	564	636	41	59	34	115,5	104,6	53,5
21	Mato Grosso do Sul	1390	1769	1987	118	111	103	84,9	62,7	51,8
22	Médio Rio Purus	38	118	81	2	6	15	52,6	50,8	185,2
23	Parintins	312	349	327	19	18	14	60,9	51,6	42,8
24	Pernambuco	-	467	569	-	10	28	-	21,4	49,2
25	Porto Velho	223	206	201	11	8	5	49,3	38,8	24,9
26	Potiguara	172	194	215	12	4	8	69,8	20,6	37,2
27	Cuiabá	117	101	131	15	4	3	128,2	39,6	22,9
28	Rio Tapajós	211	228	280	21	12	12	99,5	52,6	42,9
29	Médio Solimões	136	232	269	13	17	21	95,6	73,3	78,1
30	Tocantins	270	229	218	16	23	8	59,3	100,4	36,7
31	Vilhena	203	175	180	17	9	12	83,7	51,4	66,7
32	Xavante	426	584	576	62	78	57	145,5	133,6	99,0
33	Xingu	174	191	175	7	8	4	40,2	41,9	22,9
34	Yanomami	435	636	580	42	52	66	96,5	81,8	113,8
Total		8765	12.047	11.895	654	681	663	74,6	56,5	55,7

Fonte: Dados 2000 e 2001 em Garnelo et al. (2003); dados para o ano de 2002 em FUNASA (2003b).

Ao se comparar as taxas de mortalidade infantil dos 34 DSEIs com a média nacional para o ano de 2001 (Figura 4.2), vê-se que, com exceção de um único distrito (n.º 10, Ceará), os demais apresentam valores muito mais elevados. A taxa do DSEI Xavante é a terceira mais elevada, depois dos DSEIs Kaiapó-Pará (no. 14) e Altamira (no. 3). Considerando-se que a TMI para o universo dos DSEI foi de 56,5 por mil em 2001, conclui-se que o valor é mais que o dobro que a média para a população brasileira no mesmo ano, que foi de 23,7 por mil.

Figura 4.2. Taxas de mortalidade infantil dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) e da população brasileira geral (linha vermelha, TMI de 23,7 por mil), para o ano de 2001.



Fontes: FUNASA (2003b)

Obs.: Números dos DSEIs referem-se à identificação na Tabela 4.2.

É informativo comparar a taxa de mortalidade infantil dos Xavante com aquelas dos municípios nos quais as terras indígenas estão localizadas. Enquanto que a TMI para os 11 municípios foi de 25,5 por mil em 2001, entre os Xavante alcançou 133,6 por mil, um valor quase que seis vezes maior. O município com a TMI mais elevada foi General Carneiro (57,5 por mil), cujo valor é bastante inferior àquele observado para a população Xavante.

Causas de óbitos

No período 1999-2002 foram registrados 517 óbitos entre os Xavante. A mortalidade é altamente concentrada nos cinco primeiros anos de vida, tendo correspondido a 77,7% de todos os óbitos. Especificamente, 46,6% dos óbitos

aconteceram em crianças abaixo de um ano de idade. As crianças menores de um ano e as menores de cinco anos correspondem a 5,1% e 26,0% de toda a população Xavante, respectivamente (no ano de 2002).

Considerando a população como um todo, as principais causas de óbito no período 1999-2002 para os Xavante foram as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (24,6%) e as do aparelho respiratório (20,1%). A terceira causa mais importante foram as infecciosas e parasitárias (5,6%). Tomando por base as principais causas de morbidade e de internação entre os Xavante (ver Coimbra Jr. et al, 2002:207-213), além de que aproximadamente 3/4 dos óbitos aconteceram em crianças menores de 5 anos, é plausível argumentar que desnutrição, pneumonias e doenças infecciosas constituem importantes causas de óbito na população.

Aproximadamente 1/3 (34,2%) dos óbitos foram por sintomas e sinais mal definidos, o que aponta para fragilidades dos serviços de saúde que atendem à população Xavante, dado que desconhecem as razões de parcela significativa dos óbitos. Esse resultado sinaliza para sérias dificuldades por parte dos indígenas quanto ao acesso aos serviços e também levanta questionamentos quanto à qualidade dos serviços prestados.

A elevada concentração de óbitos entre os Xavante nos primeiros anos de vida é evidente a partir da comparação com a distribuição para os indígenas geral e para a população brasileira. Se os óbitos entre os indígenas concentram-se nos cinco primeiros anos de vida, para a população brasileira em geral há maior concentração a partir dos 40 anos de idade. Para a população indígena geral, a distribuição da mortalidade situa-se entre o padrão Xavante e aquele da população brasileira, com níveis intermediários nos cinco primeiros anos de vida e a partir dos 50 anos de idade.

Ainda que se deva fazer a ressalva que o número de casos é reduzido (37 óbitos), a análise das causas de óbitos dos adultos Xavante 15-50 anos de idade no período 1999-2000 revela diversos pontos importantes. O principal motivo de óbitos é associado a lesões, envenenamentos e causas externas (21,6%). No caso Xavante, incluíram acidentes automobilísticos, afogamentos e raio. Todos os óbitos por esse conjunto de causas foram registrados em homens (75% dos quais na faixa etária 15-30 anos). As neoplasias aparecem em segundo lugar na casuística dos óbitos (todos em mulheres entre 30 e 49 anos, incluindo um caso de leucemia e cânceres de localização renal, hepática e uterina). Em seguida figuram, em igual porcentagem (5,4%), as doenças infecciosas e parasitárias, endócrinas, nutricionais e metabólicas, aquelas dos aparelhos circulatório, respiratório e geniturinário e, por fim, gravidez, parto e puerpério.

Conforme já apontado, a proporção de óbitos relacionados a sintomas e sinais mal definidos é extremamente elevada, da ordem de 1/3 do total de casos, em maior frequência em indivíduos do sexo masculino.

Como indicado na Tabela 4.3, as principais causas de óbito da população brasileira entre 15-50 anos de idade, excluindo os sintomas e sinais mal definidos, são as lesões, envenenamentos e causas externas, as doenças do aparelho circulatório e as neoplasias. Também excluindo os sintomas e sinais mal definidos, tanto para os adultos Xavante como para a população indígena geral, lesões, envenenamentos e causas externas aparecem como as principais causas de óbito. Para os Xavante as neoplasias constituem a segunda causa, seguidas pelas doenças infecciosas e parasitárias, endócrinas, nutricionais e metabólicas, do aparelho circulatório, respiratório e geniturinário e gravidez, parto e puerpério em igual porcentagem. Para os indígenas geral, têm-se as doenças infecciosas e parasitárias como segunda causa mais importante e as neoplasias como terceira. Uma diferença expressiva entre os indígenas e a população brasileira está na porcentagem de óbitos mal definidos, de duas a três vezes mais elevada entre os primeiros.

Tabela 4.3. Causas de óbitos (CID-10) para adultos 15-50 anos, Xavante (1999-2002), indígenas geral (2000-2002) e Brasil (2001), sexos combinados.

Causas	Xavante (1999-2002)*	Indígenas geral (2000-2002)*	Brasil (2001)**
I - Doenças infec. e parasitárias	5,4	8,9	7,8
II - Neoplasias	10,8	6,3	9,9
III - Doenças do sangue	-	0,6	0,6
IV - Endócrinas, nutric. e metabólicas	5,4	1,2	2,3
V - Transtornos mentais e comportam.	-	-	1,5
VI - Sistema nervoso	-	0,9	1,5
IX - Aparelho circulatório	5,4	4,6	14,0
X - Aparelho respiratório	5,4	4,1	4,5
XI - Aparelho digestivo	2,7	2,7	5,9
XII - Doenças da pele	-	-	0,1
XIII - Sistema osteomuscular	-	-	0,4
XIV - Aparelho geniturinário	5,4	1,2	1,0
XV - Gravidez, parto e puerpéreo	5,4	3,2	1,0
XVII - Malformações congênitas	-	0,1	0,2
XVIII - Sintomas e sinais mal definidos	32,4	22,8	9,8
XIX e XX - Lesões, envenenamentos e causas externas	21,6	43,5	39,3
Total	100% (n=37)	100% (n=1.184)	100% (n=221.201)

Obs. Foram agrupados os capítulos XIX e XX da CID-10.

Fontes: * FUNASA (2003a,b) ; ** DATASUS (<http://www.datasus.gov.br>), acessado em 9/7/2004.

Comentários finais

Os dados apresentados neste trabalho sobre os povos indígenas no Brasil, ainda que devam ser analisados com cautela devido a fragilidades metodológicas relacionadas aos procedimentos de registro e coleta, apontam para indicadores de mortalidade extremamente elevados, em muito superando as médias nacionais. Além disso, sinalizam para uma concentração de óbitos em crianças, sobretudo aquelas menores de cinco anos de idade. Essas conclusões aplicam-se tanto para os Xavante como para os indígenas em geral, cujos dados vem sendo gerados a partir do Sistema de Informação em Saúde Indígena (SIASI), estruturado a partir da implantação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

Quaisquer análises sobre a demografia e a epidemiologia dos povos indígenas no Brasil precisam levar em consideração a enorme sociodiversidade existente, já que as centenas de sociedades apresentam trajetórias sócio-históricas e políticas particulares. Nesse bojo, os resultados para os Xavante apontam para níveis de mortalidade (e taxas de mortalidade infantil, em particular) que os diferenciam do conjunto dos povos indígenas. As taxas de mortalidade infantil para os Xavante estão entre as mais elevadas registradas no país.

Os indígenas no Brasil estão atravessando um complexo processo de transição epidemiológica no qual, ainda que as doenças infecciosas e parasitárias persistam como importantes causas de óbito, nota-se também um peso expressivo de doenças crônicas não-transmissíveis e de lesões, envenenamentos e causas externas. Coimbra Jr. et al. (2002) sugerem que a polarização epidemiológica experimentada pelos indígenas no Brasil apresenta características que a diferencia do observado na população brasileira em geral. Especificamente, nos indígenas estaria ocorrendo, segundo esses autores, uma sobreposição das doenças infecciosas e parasitárias com as crônicas não-transmissíveis, na ausência de uma queda nos níveis de fecundidade e conseqüente envelhecimento populacional.

É fundamental que sejam aprimorados os sistemas de registro e coleta de dados demográficos e epidemiológicos acerca dos povos indígenas no Brasil. Ainda que avanços tenham acontecido nos últimos anos, persiste um padrão de invisibilidade (ver Coimbra Jr. & Santos, 2000) que precisa ser remediado. Mesmo que se disponha de uma maior quantidade de informações no presente, a qualidade é ainda altamente questionável o que se reflete, como vimos, nas elevadas porcentagens de óbitos sem determinação de causa.

CAPÍTULO 4

ARTIGO 3

Características demográficas da população Xavante de Mato Grosso, 1999-2004

Introdução

Estima-se que existam na América Latina e Caribe aproximadamente 400 etnias indígenas, totalizando uma população de aproximadamente 50 milhões de pessoas (Montenegro & Stephens, 2006). O Brasil é um dos países que apresenta uma das menores porcentagens de indígenas em relação à sua população total, da ordem de 0,5%. Ainda que o total da população indígena seja proporcionalmente pequeno, mais da metade das etnias indígenas da América Latina estão localizados no território brasileiro. São aproximadamente 225 povos, que em seu conjunto falam em torno de 180 línguas (ISA, 2006).

Nos últimos anos, no Brasil (Pagliaro et al., 2005) e em outros países da América Latina (McSweeney and Arps, 2005), têm crescido o número de estudos demográficos sobre os povos indígenas. Face à grande diversidade sócio-cultural e o número de povos, são ainda poucos os estudos de caso, mas já surgem tendências bem claras. Uma das questões demográficas mais evidentes é a constatação do rápido crescimento demográfico de muitas etnias indígenas. McSweeney and Arps (2005) denominam este processo de “demographic turnaround”.

Contrastando com o cenário atual, até muito recentemente, na década de 1970, eram comuns prognósticos no Brasil de que os povos indígenas desapareceriam enquanto sociedades sócio-culturalmente diferenciadas, uma vez que experimentariam assimilação pela sociedade nacional envolvente (Gomes, 1988; Pagliaro et al., 2005). Como mostram estudos de casos recentes (ver Pagliaro et al., 2005), alguns povos têm crescido a taxas de 4% ou mais ao ano, ou seja, mais que o dobro do conjunto da população brasileira, que cresceu 1,6% ao ano no período compreendido entre os anos de 1991-2000 (IBGE, 2004). Se o crescimento demográfico dos povos indígenas é uma realidade concreta, pouco sabemos sobre os componentes da dinâmica demográfica responsável por este processo. Em outras palavras, são ainda necessários estudos para compreender qual contribuição e a relação entre mortalidade, natalidade e migração no atual cenário de crescimento populacional indígena no Brasil.

Este estudo tem por objetivo investigar características do comportamento demográfico dos Xavante, um dos mais numerosos povos indígenas do Brasil e cujas terras estão localizadas na região central do país, em Mato Grosso. Ao longo das últimas décadas têm sido publicados vários estudos sobre aspectos demográficos dos Xavante (Coimbra et al., 2002; Flowers, 1983; Neel et al., 1964; Salzano et al., 1967; Souza e

Santos, 2001) cujas análises se baseiam em dados coletados em comunidades específicas. Este é o primeiro estudo que apresenta uma análise demográfica para a população Xavante como um todo, contemplando aspectos relacionados à composição etária, natalidade, fecundidade, mortalidade e migração.

População e Métodos

Constituídos por grupos politicamente autônomos, e muitas vezes hostis entre si, os Xavante formam um “povo”, no sentido que partilham uma língua, instituições e padrões culturais distintos de outros grupos vizinhos. Autodenominam-se *A’uwê Uptabi*, “povo verdadeiro” (Coimbra et al.2002; Flowers, 1994; Lopes da Silva, 1986; Maybury-Lewis, 1967, 1984).

A sociedade Xavante caracteriza-se por um intenso dinamismo político, vivenciado através de disputas e alianças entre as facções que tem por núcleo uma linhagem ou uma associação de linhagens aparentadas. Constitui-se em uma sociedade que apresenta metades exogâmicas constituídas por três clãs patrilineares (Poredza’õno, Öwawe e Topdató), ou seja, a criança ao nascer pertencerá ao clã de seu pai e quando adulta só poderá se casar com parceiros pertencentes aos outros clãs.

Registros etnológicos sobre os Xavante indicam que a idade do casamento público ou formal para as mulheres é de 11 a 12 anos. Já os homens casam-se após o término do período de iniciação, que se desenvolve na casa dos homens a partir dos 12 anos de idade e que tem duração de aproximadamente cinco anos. Ao final desse período, eles se casam em cerimônia coletiva com jovens filiadas ao clã apropriado. Geralmente estas pertencem a mesma classe de idade ou a uma posterior, sendo a diferença de idade entre os cônjuges entre 0 e 10 anos (Flowers, 1983; Lopes da Silva, 1986; Maybury-Lewis, 1984).

O contato dos grupos Xavante com a sociedade não-indígena se deu de forma e época diferenciadas. Em 1946, na impossibilidade de outros recuos e com seu território muito reduzido, os grupos que atualmente habitam a região de Pimentel Barbosa e Areões aceitaram os presentes da frente de atração do Serviço de Proteção ao Índio-SPI, estabelecendo contato permanente com a sociedade envolvente. Entretanto, até a década de 50, alguns grupos permaneceram relativamente isolados e independentes. Essa relativa independência foi logo minada pela ocupação de suas terras por não-índios (Coimbra et al., 2002; Garfield,1997; Maybury-Lewis, 1967, 1984).

A definição legal das terras Xavante pela Fundação Nacional do Índio-FUNAI ocorreu nas décadas de 70 e 80, embora o limite fixado no processo demarcatório não

correspondesse ao pleiteado, o que tem gerado inúmeras contestações por parte dos Xavante até os dias atuais. Assim, este povo passou a ocupar sete Terras Indígenas descontínuas – Areões, Marãiwatsede⁵, Marechal Rondon, Parabubure, Pimentel Barbosa, Sangradouro-Volta Grande e São Marcos, situadas a leste do Estado de Mato Grosso. As terras Areões I, Areões II, Chão Preto e Ubawawe são contíguas às sete terras já demarcadas e ainda estão em processo de regulamentação pela FUNAI (Figura 2.1 e Tabela 2.1). Cada uma destas terras tem um histórico de contato diferenciado com a sociedade circundante, mas, no geral, as terras ao seu redor são ocupadas por não-índios (posseiros, latifundiários, empresas agropecuárias, estradas, povoados e missões religiosas).

História recente dos Xavante

Em 1941, um ano após Vargas ter sobrevoado o território “dos perigosos e ferozes Xavante”, uma equipe do Serviço de Proteção aos Índios-SPI entrou na área Xavante com vistas à “pacificação” do grupo (Coimbra et al, 2002; Garfield, 1997). De acordo com Garfield (1997), nessa época a região sentiu um forte impacto da expansão econômica e burocrática do Estado brasileiro. A intervenção do Estado manifestou-se também pela construção de estradas visando à interiorização da ocupação do território e pela transferência da capital do país para Brasília. Durante as décadas de 50 e 60 diversos grupos Xavante foram expulsos de seus territórios, ficando reduzidos no final da década de 50 a dez pequenas manchas populacionais (Maybury-Lewis, 1984). Essas décadas foram marcadas por epidemias que resultaram em acentuada depopulação dos Xavante. O elevado número de mortes provocava mudanças constantes das aldeias, obrigando a união de grupos inimigos, num mesmo local. Conforme Lopes da Silva (1992:372), esse período de intensificação de conflitos internos,

“foi um tempo dos grandes surtos epidêmicos; foi também o período da convivência inicial com a ação catequética cotidiana nas missões e com os bens industrializados. As cisões e fusões de facções políticas e aldeias levaram a migrações, mas essas se fizeram, a partir de então, em área limitada, disputada palmo a palmo com não-índios.”

Foi nesse período em que os Xavante experimentaram uma intensa redução populacional em decorrência de epidemias e perseguições que o governo militar

⁵ Cabe lembrar que a TI Marãiwatsede é uma região recentemente reocupada pelos Xavante após o seu afastamento involuntário em agosto de 1966, cuja população é oriunda, em sua grande maioria, da extinta aldeia Água Branca pertencente a TI de Pimentel Barbosa como veremos mais adiante através dos dados referentes à migração.

concebeu uma série de programas específicos voltados para a ocupação da Amazônia Legal, priorizando as atividades do setor agropecuário. Em Mato Grosso, houve intensificação da imigração, principalmente com origem no sul do país. Como consequência, ocorreu um grande salto demográfico no Estado, e sua população passou de 330.610 para 1.169.812 habitantes entre 1960 e 1980, o que impactou vigorosamente sua economia e estrutura urbana (Cunha, 2002).

Coimbra et al. (2002), Giaccaria & Heide (1972), Lopes da Silva (1992) e Maybury-Lewis (1984) enfatizam que o final da década de 50 e a década de 60 representaram um momento de absorção do impacto do contato, quando os Xavante buscaram proteção junto a instituições governamentais e religiosas. Nas palavras de Lopes da Silva, “as pressões sobre seu território e suas aldeias haviam aumentado tanto que, vencidos pelo contato indireto que os dizimavam, não viram alternativa a não ser a procura deliberada do convívio pacífico com os brancos” (Lopes da Silva 1992:369).

Já a década de 70 foi marcada pela reivindicação e empenho dos Xavante para recuperar parte de seu território cada vez mais invadido. Nas décadas de 70 e 80 obtiveram a demarcação de suas terras, ainda que os limites fixados estivessem aquém das áreas pleiteadas, ocorrendo posteriormente conflitos para inclusão de áreas não contempladas nos processos demarcatórios. E é neste cenário transformado que decorrerá, daí por diante, a história Xavante. Cada vez mais o estilo de vida desse grupo tem sido moldado pela realidade de sua interação com a sociedade brasileira e pela dinâmica do que acontece nela, principalmente em termos políticos e econômicos (Lopes da Silva, 1992).

No final dos anos 70 a FUNAI introduziu o projeto da monocultura do arroz mecanizado. Esperava-se, além de torná-los sedentários, fazê-los produtores na economia de mercado local (Menezes, 1982, 1984). Este projeto mostrou-se ineficiente, deixando, contudo, um rastro de profunda dependência e modificações no hábito alimentar. O arroz tornou-se indispensável na dieta Xavante e às vezes é o único alimento disponível.

Em 1996, através de doações do projeto social “comunidade solidária” do governo brasileiro, iniciou-se a distribuição de cestas básicas de alimentos, o que contribuiu sobremaneira para a diminuição das atividades de agricultura, divisão das aldeias e aumento da dependência econômica. No presente, também fazem parte da dieta Xavante os produtos industrializados adquiridos nas áreas urbanas. Tal aquisição é possível através de recursos financeiros advindos do trabalho remunerado, da aposentadoria dos idosos e deficientes físicos, que se tornaram importantes fontes de renda.

Durante a década 1990, ocorreu um processo de intensa discussão de formulação de atenção à saúde para os povos indígenas, culminando com a instituição do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena em 1999. A partir de então, a responsabilidade pela provisão de serviços de saúde aos povos indígenas passou da FUNAI para a Fundação Nacional de Saúde - FUNASA, vinculada ao Ministério da Saúde (FUNASA, 2000), concretizando a implantação de um serviço de saúde voltado para os povos indígenas e estruturado segundo divisão territorial em distritos, os chamados Distritos Sanitários Especiais Indígenas ou DSEI, vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS). Entre os 34 DSEIs instituídos em todo o Brasil, com sede na cidade de Barra do Garças-MT, se encontra o DSEI Xavante.

Fonte e sistematização dos dados

O estudo é do tipo descritivo de corte transversal, enfocando o período de 1999-2004. Os dados analisados advêm de duas fontes principais: censos domiciliares e registros de eventos vitais. As informações dos censos, em nível domiciliar, foram coletadas de 1999 a 2000 com o preenchimento do Cadastro da Família Indígena-CAFI. O CAFI é o instrumento de coleta do módulo demográfico que serviu de base para a implantação do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena-SIASI da Fundação Nacional de Saúde. Essas fichas foram atualizadas pelo menos uma vez a cada ano, gerando um fluxo de registros contínuos de eventos vitais, casamentos, composição dos domicílios e migração. Os recenseamentos e suas atualizações foram realizados pelas Equipes de Saúde do Distrito Sanitário Especial Indígena Xavante que atuavam nas aldeias, pólos-base e casas de Saúde do Índio.

O registro dos eventos vitais (mortes e nascimentos) é oriundo dos relatórios mensais enviados pelas equipes dos Pólos-Base e das Casas de Saúde do Índio à sede do Distrito Sanitário Especial Indígena Xavante (DSEI Xavante).

Todos os registros produzidos em serviço eram enviados especificamente para o setor de operações, para um dos autores deste artigo (LGS), que era então responsável pela consolidação e avaliação das informações produzidas pelas equipes. Paralelamente à alimentação do SIASI, os dados referentes ao recenseamento e aos eventos vitais serviram de base para composição em planilhas de Excel do registro dos nascidos vivos, nascidos mortos, óbitos, datas dos óbitos, óbitos fetais, com informações mais extensas do que no cadastro da família.

Antes da implantação do DSEI Xavante, a população residente nas Terras Indígenas de Sangradouro-Volta Grande, Marechal Rondon e São Marcos era assistida

pela equipe de saúde da FUNAI ligada à Administração de Barra do Garças. Desde 1993, o Serviço de saúde coletava informações demográficas. Os registros da Fundação Nacional do Índio (FUNAI) foram recolhidos por um mesmo investigador (LGS) e complementados com os registros da Missão Salesiana de Sangradouro-Volta Grande e São Marcos, que constam de fichas familiares contendo nome do indivíduo, sexo, data de nascimento e estado civil. Os salesianos mantêm registros paroquiais, desde meados da década dos 50 e estes dados deixaram de ser registrados em 1999, ou seja, no momento em que a atenção à saúde indígena passou da FUNAI para a FUNASA.

