



Pós-Graduação em

Atenção Básica em Saúde da Família

A Saúde da Família Indígena

Módulo Optativo 2

Organizadores:

Leika Aparecida Ishiyama Geniole
Vera Lúcia Kodjaoglanian
Cristiano Costa Argemon Vieira



A Saúde da Família Indígena

PRESIDENTE DA REPÚBLICA
Dilma Rousseff

MINISTRO DE ESTADO DE SAÚDE
Alexandre Padilha

SECRETÁRIO DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE
Milton Arruda Martins

SECRETÁRIO-EXECUTIVO DO SISTEMA UNIVERSIDADE ABERTA
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - UNA-SUS
Francisco Eduardo de Campos

GOVERNADOR DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
André Puccinelli

SECRETÁRIA DE ESTADO DE SAÚDE
Beatriz Figueiredo Dobashi

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL

REITORA
Célia Maria Silva Correa Oliveira

VICE-REITOR
João Ricardo Filgueiras Tognini

COORDENADORA DE EDUCAÇÃO ABERTA E A DISTÂNCIA - UFMS
Angela Maria Zanon

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

PRESIDENTE
Paulo Gadelha

VICE-PRESIDÊNCIA DE GESTÃO E DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL
Pedro Ribeiro Barbosa

UNIDADE FIOCRUZ CERRADO PANTANAL
Rivaldo Venâncio da Cunha

Obra aprovada pelo Conselho Editorial da UFMS - Resolução nº 29/11

CONSELHO EDITORIAL UFMS

Dercir Pedro de Oliveira (Presidente)
Celina Aparecida Garcia de Souza Nascimento
Claudete Cameschi de Souza
Edgar Aparecido da Costa.
Edgar Cézar Nolasco
Elcia Esnarriaga de Arruda
Gilberto Maia
José Francisco Ferrari
Maria Rita Marques
Maria Tereza Ferreira Duenhas Monreal
Rosana Cristina Zanelatto Santos
Sonia Regina Jurado
Ynes da Silva Felix

COLEGIADO GESTOR

SÉRIE



Cristiano Costa Argemon Vieira
Gisela Maria A. de Oliveira
Leika Aparecida Ishiyama Geniole
Sílvia Helena Mendonça de Soares
Vera Lucia Kodjaoglanian

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Coordenadoria de Biblioteca Central – UFMS, Campo Grande, MS, Brasil)

S255 Saúde bucal por ciclos de vida / organizadores: Leika Aparecida Ishiyama Geniole...[et al.]. – Campo Grande, MS : Ed. UFMS : Fiocruz Unidade Cerrado Pantanal, 2011.
191 p. : il. ; 30cm.

ISBN 978-85-7613-347-6
Material de apoio às atividades didáticas do curso de Pós-Graduação em Atenção Básica em Saúde da Família /CEAD/UFMS.

1. Saúde bucal. I. Geniole, Leika Aparecida Ishiyama. II. Fiocruz Unidade Cerrado Pantanal.

CDD (22) 362.1976



A Saúde da Família Indígena

Curso de Pós-Graduação
em Atenção Básica
em Saúde da Família

Organizadores:

Leika Aparecida Ishiyama Geniole
Vera Lúcia Kodjaoglanian
Cristiano Costa Argemon Vieira



GOVERNO FEDERAL

MINISTRO DE ESTADO DE SAÚDE
Alexandre Padilha

SECRETÁRIO DE GESTÃO DO TRABALHO E DA
EDUCAÇÃO NA SAÚDE
Milton Arruda Martins

SECRETÁRIO-EXECUTIVO DO SISTEMA
UNIVERSIDADE ABERTA DO SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE - UNA-SUS
Francisco Eduardo De Campos

COORDENADOR DA UNIVERSIDADE ABERTA DO
SUS - UNA-SUS
Vinicius de Araújo Oliveira

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

PRESIDENTE DA FIOCRUZ
Paulo Gadelha

VICE-PRESIDÊNCIA DE GESTÃO E
DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL
Pedro Ribeiro Barbosa

UNIDADE FIOCRUZ CERRADO PANTANAL
Rivaldo Venâncio da Cunha

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL

REITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL/MS
Célia Maria Silva Correa Oliveira

PRÓ-REITOR DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
Dercir Pedro de Oliveira

COORDENADORA DE EDUCAÇÃO ABERTA E A DISTÂNCIA
Angela Maria Zanon

GOVERNO DE MATO GROSSO DO SUL

GOVERNADOR DE ESTADO
André Puccinelli

SECRETÁRIA DE ESTADO DE SAÚDE / MATO GROSSO DO SUL
Beatriz Figueiredo Dobashi

PARCEIROS

GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA DE CAMPO GRANDE

ASSOCIAÇÃO SUL-MATO-GROSSENSE DE MEDICINA DE
FAMÍLIA E COMUNIDADE

COLEGIADO GESTOR

CRISTIANO COSTA ARGEMON VIEIRA
cargemon@gmail.com

GISELA MARIA A. DE OLIVEIRA
giselamaria2007@hotmail.com

LEIKA APARECIDA ISHIYAMA GENIOLE
leikageniole@terra.com.br

SILVIA HELENA MENDONÇA DE MORAES
silvia.moraes@saude.ms.gov.br

VERA LUCIA KODJAOGLANIAN
esc.fiocruz@saude.ms.gov.br

ORIENTADORES DE APRENDIZAGEM

ALESSANDRO DIOGO DE CARLI
alessandrodecarli@hotmail.com

CATIA CRISTINA MARTINS
catitamartins@hotmail.com

JACINTA DE FÁTIMA P. MACHADO
jacintamachado@hotmail.com

KARINE CAVALCANTE DA COSTA
kdcosta@uol.com.br

MARA LISIANE MORAES SANTOS
maralisi@globo.com

VALÉRIA RODRIGUES DE LACERDA
val99@terra.com.br

EQUIPE TÉCNICA

DANIELI SOUZA BEZERRA
danisb21@yahoo.com.br

LEIDA MENDES CARDOSO
leida.mendes@hotmail.com

MARIA IZABEL SANTANA
izabelsantanasilva@hotmail.com

ROSANE MARQUES
rosanem@fiocruz.br

EQUIPE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO

ALANA MONTAGNA
alana_sgo@hotmail.com

CARLA FABIANA COSTA CALARGE
carla.calarge@gmail.com

DAIANI DAMM TONETTO
dai.dtr@gmail.com

GRETTA SIMONE RODRIGUES DE PAULA
gretta@ibest.com.br

HERCULES DA COSTA SANDIM
herculesandim@gmail.com

JOÃO FELIPE RESENDE NACER
joaofelipern@gmail.com

MARCOS PAULO DOS SANTOS DE SOUZA
mpsouza@gmail.com

TUTORES FORMADORES

ADRIANE PIRES BATISTON
apbatiston@hotmail.com

ALESSANDRO DIOGO DE CARLI
alessandrodecarli@hotmail.com

ALINE MARTINS DE TOLEDO
toledo_am@yahoo.com.br

ANA CAROLINA LYRIO DE OLIVEIRA HASTCHBACH
carolhstschbach@gmail.com

ANA CRISTINA BORTOLASSE FARIAS
abortolasse@bol.com.br

ANA PAULA PINTO DE SOUZA
anapaulapdesouza@hotmail.com

ANGELA CRISTINA ROCHA GIMENES
angelacristinagimenes@bol.com.br

ANA MARTHA DE ALMEIDA PONCE
anamarthap@gmail.com

BEATA CATARINA LANGER
beatalanger@hotmail.com

BRUNNO ELIAS FERREIRA
bruelifer@hotmail.com

CIBELE DE MOURA SALES
cm.sales@terra.com.br

CARMEM FERREIRA BARBOSA
carmenfebar@terra.com.br

CRISTIANY INCERTI DE PAIVA
crisincerti@hotmail.com

CIBELE BONFIM DE REZENDE ZÁRATE
crzarate@yahoo.com.br

DANIELA MARGOTTI DOS SANTOS
daniela_margotti@hotmail.com

DENISE RODRIGUES FORTES
nursedenis@yahoo.com.br

DENIZE CRISTINA DE SOUZA RAMOS
enfdenize@hotmail.com

EDILSON JOSÉ ZAFALON
edilz@uol.com.br

ELIZANDRA DE QUEIROZ VENÂNCIO
elizandra_venancio@hotmail.com

ENI BATISTA DE SOUZA
enibatistadesouza@hotmail.com

ERIKA KANETA
erika@uems.br

ETHEL EBINER ECKERT
etheleckert@hotmail.com

FERNANDA ALVES DE LIMA GOMES
falglima@hotmail.com

FERNANDO LAMERS
fernando.lamers@hotmail.com

GUILHERME APº DA SILVA MAIA
gasmaia@yahoo.com.br

JANIS NAGLIS FAKER
janisfaker@hotmail.com

JUSSARA NOGUEIRA EMBOAVA ORTIZ
juemboava@hotmail.com

LAIS ALVES DE SOUZA BONILHA
laissouza@hotmail.com

LUCIANA CONTRERA MORENO
lucontrera@gmail.com

LUCIANE APARECIDA PEREIRA DE LIMA
luciane.pereiralima@gmail.com

LUCIANO RODRIGUES TRINDADE
lrtrindade37@yahoo.com.br

LUIZA HELENA DE OLIVEIRA CAZOLA
luizacazola@gmail.com

MARCIA CRISTINA PEREIRA DA SILVA
enf_mcristina@yahoo.com.br

MARCIA MARQUES LEAL GARBELINI
marciagarb@hotmail.com

MARISA DIAS ROLAN LOUREIRO
marisarolan@gmail.com

MICHELE BATISTON BORSOI
micheleborsoi@hotmail.com

NADIELI LEITE NETO
nadielileite@yahoo.com.br

PRISCILA MARIA MARCHETTI FIORIN
ppfiorin@hotmail.com

RENATA PALÓPOLI PICOLI
rpicoli@usp.br

RENATA CRISTINA LOSANO FEITOSA
renatafeitosa@brturbo.com.br

RODRIGO LUIZ CARREGARO
rodrigocarregaro@yahoo.com.br

ROSEMARIE DIAS F. DA SILVA
rosemeire.fernandes@hotmail.com

SABRINA PIACENTINI
sabripiacentini@hotmail.com

SALAZAR CARMONA DE ANDRADE
salazar_carmona@hotmail.com

SILVANA DIAS CORREA GODOY
sildiascorrea@hotmail.com

SILVIA HELENA MENDONÇA DE MORAES
silvia.moraes@saude.ms.gov.br

SUZI ROSA MIZIARA BARBOSA
srmiziara@gmail.com

VIRNA LIZA PEREIRA CHAVES HILDEBRAND
vimalizah@hotmail.com

VIVIANE LIMA DE ALBUQUERQUE
vivilaa79@hotmail.com

WESLEY GOMES DA SILVA
wesley.amusical@bo.com.br

TUTORES ESPECIALISTAS

EDUARDO FERREIRA DA MOTTA
efmotta@terra.com.br

LARA NASSAR SCALISE
larascalise@hotmail.com

LEANDRA ANDRÉIA DE SOUZA
souza_leandra@yahoo.com.br

MAISSE FERNANDES O. ROTTA
maissef@hotmail.com

AUTORES

ALBERTINA MARTINS DE CARVALHO
prevprimaria@saude.ms.gov.br

ADELIA DELFINA DA MOTTA S. CORREIA
adeliamotta@yahoo.com.br

ADRIANE PIRES BATISTON
apbatiston@hotmail.com

ALESSANDRO DIOGO DE CARLI
alessandrodecarli@hotmail.com

ANA LUCIA GOMES DA S. GASTAUD
anagastaud@hotmail.com

ANA TEREZA GUERRERO
anaguerrero@fiocruz.br

ANDRÉ LUIZ DA MOTTA SILVA
andremottacs@yahoo.com.br

CATIA CRISTINA VALADÃO MARTINS
catitamartins@hotmail.com

CIBELE BONFIM DE REZENDE ZÁRATE
crzarate@yahoo.com.br

CRISTIANO BUSATO
cristiano.busato@saude.gov.br

CRISTIANO COSTA ARGEMON VIEIRA
cargemon@gmail.com

DANIEL ESTEVÃO DE MIRANDA
mirandacs@yahoo.com.br

DENISE FORTES
nursedenis@yahoo.com.br

DENIZE CRISTINA DE SOUZA RAMOS
enfdenize@hotmail.com

EDGAR OSHIRO
edgar.oshiro@saude.ms.gov.br

EDILSON JOSÉ ZAFALON
edilz@uol.com.br

EDUARDO FERREIRA DA MOTTA
efmotta@terra.com.br

FÁTIMA CARDOSO C. SCARCELLI
sdcrianca@saude.ms.gov.br

GEANI ALMEIDA
sdhomem@saude.ms.gov.br

GRASIELA DE CARLI
grasieladecarli@yahoo.com.br

HAMILTON LIMA WAGNER
hamiltomwagner@terra.com.br

HILDA GUIMARÃES DE FREITAS
sdmulher@saude.ms.gov.br

IVONE ALVES RIOS
saude_da_pd@saude.ms.gov.br

JACINTA DE FÁTIMA P. MACHADO
jacintamachado@hotmail.com

JANAINNE ESCOBAR VILELA
sdidoso@saude.ms.gov.br

JISLAINE GUILHERMINA PEREIRA
jislaine@far.fiocruz.br

KARINE CAVALCANTE DA COSTA
sdfamilia@saude.ms.gov.br

LEIKA APARECIDA ISHIYAMA GENIOLE
leikageniole@terra.com.br

LUIZA HELENA DE OLIVEIRA CAZOLA
luizacazola@gmail.com

LARA NASSAR SCALISE
larascalise@hotmail.com

LEANDRA ANDRÉIA DE SOUZA
souza_leandra@yahoo.com.br

MARIA APARECIDA DA SILVA
saparecida@yahoo.com

MARIA APARECIDA DE ALMEIDA CRUZ
alinutricao@saude.ms.gov.br

MAISSE FERNANDES O. ROTTA
maissef@hotmail.com

MARA LISIANE MORAES SANTOS
maralisi@globo.com

MARIA ANGELA MARICONDI
angela.mar@terra.com.br

MARIA CRISTINA ABRÃO NACHIF
cristinanachif@brturbo.com.br

MARIA DE LOURDES OSHIRO
oshiroml@gmail.com

MICHELE BATISTON BORSOI
micheleborsoi@hotmail.com

PAULO ZARATE
pzp0101@uol.com.br

POLLYANNA KÁSSIA DE O. BORGES
pollyannakassia@hotmail.com

RENATA PALÓPOLI PICOLI
rpicoli@usp.br

RODRIGO FERREIRA ABDO
rodrigoabdo@brturbo.com.br

RUI ARANTES
ruiarantes@fiocruz.br

SAMUEL JORGE MOYSES
s.moyeses@pucpr.br

SONIA MARIA OLIVEIRA ANDRADE
anart.msi@terra.com.br

SUSANE LIMA VARGAS
hiperdia@saude.ms.gov.br

VALÉRIA RODRIGUES DE LACERDA
val99@terra.com.br

VERA LÚCIA SILVA RAMOS
sdadolescente@saude.ms.gov.br

VERA LUCIA KODJAOGLANIAN
esc.fiocruz@saude.ms.gov.br

AGRADECIMENTOS

A Ricardo Ventura Santos, Carlos E. A. Coimbra Jr. e Andrey Moreira Cardoso pela disponibilização dos módulos produzidos para o curso de Vigilância Alimentar e Nutricional para Saúde Indígena da EAD/FIOCRUZ, em que a parte introdutória deste módulo se baseou. Em especial a Ricardo Ventura Santos, pela leitura e revisão final do texto.

A Nelson Carmelo Olazar e equipe técnica do DSEI-MS - Newton Gonçalves de Figueiredo, Roselene Lopes de Oliveira, Cristina Lima Galles, Fabiane de Oliveira Vick, Hildo Penner Gomes, Luciene Alle Cardoso, Sheila Gomes do Prado e Thaís Carlesse - pelas informações e dados disponibilizados.

Os Módulos Optativos são compostos por uma série de 9 módulos com os seguintes temas: Saúde Carcerária, Saúde da Família em População de Fronteiras, Saúde da Família em Populações Indígenas, Assistência Médica por Ciclos de Vida, Saúde Bucal por Ciclos de Vida, Assistência de Enfermagem por Ciclos de Vida, Administração em Saúde da Família, Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, Programação para Gestão por Resultados na Atenção Básica (PROGRAB) e Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ). Os temas dos módulos privilegiam a singularidade dos diferentes profissionais de saúde da família e as particularidades de seus respectivos territórios.

Estes módulos não pretendem esgotar os temas abordados e sim servir como um instrumento orientador, que possa responder as questões mais frequentes que surgem na rotina de trabalho. A sua importância está justificada dentro dos princípios da estratégia de saúde da família que enfatiza que as ações da equipe precisam ser voltadas às necessidades das populações a elas vinculadas. As equipes de saúde da família estão distribuídas em Mato Grosso do Sul, com situações peculiares, como as equipes inseridas em áreas de fronteira, as equipes de saúde que fazem a atenção à população indígena, a população carcerária e suas famílias. São populações diferenciadas, com culturas e problemas próprios, com modo de viver diferenciado, sujeitas a determinantes sociais diferentes, que necessitam ser assistidas por profissionais com competências adequadas à sua realidade.

Desta forma, cada estudante trabalhador do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, pode optar por módulos que lhes interessem diretamente.

Esperamos que os conteúdos apresentados possam ter proporcionado a você, especializando conhecimentos para desenvolver seu trabalho com qualidade desejada e seguindo as diretrizes do SUS, na atenção às diferentes populações, respeitando sua singularidade.



