



**UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

JOSEANY DA SILVA SANTANA SIMÕES

**A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DAS POPULAÇÕES INDÍGENAS: UMA
REVISÃO NARRATIVA**

**RIO DE JANEIRO
2019**

JOSEANY DA SILVA SANTANA SIMÕES

**A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DAS POPULAÇÕES INDÍGENAS: UMA
REVISÃO NARRATIVA**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Universidade Estácio de Sá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientador: Professor Dr. Luiz Antônio
Teixeira

RIO DE JANEIRO

2019

S598a Simões, Joseany da Silva Santana

A atenção primária à saúde das populações indígenas:
uma revisão narrativa. / Joseany da Silva Santana Simões. –
Rio de Janeiro, 2019.

f.

Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) –
Universidade Estácio de Sá, 2019.

1. Saúde de populações indígenas. 2. População indígena.
3. Serviços de saúde do indígena. 4. Atenção primária à
saúde. I. Título.

CDD 616.07



Estácio

Universidade Estácio de Sá

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

A dissertação

**A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DAS POPULAÇÕES INDÍGENAS: UMA REVISÃO
NARRATIVA**

elaborada por

JOSEANY DA SILVA SANTANA SIMÕES

e aprovada por todos os membros da Banca Examinadora foi aceita pelo Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família como requisito parcial à obtenção do título de

MESTRE EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Rio de Janeiro, 23 de agosto de 2019.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Luiz Antonio da Silva Teixeira - Presidente
Universidade Estácio de Sá

Prof. Dr. Katia Maria Braga Edmundo
Universidade Estácio de Sá

Prof. Dr. Gerson Luiz Marinho
Universidade Federal do Rio de Janeiro

*Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida, meu
guia e socorro presente nas horas mais difíceis;
Aos meus pais e irmã que, com muito carinho e apoio, sempre me incentivaram e
não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa da minha vida;
Ao meu esposo por ter respeitado minha ausência durante a construção desta
dissertação e permanecido ao meu lado como um grande incentivador nos
momentos de angústia.*

AGRADECIMENTOS

Não foi fácil chegar até aqui. Desde a decisão de realizar o mestrado; ao processo seletivo; passando por uma mudança onde deixei de morar no Rio de Janeiro para residir em Brasília; tropeçando no cansaço das viagens e noites maldormidas; superando a distância do esposo, dos familiares e amigos; buscando força quando algo saía errado ou fora do planejado; pela aprovação na qualificação até a conclusão do Mestrado. Foi um longo caminho percorrido. Nada foi fácil, nem tampouco tranquilo. Houve muita luta, esforço e perseverança.

Agradeço, portanto, ao meu orientador, Prof. Dr. Luiz Antônio Teixeira, por ter acolhido meu tema, pela confiança, orientação e seu grande desprendimento em ajudar o que possibilitou na conclusão desta dissertação;

Ao Exército Brasileiro, pela possibilidade de crescimento profissional e intelectual a partir da convivência inicial com a saúde indígena;

Aos colegas do mestrado, pelas conversas descontraídas, pela amizade, pelo apoio, incentivo durante toda a trajetória;

Aos coordenadores e professores do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família da UNESA;

Aos professores, Dr. Gerson Luiz Marinho e Dra. Kátia Maria Braga Edmundo, que aceitaram compor minha banca de qualificação e de defesa. Agradeço as sugestões e análises tão significativas.

RESUMO

No Brasil, a Constituição de 1988 garantiu aos povos indígenas o acesso universal aos serviços de saúde onde fossem respeitadas suas especificidades e práticas tradicionais. No âmbito do Sistema Único de Saúde, a Política Nacional de Saúde Indígena instituiu o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena criados como estratégia para garantir seus direitos ao acesso. Uma grande preocupação se construiu no decorrer dos anos em relação a Atenção Primária à Saúde prestada aos povos indígenas. A Política Nacional de Atenção a Saúde dos povos indígenas (PNASPI), criada em 2002, prevê atenção diferenciada às populações indígenas, com foco no desenvolvimento e fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, como garantia de integralidade da assistência. O presente estudo propõe desenvolver reflexões através da revisão da literatura brasileira acerca da atuação da Atenção Primária à Saúde em relação à saúde das populações indígenas, destacando as principais questões sobre o acesso aos serviços de saúde, os cuidados primários ofertados aos indígenas, a atuação do agente indígena de saúde nas aldeias, as condições sensíveis à saúde e desafios e potencialidades apresentados. O estudo trata-se de uma revisão narrativa realizada por meio de levantamento de artigos científicos publicados nas bases bibliográficas *Lilacs*, *Medline* e *Scielo*, através do portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram selecionados 18 estudos. Os estudos mostram que os índios enfrentam problemas e desafios quando se referem à sua saúde e as ações têm apresentado poucos resultados, que refletem desigualdades historicamente descritas entre esses povos e as demais populações. A fragilidade da Atenção Primária à Saúde, somada à descontinuidade do cuidado, dificuldades em acessar os serviços pelos indígenas, alta rotatividade de profissionais e falhas nos sistemas de rede de atenção à saúde são fatores que desafiam a efetividade das políticas indigenistas.

Palavras-chaves: Saúde de Populações Indígenas, População Indígena, Serviços de Saúde do Indígena e Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

In Brazil, the 1988 Constitution granted indigenous peoples universal access to health services where they respected their traditional specificities and practices. Under the Unified Health System, the Indigenous Health Subsystem and the Indigenous Peoples' Health Care Policy were created as a strategy to guarantee their rights to access. A major concern has been built over the years in relation to primary health care provided to indigenous peoples. PNASPI provides differentiated attention to indigenous populations focused on the development and strengthening of primary health care as a guarantee of integral care. The present study proposes to develop reflections through a review of the Brazilian literature on primary health care in relation to the health of indigenous populations, highlighting the main questions about access to health services, primary care offered to indigenous people, indigenous peoples' health in the villages, health-sensitive conditions and challenges and potentialities presented. The study is a narrative review carried out by means of a survey of scientific articles published in the bibliographic databases Lilacs, Medline and Scielo through the Virtual Health Library (VHL) portal. Eighteen studies were selected. Studies show that Indians face problems and challenges when it comes to their health and actions have shown few results, reflecting historically described inequalities between these peoples and other populations. The fragility of primary health care, coupled with discontinuation of care, difficulties in accessing services by indigenous people, high turnover of professionals and failures in health care network systems, are factors that challenge the effectiveness of indigenous policies.

Keywords: Health of Indigenous Peoples, Indigenous Population, Health Services, Indigenous and Primary Health Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Localização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs).....	20
Gráfico 1. Percentual da língua indígena.....	24
Figura 2. População indígena nos municípios.....	25
Figura 3. Estrutura do Distrito Sanitário Especial Indígena.....	36
Figura 4. Estruturas de Rede.....	39
Figura 5. Fluxograma 1 - Processo de seleção inicial dos artigos.....	46
Figura 6. Fluxograma 2 - Seleção dos artigos após uso dos operadores de pesquisa.....	47

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. População indígena segundo localização do domicílio.....	23
Tabela 2. Municípios com as maiores populações indígenas do País.....	26
Tabela 3. Lista de artigos encontrados.....	48
Tabela 4 – Resultados dos Estudos	52
Tabela 5. Lista de Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP).....	73

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde
AIS - Agente Indígena de Saúde
APS – Atenção Primária à Saúde
BVS - Biblioteca Virtual em Saúde
CASAI – Casa de Saúde Indígena
CID - Classificação Internacional de Doenças
CIS - Comissão Intersetorial de Saúde
CONDISI - Conselhos Indígenas de Saúde
DASI – Departamento de Atenção à Saúde Indígena
DCNT - Doenças Crônicas não Transmissíveis
DESAI - Departamento de Saúde Indígena
DSEI - Distrito Sanitário Especial Indígena
DSEIRN - Distrito Sanitário Especial Indígena Rio Negro
EMSI - Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena
ESF - Estratégia de Saúde da Família
EVS - Equipes Volantes de Saúde
FUNAI - Fundação Nacional do Índio
FUNASA – Fundação Nacional de Saúde
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica
ICSAP - Condições Sensíveis à Atenção Primária
LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MS – Ministério da Saúde
ONG - Organização não governamental
PNASPI - Política Nacional de Atenção à saúde dos Povos Indígenas
PSF – Programa de Saúde da Família
RAS – Redes de Atenção à Saúde
RNL - Revisão Narrativa da Literatura
SASI - Subsistema de Atenção à Saúde Indígena
SCIELO - *Scientific Electronic Library Online*
SESAI - Secretaria Especial de Saúde Indígena

SPI - Serviço de Proteção ao Índio e Trabalhadores Nacionais

UBS - Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. QUESTÃO NORTEADORA.....	15
3. OBJETIVOS	16
Geral:	16
Específicos:.....	16
4. JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA AO TEMA	17
5. REFERENCIAL TEÓRICO	18
5.1 Os Caminhos da Política de Saúde Indígena.....	18
5.2 Situação do Indígena no Brasil: Quem e quantos são?	22
5.3 Histórico das Condições de Saúde Indígena	27
5.4 O Modelo Assistencial em Saúde Indígena.....	30
5.5 O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena	33
5.5.1 Estrutura e Organização dos Serviços de Saúde.....	35
5.6 Redes de Atenção à Saúde: A Saúde Indígena organizada em redes.....	38
5.7 Cuidados Primários de Saúde prestados pelo Subsistema de Saúde Indígena.....	41
5.8 O Agente Indígena de Saúde: Peça-chave na equipe.....	42
6. PERCURSO METODOLÓGICO	45
7. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	53
7.1 Acesso aos Serviços de Saúde	53
7.2 A Articulação da Atenção Primária na Saúde Indígena.....	58
7.3 O Agente Indígena de Saúde na Atenção Diferenciada	62
7.3.1 Os diferentes papéis do Agente Indígena de Saúde	64
7.3.2 Rotatividade dos Agentes Indígenas de Saúde.....	67
7.3.3 Formação/Capacitação	69
7.4 Condições sensíveis à Saúde Indígena	72
7.5 Desafios e Potencialidades na Saúde Indígena	80
8. CONCLUSÃO	87
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	90

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como objeto a bibliografia acadêmica no campo da saúde coletiva, que trata da atenção primária à saúde dos povos indígenas. A partir de uma revisão narrativa são analisadas as principais questões apresentadas por essa literatura.

A década de 80 foi um momento importante para o setor da Saúde no Brasil, em consequência não só das profundas transformações da política de saúde em âmbito nacional, como também decorrentes do processo de mudança política do país, que culminaram na democratização, reforma sanitária e criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Tal processo transformou a saúde como direito social e dever do Estado (BRASIL, 2002).

O SUS, instituído pela Constituição Federal de 1988, foi concebido com base em princípios doutrinários: universalidade, integralidade e equidade, os quais têm norteado a formulação das políticas implementadas na rede de saúde. Avanços na implementação dessas políticas têm sido registrados, contudo, o caminho para a concretização de determinadas ações tem sido trilhado com o enfrentamento de desafios.

No campo das políticas para os povos indígenas, o objetivo, até então, era a integração desses povos na sociedade brasileira, no entanto as ações esporádicas de saúde os tratavam como sujeitos passivos e submissos. A Constituição de 1988 garantiu aos povos indígenas – assim como a todo brasileiro – o acesso universal aos serviços de saúde, propugnando uma atenção à saúde que respeite suas especificidades culturais e práticas tradicionais e participação (DIEHL, 2015). Legitimando seu direito à atenção a saúde de forma integral.

A despeito do desenvolvimento ao setor saúde, produzido pela Constituição de 88 e pelo conseqüente surgimento do Sistema Único de Saúde, em relação à Atenção Primária à Saúde direcionada aos indígenas ainda há muitos problemas a serem resolvidos.

Apesar do esforço de reorganização do modelo de atenção à saúde indígena através da descentralização das ações de saúde, com a implantação dos Distritos Sanitários Especializados Indígenas (DSEIs), há outros fatores que interferem na situação dos indígenas. Esses distritos funcionam através de uma rede de serviços dentro do seu território, que deve funcionar integral e hierarquicamente, articulada com o SUS a partir de suas complexidades. Organiza-se com o objetivo de descentralizar as ações através de unidades básicas de saúde nas aldeias, pólo-base como referência para um conjunto de aldeias, e casa do índio (abriga indígenas em locais fora das aldeias no período do tratamento (SANTOS et al., 2008).

O índio brasileiro ainda vivencia diversas dificuldades e é indispensável à adoção de medidas que viabilizem o funcionamento adequado do sistema de saúde indígena neste país, tornando possível e eficaz a aplicação dos princípios e diretrizes da descentralização, universalidade, equidade, participação e controle social.

Justifica-se a existência desse trabalho, por tratar-se de um campo ainda pouco estudado, pela carência de informações sobre as condições de saúde atual dentro das aldeias e sobre os cuidados em saúde oferecidos aos indígenas na atenção primária. Pouco se conhece sobre o perfil epidemiológico desse grupo populacional devido à exigüidade de investigações, dos poucos inquéritos e censos realizados, assim como da precariedade dos sistemas de informação sobre morbidade e mortalidade, que dispõe somente de dados parciais. Portanto, diante deste cenário que vem sendo apresentado, no que se refere às condições de saúde dos índios, emerge a discussão desta dissertação que busca, através da literatura científica, estudar como se dá a atenção primária à saúde, direcionada aos indígenas.

2. QUESTÃO NORTEADORA

Como a literatura científica discute a atuação da Atenção Primária à Saúde em relação à saúde das populações indígenas? Quais as principais questões apresentadas?

3. OBJETIVOS

Geral:

- Analisar através da literatura científica as principais questões relacionadas à saúde das populações indígenas a partir da Atenção Primária à Saúde.

Específicos:

- Identificar como a literatura discute o modelo de atenção à saúde e o acesso aos serviços de saúde das populações indígenas;

- Descrever através da literatura os desafios e potencialidades das ações direcionadas às populações indígenas e suas implicações;

- Conhecer através da literatura o papel dos Agentes Indígenas de Saúde e possíveis contribuições para o acesso e cuidado aos indígenas.

4. JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA AO TEMA

A justificativa e motivação pela pesquisa se deu pela minha atuação profissional no município de São Gabriel da Cachoeira, interior do estado do Amazonas. Atuei como Enfermeira militar de fevereiro de 2010 a abril de 2011, no Hospital de Guarnição de São Gabriel da Cachoeira, hospital de médio porte e único do município.

Foi o meu primeiro contato com a saúde indígena, onde enfrentei diversos desafios, pessoal e profissional, que possibilitaram muito aprendizado. Entusiasmada pelo tema, pela riqueza de informações e por algumas inquietações sobre as populações indígenas, ao ingressar no mestrado profissional em 2017, mantive o desejo em dialogar sobre a saúde das populações indígenas e suas questões.

A relevância deste estudo estará na possibilidade de contribuir com o sistema de saúde, à medida em que produza conhecimento sobre como são ofertados os cuidados primários à saúde indígena, e aponte alternativas para a qualificação das ações e melhorias para os serviços de saúde para povos indígenas, buscando o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde. Dito isso, os resultados do estudo serão importantes para a reorganização dos serviços, sobretudo, no sentido de promoverem a integração de ações e serviços de saúde. As Redes de Atenção à Saúde são o instrumento de garantia do direito, ampliando acesso e diminuindo desigualdades. Ao aprofundar a reflexão e o debate sobre a Atenção Primária à Saúde, reafirmamos a defesa do modelo de saúde que tem como referência o direito à saúde.

Contudo, contribuirá também para o maior conhecimento e visibilidade da saúde indígena no campo de estudos e ampliação no âmbito da saúde coletiva, procurando sempre respeitar a organização cultural e religiosa dessa população, articulando saberes médico-científicos, com saberes tradicionais da comunidade indígena.

5. REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 Os Caminhos da Política de Saúde Indígena

Para garantir os direitos e atender às especificidades culturais, epidemiológicas e geográficas dos povos indígenas, foi formulada, em 1999, a Política Nacional de Saúde Indígena, operacionalizada com a Lei 9.836 (*Lei Arouca*) de 23 de setembro do mesmo ano. Tal política instituiu o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI), um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços de atenção básica, sob a gestão da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). Ou seja, garantiu a provisão de serviços de saúde através de uma estrutura separada, no entanto, parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2002; DIEHL, 2015; GARNELO e SAMPAIO, 2003).

A Lei Arouca acrescenta na Lei nº 8.080 do SUS um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, organizado em Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI - que se configuram em uma rede de serviços implantada nas Terras Indígenas para atender essa população, a partir de critérios geográficos, demográficos e culturais. Essa lei também cria uma relação entre o subsistema de saúde e os órgãos responsáveis pela política indigenista; considera a participação indígena como uma premissa fundamental para o melhor controle e planejamento dos serviços, bem como uma forma de valorizar esses povos e recupera o princípio de equidade nas ações de saúde prestada (BRASIL, 1999).

Em 2002, foi instituída e regulamentada, pela Portaria nº 254, a PNASPI – Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, pois, apesar de já existir um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI), suas ações ainda eram insuficientes.

Segundo a PNASPI, “embora precários, os dados disponíveis indicavam, em diversas situações, taxas de morbidade e mortalidade entre as populações indígenas três a quatro vezes maiores do que aquelas encontradas na população brasileira geral.”

Em 2005, houve alguns protestos em diferentes etnias do território brasileiro, que revelaram situações de grande abandono e descaso no atendimento às populações indígenas, permitindo que doenças antes controladas retornassem com força (BRASIL, 2006). Tais informações deixavam cada vez mais claro que as condições de saúde da população indígena eram frágeis e precárias, mostrando que os indígenas viviam em posição inferior em relação a outros segmentos da sociedade. A própria PNASPI enfatiza a ausência de dados como também atenta para a desigualdade entre a saúde dos povos indígenas e a sociedade nacional.

A elaboração dessa política contou com a participação de representantes responsáveis pelas políticas públicas de saúde e pela política e ação indigenista do governo; assim como organizações da sociedade civil, com trajetória legitimada no campo da atenção e da formação de recursos humanos para a saúde dos povos indígenas; além da participação de representantes das organizações indígenas, com experiência no campo da atenção à saúde junto a seu povo (BRASIL, 2002).

Lima (1992) e Black (1994), como outros pesquisadores da época, já destacavam a necessidade de que a população indígena precisaria de uma estrutura específica para o atendimento aos seus problemas de saúde, devido a fatores culturais, operacionais (aldeias de difícil acesso, por exemplo) e epidemiológicos.

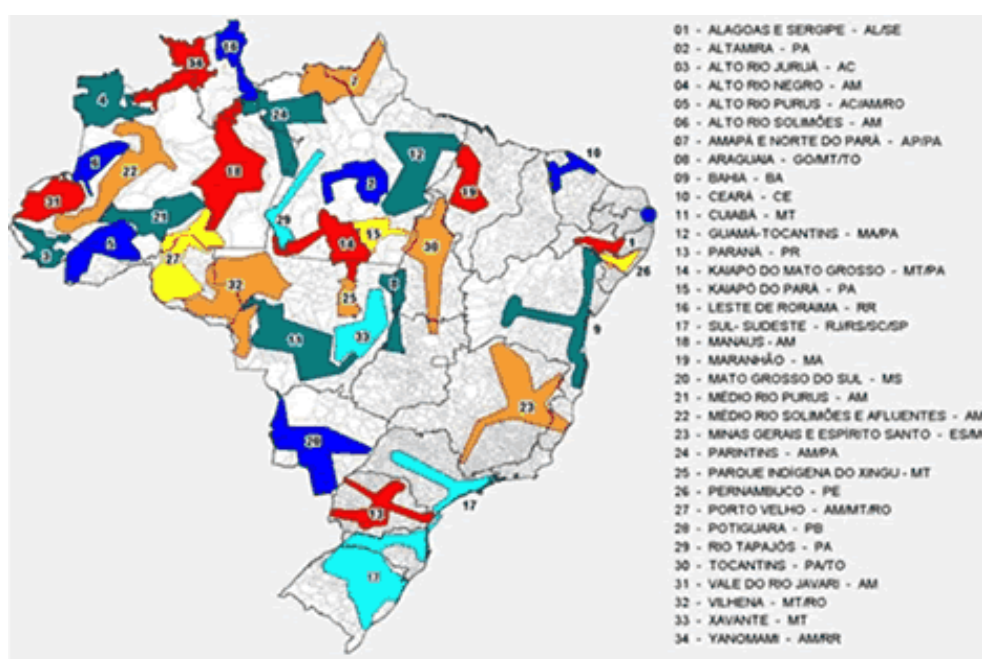
É fundamental que os serviços de saúde de média e alta complexidade conheçam os aspectos socioculturais que interferem nos processos de saúde-doença dos diferentes povos indígenas, para acolher e intervir segundo suas necessidades, propondo projetos de cuidado mais efetivos e condizentes com o entendimento e a realidade de cada grupo populacional (PEREIRA, *et al.* 2014).

Organização da Assistência aos Indígenas

Um dos maiores desafios para a implementação de um serviço de saúde voltado para os povos indígenas seria sua reorganização. Portanto, foi necessária

uma reestruturação, através da divisão territorial do país em 34 distritos, que são os chamados Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), implantados em todo o país. Dentre suas funções, os distritos desenvolvem atividades gerenciais, administrativas e presta atenção básica à população indígena aldeada.

Figura 1: Localização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs)



Fonte: Site da OPAS/OMS (2018).

O primeiro DSEI foi criado no início da década de 90: o Distrito Sanitário *Yanomami*, no Amazonas e Roraima, em resposta às denúncias feitas sobre a situação de calamidade pública que atingiu o povo *Yanomami* em decorrência da invasão de garimpeiros.

Devido à diversidade sociocultural, geográfica e política dos povos indígenas no Brasil e de suas diferentes formas de contato e graus de inserção no cotidiano da sociedade, cada local ou região torna-se singular no processo de implantação do novo modelo de atenção à saúde indígena (CHAVES, CARDOSO e ALMEIDA, 2006).

Nos DSEIs, o modelo de atenção deve ser operacionalizado, em primeiro nível, pela atuação da equipe multidisciplinar de saúde indígena (EMSI), tendo como base o trabalho dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) nas aldeias. Os Polos Base são unidades de saúde de primeira referência para os AIS. Fora das Terras Indígenas, delega-se para a Casa de Saúde Indígena (CASAI) a articulação com os demais serviços do SUS.