Outras fontes complementares foram: declarações de óbito que, geralmente, se referem a pacientes que estiveram internados na rede hospitalar de referência do DSEI Xavante ou Casas de Saúde do Índio; estudos etnológicos sobre o povo Xavante e observação direta e participante da autora deste estudo (LGS).

Para cada Terra Indígena e suas respectivas aldeias foi organizado um banco de dados, adotando-se 01 de janeiro a 31 de dezembro de cada ano como data de referência. Após a montagem dos bancos foi feita uma análise exploratória com o objetivo de detectar inconsistências, tal como a duplicidade de informações.

Os indicadores demográficos estimados são: crescimento médio anual da população (r), composição por idade e sexo, idade mediana, razões de sexo, taxas brutas de natalidade (TBN), taxas de fecundidade total (TFT), taxas específicas de fecundidade por grupos etários (TEF), intervalos interpartais, taxas brutas de mortalidade (TBM), taxas de mortalidade infantil (TMI) e saldo migratório. Estes indicadores foram estimados para 31 de dezembro de cada ano por meio de técnica direta. As taxas brutas de mortalidade foram padronizadas utilizando-se como padrão o total da população Xavante em 2004.

Para contornar as flutuações ocasionadas pelo pequeno volume populacional foram estimados indicadores médios para os dois triênios do período estudado: 1999-2001 e 2002-2004.

As categorias de análise utilizadas foram: As Terras Indígenas enquanto unidades geográficas; o sexo e a idade.

Uma questão de especial importância se refere à superestimação das idades da população maior de 50 anos, principalmente na região de Parabubure. O critério de correção utilizado, na população feminina, baseou-se na seleção dos nascimentos entre 1999 e 2004, cujas mães tinham idades superiores a 49 anos. Neste caso, a idade da mãe foi ajustada para a faixa de 45-49 anos. Para as mulheres cujas idades dos filhos não permitissem fazer tal ajuste foram conservadas as datas de nascimento declaradas. Na

população masculina, as idades superestimadas foram corrigidas com base nas idades das esposas, considerando os homens pelo menos 10 anos mais velhos do que as esposas, conforme observado na literatura etnológica sobre os Xavante.

Os indicadores demográficos foram estimados para 31 de dezembro de cada ano por meio de técnica direta. Para padronizar as taxas brutas de mortalidade considerou-se o total da população Xavante em 2004 como padrão.

O cálculo da duração dos intervalos interpartais reveste-se de dificuldades particulares, em especial se a base de dados se limita a um período relativamente curto, como é o caso deste estudo (6 anos). De modo a considerar os intervalos relativos a crianças nascidas no início do período analisado intervalo (1999), foram computados os nascimentos no ano de 1998. Foram comparados os intervalos ocorridos nos dois triênios (crianças nascidas entre 01 de janeiro de 1999 a 31 de junho de 2001 e entre 1 de julho de 2001 a 31 de dezembro de 2004).

Os fluxos migratórios mensurados dizem respeito ao movimento de entrada ou saída de uma para outra Terra Indígena Xavante com mudança de residência ou permanência mínima de 12 meses. As mudanças de residência de uma aldeia para outra dentro da mesma T.I., não foram computadas.

A população da T.I. Marãiwatsede foi considerada no conjunto da população de Pimentel Barbosa no último triênio. Na análise de migração e evolução do número de aldeias esta população foi avaliada em separado.

RESULTADOS

Evolução da população

No período 1999-2004 a população Xavante passou de 9.642 para 11.988 indivíduos, apresentando um crescimento médio anual de 4,4%. O número de aldeias Xavante aumentou de 98 para 160 (Tabela 5.1).

A maior concentração da população Xavante se encontra na T.I. Parabubure, que em 2004 possuía 80 aldeias e 4.795 habitantes, representando 40% da população total. A TI com menor volume de população é Marãiwatsede, recentemente reintegrada ao território Xavante, que nesse ano possuía apenas uma aldeia e 312 habitantes, correspondendo a 2,6% da população total. São Marcos é outra Terra Indígena com grande concentração de população (2.138 habitantes), representando 21,4% do total da população.

O maior crescimento populacional foi registrado na TI Pimentel Barbosa (5,2% ao ano), seguido de muito próximo de Parabubure, Areões e Marechal Rondon. O menor crescimento foi registrado em São Marcos e Sangradouro-Volta Grande (3,9%) (Tabela 5.1).

Tabela 5.1- Terras indígenas, número de aldeias, população Xavante, incremento do número de aldeias e crescimento médio anual, 1999-2004.

Terra Indígena (extensão/ha)*	1999			2004			1999-2004	
	Nº de aldeias	População	% sobre o total da população	Nº de aldeias	População	% sobre o total da população	Incremento do nº de aldeias (nº absolutos)	Crescimento médio anual da população (r)
Parabubure (224.447)	55	3857	40,0	80	4795	40,0	25	4,6
São Marcos (188.478)	14	2138	22,2	26	2566	21,4	12	3,9
Pimentel Barbosa (328.966)	05	1297	13,5	05	1446	12,1	-	5,2
Sangradouro-Volta Grande (100.280)	09	1033	10,7	25	1256	10,5	16	3,9
Areões (218.515)	11	890	9,2	15	1093	9,1	4	4,4
Marechal Rondon (98.500)	04	427	4,4	08	520	4,4	4	4,2
Marãiwatsede (168.000)	-	-	-	01	312	2,6	1	-
Total	98	9642	100,0	160	11988	100,0	62	4,4

* De acordo com a FUNAI (2004) são reconhecidas onze Terras Indígenas Xavante. Entretanto, as terras Areões I, Areões II, Chão Preto, Marãiwatsede e Ubawawe continuam ocupadas por posseiros e aguardam a definição da justiça. Com exceção de Marãiwatsede, as demais terras são contíguas às outras seis terras já demarcadas (Figura 2.1 e Tabela 2.1).

Em Parabubure, Sangradouro-Volta Grande e São Marcos verificaram-se os maiores incrementos de número de aldeias, respectivamente, 25, 16 e 12 novas aldeias se formaram nessas TIs em seis anos. Apenas em Pimentel não houve incremento do número de aldeias (Tabela 5.1).

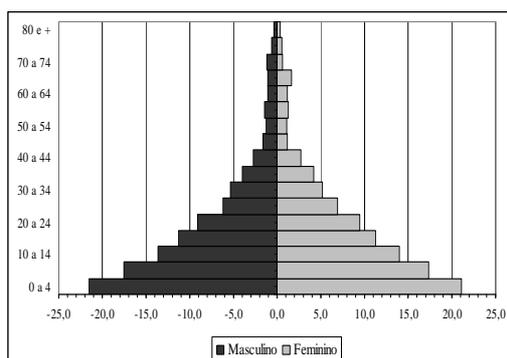
O crescimento vegetativo ou natural, diferença entre nascimentos e mortes, foi o principal fator responsável pelo crescimento dessa população, considerando que as migrações externas, entradas e saídas para áreas não-xavante ou para áreas urbanas, foram irrelevantes. Os poucos Xavante que residem em áreas urbanas, o fazem em caráter temporário, mantendo suas famílias nas aldeias, conforme descrito adiante na análise da migração.

Composição por sexo e idade

As estruturas por idade e sexo do conjunto da população Xavante e da população habitante das Terras Indígenas, detalhadas em grupos quinquenais de idades, para o ano de 2004, são apresentadas em forma de pirâmides nas figuras a seguir.

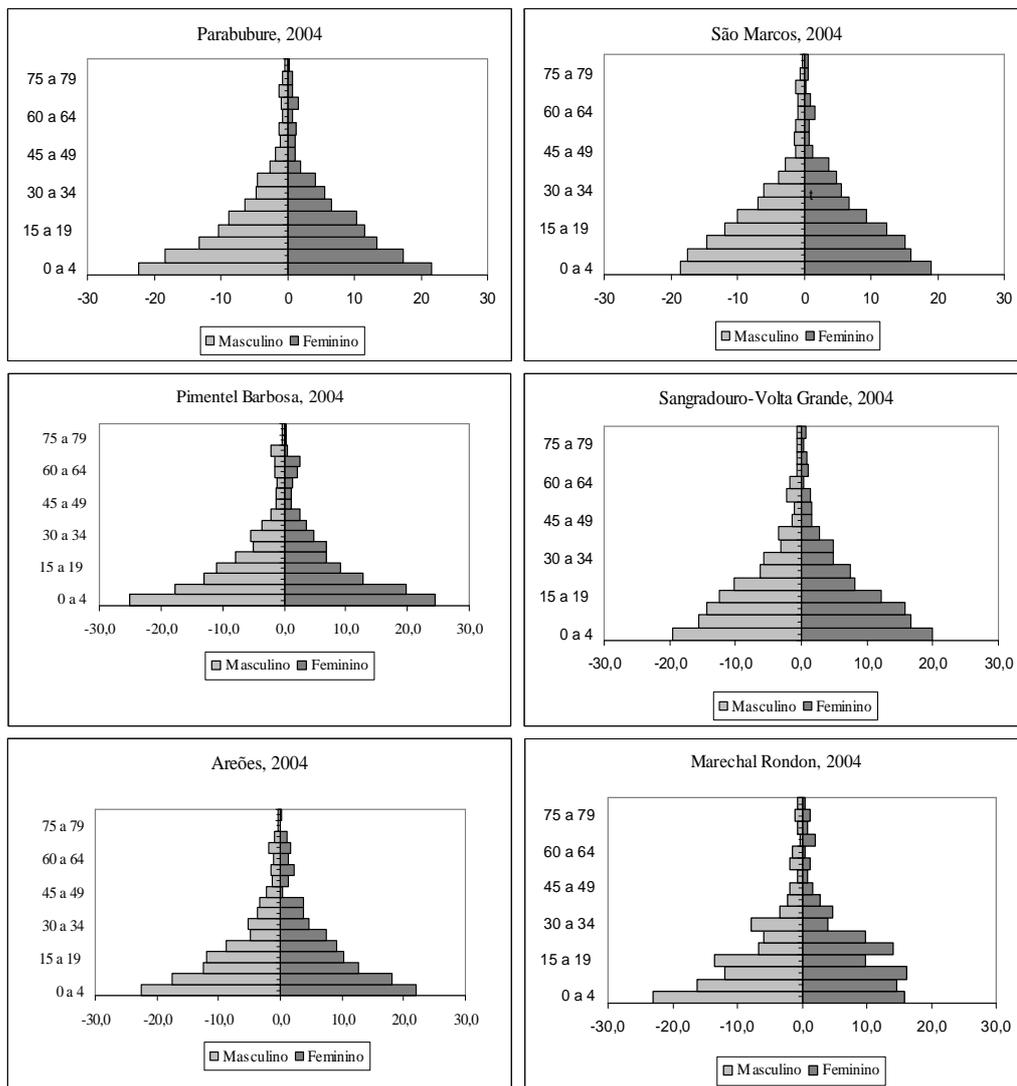
A Figura 5.1 referente à pirâmide etária do total da população Xavante, em 2004, apresenta contorno compatível com o de populações extremamente jovens, nas quais altos níveis de natalidade compensam a alta mortalidade, combinação que proporciona elevado crescimento vegetativo. A largura da base dessa pirâmide mostra que, aproximadamente, 40% do total da população, têm menos de 5 anos de idade. A reentrância acentuada que se inicia nas idades de 40 a 44, principalmente no sexo masculino, que corresponde às gerações nascidas antes de 1960, refletiria os efeitos da alta mortalidade vivenciada pelos Xavante nas décadas de 50 e 60, o que explicaria, em parte, a constrição apresentada na pirâmide (Figura 5.1).

Figura 5.1- Pirâmide etária do total da população Xavante, 2004



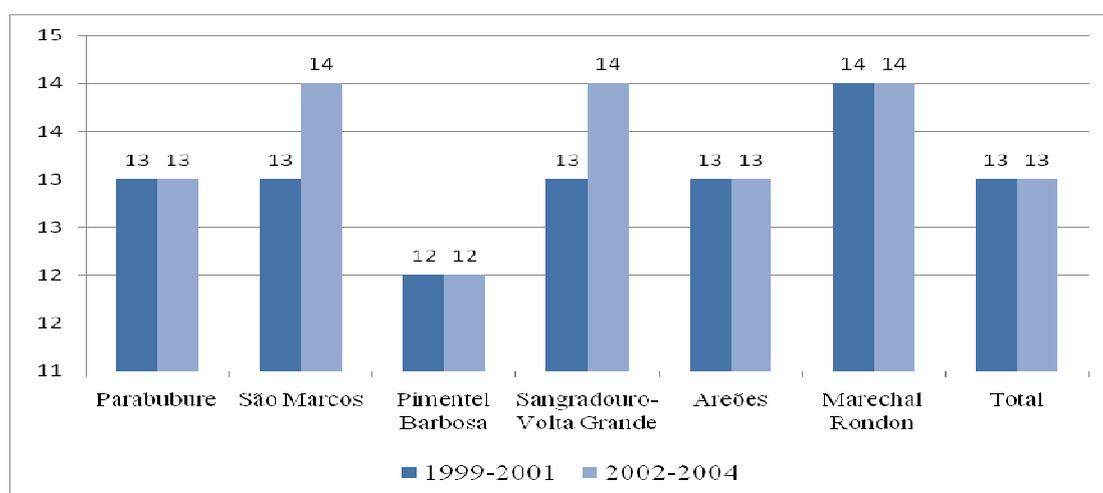
Na figura 5.2 estão representadas as pirâmides etárias da população Xavante por terra indígena, que de maneira geral são muito semelhantes entre si. Os contornos destas pirâmides, como mencionado para o conjunto da população Xavante, refletem os efeitos dos altos níveis de natalidade e de mortalidade, com a base larga e a diminuição desta à cúspide, sendo um indicativo de população jovem com idade mediana baixa.

Figura 5.2- Pirâmides etárias da população Xavante por Terra Indígena, Mato Grosso, 2004.



A idade mediana da população Xavante é de 13 anos. A TI Pimentel Barbosa concentra a população mais jovem, com idade mediana de 12 anos nos dois triênios estudados. A população das TIs Marechal Rondon, São Marcos e Sangradouro, apresentam idade mediana mais alta, 13 e 14 anos (Figura 5.3).

Figura 5.3 – Idades medianas da população Xavante, por Terras Indígenas, Mato Grosso, 1999-2001 e 2002-2004.



A distribuição proporcional da população segundo três grandes grupos de idade, por Terra Indígena e para o total da população, em 1999-2001 e 2002-2004, é apresentada na Tabela 5.2. Estes indicadores confirmam a estrutura etária excepcionalmente jovem da população Xavante em seu conjunto e nas seis TI. A proporção de população menor de 15 anos de idade se manteve estável, em aproximadamente 53% da população total entre os dois triênios. O mesmo ocorreu com a proporção de população de 50 anos ou mais anos que se manteve em torno de 7%. A maior proporção de população < de 15 anos é encontrada na TI Pimentel Barbosa (aproximadamente 56%) e a menor na TI Marechal Rondon (aproximadamente 50%).

Tabela 5.2 - População Xavante por Terra Indígena, segundo três grupos de idades, Mato Grosso, 1999-2001 e 2002-2004 (%).

Grupos de idade	Parabubure		São Marcos		Pimentel Barbosa		Sangradouro-Volta Grande		Areões		Marechal Rondon		Total	
	1999-2001	2002-2004	1999-2001	2002-2004	1999-2001	2002-2004	1999-2001	2002-2004	1999-2001	2002-2004	1999-2001	2002-2004	1999-2001	2002-2004
0 a 14	53,7	53,4	53,4	51,4	56,2	56,4	53,8	51,7	53,4	52,7	51,1	49,9	53,8	53,0
15 a 49	38,8	39,8	40,1	42,2	34,2	35,1	38,7	41,0	37,9	39,4	41,0	42,8	38,4	39,9
50 e +	7,6	6,8	6,6	6,4	9,6	8,5	7,6	7,3	8,7	7,9	7,9	7,3	7,7	7,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Obs: A população da TI Marãiwatsede de 2004 foi considerada em Pimentel Barbosa.

A Tabela 5.3 mostra as razões de sexo da população Xavante em seu conjunto e por Terras Indígenas, segundo grandes grupos etários. Este indicador aponta para a superioridade numérica da população masculina, sendo a razão de sexo do conjunto da população de aproximadamente 106 homens para cada 100 mulheres, em 1999-2001 e 2002-2004.

Comparando-se as Terras indígenas, com exceção de Pimentel Barbosa onde há 97 homens para cada 100 mulheres na população total, as demais TI há mais homens do que mulheres. Em São Marcos e Sangradouro-Volta Grande, as razões de sexo do total da população são de 114 e 108 homens a cada cem mulheres, respectivamente, nos dois triênios.

Chama a atenção a razão de sexo muito elevada em São Marcos e Areões no grupo etário de 0-14 anos e a muito baixa em Pimentel Barbosa e Areões no grupo de 15-49 anos.

Tabela 5.3-Razão de sexo, (por 100 mulheres), população por Terra Indígena Xavante, Mato Grosso, 1999-2001 e 2002-2004.

Grupos de idade	Parabubure		São Marcos		Pimentel Barbosa		Sangradouro-Volta Grande		Marechal Rondon		Areões		Total	
	1999-2001	2002-2004	1999-2001	2002-2004	1999-2001	2002-2004	1999-2001	2002-2004	1999-2001	2002-2004	1999-2001	2002-2004	1999-2001	2002-2004
0 a 14	104,5	107,4	118,3	115,2	98,6	97,9	99,4	102,5	106,3	104,0	114,5	112,8	106,5	106,9
15 a 49	104,9	101,4	110,8	112,1	95,8	98,6	111,2	112,1	100,4	103,3	84,1	91,0	104,2	104,2
50 e +	110,1	111,5	110,0	120,8	89,4	92,9	162,4	140,9	98,3	95,3	128,3	118,0	110,1	110,9
Total	105,1	105,2	114,7	114,2	96,7	97,7	107,7	108,8	103,3	103,0	101,8	103,3	105,9	106,1

Obs: A população da TI Marãiwatsede de 2004 foi considerada em Pimentel Barbosa.

Natalidade e Fecundidade

A TBN do conjunto da população Xavante estimada para a média do período 1999-2004 é de 59,2 nascimentos por mil habitantes. Mesmo considerando a flutuação aleatória dos pequenos números referentes aos indicadores calculados por triênios, esses dados sugerem uma queda da natalidade no conjunto da população, próxima de 6%, passando a TBN de 61,2 nascimentos por mil habitantes no período 1999-2001 para 57,3 por mil em 2002-2004, no total das Terras Indígenas (Tabela 5.4). O declínio observado entre os dois triênios se verificou em todas as TI, sendo superior a 20% nas TIs de Marechal Rondon (25,4%) e São Marcos (22,6%).

Na média do período 1999-2004, os maiores níveis de natalidade foram registrados em Pimentel Barbosa, Parabubure e Areões, próximos de 60 por mil. Em Marechal Rondon, Sangradouro-Volta Grande e São Marcos são verificados os menores índices de natalidade, em torno de 50 por mil. No entanto, em todas as TI as TBN diminuem de um triênio a outro.

Tabela 5.4- Taxas brutas de natalidade por mil habitantes e variação relativa dessas taxas, Terras Indígenas Xavante, Mato Grosso, 1999- 2001 e 2002-2004.

Terra Indígena	1999 -2001	2002-2004	Varição Relativa (%)	1999-2004
Parabubure	64,1	52,7	-17,8	58,1
São Marcos	58,3	45,1	-22,6	51,4
Pimentel Barbosa	67,3	60,3	-10,4	63,5
Sangradouro-Volta Grande	52,6	46,1	-12,4	49,1
Areões	58,9	56,7	-3,7	57,7
Marechal Rondon	56,4	42,1	-25,4	48,8
Total	61,2	57,3	-6,4	59,2

Obs: A população da TI Marãiwatsede 2004 foi considerada na TI Pimentel Barbosa.

A evolução da fecundidade das mulheres Xavante pode ser observada por meio das taxas de fecundidade total (TFT) dos triênios 1999-2001 e 2002-2004, indicador de nível ou intensidade da fecundidade que representa o número médio de filhos nascidos vivos por mulher durante o seu período reprodutivo (Tabela 5.5). A TFT estimada para a média do período de 1999-2004 é de 7,7 filhos nascidos vivos por mulher. Apesar do elevado nível de fecundidade encontrado, o comportamento das TFT ao longo do período também aponta para uma tendência de declínio, que chega a atingir 1,4 filhos a menos, em média, por mulher.

No tocante aos diferenciais por TI, observa-se que o maior nível de fecundidade no período foi registrado em Pimentel Barbosa (10,2) e o menor em Marechal Rondon (6,2). Com exceção de Pimentel Barbosa, nas demais TI registrou-se declínio da fecundidade no segundo triênio. O maior declínio foi registrado em Marechal Rondon, onde no triênio 2002-2004, as mulheres tiveram 2,8 filhos, em média, a menos do que em 1999-2001.

O comportamento da fecundidade das mulheres Xavante pode ser melhor compreendido a partir da análise das taxas específicas de fecundidade por idade, que indicam o padrão etário desse componente demográfico.

Tabela 5.5 - Taxas de fecundidade total (TFT) observadas das mulheres Xavante de 10-44 anos, Mato Grosso, 1999-2001 e 2002-2004.

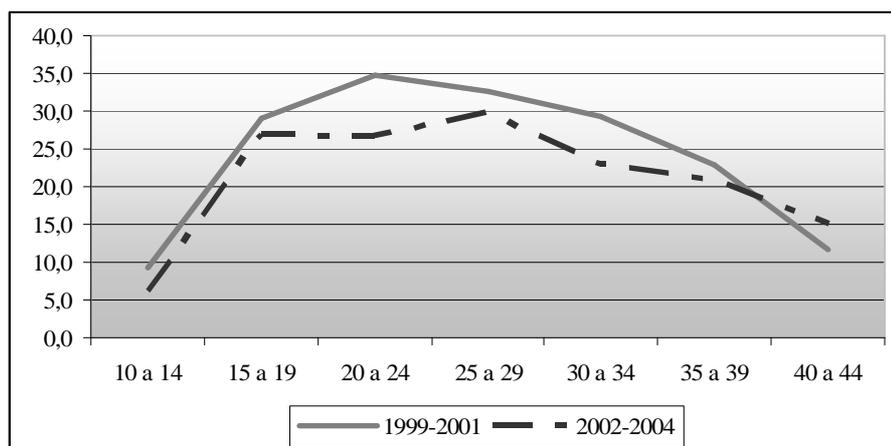
Terra Indígena	1999-2001	2002-2004	1999-2004
Parabubure	8,7	7,4	8,0
São Marcos	8,1	6,0	6,9
Pimentel Barbosa	10,2	10,1	10,2
Sangradouro - Volta Grande	7,7	6,0	6,7
Areões	7,9	7,7	7,8
Marechal Rondon	7,8	4,9	6,2
Total	8,5	7,4	7,7

Obs: A população da TI Marãiwatsede foi considerada na TI Pimentel Barbosa.

As taxas específicas de fecundidade (TEF) do conjunto das mulheres Xavante para os períodos 1999-2001 e 2002-2004 são apresentadas na Figura 5.4. Como ocorre quando o nível de fecundidade é muito elevado, as curvas das TEF, em ambos triênios, apresentam contorno disperso nos diferentes grupos etários do período reprodutivo. No triênio 1999-2001, o grupo de 20-24 anos apresentava o mais elevado nível de fecundidade. No triênio seguinte, observa-se queda da fecundidade em quase todos os grupos etários e os mais altos níveis de fecundidade são encontrados entre mulheres de 25-29 e 15-19 anos.