Módulo Optativo 2 A Saúde da Família Indígena

Agradecimentos	15
Apresentação Módulos Optativos	17
Introdução	23
Prefácio	24
Seção 1 - Caracterização dos Povos Indígenas	26
1.1 Características sociodemográficas dos Povos Indígenas no Brasil . . .	31
1.2 Políticas públicas em saúde para os Povos Indígenas.	33
1.3 Sistemas culturais indígenas e atenção diferenciada em saúde.	39
1.4. Condições de saúde dos povos indígenas	42
Seção 2 - A Organização Do Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e sua articulação com o Sistema Único de Saúde em Mato Grosso Do Sul	47
2.1 Características sociodemográficas dos Povos Indígenas do Mato Grosso do Sul	50
2.2 Características epidemiológicas dos povos indígenas em MS.	62
2.3. Condições de saúde dos Povos Indígenas de Mato Grosso do Sul: o que as pesquisas têm a contribuir?	68
Literaturas Recomendadas	75
Considerações Finais.	78
Referências	81

MÓDULOS OPTATIVOS



MÓDULO OPTATIVO 2

A SAÚDE DA FAMÍLIA INDÍGENA

AUTORES

Juliana Fernandes Kabad
Renata Palópoli Pícoli
Rui Arantes



Sobre os Autores:

Juliana Fernandes Kabad

Cientista social graduada pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS, 2007), pós-graduada em Indigenismo e Desenvolvimento Sustentável pela Universidade de Brasília (UnB, 2009) e mestre em Epidemiologia em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz, 2011) atuando junto à subárea de pesquisa em Epidemiologia, Etnicidade e Saúde.

Renata Palópoli Pícoli

Graduada em Fonoaudiologia pela Universidade Católica Dom Bosco (2001). Mestrado em Saúde Coletiva pela Faculdade de Medicina de Botucatu/ Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (2005). Doutorado em Saúde Pública na Faculdade de Saúde Pública/Universidade de São Paulo (2008). Professora e Coordenadora geral do Programa de Interação Ensino-Serviço-Comunidade do curso de medicina da Universidade Anhanguera-Uniderp. Tutora formadora do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família/UFMS/FIOCRUZ.

Rui Arantes

Possui graduação em odontologia pela Universidade Paulista (1987), Mestrado (1987) e Doutorado (2005) em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Pública, atuando principalmente nas subárea de pesquisa em Epidemiologia e em Saúde Bucal dos Povos Indígenas.

O Brasil possui cerca de 230 povos indígenas distribuídos em praticamente todo o território nacional. Segundo dados da Fundação Nacional de Saúde (2010), existem aproximadamente 580 mil indígenas, falantes de 180 línguas distintas, porém, a depender da fonte, esse quantitativo pode variar de 350 a 734 mil pessoas, não ultrapassando o correspondente a 0,5% da população nacional (PAGLIARO et al., 2005). Contudo, ainda que esse contingente possua uma pequena representação no conjunto da população brasileira como um todo, ele apresenta uma significativa diversidade sociocultural, conforme veremos adiante.

O contingente populacional indígena no Estado do Mato Grosso do Sul é expressivo, representando o segundo estado brasileiro com maior população indígena do Brasil. Isso faz com que os serviços de saúde tenham continuamente uma demanda de atendimento dessas populações com especificidades étnicas próprias em relação ao perfil epidemiológico, às concepções de saúde e doença que permeiam suas práticas e aos determinantes socioculturais que interferem nas suas condições de saúde.

Este módulo apresenta duas partes. A primeira aborda os aspectos gerais a respeito dos povos indígenas como um todo no Brasil e a inserção da política pública de saúde indígena no Sistema Único de Saúde (SUS). A segunda parte apresenta as principais características socioculturais e demográficas dos povos indígenas em Mato Grosso do Sul e uma breve caracterização das condições de saúde dessa população.

O objetivo do conteúdo é instrumentalizar os alunos a respeito dos aspectos básicos que caracterizam o funcionamento do atual Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, que é parte integrante do SUS. Como o público-alvo do curso é o profissional de saúde que atua na rede de serviços e que certamente se depara com um paciente indígena, pretende-se suscitar no aluno a compreensão da importância de existir uma política de saúde destinada aos povos indígenas, que trabalhe de modo intersetorial e articulado com diferentes instâncias governamentais, em respeito às diversidades étnicas e aos direitos indígenas garantidos pela Constituição Federal de 1988.

Esta obra apresenta aspectos gerais sobre os povos indígenas do Brasil, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e resultados de estudos que nos dão um panorama da ampliação das pesquisas realizadas nos últimos anos junto aos povos indígenas de Mato Grosso do Sul, destacando o esforço investigativo empregado nas diferentes instituições de ensino e pesquisa do Estado.

É evidente a importância e a contribuição deste módulo no oferecimento de subsídios para uma melhor compreensão desta complexa realidade, especialmente no momento de mudanças por que passa o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, com a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena, que tem como missão a proteção, a promoção e a recuperação da saúde dos povos indígenas, a gestão da saúde indígena, bem como orientação no desenvolvimento das ações de atenção integral e de educação em saúde segundo as peculiaridades, o perfil epidemiológico e a condição sanitária de cada Distrito Sanitário Especial Indígena, em consonância com as políticas e programas do Sistema Único de Saúde - SUS.

Julgo que este material nos traz uma contribuição que vai além dos objetivos propostos pelo módulo, pois oferece aos leitores um conjunto de informações com uma linguagem que promove a compreensão dos conceitos básicos, das peculiaridades dos diferentes povos indígenas e dos resultados das pesquisas desenvolvidas, ao mesmo tempo em que instrumentaliza o leitor para a reflexão a respeito do tema com a seriedade e a densidade necessária, fornecendo fontes de onde os que utilizarem esta obra poderão recorrer em um estudo mais aprofundado.

Este módulo representa o interesse e a necessidade de ampliar os conhecimentos sobre os povos indígenas que aqui vivem e as mudanças por que passam. Sua leitura pode, dentre outras contribuições, subsidiar o estabelecimento de uma interação respeitosa junto às comunidades indígenas e auxiliar os profissionais em suas práticas diante de grupos que pouco conhecem, mas que muitas vezes terão a responsabilidade de intervir.

Por último, aos autores do módulo os agradecimentos pela contribuição que apresentam, na construção de um material pedagógico cuidadoso sobre um tema tão importante e urgente pelas situações de violação de direitos que ainda vivem os povos indígenas deste estado.

Dulce Lopes Barboza Ribas
Grupo de Estudos e Pesquisas em Populações Indígenas
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Seção 1 - CARACTERIZAÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS

A hipótese mais difundida e aceita sobre a origem dos povos indígenas do continente americano considera que a América foi ocupada há aproximadamente 15 e 25 mil anos por grupos humanos oriundos da Ásia, que adentraram o continente via terrestre através do estreito de Bering, localizado no extremo norte do continente. (SANTOS *et al.*, 2007). Sendo assim, ao longo de milhares de anos, esses grupos de migrantes ocuparam todo o território americano, desenvolvendo estratégias de manejo de recursos naturais nos mais diferentes biomas. As diferentes sociedades originadas deste processo de ocupação formaram um dos mais ricos e diversificados patrimônios socioculturais do planeta.

As definições sobre povos indígenas foram construídas na medida em que se tornou necessário elaborar conceitos que oferecessem explicações a respeito da diversidade de populações humanas existentes. Essas definições variam em função das construções socioantropológicas e das relações históricas de contato destes povos com os colonizadores em seus diferentes contextos. É importante compreender que a atuação do Estado perante os povos indígenas, atualmente, está embasada por uma compreensão conceitual e legal a respeito dos mesmos, tanto no contexto nacional quanto internacional.

De modo a oferecer uma síntese conceitual e que vale para diferentes contextos no mundo, a Organização das Nações Unidas (ONU) adota uma definição de povos indígenas, que diz o seguinte

Comunidades, povos ou nações indígenas são aqueles que, apresentando uma continuidade com sociedades pré-coloniais que se desenvolveram em seus territórios no passado, consideram-se diferentes de outros segmentos que, na atualidade, predominam nesses territórios, ou

em parte deles. Constituem segmentos não dominantes da sociedade e manifestam o compromisso de preservar e desenvolver suas culturas e transmitir para gerações futuras seus territórios ancestrais, suas identidades étnicas, tendo por base sua existência contínua como povos, de acordo com seus padrões culturais, instituições sociais e sistemas jurídicos.

No Brasil, o arcabouço legal que trata sobre a questão indígena tem-se modificado nas últimas décadas. O Estatuto do Índio (Lei n. 6001, de 19 de Dezembro de 1973) define “índio” como

Todo indivíduo de origem e ascendência pré-colombiana que se identifica e é identificado como pertencente a um grupo étnico cujas características culturais o distinguem da sociedade nacional. (BRASIL, 1973: pág. Artigo 3º).

Esse documento considera os “índios” como sendo relativamente incapazes e deveriam ser tutelados pelo Estado até serem integrados à comunhão nacional, pelo fato de que, até então, acreditava-se que as culturas e sociedades indígenas estavam fadadas ao desaparecimento, conforme fossem estabelecendo relações próximas com a sociedade nacional como um todo. Atualmente, a ideia de integração cultural das sociedades indígenas à sociedade nacional está ultrapassada. Essa noção foi sendo substituída pelo entendimento de que a identidade cultural é elaborada constantemente, através de um processo dinâmico de mudança que coexiste entre a manutenção e reelaboração da tradição e a aquisição de novos valores e práticas, a partir da relação com sociedades distintas, o que não desqualifica determinada identificação étnica (DAMATTA, 1978). Portanto, mesmo com as significativas modificações socioculturais no interior das sociedades indígenas, nos mais diferentes aspectos, a distinção étnica permanecerá existindo.

Da mesma forma, não é possível a generalização a respeito dos povos indígenas, tratando-os somente enquanto “índios” ou “indígenas” uma vez que são distintos entre si e nas relações que estabelecem com a sociedade nacional.

Além disso, os crescentes movimentos sociais indígenas, a partir da década de 1970, impulsionaram importantes mudanças na relação entre Estado e povos indígenas e, conseqüentemente, no curso das políticas públicas indigenistas. Existe uma nova proposta de Estatuto dos Povos Indígenas, que está em tramitação no Congresso Nacional, com um texto que se aproxima dos atuais dispositivos conceituais e legais a respeito dos povos indígenas no Brasil.

No plano legal mais atual, a Constituição Federal de 1988 rompe com essa tendência assimilacionista e institui no país o Estado Pluriétnico (PEREIRA, 2002), segundo o qual, sob essa nova perspectiva, os povos indígenas já não teriam que ser incorporados à comunhão nacional, ou serem forçados a assimilar a nossa cultura. Ao contrário, o Capítulo VIII, “Dos índios”, Artigo 231, determina:

São reconhecidos aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os seus bens (Brasil, 1988).

No texto constitucional, a referência às terras indígenas aparece como eixo central na garantia da sociodiversidade dos povos indígenas, de modo que sejam garantidos os seus territórios considerados tradicionais. Anterior à Constituição, a definição das terras indígenas não levava em conta a noção territorial própria de cada etnia, que abrange tanto a necessidade de subsistência alimentar e econômica, quanto de reprodução biológica e sociocultural das sociedades indígenas (OLIVEIRA, 1998).

No plano internacional, é importante ressaltar a publicação da Convenção 169 sobre os Povos Indígenas e Tribais da Organização Internacional do Trabalho (OIT), que foi ratificada pelo Estado Brasileiro em 2003. A convenção oficializou o termo *povos* para se fazer referência às populações indígenas, ou seja, entendendo-as como nações com organizações políticas, econômicas e socioculturais próprias e, por isso, seus direitos devem ser assegurados, reconhecendo

[...] As aspirações desses povos a assumir o controle de suas próprias instituições e formas de vida e seu desenvolvimento econômico, e manter e fortalecer suas entidades, línguas e religiões, dentro do âmbito dos Estados onde moram. (RIOS, 2002, p. 70).

Essa convenção, que representou uma expressiva mudança na perspectiva do direito internacional, dispõe também quanto à ocupação territorial das populações indígenas.

Em termos institucionais, a Fundação Nacional do Índio (FUNAI), criada em 1967 em substituição ao antigo Serviço de Proteção ao Índio, de 1910, e vinculada ao Ministério da Justiça, é o órgão responsável pela proteção dos direitos indígenas e pelo processo de reconhecimento, demarcação e homologação de suas terras. Ao longo desse processo de mudança da relação do Estado com os povos indígenas, a FUNAI também modificou o conjunto das suas atribuições, sendo que, atualmente, outros ministérios e autarquias também são responsáveis pela execução de políticas públicas para as populações indígenas, como nas áreas da saúde e educação.

Com a mudança de perspectiva no plano legal e com a criação de diversas políticas públicas destinadas aos povos indígenas em diferentes áreas, as condições de vida e de saúde desses povos obtiveram significativas melhoras em vários aspectos, porém ainda existem muitos desafios, principalmente

no que diz respeito às constantes formas de preconceito, discriminação e violência que continuam sofrendo, o que traz à tona os problemas encontrados na relação desses povos com a sociedade nacional como um todo.



VAMOS REFLETIR!

Considerando a perspectiva no plano legal de reconhecimento do Estado Pluriétnico e da identidade cultural reflita:

Como se dá a relação e a convivência entre os indígenas e não indígenas nos municípios do Estado? Há o reconhecimento de sua identidade cultural? Qual a diferença entre a cultura no senso comum e cultura na acepção antropológica? O que é preconceito? Quais as consequências do preconceito para os povos indígenas? Em que medida o preconceito reflete uma postura de dominação e um discurso etnocêntrico?

Para saber mais, consulte: SAHLINS, Marshall O “pessimismo sentimental” e a experiência etnográfica: por que a cultura não é um “objeto” em via de extinção. *Mana*, São Paulo, v.3, n.3, p. 41-73, 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/mana/v3n2/2442.pdf>. Acesso em 15 jul. 2011.

1.1 Características sociodemográficas dos Povos Indígenas no Brasil¹

São reconhecidos no Brasil aproximadamente 233 grupos diferentes, que se expressam através de 180 línguas indígenas. Esse grande mosaico sociocultural representa mais da metade de todos os grupos indígenas da América latina e do Caribe, sendo que a sociodiversidade entre os povos indígenas brasileiros é uma de suas principais características. Outra característica marcante diz respeito ao fato de serem grupos populacionais considerados pequenos, também definidos como “microssociedades” (SANTOS *et al.*, 2007). De todos os povos indígenas do Brasil, 50% têm uma população de até 500 pessoas; 40% de 500 a 5 mil; 9% de 5 mil a 20 mil; e apenas 0,4% (9 grupos) com mais de 20 mil pessoas. Existem, ainda hoje, evidências de vários povos indígenas que conseguem se manter relativamente isolados da sociedade nacional e sua presença só é verificada e monitorada pelos sinais de ocupação que deixam por onde passam e por informações transmitidas por outros grupos indígenas, por regionais e por pesquisadores. A FUNAI já confirmou a existência de 20 grupos isolados. (INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL, 2000).

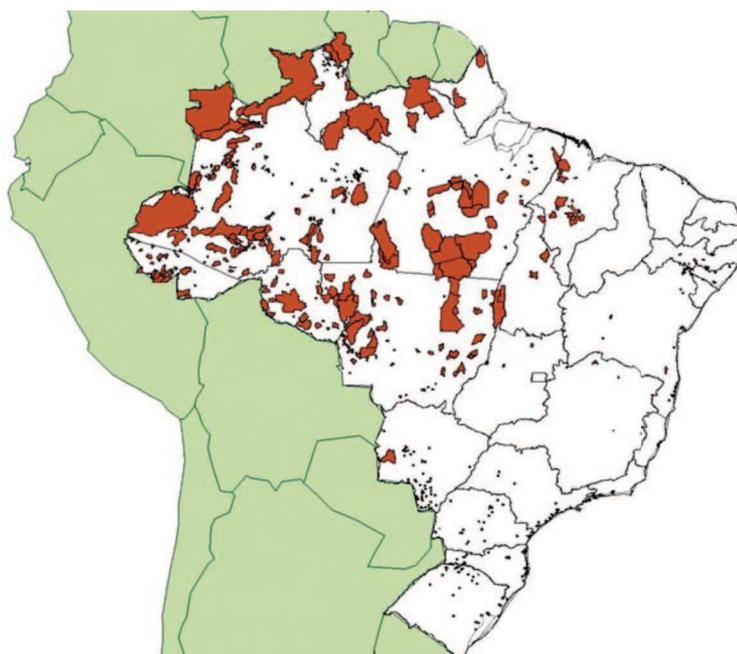
Estima-se que, na época da chegada dos primeiros colonizadores europeus, havia entre 800 mil a 5 milhões de indígenas vivendo no que hoje é o território brasileiro. Atualmente, segundo a Fundação Nacional do Índio (FUNAI), existem no Brasil aproximadamente 345 mil pessoas vivendo em aldeias situadas nas terras indígenas oficiais, e entre 100 e 190 mil indígenas residentes fora destas, totalizando entre 445 e 535 mil pessoas. Para a Fundação Nacional de Saúde

¹ A forma de grafar o nome de povos indígenas apresenta uma grande variabilidade. Neste texto adotamos a convenção da Associação Brasileira de Antropologia (ABA, 1954) que utiliza inicial maiúscula para identificar o nome dos povos indígenas e sem flexão de gênero e de número (SANTOS *et al.*, 2007).

(FUNASA), a população indígena aldeada em 2010 é de cerca de 580 mil pessoas. Os dados do IBGE indicam um total de 734 mil pessoas no Brasil que se autodeclararam indígenas no censo de 2000, sendo 383 mil vivendo em áreas urbanas e 351 em áreas rurais (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2005). O IBGE utiliza a metodologia de autodeclaração para a variável raça/cor, ou seja, a própria pessoa se autoclassifica para o recenseador dentro das cinco categorias: branco, preto, pardo, amarelo e indígena. Como podemos observar, o contingente populacional indígena no Brasil pode variar de acordo com a fonte consultada, entretanto todas elas apontam para uma proporção de indígenas menor que 1% em relação ao contingente populacional do país.