A Atenção Primária à Saúde e os Povos Indígenas

A partir da Constituição de 1988, houve uma grande preocupação com a Atenção Primária à Saúde (APS) dos povos indígenas, já que foi concedido o direito e a garantia de atenção diferenciada à saúde a esses povos.

Em 1978, a Declaração de Alma-Ata foi um marco nas discussões relacionadas ao desenvolvimento da APS, pois já dialogava com os campos da saúde, onde expressavam a desigualdade existente e a necessidade de ação por parte do Estado para a promoção da saúde, propondo a valorização da Atenção Primária à Saúde como fomentadora do acesso e forma de diminuir as desigualdades existentes na saúde (OMS, 1978). Nesse sentido, a APS se dará através da articulação entre diferentes setores.

A Atenção Primária à Saúde é vista como porta de entrada para a população, portanto, de acesso mais fácil e destinada a resolver a maioria dos agravos de saúde (OMS, 1978; GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008). A reorientação do modelo de saúde a partir da atenção básica precisa avançar no sentido da ampliação do acesso para a população e maior qualificação da atenção à saúde (MENDES, 2011).

Os cuidados primários à saúde são essenciais e devem ser colocados ao alcance de todos, pois representa o primeiro nível de contato com o indivíduo, família e comunidade. Segundo a Declaração de Alma Ata (1978) cuidados primários à saúde são: “cuidados essenciais de saúde, colocados ao alcance universal de indivíduos e famílias, mediante plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter”.

Portanto, cabe aos representantes e governos, em conjunto com a participação social e lideranças indígenas, estabelecerem normas e políticas que regulem estratégias para reduzir as iniquidades e desigualdades relacionadas à saúde. Essas ações, com olhar na situação local, devem promover a integralidade da assistência, compreendendo o acesso aos serviços e o cuidado à saúde (OMS, 1978).

5.2 Situação do Indígena no Brasil: Quem e quantos são?

Quem são?

O Estatuto do Índio, conhecido como a principal carta brasileira a regulamentar os assuntos indígenas no Brasil, foi decretado lei em 19 de dezembro de 1973 (Lei nº 6.001/73). Ele regula a situação jurídica dos índios, ou silvícolas, e das comunidades indígenas, com o propósito de conservar a sua cultura e integrá-los à comunhão nacional (BRASIL, 1973).

Nos artigos 3º e 4º, fica estabelecido as definições de índio e comunidades indígenas, sendo: I - Índio ou Silvícola - Todo indivíduo de origem pré-colombiana que se identifica e é identificado como pertencente a um grupo étnico cujos atributos e peculiaridades culturais o diferenciem da sociedade nacional; II - Comunidade Indígena - Conjunto de famílias vivendo em estado de isolamento, ou com contatos intermitentes, ou permanentes em relação aos outros setores da comunhão nacional, ainda assim sem estar neles inseridos. São considerados: I - Isolados - Vivem em grupos desconhecidos ou de que se possuem poucas informações; II - Em vias de integração - Possuem contato intermitente ou permanente com grupos estranhos, mantendo, de alguma forma, condições de sua vida nativa, mas aceitam algumas práticas e maneiras de existência comuns aos demais setores da comunhão nacional; III - Integrados – Já estão incorporados à comunhão nacional e vistos no pleno exercício dos seus direitos civis, conservando ainda costumes e tradições da sua cultura.

Segundo o antropólogo Eduardo Viveiros de Castro, em entrevista dada em 2006 e publicada no livro *Povos Indígenas no Brasil 2001-2005*, o pertencimento a uma comunidade indígena faz parte de uma definição mais ampla. “Índio” é

qualquer membro de uma comunidade indígena, reconhecido por ela como tal, e “Comunidade indígena” é toda comunidade fundada em relações de parentesco ou vizinhança entre seus membros, que mantém laços histórico-culturais com as organizações sociais indígenas pré-colombianas. As relações de parentesco ou vizinhança que constituem uma comunidade incluem as relações de afinidade, de filiação adotiva, de parentesco ritual ou religioso, e mais, definem-se nos termos da concepção dos vínculos interpessoais fundamentais própria da comunidade.

Consagrou-se então o princípio de que as comunidades indígenas se constituem em sujeitos coletivos de direitos coletivos, através da Constituição de 88, onde o índio deu lugar à comunidade e, assim, o individual passou a ser visto como interesse de um grupo ou coletividade, sendo considerado um passo gigantesco (CASTRO, 2006).

Quantos são?

A partir do levantamento do Censo 2010, realizado pelo IBGE, após aprimorar sua investigação sobre a população indígena no Brasil, verificou-se que existem 896,9 mil indígenas, menos de 0,5% da população total do país, sendo 36,2% em área urbana e 63,8% na área rural. E também foram identificadas 505 Terras Indígenas.

Tabela 1: População indígena, segundo localização do domicílio

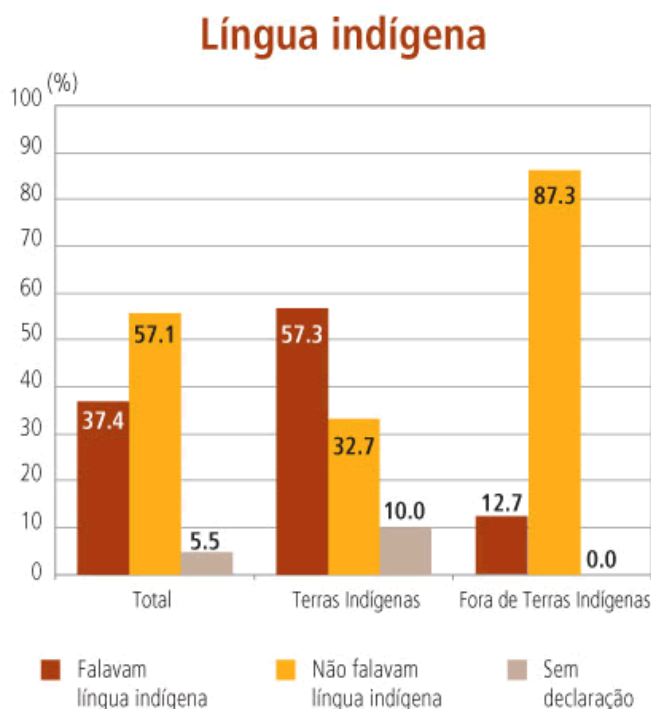
População indígena, por situação do domicílio, segundo a localização do domicílio – Brasil - 2010			
Localização do domicílio	População indígena por situação do domicílio		
	Total	Urbana	Rural
Total	896 917	324 834	572 083
Terras Indígenas	517 383	25 963	491 420
Fora de Terras Indígenas	379 534	298 871	80 663

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010.

Essas terras representam 12,5% do território brasileiro (106,7 milhões de hectares), onde residem 517,4 mil indígenas (57,7% do total). Apenas seis terras têm mais de 10 mil indígenas, 107 têm entre mais de mil e 10 mil, 291 têm entre mais de cem e mil, e em 83 residem até cem indígenas. A terra com maior população indígena é *Yanomami*, no Amazonas e em Roraima, com 25,7 mil indígenas (IBGE, 2010).

O Censo 2010 investigou pela primeira vez o número de etnias indígenas (comunidades definidas por afinidades linguísticas, culturais e sociais), encontrando 305 etnias, das quais a maior é a *Tikúna*, com 6,8% da população indígena. Também foram identificadas 274 línguas indígenas. Dos indígenas com 5 anos ou mais de idade, 37,4% falam uma língua indígena e 76,9% falam português.

Gráfico 1: Percentual da língua indígena

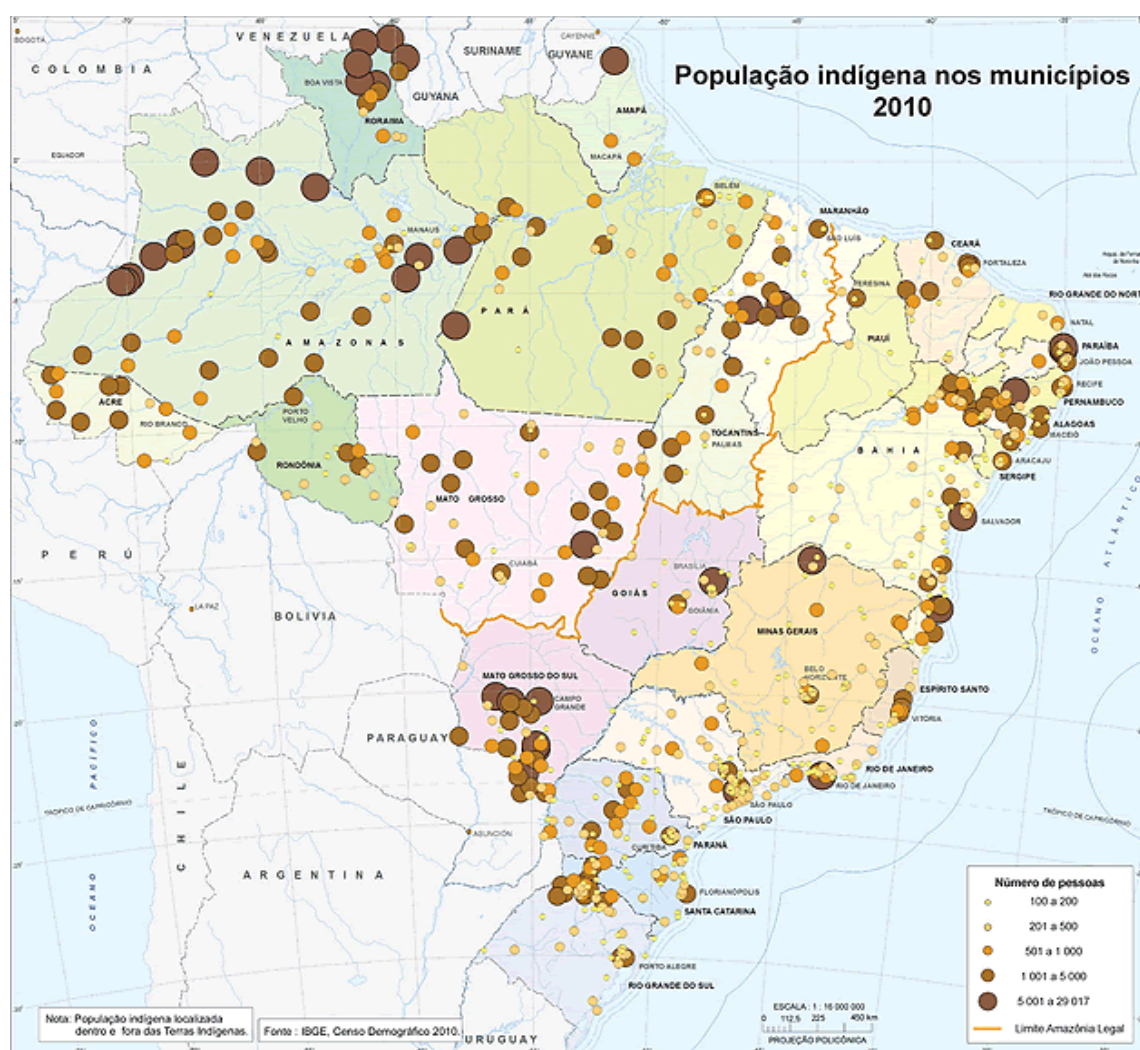


Fonte: IBGE, Censo Demográfico (2010).

E mesmo com uma taxa de alfabetização mais alta que em 2000, a população indígena ainda tem nível educacional mais baixo que o da população não indígena, especialmente na área rural. O que demonstra a necessidade de se ter um olhar diferenciado sobre os indígenas (IBGE, 2010).

E 12,6% dos domicílios eram do tipo “oca ou maloca” e, no restante, predominava o tipo “casa”, mesmo sendo em terras indígenas (IBGE, 2010).

Figura 2: População indígena nos municípios



Fonte: IBGE, Censo Demográfico (2010).

Tabela 2: Municípios com as maiores populações indígenas do País

Municípios com as maiores populações indígenas do País, por situação do domicílio Brasil - 2010									
	Total			Urbano			Rural		
	Código	Município	POP	Código	Município	POP	Código	Município	POP
1	1303809	São Gabriel da Cachoeira	29.017	3550308	São Paulo	11.918	1303809	São Gabriel da Cachoeira	18.001
2	1303908	São Paulo de Olivença	14.974	1303809	São Gabriel da Cachoeira	11.016	1304062	Tabatinga	14.036
3	1304062	Tabatinga	14.855	2927408	Salvador	7.560	1303908	São Paulo de Olivença	12.752
4	3550308	São Paulo	12.977	3304557	Rio de Janeiro	6.764	1300607	Benjamin Constant	8.704
5	1303601	Santa Isabel do Rio Negro	10.749	1400100	Boa Vista	6.072	1303601	Santa Isabel do Rio Negro	8.584
6	1300607	Benjamin Constant	9.833	5300108	Brasília	5.941	5102603	Campinópolis	7.589
7	2610905	Pesqueira	9.335	5002704	Campo Grande	5.657	3162450	São João das Missões	7.528
8	1400100	Boa Vista	8.550	2610905	Pesqueira	4.048	1400050	Alto Alegre	7.457
9	1300409	Barcelos	8.367	1302603	Manaus	3.837	5000609	Amambai	7.158
10	3162450	São João das Missões	7.936	2611606	Recife	3.665	1300409	Barcelos	6.997

Fonte: IBGE, Censo Demográfico (2010).

Em relação à tabela acima, que traz informações sobre a distribuição da população indígena dentro do país, o município de São Gabriel da Cachoeira, localizado no interior do Amazonas, lidera no quantitativo total e rural. Isso se dá, pois boa parte do seu território é ocupado por terras indígenas do Alto e Médio Rio Negro.

Por longo tempo esquecidos, os povos indígenas do Brasil têm seu perfil epidemiológico pouco conhecido, devido às poucas investigações, ausência de inquéritos e censos, assim como a debilidade de informações sobre morbidade e mortalidade (COIMBRA e SANTOS, 2005). Os conhecimentos tradicionais acumulados através dos tempos resultaram em inúmeras práticas utilizadas em todo o país, em diversas áreas.

5.3 Histórico das Condições de Saúde Indígena

Como todas as sociedades humanas, os povos indígenas da América, antes do contato com o colonizador, tinham suas próprias formas de lidar com os problemas de saúde, estratégias de prevenção e cura. Assim, cada um deles possuíam concepções distintas, que até envolviam o plano espiritual, valores e formas próprias de vivenciar a saúde e a doença.

No Brasil, a população indígena era estimada em cerca de 5 milhões de pessoas no início do século XVI. Tal população foi dizimada e destruída pelas expedições punitivas às suas manifestações religiosas e aos seus movimentos de resistência, mas, principalmente, pelas epidemias de doenças infecciosas, cujo impacto era favorecido pelas mudanças no seu estilo de vida impostas pela colonização e cristianização, sendo vítimas da escravidão, trabalho forçado, maus-tratos e confinamento (BRASIL, 2002).

A partir do Descobrimento do Brasil e do processo de Colonização, foram introduzidos na comunidade indígena novos agravos à saúde, até então desconhecidos, como a varíola e formas letais de tuberculose (VERANI, 1999). Além disso, a condição de vida e saúde dessa população foi agravada também pelas diversas tentativas de escravização do índio, para utilizá-lo como mão-de-

obra do sistema colonial. Para Verani (1999), “desde a época da Colonização, a assistência à saúde do índio restringia-se, basicamente, a um complemento assistencial dependente da política de catequese”. Só nos tempos atuais, que as questões indígenas passaram a ter uma política oficial assumida pelo Estado.

Tal processo fez com que os povos indígenas passassem por um complexo e dinâmico quadro de saúde, diretamente relacionado a processos históricos de mudanças sociais, econômicas e ambientais relacionados à expansão e à consolidação de frentes demográficas e econômicas da sociedade nacional nas diversas regiões do país (COIMBRA e SANTOS, 2005). No decorrer dos anos, tais frentes exerceram fortes influências sobre os determinantes de saúde dos povos indígenas, sejam devidos a graves epidemias ou à perseguição por disputas de territórios, ocasionando em muitas mortes na época.

Segundo Maggi (2014), foi só depois dos séculos XVIII e XIX, com as ideias iluministas, que se consolidaram os conceitos de *Liberdade*, *Igualdade* e *Fraternidade* e se deram início a algumas políticas para os grupos menos favorecidos, como dos indígenas. E só em 1910, no Brasil, foi criado o Serviço de Proteção ao Índio e Trabalhadores Nacionais (SPI). Órgão esse ligado ao Ministério da Agricultura, que destinava a proteger os índios, procurando afastar a Igreja Católica da catequese indígena, bem como integrá-los à sociedade nacional. O SPI, no entanto, não tinha uma infraestrutura bem elaborada na assistência à saúde e atendia basicamente às situações de surtos provocados pela perda do isolamento (COSTA, 1986). O SPI foi extinto e substituído em 1967 pela FUNAI.

Dessa forma, uma política indigenista começou a se delinear com pensamentos positivistas, mas a assistência à saúde dos povos indígenas continuava desorganizada, sem regularidade e de maneira casual. E, mesmo depois da criação do Serviço de Proteção ao Índio, não se instituiu, nem se efetivou qualquer forma de prestação de serviços de saúde regular e sistematizada ao indígena, limitavam-se a ações emergenciais somente (GARNELO, 2014).

Pensando ainda em estratégias de melhoria à assistência à saúde da população indígena no Brasil, foi criado, pelo Ministério da Saúde, em 1950, o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA), com pioneirismo de Noel Nutels, com o objetivo de levar ações básicas de saúde às populações indígena e rural em áreas de difícil acesso. Eram ações voltadas basicamente para a vacinação, atendimento odontológico, controle de tuberculose e outras doenças transmissíveis (BRASIL, 2002).

Com a extinção do SPI e com a criação da FUNAI, em 1967, a primeira tentativa de sistematização do atendimento de saúde em áreas indígenas foi a criação das Equipes Volantes de Saúde (EVS). As equipes realizavam atendimentos eventualmente às comunidades indígenas, aldeadas de sua área de atuação, prestando assistência médica, aplicando vacinas e supervisionando o trabalho do pessoal de saúde local. Mas para a reorganização dos serviços de saúde, seriam necessárias novas estratégias por parte da FUNAI, isso incluiria planejamento das ações, investimento de recursos financeiros, qualificação dos recursos humanos, conhecimento sobre territórios geográficos das comunidades, entre outras (COIMBRA e SANTOS, 2005).

Já na década de 80, emergiram novas possibilidades, e o otimismo possibilitou maior visibilidade às questões sobre a saúde indígena, já que havia muita insatisfação na maneira como a FUNAI conduzia. Diante disso, a Constituição de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI) são resultados, ainda que carentes e insuficientes, dessas mudanças, mas com o propósito de um modelo de atendimento diferenciado para os indígenas (HOCHMAN e SILVA, 2014; MAGGI, 2014).

Com o SUS, temos a reafirmação do dever do Estado no financiamento, organização e gestão de um sistema abrangente de cuidados à saúde, com acesso e cobertura universal a todos os habitantes do território e a extensão da rede de serviços aos grupos indígenas que ocorre de forma inconsciente e espontânea. No entanto, deve-se considerar as consequências de tal descentralização para os povos indígenas, pois possuem cultura e língua

diferenciadas, muita das vezes em locais extremamente isolados e, bem como, a articulação das ações dentro da rede, possibilitando acesso em seus diferentes níveis de atenção (CONFALONIERI, 1989).

O SASI, componente do SUS, passou a representar uma expectativa na concretização de direitos instituídos na Constituição, que representaria um avanço no que se refere à equidade e justiça para os povos indígenas. Cabe então, perguntar como se deu seu processo de implantação e de gestão, tanto interno quanto externo, nas interações institucionais.

Para aprofundar numa análise exaustiva de todos esses elementos, Garnelo (2014) traz uma reflexão importante já nesse início, sobre os objetivos da política indigenista, com os objetivos da Política Nacional de Atenção à saúde dos Povos Indígenas (PNASPI). Criada no início do século XX, a política indigenista teve a finalidade de integrar as populações indígenas à sociedade, sem um olhar diferenciado para essa população, em contraponto à PNASPI, uma política do século XXI, na qual a ideia é de respeito às diferenças culturais, garantindo o direito à diferença étnica.

5.4 O Modelo Assistencial em Saúde Indígena

Em 1986, a 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio evidenciou a necessidade de se garantir estratégias diferenciadas de atenção à saúde indígena e a importância de estar vinculadas ao SUS. Nas 2ª e 3ª Conferências, realizadas em 1993 e 2001, já após a criação do SUS, discutiram como se daria o modelo assistencial em saúde indígena, sua operacionalização e o papel dos agentes indígenas de saúde. Reafirmando também a importância do gestor federal, como condutor do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, em contraponto à ideia de municipalização da assistência à saúde, implementada no SUS (GARNELO, 2014).

Essas duas Conferências vieram com uma inovação e recomendaram a estruturação de um modelo de atenção à saúde indígena diferenciada, específica e por que não, singular, a qual seria baseada na estratégia de divisão em Distritos

Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), pois seria uma maneira de garantir aos povos indígenas o seu direito ao acesso universal e integral à saúde, que atendesse às necessidades individuais e da comunidade e que também envolvesse a população indígena em todas as etapas do processo de planejamento, execução e avaliação das ações locais.

Já a 3ª Conferência será sempre lembrada como sendo a da participação mais ativa dos indígenas, especialmente dos profissionais de saúde.

Sendo assim, os DSEIs devem desenvolver atividades administrativo-gerenciais e prestar atenção básica à população indígena aldeada, mediante atuação de Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), nos moldes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) composta por médicos, enfermeiros, dentistas, auxiliares de enfermagem e Agentes Indígenas de Saúde - AIS (CHAVES, CARDOSO e ALMEIDA, 2006).

Os serviços de saúde voltados para o atendimento dos povos indígenas foram geridos pela FUNAI até o final dos anos 90 (COIMBRA e SANTOS, 2005), no entanto, vinham apresentando dificuldades, desde a década de 70, em manter as equipes atuantes, por isso sua presença nas comunidades foi ficando cada vez mais esporádica até chegar a não mais ocorrer.