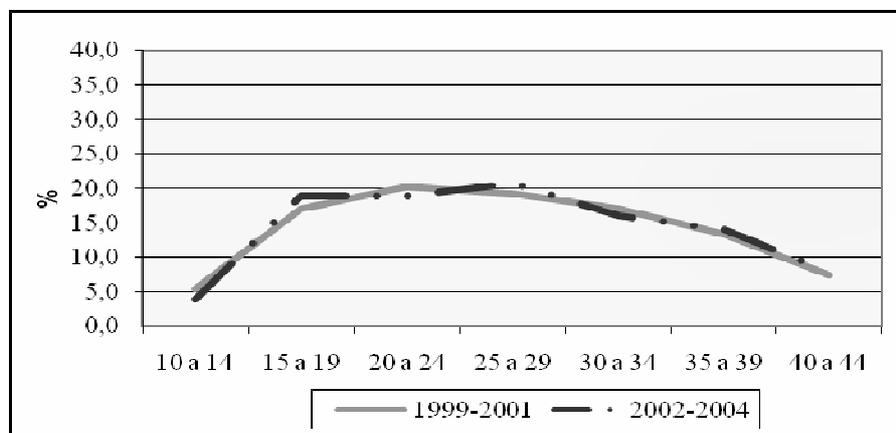
Em síntese, se essas reduções podem ser consideradas significativas, supõe-se que a queda no nível geral da fecundidade (TFT) tenha sido decorrente do declínio das taxas específicas de fecundidade em quase todos os grupos etários.

Figura 5.4 – Taxas específicas de fecundidade (TEF) das mulheres Xavante, Mato Grosso, 1999-2001 e 2002-2004.



Para melhor avaliar o comportamento do padrão etário da fecundidade analisou-se a distribuição das taxas específicas de fecundidade por grupos de idades em relação ao valor total da fecundidade. Essas distribuições são apresentadas na Figura 5.5. De um modo geral, as curvas mostram um leve aumento da contribuição das mulheres de 15-19 e 25-29 anos na fecundidade total e redução da participação das mulheres de 20-24 anos. O padrão disperso destas curvas é próprio dos altos níveis de fecundidade verificados nessa população, conforme apontado anteriormente. A flutuação verificada entre os dois triênios poderia ser também decorrente de irregularidades na estrutura etária da população feminina em idade fértil.

Figura 5.5 - Distribuição relativa das Taxas específicas de fecundidade (TEF) das mulheres Xavante de 10 a 44 anos, Mato Grosso, 1999-2001 e 2002-2004.



Mortalidade

As taxas brutas de mortalidade (TBM) observadas para o conjunto da população Xavante oscilaram entre 12,7 e 11,4 óbitos por mil habitantes durante o período 1999-2001 e 2002-2004, sendo em média de 12,1 óbitos por mil habitantes a observada e 11,4 a padronizada, apresentando uma redução (Tabela 5.6). Desagregando-se as taxas médias do período por Terra Indígena, verifica-se que os níveis da mortalidade diferem bastante, sendo o mais alto, de 13,5, e o menor de 7,4 óbitos por mil habitantes, para Areões e Marechal Rondon, respectivamente.

Tabela 5.6- Taxa Bruta de Mortalidade (TBM) por mil habitantes, Terra Indígena, segundo sexo e triênio, população Xavante, Mato Grosso, 1999-2001 e 2002-2004.

Terra Indígena	TBM Observada		TBM Padronizada		1999-2004	
	1999-2001	2002-2004	1999-2001	2002-2004	Observada	Padronizada
Parabubure	13,6	11,7	12,3	11,0	12,6	11,6
São Marcos	12,6	13,7	12,0	14,9	13,2	13,4
Pimentel Barbosa	11,7	10,0	9,8	9,2	10,7	9,4
Sangradouro-Volta Grande	9,3	10,5	9,8	12,9	10,1	10,4
Areões	17,7	9,8	16,3	8,9	13,5	13,0
Marechal Rondon	6,0	8,0	5,4	9,6	7,4	7,4
Total	12,7	11,4	9,1	11,1	12,1	11,4

Obs: A população da TI Marãiwatsede foi considerada na TI Pimentel Barbosa.

A mortalidade infantil do conjunto da população Xavante estimada para a média do período 1999-2004 é de 96,7 óbitos de crianças menores de 1 ano por mil nascidos vivos. Os dados apresentam uma tendência de queda, próxima de 15%, passando a TMI de 103,3 óbitos em 1999-2001 para 89,8 por mil em 2002-2004, no total das Terras Indígenas (Tabela 5.7).

Desagregando-se as taxas médias do período 1999-2004 por Terra Indígena, verifica-se que os níveis da mortalidade infantil diferem bastante, apresentando uma diferença de 42,5% entre o nível mais alto (129,5) em São Marcos e o menor (74,4) em Sangradouro-Volta Grande.

As médias dos dois triênios foram agrupadas em três grupos classificado por magnitudes de acordo com a OMS: grupo I (baixas) - valores inferiores a 20 óbitos infantis por 1.000 nascidos vivos. Grupo II (médias) - valores entre 20 a 49 óbitos por 1.000 nascidos vivos e grupo III (altas) - valores superiores a 50 óbitos por 1.000 nascidos vivos. Observa-se que somente São Marcos apresentou um índice acima de 100 por mil. Ainda que Areões, Parabubure e Pimentel Barbosa estejam com a segunda maior taxa de mortalidade infantil, nessas três Terras Indígenas a mortalidade infantil declinou, respectivamente, 65,8%, 45,7% e 6,3% entre os dois triênios.

Tabela 5.7- Taxa de mortalidade Infantil (TMI) por mil nascidos vivos, segundo Terras Indígenas Xavante, Mato Grosso, 1999-2001 e 2002-2004.

Terra Indígena	1999 - 2001	2002 - 2004	1999-2004
Parabubure	95,4	89,4	92,5
São Marcos	123,1	136,9	129,5
Pimentel Barbosa	108,7	59,0	83,3
Sangradouro-Volta Grande	59,2	89,8	74,4
Areões	147,2	50,3	96,5
Marechal Rondon	66,7	95,2	79,7
Total	103,3	89,8	96,7

Obs: A população da TI Marãiwatsede foi considerada na TI Pimentel Barbosa.

Intervalos interpartais

Já que em quase todos os grupos etários os níveis de fecundidade se apresentaram em declínio, analisou-se o comportamento dos intervalos interpartais para melhor avaliar esse resultado.

Para fins da análise dos intervalos, foram identificados, a princípio, 2.097 pares de nascimentos (filho anterior e posterior). Desse total de intervalos, a duração mínima foi de 7,76 meses e a máxima de 77,65 meses. Observou-se que 92% dos intervalos tiveram 42 meses de duração ou menos.

De modo a realizar comparações entre dois períodos de tempo, optou-se por analisar somente esses intervalos de até 42 meses, para evitar o problema de sobreposição. Deste modo, os períodos de análise foram assim estabelecidos: o primeiro período refere-se aos nascimentos de filho anterior e de caso entre 01/01/1998 e

31/06/2001; o segundo refere-se a intervalos de nascimento de filho anterior e de caso entre 01/07/2001 e 31/12/2004.

De modo a evitar a sobreposição, além dessa restrição temporal, foram excluídos da análise aqueles intervalos ($n = 1.088$) cujo filho anterior nasceu no 1º. período e o caso no 2º. período. Para os 1.009 intervalos que preencheram a este requisito, 505 aconteceram no primeiro período e 504 no segundo.

Ao se comparar a duração dos intervalos, observou-se um aumento médio de 1,39 meses no segundo período, o que corresponde a um incremento de 6,3% em relação ao primeiro (Tabela 5.8). Trata-se de uma diferença estatisticamente significativa (t de Student = -3,340, $p = 0,001$).

Tabela 5.8 - Média de intervalos interpartais e Desvio padrão, 1998-2001 e 2001-2004.

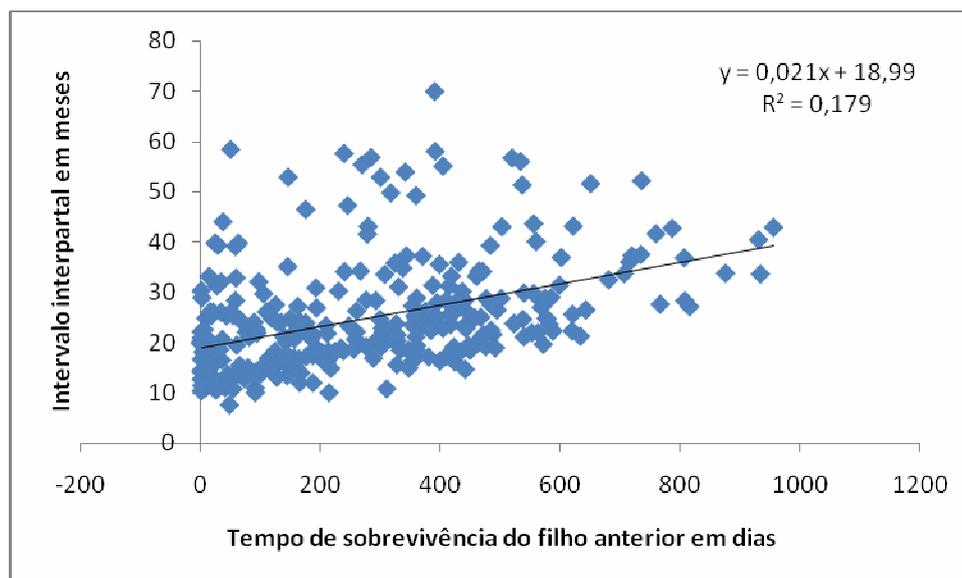
Intervalos interpartais por período	N	Média de intervalo (em meses)	Desvio padrão
1º período (01/01/1998 a 31/06/2001)	505	22,13	6,42
2º período (01/07/2001 a 31/12/2004)	504	23,52	6,79

Uma vez que se observou um aumento dos intervalos (em meses) entre os nascimentos, é plausível considerar que haja uma relação com a maior sobrevivência das crianças, em particular aquelas com menos de 1 ano de idade. Como já indicado, tal como aconteceu com a fecundidade, houve um declínio dos níveis da taxa de mortalidade infantil entre o primeiro e o segundo período.

Para verificar se a morte do filho anterior teve alguma influência no aumento da média dos intervalos, analisou-se a correlação entre a idade de morte do filho anterior e a duração do intervalo interpartal. Do total de 2.097 intervalos, um conjunto de 378 filhos anteriores morreram, dos quais 313 antes do nascimento do filho caso.

Como pode ser visto na Figura 5.6, há uma grande dispersão dos dados, mas a análise de correlação evidencia uma associação estatisticamente significativa entre a idade de morte do filho anterior e a duração do intervalo em meses (coeficiente de Pearson = 0,42; $p < 0,01$). Ou seja, quanto mais tempo sobrevive o filho anterior, maior é o intervalo interpartal.

Figura 5.6 - Correlação entre idade de morte do filho anterior (em dias) e duração do intervalo (em meses), população Xavante, Mato Grosso, 1998-2004.



Migração

Este tópico analisa exclusivamente a migração interna, ou seja, os deslocamentos populacionais dos Xavante entre as Terras Indígenas de seu território, que se configuram em mudanças “permanentes” de residência. As motivações para essas mudanças estão relacionadas principalmente às alianças de casamento, às relações de parentesco e às disputas entre facções, muito frequentes entre os Xavante.

A migração externa “definitiva”, ou movimentos de entrada e saída de ou para outras áreas indígenas ou para áreas urbanas foi irrelevante no período 1999-2004. Embora tenham sido identificados alguns registros de emigração de população Xavante no sentido das áreas urbanas adjacentes ao seu território, estes foram ignorados em razão de seu caráter “temporário”, cuja motivação principal era a continuidade de estudos da população jovem. Um exemplo de emigração temporária dos Xavante para áreas urbanas pode ser observado no registro do banco de dados e expressivo em termos quantitativos, ocorreu em 2002, quando 114 Xavante habitantes da TI Parabubure, se deslocaram para Nova Xavantina. A mudança foi motivada por um conflito com não-índios, desencadeado por retirada ilegal de madeira de suas terras. O confronto provocou a morte de dois não-índios e os Xavante temiam represálias e se sentiam vulneráveis no isolamento de suas aldeias.

A Tabela. 5.9 a seguir mostra os movimentos de entrada e saída e saldo migratório entre as TI Xavante no período 1999-2004. Para a média do período, observa-se que a

maior perda populacional concentra-se na Terra Indígena Pimentel Barbosa com um saldo migratório negativo de 298 habitantes, e o maior ganho localizado na TI Marãiwatsede, que atraiu 289 indivíduos. Esse deslocamento populacional foi motivado pela divisão da aldeia Água Branca, localizada na TI Pimentel Barbosa e a emigração de aproximadamente a metade de sua população, em 2003-2004, para a TI Marãiwatsede, território ancestral dos Xavante, recentemente reintegrado. Os integrantes dessa leva migratória constituem-se em 139 homens e 150 mulheres, em sua maioria (81%) crianças e jovens até 29 anos.

Tabela 5.9 - Migração da População Xavante segundo Terras Indígenas, Mato Grosso, 1999-2001 e 2002-2004

Terra Indígena	Variável	1999-2001	2002-2004	1999-2004
Parabubure	Entrada	67	9	76
	Saída	47	5	52
	<i>Saldo</i>	20	4	24
São Marcos	Entrada	35	2	37
	Saída	28	4	32
	<i>Saldo</i>	7	-2	5
Pimentel Barbosa	Entrada	5	11	16
	Saída	14	300	314
	<i>Saldo</i>	-9	-289	-298
Sangradouro-Volta Grande	Entrada	30	2	32
	Saída	40	1	41
	<i>Saldo</i>	-10	1	-9
Areões	Entrada	1	10	11
	Saída	1	8	9
	<i>Saldo</i>	0	2	2
Marechal Rondon	Entrada	10	4	14
	Saída	17	10	27
	<i>Saldo</i>	-7	-6	-13
Marãiwatsede	Entrada	-	289	289
	Saída	-	-	-
	<i>Saldo</i>	-	289	289
Total	Entrada	148	327	475
	Saída	147	328	475
	<i>Saldo</i>	1	-1	0

Discussão

Embora se tenha observado, a partir dos anos 80, um aumento no interesse de demógrafos e antropólogos pela análise do comportamento demográfico dos povos indígenas no Brasil (Azevedo, 2005; Gomes, 1988; Pagliaro et al., 2005; Souza & Santos, 2001; Teixeira & Brasil, 2005), esse campo de estudos é ainda relativamente pouco explorado frente à grande sociodiversidade existente no país.

Uma das dificuldades na realização de pesquisas demográficas sobre os povos indígenas diz respeito à obtenção de dados de qualidade e abrangência. Não raro, são populações de tamanhos reduzidos e territorialmente dispersas. Não é de surpreender, portanto, que muitos estudos em antropologia demográfica derivem seus dados de comunidades específicas, poucas vezes se problematizando a questão da representatividade para o universo maior das etnias. Neste sentido, pode-se afirmar que os estudos conduzidos entre os Yanomama do Mucajaí no estado de Roraima (Early e Peters, 1990) e o diagnóstico sócio-demográfico participativo realizado entre os Sateré-Mawé no estado do Amazonas (Teixeira & Brasil, 2005) constituem exceções, pois analisaram elementos da dinâmica demográfica de etnias com expressivo volume populacional e com grande dispersão territorial. O presente estudo sobre os Xavante também apresenta estas características.

Os resultados deste trabalho mostram que, de 1999 a 2004, a população Xavante apresentou um crescimento médio anual de 4,4%, com as taxas de crescimento oscilando em torno dos 4,0%. O maior crescimento foi registrado na TI Pimentel Barbosa (5,2%) e o menor na TI São Marcos e Sangradouro-Volta Grande (3,9%). Considerando a dimensão territorial, com exceção de Marãiwatsede e sua recente reintegração de posse, a distribuição populacional não é igualitária entre as Terras Indígenas. Pimentel Barbosa, com mais de 300 mil hectares, não é somente a maior área, como é também aquela com menor densidade populacional. Em outras áreas, como Parabubure e São Marcos, as densidades são 2,14 e 1,36 hab/km², respectivamente, superiores àquela observada em Pimentel Barbosa que foi 0,44 hab/km².

A elevada taxa de crescimento populacional dos Xavante encontra paralelo no que vem sendo reportado para diversos outros povos indígenas no Brasil (Pagliaro et al., 2005) e em outras regiões da América Latina (McSweeney & Arps, 2005). No contexto brasileiro, podem ser citados os exemplos dos Kaiabi, do Parque Indígena do Xingu, com taxa de 5,2% ao ano entre 1970-99 (Pagliaro, 2002, 2005); os Macuxi, Taurepangue, Ingarikó, Wapixana, Patamona e Wai-Wai, do leste de Roraima, com taxa

de 3,7% entre 2002-04 (Costa, 2006); e os Tenetehara do Maranhão que, após um longo período de descenso populacional, começaram a se recuperar no início da década de 1950, atingindo taxa de crescimento de 5% ao ano entre 1975 e 1994 (Gomes, 2002). Vale ressaltar que, como apontado por Pagliaro et al. (2005), ainda que muitos povos apresentem elevadas taxas de crescimento, esse padrão não pode ser generalizado para o universo dos povos indígenas.

Nesse cenário de crescimento, como bem colocam Azevedo & Ricardo (2002a:196, 2002b), o grande desafio do ponto de vista demográfico passa a ser identificar os fatores que explicam esse aumento.

No caso dos Xavante, os resultados indicam que o crescimento vegetativo ou natural, diferença entre nascimentos e mortes, foi o principal fator responsável no expressivo aumento da população. A componente migração foi irrelevante. Do ponto de vista da fecundidade, as análises indicam uma TFT de 7,7 filhos por mulher no período de 1999 a 2004. Em uma sociedade na qual o casamento e a maternidade são praticamente universais, as mulheres iniciam seu período reprodutivo na primeira metade da segunda década de vida, atingindo o pico da fecundidade entre os 20-29 anos. Em consequência, tem-se uma população demograficamente jovem, com 54,0% abaixo de 15 anos. Esses resultados para os Xavante, seja no tocante à estrutura populacional e aos indicadores demográficos específicos, são bastante similares ao que tem sido reportado para outros povos indígenas que apresentam elevadas taxas de crescimento populacional (Pagliaro et al., 2005).

Um aspecto demográfico e epidemiológico de grande importância é que os elevados níveis de crescimento dos Xavante se fazem acompanhar de taxas de mortalidade bastante elevadas. Assim, a taxa bruta de mortalidade no período de 1999 a 2004 foi de 12,1 por mil. Já a mortalidade infantil foi de 96,7 por mil crianças nascidas vivas. Para fins de comparação, vale ressaltar que para o Brasil, em 2000, a taxa de mortalidade infantil foi de 29,6 por mil, e a do Centro-Oeste de 21,2 por mil (Simões 2002).

Uma importante contribuição deste estudo é a demonstração da expressiva variabilidade interna dos grupos Xavante quanto aos indicadores demográficos e epidemiológicos. As diferenças se manifestam em praticamente todas as dimensões analisadas, incluindo natalidade, fecundidade, migração e dinâmica de surgimento de aldeias. No caso da taxa de fecundidade total, no período de 1999 a 2004, houve uma variação de 6,2 (Marechal Rondon) a 10,2 (Pimentel Barbosa). Já a taxa de mortalidade infantil variou entre 74,4 por mil (Sangradouro-Volta Grande) e 129,5 por mil (São

Marcos). A mais intensa dinâmica de surgimento de aldeias deu-se em Parabubure, quando 25 novas aldeias foram criadas entre 1999 e 2004. Em três terras (Areões, Marechal Rondon e Pimentel Barbosa), surgiram quatro ou menos aldeias no período.

Essas diferenças internas aos Xavante nos indicadores demográficos têm diversas implicações sócio-históricas e epidemiológicas e ainda para fins da implementação das políticas de saúde. As diferenças internas aos Xavante têm sido abordadas na literatura etnológica. Por exemplo, Lopes da Silva (1986:35) identifica a existência de três grandes blocos Xavante segundo os seguintes critérios: a) intensidade e característica dos contatos entre aldeias; b) continuidade ou não de permanência no território tradicional; c) agentes do contato (representantes do Estado ou da Igreja). De acordo com essa sistematização, seriam os seguintes os três blocos: 1. Pimentel Barbosa e Areões; 2. Batovi (Marechal Rondon) e Culuene (Parabubure), marginalmente também Couto Magalhães (Parabubure); 3. Sangradouro-Volta Grande e São Marcos, assim como Couto Magalhães. Os resultados deste trabalho não permitem analisar, em profundidade, a demografia dos povos à luz de esquemas interpretativos como o de Lopes da Silva (1986). Não obstante, reconhecer as diferentes trajetórias é um passo importante de modo a se evitar generalizações para os Xavante como um todo.

Do ponto de vista epidemiológico e de políticas públicas, a concepção do atual subsistema de saúde indígena tem como alicerce o distrito sanitário, que é definido como “um modelo de organização de serviços, orientado para um espaço etno-cultural dinâmico, geográfico, epidemiológico, populacional e administrativo bem delimitado” – constituído por uma rede de serviços de atenção básica de saúde nas áreas indígenas “integradas e hierarquizadas com complexidade crescente e articulada à rede do SUS” (FUNASA, 2002a:14-15). Para os 34 DSEIs, há somente 4 que são monoétnicos. Além do DSEI Xavante, os três outros são os DSEIs Potiguara, Kaiapó do Pará e Yanomami. As diferenças entre os diversos subgrupos Xavante documentadas neste trabalho mostram como, mesmo em distritos mono-étnicos, é imprescindível atentar para as variabilidades internas.

Um conjunto de resultados bastante relevante deste trabalho diz respeito às mudanças observadas nos indicadores demográficos ao se comparar o período 1999 a 2004 dividido em dois triênios, ou seja, 1999-2001 e 2002-2004. Ainda que o período de estudo seja reduzido, considerando todas as terras indígenas, observou-se uma redução da taxa de natalidade (de 61,2 para 57,3 por mil), da taxa de fecundidade total (de 8,5 para 7,4 filhos por mulher), da taxa bruta de mortalidade (de 12,7 para 11,4 por mil habitantes) e da taxa de mortalidade infantil (de 103,3 para 89,8 por mil nascidos

vivos). Ao se analisar por terra, a tendência é também de decréscimo para a maioria dos indicadores, ainda que haja variações, o que pode estar relacionado a flutuações devido a pequenos números.

Ainda que os níveis de mortalidade permaneçam altos entre os Xavante, não é de surpreender a constatação da redução das taxas, uma vez que no período sob análise foi implementado o novo subsistema de atenção à saúde. Ao que tudo indica, mesmo com todas as deficiências do atual modelo da atenção à saúde, o acesso aos serviços de saúde e a cobertura de vários programas e iniciativas (imunização, pré-natal, saneamento, etc) pelos povos indígenas é maior que antes de 1999. Conforme coloca Garnelo et al. (2003:77), em uma análise dos três primeiros anos de implantação do subsistema, houve uma extensão da cobertura promovida pela FUNASA, assim como o aumento no número de profissionais que entraram no sistema para prover a atenção básica. Os achados de Lunardi et al. (2007) dão suporte a idéia de que houve um incremento no uso de serviços hospitalares pelos Xavante a partir da implantação do subsistema em 1999. Esses autores observaram que as taxas de hospitalização tenderam a aumentar para todas as quatro terras analisadas. Considerando o conjunto das terras indígenas, o número de hospitalizações por cem habitantes ao ano quase dobrou (5,1 para 9,5).