Os povos indígenas estão distribuídos em 655 terras indígenas, conforme a figura 01, e ocupam em torno de 13% do território nacional; 98,6% delas estão situadas na Amazônia Legal, onde vivem 60% de toda a população indígena. Somente 1,4% das terras indígenas estão situadas nas regiões Sul, Sudeste e Nordeste e no estado do Mato Grosso do Sul (INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL, 2000).

Figura 01 - Distribuição das terras Indígenas no Brasil



Fonte: SANTOS *et al.*, 2007

1.2 Políticas públicas em saúde para os Povos Indígenas

Santos *et al.* (2008) fazem uma breve sistematização da trajetória das políticas públicas voltadas para a saúde dos povos indígenas no Brasil e ressaltam que, somente em meados do século XX, o governo brasileiro começou a oferecer um serviço regular de atenção à saúde aos indígenas. Esta iniciativa se deu através do Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA) que oferecia, não só aos indígenas, mas também à população rural do Brasil, o diagnóstico, prevenção e tratamento de doenças endêmicas. Apesar de ter tido pouco impacto sobre a saúde da população, este serviço teve atuação relevante na redução da mortalidade frente a situações de epidemias.

Em 1967, com a criação da FUNAI, os serviços de saúde passaram a ser oferecidos à população indígena através de uma divisão de saúde existente dentro deste órgão. O modelo de atenção foi organizado através de Equipes Volantes de Saúde (EVS), que deveriam prestar serviços de atenção primária na região sob sua responsabilidade. Cada equipe era composta por médico, enfermeiro, odontólogo e técnico de laboratório. Esse modelo, além de ter um alto custo, foi pouco eficiente devido à escassez crônica de medicamentos e equipamentos básicos e à alta rotatividade profissional.

Santos *et al.* (2008) destacam que, devido à crise institucional da FUNAI, nas décadas de 1980 e 1990 a atenção à saúde dos povos indígenas passa por um período de muita instabilidade, quando até os serviços mais básicos, como a vacinação da população, sofrem descontinuidade. Os autores apontam que até o final da década de 1990 não havia no país uma política de saúde indígena. As ações oferecidas pelo governo consistiam em iniciativas isoladas, sem integração aos serviços e programas nacionais coordenados pelo Ministério da Saúde.

O Movimento da Reforma Sanitária no Brasil, que emergiu ao longo da década de 1980, discutiu a Política de Saúde e o

Modelo de Atenção à Saúde no país. Essa discussão culminou na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986, que foi um marco do movimento da Reforma Sanitária, pois definiu as diretrizes e princípios para um sistema público de saúde do Brasil. Com a promulgação da Constituição de 1988 e, posteriormente, com aprovação da Lei Orgânica da Saúde (lei 8.080/1990), instituiu-se a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) seguindo as diretrizes e princípios propostos na 8ª CNS.

Simultaneamente à 8ª CNS, ocorreu a 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, que indicou a necessidade da criação de uma política pública específica para atender os povos indígenas, a ser coordenada pelo Ministério da Saúde por meio de um subsistema de serviços vinculado ao SUS. Em 1992, na 9ª CNS foi reafirmada essa proposta e aprovado um modelo diferenciado de atenção à saúde indígena, articulado ao SUS e organizado na forma de Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI).

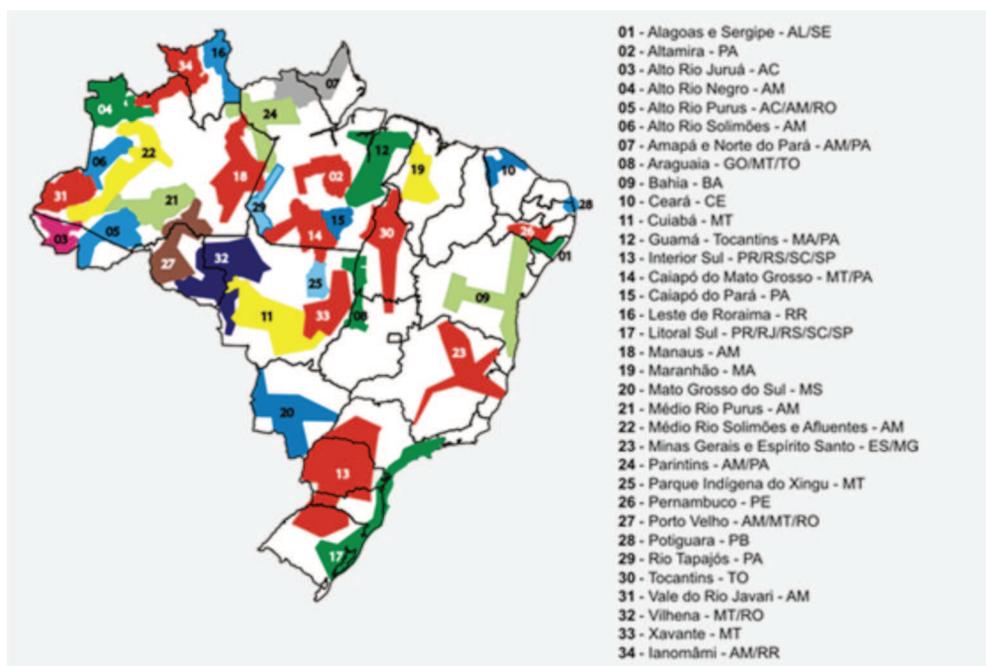
A proposta foi regulamentada pelo Decreto n.º 3.156, de 27 de agosto de 1999, que dispõe sobre as condições de assistência à saúde dos povos indígenas, e pela Lei nº 9.836/99, de 23 de setembro de 1999 - conhecida como Lei Arouca -, que estabelece o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do SUS. Como os direitos indígenas têm sede constitucional e são de competência federal, cabe ao Ministério da Saúde a responsabilidade pela gestão e direção da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASI), que passa a integrar a Política Nacional de Saúde, compatibilizando a Constituição Federal e as determinações das Leis Orgânicas da Saúde, que reconhecem aos povos indígenas suas especificidades étnicas e culturais e seus direitos territoriais.

Desse modo, cabe à FUNASA a responsabilidade por compreender os DSEI em sua estrutura orçamentária e administrativa e, por consequência, é a autarquia do Ministério da Saúde que responde pela execução da atenção primária nas

aldeias indígenas. O DSEI é, portanto, uma unidade organizacional do Subsistema de Saúde Indígena, e sua abrangência de atuação não se restringe às unidades de federação e sim à localização geográfica dos povos indígenas, conforme demonstra a figura 02. Segundo a definição da PNASI (2002), o DSEI consiste em um

[...] modelo de organização de serviços - orientado para um espaço etnocultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado -, que contempla um conjunto de atividades técnicas, visando a medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência, com controle social. (PNASI, 2002: 13).

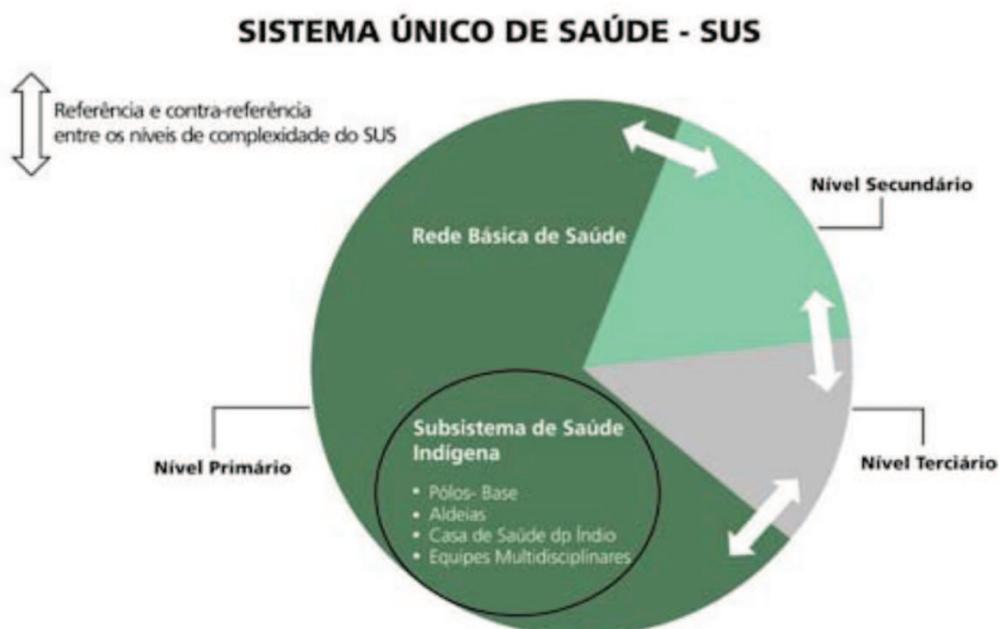
Figura 02 - Localização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas



Fonte: FUNASA/DSEI-MS, 2010.

As ações executadas pelo DSEI devem estar articuladas com a rede do Sistema Único de Saúde - SUS, para referência e contrarreferência, e o atendimento de Atenção Primária é realizado pelas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), nos moldes da Estratégia Saúde da Família (ESF), que fazem visitas domiciliares e atendimento nos Postos de Saúde localizados nas aldeias, considerando sempre as especificidades socioculturais e epidemiológicas das comunidades onde atuam. A articulação entre o Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e o Sistema Único de Saúde deve acontecer no âmbito local e regional de modo a garantir aos indígenas o acesso ao atendimento primário, secundário e terciário em saúde, conforme ilustra a figura 3. O acesso aos serviços de saúde de média e alta complexidade é realizado por meio das Casas de Atenção à Saúde Indígena (CASAI's), unidades de saúde de apoio intermediário localizadas nas cidades onde se encontram as referências do SUS - ou próximas a elas-, que permitem o traslado do paciente indígena até a unidade de referência.

Figura 03 - Fluxo de referência e contrarreferência entre o Subsistema e o SUS



Fonte: Santos et al., 2008

Uma recente modificação vem sendo feita em relação à política de atenção à saúde dos povos indígenas no Brasil. Em março de 2010, o presidente da República, Luís Inácio Lula da Silva, assinou a Medida Provisória 483/2010, transferindo a competência da saúde indígena da FUNASA para uma nova Secretaria de Saúde Indígena. A proposta é de que a Secretaria de Saúde Indígena comporá a estrutura central do Ministério da Saúde, assumindo a responsabilidade por elaborar, propor e implantar as políticas públicas de promoção e proteção da saúde indígena, atribuições até então reservadas à FUNASA. A Secretaria irá funcionar baseada em um novo modelo de gestão. Entretanto essa proposta está na dependência da publicação de um decreto que definirá as competências da Secretaria, sua estrutura de organização e execução descentralizada por meio dos DSEI.

Quadro 01 - Princípios legais na trajetória da construção de políticas públicas em saúde para os povos indígenas

Temas/Documentos	Assuntos
Decreto nº. 23/1991	Transfere da FUNAI para o Ministério da Saúde a responsabilidade pela coordenação das ações de saúde para os povos indígenas.
Decreto nº. 1.141/1994	Constitui a Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI) e devolve a coordenação da saúde indígena para a FUNAI, que fica responsável pelo componente curativo enquanto o Ministério da Saúde se encarrega das ações de prevenção (revoga o Decreto nº 23/1991).
Decreto nº. 3.156 / 1999	Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas no âmbito do Sistema Único de Saúde, pelo Ministério da Saúde; altera dispositivos dos Decretos nº 564, de 8 de junho de 1992, e 1.141, de 19 de maio de 1994, e dá outras providências.

Lei nº. 9.836/1999 ou Lei Arouca	Institui, no âmbito do SUS, o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, que cria regras de atendimento diferenciado e adaptado às peculiaridades sociais e geográficas de cada região.
Portaria nº. 852/1999, do Ministério da Saúde	Cria os Distritos Sanitários Especiais Indígenas
Portaria nº. 1.163/1999, do Ministério da Saúde	Dispõe sobre as responsabilidades na prestação de assistência à saúde dos povos indígenas no Ministério da Saúde.
Resolução nº. 304/2000, do Conselho Nacional de Saúde	Aprova as normas para pesquisas envolvendo seres humanos na área da saúde indígena.
Portaria nº. 479/2001, da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA)	Estabelece as diretrizes para a elaboração de projetos de estabelecimento de saúde, abastecimento de água, melhorias sanitárias e esgotamento sanitário em áreas indígenas.
Portaria nº. 254/2002, do Ministério da Saúde	Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.
Portaria nº. 69/2004, da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA)	Dispõe sobre a criação do Comitê Consultivo da Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, vinculado à FUNASA.
Portaria nº. 70/2004, da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA)	Aprova as diretrizes da gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.
Portaria nº. 2.656/2007	Substitui a Portaria 1163/99 e estabelece as responsabilidades na prestação da atenção à saúde dos povos indígenas no Ministério da Saúde e regulamentação dos Incentivos de Atenção Básica e Especializada dos Povos Indígenas.
Medida Provisória 483/2010	Transfere a competência da Saúde Indígena da FUNASA para a Secretaria de Saúde Indígena, ligada ao MS.

Fonte: Adaptado de Santos et al., 2008.



VAMOS REFLETIR!

Identifique no local em que você trabalha, quais as ações de saúde que o órgão realiza, quais as suas funções enquanto profissional de saúde e quais são as atribuições institucionais em relação ao atendimento em saúde aos povos indígenas.

1.3 Sistemas culturais indígenas e atenção diferenciada em saúde

Concepções sobre saúde e doença são inerentes às sociedades humanas, fazem parte do pensar e do agir em busca da cura ou da manutenção da saúde, sempre nos limites da compreensão humana. Desde a antiguidade, as civilizações desenvolveram modelos explicativos sobre o processo de saúde e doença. Dependendo das crenças, do conhecimento técnico e científico ou paradigmas que orientaram sua formulação, esses modelos poderiam ter determinantes físicos, metafísicos, naturais, sociais, individuais e/ou coletivos.

Da mesma forma, os povos indígenas possuem, com base em seu sistema cultural, crenças, visão de mundo e em suas próprias concepções de saúde e doença, um “sistema médico” específico, com noções e conceitos particulares de saúde e doença, de transmissão e de cura, compatíveis com sua etnomedicina. Existe, portanto, entre esses povos, uma extensa variedade de conhecimentos que estão associados ao cuidado com a saúde e com o corpo, como por exemplo, os sistemas de parto e os conhecimentos e manipulação de plantas medicinais, entre outros. Tais saberes e práticas se remetem a outros sistemas culturais, sejam religiosos, políticos, territoriais, que geralmente estão interrelacionados, ou seja, os sistemas médicos se inserem no conjunto de um sistema cultural de uma

sociedade como um todo.

Conforme Ferreira (2007), os sistemas médicos tradicionais indígenas estão imersos em contextos étnicos particulares, nos quais o conjunto de saberes e práticas que promovem a saúde, previnem e curam doenças está associado à religião, à política, à economia, à arte, entre outros aspectos. No entanto, vale ressaltar que a noção de tradicional não se restringe a uma configuração do passado, mas sim à identidade do grupo, que é necessariamente dinâmica e composta por elementos próprios, capazes de permitir a caracterização étnica.

Diversos autores enfatizam a necessidade de compreensão dos sistemas médicos específicos de cada sistema cultural, visando entender os itinerários terapêuticos e suas concepções de saúde e doença, para que, ao implantar práticas de assistência à saúde, estas sejam culturalmente adequadas e surtam efeitos positivos na população atendida (LANGDON, 1994; CONKLIN, 1994).

[...] Quando a medicina ocidental e as doenças desconhecidas são introduzidas às sociedades indígenas, são interpretadas e praticadas de acordo com o padrão cultural de seu sistema médico tradicional. O grau de receptividade à medicina ocidental depende destes conceitos e das práticas estranhas não serem antagônicas às noções sobre corpo humano, sobre causa e prevenção das doenças (CONKLIN, 1994:161).

O Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas deve ser entendido neste contexto de percepção antropológica a respeito do processo saúde-doença. A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, reconhecendo a sua diversidade social e cultural, preconiza “[...] o respeito às concepções, valores e práticas relativos ao processo saúde-doença próprios a cada sociedade indígena e aos seus diversos

especialistas” (PNASI, pág. 18). Desse modo, a PNASI preconiza também a existência de uma articulação entre os sistemas médicos (indígenas e biomédicos), partindo do entendimento de que a diferenciação entre os sistemas médicos, seja indígena ou ocidental, está associada a uma gama de concepções e práticas que dizem respeito ao arcabouço cultural da sociedade de onde emerge.

Nesse sentido, de modo a garantir a articulação dos sistemas médicos, a PNASI inaugura a concepção de atenção diferenciada, em que a política de saúde deve adotar “[...] *um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços - voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde - , que garanta aos índios o exercício de sua cidadania nesse campo”* (PNASI, 2002, pág. 06). Este é o princípio norteador da atual organização dos serviços de saúde, ainda que, na prática, permanecem existindo problemas de diferentes naturezas que inviabilizam o efetivo cumprimento desse princípio em sua totalidade.



VAMOS REFLETIR!

Caro especializando, baseado na leitura realizada e nas suas experiências junto às comunidades indígenas do Estado reflita: Você conhece o sistema médico tradicional da comunidade indígena? Nesta comunidade existe a figura do cacique, benzedeira, parteira, pajé? Se sim, quando eles são procurados pela comunidade? Você identifica na comunidade outras pessoas que são conhecedoras do sistema médico tradicional? Você sabe qual o significado de saúde para o indígena, sua rede de parentesco e sua comunidade? E quanto aos significados atribuídos às doenças mais comuns (diarréia, desnutrição, tuberculose etc.)? E a(s) causalidade(s) destas doenças? Quais os itinerários terapêuticos utilizados pelo indígena na ocorrência destas doenças? Qual a importância em conhecer estes elementos do sistema tradicional na aplicação de uma atenção diferenciada?