Diante do sombrio prognóstico da saúde indígena no Brasil - em relação ao seu futuro - até a década de 70, tratava-se de atuações meramente curativas, e a continuidade da atenção básica à saúde nas aldeias indígenas não ocorria de forma regular e adequada, fazendo os serviços escassos e despreparados.

Em 1999, coube a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) a implantação e a operacionalização das ações de saúde indígena em todo território nacional, criando assim um órgão federal vinculado ao Ministério da Saúde (BRASIL, 2002). Essa mudança não foi harmoniosa, visto que a transição de comando da FUNAI para a FUNASA foi baseada em conflitos já antigos, pois desde de 1994, quando um Decreto Presidencial - nº 1.141 - criou uma Comissão Intersetorial de Saúde (CIS), com a participação de vários Ministérios relacionados com a questão indígena, sob a coordenação da FUNAI, começaram os entraves, pois o decreto

devolvia à coordenação das ações de saúde a responsabilidade sobre a recuperação da saúde dos índios enfermos à FUNAI. Ficando o Ministério da Saúde responsável, somente, pela prevenção e com as ações de imunização, saneamento, recursos humanos e controle de endemias.

A partir daí, a FUNASA e a FUNAI passaram a dividir a responsabilidade sobre a atenção à saúde indígena, passando a executar, cada uma, uma parte das ações, de forma fragmentada, dividida e em cima de brigas e conflitos. E após anos de turbulento convívio, coube à FUNASA, a partir de 1999, a responsabilidade total das ações de saúde indígena em território nacional – como um órgão federal (BRASIL, 2002).

Em 2002, no intervalo entre a 3ª e a 4ª Conferências de Saúde Indígena, foi instituída e regulamentada, pela Portaria nº 254, a PNASPI – Política Nacional de Atenção à saúde dos Povos Indígenas -, integrando-se à Política Nacional de Saúde, coincidindo as determinações das Leis Orgânicas da Saúde com as da Constituição Federal, que reconhecem aos povos indígenas suas especificidades étnicas e culturais e seus direitos territoriais (BRASIL, 2002).

A PNASPI requer a adoção de um modelo diferenciado de organização dos serviços – direcionados para a proteção, promoção e recuperação da saúde do indígena e que garanta aos índios o exercício de sua cidadania. Sendo assim, foram criados serviços de saúde dentro de seu próprio território, para tentar superar as deficiências de cobertura, acesso e aceitabilidade do SUS para essa população.

Para a obtenção desse propósito, a PNASPI (2002) traz diretrizes para orientar na definição de instrumentos de planejamento, implementação, avaliação e controle das ações de atenção à saúde dos povos indígenas, como:

- Organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas na forma de Distritos Sanitários Especiais e Polos Base, no nível local, onde a atenção primária e os serviços de referência se situam;

- Preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural;

- Monitoramento das ações de saúde dirigidas aos povos indígenas;

- Articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde;
- Promoção do uso adequado e racional de medicamentos;
- Promoção de ações específicas em situações especiais;
- Promoção da ética na pesquisa e nas ações de atenção à saúde envolvendo comunidades indígenas;
- Promoção de ambientes saudáveis e proteção da saúde indígena;
- Controle social.

Em 2013, a 5ª Conferência, foi a primeira após à criação da SESAI e entrou para a história por ter tido uma grande participação das comunidades indígenas nos debates. O principal ponto de protesto e contestação era que se garantisse assistência à saúde de forma integral, algo para além da atenção básica. Uma atenção primária fortalecida em conjunto, práticas biomédicas e saberes tradicionais indígenas integrados, o que não acontecia mesmo após a criação da secretaria (BRASIL, 2015).

Esse momento, portanto, foi considerado o ápice da participação popular e o auge do controle social na saúde, ganhando visibilidade e força necessárias e sendo decisivo para a construção de uma nova política de atenção à saúde indígena. O controle social se deu então através dos Conselhos Indígenas de Saúde (CONDISI), que passaram a garantir a participação dos índios na gestão dos DSEIs. Os conselheiros eram escolhidos pelas comunidades e participavam de reuniões organizadas pelos gestores de cada distrito (BRASIL, 2006).

Essa Conferência debateu também sobre a necessidade de reformulação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, criada em 2002, o desejo emergencial por melhorias, iniciando assim pela desburocratização da gestão da saúde indígena (BRASIL, 2015).

5.5 O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

Criado desde 2000, em decorrência da Lei Arouca (Lei 9.836/99), o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI), sob a gestão da FUNASA e integrante do SUS, contribuiu e fortaleceu as novas diretrizes da PNASPI, pois

esse subsistema visava a inclusão dos povos indígenas no planejamento, gestão, execução e avaliação dos programas e ações de saúde nas Terras Indígenas (BRASIL, 2002; DIEHL, 2015; GARNELO e SAMPAIO,

“Nesse subsistema, a maioria dos agravos à saúde indígena deve ser resolvida na atenção básica. Os casos mais complexos são referenciados para a rede de serviços de média e alta complexidade do SUS”, como dito por Pereira e Colaboradores (2014). Segundo esse mesmo autor, é fundamental que os serviços de saúde de média e alta complexidade conheçam os aspectos socioculturais que interferem nos processos de saúde-doença dos diferentes povos indígenas, para acolher e intervir segundo suas necessidades, propondo projetos de cuidado mais efetivos e condizentes com o entendimento e a realidade de cada grupo populacional (PEREIRA, *et al*, 2014).

Para concretizar a implementação de um serviço de saúde voltado para os povos indígenas, o SASI se estruturou através da divisão territorial em 34 distritos, esses são os chamados “Distritos Sanitários Indígenas”, ou “Distritos Sanitários Especiais Indígenas”, implantados em todo o país (COIMBRA e SANTOS, 2005).

O caminho percorrido pelo SASI desde então não foi fácil, já que foi marcado por diversas dificuldades operacionais para cumprir as diretrizes estabelecidas na PNASPI.

A 4ª Conferência, em 2006 teve como objetivo avaliar o desenvolvimento operacional do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e a situação de saúde da população atendida nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas que se organizavam em diferentes graus de estruturação (COIMBRA e SANTOS, 2005; GARNELO, 2014).

Essa Conferência, apesar de ter seu principal objetivo o de avaliação, ocorreu também devido às grandes reivindicações por melhorias na situação de saúde e por diversos questionamentos sobre a gestão da FUNASA. Órgão esse que vinha sendo alvo de muitas críticas, que elucidavam denúncias de corrupção e desvios de recursos financeiros (MENDES, *et al* 2018).

E, posteriormente, com resultado em 2010, através da Lei 12.314/10, desencadeou-se mais uma mudança institucional, em decorrência dos conflitos com as comunidades indígenas e organizações prestadoras de serviços de saúde, levando ao MS a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI).

Sendo assim, algumas responsabilidades foram redefinidas, entre FUNASA e SESAI, passando a ser competência da nova secretaria. Essa Secretaria visava à descentralização da atenção à saúde indígena - por meio da autonomia administrativa, orçamentária, financeira e responsabilidade sanitária dos 34 DSEIs -, desenvolvendo ações de atenção integral à saúde indígena e educação em saúde, em conformidade com as políticas e os programas do SUS; a ações voltadas para as práticas tradicionais de saúde indígena; assim como as ações de saneamento e edificações de saúde indígena, entre outras (BRASIL, 2001). Os DSEIs são, atualmente, de responsabilidade da Secretaria Especial de Saúde Indígena.

5.5.1 Estrutura e Organização dos Serviços de Saúde

A organização da assistência aos indígenas está organizada por DSEIs, sendo definida pela PNASPI como:

Um modelo de organização de serviços orientado para um espaço etno-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado - que contempla um conjunto de atividades técnicas, visando 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 (2002, pág. 13).

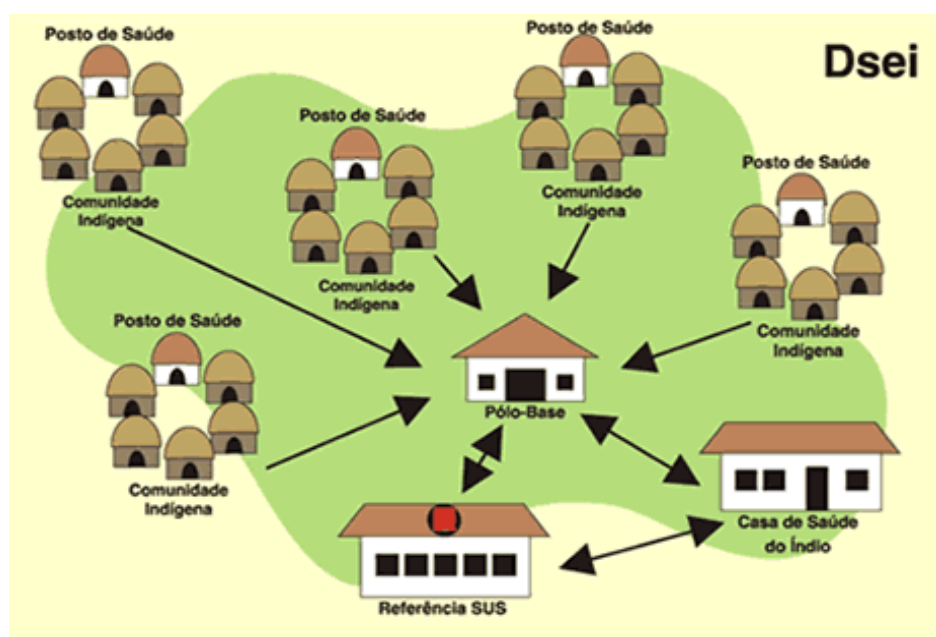
Os DSEIs são unidades de responsabilidade sanitária federal correspondentes a uma ou mais Terras Indígenas criadas pela *Lei Arouca* e sua determinação territorial deverá levar em consideração: a população, a área geográfica e o perfil epidemiológico; disponibilidade de serviços, recursos humanos e infraestrutura; vias de acesso aos serviços instalados em nível local e à rede regional do SUS; relações sociais entre os diferentes povos indígenas do

território e a sociedade regional; distribuição demográfica tradicional dos povos indígenas, que não coincide necessariamente com os limites de estados e municípios onde estão localizadas as Terras Indígenas (BRASIL, 2002).

O distrito tem autonomia e organiza sua rede de serviços de atenção básica de saúde dentro das áreas indígenas, chamadas de Unidades de Saúde Aldeadas, onde as ações são dirigidas para a atenção primária, de maneira integrada, hierarquizada, articulada e estruturada com o SUS. As equipes de saúde devem ser compostas por médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem e agentes indígenas de saúde, contando com a participação sistemática de outros profissionais fora do âmbito da saúde, como antropólogos, educadores, engenheiros sanitaristas, entre outros.

Nas comunidades há também uma outra opção de atendimento, que são os chamados Polos Base. A primeira referência são esses polos para os Agentes Indígenas de Saúde (AIS) que atuam nas aldeias, podendo esses estarem localizados numa aldeia indígena ou em um município de referência.

Figura 3: Estrutura do Distrito Sanitário Especial Indígena



Fonte: Site da OPAS/OMS (2018).

O modelo de atenção dos DSEIs, representado pela Figura 3, apresenta os fluxos e recursos de saúde que buscam demonstrar seu o funcionamento, segundo a PNASPI. Nela são identificados os seguintes recursos: os postos de saúde nas comunidades indígenas onde atuam os AIS; o Polo Base, local de atendimento da equipe multidisciplinar (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e odontólogo); e, em seguida, a Rede SUS e a CASAI.

As demandas que não são atendidas no grau de resolutividade dos Polos Base são referenciadas para a rede de serviços do SUS, de acordo com a realidade de cada DSEI. Essa rede já tem sua localização geográfica definida e articulada para atender os índios, levando em consideração a realidade socioeconômica e a cultura de cada povo.

Sendo assim, o indígena pode ser encaminhado para outros serviços especializados, que vão desde clínicas - presentes dentro do próprio município - a hospitais gerais em grandes capitais. E de acordo com o fluxo e modelo assistencial o indígena também pode ser encaminhado à Casa de Saúde Indígena, que funciona como uma instituição de suporte ao paciente e ao acompanhante fora de suas aldeias, localizadas em municípios de referência (BRASIL, 2001).

A CASAI é uma instituição integrante da rede SUS, responsável por apoiar o indígena e seu acompanhante, que necessitam da atenção secundária ou terciária, referenciados pelas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena do respectivo DSEI. Os serviços de Atenção Secundária e Terciária não são de responsabilidade dos DSEIs, sendo assim, os indígenas referenciados necessitam deslocar-se de suas comunidades indígenas até os respectivos locais dentro da rede do SUS (BRASIL, 2001). O que justifica ter uma organização própria, garantindo um suporte diferenciado aos indígenas, já que muitos não falam português e encontram-se em cenário social diferente de suas formas de organização social.

Essas instituições devem estar em condições de receber; alojar e alimentar pacientes encaminhados e seus acompanhantes; prestar assistência de enfermagem 24 horas por dia; marcar consultas de especialidades, exames

complementares e internação hospitalar para realização de procedimentos de média e alta complexidade; se for necessário, providenciar também o acompanhamento dos pacientes nessas ocasiões e o seu retorno às comunidades de origem, acompanhados das informações sobre o caso. Dessa maneira, a CASAI se articula dentro da rede de atenção à saúde e realiza a ligação entre a atenção primária e os níveis secundários e terciários, para os quais os indígenas foram referenciados (BRASIL, 2001).

Além disso, devem também ser apropriadas para promover atividades de educação em saúde, produção artesanal, lazer e demais atividades para o indígena e seu acompanhante. A mudança da aldeia para a cidade deve demonstrar respeito, conforto e garantir as especificidades culturais dos usuários indígenas, sendo uma das maiores preocupações de uma CASAI. No processo de cuidar da CASAI é necessário também o incentivo à relação baseada na confiança, na produção de vínculo e afeto aproximando o trabalhador do indígena (GOMES & ESPERIDIÃO, 2017).

Ainda assim, para concretizar todas as ações, estratégias, políticas e serviços voltados para a população indígena, os sistemas de atenção à saúde não podem ser ausentes, fragmentados, distantes e isolados uns dos outros, pois são incapazes de oferecer uma atenção contínua e de qualidade à população. É necessária a organização das Redes de Atenção e dos serviços de saúde, levando em consideração as necessidades de uma comunidade ou de uma população específica.

5.6 Redes de Atenção à Saúde: A Saúde Indígena organizada em redes

Nos países em desenvolvimento, há necessidade de repensar a organização das Redes de Atenção à Saúde, já que os sistemas de saúde são dominados pelos sistemas fragmentados.

Conceitualmente, para Mendes (2011), os sistemas fragmentados de atenção à saúde são aqueles que se organizam através de um conjunto de pontos

de atenção à saúde isolados uns dos outros e que, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população. O autor ressalta que a solução do problema do SUS consiste em restabelecer a coerência entre a situação de saúde e o sistema de atenção à saúde. "Isso vem exigir mudanças profundas que permitem superar o sistema fragmentado vigente através da implantação de Redes de Atenção à Saúde. Portanto, segundo o autor, os sistemas integrados de atenção à saúde, as Redes de Atenção à Saúde (RAS), são então aquelas organizadas através de um conjunto coordenado de pontos de atenção à saúde, para prestar assistência contínua e integral à população".

Figura 4: Estruturas de Rede



Fonte: OLIVEIRA, N.R.C. Atenção à saúde organizada em redes. São Luís: UNA-SUS/UFMA (2015).

A estrutura da rede representada pela Figura 4 apresenta um sistema fragmentado, sem organização das redes e um sistema integrado, com uma estrutura organizada dos serviços para suprir a demanda.

Os avanços alcançados pelo SUS nos últimos anos tornaram-se cada vez mais claras as dificuldades em superar os obstáculos de uma intensa

fragmentação das ações e serviços de saúde e a fragilidade em qualificar a gestão do cuidado no contexto atual. A Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão buscam garantir a integralidade do cuidado. O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada; bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica (BRASIL, 2010).

Experiências têm demonstrado que a organização de RAS, tendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como coordenadora do cuidado ordenador da rede, apresenta-se como um mecanismo de superação da fragmentação sistêmica, sendo mais eficaz, tanto em termos de organização interna (alocação de recursos, coordenação clínica, etc.), quanto em sua capacidade de fazer face aos atuais desafios do cenário socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário (BRASIL, 2014).

A Atenção Primária à Saúde deve se comunicar constantemente com a Atenção Secundária e, esses dois níveis, também com a Atenção Terciária, de maneira fluida e contínua. E os DSEIs têm a liberdade para organizarem sua rede dentro das aldeias, articulando-se com os outros níveis de atenção à saúde.

Observa Kuschnir (2010), dada a diversidade de contextos, que não seria possível prescrever um modelo organizacional único para as redes. O objetivo da política seria o de propor um desenho que satisfizesse as necessidades organizacionais específicas de cada sistema, sendo identificados instrumentos de política e mecanismos institucionais, cuja pertinência depende de cada contexto específico.

As redes, sobretudo, são o instrumento de garantia do direito, ampliando acesso e diminuindo desigualdades. A regionalização e a constituição de redes são compreendidas em suas dimensões técnica e política. Ao mesmo tempo em que são a única forma de garantir acesso a cuidado integral de forma igualitária,

envolvem disputas de poder e requerem decisões que certamente ferem interesses políticos.

As constantes dificuldades no cotidiano dos serviços de saúde determinam a necessidade de redirecionar o olhar para as condições das Redes de Atenção à Saúde no Brasil quanto à sua capacidade de ofertar serviços e atender as demandas. Vemos que a construção de redes integradas de saúde é um desafio tanto para os profissionais responsáveis pelo cuidado, quanto para gestores e usuários no sentido de superar as iniquidades em saúde.

5.7 Cuidados Primários de Saúde prestados pelo Subsistema de Saúde Indígena

No Brasil, a Constituição de 1988 provocou grande impacto sobre a criação de políticas públicas de saúde destinadas à população indígena, uma delas foi a garantia de atenção diferenciada à saúde, o que a torna marco da época.

Os cuidados primários primordiais reorganizaram os sistemas de saúde, proporcionando a possibilidade de uma melhor assistência aos indivíduos, devendo estar próximos à população, de seus trabalhos e de suas famílias, sendo a porta de entrada para o serviço de saúde (BRASIL, 2002).

A implementação das ações de APS visava diminuir as desigualdades em saúde, garantir direitos e atender as especificidades das populações indígenas, respeitando suas questões geográficas, culturais e epidemiológicas. Essa proposta foi iniciada e seguida no processo de construção do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços de atenção primária aos indígenas (BRASIL, 2002; MENDES *et al*, 2018). Foi necessário discutir também o entendimento por atenção diferenciada e até que ponto iria contribuir ou não para a efetiva inserção, no SUS, já que o SASI teria sua organização estrutural separada, porém, integrante do Sistema Único de Saúde.

Para Ulisses Eugenio Confalonieri, grande pesquisador na área, o resultado do seu estudo sugere que a transculturação, a situação geográfica e o perfil epidemiológico, são particularidades da saúde indígena que justificam a atenção diferenciada à saúde. Portanto, a **transculturação** trataria dos conflitos resultantes do enfrentamento entre as práticas biomédicas e as práticas tradicionais indígenas de crenças e cura, que seriam minimizadas pela intermediação das equipes e trabalhadores; a **situação geográfica** explicaria a situação das comunidades e aldeias de difícil acesso, infraestrutura deficiente no local e também o difícil recrutamento de profissionais para essas localidades; e o **perfil epidemiológico**, apesar de pouco explorado, consideraria os agravos existentes, aparecimento de doenças crônicas e processos infecciosos, decorrentes da evolução humana (BRASIL, 2014). Ainda para o autor, justifica-se, portanto, a necessidade da atenção diferenciada para esses povos, assim cada localidade se tornaria única e singular no processo de implantação do novo modelo.

Para alcançar seus objetivos, a atenção diferenciada necessitaria de profissionais habilitados, capacitados e mais inteirados às práticas indígenas e suas singularidades culturais. Para isso, foi institucionalizado, a partir de 1999, o Agente Indígena de saúde (AIS) como integrante das equipes que prestariam cuidados primários à saúde dos indígenas nas aldeias.

5.8 O Agente Indígena de Saúde: Peça-chave na equipe

Após legitimado a presença dos AIS nas Equipes Multidisciplinares de Atenção Básica à Saúde Indígena (EMSI), que visava atender uma necessidade já dialogada nas inúmeras Conferências de Saúde Indígena, seria necessário definir quem faria esse papel. Além disso, formar e capacitar esse profissional para atuar nas aldeias.

Segundo a PNASPI (2002), alguns indígenas seriam capacitados como agentes de saúde para atuar nas aldeias. Considerando esse de extrema importância na estratégia que visava ao fortalecimento do saber pelos indígenas,

na diversidade terapêutica de seus conhecimentos e na sua maneira peculiar de lidar com o processo saúde-doença, respeitando sua diversidade cultural e oportunizando a comunidade a participar de todo o processo, desde o planejamento, execução até a avaliação dos serviços prestados.

Com a criação dos DSEIs, foi possível instituir o Programa de Formação de Agentes Indígenas de Saúde, uma conquista do novo modelo de atenção à saúde. A composição das EMSI se daria por médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos/auxiliares de enfermagem e agentes indígenas de saúde e sua atuação seria na prestação da atenção básica à população indígena aldeada no formato já existente das equipes do Programa de Saúde da Família (PSF), criado em 1994. (CHAVES, CARDOSO e ALMEIDA, 2006; BRASIL, 2002).

O entendimento na época sobre o papel do agente comunitário de saúde (ACS) foi extremamente importante para a definição e para o processo de construção do papel do AIS, que se conduziu a partir do modelo já utilizado com as equipes de PSF. Em 1991, surgem os ACS no Brasil; em 1992 passam a compor o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), integrantes também do Programa de Saúde da Família; e, em 2002, foram reconhecidos como profissionais da saúde (BRASIL, 2002).

A PNASPI (2002) ressalta que a formação dos AIS seria baseada na Lei nº 9.394/96 - Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) e expõe a necessidade de garantir que a capacitação desses profissionais seja de forma contínua sob responsabilidade do Instrutor/Supervisor e com a colaboração de outros profissionais da equipe de saúde. Contudo, apontou a necessidade de oferecer também cursos de atualização/aperfeiçoamento/especialização para todos os profissionais que atuassem diretamente com a saúde indígena. Porém, a metodologia de ensino e o conteúdo programático dos cursos devem dar conta das especificidades inerentes à saúde indígena para o êxito de sua atuação.