Se a redução dos níveis de mortalidade dos Xavante, ainda que permanecendo em patamares altos, é esperada à luz dos investimentos efetuados na saúde indígena, a relação com a redução da natalidade e da fecundidade não é tão óbvia ou direta. Uma possibilidade para a redução seria um maior acesso a métodos contraceptivos, principalmente a pílula e a esterilização por laqueadura tubária, por parte das mulheres Xavante. Essa não é, possivelmente, a explicação principal, já que a distribuição de contraceptivos pelos serviços de saúde nas áreas Xavante é inexpressiva. A possibilidade de acesso das mulheres indígenas a contraceptivos distribuídos pelas agências públicas é um tema politicamente bastante delicado, inclusive no que tange a ações da agência indigenista (FUNAI), com reflexos sobre a FUNASA. Apesar de não existirem estudos específicos sobre o tema, o posicionamento público dos militantes do movimento indígena tende a ser oposição à adoção de métodos anticoncepcionais (Coimbra Jr. & Garnelo, 2004).

Quanto aos resultados deste trabalho, uma possibilidade a se considerar é a de que a redução da fecundidade não se deva a ações de planejamento familiar direcionadas, mas seja uma consequência da redução dos níveis de mortalidade infantil devido à ação dos serviços de saúde. Em outras palavras, pode ser devido a uma interação mortalidade - fecundidade. Wood (1990) argumenta que, particularmente em populações com

elevada mortalidade, a regulação dos níveis de fecundidade pode ser influenciada menos pela própria reprodução e mais pela mortalidade. Este autor utiliza a expressão “reproductive compensation”. Segundo ele, “when a nursing child dies, lactation is terminated and the mother resumes ovulating sooner than she otherwise would have” (Wood, 1990:233). Portanto, paradoxalmente, em um contexto de altos níveis de mortalidade, a fecundidade total de um dado grupo de mulheres pode experimentar significativo acréscimo devido à redução dos intervalos interpartais associados ao retorno da ovulação face à interrupção da lactação. O argumento de Wood encontra paralelo com a discussão sobre os determinantes próximos da fecundidade de Bongaarts e Potter (1983), que situa a duração da amamentação como um importante fator na regulação da fecundidade.

As análises específicas sobre os intervalos interpartais dos Xavante são consistentes com a idéia de que a redução da fecundidade de um triênio para o outro pode ser devido à interação mortalidade – fecundidade. Em primeiro lugar, houve um incremento na duração dos intervalos, da ordem de 6%. Além disso, os resultados indicam uma estreita associação entre sobrevivência das crianças e aumento dos intervalos interpartais. Um elemento adicional que deve ser ressaltado é que a redução da fecundidade aconteceu em todas as faixas etárias, o que sugere um processo abrangente e não focado, como seria o esperado caso a redução fosse devido à implementação de tecnologias, como o uso de métodos contraceptivos. No curto período de tempo analisado, é pouco provável que a redução da fecundidade observada entre os Xavante seja devido a questões sócio-culturais mais profundas, incluindo alterações nas expectativas quanto ao número de filhos e tamanho da família.

Um último ponto que merece atenção relaciona-se ao incremento substancial do número de aldeias, assim como as diferenças entre as terras indígenas quanto ao ritmo de fissões. Dos 62 novos aldeamentos que surgiram no período analisado, Parabubure, Sangradouro-Volta Grande e São Marcos foram onde se verificou os mais expressivos incrementos, respectivamente, 25, 16 e 12 novas aldeias. Apesar de ter sido registrado em Pimentel Barbosa o maior índice de crescimento populacional dentre todas TIs (5,2% ao ano), esta é a área que possui menor densidade populacional e a única com nenhuma expansão do número de aldeias.

Podemos vislumbrar o crescimento de números de aldeias através do marcante facciosismo na sociedade Xavante, o qual contribui para o novo arranjo espacial da população, e também para as divisões das aldeias e novas formações. Aliado a este sistema político tradicional, há uma estratégia de defesa e controle de seu território

(Delgado, 2003). Vale ressaltar que, nos dias atuais, outros fatores têm sido apontados como estimuladores da cisão das aldeias. Dentre estes, destacam-se a recuperação populacional, a política assistencialista conduzida pelo órgão tutor FUNAI, que propicia o acesso a bens de consumo e benesses através de projetos de desenvolvimento comunitário. É provável que outras fontes de renda, tais como benefícios de aposentadoria de idosos e deficientes físicos, também estejam colaborando com os desmembramentos das aldeias, ao proporcionar maiores rendimentos nos domicílios.

Com a entrada da Fundação Nacional de Saúde em 1999, gestora do novo modelo de assistência, passou a ocorrer a contratação de mão-de-obra Xavante para atividades como agentes indígenas de saúde e de saneamento. Esses novos empregos acarretam fontes de renda e de benefícios para as comunidades e podem estar introduzindo importantes mudanças na organização das comunidades. Sejam quais forem as causas, a formação de novas comunidades se constituem em um novo desafio para as políticas públicas, pois o aumento do número de aldeias, a curto prazo, apresenta um novo cenário para o planejamento das ações de saúde, um bom exemplo é a implantação de infra-estrutura de saneamento.

Em conclusão, neste estudo apresentamos uma análise demográfica da população Xavante de sete terras indígenas, realizada com base em dados reunidos ao longo de um período de seis anos. Foi possível comprovar um comportamento demográfico caracterizado por elevados níveis de natalidade, resultando em uma estrutura etária bastante jovem. Constatou-se também que o crescimento populacional em grupos indígenas pode existir mesmo na vigência de elevadas taxas da mortalidade. Ou seja, é a permanência das altas taxas de natalidade na população Xavante que gerou elevadas taxas de crescimento populacional, em média, 4,4 por cento ao ano. Os resultados também sugerem que o declínio nos níveis de mortalidade, de natalidade e de fecundidade podem estar relacionados aos investimentos na atenção básica de saúde.

CAPÍTULO 5

ARTIGO 4

Perfil demográfico dos índios Bororo de Mato Grosso, 1993-1996⁶

Introdução

A sociedade Bororo é, dentre os povos indígenas das terras baixas sul-americanas, uma das mais intensamente estudadas do ponto de vista etnológico. Os estudos têm se centrado, sobretudo, em aspectos da organização social e da cultura (Baldus, 1979; Lévi-Strauss, 1979; Viertler, 1979; Novaes, 1983, 1986, 1993; Crocker 1985; dentre outros), com pouca ênfase em demografia.

As fontes históricas indicam que, nas últimas décadas do século XIX, a população Bororo era de aproximadamente dez mil indivíduos. Ao cabo de poucos anos, grande parte sucumbiu aos efeitos do contato, que incluíram confrontos, epidemias e fome (Ravagnani, 1996). O quadro era tão desalentador que o antropólogo Darcy Ribeiro (1986:293), ao analisar um censo indígena de 1932, afirmou que os Bororo rumavam para a extinção física e cultural. Contrariando esta perspectiva catastrófica, a partir da década de 1970 tem-se observado um crescimento populacional dos Bororo. De uma população de 626 indivíduos em 1979, houve um aumento para aproximadamente 1.300 em 2006 (Siasi/FUNASA, 2006).

Estudos antropológicos e demográficos sobre povos indígenas específicos no Brasil mostram que algumas sociedades, ainda que tenham experimentado flutuações em seus níveis de mortalidade e de natalidade nas últimas décadas, estão em crescimento positivo (Pagliaro et al., 2005). Alguns povos têm crescido em média 3,5% ao ano (Azevedo, 2006), ou quase o dobro do conjunto da população brasileira, que cresceu 1,6% ao ano entre 1991-2000 (IBGE, 2005).

A maior parte dos povos indígenas no Brasil, sob o ponto de vista demográfico, é formada por micro-sociedades, ou seja, apresentam contingentes populacionais relativamente pequenos, em geral não ultrapassando umas poucas centenas (Adams & Price, 1994; Ricardo, 1995). Além do tamanho populacional, muito pouco se sabe sobre a dinâmica demográfica da maioria desses povos. Em geral, é difícil ir além da compilação de estudos de caso, basicamente concentrados na região amazônica (Pagliaro et al., 2005; Santos & Coimbra Jr., 2003).

Este estudo investiga as características demográficas dos Bororo residentes nas aldeias Garças, Meruri e Morada dos Bororo, situadas a leste de Mato Grosso, no período de 1993 a 1996. Busca-se contribuir para a ampliação do conhecimento da demografia indígena no Brasil.

⁶ Artigo aceito para publicação em 21 de fevereiro de 2008, Cadernos de Saúde Pública.

População e Métodos

Os Bororo (nome pelo qual ficaram conhecidos e cujo significado é “pátio da aldeia”) se autodenominam Bõe. A sua língua está classificada no tronco lingüístico Macro-Jê. É uma sociedade de metades exogâmicas (*tugarege* e *ecerae*) na qual a regra de descendência é matrilinear, ou seja, a criança receberá um nome que a relacionará ao grupo de parentes de sua mãe.

As aldeias Bororo são tradicionalmente circulares. Mesmo naquelas comunidades onde as casas estão dispostas em arruamentos, por influência de missionários ou agentes do governo, a circularidade da aldeia é considerada a representação ideal do espaço social (Novaes, 1983).

De acordo com Viertler (1991:11) e Wüst (1992), os Bororo possuíam no passado aldeias densamente povoadas, por vezes com mais de mil pessoas. Moravam em choupanas de palha, dispostas na forma de anéis concêntricos, no entorno de uma grande choupana central (a casa dos homens), que se constituía no centro político e ritual da aldeia. No presente, cada aldeia Bororo possui, em média, cem habitantes (Viertler, 1991). Há uma intensa dinâmica de visitas e de casamentos entre membros das várias comunidades (Novaes, 1983).

Cada casa Bororo costuma abrigar duas ou três famílias nucleares, que tem entre si laços de parentesco. Os grupos residenciais são uxori-locais (ou seja, um homem ao se casar deve se mudar para a casa da esposa). Segundo Novaes (1986), embora haja várias ocasiões em que a uxori-localidade não é seguida, constitui a norma ideal de residência pós-casamento entre os Bororo.

Atualmente, as 11 aldeias Bororo estão situadas em seis Terras Indígenas (T.I.) localizadas no Estado de Mato Grosso. Essas terras constituem um território descontínuo e, em larga medida, descaracterizado do ponto de vista ecológico (devido a desmatamento, garimpo e fazendas ao redor), correspondendo a uma área cerca de 300 vezes menor que o território tradicional. As T.I. são as seguintes: Meruri, Perigara, Sangradouro-Volta Grande (ocupada pelos Xavante e não reconhecida como Bororo), Tadarimana; a T.I. Jarudori, reconhecida pelo Serviço de Proteção aos Índios-SPI como Bororo na primeira metade do século XX, foi sendo continuamente invadida e nela hoje se encontra uma cidade. A T.I. Teresa Cristina teve sua delimitação revogada por decreto presidencial alguns anos atrás, estando atualmente sob júdice. Em 1997, os Bororo moradores dessas seis áreas perfaziam 1.024 habitantes (www.socioambiental.org.br, acessado em 02/11/2006).

Em 1976 ocorreu um conflito de disputa por terra que culminou na morte de um missionário salesiano e de um Bororo na Terra Indígena Meruri, o que levou vários indivíduos da aldeia Meruri a se estabelecerem em uma nova aldeia, mais afastada da influência missionária. Nessa nova aldeia (Garças), as casas foram construídas em palha e dispostas em círculo, tal como no modelo tradicional (Novaes, 1983).

O sistema econômico dos Bororo caracteriza-se pela combinação das atividades de coleta, caça, pesca e agricultura. O processo de contato com a sociedade envolvente acarretou novas formas de relações sociais e econômicas, tais como trabalho assalariado, recebimento de proventos de aposentadoria e venda de produtos artesanais. Com a diminuição dos territórios de caça, pesca e coleta as atividades agrícolas se tornaram centrais na subsistência (Novaes, 1993; Viertler, 1991).

Os dados analisados neste trabalho são procedentes do serviço de saúde da Fundação Nacional do Índio (FUNAI). Foram coletados no período 1993 a 1996 por uma das autoras (L.G.S), que compunha a equipe de atenção à saúde vinculada à Casa de Saúde do Índio da Administração Regional da FUNAI de Barra do Garças, então responsável pela assistência à população das aldeias Garças, Meruri e Morada dos Bororo. Essas comunidades correspondiam a aproximadamente metade da população total da etnia na época do levantamento dos dados. O levantamento incluiu cadastros anuais e registros de eventos vitais. Historicamente, a população Bororo das três aldeias estudadas vem mantendo contato com não-índios desde o início do século XX (1902) através de missionários salesianos, e, mais recentemente, com os Xavante, desde 1957 (Novaes, 1993).

As informações dos cadastros foram coletadas nos domicílios das três aldeias ao longo de sete diferentes períodos: de fevereiro a março e em dezembro de 1993; em abril e dezembro de 1994; em julho e dezembro de 1995; e em novembro de 1996. Esses períodos foram aqueles de ida a campo da equipe de saúde com vistas à execução das atividades rotineiras de atenção à saúde. As informações sobre os nascimentos e mortes ocorridos no mês de dezembro de 1996 foram obtidas posteriormente.

Paralelamente aos cadastros, registros dos eventos vitais (mortes e nascimentos) foram checados com aqueles oriundos do ambulatório mantido pela Missão Salesiana e junto ao monitor de saúde da aldeia Garças. Os dados referentes às mortes foram também investigados no Serviço de Saúde da FUNAI (Casa de Saúde do Índio) e nos principais hospitais de referência nos municípios de General Carneiro, Primavera do Leste e Aragarças.

As idades das crianças foram obtidas a partir dos registros da Missão Salesiana, do Posto Indígena da FUNAI e de informações prestadas pelos pais. Cabe lembrar que tanto as comunidades de Meruri quanto Morada dos Bororo vivem no entorno da missão salesiana e a população que habita a aldeia Garças é oriunda da aldeia Meruri. Aos adultos perguntou-se a data de nascimento (dia, mês e ano), que foram posteriormente confrontadas com os registros da Missão e da FUNAI. Muitos adultos possuíam documentação pessoal, embora a existência de tais documentos não garantisse a veracidade dos registros de nascimento, particularmente no caso dos indivíduos que obtiveram suas certidões vários anos após o nascimento.

Foram cadastradas todas as pessoas residentes nas aldeias na data de cada coleta, inclusive as que se encontravam temporariamente ausentes. O conceito de população residente utilizado incluiu os moradores habituais do domicílio, quer estivessem presentes ou ausentes na data de referência. As pessoas ausentes foram incluídas nas contagens desde que as ausências não fossem superiores a 12 meses do cadastro. Na consolidação dos dados sobre os domicílios e a população residente, foi utilizado como data de referência o dia 01 de janeiro a 31 de dezembro de cada ano. De acordo com esse critério, os indivíduos nascidos após a data dos levantamentos (que variou de ano para ano) foram incluídos na pesquisa, sendo também considerados os indivíduos falecidos até aquela data e que residiam no domicílio por ocasião do levantamento.

Para cada indivíduo, foram coletadas as seguintes variáveis: nome, sexo, relação de parentesco no domicílio, nome dos pais, situação de uniões conjugais, número de filhos nascidos vivos, sobreviventes e mortos, data da morte (a partir do segundo levantamento) e pertencimento étnico. Além das características sócio-demográficas, foram levantadas informações sobre a composição e as características das famílias (nucleares e extensas).

Para fins de sistematização das informações, foram preparadas fichas por unidade domiciliar nas quais os registros das famílias residentes e respectivos laços de parentesco foram anotados e atualizados anualmente. Foram registrados também os deslocamentos individuais e familiares, além de construídas genealogias por grupos familiares. Os dados dos domicílios referem-se às famílias residentes e/ou presentes nos grupos domésticos. As famílias foram classificadas como nucleares quando apenas pais e filhos ocupavam um domicílio; e como extensas quando duas, três ou mais famílias nucleares com laços de parentesco ocupavam um mesmo domicílio.

Os dados coletados nas diferentes fontes foram organizados e analisados em planilhas do *software* Excel, por ano de referência. Para cada indivíduo foi feito um

registro codificado, consistindo de: número do registro, comunidade de residência, número do domicílio, além das variáveis individuais indicadas anteriormente. Após a transcrição das fichas, realizou-se checagem dos dados visando detectar inconsistências e duplicidade de informações.

Foram definidos os seguintes critérios para fins de classificação quanto ao estado conjugal: *solteiros* – os que não vivessem ou tivessem vivido em companhia de cônjuge; *casados* – os que vivessem em companhia do cônjuge; *viúvos* – aqueles cujos cônjuges tivessem morrido e que não estivessem na companhia de outro cônjuge na ocasião; *separados* – aqueles anteriormente casados que estivessem separados de seus cônjuges, e não vivessem na ocasião em companhia de outro cônjuge.

Por período reprodutivo das mulheres entende-se aquele que vai desde a idade da menarca até a menopausa. As mulheres de 15 a 49 anos solteiras, separadas ou viúvas foram incluídas nas análises mesmo sem estarem casadas.

Os parâmetros demográficos considerados nas análises foram: tamanho da população; distribuição por sexo, idade, estado conjugal; distribuição por aldeia e domicílio; natalidade; fecundidade; mortalidade; e movimentos migratórios.

RESULTADOS

Característica das aldeias e das famílias

As moradias em Meruri e em Morada dos Bororo são de alvenaria e contam com energia elétrica e água encanada. Por influência missionária, essas duas aldeias são constituídas de arruamentos, portanto diferindo da forma circular que é tradicional na sociedade Bororo. Já na aldeia Garças as casas estão dispostas em círculo, havendo no centro a edificação do *Baito Manajejeu* (casa comunitária), tendo a seu lado a área destinada ao *Bororo* (isto é, o local onde são enterrados os mortos).

No período 1993 a 1996, a população Bororo de Meruri, Garças e Morada dos Bororo cresceu, em média, 2% ao ano, passando de 393 em 1993 para 418 em 1996. A aldeia Meruri concentrava 71% (297 habitantes) da população registrada em 1996; Garças e Morada dos Bororo possuíam, respectivamente 71 e 50 habitantes.

A aldeia Meruri possuía 46 casas em 1996, habitadas em sua maioria por famílias extensas, com uma média de 6 indivíduos por domicílio. Garças e Morada dos Bororo possuíam, respectivamente, 11 e 7 casas, habitadas por 7 indivíduos em média.

A maior parte dos 23 imigrantes no período 1993 a 1996 era originária de outros aldeamentos Bororo, em sua maioria da aldeia Tadarimane (17). Dos 27 emigrantes, 15 dirigiram-se à Tadarimane.

Quanto ao sexo dos migrantes, foram 19 homens e 31 mulheres. A maioria dos indivíduos tinha entre 0 e 14 anos, sendo 10 homens e 18 mulheres. Esses migrantes integravam famílias, sendo as migrações individuais geralmente motivadas por casamentos e constituídas majoritariamente de homens entre 15 e 24 anos.

Estrutura populacional por idade e sexo

Entre 1993 e 1996 as proporções de menores de 15 anos de idade na população total (46,0% e 44,5%) e de maiores de 65 anos (5,9 e 6,4%) se mantiveram praticamente estáveis. A idade mediana para todos os anos considerados foi de 16 anos. Entre 1994 a 1995 houve uma redução populacional (de 424 para 413), o que foi resultante de emigração. Esta diminuição é mais evidente no grupo etário de 5 a 14 anos. Para ambos os sexos, observou-se que a composição proporcional dos diversos grupos etários ao longo dos anos manteve-se relativamente estável (Tabela 6.1).

Tabela 6.1- População Bororo da aldeia Meruri, Garças e Morada dos Bororo, razão de sexos (RS) segundo quatro grupos de idade, Mato Grosso – Brasil, 1993-1996

Grupo etário	1993			1994			1995			1996		
	M	F	Razão de sexo									
0 a 4	36	34	105,9	37	34	108,8	35	33	106,1	38	32	118,8
5 a 14	65	46	141,3	70	55	127,3	64	53	120,8	62	53	117,0
15 a 64	99	90	110,0	102	99	103,0	106	97	109,3	108	100	108,0
65 e +	8	15	53,3	9	18	50,0	9	16	56,3	10	15	66,7
Total	208	185	112,4	218	206	105,8	214	199	107,5	218	200	109,0

A parcela jovem da população representa um peso mais acentuado nos valores da razão de dependência que a parcela de idosos, mostrando que a estrutura de população é relativamente jovem. Isto pode ser também visualizado através do índice de idosos, já que para cada 100 crianças menores de 15 anos existiam 14 adultos maiores de 65 anos em 1995.

Os valores da “razão de sexo”, medida definida como o número de homens para cada 100 mulheres, segundo o grupo etário, são mostrados na Tabela 6.1. Para todos os anos estudados, nota-se o predomínio do sexo masculino em quase todos os grupos

etários. Destaca-se o desequilíbrio numérico entre os sexos no grupo de idosos, onde predominam as mulheres.

Natalidade e fecundidade

A taxa bruta média de natalidade (TBN) para o período analisado foi de 30,9 por mil (Tabela 6.2). Em 1995 e 1996 observam-se o maior e o menor índice, quais sejam de 33,9 e 23,9 por mil, respectivamente. Para os outros anos, as variações não foram proeminentes. As taxas de fecundidade geral (TFG) se mantiveram em torno de 12 filhos para cada cem mulheres em idade fértil, com exceção do ano de 1996, quando a média foi de 8,7. No período analisado, oito mulheres tiveram mais de um filho (em todos os casos dois filhos). Para estas mulheres, a média do intervalo intergenésico foi de 25,4 meses (mínimo 20 meses e máximo 40 meses).

Tabela 6.2-Taxa bruta de natalidade (TBN), Taxa de fecundidade global (TFG), Taxa de fecundidade total (TFT), Taxa bruta de mortalidade (TBM) e taxa de mortalidade infantil (TMI), Mato Grosso-Brasil, 1993-1996.

Indicadores	1993	1994	1995	1996	1993-1996
TBN ¹	33,1	33,0	33,9	23,9	30,9
TFG ²	12,7	12,2	12,3	8,7	11,4
TFT	4,2	4,4	4,7	3,2	4,3
TBM ¹	5,1	4,7	9,7	9,6	7,3
TMI ³	0,0	71,4	71,4	100,0	58,8

¹ Por mil habitantes.

² Por mil mulheres em idade reprodutiva.

³ Por mil nascidos vivos.

A taxa de fecundidade total (TFT) para o período 1993 a 1996 foi de 4,3 filhos por mulher. Uma vez que nem todas as mulheres em idade fértil estavam em uniões estáveis (Tabela 6.3), calculou-se em separado as TFT das mulheres que viviam em uniões estáveis e não estáveis. As TFTs encontradas para esses dois grupos de mulheres foram de 4,7 e 3,4, respectivamente.

Nupcialidade

A população Bororo com 15 ou mais anos de idade apresentava em 1996, uma proporção de 20,2% de solteiros, 61,8% de casados, 5,2% de viúvos e 12,9% de separados (Tabela 6.3). O percentual de mulheres casadas (63,7%) era ligeiramente superior que aquele de homens casados (60,0%). Observou-se também que na população feminina havia uma maior proporção de pessoas viúvas (8,8%) que na masculina (1,7%). Chamou atenção a elevada proporção de homens e mulheres separados (11,7% e 14,2%, respectivamente).