1.4. Condições de saúde dos povos indígenas

O quadro epidemiológico dos povos indígenas no Brasil era pouco conhecido até o final da década de 1990. As informações demográficas e epidemiológicas disponíveis para este segmento populacional eram escassas e não permitia estimar minimamente os principais indicadores de saúde. Segundo Coimbra Jr & Santos (2000) a situação de “*invisibilidade*” demográfica e epidemiológica dificultava a formulação de políticas públicas que pudessem reduzir as desigualdades em saúde entre índios e não-índios.

Juntamente com o processo de implantação do Subsistema foi desenvolvido o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI). O SIASI, apesar de ainda apresentar muitas falhas em seu funcionamento está contribuindo para gerar informações demográficas e de morbidade nos diversos DSEI do Brasil. Ele é estruturado em módulos, entretanto nem todos os módulos estão em funcionamento. Atualmente somente os módulos demográfico, de morbidade e de imunização estão em pleno funcionamento, assim mesmo em diferentes graus de implantação nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI).

Em função da diversidade sociocultural existente entre os povos indígenas do Brasil e dos diferentes processos de contato que cada povo vem estabelecendo com os não-indígenas, os determinantes do processo saúde-doença são muito diversificados e específicos para cada povo, resultando em um quadro epidemiológico bastante complexo. De modo geral, sabe-se que as doenças infecciosas e parasitárias permanecem como importante causa de morbimortalidade. Ao mesmo tempo, vem ocorrendo um variado processo de transição, no qual novos agravos passam a exercer forte pressão sobre os perfis de adoecimento e morte pré-existentes. É o caso das doenças crônicas não transmissíveis, dos transtornos mentais e comportamentais e das causas externas de adoecimento e morte.

Recentemente foi finalizado o I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos povos indígenas do Brasil, esta pesquisa consistiu na mais abrangente e detalhada investigação realizada no Brasil sobre as condições de vida e o perfil nutricional das crianças e mulheres indígenas. Os resultados do inquérito revelam diferenças importantes entre os perfis de saúde de indígenas das diferentes macrorregiões do país. O sobrepeso e a obesidade é um problema relevante na região Centro-Oeste onde atingem mais de 50% das mulheres indígenas, na região Norte este problema não é tão expressivo. Em relação às crianças de zero a cinco anos foi observado, que a desnutrição, constitui um problema sério que atinge um terço das crianças indígenas de todas as regiões do país. Na região Norte a prevalência de desnutrição pode chegar a 40% (ABRASCO, 2009).

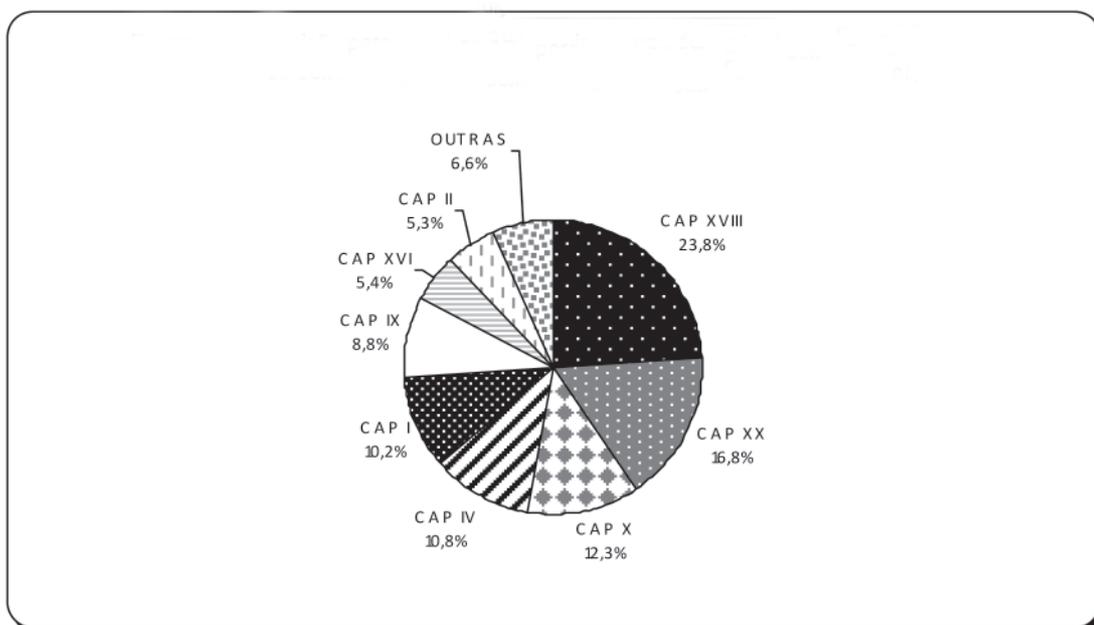
Basta et al. (2010, no prelo) reuniram algumas informações e indicadores de saúde disponíveis na literatura e em bancos de dados oficiais com o objetivo de descrever e analisar os padrões de adoecimento e morte dos povos indígenas no Brasil contemporâneo. Os autores apresentam algumas considerações a respeito de dois indicadores de saúde, muito utilizados para avaliação das condições de saúde das populações, as taxas de mortalidade por causas específicas e as taxas de mortalidade infantil.

O Gráfico 03 abaixo apresenta a distribuição percentual das principais causas de mortalidade em indígenas no Brasil (ambos os sexos), segundo a classificação por capítulos da CID-10², para o ano de 2002. Segundo os autores, os dados disponibilizados

2 Décima edição da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10). Trata-se de um sistema internacional de classificação e categorização de entidades mórbidas, que visa agrupar um determinado conjunto de afecções, em uma linguagem universal, de modo a facilitar a sua aplicação com fins epidemiológicos, estatísticos e de gestão de recursos administrativos na área de saúde. Neste texto foi priorizada a apresentação e discussão dos dados, segundo a classificação por capítulos da CID-10.

pela FUNASA (2003) mostram elevado percentual por causas mal definidas, denotando insuficiente assistência à saúde dos indígenas (Gráfico 3). A segunda principal causa de morte, que contabilizou 16,8% das notificações, recaiu sobre as causas externas de morbidade e de mortalidade, as quais se concentraram em aproximadamente 60% dos indivíduos com idades entre 10,0 e 39,9 anos. Do total de mortes classificadas neste capítulo, 26,6% foram devidas ao suicídio, 24,5% aos acidentes e 23,9% às agressões. Estes valores, além de expressivos em termos numéricos sinalizam mudanças nos padrões de mortalidade dos povos indígenas no Brasil. As causas de mortalidade entre indígenas parecem estar cada vez mais relacionadas com problemas sociais de maior complexidade, como o alcoolismo, a violência e a desestruturação social, decorrentes da inconsistência de políticas públicas específicas para esses povos (BASTA et al., 2010, no prelo).

Gráfico 01: Distribuição percentual das principais causas de mortalidade em indígenas no Brasil (ambos os sexos), segundo a classificação por capítulos da CID-10, Brasil, 2002.



Fonte: DESAI/FUNASA, Brasília, Distrito Federal, 2003.

Os autores também destacam que o somatório dos registros de mortalidade relativos às doenças do aparelho respiratório, e às doenças infecciosas e parasitárias, totalizou 22,5% de todas as causas de mortalidade. Estas duas causas, quando agrupadas em um único conjunto, passam a ser a principal causa de morte entre os indígenas. Os autores ponderam que aproximadamente 60% dos registros classificados como causas mal definidas, eram de crianças menores de cinco anos de idade. Sabe-se que, de modo geral, as crianças nesta faixa etária, adoecem e morrem devido a causas relacionadas às doenças do aparelho respiratório, e às doenças infecciosas e parasitárias (BASTA et al., 2010, no prelo).

As doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (Cap. IV) responderam por 10,8% do total de mortes entre os indígenas, sendo que desse montante, 77% foram atribuídas à desidratação e à desnutrição em crianças menores de cinco anos de idade. Tanto a desidratação quanto a desnutrição são consideradas mortes por causas evitáveis, e estão intimamente relacionadas com a inadequada atenção integral à saúde da criança, em termos de acesso ao correto diagnóstico ou ao tratamento, assim como, à carência de ações de promoção da saúde (MALTA et al., 2007).

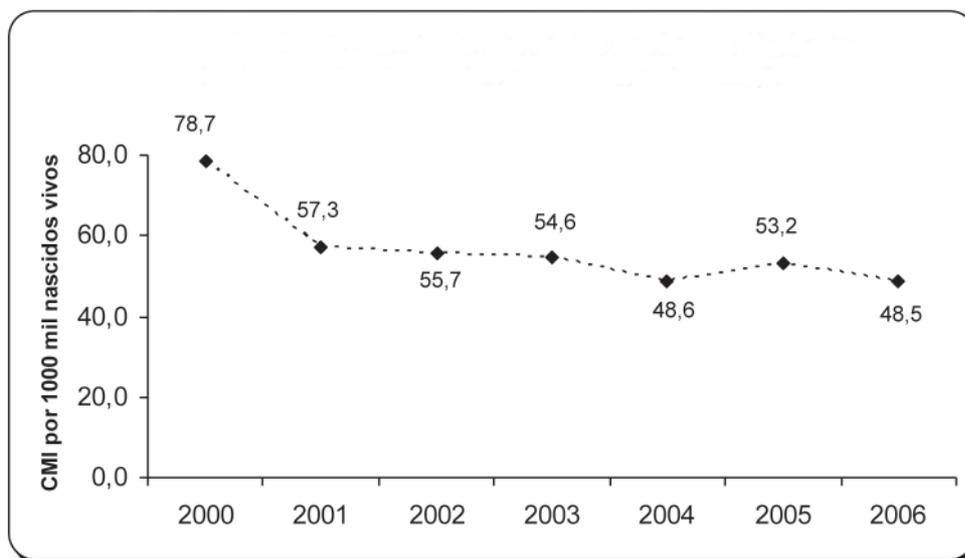
Outro importante componente deste complexo perfil de mortalidade dos povos indígenas no Brasil é o pouco avaliado, e cada vez mais presente, papel das mortes ocasionadas pelas neoplasias (cânceres), as quais corresponderam, nesta análise, a algo em torno de 9% do total de mortes observadas no período.

Basta et al. (2010, no prelo) também fazem algumas considerações a respeito do Coeficiente de Mortalidade Infantil³ (CMI) das crianças indígenas no período de 2000 a 2006. Este coeficiente é um dos mais tradicionais e úteis

3 Expressa o número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado e se propõe a estimar a probabilidade de morte dos nascidos vivos durante o seu primeiro ano de vida.

indicadores de saúde, pois reflete as condições de vida e saúde de uma determinada população. Os autores destacam que uma importante redução no coeficiente foi observada entre 2000 (78,7 por mil nascidos vivos) e 2001 (57,3 por mil nascidos vivos). No entanto, de 2001 em diante observa-se uma tendência de estabilização dos valores, próximos a 50,0 por mil nascidos vivos. Esses valores podem ser considerados altos, sendo aproximadamente duas vezes maiores que o CMI para a população geral do Brasil, estimado em 25,1 por mil nascidos vivos no ano de 2006 (IBGE, 2007). Os valores dos CMI encontrados entre as crianças indígenas brasileiras são, inclusive, superiores aos reportados em outros segmentos da sociedade nacional, historicamente desprivilegiados, como as crianças de cor ou raça preta que apresentam valores de 34,9 por mil nascidos vivos (IBGE, 2005).

Gráfico 02: Coeficientes de Mortalidade Infantil (CMI) em indígenas (ambos os sexos), Brasil, 2002-2006.



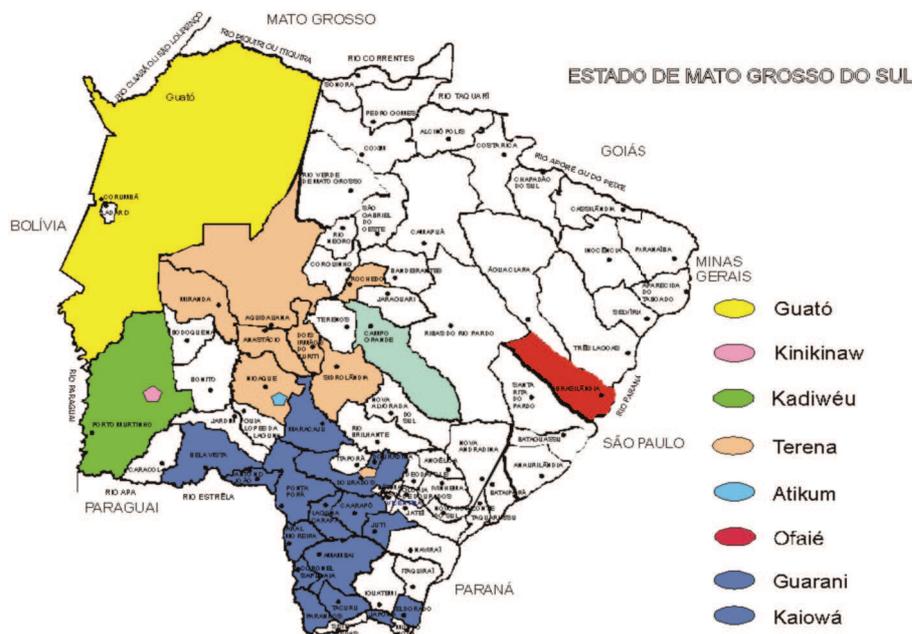
Fonte: DESAI/FUNASA, Brasília, Distrito Federal, 2008.

Seção 2 - A ORGANIZAÇÃO DO SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS E SUA ARTICULAÇÃO COM O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM MATO GROSSO DO SUL

Coincidentemente, a área de atuação do DSEI Mato Grosso do Sul se limita somente a este estado da federação, mas, como vimos anteriormente, existem outros DSEI no Brasil cuja área de abrangência se estende a mais de uma unidade federativa. O DSEI-MS é composto por 15 Polos-Base, unidades administrativas descentralizadas. Cada Polo-Base cobre um conjunto de aldeias e sua equipe é responsável pela organização do atendimento em nível local e pela articulação com os serviços de saúde dos municípios que abrigam as populações indígenas. Na rede de atendimento à saúde indígena sob responsabilidade do DSEI-MS, estão envolvidos 29 municípios do estado, que abrigam 75 aldeias indígenas, conforme disposto na figura 04.

Porém, existem aldeias que se encontram muito próximas às cidades ou mesmo no perímetro urbano, como por exemplo, a aldeia Marçal de Souza, localizada dentro da capital, Campo Grande.

Figura 04 - Mapa da distribuição da população indígena por etnia em Mato Grosso do Sul



Fonte: FUNASA/DSEI-MS, 2010

Vale ressaltar que a PNASI preconiza que o atendimento deve ser voltado às populações indígenas aldeadas, ou seja, que se localizam em aldeamentos inseridos nas terras indígenas reconhecidas pela FUNAI. Porém, sabe-se que, em Mato Grosso do Sul, existe uma grande quantidade de indígenas vivendo fora das aldeias, em acampamentos localizados em áreas rurais, nos perímetros urbanos e até na beira das estradas, ainda que possam manter vínculos com suas aldeias de origem. Essa questão permanece sendo um desafio para a rede de atendimento à saúde indígena quanto à responsabilidade institucional do atendimento, já que essa população, que não se concentra nas aldeias, deveria ser devidamente acompanhada e atendida pela rede municipal de saúde.

O fluxo organizacional dos serviços de saúde nos DSEI se inicia com os Agentes Indígenas de Saúde (AIS), que são responsáveis pelas ações de atenção primária em suas respectivas aldeias e que atuam de modo semelhante ao Agente Comunitário de Saúde (ACS) da Estratégia Saúde da Família (ESF). Existe também o Agente Indígena de Saneamento (AISAN), que possui basicamente a função de acompanhar o abastecimento de água e da rede de saneamento instalada em sua aldeia.

Os Postos de Saúde constituem a primeira referência para os AIS e contam com a atuação de médicos, enfermeiros, odontólogos, nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais compondo a Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI), composição essa que pode variar em relação a algumas categorias profissionais, de acordo com o DSEI. Existem atualmente no DSEI-MS 33 EMSI e 71 Postos de Saúde (em média 1 em cada aldeia). As demandas que superam a capacidade de resolução no nível dos Polos-Base são referenciadas para a rede de serviços do SUS em nível local ou regional. Os municípios que atendem indígenas em suas unidades de saúde recebem incentivos do Ministério da Saúde de acordo com a Portaria 2.656/2007, que regulamenta a transferência de recursos para a Atenção Básica

e Especializada dos Povos Indígenas, também conhecidos como “Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas - IAB-PI” e “Incentivo para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas - IAE-PI”.

A gerência do Subsistema de saúde é realizada pelo DSEI, que consiste em uma unidade administrativa da Coordenação Regional da FUNASA em Mato Grosso do Sul. O DSEI-MS é, portanto, o responsável pela organização orçamentária e técnica das ações de saúde nas áreas indígenas do Estado.

Seguindo as diretrizes do Ministério da Saúde, existem atualmente onze áreas programáticas em saúde voltadas às populações indígenas do estado, sendo elas: Programa de Vigilância Epidemiológica, Programa de Imunização, Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher Indígena, Programa de Saúde da Criança, Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, Programa de Monitoramento das Doenças Diarreicas Agudas, Programa de Controle da Tuberculose e Hanseníase, Programa de DST/HIV/AIDS e Hepatites, Programa de Doenças Crônicas e Degenerativas, Programa de Saúde Bucal e Programa de Saúde Mental. Além destas, existe a Assistência Farmacêutica, responsável pela distribuição de medicamentos, e também o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), que sistematiza os dados demográficos, de imunização, de morbidade, de atendimento das equipes de saúde e que recentemente implantou um módulo de Saúde Bucal.