O agente indígena de saúde será sempre um membro da comunidade e eleito por ela, considerado o profissional da equipe com a função de intermediar comunidade e membros dessa equipe, ou seja, será aquele que conhecerá a demanda da sua comunidade, saberá de suas práticas, prestará cuidados

primários quando necessário, articulará bem os saberes indígenas e servirá também de tradutor nos momentos onde a comunicação entre equipe e indivíduo for dificultada, já que possui o domínio da língua.

Alguns percalços ocorreram para que a categoria se consolidasse dentro dessa nova organização da saúde indígena, principalmente por problemas financeiros e organizacionais que impediam a implementação do ensino de qualidade, a remuneração desses profissionais e o reconhecimento da profissão. A formação dos agentes indígenas de saúde caminhava em ritmo lento na época e a capacitação dos servidores não-indígenas permanecia de maneira insatisfatória. Durante a 2ª Conferência Nacional de Saúde Indígena em 1993, já se falava no reconhecimento da categoria profissional de AIS (BRASIL, 1996; DIEHL *et al*, 2012). Há de se levar em conta que apesar do programa de formação de AIS ter sido instituído somente a partir de 1999 com a criação dos DSEIs, na prática esse tipo de trabalho já havia se iniciado muito antes.

Estudos elaborados por diversos autores, nas regiões do Acre, Mato Grosso e Amazonas, descreveram que, desde o final da década de 70, universidades, organizações não governamentais (ONGs) e grupos ligados à Igreja já trabalhavam com os AIS nas equipes. Após realizarem seu treinamento, eram inseridos nos serviços, para atuarem nas comunidades mais isoladas, com pouco ou nenhum contato com o “homem branco”, locais de difícil acesso e, em sua maioria, populações sem domínio da língua portuguesa (DIEHL *et al*, 2012).

Destaca-se então que a abordagem dos cursos de formação dos AIS e o ensino pedagógico foram se desenhando ao longo do tempo e se caracterizando conforme especificidade de cada local, procurando se adequar à realidade do indígena, reconhecendo seu protagonismo e o contexto onde está inserido, bem diferente do que vinha sendo proposto nos cursos implementados pela FUNASA, em que por diversas vezes a prática biomédica não reconhecia a prática indígena.

6. PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo de revisão narrativa da literatura sobre a Atenção Primária à Saúde das populações indígenas. A revisão narrativa da literatura (RNL) possui caráter amplo e se propõe a descrever o desdobramento de um determinado assunto, mediante análise e interpretação da produção científica existente. Essa síntese de conhecimentos irá favorecer a identificação de brechas de conhecimento que contribuirá para a realização de novas pesquisas (BRUM *et al.*, 2015).

Para Romanowski (2006), este tipo de revisão permite estabelecer relações com produções anteriores, indicando novas percepções e perspectivas para a consolidação de uma área de conhecimento.

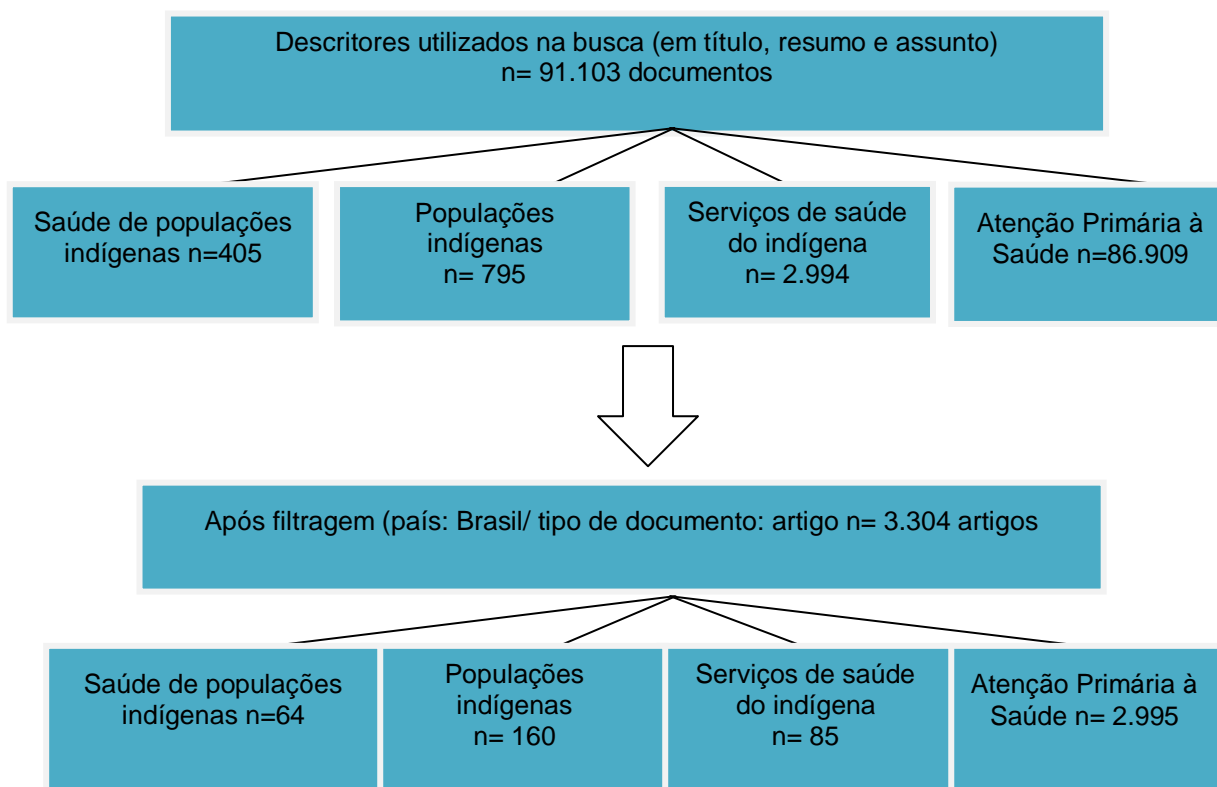
A revisão narrativa utiliza-se de fontes amplas publicadas em livros, documentos, artigos (impressos ou eletrônicos), dissertações/teses para a pesquisa, porém seus critérios de busca e análise da literatura permitem que o pesquisador não aplique estratégias sofisticadas de busca, pois não é necessário esgotar as fontes de informação (NORONHA e FERREIRA, 2000). Mas é necessário que as fontes contemplem as questões iniciais do estudo e forneçam subsídios para fomentar a discussão. Para Brum *et al.* (2015), os artigos de revisão narrativa têm sua base de estudo qualitativa, visa a retratar um determinado assunto e, além disso, sua operacionalização pode se dar de forma sistematizada com rigor metodológico.

A pesquisa foi realizada por meio de levantamento de artigos científicos publicados, através do portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medline* e *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO).

A etapa inicial deste estudo de revisão narrativa partiu da definição dos descritores primários relacionados aos nossos objetivos de pesquisa, são eles: **saúde de populações indígenas, população indígena, serviços de saúde do indígena e Atenção Primária à Saúde**, que resultou em 91.103 documentos.

Com a utilização dos filtros: *Brasil*, como país e *artigo*, como tipo de documento, somam-se atualmente 3.304 artigos. Entretanto, para ter uma maior abrangência e uma busca mais ampla, não foi limitado ano de publicação. Obtidos então 64 publicações referente à saúde de populações indígenas; 160 publicações sobre população indígena; 85 publicações sobre serviços de saúde do indígena e 2.995 publicações sobre Atenção Primária à Saúde, conforme demonstrado no fluxograma 1.

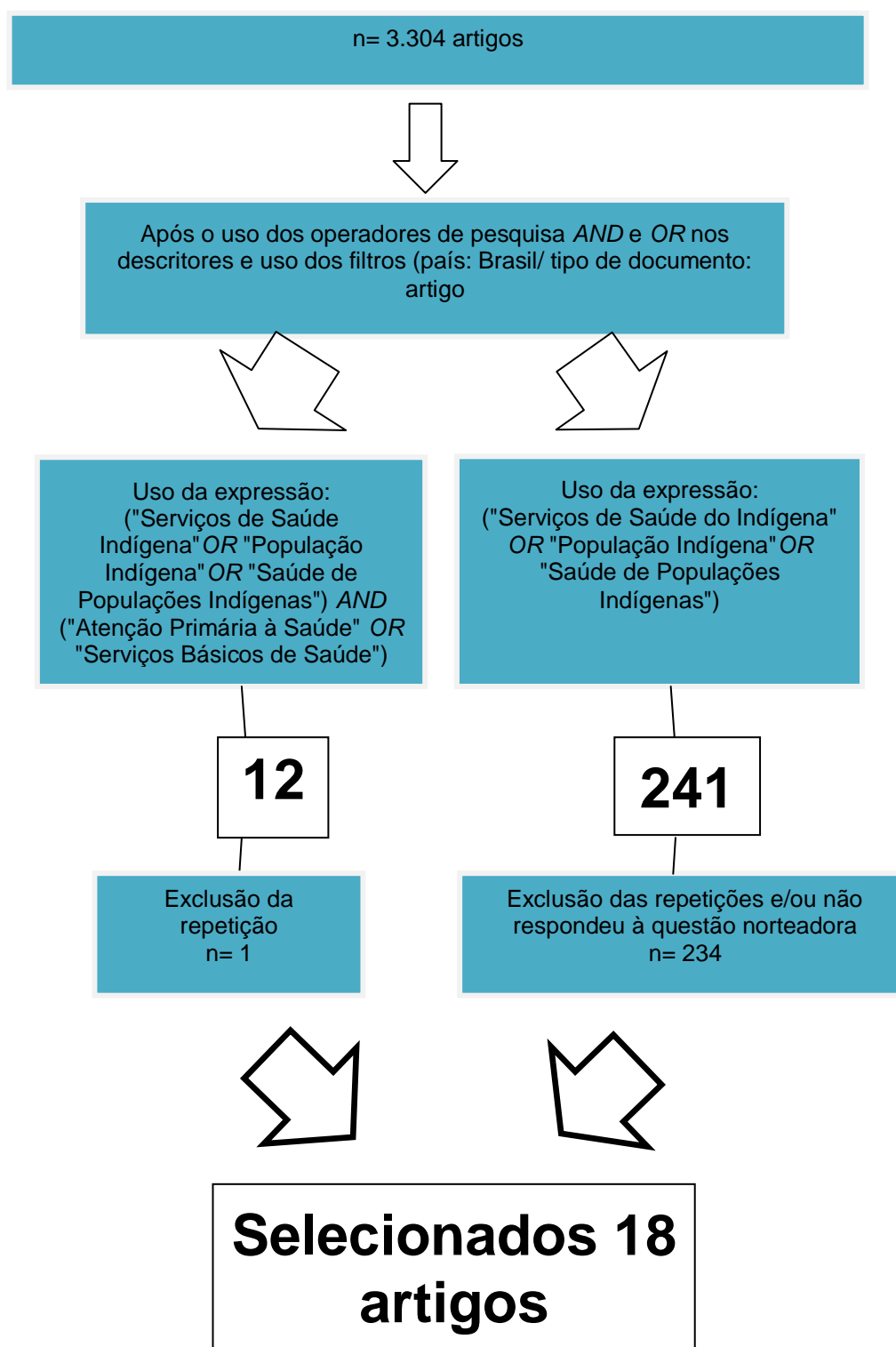
Figura 5 – Fluxograma 1 - Processo de seleção inicial dos artigos



Fonte: Elaboração própria (2019)

O período de busca ocorreu no mês de janeiro de 2019. Depois dessa filtragem, foi necessário definir alguns critérios de afinamento através do uso dos operadores de pesquisa “AND” e “OR”, pois o estudo terá como base as fontes sobre o assunto que são consideradas mais importante, uma vez que, foi obtido muito material que não se enquadrava com o tema, como demonstra no fluxograma 2.

Figura 6 – Fluxograma 2 – Seleção dos artigos após uso dos operadores de pesquisa



Fonte: Elaboração própria (2019)

Foram utilizados da seguinte forma os operadores de pesquisa para obter o resultado acima descrito: ("Serviços de Saúde do Indígena" OR "População Indígena" OR "Saúde de Populações Indígenas"), AND ("Atenção Primária à Saúde" OR "Serviços Básicos de Saúde"). Com esse procedimento, chegamos ao número de 12 publicações; lembrando que 1 publicação se repetiu, sendo excluída, e chegando ao total de 11 artigos selecionados. Utilizando somente a expressão ("Serviços de Saúde do Indígena" OR "População Indígena" OR "Saúde de Populações Indígenas") foram encontradas mais 241 publicações, das quais haviam mais 7 referências adequadas à proposta da pesquisa e excluídas 234 por estarem duplicadas e/ou não responderem à questão norteadora. Totalizando 18 artigos selecionados por apresentarem as determinações metodológicas adotadas neste trabalho.

Os artigos que atenderam aos critérios previamente estabelecidos foram selecionados para este estudo e lidos na íntegra. A seguir serão apresentados os 18 artigos que constituem a amostra.

Tabela 3 – Lista de artigos encontrados

Nº	Título	Objetivo	Autor (es)	Ano
1	Mais Médicos program: provision of medical doctors in rural, remote and socially vulnerable areas of Brazil	Descrever a implementação do programa Mais Médico e a alocação de médicos em pequenas cidades e áreas rurais vulneráveis do Brasil.	Pereira LL, <i>et al.</i>	2015
2	Anemia em crianças e mulheres indígenas no Brasil: revisão sistemática	Realizar uma revisão sistemática da literatura sobre anemia em mulheres e crianças indígena no Brasil, com vista a reunir informações relevantes sobre os fatores associados, assim como a frequência do agravo nessa população.	Lício JSA, <i>et al.</i>	2016

Nº	Título	Objetivo	Autor (es)	Ano
3	Fatores associados à pneumonia em crianças Yanomami internadas por condições sensíveis à atenção primária na região norte do Brasil	Analisar os fatores associados à pneumonia em crianças Yanomami internadas por condições sensíveis à atenção primária.	Caldart RV, <i>et al.</i>	2016
4	Intermedicalidade e protagonismo: a atuação dos agentes indígenas de saúde Munduruku da Terra Indígena Kwatá-Laranjal, Amazonas, Brasil	Compreender a atuação dos agentes indígenas de saúde (AIS) na Terra Indígena (TI) Kwatá-Laranjal, Município de Borba, Amazonas, Brasil, frente à expansão do modelo médico hegemônico em contexto de pluralidade médica.	Scopel D, <i>et al.</i>	2015
5	Contribuição dos agentes indígenas de saúde na atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas brasileiros	Analisar a implantação, formação e participação dos AIS nas Equipes Multidisciplinares de Atenção Básica à Saúde Indígena (EMSI) e sua contribuição para a atenção diferenciada.	Diehl EE, <i>et al.</i>	2012
6	A participação dos agentes indígenas de saúde nos serviços de atenção à saúde: a experiência em Santa Catarina, Brasil	Analisar o papel e a formação dos agentes indígenas de saúde, conforme definido pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, em duas reservas indígenas em Santa Catarina, Brasil.	Langdon EJ, <i>et al.</i>	2006
7	Aspectos socioculturais de vacinação em área indígena	Apreender as interpretações indígenas sobre ações de vacinação e sobre as doenças por ela evitada.	Garnelo L	2011
8	Uso de medicamentos em uma aldeia Guaraní do litoral de Santa Catarina, Brasil	Analisar o consumo e as percepções de medicamentos entre índios Guaraní do litoral de Santa Catarina, Brasil.	Diehl EE & Grassi F	2010

Nº	Título	Objetivo	Autor (es)	Ano
9	Dificuldades enfrentadas pelos indígenas durante a permanência em uma Casa de Saúde Indígena na região Amazônica/Brasil	Identificar as dificuldades enfrentadas pelos indígenas durante o período de permanência na Casa de Saúde Indígena (CASAI) em Santarém (PA), na região amazônica.	Silva DM, <i>et al.</i>	2016
10	Dentistry student's perceptions about an extramural experience with a Brazilian indigenous community	Avaliar as percepções de estudantes de odontologia sobre uma atividade extramural, projetada para prestar assistência odontológica a uma comunidade indígena.	Bulgarelli AF, <i>et al.</i>	2012
11	Acesso dos usuários indígenas aos serviços de saúde de Cuiabá, Mato Grosso, Brasil	Avaliar o acesso dos usuários indígenas aos serviços de saúde de média e alta complexidades do Município de Cuiabá, Mato Grosso, Brasil, a partir da Casa de Saúde Indígena (CASAI) Cuiabá.	Gomes SC & Esperidião MA	2017
12	Aspectos culturais e históricos na produção do cuidado em um serviço de atenção à saúde indígena	Interpretar os aspectos culturais e históricos subjacentes ao tecido social em que o cuidar é construído no contexto de atenção à saúde indígena.	Ribeiro AA, <i>et al.</i>	2017
13	O sistema médico Sanumá-Yanomami e sua interação com as práticas biomédicas de atenção à saúde	Discutir como o povo indígena <i>Sanumá</i> , subgrupo da família linguística <i>Yanomami</i> , localizado no norte do Estado de Roraima, Brasil, atua e se relaciona com a política pública de atenção à saúde indígena.	Guimarães SMF	2015
14	O modelo de atenção diferenciada nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: Reflexões a partir do Alto Rio Negro/AM, Brasil	Analisar a implementação do modelo de atenção da Política Nacional de Saúde Indígena (PNASPI) no Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto Rio Negro, à luz da diretriz da atenção diferenciada.	Pontes ALM, <i>et al.</i>	2015

Nº	Título	Objetivo	Autor (es)	Ano
15	Singularidades culturais: O acesso do idoso indígena aos serviços públicos de saúde	Descrever como idosos <i>Kaingang</i> e seus cuidadores principais experienciam o acesso aos serviços públicos de saúde.	Borghi AC, <i>et al.</i>	2015
16	Reflexões sobre estratégias de intervenção a partir do processo de alcoolização e das práticas de autoatenção entre os índios <i>Kaingang</i>, Santa Catarina, Brasil	Analisar o contexto sociocultural relacionado ao uso de bebidas alcoólicas entre os índios <i>Kaingang</i> e verificar as possibilidades de articulação de práticas intervencionistas em saúde junto a populações indígenas, tendo em mente o princípio de atenção diferenciada presente na atual Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas no Brasil.	Júnior AG & Langdon EJ	2014
17	A percepção do indígena <i>Xerente</i> sobre a hipertensão arterial sistêmica, no Tocantins	Compreender a percepção do povo <i>Xerente</i> sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).	Rodrigues KN & Santos NSS	2016
18	A (des)articulação entre os níveis de atenção à saúde dos <i>Bororo</i> no Polo Base Rondonópolis do Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá-MT	Avaliar as estratégias locais de articulação entre os níveis de cuidado à saúde, considerando tanto a adequação às normas existentes (estratégia deliberada), quanto os desenvolvimentos criativos (estratégias emergentes) realizados nos contextos locais estudados.	Vargas KD, <i>et al.</i>	2010

Fonte: Elaboração própria (2019).

Após a leitura na íntegra dos artigos selecionados, prosseguiu-se com a análise e organização das temáticas. Com o objetivo de descrever e classificar os resultados, evidenciando o conhecimento produzido sobre o tema proposto, realizou-se a categorização dos 18 artigos selecionados, de acordo com as informações pertinentes sobre o assunto abordado. A fim de responder à questão

norteadora, foram geradas as seguintes categorias: **a) acesso aos serviços de saúde; b) a articulação da Atenção Primária à Saúde na saúde indígena; c) o agente indígena de saúde na atenção diferenciada; d) condições sensíveis à saúde indígena; e) desafios e potencialidades na saúde indígena.** A seguir serão apresentados as categorias e o quantitativo de artigos que abordaram o determinado assunto.

Tabela 4 – Resultados dos Estudos

Nº	Categorias	Resultado dos Estudos
1	Acesso aos serviços de saúde	02 artigos
2	A articulação da APS na saúde indígena	02 artigos
3	O agente indígena de saúde na atenção diferenciada: Os diferentes papéis do AIS Rotatividade do AIS Formação/Capacitação	04 artigos 03 artigos 03 artigos
4	Condições sensíveis à saúde indígena	04 artigos
5	Desafios e potencialidades na saúde indígena	06 artigos

Fonte: Elaboração própria (2019).

7. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados foram construídos a partir da análise e leitura dos 18 artigos selecionados para a amostra deste estudo. Para tanto, boa parte dos estudos selecionados apresentaram pesquisa qualitativa, realizaram investigações através de entrevistas semiestruturadas e também algumas de cunho antropológico e etnográfico. A maioria dos estudos foram realizados nas regiões Norte, Centro-Oeste e Sul do país. Com exceção dos artigos de Bulgarelli *et al.* e Oliveira *et al.*, publicados em língua inglesa, os demais foram publicados em português.

7.1 Acesso aos Serviços de Saúde

Ao longo de quase 30 anos, o SUS se caracterizou por importantes mudanças na atenção à saúde. Instituído pela Constituição Federal de 88, foi idealizado com base nos princípios da universalidade de acesso em todos os níveis de assistência à saúde, integralidade da assistência e equidade. O acesso aos serviços de saúde é um tema complexo que envolve aspectos políticos, econômicos, sociais, organizacionais e técnicos, na criação de caminhos para a universalização da sua atenção (ASSIS & JESUS, 2012).

Para os indígenas, foi garantido pela Constituição de 1988 acesso universal aos serviços de saúde, através de uma atenção à saúde que valorizasse suas características culturais, tradição, participação e que garantisse o seu direito à atenção à saúde de forma integral (DIEHL, 2015).

Dos 18 (dezoito) artigos selecionados, os estudos 11 e 15 obtiveram abordagem no acesso dos usuários indígenas aos serviços de saúde. O estudo 11 teve por objetivo avaliar o acesso dos usuários indígenas aos serviços de saúde de média e alta complexidade a partir da CASAI Cuiabá, e o estudo 15 descreveu como idosos de uma etnia específica e seus cuidadores percebiam o acesso aos serviços de saúde na sua localidade. Embora garantido por lei, os povos indígenas

ainda enfrentam dificuldades de acesso aos serviços de saúde, de acordo com os estudos.