Tabela 6.3. População Bororo de Meruri, Garças e Morada dos Bororo, acima de 15 anos, por estado conjugal, segundo o sexo, MT, Brasil, 1996

Estado Conjugal	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Solteiros	32	26,7	15	13,3	47	20,2
Casados	72	60,0	72	63,7	144	61,8
Viúvos	2	1,7	10	8,8	12	5,2
Separados	14	11,7	16	14,2	30	12,9
Total	120	100,0	113	100	233	100,0

As mulheres Bororo casam-se mais cedo que os homens. Em 1996, metade das mulheres de 15 a 19 anos já havia se casado (50,0%), ao passo que somente 33,3% dos homens. No grupo etário de 20 a 29 anos, 41,7% dos homens e 17,9% das mulheres ainda eram solteiros. Poucas pessoas, independentemente do sexo, se mantinham solteiras ao longo da vida. Na população com 30 anos e mais, havia 6 homens e 2 mulheres solteiras. No grupo etário de 20 ou mais anos, 13 homens e 14 mulheres estavam separados.

Na população havia seis indivíduos adultos casados e que não eram Bororo, a saber: na aldeia Meruri uma mulher “negra” e um homem da etnia Fulniô, oriundo da região Nordeste; na Morada dos Bororo, três homens não indígenas (“brancos”) e um que se considera “mestiço”, cuja mãe é da etnia Kaiabi.

Mortalidade

Houve uma ampla variação na taxa de mortalidade infantil (TMI), desde 0,0 por mil nascimentos vivos em 1993 a 100 por mil em 1996. O valor médio do período foi de 58,8 (Tabela 6.4).

A taxa bruta de mortalidade (TBM) variou entre 4,7 e 9,7 óbitos por mil habitantes no período, com uma média de 7,3 óbitos por mil habitantes. Quanto às taxas específicas de mortalidade por idade, os mais elevados níveis foram registrados entre crianças de 0 a 4 anos (10,8 por mil) e idosos com 65 anos e mais (40,0 por mil) (Tabela 6.2).

Tabela 6.4 - Taxas específicas de mortalidade por idade, por mil habitantes, aldeias Garças, Meruri e Morada dos Bororo, Mato Grosso- Brasil, 1993-1996.

Grupo etário (anos)	1993	1994	1995	1996	1993-1996
0 a 4	0,0 (0/70)	14,1 (1/71)	14,7 (1/68)	14,3 (1/70)	10,8 (3/279)
5 a 14	0,0 (0/111)	8,0 (1/125)	0,0 (0/117)	0,0 (0/115)	2,1 (1/468)
15 a 64	10,6 (2/189)	0,0 (0/201)	4,9 (1/203)	4,8 (1/208)	4,9 (4/801)
65 e +	0,0 (0/23)	0,0 (0/27)	80,0 (2/25)	80,0 (2/25)	40,0 (4/100)
Total	5,1 (2/393)	4,7 (2/438)	9,7 (4/413)	9,6 (4/418)	7,3 (12/1648)

Do total de óbitos registrados, três ocorreram entre menores de um ano, com uma mortalidade proporcional de 25,0%. A maior parte das mortes (42%) incidiu em adultos maiores de 50 anos de idade, o que corresponde em 1996 a aproximadamente 14 % da população total.

Discussão

Antes de discutir os resultados propriamente, é importante salientar que o pequeno volume da população Bororo sob análise gerou grandes flutuações nos indicadores demográficos estimados por ano, que se constitui na chamada volatilidade demográfica (Early & Peters, 1990:30). Este é um fenômeno comum em análises realizadas com dados oriundos de populações de pequena escala, como é o caso de muitos povos indígenas (Pagliaro et al., 2005).

O presente estudo mostrou que a população Bororo das comunidades de Meruri, Garças e Morada dos Bororo aumentou de 393 para 418 indivíduos no período de 1993 a 1996 apresentando uma taxa média de crescimento relativamente baixa (2,4% ao ano). É inferior àquelas encontradas para diversos povos indígenas no Brasil, de cerca de 3,5% ao ano (McSweeney & Arps, 2005; Pagliaro et al., 2005). Podem ser citados os exemplos dos Kaiabi, habitantes da região central do Parque Indígena do Xingu, que cresceram 5,2%, entre 1970 e 1999 (Pagliaro, 2002, 2005) e os Xavante (Mato Grosso), cujas taxas de crescimento estão próximas de 5% ao ano (Flowers, 1994; Souza e Santos, 2001; Coimbra et al., 2002).

Observou-se também que 44,0% da população Bororo tinham menos de 15 anos, com idade mediana de 16 anos. A parcela de indivíduos com mais de 65 anos, bastante reduzida, era de aproximadamente 6%. Essa configuração etária jovem é freqüentemente observada em populações indígenas (Pagliaro et al., 2005).

A mortalidade da população Bororo reflete, principalmente, a precariedade de suas condições de vida. A TMI para o período foi de 58,8 por mil, quase que o dobro daquela do Brasil em 1997 (31,9 por mil). Além das doenças infecciosas e parasitárias, o alcoolismo, é um sério problema de saúde para jovens e adultos (Crocker, 1985:328, Novaes, 1993; Viertler, 2000).

Vários autores que escreveram sobre os Bororo enfatizaram as altas taxas de separação de casais e a importância dos vínculos que unem as pessoas pertencentes a um mesmo clã (Baldus, 1979; Crocker, 1969, 1985; Novaes 1986, 1993; Viertler, 1979). Novaes (1983:67) escreve que, devido à alta taxa de separação de casais, um homem pode se casar até 5 vezes, de modo que irá morar em várias casas ao longo de sua vida. A autora esclarece que, apesar do fluxo constante de pessoas que se agregam e deixam os domicílios, as mulheres constituem minoria nesse fluxo. No caso de separação do casal, as mulheres permanecem na moradia com seus filhos e filhas, fato que se relaciona à regra de residência uxorilocal.

Conforme se observou por meio de análise de nupcialidade, as mulheres se casam mais cedo que os homens. Em 1996, metade das mulheres de 15 a 19 anos já havia se casado, ao passo que 66,7% dos homens nessa faixa etária ainda permaneciam solteiros. Há também um número expressivo de homens e de mulheres fora de uniões conjugais, sendo a proporção de homens viúvos ou separados de 10,4% e a de mulheres, de 18,8%.

Em estudo sobre as mulheres Kamaiurá, Pagliaro & Junqueira (2005) observaram proporções de mulheres solteiras mais elevadas que a encontrada entre as mulheres Bororo. Em 2003, a proporção de mulheres Kamaiurá solteiras era de 70,6% no grupo 15 a 19 anos de idade, 31,3% no grupo de 20 a 24 anos e 20% no grupo de 25 a 29 anos. Por outro lado, a proporção de mulheres Kamaiurá maiores de 15 anos de idade que estavam viúvas ou separadas, mas que ainda não haviam contraído nova união foi de 9,6%. Ou seja, uma porcentagem muito inferior a que se verificou neste estudo (18,8%).

É possível que a inconstância conjugal entre os Bororo influencie as taxas de fecundidade, que são relativamente baixas (4,3 filhos por mulher, em média) quando comparadas às de outros povos indígenas (Early & Peters, 1990; Flowers, 1994; Pagliaro, 2002, 2005; Teixeira & Brasil, 2005). De fato, as taxas de fecundidade total (TFT) encontradas para mulheres Bororo que viviam em uniões estáveis e não estáveis foram de 4,7 e 3,4, respectivamente. A TFT no período de 1993 a 1997 para os Xavante de Sangradouro-Volta Grande, em cuja terra se situa a aldeia Morada dos Bororo, foi de 8,6 filhos (Souza & Santos, 2001). Tal padrão de fecundidade, da ordem de 7 a 8 filhos, tem sido observado em diversos outros povos indígenas no país (Early & Peters, 1990; Flowers, 1994; Pagliaro, 2002, 2005; Teixeira & Brasil, 2005). A partir do presente estudo não é possível apontar as razões para a menor fecundidade das mulheres Bororo, o que merece uma investigação pormenorizada.

Os Bororo afirmam que adotam práticas de restrição voluntária da natalidade, como o uso de ervas de efeito contraceptivo. Em algumas situações, a cultura Bororo legitima o abortamento. Segundo Viertler (1979), a decisão de abortar é geralmente advinda de sonhos que trazem maus presságios. Escrevendo na década de 1940, Souza (1941) relatou que, por razões econômicas, o aborto pode ser também praticado quando o casal atinge certo número de filhos (próximo de quatro) e quando ainda não foi feita a “esterilização” da mulher através da ingestão de “certas beberagens”. Herbert Baldus (1979), que visitou os Bororo de Meruri e Sangradouro (atual Morada dos Bororo) em 1934, atribuiu aos salesianos e à ação missionária as mudanças de comportamento que observou na formação das famílias.

Neste trabalho apresentamos uma análise demográfica da população Bororo de três aldeias realizada com base em dados reunidos ao longo de um período de quatro anos. Um aspecto a ser destacado é que as informações foram coletadas no âmbito das atividades rotineiras de assistência à saúde da FUNAI. Destaca-se a importância da coleta e análise sistemática de dados demográficos para os povos indígenas, úteis no delineamento das condições de saúde e planejamento das ações de educação e saúde, dentre outras áreas (Santos & Coimbra Jr, 2003).

As análises da nupcialidade, dos níveis de fecundidade e das características das aldeias e famílias, entre outros aspectos, evidenciam a relação entre sistemas sócio-culturais e padrões demográficos no caso dos Bororo, o que se aplica para os povos indígenas de uma maneira geral. É possível que a fecundidade das mulheres Bororo, que é relativamente baixa se comparada a de outros povos indígenas, já tenha esse padrão desde longo tempo. Ou seja, não seria um produto recente derivado somente dos efeitos das atuais condições de vida. Além da expansão dos estudos sobre os povos indígenas de modo a caracterizar a diversidade dos perfis demográficos, é importante levantar dados de modo a evidenciar mudanças ao longo do tempo, em particular buscando relacioná-las com as transformações históricas e sócio-culturais.

CAPÍTULO 6

ARTIGO 5

Mortalidade nos Xavante de Mato Grosso, 1999 a 2004

Introdução

No Brasil e em todos os países da América Latina os níveis de mortalidade, tanto geral quanto a infantil, se estabilizaram durante a década de 60 e a partir dos anos 70 retoma-se a tendência de queda até os primeiros anos do século atual (Palloni, 1981; Simões, 1999, 2002).

A literatura discute que a queda da mortalidade decorre de ações no âmbito das políticas de saúde pública implantadas no país, tais como campanhas de vacinação em massa, atenção ao pré-natal, atuação de agentes comunitários de saúde, a elevação do percentual de domicílios com saneamento básico adequado e um maior acesso aos serviços de saúde, dentre outros (IBGE, 2004; Sawyer e Soares, 1982; Simões, 2002; Vetter e Simões, 1981).

Ainda que haja dificuldades que se relacionam à deficiente cobertura e qualidade das bases de dados nacionais, cuja coleta de dados sobre raça/cor e etnia é relativamente recente, os indicadores de mortalidade para os povos indígenas quando empregados nas análises, em comparação com as médias nacionais das populações não-indígenas destacam as grandes disparidades existentes, principalmente com relação à mortalidade infantil (Cardoso et al., 2005; Garnelo et al., 2003).

Para os povos indígenas no Brasil, em 1999, a responsabilidade pela provisão de serviços de saúde passou da Fundação Nacional do Índio (FUNAI) para a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), vinculada ao Ministério da Saúde (FUNASA, 2002), implantando nova forma de organização dos serviços voltados para os povos indígenas estruturados segundo divisão territorial em Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). Mesmo anterior à implantação do novo subsistema de atenção à saúde indígena, em alguns locais havia registros sistemáticos e a mortalidade contava com melhor cobertura e qualidade em relação à morbidade. Com a implementação do novo modelo de assistência foi possível incrementar e aprimorar esses registros de mortalidade.

Este estudo apresenta uma análise de indicadores de mortalidade no âmbito do Distrito Sanitário Especial Indígena Xavante no Estado de Mato Grosso, no período compreendido entre 1999 a 2004. Ainda que a finalidade deste trabalho não consista em fazer uma avaliação do subsistema de atenção à saúde indígena, o período estudado possibilita uma análise indireta das repercussões das intervenções em saúde sobre a mortalidade indígena. Pretende-se contribuir para o debate acerca dos perfis de mortalidade entre os povos indígenas, a partir dos dados produzidos pelo serviço local.

População e Métodos

Os índios Xavante vivem na zona norte oriental do Planalto do Brasil Central, uma região com um bioma conhecido como vegetação de cerrado (leste de Mato Grosso). A rede fluvial das Terras Indígenas - TI Xavante pertence à bacia do rio Amazonas e os principais rios são o Araguaia e o seu afluente o Rio das Mortes.

Em 2004, os Xavante somavam 11.988 indivíduos distribuídos em 140 aldeias. A estrutura etária era extremamente jovem, com 52,6 por cento do total da população concentrada nos três primeiros grupos etários quinquenais, ou seja, abaixo dos 15 anos de idade.

O Distrito Especial Indígena Xavante - DSEI Xavante, com sede em Barra do Garças-MT, está subdividido em 04 Pólos Base: Água Boa (TI Areões e Pimentel Barbosa); Campinápolis (TI Parabubure); Paranatinga (TI Marechal Rondon e Sangradouro - Volta Grande); São Marcos (TI São Marcos). Conta também, para apoio aos pacientes que necessitam de tratamento fora da aldeia, com 03 Casas de Saúde-CASAI, localizadas na cidade de Aragarças no estado de Goiás, Nova Xavantina e Campinápolis no estado de Mato Grosso.

A organização de serviço de assistência à saúde, a exemplo dos demais DSEIs no Brasil, é articulada à rede do SUS, estruturada através de equipes de saúde da família indígena – PSFⁱ e seus Pólos Base, que atuam diretamente nas aldeias e Casas de Saúde do Índio que prestam, essencialmente, assistência básica à saúde (FUNASA, 2002). São sete equipes, a saber: uma equipe no Pólo Base de Água Boa, três equipes em Campinápolis, uma equipe em Paranatinga e duas equipes em São Marcos. Cada equipe é composta por profissional médico, enfermeiro, odontólogo, técnico de enfermagem e agentes indígenas de saúde e de saneamento. Cabe lembrar que, recentemente a TI Marãiwatsede foi reintegrada ao território Xavante, mas ainda não conta com um Pólo Base, sendo assistida por uma equipe volante de saúde.

Os dados analisados neste trabalho advêm de duas fontes: censo domiciliar e registros de eventos vitais. As informações do censo, em nível domiciliar, foram coletadas de 1999 a 2000 com o preenchimento do Cadastro da Família Indígena-CAFI. O CAFI é o instrumento de coleta do módulo demográfico que serviu de base para a implantação do Sistema de Informação de Saúde Indígena (SIASI). O encargo pelo recenseamento e pelas contagens anuais foi das Equipes de Saúde do Distrito Sanitário especial Indígena Xavante que atuam nas aldeias e pólos base.

O registro dos eventos vitais (mortes e nascimentos) é oriundo dos relatórios mensais enviados pelas equipes dos Pólos Base e das Casas de Saúde do Índio à sede do Distrito Sanitário Especial Indígena Xavante (DSEI Xavante).

O cálculo dos indicadores de mortalidade foi realizado com a utilização direta da base de dados. O período de 1999-2004 foi dividido em dois triênios, 1999-2001 e 2002-2004. Para a estimativa da mortalidade geral, foi feita a padronização pelo método direto, considerando como referência padrão a população Xavante por sexo e grupo etário do ano de 2004.

Optou-se pela tábua de vida abreviada que considera grupos quinquenais de idade para ambos os sexos, exceto para os grupos extremos. O grupo dos menores de cinco anos foi dividido em dois: os menores de 1 ano e os que tem entre 1 e 5 anos exatos. No outro extremo de idade, o grupo aberto no final com 80 anos e mais de idade, representa a idade de extinção da coorte.

A partir de recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) são utilizados como indicadores globais: a taxa bruta de mortalidade, o índice de Swaroop Uemura (1957) (razão de mortalidade proporcional) e a esperança de vida. Além disso, estão descritas a curva de mortalidade proporcional ou curva de Nelson de Moraes (1959). Enquanto indicadores específicos: as taxas de mortalidade específica por idade e sexo e mortalidade infantil e seus componentes neonatal e pós-neonatal. Dada a exigüidade das declarações de óbitos, somente será calculada a mortalidade proporcional por sexo e idade e não a mortalidade proporcional por causas.

RESULTADOS

Mortalidade Geral

A taxa média bruta de mortalidade (TBM) e padronizada (TBM-pad) para os triênios 1999-2001 e 2002-2004 são apresentadas na Tabela 7.1. A análise segundo triênio e sexo demonstram que há comportamento diferenciado na tendência da mortalidade entre os sexos, mesmo após a padronização. Entre os homens observa-se uma redução da mortalidade, comparando os dois períodos, enquanto entre as mulheres as taxas se mantêm estáveis ou discretamente crescentes. A comparação da taxas brutas de mortalidade segundo o sexo mostra que no primeiro triênio a mortalidade para o sexo masculino é maior que a do feminino, já no segundo triênio este resultado é o oposto. Tais diferenças mostram-se bastante evidentes ao se considerar as dimensões da idade, como apresentado adiante na análise da mortalidade específica por grupo etário.

Mortalidade Segundo Idade e Sexo

A mortalidade infantil dos Xavante para o período de 1999 a 2004 apresenta uma taxa média de 96,7 óbitos para cada mil crianças nascidas vivas. Comparando os dois triênios, as médias de período tiveram um declínio próximo de 15%, passando a TMI de 103,3 óbitos em 1999-2001 para 89,8 óbitos de crianças menores de 1 ano por mil nascidos vivos. A diferença na média de período entre os sexos é de 7,3 pontos percentuais a mais para o sexo feminino. De um triênio ao outro o declínio da mortalidade infantil é 22,9% para o sexo masculino e 7,4% para o feminino (Tabela 7.1).

A mortalidade específica por idade é mais elevada para o grupo de menores de 1 ano (96,7 por mil nascidos vivos), seguido pelo grupo de maiores de 65 anos de idade (30,8 por mil). Do primeiro para o segundo triênio há uma pequena diminuição da taxa bruta de mortalidade padronizada na média geral do período (11,7‰ para 11,1‰). Em relação aos grupos etários, há um discreto aumento da mortalidade para o grupo de 65 anos e mais de idade do primeiro para o segundo triênio (Tabela 7.1).

Tabela 7.1 - Mortalidade geral, padronizada e específica por idade e sexo, por mil habitantes, taxa de mortalidade infantil por mil nascidos vivos, população Xavante, Mato Grosso, 1999-2001 e 2002-2004.

Grupo etário	1999-2001			2002-2004			1999-2004		
	M	F	T	M	F	T	M	F	T
< 1 ano	102,7	103,9	103,3	83,5	96,7	89,8	93,2	100,5	96,7
1 a 4	21,7	21,3	21,5	20,4	24,5	22,4	21,0	23,0	22,0
5 a 14	2,7	0,7	1,7	2,0	1,8	1,9	2,3	1,2	1,8
15 a 64	3,8	2,2	3,0	2,9	3,3	3,1	3,3	2,8	3,0
65 e +	32,3	25,8	29,6	31,0	32,6	31,8	31,6	29,7	30,8
Bruta	13,4	11,9	12,7	10,6	12,3	11,4	11,9	12,1	12,0
Padronizada	12,6	10,7	11,7	10,4	11,8	11,1	11,9	10,9	11,4

O risco de morte varia ao longo do primeiro ano de vida, por este motivo, a TMI foi subdividida em três componentes, denominados neonatal precoce (óbitos em menores de 7 dias), neonatal tardio (óbitos de 8 a 27 dias) e pós-neonatal (óbitos de 28 dias até completar 1 ano). No período de 1999-2004 os óbitos em menores de um ano estiveram concentrados nos componente pós-neonatal e neonatal precoce, os quais corresponderam a 67,9% e 20,6% do total dos óbitos infantis registrados, respectivamente. No total geral, o sexo feminino contribuiu com 7 óbitos a mais em relação ao sexo masculino, sendo que a diferença está concentrada no período pós-neonatal. E de um triênio a outro proporcionalmente a mortalidade infantil declinou de 54,7% para 45,3% (Tabela 7.2).

A mortalidade específica mostra que, para cada mil crianças nascidas vivas, 66 foram a óbito após os 28 dias de vida; 31 antes de completar 28 dias de vida e 20 morreram na primeira semana de vida. Do primeiro para o segundo triênio há um declínio de 17%, com o descenso mais expressivo no período pós-neonatal e neonatal tardio. Ainda de um triênio a outro, no total geral foram registrados 33 óbitos a menos do primeiro para o segundo triênio.

Tabela 7.2- Mortalidade infantil proporcional, específica (por mil NV) por componente neonatal (precoce, tardio e pós-neonatal) na população Xavante, Mato Grosso, 1999-2001 e 2002-2004

Óbitos	1999-2001				2002-2004				1999-2004			
	M	F	T	(‰)	M	F	T	(‰)	M	F	T	(‰)
Precoce	18,9	19,8	19,4	10,3	23,7	20,7	22,2	9,7	21,1	20,2	20,6	20,0
Tardio	13,7	12,5	13,1	6,9	9,2	9,76	9,5	4,2	11,7	11,2	11,5	11,1
Pós-Neonatal	67,4	67,7	67,5	35,7	67,1	69,5	68,4	29,9	67,3	68,5	67,9	65,7
Total	100	100	100	52,9	100	100	100	43,8	100	100	100	96,7
Nº. de mortes	95	96	191	-	76	82	158	43,8	171	178	349	-

A análise da tábua de vida abreviada indica que os coeficientes de mortalidade são mais elevados entre as crianças de 0 - 4 anos de idade se comparado aos demais grupos etários. A mortalidade reduz-se consideravelmente a partir dos 5 anos. A probabilidade de um indivíduo na idade exata de 1 ano vir a falecer antes de completar 5 anos é de 0,08 (80‰). Em termos da função l_x , que se refere ao número de sobreviventes a partir de uma coorte inicial, neste caso de 100.000 indivíduos nascidos vivos (l_0), o número

de sobreviventes desta coorte à idade de 5 anos é de 84.450 indivíduos. Dentre os que nasceram vivos, 758 morrerão antes de completar os 5 anos de idade (dx). Devido a mortalidade relativamente alta nos primeiros anos de vida, a esperança de vida aumenta nos 10 anos de idade, para em seguida decrescer de forma contínua até o final da vida. De tal modo que para a população Xavante, se mantidos os valores de mx do período de 1999-2004, a esperança de vida à idade de 5 anos será de 67,9 anos (Tabela 7.3).

Tabela 7.3 – Tábua de vida abreviada da população Xavante, Mato Grosso, 1999-2004

Idade	mx	Qx	lx	dx	Lx	Tx	Ex
0	0,09670	0,08341	100000	8341	93961	6.173.398	61,7
1	0,02190	0,07865	91659	7209	346865	6.079.437	66,3
5	0,00180	0,00898	84450	758	420110	5.732.572	67,9
10	0,00202	0,01004	83692	840	416360	5.312.217	63,5
15	0,00212	0,01054	82852	873	412077	4.895.858	59,1
20	0,00252	0,01254	81979	1028	407325	4.483.781	54,7
25	0,00322	0,01597	80951	1293	401523	4.076.456	50,4
30	0,00356	0,01768	79658	1408	394770	3.674.932	46,1
35	0,00382	0,01892	78250	1480	387548	3.280.163	41,9
40	0,00418	0,02070	76770	1589	381430	2.892.614	37,7
45	0,00458	0,02265	75180	1703	375768	2.512.739	33,4
50	0,00651	0,03208	73478	2357	367908	2.141.093	29,1
55	0,01191	0,05794	71121	4121	352769	1.779.596	25,0
60	0,01609	0,07753	67000	5194	328978	1.434.294	21,4
65	0,02380	0,11270	61806	6965	297922	1.112.279	18,0
70	0,04321	0,19580	54840	10738	252706	820.663	15,0
75	0,05657	0,24877	44103	10971	197260	573.305	13,0
80	0,08714	1,00000	33131	33131	380221	380.221	11,5

mx: Taxa central de mortalidade

qx: Probabilidade de morte em uma idade exata;

lx: Número de pessoas que alcança a idade exata x;

dx: Número de mortes entre os componentes do grupo;

Lx: Tempo vivido entre as idades exatas;

Tx: Tempo vivido entre a idade exata;

Ex: Esperança de vida ou média de anos que restam por viver aos componentes do grupo lx.