Essas áreas programáticas são orientadas e supervisionadas pela instância maior do DSEI, que é o Departamento de Saúde Indígena (DESAI) vinculado à presidência da FUNASA em Brasília-DF e responsável, no âmbito nacional, pelas ações de saúde. Cada área programática obedece aos seus protocolos próprios, que são elaborados tanto pelo Ministério da Saúde - por serem áreas que se aplicam no SUS como um todo -, quanto pelo DESAI - em que os indicadores epidemiológicos e as diretrizes operacionais são adaptados conforme as realidades indígenas.

Paralelo aos serviços de saúde há o funcionamento das estruturas do Controle Social, do qual o Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI) é a instância de maior importância, pois é responsável pela aprovação do Plano Distrital de Saúde Indígena realizado a cada quatro anos, acompanhamento, avaliação de sua execução e aplicação dos recursos financeiros do DSEI. Os Conselhos Locais de Saúde Indígena (CLSI), formados por representantes escolhidos pela própria comunidade, atuam identificando as necessidades de saúde locais e escolhem seus representantes para atuarem no Conselho Distrital. Portanto, em Mato Grosso do Sul, existe um CONDISI para cada DSEI, bem como um CLSI para cada Polo-Base.

2.1 Características sociodemográficas dos Povos Indígenas do Mato Grosso do Sul

Segundo dados da FUNASA (2009), o estado de Mato Grosso do Sul possui a segunda maior população indígena do país por unidade da federação, com aproximadamente 68 mil indivíduos⁴ que habitam 75 aldeias em 29 municípios do estado. Essa população é composta por oito etnias⁵, sendo elas por ordem de predominância numérica: Guarani-Ñandeva, Guarani-Kaiowá, Terena, Kadiwéu, Atikun, Kinikinaw, Ofaié e Guató, de acordo com o quadro 02 e o gráfico 01.

Cada etnia possui suas características socioculturais, linguísticas, demográficas, históricas, de localização geográfica, de condições de vida e de saúde, entre outros aspectos, que são particulares a cada uma, ainda que possam eventualmente

4 Esta quantidade abrange somente as populações que se localizam em aldeias reconhecidas pela FUNAI, que são atendidas pela FUNASA.

5 As denominações aqui empregadas para fazer referência aos povos indígenas se orientam conforme as definições consensuais antropológicas e linguísticas de nomenclatura dos grupos indígenas.

conviver entre si, compartilhar semelhanças e manter relações próximas de parentesco. Essas populações habitam predominantemente a região noroeste e sul do estado, tendo cada uma sua história e organização social específica. Mantêm intensa comunicação entre si, motivadas pelas articulações políticas em prol dos direitos indígenas. Além disso, as relações com a sociedade nacional desde a colonização, em especial com as instituições, ocorrem de maneira particular, segundo critério de cada população.

É válido destacar que estas características estão fortemente correlacionadas à situação de saúde de cada um das etnias do Estado e, portanto, devem ser reconhecidas pelas instituições de saúde que se propõem a oferecer uma atenção integral e diferenciada à saúde aos povos indígenas. No que se refere às características culturais é fundamental a compreensão de que cada uma das etnias tem esquemas culturais singulares que determinam o modo como o indígena, sua família e comunidade interpretam a sua saúde e doença e constroem o seu itinerário terapêutico na busca pela cura.

Quadro 02: Distribuição da população indígena do MS segundo grupo étnico, município e aldeia

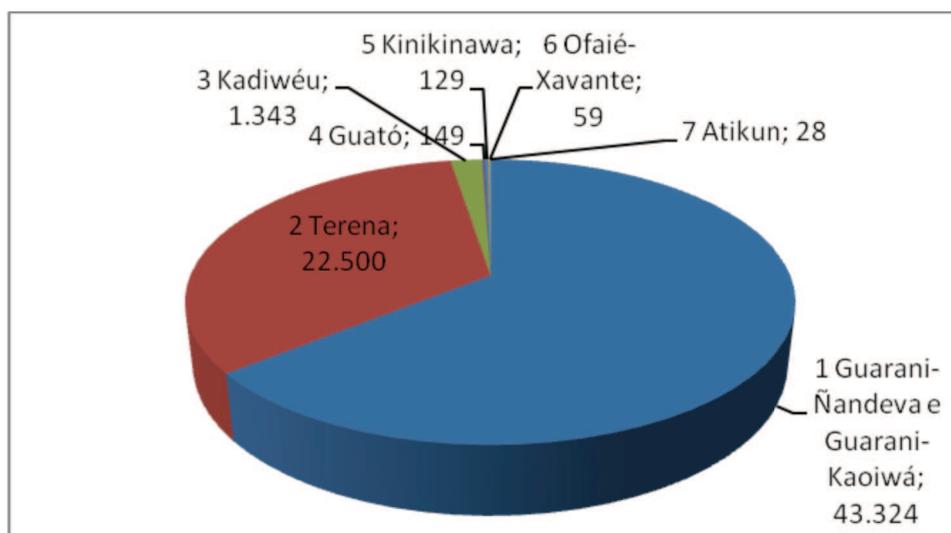
Grupos étnicos	Município	Aldeia	Total
Guarani (Ñandeva e Kaoiwá)		AMAMBAI	7.083
	AMAMBAI	JAGUARI	335
		LIMÃO VERDE	1.184
	ANTÔNIO JOAO	CAMPESTRE	428
		CERRO MARANGATU	560
	ARAL MOREIRA	GUASSUTY	467
	BELA VISTA	PIRAKUÁ	464
	CAARAPÓ	CAARAPÓ	4.452
		GUIRA-ROKA	77
	CORONEL SAPUCAIA	TAQUAPERY	2.826
		PANAMBI	860
	DOURADINA	BORORÓ	6.077
		JAGUAPIRU	6.219
		PANAMBIZINHO	338
	DOURADOS	PORTO CAMBIRA	82
		CERRITO	570
		CERRO Y	95
	ELDORADO	ACAMPAMENTO YVY	305
		KATU	3.533
	GUIA L LAGUNA	PORTO LINDO	292
		TAQUARA	288
	JAPORA (JAPORÁ?)	JARARÁ	448
		GUAIMBÉ	411
	JUTI	RANCHO JACARÉ	250
		SUCURI	449
	LAGUNA CARAPÁ(?)	ARROIO CORÁ	634
		PARAGUASSU	2.052
	MARACAJU	PIRAJUÍ	638
		POTRERO-GUASSU	480
		SETE CERROS	131
	PARANHOS	KOKUE-Y	200
		LIMA CAMPO	198
	PONTA PORÃ	ACAMPAMENTO SOMBRERITO	959
JAGUAPIRÉ		2.281	
SETE QUEDAS	SASSORÓ		
	TACURU		

Terena	ANASTÁCIO	ALDEINHA	356
		ÁGUA BRANCA	703
		BANANAL	1.170
		COLÔNIA NOVA	189
		CÓRREGO SECO	158
	AQUIDAUANA	IMBIRUSSU	188
		LAGOINHA	616
		LIMÃO VERDE	1.177
		MORRINHOS	280
		YPEGUE	944
	DOIS IRMÃOS DO BURITI	ÁGUA AZUL	282
		BARRERINHO	106
		BURITI	848
		OLHO D'ÁGUA	193
OLIVEIRA		136	
RECANTO		212	
ARGOLA		682	
BABAÇU		685	
CACHOEIRINHA		1.481	
LAGOINHA		136	
MIRANDA	LALIMA	1.374	
	MOREIRA	1.031	
	MORRINHO	309	
	PASSARINHO	1.073	
	CÓRREGO DO MEIO	485	
SIDROLÂNDIA	LAGOINHA	281	
	TERERÉ	668	
ROCHEDO	BÁLSAMO	68	
	ÁGUA BRANCA NIOAQUE	286	
Terena e Atikun	NIOAQUE	BREJÃO	520
		CABECEIRA	318
		TABOQUINHA	305
		ALVES DE BARROS	812
		CAMPINA	104
Kadiwéu e Kinikinawa	PORTO MURTINHO	CÓRREGO DE OURO	37
		BARRO PRETO	47
		SÃO JOÃO	361
		TOMÁSIA	226

Ofaié Guaranis (Ñandeva e Koiwá) e Terena Guató	BRASILÂNDIA	OFAIÉ XAVANTE	105
	CAMPO GRANDE	MARÇAL DE SOUZA	2.807
	CORUMBÁ	UBERABA	149
TOTAL	29	75	67.574

Fonte: FUNASA/DSEI-MS, 2010

Gráfico 03 - Distribuição étnica dos povos indígenas em MS

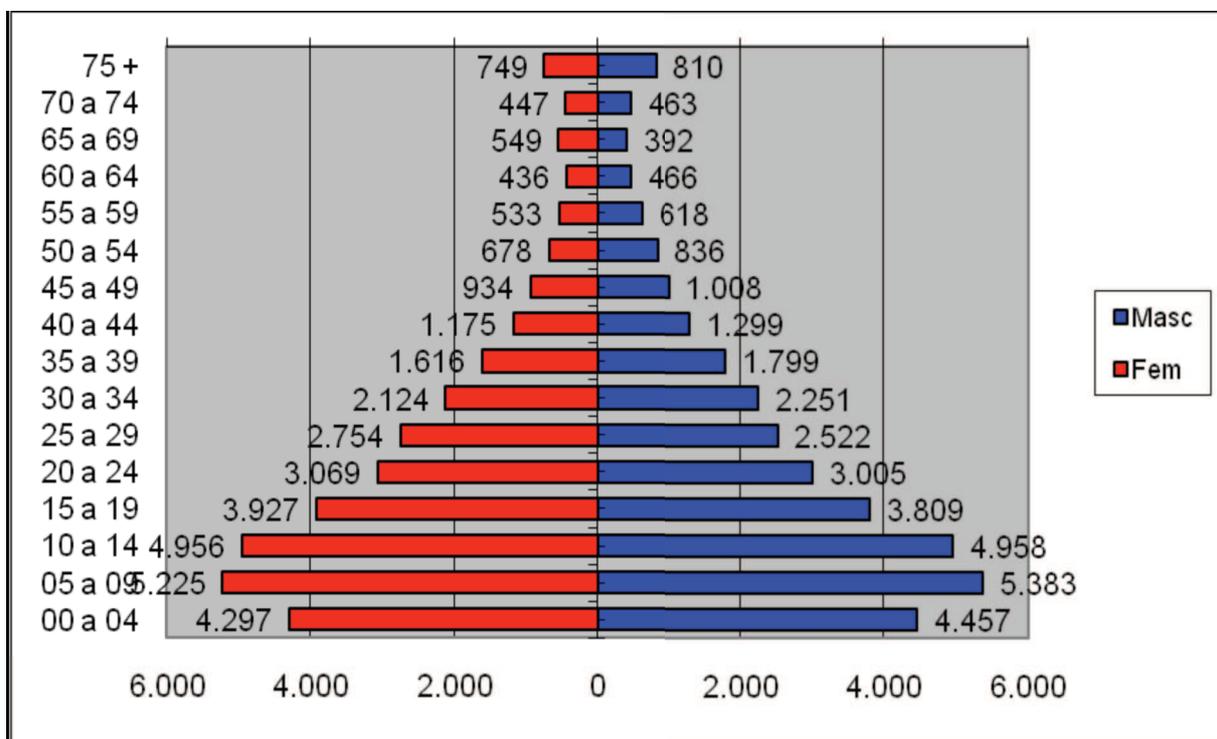


Fonte: FUNASA/DSEI-MS, 2010

A pirâmide etária, também conhecida como pirâmide demográfica ou pirâmide populacional⁶, do contingente indígena do estado (gráfico 04) mostra que há a predominância das faixas etárias jóvens, uma tendência semelhante à encontrada nos 6 . As pirâmides etárias são usadas não só para monitorar a estrutura de sexo e idade, mas como um complemento aos estudos da qualidade de vida, já que podemos visualizar a média do tempo de vida, a taxa de mortalidade e a regularidade, ou não, da população ao longo do tempo. Quanto mais alta a pirâmide, maior a expectativa de vida e, conseqüentemente, melhores as condições de vida daquela população. É possível perceber que, quanto mais desenvolvido social e economicamente é o país, mais sua pirâmide terá uma forma retangular.

países em desenvolvimento, nos quais prevalece a alta taxa de natalidade e de mortalidade ao longo dos ciclos de vida.

Gráfico 04 - Pirâmide populacional da população indígena do MS



Fonte: FUNASA/DSEI-MS, 2010

A seguir são apresentadas as características sócio-demográficas das etnias do Estado.

Guarani e Kaiowá

O povo Kaiowá e Guarani é o mais numeroso de Mato Grosso do Sul, como mencionado anteriormente. Os Guarani contemporâneos da região centro-sul da América do Sul são divididos em subgrupo, sendo que no território brasileiro encontram-se três subgrupos: os M'byá, os Kaiowá e os Ñandeva. No Estado vivem apenas os dois últimos subgrupos: os Kaiowá e os Ñandeva, sendo que apenas este último se autodenomina de Guarani.

No que se refere ocupação dos territórios por esse povo, pesquisadores (BRAND, 1997; GRÜNBERG, 2002) relatam que eles viviam em um amplo território ao sul do Estado de Mato Grosso do Sul, especialmente as áreas de mata ao longo dos córregos e rios. No início do século XX, houve a demarcação de oito terras indígenas (TI) pelo Serviço de Proteção ao Índio (SPI), com o objetivo de confinar os núcleos indígenas. Posteriormente, houve a instalação da Colônia Agrícola Nacional de Dourados, que impôs a transferência deste povo para outros espaços. A partir da década de 80, os Kaiowá e Guarani se mobilizaram para ampliação de seu território (BRAND, 1997).

É importante destacar que a redução territorial e confinamento a que foram submetidos têm reflexos no seu cotidiano e, em especial os novos desafios para sua organização social, é apontado como causa de inúmeros problemas hoje vivenciados por esse povo. Nesse contexto, as parentelas⁷ tiveram que descolar-se para dentro das Terras Indígenas (TI) demarcadas pelo SPI, o que acabou por desencadear conflitos internos, pelo convívio e disputa com outras parentelas por espaços reduzidos, além de terem que submeter-se à autoridade de lideranças estranhas⁸. O aumento da violência entre os indígenas de uma

7 A formação sociológica central e estruturante dos Kaiowá e Guarani é a parentela (PEREIRA, 2004), também conhecida como família extensa (GRÜNBERG, 2002). A parentela é constituída por um círculo de pessoas relacionadas por vínculos parentais, sendo identificadas por meio de um grupo de residência já que a maior parte de seus membros ocupa uma porção de terras contínuas e detém uma noção clara deste território, de usufruto exclusivo dos fogos domésticos aí residentes e por grupos de atuação econômica reconhecido pela reciprocidade da troca de bens e um grupo de atuação política, representado pelo cabeça de parentela – hi'u -, que reúne seus descendentes e aliados pelo carisma (PEREIRA, 2004, p. 85).

8 Para administrar esses “ajuntamentos” de índios e aldeias, o SPI criou a figura dos capitães, líderes indígenas mais familiarizados com o modo de vida ocidental, nomeados, arbitrariamente, líderes máximos dentro das reservas (BRAND, 2010).

mesma terra indígena é um elemento fundamental para avaliar o grau de tensão profundo mal estar dentro áreas indígenas. Essa violência representa uma dos fatores desencadeantes da migração de famílias para a beira de estradas e/ou periferias urbanas, identificadas pelos indígenas como possibilidades de desenvolver a prática do *oguata* (caminhar), em casos de conflitos e/ou tensões de diversas ordens (BRAND, 2010).

Teréna

O povo Teréna é da família linguística Aruak e vivem atualmente nas terras indígenas demarcadas pelo SPI nas primeiras três décadas do século XX, situadas em vários municípios da bacia do alto pantanal. Existe também Teréna vivendo nas duas aldeias urbanas (Marçal de Souza e Água Bonita) e nos bairros de Campo Grande e de outras cidades do Estado (PEREIRA, 2009).

A inserção dos Teréna nas cidades agregando elementos de sua cultura com a cultura da sociedade não indígena é uma característica que lhes permitiu a conquista de espaços no comércio e na política, uma vez que se observa a presença de vereadores nas Câmaras de Municípios onde estão fixados. A formação sociológica dos Teréna é o *tronco* familiar⁹ que se apresenta como construções historicamente negociadas pelos atores sociais em interação (PEREIRA, 2009, p. 46).

9 Em sua língua os Terena costumam se referir ao tronco como *kurú*, que tem o sentido de um grupamento reunido em torno de uma pessoa - ou como parece ser mais comum a partir dos dados etnográficos, de um casal -, que exerce a liderança do grupo, liderança essa que se expressa na capacidade de manter o grupo politicamente coeso (PEREIRA, 2009, p. 38).

Kadiwéu

Esse povo é pertencente à família linguística Guaicuru e são conhecidos como povo cavaleiro, por sua histórica destreza e habilidade em conduzir os cavalos. A Terra Indígena Kadiwéu está localizada próxima a Serra da Bodoquena, no município de Porto Murtinho. Essa Terra é a maior em extensão territorial no Estado e abrange as seguintes aldeias: Alves de Barros, Campina, Barro Preto, Tomázia e São João e Córrego de Ouro, onde vivem também os Teréna e os Kinikináwa (ISA, 1999).

A organização social deste povo esta baseada em castas: os nobres ou senhores, os guerreiros e cativos. Esses últimos eram capturados durante as guerras intertribais e integrados na sociedade guaicuru, recebendo determinadas atribuições. Atualmente, usam-se termos específicos para indicar “relações de consanguinidade e afinidade, relações socialmente determinadas, como as que se estabelecem entre descendentes de senhores e cativos, e, entre padrinhos e afilhados, adotados da população regional” (GRUBITS; FREIRE; NORIEGA, 2009, p.370).