No estudo 11 (onze), Gomes e Esperidião (2017) conceituam acesso, como os serviços de saúde que proporcionam ou dificultam a sua utilização por parte da população. Embora o acesso dos indígenas aos serviços de saúde seja pouco abordado nas pesquisas, com números escassos de trabalhos científicos publicados, estudos epidemiológicos realizados com diversos povos indígenas do país apontaram que, entre outras coisas, há a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, tanto na atenção básica nas aldeias, quanto nos serviços de média e alta complexidades ofertados, possibilitando maior risco de doenças a essas minorias étnicas.

Os estudos 11 e 15 tiveram como principal objetivo apresentar os componentes necessários para avaliar o acesso aos serviços de saúde ofertados. O estudo de número 11 estabeleceu três dimensões de acesso para realização do estudo: sócio-organizacional, sociocultural e geográfico. Já o estudo de número 15, somente dois, sócio-organizacional e geográfico.

Na dimensão sócio-organizacional, são as características da própria organização dos serviços de saúde, que podem facilitar ou dificultar que as pessoas recebam cuidados das equipes de saúde, por exemplo, horários de funcionamento das unidades, tempo de espera para o atendimento, tanto da rede especializada quanto do serviço de saúde indígena aldeado, forma de marcação de consulta, presença de longas filas e oferta de cobertura após o horário de funcionamento. Na dimensão sociocultural, são os aspectos culturais inerentes e peculiares à população indígena que podem interferir na relação entre usuários e serviços de saúde. Na dimensão geográfica, são aspectos relacionados à distribuição espacial dos recursos, localização e distância das unidades de saúde e meios de transporte a serem utilizados para obter o cuidado (GOMES & ESPERIDIÃO, 2017; BORGI *et al*, 2015).

Verifica-se, de acordo com a literatura estudada, que há diversas barreiras de acesso que limitam a atenção à saúde voltada aos povos indígenas em diversas regiões do país, trazendo evidências de que todas as dimensões

estudadas apresentaram barreiras que dificultam o acesso da população indígena aos serviços de saúde nas localidades estudadas.

O acesso aos serviços de saúde também é discutido na literatura internacional. Em um estudo realizado no México e na Guatemala, foram identificadas barreiras geográficas (longas distâncias e elevado custo das passagens de transporte), organizacionais (limitações nos horários de funcionamento das unidades de saúde) e culturais (ausência de tradutores da língua indígena) como elementos limitadores do acesso dos povos indígenas aos serviços de saúde locais, além de discriminação e preconceito por parte dos profissionais de saúde no atendimento dessas populações (MENDOZA, E. M. 2011; HAUTECOEUR *et al*, 2007).

Gomes e Esperidião (2017), no estudo 11 (onze), apresentaram que na pesquisa realizada na CASAI Cuiabá, ao analisar a dimensão sócio-organizacional, evidenciou como barreira a existência de uma fraca articulação e integração dos distritos sanitários indígenas com os diferentes níveis de referência do SUS, ou seja, falta de clareza entre os gestores e relações de amizade que atrapalhavam o serviço. A instituição contava também com a falta de recursos materiais, logísticos, precariedade nas instalações físicas o que dificultava o acolhimento integral do indígena. E os profissionais de saúde não indígenas de uma forma geral não estavam preparados para atenção a esses povos. Trazendo, então, o artigo para a discussão de conceitos como interculturalidade e regionalização.

Os sistemas de atenção à saúde não podem ser ausentes ou fragmentados, pois serão incapazes de ofertar acesso de qualidade à população. Considera-se necessária a organização dos serviços de saúde, levando em consideração as necessidades de cada comunidade ou Terra Indígena, e os DSEIs devem organizar sua rede dentro das aldeias, facilitando o acesso da população e mantendo a articulação com os outros níveis de atenção através de contato harmônico dos gestores nacional, estaduais e municipais do SUS.

Borghi *et al.* (2015), no estudo 15 (quinze), na pesquisa realizada na TI Faxinal, no Paraná, apresentaram que o acesso à Unidade Básica de Saúde

(UBS) ocorre de duas maneiras, por livre e espontânea demanda ou por solicitação da equipe de saúde, assim como em outras unidades aldeadas. É identificado então como barreira em certos momentos, na dimensão sócio-organizacional, o horário de atendimento da UBS, pois fora do horário de funcionamento da unidade é necessário que o indígena se desloque para fora da aldeia em busca de serviços de emergência, tornando esse deslocamento estressante e cansativo para os doentes. Encontrados os obstáculos também no que se refere ao acesso, na demora ao atendimento quando o indígena é encaminhado para a rede do SUS e problemas linguísticos, visto que, quando conseguem o acesso aos serviços de saúde, sentem dificuldade em se fazer entender suas necessidades e por sua vez interpretar as orientações da equipe de saúde, em virtude do idioma. Tal fato decorre das inúmeras etnias e línguas indígenas existentes.

No estudo 11 (onze), apresentou-se a dimensão sociocultural, evidenciando nos achados levantados a necessidade de conhecimento por parte dos profissionais dos aspectos socioculturais que interferem no processo saúde-doença dos povos indígenas, reforçando mais uma vez a carência de capacitação dos profissionais de saúde no cuidar aos povos indígenas.

Diversos estudos realizados em todo o mundo com os povos indígenas mostram a deficiência do conhecimento de aspectos socioculturais e serviços de saúde não sensíveis à população indígena. Assim, percebe-se, a necessidade de se construir serviços de saúde culturalmente sensíveis, nos diferentes níveis de atenção à saúde, objetivando resgatar a cultura ao centro da relação entre pacientes e serviços de saúde.

Gomes e Esperidião (2017), (estudo 11) e Borghi *et al.* (2015), (estudo 15), em consenso sobre a dimensão geográfica, julgam a questão do transporte e tempo de deslocamento como uma das principais barreiras de acesso dos usuários aos serviços de saúde. Esse fato decorre da localização da moradia dos indígenas que são em comunidades ou aldeias de difícil acesso e distantes dos serviços de saúde.

Trazendo vivências da minha vida profissional, um exemplo do aspecto geográfico dificultar o acesso ao serviço de saúde, é o caso do município de São Gabriel da Cachoeira, localizado no interior do estado do Amazonas, região Norte do país. Localizado na fronteira com a Colômbia e Venezuela, no extremo noroeste do Brasil, esse município tem maior predominância de indígenas do país, pois boa parte do seu território está localizado em Terras Indígenas do Alto e Médio Rio Negro e que nove entre dez habitantes são indígenas, de acordo com o IBGE. Por sua vez, o município possuía um único hospital, onde trabalhei entre 2010 e 2011, o Hospital de Guarnição de São Gabriel da Cachoeira, com uma distância de 852 quilômetros de Manaus, capital do estado. O hospital era referência da média e da alta complexidade para atendimento à população. Devido à extensão territorial, muitas aldeias ou comunidades indígenas ficavam muito distantes, ou seja, há horas do hospital, e o transporte muitas das vezes acontecia através de voadeiras (barco de pequeno porte) que eram utilizadas para descer o rio, sendo necessário ainda um automóvel para o deslocamento até o hospital. Percebe-se assim que o tempo de deslocamento era muito longo, necessitando de vários veículos para o transporte do indígena até o serviço de saúde, o que dificultava o seu acesso.

O aspecto geográfico dificulta, mas não impede o acesso ao serviço, mesmo sendo necessário um melhor preparo logístico das equipes de saúde e dos gestores em disponibilizar meios de transportes, nos casos de comunidades muito afastadas.

No contexto brasileiro, a temática em discussão mostra a dificuldade em fazer valer a atenção diferenciada quanto ao acesso da população indígena. O grande desafio para o sistema de saúde é o cumprimento de um acesso equitativo, pois cada segmento social tem diferentes demandas. As desigualdades de acesso encontram-se como um dos principais problemas a serem enfrentados para que o SUS funcione efetivamente, conforme os princípios e as diretrizes estabelecidos (ASSIS & JESUS, 2012).

Contudo, a análise do acesso, oferta e uso de serviços de saúde necessita ser complementada com avaliações sobre a qualidade do cuidado ofertado. A

realidade brasileira é marcada por profundas desigualdades regionais e a atenção à saúde mostra essas diferenças. As características do acesso, a oferta de serviços e profissionais constituem desafios nesse contexto (VIAVACA F. *et al*, 2018).

7.2 A Articulação da Atenção Primária na Saúde Indígena

Muitos índios ainda vivem submetidos a condições precárias de vida e longe de direitos considerados básicos, como o acesso universal à saúde. Atualmente, os índios ainda enfrentam problemas, sendo uma das populações mais vulnerabilizadas socialmente do país, com dificuldades no acesso aos serviços de saúde, falta de saneamento básico e de cuidados fundamentais e essenciais à saúde.

Privados de seus direitos e pouco participativos nas tomadas de decisão, a partir de 1988, os povos indígenas obtiveram suas demandas consolidadas, garantiram direitos territoriais e, principalmente, o direito à diferença, ou seja, de serem diversos e de assim permanecerem.

Verifica-se, de acordo com a literatura estudada, que o divisor de águas nas discussões relacionadas ao desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (APS) foi a Conferência de Alma-Ata, em 1978, considerada um marco nas discussões relacionadas ao desenvolvimento da APS. A partir dessa conferência, começou a ficar evidente a necessidade de ação imediata de todos os governos na efetivação da saúde, como direito fundamental para a redução das desigualdades. Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde começou a ser caracterizada como uma estratégia adequada para o desenvolvimento de uma saúde mais abrangente, a partir de ações com olhar voltado para a articulação entre diferentes setores, considerando um conceito ampliado de saúde (OMS, 1978; MENDES *et al.*, 2018).

Na análise dos artigos selecionados para a pesquisa, observou-se que os estudos 12 e 18 centraram sua abordagem nos aspectos que dizem respeito à Atenção Primária à Saúde e ao cuidado aos povos indígenas nos serviços de saúde.

No estudo 12 (doze), a atenção à saúde indígena se configura um espaço particular e específico de cuidado, onde profissionais de saúde que atuem no cuidado ao indígena, ao se depararem com a diversidade cultural dos índios, reflitam sobre o fato de que os serviços de saúde são espaços sociais, onde se deve valorizar a participação no cuidado e a autonomia do sujeito (RIBEIRO *et al.*, 2017). Esse tipo de reflexão gerará uma prática que trabalhe para a diminuição das desigualdades em saúde, para garantir direitos, atender as especificidades das culturas indígenas e respeitar suas demandas, sejam elas geográficas, culturais ou epidemiológicas.

Algumas estratégias para reduzir as desigualdades relacionadas à saúde são necessárias. Portanto, um dos desafios da atenção primária na saúde indígena no Brasil é fortalecer as Redes de Atenção à Saúde (RAS) e pensar em estratégias que fomentem a integralidade da assistência em saúde indígena, já que os estudos mostram sistemas de saúde totalmente fragmentados onde as práticas de participação social, normas e políticas não são valorizadas.

As Redes de Atenção à Saúde se organizam a partir de locais onde serão ofertados serviços de saúde. Esses pontos irão determinar a disposição e distribuição para a Atenção Secundária e Terciária. Portanto, a Atenção Primária à Saúde é o centro comunicador e ordenador do cuidado (OLIVEIRA, 2016). Assim, percebe-se que o objetivo da rede de atenção à saúde é promover a integração sistematizada, de ações e serviços de saúde, promovendo atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada.

Oferecer cuidados primários em saúde de qualidade para a população indígena é um desafio constante. Em seus estudos, Ribeiro *et al.* (2017), (estudo 12), apresentam que no caso dos indígenas, particularmente, conceitos pré-concebidos podem influenciar de modo negativo às atitudes da equipe de saúde durante o cuidado. Práticas como essas devem ser evitadas pelos profissionais, visto que o processo saúde-doença-cuidado é determinado por fatores biológicos, sociais e culturais. Sendo assim, os profissionais de saúde, ao considerar as crenças e os valores dos indígenas, possibilitam a construção do cuidado com práticas centradas na pessoa.

No Brasil, são 34 DSEIs planejados e divididos por critérios territoriais e não obrigatoriamente por estados, tendo como base as características culturais e a ocupação geográfica das comunidades indígenas. Além dos DSEIs, conta-se com postos de saúde, com os Polos Base e as Casas de Saúde Indígena (CASAs).

No estudo 18 (dezoito), os autores se propuseram justamente avaliar as estratégias locorregionais de articulação entre os níveis de cuidado à saúde, através de um estudo no estado do Mato Grosso, um relato de caso do Polo Base Rondonópolis, que organiza a atenção básica à saúde dos *Bororo* nas aldeias. A partir da análise deste estudo, podemos perceber que o fluxo planejado para os indígenas *Bororo* no Polo Base Rondonópolis não considera a capacidade instalada da rede de serviços de saúde do município e tampouco condiz com as normas e planos estabelecidos pelos gestores da região, pois se percebe uma sobrecarga em um determinado ponto (local), podendo os Polos Base estar localizados numa aldeia indígena ou em um município de referência.

A PNASPI, quanto à construção e planejamento dos fluxos, reforça que o distritos sanitários deverão determinar seu território levando em consideração as características da população, área geográfica, perfil epidemiológico, ofertas de serviços disponíveis, recursos humanos e infraestrutura, rotas de acesso aos serviços em nível local e à rede do SUS na região (BRASIL, 2002). Tendo o DSEI autonomia para gerenciar sua rede de serviços de atenção básica dentro das Terras Indígenas.

Para o funcionamento das RAS, é necessária uma estrutura operacional composta principalmente por: centro de comunicação - Atenção Primária à Saúde; pontos de atenção - secundária e terciária; sistemas de apoio - diagnóstico e terapêutico, de assistência farmacêutica, de teleassistência e de informação em saúde; sistemas logísticos - registro eletrônico em saúde, prontuário clínico, sistemas de regulação e sistemas de transporte; e sistema de governança - da rede de atenção à saúde (MENDES, 2011).

Ainda no estudo 18 (dezoito), os autores apresentaram que o atendimento à atenção básica realizado nas aldeias dos *Bororo* ocorre de maneira periódica e descontínua, pois as EMSI percorrem as aldeias durante somente 20 dias do mês

e, nos outros 10 dias, pausam os trabalhos, pois os profissionais folgam. Assim, infere-se que a falta de resolutividade da atenção básica nas aldeias, devido a descontinuidade do serviço, gera aumento da oferta de usuários para outras unidades, sobrecarregando o local.

A lógica criada de organização das Redes de Atenção à saúde visa de alguma forma atender a população de maneira mais eficaz. Embora as ações básicas devam ser disponibilizadas de forma contínua e ininterrupta aos usuários indígenas, para Vargas *et al.* (2010), o resultado do seu estudo demonstrou que no Polo Base de Rondonópolis, devido a falta das EMSI, os *Bororo* são encaminhados para os centros de saúde do município, o que demonstra fragilidade na organização das Redes de Atenção à Saúde.

No que diz respeito ao grau de resolutividade dos Polos Base, as demandas que não são atendidas são referenciadas para a rede de serviços do SUS, de acordo com a sua realidade. Essa rede já deve ter sua localização geográfica definida e articulada para atender os índios. Com isso, o indígena pode ser encaminhado para outros serviços especializados, desde clínicas dentro do próprio município, até hospitais fora do estado de origem. E de acordo com o fluxo, o indígena pode ser encaminhado à Casa de Saúde Indígena (CASAI), que funciona como uma casa de apoio ao paciente e acompanhante fora de suas aldeias.

No estudo 12 (doze), foi apresentado que as CASAIs do DSEI Mato Grosso do Sul são consideradas como regionais, entretanto apesar de não serem instituições nacionais, atendem também indígenas do norte do país. Atualmente, somente 4 delas são Casas de Saúde Indígena nacionais, localizadas nos estados de São Paulo, Brasília, Curitiba e Goiânia.

Para procedimentos fora da aldeia, o estudo 18 apresentou que os *Bororo* são encaminhados para a CASAI Rondonópolis, tanto para serviços de atenção básica como para a média e alta complexidade, onde ficam alojados e são acompanhados pelos profissionais de saúde até as unidades. Após a consulta, indígena e seu acompanhante retornam para a CASAI Rondonópolis, onde aguardam para a realização de exames, outros procedimentos ou serão

reencaminhados à aldeia. Conclui-se que, se comparado o fluxo correto com o fluxo realizado pelos profissionais da CASAI Rondonópolis, percebe-se divergência entre o que é definido e a realidade local e uma estratégia deliberada em ascensão, que se forma pelas práticas de articulação dos profissionais para garantir a inserção dos *Bororo* na rede de saúde. Portanto, a articulação entre os diferentes níveis de atenção se mostra descontinuada, já que a articulação se dá então através das relações interpessoais. São os profissionais de saúde, do Polo Base, da CASAI e os da rede municipal, que elaboram suas estratégias para garantir o acesso aos serviços de saúde locais.

Além disso, o estudo 18 aponta uma não participação social e envolvimento dos *Bororo* na construção dos fluxos de referência e contrarreferência, pois ao se comparar o fluxo planejado com o fluxo formal, verifica-se que o que é planejado descumpe e negligencia aspectos essenciais, como bem-estar, deslocamento e custo-benefício, propondo um longo caminho até a unidade de atendimento em Cuiabá.

Como parte integrante do processo do cuidar, o acolhimento se constitui também em tecnologia para a reorganização do serviço, no sentido de garantir além do acesso, resolubilidade e atendimento humanizado (FRANCO *et al.*, 1999).

Para buscar qualidade nos cuidados prestados nos serviços de saúde, faz-se necessário avaliar o serviço para que medidas sejam tomadas a fim de que a deficiência dê lugar à qualidade (ADAMI, 1995). Entretanto, tratar da qualidade do cuidado na saúde não é uma tarefa fácil.

7.3 O Agente Indígena de Saúde na Atenção Diferenciada

A ideia de atenção diferenciada para os povos indígenas do Brasil foi estabelecida e baseada em princípios e diferentes modelos de documentos propostos, como a Declaração de Alma-Ata (OMS, 1978), a Constituição Brasileira (BRASIL, 1988) e PNASPI (BRASIL, 2002). No Brasil, o surgimento do agente indígena de saúde (AIS) norteou-se a partir do cargo do agente comunitário de

saúde (ACS), estando esse inserido nas equipes de saúde da família desde 1994, com a criação do Programa de Saúde da Família (PSF).

De acordo com a PNASPI, há três princípios quanto à organização do modelo de atenção que se relacionam com a atenção diferenciada. O primeiro refere-se a levar “em consideração as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais desses povos”. O segundo princípio sustenta a proposição de que, para a organização do modelo, deve-se levar em consideração os “sistemas de representações, valores e práticas relativas ao adoecer e buscar tratamento dos povos indígenas, bem como seus próprios especialistas. Assim, indica, como estratégias operacionais, a preparação dos profissionais de saúde para a atuação em contexto intercultural e a articulação com os sistemas tradicionais de saúde. E o terceiro, com a participação das lideranças e organizações indígenas e indigenistas na formulação, gestão e execução do sistema de saúde indígena por meio da estruturação de conselhos e conferências. Para além da realização do controle social, essas estruturas pretenderiam garantir a especificidade e adequação cultural das políticas e ações executadas nos Distritos.

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena foi estabelecido em 1999, após anos de debates e conferências nacionais de saúde, na forma de 34 DSEIs, com o objetivo de fornecer atenção diferenciada à população indígena. E uma das estratégias para alcançar esse objetivo foi a institucionalização do AIS como membro das equipes para atuarem nas aldeias (LANGDON *et al.*, 2014).

A ideia inicial era de que os AIS seriam capazes de ter um olhar interno à comunidade, tanto dos problemas de saúde, como das dinâmicas socioculturais, que influenciavam negativamente os processos de saúde/doença nas aldeias (SCOPEL D *et al.*, 2015), fariam parte das EMSI, e sua atuação seria na prestação da atenção primária à população indígena aldeada. Para Garnelo *et al.* (2014) a institucionalização do AIS também visava a atender outras necessidades, como a criação de cargos assalariados para membros da comunidade, a mediação nas relações interétnicas e suprir a ausência de profissionais de saúde na aldeia. Porém, por intermédio das pesquisas e leituras realizadas, após 20 anos da sua institucionalização no Subsistema de Atenção à saúde Indígena, o seu papel,

formação e atuação nas equipes é observado como apresentando certas dificuldades em diferentes contextos, deixando muitas dúvidas e lacunas. Portanto, apesar da pluralidade das atividades dos AIS, os artigos analisados indicam tendências gerais, que podem ser divididas em subcategorias: **os diferentes papéis do agente indígena de saúde, rotatividade e formação/capacitação.**

7.3.1 Os diferentes papéis do Agente Indígena de Saúde

Entender o papel do ACS contribuiu muito para a definição e para o processo de construção do papel do AIS, que se conduziu a partir de um modelo já existente, que vinha sendo utilizado nas equipes de PSF e que até então dava certo.

A profissão do ACS configura-se em atividades de promoção e prevenção da saúde, através de visitas domiciliares, ações comunitárias, individuais ou coletivas seguindo as diretrizes do SUS (BRASIL, 2002). Além disso, o ACS faz a mediação nas relações entre os profissionais da saúde de família e os usuários e se caracteriza como um personagem central na obtenção de informações e conhecimentos sobre o território.

A ideia do cargo de AIS seguiu as diretrizes que levou ao surgimento dos ACS. Sua criação teve como base o conhecimento de que esses profissionais seriam capazes de ter um olhar interno e diferenciado à comunidade, que saberiam lidar tanto com os problemas de saúde, como com as dinâmicas socioculturais, que influenciariam, de alguma maneira, nos processos de saúde/doença nas aldeias (SCOPEL D *et al.*, 2015).

Dos 18 (dezoito) artigos selecionados, os estudos 4, 5, 6 e 14 obtiveram abordagem nos diferentes papéis desenvolvido pelo AIS. A partir da análise desses estudos, podemos perceber que o papel do AIS vem sendo construído de maneira diversificada e capaz de realizar várias e múltiplas tarefas. Os artigos mostram que em cada região o AIS vive uma experiência, tendo suas tarefas,

responsabilidades e remuneração variando dependendo do gestor local, o que explica a obscuridade do seu papel.

O estudo 4 (quatro) acredita que os agentes têm papel central na promoção da atenção primária ao desempenharem atividades que incluem remover e acompanhar os pacientes, realizar visitas domiciliares, participar de programas de controle de doenças crônicas e acompanhamento nutricional das crianças, bem como indicação de especialistas indígenas e “remédios caseiros” para tratamento de enfermidades. Alguns autores trazem que não só essas funções fazem parte do dia a dia do AIS, mas que na prática outras ações de saúde também são atribuídas a esses profissionais, como saber atuar em primeiros socorros.