Mortalidade proporcional por sexo e idade

A mortalidade proporcional por sexo e grupo etário está apresentada na Tabela 7.4. Mesmo considerando a distribuição etária da população Xavante, destaca-se a elevada proporção de óbitos para os menores de 5 anos, com uma mortalidade proporcional média de 76,4%. A partir dessa idade a mortalidade reduz para 6% voltando a aumentar para 10% a partir dos 50 anos. O padrão se mantém quando se analisa o sexo separadamente.

Na Tabela 7.4, para o período 1999-2004 observa-se que a proporção média dos óbitos no período demonstra uma semelhança na proporção de óbitos por sexo, com uma pequena diferença a favor das mulheres, mas diferenciada nas faixas etárias mais jovens sendo superior para o sexo feminino < de 5 anos e sexo masculino entre 5 e 19 anos. No total de óbitos registrados, proporcionalmente 51,4% dos óbitos foi do sexo masculino e 48,5% do feminino.

Podemos verificar também nos dois triênios a diferença entre a proporção de óbitos entre os sexos é de 8,8% a mais para o sexo masculino no primeiro triênio e no segundo é 3% a mais para as mulheres. No entanto, no geral, quando analisado por grupo etário, observa-se que o saldo sempre é negativo para o grupo masculino, com exceção dos óbitos na faixa etária de 0 a 4 anos de idade, que tem uma diferença de 6,1 pontos percentuais a mais para o sexo feminino.

Nos dois triênios a mortalidade no grupo etário de 50 anos e mais contribuiu em média com 10,7% do total de óbitos. Entretanto, enquanto observa-se uma redução de 9,4 pontos percentuais da proporção de óbitos no grupo dos menores de 1 ano de idade do primeiro para o segundo triênio, há um aumento de 2,6 pontos percentuais no grupo dos maiores de 50 anos e de 5 pontos percentuais no grupo de 1-4 anos (Tabela 7.4).

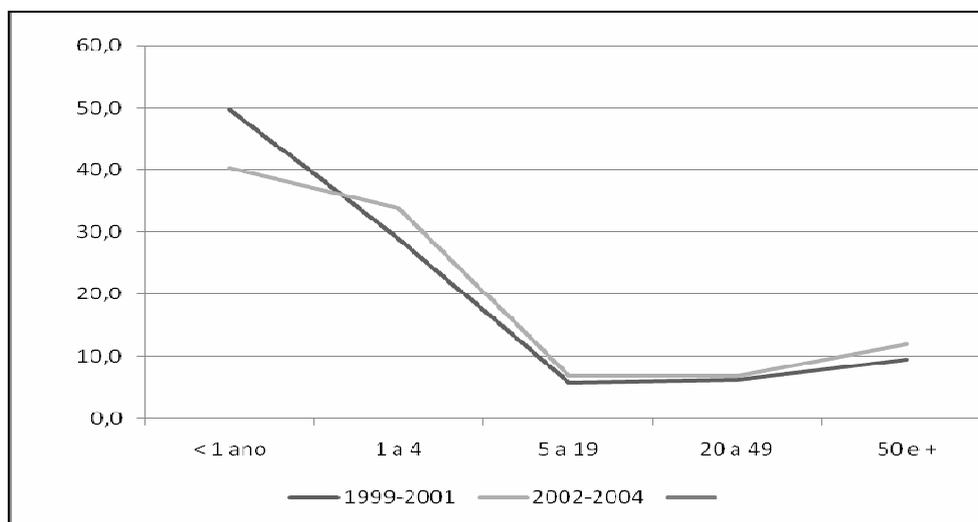
Tabela 7.4 - Mortalidade Proporcional por cem habitantes, população Xavante, Mato Grosso, 1999-2001 e 2002-2004.

Grupo etário	1999-2001				2002-2004				1999-2004			
	M	F	Total	Razão	M	F	Total	Razão	M	F	Total	Razão
< 1 ano	45,9	54,3	49,7	0,85	40,5	40,1	40,3	1,01	43,4	46,7	45,0	0,93
1 a 4	27,8	30,3	28,9	0,92	32,6	35,1	33,9	0,93	30,1	32,9	31,4	0,91
5 a 19	8,6	2,3	5,7	3,77	7,9	5,9	6,9	1,33	8,3	4,2	6,3	1,95
20 a 49	7,2	5,1	6,3	1,41	7,4	6,4	6,9	1,14	7,3	5,8	6,6	1,25
50 e +	10,5	8,0	9,4	1,32	11,6	12,4	12,0	0,94	11,0	10,3	10,7	1,07
Total	209	175	384	1,19	190	202	392	0,94	399	377	776	1,06

A Figura 7.1 mostra a curva de mortalidade proporcional para a população Xavante, sexos combinados, nos triênios 1999 a 2001 e 2002-2004. Esta curva também é conhecida como “curva Nelson de Moraes”.

Do primeiro para o segundo triênio há um declínio da mortalidade nos grupo de menores de 1 ano. No entanto, há um pequeno pico de mortes para o grupo etário de 1 a 4 anos de idade.

Figura 7.1 - Curva de mortalidade proporcional, DSEI Xavante, Mato Grosso, 1999-2001 e 2002-2004.



A Tabela 7.5 mostra a proporção dos óbitos por local de ocorrência. No período 1999-2004, a maior concentração de óbitos é na rede hospitalar (56% do total dos óbitos); as aldeias apresentam-se como o segundo lugar de ocorrência, com aproximadamente 24% do total. Também se observou que 9,3% dos registros de óbitos não tinham informação sobre o local de ocorrência.

Analisando segundo os triênios, verifica-se que proporcionalmente há uma diminuição de registros na categoria sem informação, que passa de 11,5 para 7,1%, possivelmente apontando uma melhoria na captação desta informação. Já para os óbitos ocorridos no trajeto da aldeia para o hospital, há um aumento de 11 óbitos (2,7 pontos percentuais). O mesmo pode ser dito para a remoção de um hospital a outro, que teve um aumento de 3,8 pontos percentuais, passando de 2,3 para 6,1% do primeiro para o segundo triênio.

No total dos registros de óbitos que ocorreram na aldeia, encontram-se 4 pacientes que vieram a óbito no domicílio. Todos eles passaram antes por internação hospitalar e 3 não foram removidos da aldeia por recusa da família.

Tabela 7.5 - Óbitos por local de ocorrência, população Xavante, Mato Grosso, 1999-2001 e 2002-2004

Categoria	1999-2001		2002-2004		1999-2004	
	N	%	N	%	N	%
Hospital	213	55,6	220	56,0	433	55,8
Aldeia (domicílio)	95	24,8	88	22,4	183	23,6
Sem informação	44	11,5	28	7,1	72	9,3
Trajeto aldeia/hospital	17	4,4	28	7,1	45	5,8
Remoção hospital/hospital	9	2,3	24	6,1	33	4,3
CASAI*	5	1,3	5	1,3	10	1,3
Total	383	100,0	393	100,0	776	100,0

*Casa de Saúde do Índio

Discussão

Mesmo com a melhoria dos registros de mortalidade que vem ocorrendo no Brasil, a disponibilidade e a qualidade das estatísticas vitais ainda permanecem como fatores que limitam os estudos sobre a mortalidade, especialmente quando analisada sob aspectos específicos, como etnia (Cardoso et al., 2005).

No presente estudo sobre os Xavante encontramos dificuldades para analisar a mortalidade por declaração de óbitos-DO, especificamente referentes aqueles óbitos ocorridos na rede de referência hospitalar, o que corresponde a mais da metade dos óbitos registrados no período de 1999-2004.

Embora seja instituída por Lei, a obrigatoriedade da Certidão de Óbito para o sepultamento, inclusive para óbitos fetais, infelizmente, em se tratando de mortes ocorridas entre os indígenas, há falhas que resultam em perdas nos registros de óbitos referentes às causas de morte. São vários os fatores recorrentes que incluem o deficiente preenchimento da ficha de notificação do óbito, no que se refere a variáveis classificadas em indispensáveis e essenciais (nome, nome do pai e da mãe, tipo de óbito, município de ocorrência e de residência, causa básica, sexo e idade). Outra dificuldade diz respeito à rede de serviço de saúde utilizada pelos Xavante, que é bastante ampla, de tal modo que as mortes ocorrem em unidades hospitalares de pelo menos três estados (Mato Grosso, Goiás, São Paulo) e no Distrito Federal. Há situações também em que, eventualmente, as declarações de óbito são entregues aos familiares que acompanham o

paciente e, estes por sua vez, de acordo com regras culturais, as queimam juntamente com objetos pessoais do morto.

Na cadeia do fluxo do sistema de informação, o arquivamento das DO é pertinente às atividades das equipes locais de saúde, mas geralmente se referem a pacientes que estiveram internados na rede hospitalar de referência do DSEI Xavante ou Casas de Saúde do Índio. Entretanto, não são todos os óbitos que ocorrem na rede hospitalar e nem todas as DO chegam até as equipes. No período 1999 a 2004 foram registrados 776 óbitos. Na distribuição destes por local de ocorrência, verificou-se que 24 por cento dos óbitos ocorreram nas aldeias, 10 por cento durante a remoção das aldeias à cidade ou de um hospital a outro. E parcela expressiva desses óbitos (9 por cento) não teve esse dado informado no boletim de óbitos. Tais resultados sinalizam pelo menos duas questões: a ocorrência de um elevado número de óbitos sem assistência médica adequada por falta de acesso a esse serviço, e em relação aos óbitos que ocorreram em trânsito, a remoção dos pacientes foi tardia.

Ainda analisando a mortalidade considerando o local de ocorrência, os resultados mostram que do total dos óbitos, proporcionalmente 56 por cento ocorreu na rede hospitalar, e $\frac{1}{4}$ do total de óbitos registrados no período foi no domicílio/aldeia. Analisando o indicador de mortalidade segundo triênio, verifica-se que proporcionalmente há uma diminuição de registros na categoria sem informação, que passa de 11 por cento para 7 por cento, possivelmente apontando uma melhoria na captação dessa informação. É provável também que a implantação do novo modelo de atenção à saúde indígena levou ao incremento nas internações e, conseqüentemente, de óbitos hospitalares.

Quanto aos óbitos ocorridos no trajeto da aldeia para o hospital, há um aumento na ordem de quase cerca de 3 pontos percentuais (11 óbitos). O mesmo pode ser dito para a remoção de um hospital a outro, que teve um aumento de 4 pontos percentuais, passando de 2 para 6 por cento do primeiro para o segundo triênio. Os achados de Lunardi et al. (2007) mostram que houve um incremento no uso de serviços hospitalares pelos Xavante a partir da implantação do subsistema de atenção à saúde indígena em 1999. Os autores consideram as hospitalizações dos Xavante de quatro terras indígenas e informam que o número de internações por cem habitantes ao ano quase dobrou, de 5 para 9 por cento. Outro achado importante de Lunardi et al. (2007) foi a constatação de que mais da metade dos pacientes (66 por cento) eram crianças menores de 5 anos de idade, o que corrobora os resultados deste estudo sobre a mortalidade, expressivamente incidindo sobre este grupo etário.

Entre os Xavante a mortalidade proporcional é elevada para menores de 5 anos de idade, representando 76 por cento do total dos óbitos. Pelo índice de Swaroop & Uemura, a mortalidade Xavante estaria classificada no nível quatro, com a razão de mortalidade proporcional abaixo de 25 por cento, ou seja, regiões onde 75 por cento ou mais de óbitos ocorrem em indivíduos com menos de 50 anos, considerado característico de “alto grau de subdesenvolvimento”. No caso Xavante a mortalidade proporcional para o grupo etário acima de 50 anos é de 11 por cento, com cerca de 90 por cento dos óbitos em menores de 50 anos.

A classificação de Nelson de Moraes (1959) considera quatro tipos de curvas e estas, por sua vez, estão associadas a níveis de saúde. A mortalidade proporcional para o conjunto da população Xavante está no nível II, apresentando nível baixo de saúde, ou seja, com o predomínio de óbitos nas faixas de menores de 1 ano (45 por cento) e pré-escolar, ou seja, no grupo etário de 1 a 4 anos (31 por cento).

A melhoria das condições de saúde na redução das doenças na infância, assim como da mortalidade infantil, é apontada como um importante estimulador no aumento da esperança de vida ao nascer, sobretudo com o aumento da capacidade de resistência a agentes infecciosos, advindos da contribuição de ações de saúde, como a imunização. Atribui-se esta diminuição da intensidade da mortalidade ao controle de doenças endêmicas, não estando, necessariamente, associado às melhorias efetivas das condições socioeconômicas da população (Simões, 1988, 2002). A análise da tábua de vida abreviada para os Xavante indica que os coeficientes de mortalidade são mais elevados entre as crianças de 0-1 ano de idade. Comparado aos demais grupos etários é também elevada a mortalidade em crianças de 1 a 4 anos, sendo que a mortalidade reduz-se consideravelmente a partir dos 5 anos.

Nos últimos 60 anos, a expectativa de vida ao nascer vem aumentando no mundo. No Brasil, de 1980 a 2006, este indicador passou de 62,6 para 72,3 anos, considerando ambos os sexos. Tais valores são mais elevados do que os encontrados para os Xavante, onde a esperança de vida foi de 61,7 anos, ou seja, próximo do valor médio encontrado para o Brasil, 27 anos atrás.

A mortalidade no grupo etário de 1 a 4 anos para os Xavante está muito elevada em relação aos níveis das Tábuas Modelo de mortalidade históricas no Brasil (IBGE, 1981). Para o nível 17 com esperança de vida ao nascer de 61,8 anos o q_x era de 0,213. Para uma probabilidade de morrer antes de completar 1 ano era 0,0814, o que corresponde a uma probabilidade de morrer entre 1 a 5 anos de idade de 0,0213. Para os Xavante, os valores foram de 0,0834 e 0,0787, respectivamente. Se comparado à relação entre mortalidade infantil e a mortalidade de 1 a 4 anos atualmente no Brasil percebe-se

de forma inconstestável que a situação de saúde da criança Xavante está mostrando uma situação de desigualdade.

Para a população não-indígena, entre 1980 e 2006, a taxa de mortalidade infantil reduziu de 69 por mil, para próximo de 25 óbitos a cada mil nascidos vivos (IBGE, 2007). Este declínio da mortalidade infantil é resultado do efeito combinado de vários fatores, entre os quais se destacam aqueles resultantes de diversas políticas de saúde pública implantadas no país, tais como campanhas de vacinação em massa, atenção ao pré-natal, aleitamento materno, atuação de agentes comunitários de saúde. Outras variáveis tipicamente associadas com as variações na mortalidade infantil vêm mostrando, também, graduais melhorias ao longo do tempo, tais como o aumento da escolaridade feminina, a elevação do percentual de domicílios com saneamento básico adequado e um maior acesso aos serviços de saúde (Demo, 1981, IBGE, 2004; Sawyer e Soares, 1982; Simões, 2002; Vetter e Simões, 1981).

No Brasil, em 2001 registravam-se 35 óbitos por mil nascidos vivos. Apesar do desempenho positivo se comparado a média mundial, outros países latino-americanos apresentam índices ainda melhores que os brasileiros. É o caso do Chile, Uruguai e Argentina, com taxas de mortalidade de 10, 17 e 19 para cada mil nascidos vivos, respectivamente.

As taxas de mortalidade no Brasil não revelam apenas desigualdades regionais, mas também étnicas. A taxa de mortalidade infantil da região Nordeste, por exemplo, é duas vezes a taxa observada nas demais regiões do Brasil. A comparação dos indicadores de mortalidade dos grupos indígenas com os de outros segmentos populacionais tem evidenciado a situação desfavorável dos primeiros. A TMI é 40 por cento a 90 por cento superior àquelas de crianças “brancas” no ano 2002 (Cardoso et al., 2005). Para os Xavante, a mortalidade específica por idade é mais elevada para o grupo de idade de 0 a 4 anos (40,8), seguido pelo grupo de maiores de 65 anos de idade (30,8), que correspondem a 23 e 3 por cento de toda a população, respectivamente. O nível de mortalidade infantil é próximo de 97 óbitos de menores de 1 ano para cada mil nascidos vivos. Cerca de 68 por cento dos óbitos em menores de um ano estiveram concentrados no componente pós-neonatal e 32 por cento no neonatal, sendo 21 por cento desses na primeira semana de vida.

Altas taxas de mortalidade infantil refletem condições de saúde e de vida precárias. Se a mortalidade no período neonatal (de 0 a 27 dias) é particularmente influenciada pelas condições maternas e da gestação e da assistência ao parto, no período pós-neonatal (de 28 dias até completar 1 ano) influem mais os fatores ambientais, principalmente os de natureza nutricional e os agentes infecciosos, como os

fatores associados às condições de moradia e saneamento (Holcman et al, 2004; Machado & Hill, 2003; Vetter & Simões, 1981). Quando há redução das mortes no período neonatal tardio, os óbitos proporcionalmente se concentram na primeira semana de vida, estabelecendo uma relação cada vez mais próxima com assistência de saúde dispensada durante o período do pré-parto, parto e atendimento imediato à criança (Lansky et al., 2002a, 2002b; Szwarcwald et al., 1997). Para os Xavante, do primeiro triênio 1999-2001 para o segundo 2002-2004, há redução de 27 por cento dos óbitos no período neonatal tardio e aumenta 14 por cento no período neonatal precoce. O número de óbitos do período pós-neonatal, que seriam as mortes evitáveis, permanece quase inalterado, com um aumento de 1,3 por cento.

Infelizmente são poucos os estudos sobre mortalidade específica entre os povos indígenas no Brasil. O único estudo conduzido até então que contempla a mortalidade por componente neonatal em populações indígenas é o de Costa (2006), para os indígenas do Leste do estado de Roraima, no período 2002 a 2004. A taxa média da mortalidade neonatal precoce observada para a população Xavante no período de 1999-2004 foi de 20 por mil nascidos vivos, já para os indígenas do Leste de Roraima foi de 23 por mil nascidos vivos. O mesmo não foi observado para a mortalidade pós-neonatal, com taxa média de 66 óbitos por mil nascidos vivos para os Xavante e 21 por mil para os indígenas do Leste de Roraima.

Para os Xavante, ainda que o serviço de saúde registre eventos relacionados à natimortalidade, é difícil saber se todos os eventos desta natureza foram captados, tendo em vista que são eventos com grande dificuldade de obtenção, dado que a maior parte dos nascimentos são partos domiciliares com acompanhamento das mulheres Xavante com relações de parentesco com a parturiente. Justifica-se, assim, a não estimativa de mortalidade perinatal, mesmo reconhecendo que o cálculo das perdas fetais tardia daria uma dimensão mais abrangente de risco de mortalidade, devido a fatores cuja atuação se dá durante a gestação e ao redor do nascimento.

Um conjunto de resultados bastante relevante deste trabalho diz respeito à mortalidade dos Xavante segundo o sexo. A proporção de óbitos por sexo e faixa etária mostra que o sexo masculino teve próximo de 6 por cento a mais de mortes registradas em relação ao sexo feminino, com exceção dos óbitos na faixa etária de 0 a 4 anos de idade, que tem uma diferença de 8 por cento a mais para o sexo feminino. Na ausência de estudos que dêem suporte a hipótese de que os Xavante tenham preferência por cuidar diferencialmente dos filhos considerando o sexo da criança, esta questão fica em aberto, necessitando de estudos futuros que investiguem aspectos relacionados a este tema.

Enquanto indicador das condições gerais de saúde, a taxa de mortalidade infantil da população Xavante ainda apresenta níveis bastante altos. Verificou-se que os índices de mortalidade, principalmente a infantil, mantêm uma distância dos indicadores de mortalidade vigentes no Brasil, uma vez que esta taxa se apresentou próxima de 100 por mil nascidos vivos (em torno de 97 óbitos de menores de 1 ano para cada mil nascidos vivos, no período de 1999 a 2004). Muito alta, por exemplo, se considerada a taxa correspondente a média brasileira em 2000 que foi 30 óbitos por mil nascidos vivos. Quanto às regiões, o Nordeste continua com a maior taxa (44 por mil) e o Centro-Oeste, que é a região onde se encontram os Xavante, 21 por mil (IBGE, 2004; Simões, 2002).

Inquestionavelmente, com a implantação de uma atenção básica específica para os Xavante, ocorreram avanços na política de assistência à saúde indígena. Entretanto, as altas taxas de mortalidade infantil, particularmente a neonatal, evidenciam deficiências na assistência, principalmente de profissionais capacitados para atuar em contextos interculturais e na assistência a gestantes e ao recém nascido. Para manter a queda na taxa de mortalidade infantil será necessário o trabalho intenso que resulte numa melhor cobertura e atenção contínua ao pré-natal, assistência ao parto e pós-parto e ao recém-nascido, que se traduz em melhor qualidade dos serviços de saúde, dentre outros.

Consideramos prioritário que esforços sejam feitos no sentido de melhorar a cobertura e a qualidade das estatísticas vitais, com vistas a permitir o aprofundamento das discussões sobre desigualdades em saúde no Brasil segundo etnia. A melhoria dos registros que vem ocorrendo no Brasil, principalmente em relação à mortalidade e que se espera que persista, trará subsídios mais concretos para se discutir, e possivelmente confirmar, esses padrões de desigualdade, o que deve vir associado às análises que levem em consideração a influência de aspectos socioeconômicos, dentre outros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerações Finais

Nos diversos artigos que compõem esta tese de doutorado foram desenvolvidas discussões específicas relacionadas aos temas abordados. Partiu-se da análise de questões mais gerais (como a qualidade do preenchimento dos dados no Sistema de Informação de base Nacional) até aspectos mais intimamente ligados a dois povos específicos, os Xavante e os Bororo. Viu-se que, apesar de um tratamento étnico particular, muitas das questões são comuns ao universo mais amplo dos povos indígenas.

Apesar das limitações inerentes ao período de tempo (seis anos), entendemos que estudos longitudinais são mais apropriados para análise da dinâmica demográfica, pois a demografia refere-se à acumulação de eventos vitais (Camargo, 1980). Ao longo desta investigação, a estratégia utilizada para superar essa barreira foi analisar os registros gerados pelo serviço de saúde combinando a abordagem mais etnográfica do processo demográfico. O que permitiu fazer o melhor uso possível de informações disponíveis e uma aproximação ao cenário epidemiológico e demográfico local. A importância desta contribuição deve ser enfatizada não só pelo seu caráter instrumental, mas também porque o presente trabalho pode ser visto seja pelo escopo temático, seja ainda por oferecer análises e informações referentes à escala territorial que focaliza contextos sócio-espaciais particulares (Caldwell, 1987; Caldwell et al. 1987, 1988).

No tocante à atenção à saúde, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas definiu o Distrito Sanitário Especial Indígena como “um modelo de organização de serviços, de responsabilidade da Fundação Nacional de Saúde – orientado para um espaço etno-cultural dinâmico, geográfico, epidemiológico, populacional e administrativo bem delimitado” (FUNASA, 2002a:14-15).