Guató

Os Guató são da família linguística Guató e são conhecidos por índios canoeiros, por isso considerados o “povo do Pantanal”. No final do século XIX, sofreram um processo de redução populacional e perda de seu território. Essa redução populacional e sua dispersão indicavam oficialmente que os Guató haviam sido extintos, sendo que a FUNAI não havia realizado um levantamento demográfico na região para verificar quantas pessoas ali viviam. No início da década de 80, os Guató iniciaram um processo de reorganização de seu povo e de reivindicação pela posse da Ilha Ínsua, no município de Corumbá, como Terra Indígena Guató que foi reconhecida oficialmente pelo governo, uma década depois (CABRAL, 2002).

Segundo o Instituto Socioambiental (2008), os Guató

viviam de forma autônoma e havia uma distribuição de tarefas: o homem realizava a coleta, a pesca e a caça e também a preparação dos alimentos; à mulher cabia fazer panelas e outros utensílios de barro, levar as canoas pelos rios e tecer. A organização social era patrilinear e a residência dos recém-casados, patrilocal.

Ofaié

Os Ofaié são classificados linguisticamente como da família Ofaié (ISA, 2006). Viviam às margens direita do alto Paraná, desde o rio Sucuriú até o rio Ivinhema. Na segunda metade do século XX, a ocupação de seu território pela sociedade não indígena desalojou esse povo de seu território tradicional e, conseqüentemente, houve uma dispersão e um decréscimo populacional, tanto que foram considerados extintos, tendo sido redescobertos apenas duas décadas mais tarde, em meados de 1978, reduzidos a um grupo de 24 pessoas. Nesse período, foram transferidos para a terra indígena Kadiwéu. No entanto, as diferenças étnicas e a humilhação de viverem em terras alheias, fizeram com que retornassem às margens do Rio Verde, seu antigo local de morada. Posteriormente, foram desapropriados de seu território para a construção da usina hidrelétrica de Porto Primavera pela Companhia Energética de São Paulo (CESP). Atualmente a Terra Indígena Ofaié tem uma área de 960 hectares (GONÇALVES; CARDOSO; CARVALHO, 2005).

Kinikináwa

São da família linguística Aruak, tendo uma grande proximidade com a cultura dos Teréna. Em Mato Grosso do Sul estão concentrados na aldeia São João, município de Porto Murtinho, bem próxima da fronteira com o Paraguai, na Terra Indígena Kadiwéu (CABRAL, 2002).

Atikun

Os Atikun não falam a língua original, usam o português regional (ISA, 2006). Segundo Cabral (2002), os Atikun migraram para o Estado de Mato Grosso do Sul depois de divergências internas com o seu grupo de referência, situado em Pernambuco. Atualmente, residem próximo a área Teréna da Aldeia de Brejão, no município de Nioaque.



VAMOS REFLETIR!

Caro especializando, com base na leitura realizada e suas experiências junto às comunidades indígenas do Estado reflita: Como explicar a correlação entre as condições históricas, sociais, culturais e as situações de saúde vivenciadas pelo grupo indígena por você atendido? É possível identificar uma situação de atendimento em saúde, na qual o reconhecimento destas características facilitou e promoveu uma atenção diferenciada à saúde do indígena e de sua família?



VAMOS SABER MAIS!

Para conhecimento sobre as pesquisas e projetos de intervenção junto aos povos Kaiowá, Guarani e Teréna, acesse o site do Núcleo de Estudos e Pesquisas das Populações Indígenas (NEPPI) da Universidade Católica Dom Bosco.

Site: <http://www.neppi.org/>

LEITURAS RECOMENDADAS:

BRAND, Antonio Jaco; COLMAN, Rosa Sebastiana; COSTA, Reginaldo Brito da. Populações indígenas e lógicas tradicionais de Desenvolvimento Local. Interações Campo Grande, v. 9, p. 171-179, 2008.

DOPP, Romélia Rodrigues. Pedagogia Kadiwéu e a formação da criança - olhares de mulheres adultas Kadiwéu. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2009.

NASCIMENTO, Adir Casaro et al. A etnografia das representações infantis Guarani e Kaiowá sobre certos conceitos tradicionais. Tellus, Campo Grande, v. 17, p. 187-205, 2009.

PEREIRA, Levi Marques. No mundo dos parentes: socialização das crianças adotadas entre os Kaiowá. In: LOPES DA SILVA, Aracy. (Org.). Crianças Indígenas: ensaios antropológicos. 1 ed. São Paulo: Global, v. 1, 2002. Na biblioteca do ambiente virtual de seu curso.

PEREIRA, Levi Marques. A importância das noções de etiqueta e civilidade na constituição do ethos terena e na transmissão de conhecimento entre gerações. Revista Antropológicas, Recife, v. 19, n.2, p. 14-26, 2009.

PEREIRA, Levi Marques. Assentamentos e formas organizacionais dos Kaiowá atuais: o caso dos índios de corredor. Tellus, Campo Grande, ano 6, n. 10, p.69-81, 2006.

FILME RECOMENDADO:

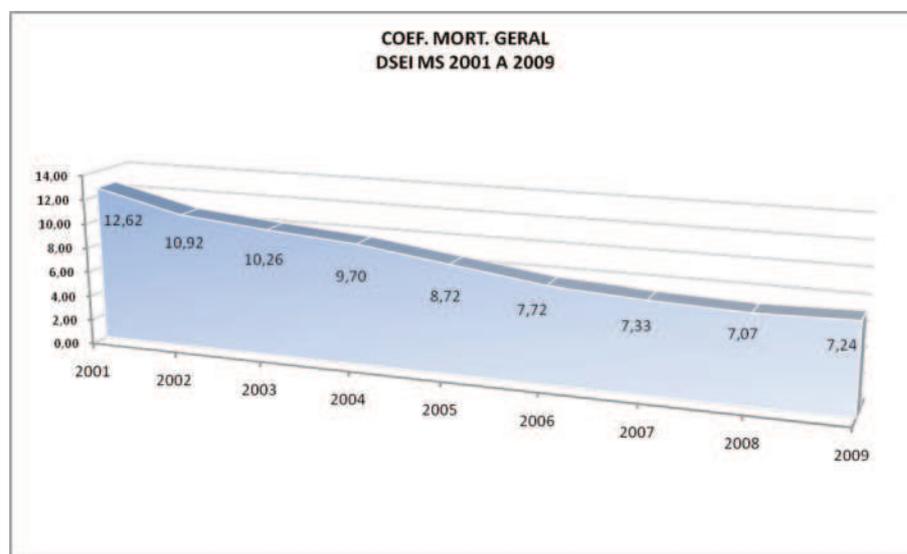
Terra Vermelha - relata os dilemas reais vivenciados pelo povo Kaiowá e Guarani e tem como cenário Dourados, em Mato Grosso do Sul.

2.2 Características epidemiológicas dos povos indígenas em MS

A condição de saúde dos povos indígenas do Mato Grosso do Sul alcançou significativos avanços nos últimos dez anos, desde a criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. A estruturação do Subsistema permitiu maior aporte de recursos humanos e de infraestrutura, e o atendimento em saúde passou a ser realizado dentro das aldeias e de forma sistemática, seguindo as diretrizes nacionais. As informações demográficas e também sobre a condição de saúde dos povos indígenas passaram a ser registradas e sistematizadas com a implantação do SIASI, na medida em que foram sendo implantadas as áreas programáticas de atenção à saúde.

O DSEI de Mato Grosso do Sul vem registrando dados de mortalidade na população desde 1999. Como pode ser observado no gráfico 5, o coeficiente de mortalidade geral (também conhecido como taxa bruta de mortalidade -TBM) vem apresentando uma queda contínua de 2001 a 2008, registrando um ligeiro aumento em 2009 (7,2/mil). No entanto, estas taxas ainda são superiores quando comparadas à população não indígena do Mato Grosso do Sul. Em 2006, a TBM para a população total do estado foi de 6,1, enquanto para os indígenas foi de 7,7 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Gráfico 05 - Série histórica do coeficiente de mortalidade geral no DSEI-MS



Fonte: FUNASA/DSEI-MS, 2010

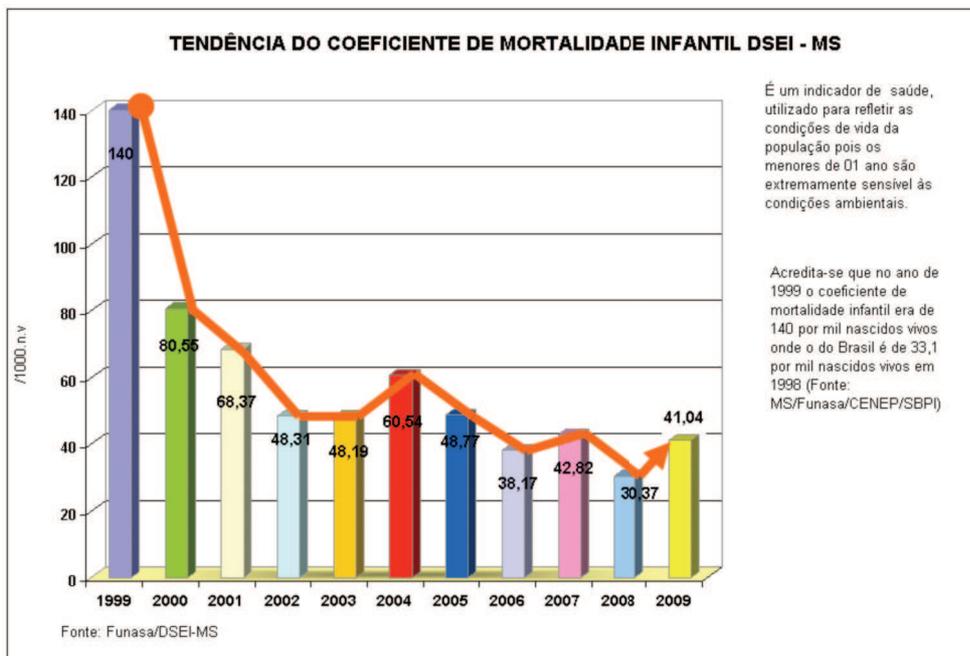
Em relação à mortalidade por causas específicas entre os indígenas do Mato Grosso do Sul, destaca-se a alta incidência da mortalidade por causas externas, principalmente homicídios e suicídios, que atinge principalmente a população masculina jovem e adulta das etnias Guarani-Ñandeva e Guarani-Kaoiwá. Em 2008, a taxa de mortalidade por homicídios foi de 58,1 por mil, segundo o DSEI, muito acima daquela encontrada para o Brasil (25,3) e para o estado (29,1) no mesmo ano. O conjunto de aldeias que apresentam o maior índice são as que estão vinculadas aos Polos-Base de Amambai. Vale ressaltar que o município que apresentou maior taxa de mortalidade por homicídios no país em 2007 foi Coronel Sapucaia, que possui uma população indígena de aproximadamente 2.800 pessoas.

A taxa de mortalidade por suicídio verificada pelo DSEI-MS entre indígenas em 2008 foi de 77,0 por mil. Para o Brasil, o valor encontrado em 2006 foi bem inferior, igual a 4,6, e para a população geral do estado de MS foi de 8,4. Vale dizer que o suicídio entre indígenas do estado ocorre somente entre os Guaranis, predominantemente nas aldeias de Amambai e Dourados.

Em relação à taxa de mortalidade infantil para crianças indígenas do Mato Grosso do Sul, os dados disponibilizados pelo DSEI-MS indicam uma queda acentuada ao longo dos primeiros anos de implantação dos serviços de saúde (1999 a 2002). Entre 2002 e 2003 observa-se uma estabilização e um aumento significativo de 2003 a 2004. Em 2004, houve um aumento de óbitos por desnutrição, causando grande repercussão na mídia. Esse fato desencadeou diversas medidas de intervenção para minimizar o problema, repercutindo positivamente nos coeficientes de mortalidade infantil nos anos subsequentes. A partir de 2006, o coeficiente vem apresentando oscilações a cada ano. Em 2009, o coeficiente de mortalidade infantil foi de 41,04, praticamente o dobro do valor observado para a população brasileira em 2007, que foi de 21,2, e bem mais

alto que o coeficiente da população do estado, que é de 19,6 (Ministério da Saúde, 2007).

Gráfico 06 - Taxas de mortalidade infantil por ano para as crianças indígenas do Mato Grosso do Sul



A mortalidade infantil interfere diretamente na composição da pirâmide etária da população indígena. Como pôde ser observado no gráfico 4, a base da pirâmide (que agrupa as crianças na faixa etária de 0 a 4 anos) é significativamente menor que o segundo grupo etário (crianças de 5 a 9 anos), consequência das altas taxas de mortalidade infantil entre as crianças indígenas do estado de Mato Grosso do Sul. A taxa de mortalidade infantil pode ser subdividida em 3 componentes ou três indicadores diferentes: a mortalidade neonatal precoce (expressa o risco de morte entre 0 e 6 dias de vida), a mortalidade neonatal tardia (expressa o risco de morte entre 7 e 28 dias de vida) e a mortalidade pós-neonatal (expressa o risco de morte entre 28 dias e um ano de vida).

No quadro 03 estão indicadas as taxas de mortalidade para crianças indígenas e não indígenas de nosso estado e para as crianças do Brasil como um todo, no ano de 2006, segundo os períodos neonatal e pós-neonatal. Esses indicadores mostram claramente a vulnerabilidade das crianças indígenas menores de um ano em relação às crianças não indígenas, principalmente no período pós-neonatal. A mortalidade no período neonatal está relacionada a fatores intervenientes durante a gestação e parto (qualidade de assistência pré-natal e perinatal). A mortalidade no período pós-neonatal está relacionada a fatores ambientais, de natureza nutricional e a agentes infecciosos, destacando-se as gastroenterites, infecções respiratórias e desnutrição.

Quadro 03 - Taxas de mortalidade infantil segundo período de vida em crianças indígenas e não indígenas

Período	Crianças indígenas de Mato grosso do Sul	Crianças não indígenas do Mato Grosso do Sul	Crianças não indígenas do Brasil
Neonatal precoce	11,0	9,4	10,8
Neonatal tardio	4,6	3,1	3,1
Pós- neonatal	22,5	6,7	6,3

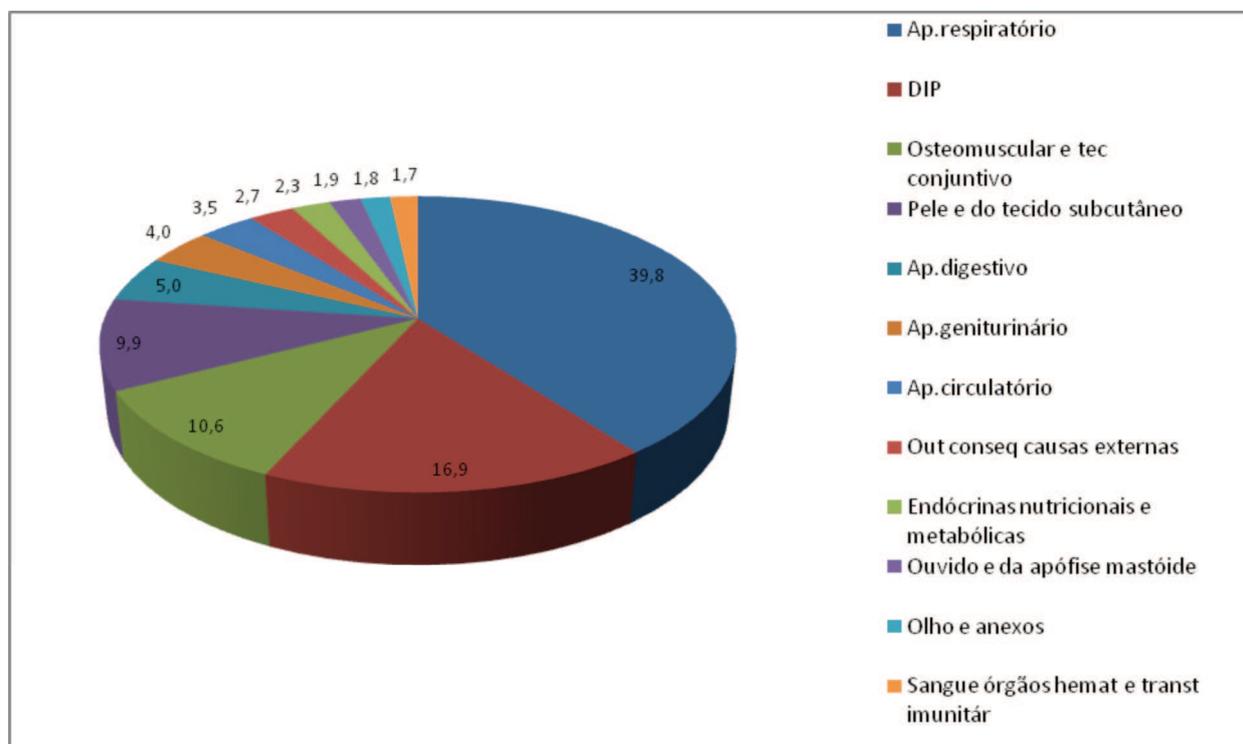
Fontes: MS/SVS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC. MS/SVS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIMFUNASA/SIASI/DSEI-MS

O Gráfico 07 mostra a distribuição percentual das principais causas de morbidade entre os indígenas do MS em 2009, de acordo com a classificação da CID-10. Pode-se observar que, dentre as principais causas de morbidade registradas nos atendimentos clínicos, destacam-se as doenças do aparelho respiratório e as DIP (doenças infecto-parasitárias), que juntas totalizam 56,7% de todos os atendimentos ambulatoriais.

As doenças do aparelho respiratório mais diagnosticadas durante 2009 foram as faringites, amigdalites, infecções agudas das vias aéreas superiores e pneumonias. Entre as DIP mais prevalentes foram registradas as diarreias e gastroenterites de origem infecciosa, as parasitoses intestinais e escabiose.