Para Diehl E E *et al.* (2012), em seu estudo existem dois aspectos que influenciam nas responsabilidades dos AIS: o grau de inserção do grupo na sociedade e a compreensão que a EMSI tem dos princípios da atenção diferenciada. O sucesso está em capacitar todos os membros da equipe, inclusive os AIS, para a atenção diferenciada. Sendo assim, todos os profissionais estarão cientes do seu papel dentro da equipe e serão ofertados serviços que respeitem e se articulem com as práticas tradicionais indígenas.

Embora o AIS tenha seu papel e atuação dentro da equipe ainda pouco definida na literatura, na prática sabe-se que sua contribuição é reconhecida pela maioria dos estudos.

No estudo 5 (cinco), com Diehl E E *et al.* (2012), acredita-se que em regiões consideradas isoladas, ou seja, Terras Indígenas bem afastadas ou que nem todos falam a língua portuguesa, a contribuição do AIS é vista como fundamental, pois atuam como intérpretes e suas ações são ampliadas, de maneira a auxiliar em tarefas e atividades específicas e muito importantes na ausência da equipe.

Os autores Diehl E E *et al.* (2012) e Langdon E J *et al.* (2006), estudos 5 (cinco) e 6 (seis) respectivamente, demonstram em suas pesquisas que as atividades delegadas aos AIS são numerosas, mas podem ser agrupadas em quatro funções gerais: (1) visitas domiciliares; (2) educação e orientação sobre cuidados de saúde e informações sobre o sistema de saúde e seu funcionamento,

(3) preenchimento de formulários; e (4) participação nas atividades de controle social.

No estudo 14 (quatorze) realizado em duas aldeias indígenas (Açaí e Buriti) com o povo *Baniwa*, do DSEI Rio Negro, estado do Amazonas, quanto às visitas domiciliares, na aldeia Açaí, observou-se uma alta frequência de visitas, com uma rotina e regularidade dos AIS. As visitas tinham o objetivo principal de detectar enfermos e, quando identificados, encaminhados ao médico no ambulatório. Porém, quando a queixa levava à suspeita de gripe ou verminose, os AIS tinham autorização e forneciam o medicamento para dar início ao tratamento. Assim, uma vez realizadas e concluídas as visitas, os agentes passariam no ambulatório para discutir os casos mais importantes com o médico da equipe e, a partir do relato dos AIS, o médico realizaria o diagnóstico. Percebe-se que a atuação do AIS nessa aldeia se limitava a informar e dar apoio à equipe, onde esses tinham pouco ou nenhum contato com os indígenas. Na aldeia Buriti, o trabalho dos AIS ocorria em função das demandas espontâneas da aldeia. Muitas das vezes, o atendimento era na casa e, se fosse necessário, já se iniciaria o tratamento com medicamento. Caso sua ação não se mostrasse eficaz, ou se concluísse ser uma doença grave, os próprios AIS entravam em contato com a sede do DSEIRN. Portanto, percebe-se uma divergência entre as aldeias, apesar da mesma gestão - o DSEIRN, os AIS atuam de formas diferentes.

A partir da análise destes estudos, com foco nas atividades e competências dos AIS nas equipes, podemos perceber que ambos trazem que essas atividades descritas foram mal definidas, a exemplo as visitas domiciliares, onde a lógica trazida se chocou com a política das aldeias e organização social já existente.

As comunidades indígenas são estruturadas mediante às redes de parentesco e práticas sociais comuns, percebidas por alguns autores como sendo um comportamento faccional, ou seja, busca-se o benefício de um grupo em detrimento do todo. Portanto, se existissem desavenças ou até mesmo rivalidade entre as famílias, já seria motivo para que este AIS evitasse aquela casa ou família durante suas visitas domiciliares por achar que não seria bem-vindo

(DIEHL E E *et al.*, 2012; LANGDON E J *et al.*, 2006). No entanto, o cargo de AIS exige que ele exerça sua atividade independentemente desses processos locais.

Os artigos analisados mostram uma grande preocupação também em relação à valorização desse profissional dentro da equipe, pois o seu trabalho muitas vezes não é reconhecido pelos colegas e nem pelos profissionais da rede do SUS, o que contribui para a falta de reconhecimento do seu papel. Alguns autores atribuem à deficiência na formação e capacitação do AIS ao longo dos anos como um dos motivos, assunto esse que será abordado com mais ênfase em outra subcategoria.

É nesse contexto que Langdon *et al.* (2014) reforçam que o papel do AIS é visto como central para a realização do princípio da atenção diferenciada, ou seja, oferta de serviços de saúde sensíveis à pluralidade e à diversidade cultural e que englobam o direito da comunidade de participar, individual ou coletivamente, no seu planejamento, execução e avaliação do serviço.

7.3.2 Rotatividade dos Agentes Indígenas de Saúde

Verifica-se, de acordo com os estudos 4, 5 e 6, que há uma crescente preocupação sobre o assunto, pois é percebido que alta rotatividade nas equipes não é uma característica só entre os AIS, ocorre com profissionais não indígenas também, sendo uma dificuldade desde a implantação dos DSEIs, ocasionando diversos problemas no dia a dia da comunidade, principalmente para as aldeias mais afastadas ou isoladas.

Langdon E J *et al.* (2006), no estudo 6 (seis), apresentaram que na pesquisa realizada na Terra Indígena (TI) Xapecó, por exemplo, somente 1 (uma) AIS permanecia no cargo desde a implantação do DSEI Interior Sul e que serviços ficavam desativados por falta de renovação do convênio, enquanto os membros das equipes aguardavam nova contratação, ou seja, conseqüentemente em descontinuidade do serviço.

Diehl E E *et al.* (2012), no estudo 5, consoante com Langdon E J *et al.* (2006), acreditam que a grande rotatividade dos profissionais resulta em irregularidade dos serviços, pois gera deficiência na qualidade dos serviços prestados, impacto negativo nas práticas de controle das informações e dados sobre saúde, descontinuidade de alguns serviços/convênios e interrupções no atendimento.

São elencados alguns fatores considerados causadores da rotatividade dos AIS e dos demais profissionais da EMSI, como: 1) o tipo de vínculo empregatício; 2) as divergências salariais; 3) interrupções no pagamento (DIEHL E E *et al.*, 2012).

E ainda, o estudo 5 evidencia que a relação de emprego normalmente se dá por contrato, renovado anualmente entre FUNASA e ONG, esses nem sempre ocorrem no prazo correto, gerando instabilidade no emprego. A divergência salarial entre a equipe também desestimula o profissional a permanecer no emprego, pois, em muitas aldeias, principalmente as isoladas, os AIS realizam atividades de outros profissionais mais remunerados, ou seja, fazem de tudo um pouco. E as interrupções nos pagamentos estão relacionadas aos intervalos entre as renovações dos convênios que provocam rupturas de pagamentos caracterizados por longos períodos sem salário, desmotivando a permanência no cargo, o que explica a alta rotatividade.

Tal quadro difere no estudo 4 (quatro) de Scopel D *et al.* (2015), pois se acredita que a não permanência no cargo do AIS estaria relacionada à sua formação, ou seja, não realização de cursos de capacitação ou de formação para elevar a escolaridade e, assim, estariam perdendo espaço para outros profissionais de nível técnico.

A crescente perda de atribuições do cargo é vista no estudo 4 (quatro), realizado com AIS *Munduruku* da Terra Indígena (TI) *Kwatá-Laranjal*, está relacionada ao aumento de outros profissionais de saúde nas aldeias, onde práticas realizadas anteriormente pelos AIS ficaram restritas aos que ocupavam cargos com formação técnica. Assim, percebe-se que a escolaridade se tornava

critério cada vez mais importante, tanto por parte das EMSI, quanto da comunidade na contratação de novos AIS.

Os autores Scopel D *et al.* (2015) e Langdon E J *et al.* (2006), estudos 4 (quatro) e 6 (seis) respectivamente, demonstram em suas pesquisas, então, que a falta de preparação técnica do AIS para o trabalho está relacionada à ausência de capacitação adequada.

Nos estudos 4, 5 e 6, os autores também conduzem para o questionamento, os arranjos sociopolíticos presentes nas T.I. que tanto auxiliam na indicação, quanto na permanência ou não do AIS no cargo de acordo com os interesses da comunidade.

A partir da análise destes estudos, mostra-se que a escolha dos AIS, que deveria obedecer ao critério de constituição por indicação da comunidade, não é condizente com a realidade sociopolítica e cultural local. Apesar de esforços locais para garantir o cumprimento das diretrizes e princípios da PNASPI no caso da escolha e eventual demissão dos profissionais que formarão as equipes, o cumprimento das diretrizes e princípios da PNASPI acaba, muitas vezes, sendo influenciada por forças políticas locais marcadas por relações de poder e parentesco, tanto internos quanto externos às Terras Indígenas, o que explica mais um fator para a grande rotatividade deles.

Nesse contexto, Langdon *et al.* (2014) ressaltam que os arranjos político-partidários regionais são fatores que causam impacto na rotatividade do AIS e dos demais profissionais das EMSI, porém não devem ser vistos de modo negativo, pois são esses mesmos arranjos que constituem seus parâmetros de controle sobre as ações dos agentes, ou seja, gerando menos insegurança e mais legitimação aos agentes e melhor relacionamento com a comunidade.

7.3.3 Formação/Capacitação

O processo de formação e capacitação do AIS, previsto desde sua institucionalização em 1999, com a criação dos DSEIs, tornou-se centralizado e

sendo responsabilidade do Departamento de Saúde Indígena (DESAI), vinculado à FUNASA em Brasília. Sendo responsabilidade do DESAI sua definição, financiamento e cronograma, cabendo somente aos distritos programar e executar os cursos (DIEHL E E *et al.*, 2012).

Desde 1986, na 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, que se discutia sobre como estabelecer os princípios da organização da saúde indígena, com a introdução do novo conceito de atenção diferenciada e a formação em saúde de indígenas nas próprias aldeias (KRENAK *et al.*, 1986).

Verifica-se, nos estudos 4, 5 e 6 e também em outras literaturas, que a maioria dos DSEIs apresentavam dificuldades para a realização dos cursos. A programação dos conteúdos para os módulos também apresentava deficiência, pois acabava repetindo conhecimentos já dominados, o que causava muito desagrado aos agentes.

Rocha (2007) narra isso muito bem em sua pesquisa, pois ocorreu situação semelhante no DSEI Rio Negro, onde se verificou conteúdos repetidos nos cursos de formação e capacitação para os AIS *Baniwa*, o que causou insatisfação da maioria.

Para Scopel D *et al.* (2015), estudo 4, em suas experiências com os AIS *Munduruku*, a busca por formação e capacitação técnica por parte dos agentes tinham uma outra perspectiva, pois elevando a escolaridade seria uma chance para melhorar a qualidade de vida dentro da aldeia. Mas, não diferente, também reclamavam das interrupções nos módulos e da deficiência das capacitações realizadas sob a gestão da FUNASA.

É percebido nos estudos, frente à falta de capacitação, que a maioria dos agentes não recebem adequadamente cursos de capacitação no início e no decorrer de suas atividades, cuja parte do aprendizado dos mais modernos se dá com a ajuda e apoio dos mais antigos ou, porventura, nas reuniões de equipe quando essas acontecem. Com isso, verifica-se que entre os AIS há uma boa articulação e troca de experiências, uma forma que encontraram de suprir o que deveria ser ofertado pelo DSEI.

No estudo de Langdon E J *et al.* (2006), estudo 6, apresentou-se que a falta de capacitação adequada, seja ela realizada por módulos ou de forma continuada, como é recomendado pela PNASPI, resulta em falta de preparo para o trabalho, o que favorece também para alta rotatividade no emprego.

Desde 1999, o documento que rege sobre a formação de agentes indígenas de saúde já sugeria que a capacitação ocorresse de preferência em serviço e de forma contínua, sob a responsabilidade do instrutor-supervisor, lotado na equipe de saúde dos DSEIs, com a participação e colaboração de outros profissionais do serviço (FUNASA, 1999).

Pensando em se qualificar no cargo, mesmo diante da pouca oferta de cursos oferecidos pela FUNASA, o estudo 6 traz que os AIS realizaram cursos de auxiliar de enfermagem e concluíram o Ensino Médio por esforço próprio, fora das Terras Indígenas, já com intenções de se destacarem (LANGDON E J *et al.*, 2006), pois, elevando a escolaridade, sabiam que teriam mais chances de recontração anual ou até mesmo de serem reconhecidos e valorizados em seus cargos, pelos outros membros da equipe.

A atitude dos AIS, em buscar fora das comunidades conhecimento para a sua própria formação e profissionalização, evidencia a necessidade de investimento para o cargo de agente indígena de saúde pelos órgãos competentes, previsto desde 1999 com a criação dos DSEIs, porém, percebe-se ainda divergência quanto à oferta de capacitação adequada.

Em geral, nos estudos 4, 5 e 6, verifica-se a percepção sobre a questão discutida, de que a escolaridade se tornava critério cada vez mais importante e imprescindível, tanto por parte das EMSI, quanto por parte da comunidade, que se fazia bem exigente, sendo a escolaridade critério relevante na contratação de novos AIS (SCOPEL D *et al.*, 2015; DIEHL E E *et al.*, 2012; LANGDON E J *et al.*, 2006).

Ressalta-se, então, a importância da formação e capacitação de indígenas como agentes de saúde, pois visa a beneficiar a apropriação, pelos povos indígenas, de conhecimentos e recursos técnicos da medicina ocidental, não de

modo a substituir, mas de somar ao acervo de terapias e práticas culturais próprias, tradicionais ou não (BRASIL, 2002). Sendo assim, a capacitação dos AIS deverá ser prioridade, vista como instrumento fundamental para o êxito de suas atuações.

7.4 Condições sensíveis à Saúde Indígena

No Brasil, a situação de saúde reconhecida da população indígena é de extrema fragilidade, com altas taxas de morbimortalidade por diversas doenças consideradas evitáveis. Boa parte dessa população ainda vive em condições de grande precariedade, baixa resolutividade da atenção primária e de alta vulnerabilidade social e econômica. No geral, os povos indígenas possuem seu perfil epidemiológico pouco explorado e conhecido devido às poucas investigações (COIMBRA e SANTOS, 2005).

Billings *et al.* (1993), na década de 90, observaram a necessidade de se realizar investigações sobre indicadores do ramo hospitalar, com objetivo de avaliar a efetividade da Atenção Primária à Saúde. Um desses indicadores é o *ambulatory care sensitive conditions*, traduzindo para o português, *condições sensíveis à atenção primária*. É definido como um conjunto de problemas de saúde nos quais uma ação efetiva da atenção primária reduziria o risco de internação. Para Casanova e Starfield (1995), é um método que fornece também informações tanto da qualidade, quanto do acesso à atenção primária, aponta as desigualdades étnicas ou raciais e também gera informações significativas sobre o seu impacto no setor saúde.

Dos 18 (dezoito) artigos selecionados, os estudos 2, 3, 16 e 17 obtiveram questionamentos sobre as condições sensíveis à população indígena a partir da atenção primária. Através da PORTARIA Nº 221, DE 17 DE ABRIL DE 2008, o Ministério da Saúde publicou a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, considerando que a Estratégia Saúde da Família é a porta de entrada da atenção básica no Brasil e que a atenção primária pode ser

eficaz em suas ações reduzindo as internações por doenças evitáveis (BRASIL, 2008).

As Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) foram listadas por grupos de causas de internações e diagnósticos, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), conforme tabela abaixo:

Tabela 5 – Lista de Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP)

Grupo	Diagnóstico	CID-10
1	Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	A37, A36, A33 a A35, B26, B05, B06, A95, B16, G00.0, A17.0, A19, A15.0 a A15.3, A16.0 a A16.2, A15.4 a A15.9, A16.3 a A16.9, A17.1 a A17.9, A18, I00 a I02, A51 a A53, B50 a B54, B77
2	Gastroenterites Infecciosas e complicações	E86, A00 a A09
3	Anemia	D50
4	Deficiências Nutricionais	E40 a E46, E50 a E64
5	Infecções de ouvido, nariz e garganta	H66, J00, J01, J02, J03, J06, J31
6	Pneumonias bacterianas	J13, J14, J15.3, J15.4, J15.8, J15.9, J18.1
7	Asma	J45, J46
8	Doenças pulmonares	J20, J21, J40, J41, J42, J43, J44, J47
9	Hipertensão	I10, I11
10	Angina	I20
11	Insuficiência Cardíaca	I50, J81
12	Doenças Cerebrovasculares	I63 a I67; I69, G45 a G46
13	Diabetes <i>melitus</i>	E10.0, E10.1, E11.0, E11.1, E12.0, E12.1; E13.0, E13.1; E14.0, E14.1, E10.2 a E10.8, E11.2 a E11.8; E12.2 a E12.8; E13.2 a E13.8; E14.2 a E14.8, E10.9, E11.9; E12.9, E13.9; E14.9
14	Epilepsias	G40, G41
15	Infecção no Rim e Trato Urinário	N10, N11, N12, N30, N34, N 39.0

Grupo	Diagnóstico	CID-10
16	Infeção da pele e tecido subcutâneo	A46, L01, L02, L03, L04, L08
17	Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	N70, N71, N72, N73, N75, N76
18	Úlcera gastrointestinal	K25 a K28, K92.0, K92.1, K92.2
19	Doenças relacionadas ao Pré-Natal e Parto	O23, A50, P35

Fonte: Elaboração própria (2019)

A partir da investigação dos estudos voltados para as condições sensíveis na saúde indígena, o estudo 2 (dois) investigou a prevalência de casos de anemia em mulheres e crianças indígenas no Brasil de diversas etnias, onde obteve informações importantes sobre os fatores associados e a frequência desse agravo na população indígena.

Para Lício *et al.* (2016), (estudo 2), os índices de anemia se mostram superelevados principalmente em crianças, evidenciando a gravidade da situação. A anemia ferropriva é considerada a carência nutricional mais importante do país, com sua maior prevalência em populações vulnerabilizadas (VIEIRA, 2010; LEAL, 2010). Em crianças e adolescentes, a anemia compromete o desenvolvimento psicomotor, o aproveitamento escolar, o crescimento e desenvolvimento e o sistema imune, aumentando a predisposição a infecções; em adultos está relacionada principalmente à queda de produtividade, sendo as mulheres, em idade fértil, as mais propensas (OMS, 2001). Durante a gestação, a ocorrência de anemia representa um aumento no risco de mortalidade materna e perinatal, sendo indicado à gestante a suplementação profilática de ferro e alimentação adequada (VIEIRA, 2010).

Apesar de terem poucas pesquisas sobre o monitoramento da anemia em povos indígenas, entre 2008 e 2009 foi realizado o 1º Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, quando participaram da pesquisa 6.707 mulheres (entre 14 a 49 anos de idade) e 6.285 crianças (com até 5 anos de idade). A pesquisa evidenciou que quase 52% das crianças com até 5 anos de vida

apresentavam anemia, e aproximadamente 33% das mulheres eram anêmicas, problema normalmente em decorrência de uma dieta pobre em ferro. O que pode justificar o fato de boa parte das crianças indígenas também apresentarem *déficit* de estatura para a idade (BRASIL, 2009).

No estudo 2 (dois), a prevalência de anemia referida se aproxima das informações publicadas no Inquérito Indígena e confirma a gravidade da situação nesse segmento populacional. Considerada um indicador de situações precárias de saúde e nutrição, a anemia em indígenas tem prevalência maior do que nos não indígenas, podendo estar relacionada às condições inadequadas de vida, dieta insuficiente em ferro, alimentação oferecida de forma inadequada, deficiência de outros micronutrientes essenciais e elevadas taxas de doenças infecciosas (KHAMBALIA, 2011).

Identificar os fatores que determinam a presença e a gravidade da anemia em crianças e mulheres indígenas pode favorecer o enfrentamento do problema visando à melhoria da saúde e da nutrição dessa população. É essencial o papel da APS para a organização dos sistemas de saúde, seja através da melhoria do acesso, da capacidade de resolutividade das ações em saúde a nível individual, familiar e comunitário, seja também a relação custo-benefício. Investir em atenção primária é investir em prevenção e diminuir os possíveis custos com tratamento e internações.

No estudo 3 (três), foi analisado os fatores associados à pneumonia em crianças *Yanomami* internadas por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP), nos estados do Amazonas e Roraima. O DSEI *Yanomami* é o responsável por prestar assistência à saúde aos *Yanomami* que vivem no Brasil e dispõem de 37 Polos Base que funcionam como unidades básicas de saúde, prestando assistência aos indígenas da etnia *Yanomami* que residem em aproximadamente 272 aldeias. O resultado do estudo mostrou que dos 388 registros de internação hospitalar em crianças *Yanomami*, 359 (93%) foram classificadas como Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), dos quais 250 (69,4%) corresponderam à pneumonia. O segundo grupo

de causas de hospitalização foi liderado pelas gastroenterites infecciosas e suas complicações (19,4%) e o terceiro por deficiências nutricionais (4,4%).

No Brasil, as taxas de incidência e letalidade por doenças respiratórias na população indígena são muito altas. As infecções respiratórias agudas, principalmente a pneumonia, atingiram um elevado percentual. A pneumonia permanece como a principal causa de morbimortalidade na infância, provocando impactos negativos em países em desenvolvimento e em regiões onde há carência de recursos humanos e financeiros (WALKER *et al.*, 2013). E devido às complicações clínicas severas, de 7 a 13% do total de casos confirmados de pneumonia necessitam de cuidados intensivos em ambiente hospitalar (RUDAN *et al.*, 2004).

No estudo 3, a taxa padrão relativa às ICSAP nos menores de 5 anos foi de 18,6 hospitalizações para cada 1.000 habitantes, o que representou um risco maior de hospitalização, de quase 3 vezes maior em relação às crianças não indígenas do estado de Roraima e 4 vezes maior quando comparado às crianças não indígenas do Norte do Brasil. Os autores verificaram que a maioria das hospitalizações analisadas na pesquisa eram consideradas possivelmente evitáveis.