Na prática, este modelo, apesar de ter seus fatores facilitadores, ainda enfrenta dificuldades e o desafio de contemplar as especificidades de cada contexto está longe de ser superado conforme apontado por Garnelo et al. (2003). Dos 34 Distritos Sanitários instalados, somente os DSEIs Potiguara, Yanomami, Kaiapó e Xavante cobrem população de apenas uma etnia. No entanto, o modelo de organização de atendimento à saúde é pensado sem considerar de fato as particularidades de cada etnia, Terra Indígena, entre outros.

Na organização do DSEI Xavante, os Pólos-Base se constituem na primeira referência para os Agentes Indígenas de Saúde que atuam nas aldeias. Cada Pólo-Base cobre um conjunto de aldeias, não necessariamente situadas em uma mesma Terra Indígena ou área geográfica. Os indicadores são retratados nas estatísticas nacionais enquanto uma unidade epidemiológica e demográfica. No caso, o Distrito é esta

unidade. Ou seja, há uma homogeneização das estatísticas (epidemiológica e demográfica), centradas nas médias distritais. Essas médias mascaram diferenças, pois no caso Xavante analisar os indicadores demográficos e epidemiológicos utilizando o conceito de grupo lingüístico como povo mostrou-se problemático. Ou seja, apesar de falantes da mesma língua e serem considerados como membros de um mesmo grupo étnico, possuem trajetória histórico-sociais com particularidades distintas. O estudo de algumas variáveis demográficas nesta tese demonstrou que as Terras Indígenas (utilizadas como unidade de análise) possuem indicadores demográficos e de saúde diferentes.

Mesmo que esteja surgindo sinais de uma tendência de redução da mortalidade infantil entre os Xavante, ainda assim os valores médios continuam elevados. Mas chamam atenção as diferenças nos coeficientes de mortalidade infantil entre as terras indígenas, evidenciando as desigualdades no risco de morrer entre os Xavante. Deste ponto de vista, a análise dos indicadores por Distrito, considerando a possibilidade de decomposição por etnia, por terra indígena e quando pertinente por aldeia é de fundamental importância.

Os indicadores de saúde apresentados neste estudo reforçam a idéia geral de que os indicadores de saúde dos povos indígenas são piores que aqueles referentes à população geral brasileira. Com uma concentração de óbitos em crianças, sobretudo aquelas menores de cinco anos de idade. A mortalidade infantil da população Xavante no período de 1999 a 2004 demonstra baixo nível de saúde. A menor taxa de mortalidade infantil, quando analisada por Terra Indígena (74 por mil nascidos vivos em Sangradouro-Volta Grande), é superior ao pior índice por estado brasileiro. Em 2004, a taxa calculada para o estado de Alagoas foi de 47,1 por mil nascidos vivos (<http://www.datasus.gov.br>).

Desnecessário dizer que, com a implantação do Sistema Local de Saúde, ocorreram avanços na política de assistência à saúde indígena. Entretanto, as taxas de mortalidade infantil elevadas (neonatal precoce, tardio e pós neonatal) constituem-se num problema e ainda um grande desafio que revela deficiência na assistência.

Há fortes indicações de que os níveis de mortalidade reportados para os Xavante refletem, em larga medida, condições de vida precárias, nas quais prevalecem problemas de ordem nutricional, resultante de um quadro complexo no qual coexistem dietas deficientes, saneamento precário, elevadas prevalências de doenças infecciosas e baixas coberturas por parte dos serviços de saúde (Coimbra Jr., 1998; Garnelo et al., 2003; Leite et al., 2003; Santos & Coimbra Jr., 2003).

Tais características devem-se não só a heterogeneidade e a complexidade do processo saúde e doença, mas também ao fato de os sistemas de saúde não terem ainda conseguido superar completamente antigos problemas, tais como: atendimento centrado na demanda espontânea; má cobertura populacional; alta rotatividade de pessoal; atraso de repasse de recursos; perfil profissional para se trabalhar em espaços interculturais, dentre outros (Garnelo et al., 2003).

Em um dos estudos desta tese vimos que os indígenas no Brasil estão atravessando um complexo processo de transição epidemiológica no qual, ainda que as doenças infecciosas e parasitárias persistam como importantes causas de óbito, nota-se também um peso expressivo de doenças crônicas não-transmissíveis e de lesões, envenenamentos e causas externas. A maior proporção de óbitos entre os Xavante ocorreu na rede hospitalar. A insuficiência respiratória e parada cardiorrespiratória (bastante comum nas causas de morte), presentes como causa básica de morte inviabilizaram uma classificação precisa da causa de morte.

As causas mal definidas foram apresentadas como primeira causa de morte entre os Xavante de 15 a 50 anos no período de 1999-2002, e como segunda para a população indígena geral. Esse resultado sinaliza para duas questões: falta ou deficiência na assistência médica e a precariedade do preenchimento da causa básica de morte. De acordo com Laurenti et al. (2005) e Pereira (1995), quanto maior a proporção de óbitos por causas mal definidas ou registro de causas vagas, tanto piores tendem a ser a cobertura e o padrão qualitativo da assistência à saúde.

A análise da estrutura etária dos Xavante evidencia um perfil etário que apresenta uma população submetida a altas taxas de fecundidade e de mortalidade, com poucas pessoas idosas. Vimos também que os homens sobrevivem às mulheres. Pode-se afirmar que a estrutura etária da população Xavante apresenta contorno compatível com o de populações extremamente jovens, nas quais altos níveis de natalidade compensam a alta mortalidade, combinação que proporciona elevado crescimento vegetativo. Mais precisamente, a estrutura etária da população Xavante reflete uma dinâmica populacional caracterizada por elevados níveis de natalidade e de mortalidade nos primeiros anos de vida, resultando em uma população com idade mediana abaixo dos 15 anos.

A inclusão da análise do perfil demográfico da população indígena Bororo de três aldeias que vivem em áreas contíguas a duas Terras Indígenas Xavante, isto é, Sangradouro-Volta Grande e São Marcos neste estudo justificam-se pela proximidade geográfica, além do compartilhamento do espaço e dos serviços da Casa de Saúde do

Índio de Aragarças. Há também a história de convivência no entorno da missão Salesiana, o que também diz respeito aos Xavante.

As análises evidenciam que a população Bororo também possui uma configuração etária jovem com idade mediana de 16 anos, o que não destoia da estrutura etária da população Xavante. Todavia, a população Bororo apresentou uma fecundidade mais baixa se comparada a de seus vizinhos e a de outros povos indígenas estudados sob este aspecto. O que refletiu em uma taxa média de crescimento relativamente baixa (2,4% ao ano), índice inferior àquelas encontradas entre os Xavante, cujas taxas de crescimento estão próximas de 4,5% ao ano.

Há outros aspectos, sob o ponto de vista demográfico e cultural, que diferencia estes dois povos, tais como a fragilidade do vínculo entre marido e mulher e as altas taxas de separação de casais (Baldus, 1979; Crocker, 1969, 1985; Novaes 1983, 1986, 1993; Viertler, 1979). A análise dos níveis de fecundidade dos Bororo e Xavante nos conduz à discussão acerca da relação entre sistemas culturais e padrões demográficos dos povos indígenas. No entanto, infelizmente esta dimensão do conhecimento sobre os povos indígenas é pouco considerada no contexto da realidade dos serviços de saúde, sobretudo expressa na ausência de profissionais de saúde capazes de compreender as diferenças culturais e mesmo aprender com elas.

No decorrer deste trabalho mostramos que as variáveis demográficas e as informações relativas aos componentes da dinâmica populacional constituem informações essenciais para a formulação de políticas de saúde mais realistas e mais ajustadas às necessidades da população. Apontamos também que, entre os Xavante, além do aumento populacional houve um aumento expressivo da divisão e formação de novas aldeias. Este aspecto produz novas circunstâncias cuja consideração é relevante para o planejamento e definição das ações de saúde, principalmente ações de curto e médio prazo, relacionadas à oferta de atenção básica na aldeia e de saneamento.

Para um efetivo desenvolvimento da atenção básica de saúde para populações indígenas, há ainda muitos desafios a serem enfrentados, considerando ainda que as necessidades de saúde transcendem os limites do setor de saúde. No tocante à informação, é essencial que sejam aprimorados os sistemas de registro e coleta de dados demográficos e epidemiológicos. Para um avanço nesse setor, é pertinente a capacitação das equipes de saúde, principalmente dos agentes indígenas de saúde e de saneamento e dos técnicos de enfermagem - categorias profissionais que permanecem mais tempo nas aldeias, sobre a importância do sistema de informação no desempenho de suas atividades, com ênfase no preenchimento dos registros de eventos vitais e o

encaminhamento oportuno dos dados a central de processamento e análise (sede do DSEI).

O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) será instituído para acompanhar a execução das ações de saúde, “na perspectiva da vigilância em saúde, voltado para a população indígena” (FUNASA, 2002:16). No entanto, assim como vêm ocorrendo com outros Distritos Sanitários (vide Costa, 2006 e Sousa, 2005, Sousa et al., 2007), o Distrito Xavante tem-se valido de uma base de dados paralela que supre o serviço com informações mais completas do que as que o sistema oficial da FUNASA provém. Somente o módulo demográfico e o de imunização estão sendo alimentados, apesar de o sistema contar com módulos de morbidade e nutrição (ver Sousa et al., 2007). Esforços também devem ser feitos no sentido de promover a adequação do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) permitindo ainda sua interface com os Sistemas Nacionais de Informação do Ministério da Saúde.

Para buscar uma efetiva mudança dos indicadores de saúde do DSEI, inclusive para reduzir a mortalidade infantil, é necessário investir na reestruturação dos serviços de saúde, capacitar recursos humanos, redefinir e regionalizar o atendimento à gestante, ao parto e ao recém nascido. É importante também investigar todos os óbitos perinatais e neonatais, no sentido de permitir a avaliação da assistência, assim como a sua monitoração.

As equipes médicas do distrito devem ter uma atuação mais permanente nas aldeias e/ou Pólo-Base, a fim de prestar uma atenção oportuna, principalmente àquelas relativas ao programa materno infantil. É necessário também garantir a supervisão continuada da atuação das equipes de saúde e fomentar um envolvimento de todas as categorias profissionais no planejamento, operacionalização e avaliação das ações de saúde.

No âmbito do controle social, devem-se encontrar meios para aprimorar a qualidade e a efetiva participação nos conselhos locais e distritais de saúde, espaço este privilegiado para a discussão das reais necessidades e problemas de saúde da população. Estes espaços permitirão a adequação dos serviços às diferentes realidades desde que se constituam em um espaço de diálogo que valorizem tanto as palavras dos profissionais de saúde quanto dos indígenas.

No âmbito da saúde e ambiente, é importante prover maior investimento em ações de saneamento básico e de abastecimento de água para todas as comunidades indígenas. A qualificação da assistência à saúde se constitui em intervenções efetivas, visando à diminuição das taxas e desigualdades da mortalidade infantil indígena.

As informações produzidas pelo serviço de saúde, as quais em princípio deveriam estar ao alcance de todos os interessados, de acordo com o estabelecido pelas diretrizes da política de saúde indígena, ainda tem o acesso restrito a poucas pessoas. Espera-se que muito em breve esta situação seja revertida, que os dados gerados pelo serviço de saúde possam ser acessíveis a qualquer cidadão e que sejam iniciadas análises aprofundadas para monitorar e avaliar as condições de saúde dos povos indígenas no âmbito da nova política de atenção à saúde, como proposto por Santos & Coimbra Jr. (2003).

Por fim, sugere-se que os métodos empregados neste estudo sejam replicados entre outros grupos indígenas ou distritos sanitários especiais, no sentido de contribuir para o real conhecimento da situação demográfica e epidemiológica dos povos indígenas no Brasil.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Referência Bibliográfica

Adams K, Price D. The demography of small-scale societies: case studies from Lowland South America. *South American Studies* 1994; 4:5-10.

Arantes R. Saúde Bucal dos povos Indígenas do Brasil e o caso dos Xavante de Mato Grosso [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2005.

Arantes R. Saúde Bucal de uma Comunidade Indígena Xavante do Brasil Central: Uma abordagem Epidemiológica e Bioantropológica [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1998.

Azevedo MM. Povos indígenas na América Latina estão em processo de crescimento. In: Ricardo CA, Ricardo F, organizadores. Povos indígenas no Brasil, 2001/2005. São Paulo: Instituto Socioambiental; 2006. p 55-58.

Azevedo MM. Povos Indígenas no Alto Rio Negro: um estudo de caso de nupcialidade. In: Pagliaro H, Azevedo MM, Santos RV, organizadores. Demografia dos Povos Indígenas no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ABEP; 2005. p 33-57

Azevedo MM. Demografia dos povos indígenas do Alto Rio Negro/AM: um estudo de caso de nupcialidade e reprodução [Tese de doutorado]. Campinas: Universidade de Campinas; 2003.

Azevedo MM, Ricardo FP. Indigenous Lands and Peoples: recognition, growth and sustenance. In: Hogan DJ, Berquó E, Costa HSM, editors. Population and Environment in Brazil. Campinas: CNPD, ABEP, NEPO; 2002a. p.183-206.

Azevedo MM, Ricardo FP. Censo 2000 do IBGE revela contingente “Indígena” pouco conhecido. São Paulo: Instituto Socioambiental; 2002b.

Azevedo MM. Censos demográficos e “os índios”: Dificuldades para reconhecer e contar. In: Ricardo CA, organizador. Povos Indígenas no Brasil 1996/2000. São Paulo: Instituto Socioambiental; 2000. p. 79-83.

Azevedo MM. Fontes de dados sobre as populações indígenas brasileiras da Amazônia. *Cad Est Soc* 1997; 13:163-177.

Azevedo MM. Demografia dos povos indígenas do Alto Rio Negro. *Revista Brasileira de Estudos Populacionais* 1994; 11:235-244.

Baldus H. *Ensaio de Etnologia Brasileira*. São Paulo: Cia Editora Nacional-INL/MEC; 1979 (1ª ed. 1937).

Baruzzi RG. Do Araguaia ao Xingu. In: Baruzzi RG, Junqueira C, organizadores. Parque Indígena do Xingu, Saúde, Cultura e História. São Paulo: Terra Virgem Editora; 2005. p. 59-112.

Baruzzi RG, Pagliaro H, Souza e Silva R, Schivartche V, Meziara H. Os índios Panará: a busca pela sobrevivência. In: Anais do IX Encontro Nacional de Estudos Populacionais-ABEP. Caxambu; 1994; 2:225-242.

Black FL. Why did they die? *Science* 1992; 258:1739-49.

Black FL. Infectious diseases in primitive societies. *Science* 1975; 187:515-18.

Black FL. Measles endemicity in insular populations: Critical community size and its evolutionary implication. *Journal of Theoretical Biology* 1966; 11:207-11.

Bongaarts J, Potter RG. *Fertility, Biology, and Behavior: An Analysis of the Proximate Determinants*. New York: Academic Press; 1983.

Brasil. Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999. Acrescenta dispositivos à Lei 8.080 de 19/09/1990, instituindo o subsistema de atenção à saúde indígena. *Diário Oficial da União* 1999; 24 set.

Brasil. Decreto n. 3.156, de 27 de agosto de 1999. Dispõe sobre as condições de prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://www.presidencia.gov.br/ccivil/leis/L9836.htm>>. Acesso em 10 jan. 2007.

Brasil. Lei 6.001, de 19 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o Estatuto do Índio. Disponível em: <http://www.FUNAI.gov.br>. (acessado em 20/Jan/2008).

Caldwell JC, Hill AG, Hull VJ. *Micro-Approaches to Demography Research*. London: Kegan Paul International; 1988.

Caldwell JC, Caldwell B, Caldwell P. Anthropology and demography: the mutual reinforcement of speculation and research. *Current Anthropology* 1987; 28:25-34.

Caldwell JC. Toward a restatement of demographic transition theory. In: Menaro SW, Moen EW, editors. *Perspectives on Population. An introduction to concepts and issues*. New York/Oxford: Oxford University Press; 1987. p. 42-69.

Camarano AA. Diferenciais regionais e sociais no comportamento da fecundidade das mulheres brasileiras. Como vai a população brasileira? *IPEA/IBGE* 1997; 5: 76-86.

Camargo CPF, Junqueira C, Pagliaro H. Reflexões acerca do mundo cultural e do comportamento reprodutivo dos Kamaiurá ontem e hoje. In: Pagliaro H, Azevedo MM, Santos RV, organizadores. *Demografia dos Povos Indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz e ABEP; 2005. p. 119-134.

Camargo CPF. Dinâmica populacional como processo histórico-social. In: Santos JLF, Levy MSF, Szmrecsanyi T, organizadores. *Dinâmica da população: teoria, métodos e técnicas de análise*. S. Paulo: T. A. Queiroz, 1980. p. 12-18.

Cardoso AM, Santos RV, Coimbra Jr CEA. Mortalidade infantil segundo raça/cor no Brasil: o que dizem os sistemas nacionais de informação? *Cadernos de Saúde Pública* 2005; 21:1602-1608.

Carvalho JAM. Demographic dynamics in Brazil recent trends and perspectives. *Brazilian Journal of Population Studies* 1998; 1:5-23.

Castro EA, Kauffman JB. Ecosystem structure in the Brazilian cerrado: a vegetation gradient of aboveground biomass, root mass, and consumption by fire. *Journal of Tropical Ecology* 1998; 14:263-83.

Centro Ecumênico de Documentação e Informação. *Povos Indígenas no Brasil* 1987, 1988, 1989, 1990. *Aconteceu Especial*, CEDI; 1991.

Centro Ecumênico de Documentação e Informação. *Povos Indígenas do Brasil* 1983. *Aconteceu Especial*, CEDI; 1983, nº 14.

Chackiel J. La dinâmica demográfica em América Latina. Santiago del Chile: CELADE; 2004.

Coale AJ, Watkins SC. The decline of fertility in Europe. Princeton: Princeton University Press; 1986.

Coimbra Jr CEA, Santos RV. Emerging health needs and epidemiological research in indigenous peoples in Brazil. In: Salzano FM, Hurtado AM, organizadores. *Lost Paradises and the Ethics of Research and Publication*. Oxford: Oxford University Press; 2004. p. 89-109.

Coimbra Jr CEA, Garnelo L. Questões de saúde reprodutiva da mulher indígena no Brasil. In: Monteiro S, Sansone L, organizadores. *Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2004. p. 153-173.

Coimbra Jr. CEA, Flowers NM, Salzano FM, Santos RV. *The Xavante in Transition: health, ecology, and bioanthropology in Central Brasil*, Michigan: The University of Michigan Press; 2002.

Coimbra Jr CEA, Santos RV. Saúde, minorias e desigualdade: Algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas. *Ciência & Saúde Coletiva* 2000; 5:125-132.

Coimbra Jr CEA. Minorías étnico-raciales, desigualdad y salud: Consideraciones teóricas preliminares. In: Bronfman MN, Castro R, organizadores. *Salud, Cambio Social y Política: Perspectivas desde América Latina*. México, DF: Edamex; 1998. p.151-161.

Coimbra Jr CEA, Santos RV, Yoshida CFY, Baptista ML, Flowers NM, Valle AC. Hepatitis B epidemiology and cultural practices in amerindian populations of Amazonia: the Tupi-Mondé and the Xavante from Brasil. *Social Science and Medicine* 1996; 42: 1739-1743.

Coimbra Jr. CEA, Santos RV. *Epidemiologic Profile of Amazonian Amerindians from Brazil, with Special Emphasis on the Xavante from Mato Grosso and on Groups from Rondônia. A Report to the World Bank*. Rio de Janeiro; 1994 (Mimeo.).

Coimbra Jr CEA, Santos RV, Valle ACF, Souza WJS. Estudo epidemiológico sobre a leishmaniose tegumentar americana em grupos indígenas Tupi-Mondé de Rondônia e Mato Grosso. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 1993; 26:219.

Coimbra Jr CEA, Santos RV. Sero-epidemiological survey for Chagas disease among the Xavante Indians of Central Brazil. *Annals of Tropical Medicine and Parasitology* 1992; 86: 567-568.

Coimbra Jr CEA. O sarampo entre sociedades indígenas brasileiras e algumas considerações sobre a prática da saúde pública entre essas populações. *Cadernos de Saúde Pública* 1987; 3(1):22-37.

Conselho Indigenista Missionário-CIMI. Mapa "Povos Indígenas no Brasil e Presença Missionária. Brasília: CIMI; 1985.

Costa I. Mortalidade infantil e alguns indicadores demográficos no DSEI Leste de Roraima, 2002-2004 [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2006.

Crocker J. *Vital Souls - Bororo Cosmology, Natural Symbolism and Shamanism*. Tucson-Arizona, University of Arizona Press; 1985.

Crocker J. Reciprocity and Hierarchy among the Eastern Bororo. In *Man* 4, nº 1. London, 1969; 4(1):44-58.

Cunha JMP. Migração no Centro-Oeste Brasileiro: as tendências e características do período 1986/96. In: Hogan DJ, Carmo RL, Cunha JMP, Baeninger R, organizadores. *Migração e Ambiente no Centro-Oeste*. Campinas, Núcleo de Estudos de População; 2002. p. 89-132.

Cunha MC. Introdução a uma história indígena. In: Cunha MC, organizador. *História dos Índios no Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras; 1992. p. 9-24.

Cunha MC. Os índios no direito brasileiro hoje. In: Cunha MC, organizador. *Os direitos do índio Rio de Janeiro*: Editora Brasiliense; 1987. p. 25-37.

DATASUS/Departamento de Informática do SUS, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. (Acesso em 09/Jul/2004).

Davis SH. *Vítimas do Milagre: O Desenvolvimento e os Índios do Brasil*. Rio de Janeiro: Zahar; 1978.

Delgado PS. *Entre a Estrutura e a Performance: Ritual de Iniciação e Faccionalismo entre os Xavante da Terra Indígena São Marcos* [Tese de doutorado]. Niterói: Universidade Federal Fluminense; 2008.

Delgado PS. *O faccionalismo Xavante na Terra Indígena São Marcos e a cidade de Barra do Garças-MT* [Dissertação de mestrado]. Niterói: Universidade Federal Fluminense; 2003.

Demo P. *Política social na década de 60 e 70*. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará 1981. 237 p.

Denevan WM. *The Native Populations of the Americas in 1492*. Madison: The University of Wisconsin Press; 1976.

Duarte EC. *Epidemiologia das desigualdades em Saúde no Brasil: um estudo exploratório*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2002.

Dyson T, Murphy M. The onset of fertility transition. *Population Development Review* 1985; 11:399-439.

Early JD, Peters JF. *The Xilixana of the Amazon: History, Social Structure, and Populations Dynamics*. Florida: University Press of Florida; 2000.

Early JD. *La estructura y Evolución Demográfica de un Sistema Campesino: La Población de Guatemala*. Woodstock: Plumssock Mesoamerican Studies; 2000.

Early JD, Peters JF. *The Population Dynamics of the Mucajai Yanomama*. San Diego: Academic Press; 1990.

Early JD. Low forager fertility: Demographic characteristics or metodological artifact? *Human Biology* 1985; 57:387-399.

Eiten G. The cerrado vegetation of Brazil. *Botanical Review* 1972; 38:201-341.

Flowers NM. Demographic crisis and recovery: a case study of the Xavante of Pimentel Barbosa. *South American Indian Studies* 1994a; 4:18-36.

Flowers NM. Crise e recuperação demográfica: Os Xavante de Pimentel Barbosa, Mato Grosso. In: Santos RV, Coimbra Jr CEA, organizadores. *Saúde & Povos Indígenas*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 1994b. p. 213-242.

Flowers NM. Forager-Farmers: The Xavante Indians of Central Brazil. Ph.D. dissertation. New York: City University of New York; 1983a.

Flowers NM. Seasonal factors in subsistence, nutrition, and child growth in a Central Brazilian Indian Community. In: Hames RB, Vickers WH, editors. *Adaptive Responses of Native Amazonians*. New York: Academic Press; 1983b; p 375-390.