As doenças do capítulo XIII, doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo, compreendem 10,6% dos atendimentos médicos, dentre as quais se destacam as dorsalgias, artrites e artroses.

Gráfico 07 - Distribuição percentual das principais causas de morbidade em indígenas no Mato Grosso do Sul (ambos os sexos), segundo classificação por capítulos da CID-10, DSEI-MS, 2009



Fonte: FUNASA/DSEI-MS, 2009

Na população indígena do estado, as taxas de incidência de tuberculose (TB) chamam a atenção quando comparadas com

aquelas observadas para a população não indígena. Segundo dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no período de 2002 a 2008 foram notificados 6.929 casos de TB em Mato Grosso do Sul, o que corresponde a uma incidência média de 44,1/100.000. No entanto, dados notificados pelo Distrito Sanitário Especial Indígena do Estado (DSEI/MS) revelam que a incidência entre indígenas foi de 198,9/100.000 em 2008. A alta incidência observada entre indígenas de Mato Grosso do Sul fez com o DSEI-MS criasse, dentro do Programa de Controle da Tuberculose, ações específicas para reduzir as taxas de abandono ao tratamento e aumentar o índice de cura.

O quadro de saúde dos grupos indígenas do estado é bastante complexo. Doenças infecto-parasitárias estão coexistindo com as crônico-degenerativas e com as “doenças sociais”, como o alcoolismo e suicídio. Essa situação requer uma abordagem cuidadosa para entender seus determinantes. Hábitos alimentares e padrões de atividade física, intimamente relacionados a doenças crônicas não transmissíveis, possuem um forte componente sociocultural. Desta forma, grupos indígenas distintos de um mesmo DSEI podem ter diferentes perfis epidemiológicos. No caso dos indígenas do Mato Grosso do Sul, por exemplo, observa-se uma prevalência muito maior de diabetes na população dos Terena, possivelmente associada à maior prevalência de obesidade, do que na dos Guarani, em que a hipertensão arterial é mais relevante do que o diabetes.

Os problemas de saúde ligados à desestabilização sociocultural, como o suicídio, alcoolismo e homicídios, também consistem em um grande desafio para os serviços de saúde e requerem atenção e esforço redobrado das instituições governamentais responsáveis pela atenção à saúde dos povos indígenas para impedir o aumento de sua magnitude.

2.3. Condições de saúde dos Povos Indígenas de Mato Grosso do Sul: o que as pesquisas têm a contribuir?

As condições de vida e saúde das etnias indígenas de Mato Grosso do Sul têm sido retratada pela produção das instituições de ensino e pesquisa¹⁰ próximas geograficamente das áreas indígenas. Tais instituições têm realizado estudos e apoiado as discussões para a redução das desigualdades raciais no campo da saúde, no âmbito regional e nacional.

É notório que os indicadores de saúde dos povos indígenas do Estado são superiores quando comparados aos registrados na população não indígena do Estado e do país. Considerando que estes indicadores de saúde, em geral, resultam da interação de múltiplos fatores, as pesquisas e os projetos de intervenções investigam as informações epidemiológicas e buscam compreender em que medida as condições históricas, sociais, culturais e ambientais interagem com os aspectos biológicos. Além de discutirem o desenvolvimento de ações para reverter à situação de saúde dos povos indígenas do Estado.

Uma discussão relevante sobre as condições de saúde dos povos indígenas do Estado tem por base a alimentação e a nutrição decorrentes, sobretudo, da diminuição do espaço territorial das etnias, das alterações ambientais dos territórios e de seu entorno, em especial dos Kaiowá e Guarani, voltados

10 Há grupos de pesquisadores que integram o Grupo de Estudos e Pesquisas em Populações Indígenas (GEPI) da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), o Programa Kaiowá/Guarani da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), na Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS), Universidade Anhanguera/Uniderp e Centro Universitário da Grande Dourados (UNIGRAN). Além dos próprios indígenas que já concluíram o ensino superior ou estão cursando e desenvolvem pesquisas e projetos de intervenções, o que permite trazer perspectiva do indígena como pesquisador.

para a pecuária e a monocultura, que dificultam a produção de alimentos. Ribas (2008) destaca que essas mudanças repercutem diretamente na situação nutricional e alimentar dos indígenas. Estudos de avaliação nutricional desenvolvidos entre algumas etnias do Estado indicam a elevada prevalência de déficits de crescimento entre as crianças e o sobrepeso e obesidade entre os adultos (RIBAS, et al., 2001; SAAD, 2005; PÍCOLI; CARANDINA; RIBAS, 2006).

Cabe pontuar que a desnutrição foi investigada entre as crianças indígenas menores de cinco anos das etnias Kaiowá e Guarani e Teréna. Para as primeiras duas etnias observou-se uma prevalência de desnutrição de 34,1% de déficit de estatura para idade e 18,2% de baixo peso para idade (PÍCOLI; CARANDINA; RIBAS, 2006). Para a etnia Teréna, houve uma variação entre 14,3% de déficit de crescimento nas crianças da Aldeia Barreirinho e 16,1% nas da Aldeia Córrego do Meio (RIBAS, et al., 2001). A prevalência de excesso de peso foi observada entre os adultos Teréna (20 a 59 anos), com 41,5% de sobrepeso e 18,7% de obesidade para as mulheres (SAAD, 2005).

Do ponto de vista da segurança alimentar há estudos que investigam a situação de segurança alimentar¹¹ entre os Teréna e os Kaiowá e Guarani. Estudo realizado entre os Teréna identificou que 75,5% das famílias apresentavam algum grau de insegurança alimentar, sendo 22,4% das famílias com insegurança leve, 32,7% moderada e 20,4% grave. Além de 67,3% das famílias conviverem com o medo de ficar sem alimentos e 25% das mulheres mencionarem ter passado por situações de fome no mês anterior a entrevista (FÁVARO, et al., 2007).

11 Segurança Alimentar e Nutricional é a realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde, que respeitem a diversidade cultural e que sejam social, econômica e ambientalmente sustentáveis (BRASIL, 2005, p16).

Entre os Kaiowá e Guarani, Silveira (2007) destaca que as transformações do entorno social e ambiente natural, as mudanças nas atividades técnicas envolvidas na aquisição dos alimentos somadas a introdução dos alimentos processados na alimentação cotidiana dos Kaiowá Guarani repercutiram no seu sistema alimentar¹². Destaca-se também a grande variação nas práticas alimentares entre as famílias extensas. Para as famílias de reduzido prestígio político observou-se que, em geral buscam sua subsistência dos alimentos que produzem e aquelas de maior prestígio político têm mais acesso as atividades remuneradas, dentro e fora da terra indígena, podendo então comprar os alimentos na cidade.

Os autores mencionam que, embora a expansão da oferta de serviços de saúde têm buscado alternativas para reverter a situação nutricional e alimentar dos povos indígenas do Estado, ainda está distante de sua efetivação, isto porque a questão da saúde é tratada de forma isolada sem a coordenação e o planejamento com os órgãos que discutem as questões fundiárias, econômicas e de educação.

Como por exemplo, destaca-se a implantação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional Indígena (Sisvan Indígena) que faz parte das intervenções em saúde indígena do Projeto Vigisus II. Esse Sistema faz parte da rotina de atendimento das equipes multidisciplinares de saúde indígena, que realizam a avaliação do estado nutricional dos indivíduos pela busca ativa realizada por visitas domiciliares pelas EMSI (BRASIL, 2004).

Outra ação que serve como exemplo é a adoção da

12 A idéia de sistemas alimentares utilizada por Silveira (2007) deriva do conceito descrito por Maciel que são “sistemas simbólicos em que códigos sociais estão presentes atuando no estabelecimento de relações dos homens entre si e com a natureza” (2005, p. 49). Entende-se que os códigos sociais que envolvem as diversas esferas da vida além da alimentação, como cosmologia, ecologia, economia, cuidados de saúde, entre outros, são contemplados quando se analisam as práticas alimentares.

distribuição de cesta de alimentos mensalmente para as famílias indígenas, pela FUNAI. É importante enfatizar que esta medida deveria ser utilizada apenas em condições excepcionais e devidamente justificadas, uma vez que sua expansão desmedida, ao contrário do que talvez indique o senso comum, implica no consumo de recursos que poderiam faltar para ações sociais melhor justificadas e mais eficientes.

Fávaro, et al., (2007) ao investigarem a situação de segurança alimentar dos Teréna, destacam que a cesta básica de alimentos é uma ação assistencialista e perpetuadora da dependência por ações emergenciais, as quais se transformam em permanentes quando mantidas por longo período. Além do fato de que os alimentos distribuídos não correspondem aos hábitos alimentares dessa população

É válido destacar a necessária correlação das discussões sobre a situação nutricional e alimentar com o coeficiente de mortalidade infantil das etnias atendidas pelo DSEI/MS e, em especial para a etnia Kaiowá e Guarani, conforme estudo realizado por Brand e Pícoli (2006).

Os autores chamam a atenção para a existência de realidades diferentes em cada Terra Indígena, sendo, portanto, necessário aprofundar as pesquisas e ações de saúde para buscar elementos explicativos na realidade local, sua organização social, tensões e conflitos internos e externos, as condições ambientais da região em que vivem, seu entorno e seus impactos sobre a dinâmica do processo saúde e doença infantil. Para exemplificar destacam que o coeficiente de mortalidade infantil do Pólo Base de Dourados¹³ do DSEI/MS para o ano de 2004 foi de 64,3/1.000 nascidos vivos. No entanto, ao desagregar esse coeficiente e especificá-lo por TI e, inclusive por etnia, observa-se que o risco de morte infantil é diferenciado: para a TI de

13 O Pólo Base de Dourados incluía a população das Terras Indígenas de Bororó, Jaguaripú e Panambizinho, esta última localizada no município de Douradina.

Dourados, na região Bororó, na qual predomina a etnia Kaiowá, esse índice é de 61,1/1000 e entre os Guarani, localizados nesta mesma região é de 100/1000. Para a TI Jaguapiru, na qual predomina os Teréna foi de 31,7/1000 e na TI Parambinho foi de 90,0/1000.

Os autores destacam ainda outros fatores relevantes para a compreensão dos coeficientes de mortalidade infantil em diversas TIs, como os problemas relativos ao saneamento básico e a necessária

compreensão e o respeito aos conhecimentos indígenas sobre os cuidados com a gestação, o parto e a criança, o que exige dos profissionais que trabalham com saúde indígena relativizar o seu conhecimento biomédico e passar a ouvir, a aprender e respeitar os significados e as práticas de saúde desenvolvidas por este povo (BRAND; PÍCOLI, 2006, p.798).

Outro indicador de saúde importante na avaliação das condições de saúde dos povos indígenas do Estado refere-se à incidência de tuberculose por manter uma possível correlação com a situação nutricional e o registro de mortalidade.

Um dos primeiros trabalhos sobre tuberculose entre os indígenas da região sul do Estado, desenvolvido por Marques e Cunha (2007), destacam que a desnutrição pode atuar como um dos fatores desencadeantes do adoecimento pela tuberculose nesta população, visto que causa a depressão do mecanismo da imunidade celular.

Os autores mencionam que foram diagnosticados e tratados 670 pacientes indígenas pelo Hospital Porta da Esperança, no município de Dourados, Mato Grosso do Sul, no período de janeiro de 1996 a dezembro de 1999. Estes pacientes foram tratados em regime de internação e/ou assistidos pelos agentes indígenas de saúde em seu domicílio, sob a supervisão da equipe de saúde do hospital.

Quanto às diferenças na estratégia terapêutica utilizada para o tratamento da tuberculose, observou-se que o regime ambulatorial assistido adotado em 1999, obteve maior índice de cura e menor índice de abandono quando comparados a estratégia de internação hospitalar por um período de seis meses (MARQUES; CUNHA, 2007).

Neste estudo, os pesquisadores fazem menção às elevadas taxas de tuberculose entre os pacientes das faixas etárias de menores de 15 anos e de 20 a 34 anos e sinalizam para a importância epidemiológica de Tb em menores de 15 anos, por se constituir evento sentinela em Saúde Coletiva que caracteriza a infecção recente, promovida por contato com bacilífero (MARQUES; CUNHA, 2007).

No que se refere aos casos de tuberculose entre as crianças indígenas da etnia Kaiowá e Guarani menores de cinco anos, Stolte (2011) identificou 155 casos notificados de TB, o que corresponde a um coeficiente médio de incidência de 196/100.000, no período de janeiro de 2000 a dezembro de 2009, segundo dados do SINAN. Enquanto que para as crianças não indígenas, neste mesmo grupo etário e período de coleta de dados, foram notificados 141 casos, o que corresponde 7/100.000.

Houve uma considerável queda no coeficiente de tuberculose entre as crianças indígenas, quando comparado ao primeiro ano do estudo, onde todos os tratamentos eram realizados sob regime de internação hospitalar. Uma hipótese para esta redução deve-se aumento do número de equipes de multidisciplinares de saúde indígena que pode ter aprimorado a estratégia do tratamento diretamente observado da tuberculose nesta população (STOLTE, 2011).

Marques et al. (2010) ao investigarem a proporção de casos de indígenas menores de 15 anos em Mato Grosso do Sul, período de 2000 a 2006, também identificaram uma importante redução, sendo que no ano de 2000 aproximava-se de 40% e no ano de 2006 foi de 10,9%.

Quanto à taxa de cura dos casos de tuberculose, ambos os estudos mostram que a taxa de cura foi superior a meta pactuada pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose (MARQUES, et al., 2010; STOLTE, 2011).

No que se refere às doenças sexualmente transmissíveis (DST) e AIDS entre os indígenas do DSEI/MS, entre 2001 a 2005, Ferri e Gomes (2011) observaram que as notificações de AIDS entre os homens aumentaram 200% e entre as mulheres o aumento foi de 400%, no período de 2001 a 2003, isto se deve principalmente a inclusão no ano de 2000 da variável raça/cor no SINAN. Em 2000, não havia casos registrados entre as mulheres, enquanto que para os homens havia 2 casos. No entanto, esta situação foi modificada até junho de 2004, quando foram equiparadas as notificações entre os sexos. Há que se considerar os aspectos de vulnerabilidade na gênese das DST e AIS, entre eles destacam-se: a exclusão de base social, a pobreza, a rigidez de papéis e condutas nas relações de gênero e ao contingente de indígenas que vivem em centros urbanos e proximidades.

Entre as doenças sexualmente transmissíveis verificou-se um aumento da notificação correlacionado ao início da implantação do Programa DST/HIV/AIDS em comunidades indígenas. Entre as doenças de maior notificação estão a tricomoníase, sífilis e gardnerella. Destaca-se que a maioria destas notificações se concentra na região sul do Estado, em especial para a etnia Kaiowá e Guarani e para as aldeias atendidas pelo Pólo Base de Dourados (FERRI; GOMES, 2011).



VAMOS SABER MAIS!

O artigo **A felicidade do adolescer**¹⁴ foi escrito por acadêmicas indígenas do curso de enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul e teve como base o projeto “*A felicidade do adolescer: o adolescente conhecendo a si mesmo*” desenvolvido entre os meses de maio a outubro de 2009, na escola Tengatui Marangatu, na aldeia Jaguapirú, que possui 1200 alunos das etnias Kaiowá, Nãndeva e Terena, na educação infantil, do 1º ao 9º ano do ensino fundamental. Este artigo é mais relevante ainda considerando que as próprias pesquisadoras são acadêmicas indígenas das etnias Nãndeva, Kaiowá e Terena e se propõem a discutir inúmeras questões atuais que envolvem os jovens indígenas da aldeia de Jaguapiru.

LITERATURAS RECOMENDADAS:

ÉRNICA FILHO, Maurício; BIBERG-SALUM, Tânia Gisela. Prevalência de Discromatopsias em Escolares Kadiwéus. In: *VI Congresso de Educação Médica do Centro-Oeste - ABEM*. Rio de Janeiro: Revista Brasileira de Educação Médica, v. 33, n.3, Supl. 3, 2009.

FERREIRA, Maria Evanir Vicente. *Aspectos demográficos e mortalidade de populações indígenas do Estado do Mato Grosso do Sul*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010.

GRUBITS, Sonia et al. Problemática do alcoolismo nos grupos indígenas. In: *XV Encontro Nacional da Associação Brasileira de Psicologia Social. Anais do ENSBPS*, Maceió: Editora ABRAPSO, 2009.

14 MARTINS, Clodolina et al. A felicidade do adolescer. *Tellus*, Campo Grande, ano 10, n. 18, p. 241-245, 2010.

NAKAGAWA, Cynthia Mitie; RIBAS, Dulce Lopes Barboza; CONCONE, Maria Helena Villas Boas. O processo saúde doença em mulheres Teréna: uma análise qualitativa. In: *V Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde*. Anais. São Paulo: ABRASCO, 2011.

PARIZOTTO, Symonne Pimentel Castro de Oliveira Lima. Abordagem odontológica em populações indígenas. In: IMPARATO, José Carlos P. (Org.). *Tratamento Restaurador Atraumático*. 1 ed. Curitiba: Editora Maio, 2005, v.1, p. 303-317.

PARIZOTTO, Symonne Pimentel Castro de Oliveira Lima. *Prevalência de cárie dentária na dentição decídua de crianças da comunidade indígena Kaiowá-Guarani de Mato Grosso do Sul e associação com fatores de risco*. Tese (Doutorado em Odontologia) - Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, 2004.

PEREIRA, Aline de Oliveira et al. Anemia por deficiência de ferro em crianças indígenas Teréna. In: *I Congresso Nacional de Alimentos e Nutrição - IV Congresso Mineiro de Alimentação e Nutrição*, 2011. Anais IV COMAN I CONAN. Ouro Preto: Editora UFOP, 2011. p. 1668-1674.

PÍCOLI, Renata Palópoli; ADORNO, Rubens de Camargo Ferreira. Cuidado à saúde de crianças Kaiowá e Guarani: notas de observação de campo. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum.*, São Paulo, v.18, n.1, p.35-45. 2008.