Há cerca de 1 ano, vários países de todo o mundo se reuniram numa Conferência Global sobre Atenção Primária à Saúde, entre os dias 25 e 26 de outubro de 2018, em Astana, capital do Cazaquistão. Os países, inclusive o Brasil, se comprometeram em fortalecer a atenção primária de saúde como um grande passo para alcançar a cobertura universal de saúde. O documento só reafirma a histórica Declaração de Alma-Ata de 1978, firmada há mais de 40 anos, quando os países já haviam se comprometido a inserir e desenvolver a APS em seus sistemas de saúde como forma a enfrentar as iniquidades e a ineficiência dos mesmos (OMS, 2018).

Para Caldart *et al.* (2016), estudo 3, e outros pesquisadores sobre o tema, as dificuldades de acesso às aldeias *Yanomami*, somadas à escassez de profissionais nas equipes, sobretudo de médicos e enfermeiros e a falta de infraestrutura e logística adequada para assistência à saúde em áreas indígenas são como possíveis

justificativas para o número elevado de internações por pneumonia na área. Estes e outros desafios são permanentes, porém podem e devem ser superados.

Visto os dados da pesquisa, percebe-se o quão importantes são medidas que visem à prevenção e ao controle da pneumonia na infância. Com ações que visem à diminuição desse agravo, incluindo o aumento da cobertura vacinal, da vacina pneumocócica 10-valente, a ampliação da cobertura dos programas de saúde da família, entre outros, resultando em melhorias gerais na qualidade de vida da população e redução de hospitalizações por pneumonia ou por qualquer outra internação por condições sensíveis à atenção primária.

No estudo 17 (dezessete) realizado com a população indígena *Xerente*, no estado do Tocantins, evidenciou que a aproximação com a vida urbana e a interação social afetaram negativamente no estilo de vida dos povos indígenas, trazendo impactos para a sua própria saúde, caracterizados pelo aparecimento das Doenças e Agravos não Transmissíveis (DANT), em especial a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) que também está presente na lista de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP). Este estudo não realizou levantamento dos números de internações em decorrência da HAS, mas trouxe a realidade local de um grupo, que contribui para esta pesquisa.

No Brasil, o cenário epidemiológico da população indígena vem passando por diversas transformações, especialmente a partir da metade do século XX, devido à interação com a sociedade não indígena, provocando mudanças no perfil de morbimortalidade da população, obtendo destaque às DANT devido às mudanças no processo saúde-doença (BRASIL, 2012).

A HAS é uma doença crônica, considerada um grave problema de saúde pública, sendo um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares (CARVALHO *et al.*, 2013). Com isso, a HAS nas populações indígenas está diretamente ligada ao avanço no processo de transição epidemiológica e nutricional, o que gerou mudanças no estilo de vida dos indígenas (TAVARES *et al.*, 2013).

A aproximação, o contato e o convívio dos povos indígenas com os não indígenas trouxeram mudanças de ordem econômica, social, cultural, ambiental e territorial. Essas transformações afetaram diretamente o sustento, provocando, no geral, carência e desequilíbrio alimentar (SANTOS e COIMBRA, 2003).

Em seu estudo, Rodrigues e Santos (2016), (estudo 17), apresentaram uma população de 29 indígenas *Xerente* hipertensos que no decorrer dos anos mostraram mudanças nos hábitos alimentares, afirmaram já terem feito ou ainda fazerem uso de bebidas alcoólicas e são fumantes ou ex-fumantes. Quanto à execução de atividade física, a grande maioria não realiza exercícios físicos. Os autores verificaram também que a renda familiar dos indígenas provém principalmente do artesanato e auxílios do governo federal (bolsa-família, auxílio-doença, aposentadoria, entre outros). Quanto à formação, a maioria dos adultos não são alfabetizados e poucos concluíram o ensino fundamental.

Diante da realidade desse estudo, percebe-se um distanciamento de suas atividades diárias, como caçar, pescar e preparar sua própria alimentação e a introdução da economia monetária, dando uma liberdade de compra e aquisição de produtos industrializados, já que alguns já eram assalariados ou recebiam alguma ajuda do governo, resultando, então, em menores níveis de atividade física e uma aproximação cada vez maior a alimentos ocidentais e industrializados, abrindo mão do natural ou *in natura*. Embora a HAS esteja aliada a outros fatores, para WIRSING (1985), o resultado de uma má alimentação, rica em carboidratos e pobre em proteínas, vitaminas e minerais, tem produzido o desenvolvimento de DANT em um processo também visto entre populações de outras partes do mundo.

O estudo 17 considera então como a principal causa do surgimento da HAS na aldeia Xavante as mudanças nos padrões alimentares e mudança no estilo de vida dos indígenas, lembrando que outros fatores podem contribuir como história familiar, hábitos de vida, aumento de peso e condições socioeconômicas. Sendo assim, a proximidade e o contato com não indígenas têm tido papel significativo na emergência e crescimento das DANT entre os povos indígenas. Portanto, para os

indígenas, a HAS e suas complicações geram dificuldades na vida diária, comprometendo a produtividade, a qualidade de vida e a sobrevivência das pessoas.

O estudo 16 (dezesseis) teve como principal objetivo a apresentação de questões sobre o alcoolismo na população indígena, tal doença não consta na Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, mas tem se mostrado uma condição problemática na saúde indígena, muito comum e de curso crônico. Em estudo realizado na Terra Indígena (TI) Xaçecó, com índios Kaingang, observaram-se variadas formas de uso do álcool, desempenhando papéis positivos e negativos no contexto social entre indígenas e não indígenas. Positivamente, permitiam uma maior interação entre os dois grupos através da participação em eventos comuns de jogos de futebol e bailes no interior da TI, facilitavam as relações com comerciantes locais e eram também utilizadas durante o trabalho na roça na prática de plantio. Negativamente, interferia no comportamento do indígena, pois comprometia sua imagem perante o grupo e dificultava o tratamento pelos profissionais. Portanto, os abusos relacionados ao uso de bebidas alcoólicas pelos indígenas se referem, neste estudo, aos aspectos negativos que levam ao comprometimento da sua saúde.

O álcool, em determinados contextos, é considerado uma ferramenta essencial para a concretização de relações e rituais sociais. Porém, para Junior e Langdon (2014), em seus estudos, beber ou ficar embriagado em espaços públicos não era algo bem visto pelos Kaingang, por isso as lideranças indígenas atuavam para o controle das bebidas alcoólicas na aldeia.

O trabalho de prevenção e combate ao alcoolismo em comunidades indígenas não é uma tarefa fácil, já que também um despreparo dos profissionais de saúde para a abordagem do problema. (ERTHAL, 2001). Admitir como um agravo importante, compreender as suas diversas interfaces, incluir a comunidade, considerar esse problema dentro do todo, significa atuar em várias frentes, respeitar as especificidades culturais e a realidade de cada local.

Será imprescindível a associação dos saberes científicos e populares, em que um conhecimento não se sobreponha ao outro, mas que haja o diálogo e interação permanente para a busca do cuidado participativo e integral entre a

comunidade indígena e os profissionais. Para isso, é necessária a realização de atividades de educação em saúde, possibilitando o envolvimento do indígena (BRESAN *et al.*, 2015).

Quando há investimento adequado no primeiro nível de atenção à saúde – que deve ser a porta de entrada para os serviços de saúde, além de realizar ações de promoção e educação em saúde para as pessoas, famílias e comunidades - a população adoece e interna menos. Ou seja, a melhoria da resolutividade na atenção primária é condição absolutamente necessária para reduzir os custos do sistema, bem como para organizar o fluxo dos pacientes, reservando o acesso aos níveis de atenção de maior complexidade para aqueles que realmente dele necessitam. Nos países que investem em atenção primária de qualidade, as pessoas vivem mais e melhor (CARDOSO, 2015).

7.5 Desafios e Potencialidades na Saúde Indígena

O atual modelo de atenção à saúde dos povos indígenas brasileiros é resultado de movimentos específicos surgidos na década de 80 e consolidados com a criação do Sistema Único de Saúde. A população indígena brasileira deve ser assistida de forma integral e hierarquizada, conduzida pelos princípios do SUS, com direito ao acesso universal aos serviços de saúde, desde a atenção primária até a atenção terciária (BRASIL, 2002). No entanto, as pesquisas mostram que o poder público no Brasil ainda enfrenta dificuldades em dialogar com os povos indígenas e de reconhecer suas diferenças na prática.

Dos 18 (dezoito) estudos selecionados, os estudos 1, 7, 8, 9, 10, 13 e 14 tiveram abordagem em “desafios e potencialidades na saúde indígena”. A partir da investigação desses estudos, podemos perceber que, em sua maioria, o principal desafio para a saúde indígena foi a falta de respeito à diferença e ao multiculturalismo, somando-se ainda a outros desafios e enfrentamentos que serão abordados nessa categoria. Quanto às potencialidades, estão relacionadas ao reconhecimento de suas práticas e utilização de seus saberes, associados aos conhecimentos biomédicos.

A alocação e a inserção de profissionais para atuarem na saúde indígena como membros das Equipes Multidisciplinares de Atenção à Saúde Indígena (EMSI) existem desde 1999, com a criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. No entanto, a distribuição, o fornecimento e a permanência de profissionais em locais afastados, pequenas cidades do interior e em áreas rurais de vulnerabilidade social, como as aldeias indígenas, apresentam-se como um desafio a ser enfrentado pelos gestores da saúde indígena.

O estudo 1 (um) indica que a implementação do programa Mais Médicos e a alocação de médicos para atuarem em áreas rurais, no interior do Brasil, e com populações consideradas vulneráveis, como a população indígena, teve o objetivo de suprir essa deficiência. O resultado do estudo demonstrou que a oferta de médicos aumentou já no primeiro ano de implementação do programa.

O programa Mais Médicos foi introduzido em 2013 com o objetivo de reduzir a escassez de médicos em regiões prioritárias e diminuir as desigualdades regionais em saúde. Uma das formas e estratégias do governo foi oferecer contratos de médio a longo prazo para médicos atuarem na atenção básica de pequenas cidades do interior e em áreas rurais indígenas. Embora o programa priorize o recrutamento de brasileiros, médicos estrangeiros também puderam se candidatar (PEREIRA *et al*, 2016). Nesse estudo, o estudo 1 revelou uma grande redução no número de municípios com menos de 0,1 médicos por mil habitantes e aumento da demanda de médicos para todos os 34 DSEIs, elevando a cobertura local. Assim, percebe-se que o programa Mais Médicos ofertou assistência médica a essas populações historicamente ignoradas. No entanto, não há relato na pesquisa de capacitação prévia para esses profissionais atuarem na saúde indígena.

O estudo 9 (nove), realizado na CASAI Santarém, estado do Pará, região Norte do Brasil, evidenciou os principais desafios enfrentados pelos indígenas durante permanência na instituição. O resultado do estudo sugeriu que, durante o tempo de permanência do indígena na casa de apoio, os principais enfrentamentos estão relacionados à marcação de consultas; à longa espera por procedimentos hospitalares; à dificuldade financeira para adquirir medicamentos; à

alimentação diferente do habitual; à variabilidade linguística e estrutura física deficiente. Os autores acreditam que, embora a cobertura do SUS seja pautada num modelo integral, que percorre da atenção primária até a terciária, as dificuldades no acesso continuam presentes, nas quais a maioria dos indígenas não encontram espaço para o encaminhamento de suas demandas.

Segundo Marinelli *et al.* (2012), não só os indígenas enfrentam desafios ao saírem das suas aldeias em busca de tratamento de saúde, os profissionais também passam por dificuldades na assistência à população indígena. Dentre os principais desafios estão a deficiência de treinamento prévio ao iniciar um trabalho com o indígena; dificuldade de comunicação/diálogo; dificuldades geográficas; falta de aceitação do profissional por parte do indígena e condições de trabalho precárias. Ainda de acordo com Marinelli *et al.*, (2012), Diehl e Pellegrini (2014), eles acreditam que é necessário haver capacitação e preparação dos profissionais para a atuação no contexto intercultural, além de ser uma orientação da própria PNASPI, para a efetivação da atenção diferenciada. Sendo assim, conclui-se que é necessário capacitar prévia e constantemente o profissional que atua com a população indígena, pois irá favorecer o vínculo, o convívio e a integração, numa relação baseada no respeito à diversidade e no enriquecimento mútuo.

Consoante ao assunto, no estudo 10, estudantes de graduação foram estimulados a participarem de um projeto de extensão numa comunidade indígena brasileira, com o intuito de desenvolverem já precocemente um senso de respeito cultural, atenção integral à saúde, compreendendo os indígenas em sua totalidade, como indivíduos que possuem seus próprios valores, crenças e atitudes em relação à assistência à saúde. Para os autores, tais experiências dão aos alunos a oportunidade experimentar o ato de cuidar e também de lidar com realidades fora do *campus* da universidade, desbravando fronteiras. Inúmeras são as instituições de ensino no Brasil que trabalham com projeto de extensão, proporcionando a estudantes da graduação experiências únicas e preparando-os para enfrentar diversas situações em suas futuras carreiras profissionais.

Sobre os aspectos alimentares, os povos indígenas dedicam grande parte do seu tempo em atividades relacionadas à alimentação, isso porque é preciso

obter e produzir seus próprios alimentos. Quando é necessário se deslocarem de suas aldeias em busca de tratamento de média e alta complexidade, pode-se gerar uma ruptura de suas regras, principalmente relacionadas aos hábitos alimentares, já que alguns grupos indígenas ainda mantêm rotinas bastante restritivas conforme citado em algumas literaturas (PONTES, GARNELO e REGO, 2014).

No estudo 9 (nove), os autores apresentam que o indígena passa por um período de adaptação ao sair de sua aldeia referenciado à rede SUS. No entanto, como são povos com diferentes hábitos e costumes, nessa fase, a cultura do indígena pode ser vista como uma barreira ou desafio entre os indígenas e os profissionais de saúde. Os indígenas possuem uma relação de respeito com a natureza, pois reconhecem que dela origina-se seu alimento que tiram diretamente da terra.

Sobre o desafio linguístico, atualmente diversas línguas e dialetos são falados pelos povos indígenas no Brasil. No estudo 9, apresentou-se que a barreira no diálogo, também comentado por outros autores, torna-se um obstáculo para a compreensão autêntica do que o paciente se refere sobre sua saúde, por mais que haja tradutor na aldeia. O Censo 2010 investigou e identificou 274 línguas indígenas, o que justifica a dificuldade de comunicação.

Entre outros aspectos, Silva *et al.* (2016), no estudo 9, refletem também sobre o sentimento do indígena em deixar sua terra, observado como um desafio para o ele e sua família. São reconhecidos, através da pesquisa, alguns sentimentos que são fomentados ao saírem do seu ambiente, são eles: descontentamento e desânimo pelo distanciamento da terra, preocupação com os familiares e a saudade do convívio na aldeia. Percebe-se que a família é essencial na recuperação, cuidado e manutenção da saúde, pois o afeto possibilita melhores resultados no indivíduo (BORGES e FRANCO, 2012). Sendo assim, as instituições deveriam se readequar e facilitar para que os indígenas não se distanciem dos seus próprios costumes. A exemplo são as Casas de Apoio à Saúde Indígena que deverão também ser apropriadas para promover atividades de educação em saúde, produção artesanal, lazer e outras atividades para o indígena e seu

acompanhante, estimulando sua participação e permitindo realizar atividades inerentes ao seu dia a dia na aldeia.

Os conhecimentos tradicionais acumulados ao longo do tempo pelos povos indígenas resultaram em inúmeras práticas reconhecidas e utilizadas em todo o país. No campo da saúde, revelaram propriedades curativas através do uso de plantas que hoje são utilizadas na fabricação de diversos medicamentos. Considera-se que o modelo de atenção à saúde indígena vai além da biomedicina, e que se devem considerar outras formas de atenção à saúde e à doença, usadas pelos diversos povos indígenas (DIEHL e PELLEGRINI, 2014). Na relação entre os profissionais e os indígenas, as potencialidades decorrem das conexões entre os saberes tradicionais dos índios e as práticas biomédicas, somadas ao comprometimento e interação dos profissionais, os quais proporcionam melhores ações de saúde.

No estudo 13 (treze), foi apresentada uma pesquisa realizada com os *Sanumá*, subgrupo da família linguística *Yanomami*, localizados em Terras Indígenas no Estado de Roraima, que mostra como se deu a inserção das práticas biomédicas na comunidade. Um fato importante apresentado é a capacidade de diversidade dos *Sanumá* em não haver qualquer problema em conviver com outros modos de atuar ou maneiras de conhecimentos. O estudo apresenta que os *Sanumá* fazem sim uso dos remédios não indígenas para aliviar suas queixas e alguns sintomas. Assim, o que se observa é a ênfase na liberdade de escolha do processo terapêutico e a interação entre os saberes.

Consoante ao assunto, porém em outra realidade, Garnelo (2011), no estudo 7 (sete), em pesquisa com o povo *Baniwa*, revela também que eles não ignoram os conhecimentos biomédicos trazidos pelos não indígenas e reconhecem sua importância, porém, a partir de uma cosmologia própria, onde as ideias são ressignificadas pelo grupo conforme suas vivências, conhecimentos e valores pré-estabelecidos, gerando um entendimento novo, o que para eles tem uma melhor explicação e não deve ser ignorados. Como exemplo, na perspectiva indígena a doença é entendida como um evento coletivo e não como uma ameaça individual, portanto deve gerar estratégias igualmente coletivas. Percebe-se que

esse é um ponto importante de divergência entre os saberes tradicionais e a biomedicina, e o não reconhecimento dos profissionais à sua história e suas experiências dificulta as ações em saúde e possíveis laços sociais, o que leva à necessidade de refletir e rever as ações de cuidado.

No estudo 8 (oito), percebem-se divergência dos estudos 13 (treze) e 7 (sete) quanto à interferência da biomedicina nas práticas indígenas. Em estudo realizado com os *Guaraní*, os resultados indicam grande impacto da inserção das práticas biomédicas na comunidade. O autor apresenta que ocorreram de forma negativa e descoordenada, onde os indígenas adotaram a prática do uso indiscriminado de medicamentos, e o número de medicamentos utilizados pela população aumentou, justificado pelas dificuldades de obtenção das ervas, devido à degradação ambiental entorno da aldeia. Isso mostra a fragilidade na interação dos saberes e demonstra a necessidade de negociação com os usuários indígenas. A negociação deve estar baseada no diálogo, na compreensão dos diferentes saberes e experiências que envolvem o processo saúde-doença, atenção e o uso de recursos terapêuticos, sem julgamentos ou culpabilização dos indígenas.

Nesse contexto, muitos são os desafios que mantêm os índios em condições de vida insatisfatórias e sem o atendimento básico de saúde. Algumas barreiras existem por diversos fatores como foi citado e que ainda dificultam o relacionamento interpessoal nos serviços de saúde. Portanto, a saúde indígena é muito desafiadora em diversos aspectos, e gestores e profissionais de saúde ainda não são devidamente preparados para trabalhar com estas populações. É necessário prepará-los para trabalhar com as especificidades étnicas reconhecendo os saberes tradicionais que cada povo indígena detém no qual a medicina ocidental deveria dialogar. Assim, infere-se, de maneira parcial, que a pouca interação entre a ciência tradicional com os saberes indígenas evidencia a ausência da valorização de sua cultura e conhecimentos.

Os povos indígenas desenvolveram conhecimentos e saberes sobre as práticas, as quais fazem parte do seu contexto e da sua cultura como um sistema simbólico, composto de valores, representações e significados interrelacionados.

As práticas indígenas e seus saberes compõem seu sistema de saúde, definindo o que é doença e saúde, o que causa doenças e o que as curam, e o que é cura. As respostas para os problemas de saúde são diferentes daqueles da medicina ocidental e resultam de noções, valores e expectativas diferentes e específicas de cada povo (BRASIL, 2017).

Entretanto, um desafio, para os profissionais de saúde que atuam no cuidado à população indígena, é o respeito à diferença. As intervenções na área de saúde, no geral, são feitas sem o devido respeito aos seus aspectos socioculturais, permeadas de preconceitos construídos a partir do senso comum, dificultando o estabelecimento de vínculos entre os profissionais e a população indígena (LANGDON *et al.*, 2014).

8. CONCLUSÃO

Através desta revisão, foi possível construir uma síntese de conhecimentos científicos, relacionados ao que é discutido nas literaturas atuais sobre a Atenção Primária à Saúde ofertada aos indígenas e seus impactos. Contudo, foram observadas lacunas no conhecimento, devido à carência de estudos relacionados ao assunto.

Muitos são os desafios observados e dificuldades enfrentadas pelos indígenas para uma atenção à saúde qualificada e para o seu acesso aos serviços de saúde, pois, embora garantido por lei e concretizado por meio de políticas próprias, os indígenas passam por dificuldades, tanto para acessar a Atenção Primária à Saúde, quanto para acessar os serviços de média e alta complexidade.

A política de organização dos serviços de saúde para os povos indígenas é uma das questões delicadas e problemáticas da política oficial, pois sua própria forma de organizar o serviço pode ajudar ou prejudicar que os indígenas acessem e sejam cuidados. Contudo, muitas vezes, por habitar em regiões afastadas e de difícil acesso, as populações indígenas sofrem com as barreiras impostas pelo próprio sistema, com por exemplo a escassez de atendimento por falta de profissionais. Portanto, é possível que gestores trabalhem com o objetivo de melhor organizar seus serviços de saúde locais, ampliando seus horizontes e ofertando acesso e atendimento de qualidade à população indígena.

O desenvolvimento desta pesquisa possibilitou observar algumas fragilidades, principalmente aos problemas linguísticos, pois quando os indígenas conseguem acesso aos serviços de saúde, são mal interpretados ou, por sua vez, não entendem as orientações dadas pelos médicos e enfermeiros. Um dos desafios constantes dos indígenas é de tentar manter as suas tradições e sua verdadeira identidade, incluindo falar sua própria língua. Ressalta-se a importância da capacitação permanente dos profissionais de saúde para que reforcem seu conhecimento. Mas ao contrário disso, o que se observa nos estudos é que não há uma preocupação e compromisso por parte dos DSEIs em promover capacitação constante dos profissionais das equipes de saúde.