Fundação Nacional do Índio. Diretoria de Assuntos Fundiários, Departamento de Identificação e Delimitação (DID) – Listagem de Terras Indígenas – Relatório Geral-Brasília, FUNAI; 2004.

Fundação Nacional de Saúde. Disponível <http://www.funasa.gov.br>., acesso em 14/03/2007.

Fundação Nacional de Saúde. Relatório de Gestão do Departamento de saúde Indígena: 1999 – 2002. Brasília: FUNASA; 2003a.

Fundação Nacional de Saúde. Relatório Morbimortalidade 2002. Brasília; 2003b.

Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 2.ª Ed. Brasília:FUNASA/Ministério da Saúde; 2002.

Fundação Nacional de Saúde. Política de Atenção à Saúde das Populações Indígenas. Brasília. Separata do Ministério da Saúde, Brasília 2000.

Garfield S. The roots of a plant that today is Brazil: Indias and the nation -state under the brasilian Estado Novo. *Journal Latin American Studies* 1997; 29:747-768.

Garfield S. “Civilized” but Discontent: the Xavante Indians and Government Policy in Brazil, 1937-1988. PhD Dissertation. Yale: Yale University; 1996.

Garnelo L, Macedo G, Brandão LC. Os Povos Indígenas e a Construção da Política de Saúde no Brasil. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde-OPAS; 2003.

Giaccaria B. Ensaio: Pedagogia Xavante, Aprofundamento Antropológico. Campo Grande:Missão Salesiana de Mato Grosso; 1990.

Giaccaria B, Heide A. Xavante: Povo Autêntico. São Paulo: Editora Salesiana Dom Bosco; 1972.

Gomes MP. O índio na História: o Povo Tenetehara em busca da liberdade. Petrópolis:Vozes; 2002.

Gomes MP. Os índios e o Brasil. Petrópolis: Editora Vozes; 1988.

Google earth. Disponível <http://earth.google.com>, acesso em 26/01/2008.

Graham LR. *Performing Dreams: Discourses of Immortality among the Xavante of Central Brazil*. Austin: University of Texas Press; 1995.

Greene ME, Crocker WH. Some demographic aspects of the Canela indians of Brazil. *South American Indians Studies* 1994; 4: 47-62.

Gross DR, Eiten G, Flowers NM. Ecology and aculturation among native peoples of Central Brazil. *Science* 1979; 206:1043-1050.

Gugelmin AS, Santos RV, Leite MS. Crescimento físico de crianças indígenas Xavante de 5 a 10 anos de idade, Mato Grosso. *Jornal de Pediatria* 2001; 77:17-22.

Gugelmin AS, Santos RV. Ecologia humana e antropometria nutricional de adultos Xavante, Mato Grosso, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 2001; 17:313-322.

Gugelmin SA. Nutrição e Alocação de Tempo dos Xavante de Pimentel Barbosa, Mato Grosso: Um Estudo em Ecologia Humana e Mudanças [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1995.

Hammel EA. A theory of culture for demography. *Population and Development Review* 1990; 16(3): 455-485.

Hern WM. Cultural change, polygyny and fertility among the Shipibo of the Peruvian Amazon. *South American Indian Studies* 1994, 4:77-86.

Hern WM. Polygyny and fertility among the Shipibo of the Peruvian Amazon. *Population Studies* 1992a; 46:53-64.

Hern WM. Shipibo polygyny and patrilocality. *American Ethnologist* 1992b; 19(3):501-522.

Hill K, Hurtado AM. *Ache Life History: The Ecology and Demography of a Foraging People*. New York: Aldine de Gruyter; 1996.

Holcman MM, Latorre MRDO, Santos JLF. Evolução da mortalidade infantil na região metropolitana de São Paulo, 1980 – 2000. *Revista de Saúde Pública* 2004; 38(2):180-6.

Howell N. Demography anthropology. *Annual Review of Anthropology* 1986; 15:219-46.

Ianelli RV. Epidemiologia da Malária em uma População Indígena do Brasil Central: Os Xavante de Pimentel Barbosa [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1997.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em <http://www.ibge.gov.br>. (Acesso em 04/Dez/2007).

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Tendências demográficas: uma análise dos indígenas com base nos resultados da amostra dos Censos Demográficos 1991 e 2000. Rio de Janeiro: IBGE; 2005.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Tendências demográficas: uma análise dos resultados da amostra do Censo Demográfico 2000. Rio de Janeiro:IBGE; 2004.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Disponível em <http://www.ibge.gov.br>. (Acesso: 09/Jul/2004).

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). “Quem será recenseado”. Manual do recenseador, Censo Demográfico 1991. IBGE; 1990.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). “Tábuas Modelo de Mortalidade e Populações Estáveis”; 1981. Série Estudos e Pesquisas, 10.

Instituto Socioambiental www.socioambiental.org.br. (acessado em 02/Nov/2006).

Instituto Socioambiental - ISA. Povos Indígenas no Brasil- 2001/2005. São Paulo: Instituto Socioambiental; 2006.

Instituto Socioambiental - ISA. Povos Indígenas no Brasil- 1991/1995. São Paulo: Instituto Socioambiental; 1996.

Kertzer DI, Fricke T. Toward an anthropological demography. In: Kertzer DI, Fricke T, editors. *Anthropological Demography: Toward a New Synthesis*. Chicago: The University of Chicago Press; 1997. p. 1-35.

Lansky S, França E, Leal MC. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão de literatura. *Revista de Saúde Pública* 2002a; 36(6): 759-772.

Lansky S, França E, Leal MC. Mortes perinatais evitáveis em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1999. *Cadernos de Saúde Pública* 2002b; 18(5): 1389-1400.

Laraia R. Arranjos poliândricos na sociedade Suruí. *Revista do Museu Paulista* 1963, XIV:71-75.

Laurenti R, Mello Jorge MHP, Lebrão ML, Gotlieb SL. *Estatísticas de saúde*. 2ª ed. São Paulo: EPU; 2005.

Leite MS, Santos RV, Gugelmin AS, Coimbra Jr CEA. Crescimento físico e perfil nutricional da população Xavante de Sangradouro-Volta Grande, Mato Grosso, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 2006; 22(2):256-276.

Leite MS, Gugelmin SA, Santos RV, Coimbra Jr CEA. Perfis de saúde indígena, tendências nacionais e contextos locais: reflexões a partir do caso Xavante, Mato Grosso. In: Coimbra Jr. CEA, Santos RV, Escobar AL, organizadores. *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p.105-125.

Leite MS. *Avaliação do Estado Nutricional da População Xavante de Sangradouro-Volta Grande, Mato Grosso [Dissertação de Mestrado]*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1998.

Lévi-Strauss C. *Tristes Trópicos*. São Paulo: Martins Fontes. 1979.

Livi-Bacci M. 500 anos de demografia brasileira: uma resenha. *Revista Brasileira de Estudos de População* 2002; v.19, 1:141-159.

Lopes da Silva A. Dois séculos e meio de história Xavante. In: Cunha MC, organizador. *História dos Índios no Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras; 1992. p. 357-378.

Lopes da Silva A. *Nomes e Amigos: da prática Xavante a uma reflexão sobre os Jê*. São Paulo: FFLCH/USP; 1986.

Lunardi R, Santos RV, Coimbra Jr. CEA. Morbidade hospitalar de indígenas Xavante, Mato Grosso, Brasil (2000-2002). *Revista brasileira epidemiologia* 2007; 10(4):441-52.

MacCluer JW, Neel J & Chagnon N. Demographic structure of a primitive population: a simulation. *American Journal of Physical Anthropology* 1971; 35(2):193-207.

- Machado CJ, Hill K. Determinantes da mortalidade neonatal e pós-neonatal no município de São Paulo. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2003; 6(4):345-58.
- Maia SF, Albuquerque RO, Pagliaro H, Rodrigues D, Baruzzi RG. A recuperação dos Txicão (Ikpeng), Parque Indígena do Xingu, Mato Grosso, Brasil. In: *Anais do I Congresso Latino Americano de População/ALAP*; 2004.
- Marcílio ML. La población del Brasil colonial. In: *História de América Latina* (Bethell L. ed.). América Latina colonial: población, sociedade y cultura. Barcelona: Ed. Crítica 1990.
- Maybury-Lewis D. Brazilian indianist policy: some lessons from the Shavante project. In: Mac Donald Jr T, editor. *Native Peoples and Economic Development. Six Case Studies from Latin America*. Cambridge: Cultural Survival, inc; 1985. p. 75-86.
- Maybury-Lewis D. *A Sociedade Xavante*. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1984.
- Maybury-Lewis D. *Akwê Xavante Society*. Oxford: Clarendon; 1967.
- McSweeney K, Arps S. A “demographic turnaround”: the rapid growth of indigenous populations in lowland Latin America. *Latin American Research Review* 2005; 40:3-29.
- Meireles DM. Sugestões para uma análise comparativa da fecundidade em populações indígenas. *Revista Brasileira de Estudos Populacionais* 1988; 5:1-20.
- Meireles DM. *Populações Indígenas e Ocupação Histórica de Rondônia*. Cuiabá: Universidade Federal de Mato Grosso; 1984.
- Menezes C. *Missionários e índios em Mato Grosso: Os Xavante de São Marcos* [Tese de doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1984.
- Menezes C. Os Xavante e o movimento de fronteira no leste matogrossense. *Revista de Antropologia* 1982; 25:63-87.
- Ministério da Saúde. *Estatísticas de Mortalidade, Brasil, 1988*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1992.
- Monteiro JM. A dança dos números: a população indígena do Brasil desde 1500, in *Tempo e Presença* 1994, ano 16, 273:17-19.
- Montenegro RA, Stephens C. Indigenous health 2 – Indigenous health in Latin America and the Caribbean. *Lancet*, 2006; 367(9525):1859-1869.
- Moraes NLA. Níveis de saúde de coletividades brasileiras. *Rev Serv Saúde Pública* 1959; 10:403-97.
- Moran EF. *A ecologia humana das populações da Amazônia*. Petrópolis: Vozes; 1990.
- Neel JV, Salzano FM. Further studies on the Xavante Indians. X. Some hypothesis-generalizations resulting from these studies. *American Journal of Human Genetics* 1967; 19:554-575.
- Neel JV, Salzano FM, Junqueira PC, Keiter F, Maybury-Lewis D. Studies on the Xavante indians of the Brazilian Mato Grosso. *American Journal of Human Genetics* 1964, 19: 463-489.

Notestein FW. Economic problems of population change. Proceedings of the Eighth International Conference of Agricultural Economists. Londres: Oxford University Press; 1953, p. 3-31.

Notestein FW. Summary of the demographic background of problems of underdeveloped areas. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 1948; 26(3):249-255.

Notestein FW. Population-the long view. In: Schultz TW, editor. *Food for the World*. Chicago:University of Chicago Press; 1945.

Novaes SC. *Jogo de espelhos: imagens e Representação de si através dos Outros*. São Paulo: Editora Universidade de São Paulo-EDUSP; 1993.

Novaes SC. *Mulheres, homens e heróis: dinâmica e permanência através do cotidiano da vida Bororo*. São Paulo:USP. (*Antropologia*, 8); 1986.

Novaes SC. As casas na organização social do espaço Bororo. In: Novaes SC, organizador. *Habitacões Indígenas*. São Paulo: Nobel: Edusp; 1983. p. 57-76.

Oliveira JP. Entrando e saindo da “mistura”: os índios nos censos nacionais. In: *Ensaio em antropologia histórica*. Rio de Janeiro: Editora Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1999. p. 124-151.

Oliveira JP. Pardos, mestiços ou caboclos: os índios nos censos nacionais no Brasil (1972 - 1980). *Horizontes Antropológicos* 1997, 6:60-83.

Organização Mundial da Saúde-OMS. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10a. Rev.* São Paulo: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1995.

Organização Panamericana de Saúde-OPAS. 126^a Sessão do Comitê Executivo: *Funções Essenciais de Saúde Pública*. Washington, DC, 2000.

Organización Panamericana de la Salud. La salud de los pueblos indígenas. In: OPS, organizador. *La Salud en las Américas. Publicación Científica 569*, Washington, DC: OPS; 1998; 1:95-105.

Pagliari H, Junqueira C. Fertility Trends and Cultural Patterns of the Kamaiurá Women, Upper Xingu, Central Brazil. Paper presented at XXVth IUSSP International Population Conference, Tours, França, July, 2005. site www.iussp.org (Acessado em out de 2006).

Pagliari H, Azevedo MM, Santos RV. Demografia dos Povos Indígenas no Brasil: um panorama crítico. In: Pagliaro H, Azevedo MM, Santos RV, organizadores. *Demografia dos Povos Indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz / ABEP; 2005. p.11-32.

Pagliari H. A Revolução Demográfica dos Povos Indígenas do Brasil: A Experiência Kaiabi do Parque Indígena do Xingu, Mato Grosso (1970-1999). In: Pagliaro H, Azevedo, MM, Santos RV, organizadores. *Demografia dos Povos Indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ABEP; 2005. p.79:102.

Pagliari H. A Revolução Demográfica dos Povos Indígenas do Brasil: a experiência dos Kaiabi do Parque Indígena do Xingu- Mato Grosso (1970-1999) [Tese de doutorado] apresentada a FSP da USP; 2002.

Palloni A. Mortality in Latin America: emerging patterns. *Population and Development Review* 1981, 7(4):623-49.

Patarra N. Mudanças na dinâmica demográfica. In: Monteiro CA, organizador. *Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil*. São Paulo: Hucitec; 1995. p. 61-78.

Patarra N. Transição demográfica: novas evidências, velhos desafios. *Revista Brasileira de Estudos Populacionais* 1994; 11:27-40.

Pellegrini, M. As equipes de saúde diante das comunidades indígenas: reflexões sobre o papel do antropólogo nos serviços de atenção à saúde indígena. In: Langdon EJ, Garnelo L, organizadores. *Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre a antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contracapa Livraria/ABA; 2004. p 233-243.

Pereira MG. *Epidemiologia Teoria e Prática*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1995.

Pereira NOM, Santos RV, Azevedo MM. Perfil Demográfico e Socioeconômico das Pessoas que se Autodeclararam 'Indígenas' nos Censos Demográficos de 1991 e 2000. In: Pagliaro H, Azevedo MM, Santos RV, organizadores. *Demografia dos Povos Indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz /ABEP; 2005. p.155-166.

Picchi D, College FP. Observations about a central Brazilian indigenous population: the Bakairi. *South American Indians Studies* 1994; 4:37-46.

Population Reference Bureau. *Cuadro de La Población Mundial*. Edición em folleto. Washington, 2001.

Pozzobon J. O mínimo demográfico de um sistema de metades exogâmicas (uma simulação em computador). *Revista Brasileira de Estudos Populacionais* 1994; 11:139-154.

Price C. Notes on Nambiquara demography. *South American Indians Studies* 1994; 4:63-76.

Ramenofsky AF. *Vectors of Death: the Archaeology of European Contact*. Albuquerque, NM:University of New Mexico Press; 1987.

Ravagnani OM. Os primeiros aldeamentos na província de Goiás: Bororó e Kaiapó na estrada do Anhanguera. *Rev. de Antropologia, São Paulo : USP* 1996; 39(1): 222-44.

Ravagnani OM. *A Experiência Xavante com O Mundo dos Brancos* [Tese de doutorado]. São Paulo: Fundação Escola de Sociologia e Política de São Paulo; 1978.

Ribeiro D. *Os Índios e a Civilização: A Integração das Populações Indígenas no Brasil Moderno*. 5.^a ed. Petrópolis: Editora Vozes; 1986.

Ribeiro D. Convívio e contaminação. Efeitos dissociativos da depopulação provocada por epidemias em grupos indígenas. *Sociologia* 1956; 18:3-50.

Ricardo CA. A sociodiversidade nativa contemporânea no Brasil. In: Ricardo CA, organizador. *Povos Indígenas no Brasil 1991/1995*. São Paulo: Instituto Socioambiental;1996. p. i-xii.

Ricardo CA. "Os índios" e a sociodiversidade nativa contemporânea no Brasil. In: Lopes da Silva A, Grupione LD, organizadores. *A Temática Indígena na Escola*. Brasília: MEC/UNESCO/MARI, 1995. p. 29-60.

Rivadeneira L. Insumos sociodemográficos en la gestión de políticas sectoriales. Santiago de Chile:CELADE; 2000.

Salzano FM, Callegari-Jacques SM. South American Indians- A case Study in Evolution. Oxford: Clarendon Press; 1988.

Salzano FM. Padrões de variação biológica e cultural em índios sul-americanos. *Ciência e Cultura* 1975; 27:1202-08.

Salzano FM, Neel JV, Maybury-Lewis D. Further Studies on the Xavante Indians I. Demographic Data on Two Additional Villages: Genetic Structure of the Tribe. *American Journal of Human Genetics* 1967; 19:463-489.

Sanches KRB, Camargo Jr KR, Coeli CM, Cascão AM. Sistemas de Informação em Saúde. In: Medronho RA, Carvalho DM, Bloch KV, Luiz RR, Werneck GL, organizadores. *Epidemiologia*. São Paulo: Editora Atheneu; 2003. p. 337-359.

Santos RV, Flowers NM, Coimbra Jr CEA. Demografia, Epidemias e Organização Social: os Xavante de Pimentel Barbosa (Eténitépá), Mato Grosso. In: Pagliaro H, Azevedo MM, Santos RV, organizadores. *Demografia dos Povos Indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ABEP; 2005. p. 59-78.

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, organizadores. *Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil*, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Abrasco; 2003. p. 13-47.

Santos RV, Escobar AL. (eds.). Saúde dos povos indígenas no Brasil: Perspectivas atuais. *Cadernos de Saúde Pública* 2001;17(2):258-259.

Santos RV, Flowers NM, Coimbra Jr CEA, Gugelmin SA., Tapirs, tractors, and tapes: the changing economy and ecology of the Xavante Indians of Central Brazil. *Human Ecology* 1997; 25:54-566.

Santos RV, Coimbra Jr CEA, Flowers NM, Silva JP. Intestinal parasitism in the Xavante indians, Central Brazil. *Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo* 1995; 37: 145-148.

Santos RV, Coimbra Jr CEA. Contato, mudanças sócio econômicas e a Bioantropologia dos Tupi - Mondé da Amazônia Brasileira.. In: Santos RV, Coimbra Jr CEA, organizadores. *Saúde & Populações Indígenas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1994. p. 189-211.

Santos RV. Resenha do livro South American Indians - A Case Study in Evolution. *Cadernos de Saúde Pública* 1989; 5:117-120.

Santos LB, Innocêncio NR, Guimarães MRS. Vegetação. In: *Geografia do Brasil: Região Centro Oeste*. 4 vol., vol.4, pp. 59-83. Rio de Janeiro: FIBGE; 1977.

Sawyer DO, Soares ES. Child mortality in different contexts in Brazil: variations in the effects of the socio-economic variables. In: *Infant and child mortality in the third world*. Paris:WHO, 1982. p. 145-160.

Simões CCS. Perfis de saúde e de mortalidade no Brasil: uma análise de seus condicionantes em grupos populacionais específicos. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.141p.

Simões CCS. Evolução e perspectivas da mortalidade infantil no Brasil. Estudos & Pesquisas Informação Demográfica e Sócio-econômica, n. 2. Rio de Janeiro, 1999.

Simões CCS, Ortiz LP. A mortalidade infantil no Brasil nos anos 80. In Crise e infância no Brasil: o impacto das políticas de ajustamento econômico. São Paulo: IPE/USP, 1988. p. 243-68.

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(4):853-861.

Sousa MC. Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena: Potencialidades e Limitações [Dissertação de Mestrado]. Cuiabá: Universidade Federal de Mato Grosso; 2005.

Souza LG, Santos RV. Perfil demográfico da população indígena Xavante de Sangradouro-Volta Grande, Mato Grosso (1993-1997), Brasil. Cadernos de Saúde Pública 2001; 17(2):355-365.

Souza LG. Perfil Demográfico dos Xavante de Sangradouro-Volta Grande, Mato Grosso, 1993-1997 [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1999a.

Souza LG, Santos RV. Mortalidade, Fecundidade e Padrão de Assentamento dos Xavante de Sangradouro-Volta Grande, Mato Grosso (1993-1997). Documento de Trabalho, n.º 2. Porto Velho: Centro de Estudos em Saúde do Índio de Rondônia e Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 1999b.

Souza M. A ginecologia e a obstetrícia dos “boróros”. Actas Ciba 1941; nº 12: 338-364.

Steward JH. The native population of South America: In: Steward, JH, editor. Handbook of South American Indians. Vol 5. Washington: Smithsonian Institution; 1949.

Szwarcwald CL, Leal MC, Castilho EA. Mortalidade infantil no Brasil: Belíndia ou Bulgária? Cadernos de Saúde Pública 1997; 13(3):503-516.

Swaroop S, Uemura K. Proportional mortality of 50 years and above: a suggested indicator of the component ‘health including demographic conditions’ in the measurement of levels of living. Bull World Health Organ 1957; 17:439-81.

Teixeira P, Brasil M. Estudo demográfico dos Sateré-Mawé: um exemplo de censo participativo. In: Pagliaro H, Azevedo, MM, Santos RV, organizadores. Demografia dos Povos Indígenas no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ABEP; 2005. p.135:154.

Teixeira P. Sateré-Mawé: Retrato de um Povo Indígena. Brasília: Unicef; 2005.

Thompson WS. Population. American Journal of Sociology 1929, 34:959-975.

Thornton R, Miller T, Warren J. American Indian population recovery following smallpox epidemics. American Anthropologist 1991, 93(1):28-45.

Thornton R. American Indian Holocaust and Survival. Norman: University of Oklahoma Press; 1987.

Ubelaker DH. Patterns of Demographic Change in the Americas. *Human Biology* 1992; 64:361-379.

Vieira Filho JPB. Problemas de aculturação alimentar dos Xavante e Bororo. *Revista de Antropologia* 1981; 24:37-40.

Vieira Filho JPB, Oliveira ASB, Silva MRD, Amaral AL, Schultz RR. Polineuropatia nutricional entre índios Xavante. *Revista da Associação Médica do Brasil* 1997; 43: 82-88.

Vetter D, Simões CCS. O acesso à infra-estrutura de saneamento básico e mortalidade. *Revista Brasileira de Estatística* 1981; 42(165):17-35.

Viertler RB. Alcoolismo entre os Bororo. In: Canesqui, Ana Maria. *Ciências e saúde para o ensino médico*. São Paulo: Hucitec; 2000. p.243-261.

Viertler RB. *A refeição das almas*. São Paulo: Hucitec-Edusp; 1991.

Viertler RB. A noção de pessoa entre os Bororo. *Boletim do Museu Nacional* 1979; 32:20-29.

Wagley C. *Welcome of Tears: The Tapirapé Indians of Central Brazil*. New York: Oxford University Press; 1977.

Wagley C. Cultural influences on populations: a comparison of two Tupi tribes. In: D. Gross, editor. *Peoples and Culture of Native South American Anthropological Reader*. New York: Doubleday/The Natural History Press; 1973. p. 145-158.

Wallace R. Bridging Epidemiology and Demography. In: *Annals of the New York Academy of Sciences. Population Health and Aging: Strengthening the Dialogue Between Epidemiology and demography* 2001; 954:63-75.

Werner D. Fertility and pacification among the Mekranoti of Central Brazil. *Human Ecology* 1983; 11:227-245.

Wood JW. Fertility in anthropological populations. *Annual Review of Anthropology* 1990; 19:211-42.

Zubrow EBW. Demographic anthropology: an introductory analysis. In: Zubrow EBD, editor. *Demographic anthropology*. Santa Fé: School of American Research; 1976. p. 1:25.