RIBAS, Dulce Lopes Barboza; LEITE, Mauricio Soares; GUGELMIN, Silvia Angela. Perfil nutricional dos povos indígenas do Brasil. In: BARROS, Denise Cavalcante; SILVA, Denise Oliveira; GUGELMIN, Silvia Angela (Org.). *Vigilância Alimentar e Nutricional para Saúde Indígena*. 1ª ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007, v. 1, p. 211-235.

RIBAS, Dulce Lopes Barboza et al. Perfil nutricional de mulheres indígenas Teréna de Mato Grosso do Sul. In: *I Congresso Nacional de Alimentos e Nutrição*, 2011, Ouro Preto. Anais IV COMAN I CONAN. Ouro Preto: Editora UFOP, 2011, p. 2408-2414.

RODRIGUES, Maria de Lourdes Veronese; BIBERG-SALUM, Tânia Gisela. Frequency of pterygium in indigenous Kadiweu. *Acta Ophthalmologica*, Copenhagen. v. 87, Suppl. 44, 2009.

SILVEIRA, Nádía Heusi. Mitã kambyryru jere - notas sobre uma doença de infância entre os Kaiowá e Guarani. *Tellus*, Campo Grande, ano 9, n. 16, p. 209-214, 2009.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este módulo procurou oferecer uma síntese dos principais aspectos relacionados à saúde dos povos indígenas do Brasil e mais especificamente dos grupos indígenas do Mato Grosso do Sul. O primeiro aspecto enfatizado foi a importância da criação de instrumentos legais que, tanto em nível nacional como internacional, permitiram o reconhecimento destes grupos populacionais como “povos” ou “nações” e garantiram seus direitos de acesso à terra e à manutenção de sua organização social, costumes e língua, dentre outros aspectos.

Apesar de os povos indígenas constituírem uma pequena parcela da população brasileira, sua vasta diversidade sociocultural é uma característica tão importante que impôs um significativo avanço nas políticas públicas de saúde no país, através da criação de um Subsistema de Saúde articulado com o SUS, que permite garantir a esses grupos uma atenção diferenciada à saúde, levando em conta suas especificidades socioculturais e epidemiológicas, em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS.

Com a criação do Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas têm sido observados avanços na organização dos serviços de saúde destinados a esses grupos populacionais, o que tem repercutido positivamente em suas condições de saúde. O Subsistema, atualmente sob responsabilidade da FUNASA, está estruturado em Distritos Sanitários Especiais Indígenas, responsáveis pela atenção básica em saúde, sendo que as redes de serviços de saúde dos municípios e dos estados devem garantir o atendimento e o acesso do paciente indígena às referências de média e alta complexidade, de forma que o Subsistema atue integrado ao SUS.

Dos quase setenta mil indígenas que vivem no Mato Grosso do Sul, destacam-se numericamente os Guarani-Ñandeva e os Guarani-Kaiowá, que, juntos, somam em torno de 42 mil

pessoas. Depois temos os Terena (em torno de 22 mil pessoas) e os Kadiwéu (cerca de 1,4 mil). As outras quatro etnias que compõem os grupos indígenas do MS apresentam atualmente um reduzido contingente populacional. Todas as etnias do estado têm um histórico de contato muito antigo com os colonizadores, datado desde o século XVI. Esse processo de contato vem definindo as condições de vida e as formas de existência desses grupos indígenas na atualidade.

Outro aspecto abordado neste módulo envolve as especificidades das condições epidemiológicas e do processo de saúde-doença nos povos indígenas de um modo geral. O objetivo foi apontar algumas características epidemiológicas comuns a estes povos, como a maior vulnerabilidade de sua condição de saúde, evidenciada quando comparamos seus indicadores de saúde com aqueles obtidos para a população nacional como um todo.

No Mato Grosso do Sul, as condições de saúde dos povos indígenas têm sido acompanhadas mais sistematicamente a partir da implantação do Subsistema em 1999. Alguns problemas específicos de saúde, considerados importantes pelo DSEI-MS, vêm merecendo maior atenção, dentre eles, podemos destacar a alta incidência de tuberculose, a desnutrição em crianças em menores de 5 anos e as mortes por violência.

Nos últimos anos, a redução da mortalidade infantil entre indígenas no estado representou um impacto importante nas condições de saúde dessas populações, entretanto a alta mortalidade pós-natal ainda revela grande vulnerabilidade a fatores socioambientais, como condições de saneamento, exposição a agentes infecciosos e de natureza nutricional que ainda constituem um desafio para os serviços de saúde.

Pode-se concluir que a criação do Subsistema foi um grande avanço nas políticas públicas de saúde voltadas para esses grupos populacionais. Contudo, muitos desafios ainda devem ser vencidos, como a carência de dados sistematizados

de saúde que possam balizar o planejamento e ações de saúde. A dificuldade gerencial de todo o Subsistema ainda constitui um entrave para o seu adequado funcionamento e para a agilidade na oferta de serviços, assim como também representa um importante ponto de estrangulamento que dificulta o acesso dos indígenas às referências de média e alta complexidade a difícil articulação entre o Subsistema e o SUS. Todas essas dificuldades fazem com que a atenção diferenciada e a integralidade da assistência, apesar de serem objetivos básicos da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena, ainda sejam metas difíceis de serem alcançadas.

Assim como o SUS, o Subsistema de Atenção dos Povos Indígenas está em contínua construção e cabe a todos os cidadãos brasileiros, indígenas, não indígenas, trabalhadores e conselheiros de saúde e usuários, o papel de protagonistas neste processo, cujo objetivo é reconhecer as especificidades dos povos indígenas, garantir acesso destes aos serviços de saúde, diminuir as iniquidades entre indígenas e não indígenas e ultrapassar as barreiras do preconceito, do desconhecimento e da discriminação.

REFERÊNCIAS

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), *I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas*. Relatório Final, Nº7 (Análise de dados), Rio de Janeiro, 2009.

BASTA, Paulo César; ORELLANA, Jessem Douglas Yamall & ARANTES, Rui. Perfil epidemiológico dos Povos Indígenas no Brasil: notas sobre agravos selecionados. In: *Saúde Indígena: Novos Trajetos* (Garnelo, L & Lima, A C; orgs.). Ed. MEC/LACED-UFRJ/Ford Foundation. Coleção Educação para Todos - Série Via dos Saberes Nº 5, 187 pp. (no prelo).

BRAND, Antonio Jacó. O impacto da perda da terra sobre a tradição Kaiowa/Guarani: os difíceis caminhos da palavra. Tese (Doutorado em História) - Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1997.

_____. O dilema das fronteiras na trajetória guarani. Entrevista com Antonio Brand. *Jornal On-line do Instituto Humanitas, Unisinos, São Leopoldo*, maio 2010. p.7. Disponível em: <http://povosindigenasrs.wordpress.com/2010/05/31/o-dilema-das-fronteiras-na-trajetoria-guarani-entrevista-com-antonio-brand/>. Acesso em 15 de jun. 2011.

BRAND, Antonio Jacó; PÍCOLI, Renata Palópoli. Mortalidade infantil entre os Kaiowá e Guarani de Mato Grosso do Sul. In: RICARDO, Beto; RICARDO, Fany (Ed.). *Povos indígenas no Brasil 2001/2005*. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2006, p. 795-798.

BRASIL. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL, Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Congresso Nacional, 1988. Capítulo VIII, Dos Índios, Artigo 231. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL-03/constituicao/Constitui%C3A7ao.htm>>. Acesso em: 28 maio 2010.

_____. Lei nº 6.001, de 19 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o Estatuto do Índio. Disponível em: <<http://www.socioambiental.org/inst/leg/pib.shtm>>. Acesso em: 28 maio 2010.

BRASIL. Decreto nº 3.156, de 27 de agosto de 1999. Dispõe sobre as condições para a 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: 13 jun. 2006.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.saude.inf.br/legisl/lei8080.htm>>. Acesso em: 13 jun. 2006.

_____. Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999. Diário Oficial da União, Brasília, 24 set. 1999b. Disponível em: <<http://www.presidencia.gov.br/ccivil/Leis/L9836.htm>>. Acesso em: 13 jun. 2006.

_____. Portaria nº 2656, de 17 de outubro de 2007. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria2656_17_10_07.pdf>. Acesso em 5 de jun. 2010.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Série A *Normas e Manuais técnicos*: Vigilância alimentar e nutricional - SISVAN: orientações básicas para coleta, processamento, a análise de dados e a informação em serviços de saúde. Brasília, 2004.

CABRAL, Paulo Eduardo. *Educação escolar indígena em Mato Grosso do Sul: algumas reflexões*. Secretaria de Estado de Educação de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2002.

CONKLIN, B. O sistema médico Wari' (Pakaanóva). In: *Saúde dos Povos Indígenas* (R.V. Santos & C.E.A. Coimbra Jr., orgs.), pp. 161-186. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

COBO. J. Martinez. *Study of the problem of discrimination Against Indigenous Populations*, E/CN.4/Sub.2/1986/7/Add.4, par. 379

DAMATTA, Roberto. Quanto custa ser índio no Brasil? Considerações sobre o problema da identidade étnica. *Revista Dados: Rio de Janeiro*. Nº 13, 1978.

DIEHL, Eliana Elisabeth. Entendimentos, práticas e contextos sociopolíticos do uso de medicamentos entre os Kaingáng (Terra Indígena Xapecó, Santa Catarina, Brasil). Tese de Doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública/ FIOCRUZ. 2001

FÁVARO, Thatiana et al. Segurança alimentar em famílias indígenas Teréna, Mato Grosso do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 785-793, 2007.

FERREIRA, Luciane O; OSÓRIO, Patrícia Silva (org.). *Medicina Tradicional Indígena em Contextos - Anais da I Reunião de Monitoramento*. Projeto Vigisus II/Funasa. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2007.

FERRI, Erika Kaneta; GOMES, Ana Maria. Doenças sexualmente transmissíveis e AIDS entre população indígena do DSEI/MS de 2001 à 2005. *Saúde Coletiva*, Barueri, v. 47, p. 6-12, 2011.

FUNASA/DSEI-MS. Relatório Anual de Gestão de 2009. Publicação institucional, 2010.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Conferências nacionais de saúde indígena: relatórios finais. Brasília, 2006.

_____. Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas. 2ª ed. Brasília, 2002.

GONÇALVES, Franciele et al. Realidade indígena no Mato Grosso do Sul: o caso dos Ofaiés em Brasilândia. In: III Simpósio Nacional de Geografia Agrária - II Simpósio Internacional de Geografia Agrária Jornada Ariovaldo Umbelino de Oliveira - Presidente Prudente, 2005.

GRÜNBERG, Paz. *Reflexões sobre a situação dos Guarani no Mato Grosso do Sul, Brasil*. Brasília: EAG-CTI, 2002, p. 1-21.

GRUBITS, Sonia; FREIRE, Heloisa Bruna Grubits; NORIEGA, José Angel Vera. Influência de aspectos sociais e culturais na educação de crianças indígenas. *Psico-USF*, Itatiba, v. 14, n. 3, p. 365-374, 2009.

IBGE. *Estudos & Pesquisas: informação demográfica e socioeconômica*, Volume 21. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2007.

IBGE. *Tendências Demográficas: Uma análise dos indígenas com base nos resultados da amostra dos censos demográficos de 1991 e 2000*. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2005.

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL. Enciclopédia Virtual sobre os povos indígenas do Brasil. São Paulo, 1999. Disponível em: <http://pib.socioambiental.org/pt/povo/kadiweu/print> Acesso em: 15 de jun. 2011.

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL (ISA). Povos Indígenas no Brasil, 1996-2000. Carlos Alberto Ricardo (ed.), São Paulo; 2000.

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL. Povos indígenas no Brasil, 1996-2000. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2000. Disponível em: < <http://pib.socioambiental.org/pt/c/terras-indigenas/demarcacoes/localizacao-e-extensao-das-tis>. Acesso em: 28 mai. 2010.

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL. Enciclopédia Virtual sobre os povos indígenas do Brasil. São Paulo, 2008. Disponível em: <http://pib.socioambiental.org/pt/povo/guato/print>. Acesso em: 15 de jun. 2011.

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL. Povos indígenas no Brasil, 2001 a 2005. RICARDO, Beto; RICARDO, Fany (Ed.), São Paulo, 2006

LANGDON, Esther Jean. *Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde*. In: Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa. Rio de Janeiro: Contra Capa/ Associação Brasileira de Antropologia, 2004.

_____. *Representações de doenças e itinerário terapêutico dos Siona da Amazônia Colombiana*. In: Saúde dos Povos Indígenas (R.V. Santos & C.E.A. Coimbra Jr., orgs.), pp. 115-141. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

MACIEL, Maria Eunice. Identidade Cultural e Alimentação. In: CANESQUI, Ana Maria; GARCIA, Rosa Wanda Diez (orgs.). *Antropologia e Nutrição: um diálogo possível*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 49-55.

MALTA, D.C. *et al.* Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 16:233-44, 2007.

MARQUES, Ana Maria Campos *et al.* Tuberculose em indígenas menores de 15 anos, no Estado de Mato Grosso do Sul. *Rev Soc Bras Med Trop*, Uberada, v. 43, n.6, p. 700-704, 2010.

MARQUES, Ana Maria Campos; Cunha Rivaldo Venâncio. A medicação assistida e os índices de cura de tuberculose e de abandono de tratamento na população indígena Guaraní-Kaiwá no Município de Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro*, v. 19, supl 5, p. 1405-1411, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. DataSUS, 2008. disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2008> > acesso em: 28 mai.2010

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Saúde Brasil 2007: uma análise da Situação de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

PAGLIARO, Heloísa; AZEVEDO, Marta Maria; SANTOS, Ricardo Ventura. Demografia dos Povos Indígenas no Brasil: um panorama crítico. In: *Demografia dos Povos Indígenas no Brasil*. Heloisa Pagliaro, Marta Maria Azevedo e Ricardo Ventura Santos (orgs.). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz e Associação Brasileira de Estudos Populacionais/Abep, 2005.

PEREIRA, Deborah Duprat de B. 2002. O Estado Pluriétnico. Em: Souza Lima, Antonio Carlos de, e Barroso-Hoffman, Maria. 2002b. *Além da tutela, bases para uma nova política indigenista III*. Rio de Janeiro: Contra Capa, pp. 41-47.

PEREIRA, Levi Marques. *Imagens Kaiowá do sistema social e seu entorno*. Tese (Doutorado em Antropologia) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

_____ *Os Terena de Buriti: as formas organizacionais, territorialização da identidade étnica*. Dourados: Editora da UFGD, 2009.

PÍCOLI, Renata Pícoli; CARANDINA, Luana; RIBAS, Dulce Lopes Barboza. Saúde materno infantil e nutrição de crianças Kaiowá e Guarani, Área Indígena de Caarapó, Mato Grosso do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 223-227, 2006.

RIBAS, Dulce Lopes Barboza et al. *Nutrição e saúde infantil em uma comunidade indígena Terena, Mato Grosso do Sul, Brasil*. *Cad Saúde Pública*, São Paulo, v. 17, p. 323-44, 2001.

RIBAS, Dulce Lopes Barboza. Alimentação e nutrição de povos indígenas de Mato Grosso do Sul. *Notícias*, Conselho Regional de Nutrição, São Paulo, Jul/Set 2008.

RIOS, Aurélio Viega. Terras indígenas no Brasil: definição, reconhecimento e novas formas de aquisição. Em: Antonio Carlos Souza Lima e Barroso-Hoffman, Maria (Orgs.). *Além da tutela: bases para uma nova política indigenista III*. Rio de Janeiro: Contra Capa/LACED, pp 65-66, 2002.

SAAD, Mariane Barbosa Nogueira de Leles. *Saúde e Nutrição Terena: sobrepeso e obesidade*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2005.

SANTOS, Ricardo Ventura; COIMBRA JR., Carlos Everaldo. A; CARDOSO Andrey M. Povos Indígenas no Brasil. In: *Vigilância Alimentar e Nutricional para a Saúde Indígena, 1* (D. C. Barros, D. Oliveria & S. A. Gugelmin orgs.), pp. 20-91, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

SANTOS, Ricardo Ventura; COIMBRA JR., Carlos Everaldo. A; CARDOSO, Andrey. M. Saúde dos povos indígenas e políticas públicas no Brasil. In: GIOVANELLA, L. *et al.* Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008.

SILVEIRA, Nadia Heusi. Um ponto de vista sobre a segurança alimentar entre os Kaiowá-Guarani de Mato Grosso do Sul. *Itinerarios*, Campo Grande, v. 6, p. 123-138, 2007.

STOLTE, Vânia Paula Rodrigues. *Aspectos epidemiológicos da tuberculose em indígenas menores de cinco anos no Hospital Porta da Esperança, período de 2000 a 2006*. Dissertação (Mestrado em Doenças Infecciosas e Parasitárias) - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2011.

SITES DE INTERESSE

<http://pib.socioambiental.org/pt>

<http://www.funai.gov.br/>

<http://www.funasa.gov.br/>

http://dab.saude.gov.br/saude_indigena.php

http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1708

EAD - UFMS

REVISÃO:

Prof. Dr. Ricardo Magalhães Bulhões

EDITORAÇÃO ELETRÔNICA E PROJETO GRÁFICO:

Marcos Paulo dos Santos de Souza

DESIGNER:

Alana Montagna

DESIGN INSTRUCIONAL:

Carla Calarge

FOTO DA CAPA:

Gretta S. R. de Paula



Foto: Gretta S. R. de Paula

ISBN 978-85-7613-349-0



9 788576 133490

SES
Secretaria de Estado de Saúde

Ministério da Educação
Ministério da Saúde

Secretaria de
Gestão do Trabalho e da
Educação na Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO E PAÍS SEM POBREZA



SESAU
Secretaria Municipal
de Saúde Pública