Quanto ao princípio da equidade, esse se encontra comprometido, pois a situação de saúde dos indígenas é de extrema vulnerabilidade em todo território nacional devido aos altos índices de morbimortalidade por doenças evitáveis. Isso é demonstrado quando se constata um número elevado de casos de anemia, aumento de internações por pneumonia, aparecimento de doenças crônicas, como a hipertensão arterial, evidentes numa população já considerada fragilizada devido às suas condições social e econômica. Tal fato, reforça as desigualdades de ações de promoção da saúde e de prevenção das doenças. Os índios são conhecedores dos seus direitos sociais, políticos e civis e se tratando desses direitos sociais, as questões relacionadas à saúde desse grupo enfrentam problemas que ferem os princípios do SUS.

A fim de contribuir para que o SUS alcance uma APS forte para todos, inclusive aos indígenas, o trabalho anuncia uma agenda de propostas para a saúde indígena:

- 1) Ampliar as formas de acesso da população indígena à APS, como acesso avançado e horário estendido;
- 2) Ofertar ações e serviços de saúde de acordo com as necessidades da população indígena, respeitando suas particularidades;
- 3) Qualificar os profissionais de APS que atuam em áreas indígenas em relação à comunicação e tecnologia do cuidado (por exemplo, oferecer cursos linguísticos para facilitar a comunicação com a população indígena local);
- 4) Informatizar as unidades básicas de saúde aldeadas e a rede assistencial de média e alta complexidade; disponibilizando o registro eletrônico do indígena tanto no sistema público como privado, facilitando a referência e contra referência em saúde permitindo aos indígenas o deslocamento físico entre os pontos assistenciais, sem barreiras informacionais;
- 5) Aumentar o financiamento da APS para a saúde indígena até atingir níveis adequados e suficientes;
- 6) Garantir estrutura física adequada, com ambiência, conforto e fornecimento adequado de insumos para o funcionamento adequado das unidades básicas de saúde aldeadas e CASAI;

- 7) Planejar a oferta de recursos humanos para as áreas indígenas e elaborar plano de formação profissional com ênfase na atuação com populações indígenas;
- 8) Reforçar a transparência das informações sobre a saúde indígena, facilitando o acesso desta população à informações sobre as ações e os serviços de saúde;
- 9) Favorecer a participação dos indígenas, o controle social e a avaliação dos serviços prestados;
- 10) Incentivar o debate em torno de temas sobre a saúde das populações indígenas para o fortalecimento da mesma.

Diante das observações, a saúde indígena precisa de um novo olhar e de novas possibilidades, visto que o modelo de atenção à saúde proposto aos indígenas se encontra fragilizado e com certas dificuldades. Portanto, há necessidade de revisar abordagens usuais para que se possa não apenas aceitar o que está em conformidade, como também poder tratar e resolver a não conformidade dentro da realidade de cada localidade, fornecendo subsídios para a elaboração de novas políticas públicas, ou até mesmo para o amadurecimento de um novo sistema de atenção à saúde dos povos indígenas, especialmente adequado às diferentes e complexas realidades de cada região, para a valorização do cuidado e dos serviços de saúde indígenas.

Será impossível alcançar a saúde para todos sem agir sobre os determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde, que geralmente estão além do setor da saúde. Por fim, este estudo aponta que há necessidade de ampliação dos estudos realizados acerca do fortalecimento da Atenção Primária à Saúde para os povos indígenas. Sendo assim, que este estudo contribua na disseminação do conhecimento e que sirva de base para novas pesquisas sobre o tema.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACURCIO, F. A.; GUIMARÃES, M. D. C. **Uso de los servicios de salud y progresión al sida entre personas con infección por VIH en Belo Horizonte (Minas Gerais)**, Brasil. Rev Panam Salud Pública 1998; 4(5):331-340.

ALFRADIQUE, M. E.; BONOLO, P. F.; DOURADO, I.; COSTA, M. F. L.; MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S.; OLIVEIRA, V. B.; SAMPAIO, L. F. R.; SIMONI, C.; TURCI, M. A. **Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde** (Projeto ICSAP – Brasil) Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(6):1337-1349, jun, 2009.

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. **Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise** Ciência & Saúde Coletiva, 17(11):2865-2875, 2012.

BORGES, V. O.; FRANCO, A. L. e S. **Família no Programa de Saúde da Família: uma inquietação em sua abordagem**. Saúde Coletiva, São Paulo, v. 9, n. 55, p. 19-23, 2012.

BORGHI, A. C. *et al.* **Singularidades culturais: o acesso do idoso indígena aos serviços públicos de saúde**. Rev Esc Enferm USP: 2015; 49(4):589-595.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 254, de 31 de janeiro de 2002. Aprova a **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. DOU nº 26-Seção 1, p. 46 a 49, de 06 de fevereiro de 2002. Acesso em: 03 abril 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Socioambiental (ISA). Povos Indígenas no Brasil – Caos e retrocessos, 2006. Disponível em: <https://pib.socioambiental.org/pt/Sa%C3%BAde_Ind%C3%ADgena#Caos_e_retr_ocesso> Acesso em: 20 Julho 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2017.

BRASIL, MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Saúde Indígena: uma introdução ao tema**. Brasília: MEC-SECADI; 2012.

BRASIL. **Lei nº 6.001 de 19 de dezembro de 1973** “dispõe sobre o Estatuto do Índio”. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/sileg/integras/850896.pdf> Acesso em: 15 Jan 2019.

BRASIL. **Lei nº 9.836 de 23 de setembro de 1999**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena”. Disponível em:

<http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/livro-lei-arouca-10anos.pdf>

Acesso em: 15 Jan 2019.

BRASIL. **Lei nº 12.314, de 19 de agosto de 2010** D.O. 160. Altera as Leis n.º 10.683, de 28 de maio de 2003. Dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, 8.745, de 9 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a contratação por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público, e 8.029, de 12 de abril de 1990, que dispõe sobre a extinção e dissolução de entidades da administração pública federal e dá outras providências. Disponível em:

<<http://www.mpf.mp.br/atuacao-tematica/ccr6/dados-da-atuacao/encontros-nacionais-e-regionais/xi-encontro-nacional/xi-encontro/legislacao/lei-no-12-314-do-dia-19-de-agosto-de-2010/view>> Acesso em: 15 Jan 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. 1ª ed. – Brasília: CONASS, 2015. 127 p. Disponível em:

<<http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>> Acesso em: 15 Jan 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A integração da saúde indígena no SUS: Uma proposta da gestão estadual** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Nota técnica 04 – Brasília: CONASS, 2014. 21 p. Disponível em:

<<http://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2014/04/NT-04-2014-SAU%CC%81DE-INDIGENA.pdf>> Acesso em: 15 Jan 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatórios do Conselho Nacional de Saúde: relatórios das conferências de saúde indígena**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios.htm>> Acesso em: 18 Jan 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria Especial de Saúde Indígena, **Conheça a SESAI**. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/sesai>> Acesso em: 15 Out 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde indígena**. 1999-2001. FUNASA, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 56p., 2002.

BRASIL. Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002. **Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências**. Diário Oficial da União 2006; 6 out. Disponível em:

<<http://www.cntssc.org.br/sistema/ck/files/agentes/leis%20dos%20agentes%20comunitarios%20%20.pdf>> Acesso em 14 Jan 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena: relatório final** / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 305 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**. Relatório final, 2009. 496 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 221/MS, DE 17 DE ABRIL DE 2008 – Estabelece lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. 2008.

BRESAN, D.; BASTOS, J. L.; SOARES, M. L. **Epidemiologia da hipertensão arterial em indígenas Kaingang, Terra Indígena Xapecó, Santa Catarina, Brasil, 2013**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 31(2):1-14, fev., 2015.

BRUM, C.N. *et al.* Revisão narrativa de literatura: aspectos conceituais e metodológicos na construção do conhecimento da enfermagem. In: LACERDA, M. R.; COSTENARO, R.G.S. (Org.) **Metodologias da pesquisa para enfermagem e saúde: da teoria à prática**. Porto Alegre: Moriá, 2015.

BULGARELLI, A. F.; ROPERTO, R. C.; MESTRINER, S. F.; MESTRINER, W. **Dentistry student's perceptions about an extramural experience with a Brazilian indigenous community**. Indian J Dent Res 2012; 23: 498-500

CALDART, R. V. *et al.* **Fatores associados à pneumonia em crianças Yanomami internadas por condições sensíveis à atenção primária na região norte do Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva, 21(5):1597-1606, 2016.

CARDOSO, M. D. **Políticas de Saúde Indígena no Brasil: do modelo assistencial à representação política**. Em: Langdon EJ, Cardoso MD. Saúde Indígena: políticas comparadas na América Latina. Florianópolis: Editora da UFSC; 2015. Pp. 83–106.

CARVALHO, MV; SIQUEIRA, LB; SOUSA, ALL; JARDIM, PCBV. **A Influência da Hipertensão Arterial na Qualidade de Vida**. Arq Bras Cardiol 2013; 100(2):164-174.

CASANOVA, C.; STARFIELD, B. **Hospitalizations of children and access to primary care: a cross-national comparison**. *Int J Health Serv* 1995; 25(2):283-294.

CASTRO, E.V. No Brasil, todo mundo é índio, exceto quem não é. In: RICARDO, B.; RICARDO, F. (Org.). **Povos Indígenas no Brasil: 2001-2005**. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2006. p. 41-49.

COIMBRA JR, C.E.A., SANTOS, R.V. **Cenários e tendências da saúde e da Epidemiologia dos povos indígenas no Brasil**. In: COIMBRA JR, C.E.A.; SANTOS, R.V. and ESCOBAR, A.L. (org.). *Epidemiologia dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ: ABRASCO: 2005 p. 13-47.

CONFALONIERI, U. E. C. **O Sistema Único de Saúde e as populações indígenas: por uma integração diferenciada.** Cad. de Saúde Pública, RJ, 5(4): 441-450, out/dez, 1989.

COSTA, D. C. **Política Indigenista e Assistência à Saúde. Noel Nutels e o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas.** Cad. Saúde Pública. 4 (3): 388-401, 1986.

DIEHL, E.E. **Transformações na Atenção à Saúde Indígena: Tensões e Negociações em um contexto indígena brasileiro.** Universitas Humanística, 80, 213-236. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.UH80.tasi>> Acesso em 10 Jun 2019.

DIEHL, E. E.; GRASSI, F. **Uso de medicamentos em uma aldeia Guaraní do litoral de Santa Catarina, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26(8):1549-1560, ago., 2010.

DIEHL, E. E. *et al.* **Contribuição dos agentes indígenas de saúde na atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas brasileiros.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 28(5):819-831, mai., 2012.

DIEHL, E.E.; PELLEGRINI, M. A. **Saúde e povos indígenas no Brasil: o desafio da formação e educação permanente de trabalhadores para atuação em contextos interculturais.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30(4):867-874, abr., 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n4/0102-311X-csp-30-4-0867.pdf>> Acesso em 26 Jun 2019.

DOMINGAS, M. S. *et al.* **Dificuldades enfrentadas pelos indígenas durante a permanência em uma Casa de Saúde Indígena na região Amazônica/Brasil.** Saúde Soc. São Paulo, v.25, n.4, p.920-929, 2016.

ERTHAL, R. M. C. **O suicídio tikúna no Alto Solimões: Uma expressão de conflitos.** Cadernos de Saúde Pública, 17(2), 299-311, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2001000200005&lng=en> Acesso em 26 Jun 2019.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. **O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil.** Cad. Saúde Pública [online]. 1999, vol.15, n.2, pp. 345-353. ISSN 0102-311X.

Fundação Nacional de Saúde. **Formação de agentes indígenas de saúde.** Brasília: Departamento de Operações, Coordenação de Saúde do Índio, Fundação Nacional de Saúde, Ministério da Saúde; 1999.

GARNELO, Luiza. **Aspectos socioculturais de vacinação em área indígena.** História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.18, n.1, jan.-mar. 2011, p.175-190.

GARNELO, L.; SAMPAIO, S. **Bases socioculturais do controle social em saúde indígena. Problemas e questões na região Norte do Brasil.** Cad. Saúde Pública 19(1), 311-3117, 2003.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social** - 6. ed. - São Paulo: Atlas, 2008.

GIOVANELLA, L; MENDONÇA, MHM. **Atenção Primária à Saúde.** In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, *et al* (Org). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz: 2008.

GOMES, S.C.; ESPERIDIÃO, M.A. **Acesso dos usuários indígenas aos serviços de Cuiabá, Mato Grosso, Brasil.** Cad. Saúde Pública 2017; 33(5):e00132215.

GUIMARÃES, S. M. F. **O sistema médico Sanumá-Yanomami e sua interação com as práticas biomédicas de atenção à saúde.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 31(10):2148-2156, out, 2015.

HAUTECOEUR, M.; ZUNZUNEGUI M.V.; VISSANDJEE, B. **Las barreras de acceso a los servicios de salud en la población indígena de Rabinal en Guatemala.** Salud Pública. México, 2007; 49:86-93.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas – Censo demográfico de 2010 Distrito Federal. Disponível em:
<<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/df/panorama>> Acesso em 13 Jun 2018.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas – Serviços de Saúde, ano: 2009. Distrito Federal. Disponível em:
<<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/df/pesquisa/32/28163>> Acesso em 13 Jun 2018.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas – Censo demográfico de 2010 Populações Indígenas. Disponível em:
<<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/14262-asi-censo-2010-populacao-indigena-e-de-8969-mil-tem-305-etnias-e-fala-274-idiomas>> Acesso em 12 Out 2018.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas – Censo demográfico de 2010 Mapeamento das Populações Indígenas. Disponível em:
<<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/14389-asi-ibge-mapeia-apopulacao-indigena>> Acesso em 12 Out 2018.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas – Gráficos e Tabelas Populações Indígenas. Disponível em:
<<https://indigenas.ibge.gov.br/graficos-e-tabelas-2.html>> Acesso em 12 Out 2018.

JÚNIOR, A. G.; LANGDON, E. J. **Reflexões sobre estratégias de intervenção a partir do processo de alcoolização e das práticas de autoatenção entre os índios Kaingang, Santa Catarina, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30(6):1-10, jun, 2014.

KHAMBALIA, AZ; ASHLEY, MA, STANLEY, HZ. **Burden of anemia among indigenous populations.** *Nutrition Reviews* 2011; 69(12):693-719.

KRENAK, A; OLIVEIRA, A. G.; COSTA, A. M.; PAIVA, M. J. C de M. P.; PINTO, N. R. da S.; SERRA, O. **Documento final da Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio.** Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/1_conferencia_nacional_protecao_saude_indio_relatorio_final.pdf> Acesso em 26 Mai 2019.

LANGDON, E. J.; DIEHL, E. E.; SCOPEL D, R. P. O papel e a formação dos Agentes indígenas de saúde na atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas brasileiros. In: TEIXEIRA, C. C.; GARNELO, L. (Orgs) **Saúde Indígena em Perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2014.

LANGDON, E. J.; DIEHL, E. E.; WIIK, F. B.; SCOPEL D, R. P. **A participação dos agentes indígenas de saúde nos serviços de atenção à saúde: a experiência em Santa Catarina, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(12):2637-2646, dez, 2006.

LEAL, L. P; OSÓRIO, MM. **Fatores associados à ocorrência de anemia em crianças menores de seis anos: uma revisão sistemática dos estudos populacionais.** *Rev Bras Saúde Mater Infant* 2010; 10(4):417-439.

LEITE, M. S; SANTOS, RVS; COIMBRA, Jr. CEA; GUGELMIN, SA. Alimentação e nutrição dos povos indígenas no Brasil. In: KAC, G; SICHIERI, R; GIGANTE, DP (Org.). *Epidemiologia nutricional.* Rio de Janeiro: 2007.

LÍCIO, J. S. A.; FÁVARO, T. R.; CHAVES, C. R. M. M. **Anemia em crianças e mulheres indígenas no Brasil: revisão sistemática.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(8):2571-2581, 2016.

MAGGI, Ruben Schindler. **A saúde indígena no Brasil.** *Rev. Bras. Saúde Materna. Infant.*, Recife, 14 (1): 13-16 jan. / mar., 2014.

MARINELLI, N. P. *et al.* **Assistência à população indígena: dificuldades encontradas por enfermeiros.** *Revista Univap*, São José dos Campos, v. 18, n. 32, p. 52-65, 2012. Disponível em: <<https://revista.univap.br/index.php/revistaunivap/article/view/93/106>> Acesso em 26 Jun 2019.

MENDOZA, E. M. **Percepción de los habitantes indígenas de áreas rurales respecto al primer nivel de atención médica.** *El caso del sureste de Veracruz, México.* *Salud Colect* 2011; 7:73-86.

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2.^a edição. Brasília – DF, 2011. 549 p.: il.

MENDES, A. M.; LEITE, M.S.; LANGDON, E.J.; GRISOTTI, M. **O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil**. *Rev Panam Salud Pública*. 2018; 42:e184.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. **Cartografias do trabalho e cuidado em saúde**. *Tempus – Actas de Saúde Coletiva* 2012; 6(2):151-163.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14.^a ed. São Paulo: HUCITEC, 2010.

NORONHA, D. P.; FERREIRA, S. M. S. P. Revisões de Literatura. In: CAMPELLO, B. S.; CENDÓN, B. V.; KREMER, J. M. (Orgs.) **Fontes de informação para pesquisadores e profissionais**. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2000.

OLIVEIRA, N. R. C. **Redes de Atenção à Saúde: a atenção à saúde organizada em redes**. São Luís, 2016.

OLIVEIRA, F.P.; VANNI, T.; PINTO, H.A.; SANTOS, J. T. R.; FIGUEIREDO, A. M.; ARAÚJO, S. Q.; MATOS, M. F. M.; CYRINO, E. G. **Mais Médicos program: provision of medical doctors in rural, remote and socially vulnerable areas of Brazil**. *Interface - Botucatu*. 2015; 19(54):623-34. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/icse/2015.v19n54/623-634>> Acesso em 25 Jun 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Declaração de Alma-Ata**. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS; 6–12 de setembro de 1978. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>> Acesso em 14 Jan 2019.

PEREIRA, E.R. *et al.* **A experiência de um serviço de saúde especializado no atendimento a pacientes indígenas**. *Saúde Soc*. São Paulo, v. 23, n.3, p. 1077-1090, 2014.

PEREIRA, L.L.; SANTOS, L.M.; SANTOS, W.; OLIVEIRA, A. RATTNER, D. Programa Mais Médicos: fornecimento de médicos em áreas rurais, remotas e socialmente vulneráveis do Brasil, 2013-2014. *Saúde Remota Rural*. 2016 jan-mar; 16 (1): 3616. Epub 2016 29 de março. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27020757>> Acesso em 25 Jun 2019.

PONTES, A.L. de M.; GARNELO, L.; REGO, S. **Reflexões sobre questões morais na relação de indígenas com os serviços de saúde**. *Revista Bioética*, Brasília, DF, v. 22, n. 2, p. 337-346, 2014.

PONTES, A.L. de M.; REGO, S.; GARNELO, L. **O modelo de atenção diferenciada nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: reflexões a partir do Alto Rio Negro/AM, Brasil.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(10):3199-3210, 2015.

RIBEIRO, A.A. *et al.* **Aspectos culturais e históricos na produção do cuidado em um serviço de atenção à saúde indígena.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(6): 2003-2012, 2017.

RIBEIRO, A.A. *et al.* **O trabalho de Enfermagem em uma instituição de apoio ao indígena.** *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, 2015 Jan–Mar; 24 (1): 138-145.

ROCHA, E. **Uma etnografia das práticas sanitárias no Distrito Sanitário Especial Indígena do Rio Negro – Noroeste do Amazonas** (Dissertação de mestrado). Manaus: Programa de Pós-Graduação em Sociedade e Cultural na Amazônia, Universidade Federal das Amazonas, 2007.

RODRIGUES, K. N.; SANTOS, N. S. S. **A percepção do indígena xerente sobre a hipertensão arterial sistêmica, no Tocantins.** *J. res.: fundam. care. online* 2016. abr./jun. 8(2):4549-4562.

ROMANOWSKI, Romilda Teodora. **As pesquisas denominadas do tipo "estado da arte" em educação.** *Revista Diálogo Educacional*, vol. 6, núm. 19, 2006.

RUDAN. I, Tomaskovic L, Boschi-Pinto C, Campbell H. **Global estimate of the incidence of clinical pneumonia among children under five years of age.** *Bull World Health Organ* 2004; 82(12):895-903.

SANTOS, RV; COIMBRA, Jr. CEA. **Cenários e tendências da saúde e da epidemiologia dos povos indígenas do Brasil.** In: COIMBRA, Jr. CEA; SANTOS, RV; ESCOBAR, AL (Org.). *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ABRASCO; 2003. p. 13-47.

SCOPEL, D. *et al.* **Intermedicalidade e protagonismo: a atuação dos agentes indígenas de saúde Munduruku da Terra Indígena Kwatá-Laranjal, Amazonas, Brasil.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 31(12):2559-2568, dez, 2015.

TAVARES, FG; COIMBRA JR., CEA; CARDOSO, AM. **Níveis tensionais de adultos indígenas Suruí, Rondônia, Brasil.** *Ciência & Saúde Coletiva* 2013; 18(5):1399-1409.

VARGAS, K. D. *et al.* **A (des)articulação entre os níveis de atenção à saúde dos Bororo no Polo-Base Rondonópolis do Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá-MT.** *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 20 [4]: 1399-1418, 2010.

VELASCO, H.; DÍAZ DE RADA, A. **La lógica de la investigación etnográfica**. Un modelo de trabajo para etnógrafos de la escuela. Madrid: Trotta, 1997.

VIACAVA, F.; OLIVEIRA, R. A. D.; CARVALHO, C. C.; LAGUARDIA, J.; BELLIDO, J. G. **SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6):1751-1762, 2018.

VIEIRA, RCS; FERREIRA, HS. **Prevalência de anemia em crianças brasileiras, segundo diferentes cenários epidemiológicos**. *Rev. Nutr.* 2010; 23(3):433-444.

WALKER, CL; RUDAN, I; LIU, L; NAIR, H; THEODORATOU, E; BHUTTA, ZA; O'BRIEN, KL; CAMPBELL, H; BLACK, RE. **Global burden of childhood pneumonia and diarrhoea**. *Lancet* 2013; 381(9875):1405-1416.

WIRSIN, R. L. **The health of traditional societies and the effects of acculturation**. *Curr Anthropol* 1985; 26:303-22.

World Health Organization (WHO). **Iron Deficiency Anaemia Assessment, Prevention, and Control: A guide for programme managers**. Geneva: WHO; 2001.