



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CEILÂNDIA  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**ODETE QUINTINO ALVES DE ALMEIDA**

**A Saúde Indígena no Brasil: Um olhar da Saúde Coletiva a  
partir de uma revisão integrativa e uma pesquisa  
documental**

**Brasília – DF**

**2019**

ODETE QUINTINO ALVES DE ALMEIDA

**A Saúde Indígena no Brasil: Um olhar da Saúde Coletiva a partir de uma revisão integrativa e uma pesquisa documental**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia como requisito para obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientadora:

Profa. Dra. Maria Inez Montagner

Brasília – DF

2019

ODETE QUINTINO ALVES DE ALMEIDA

**A Saúde Indígena no Brasil: Um olhar da Saúde Coletiva a partir de uma revisão integrativa e uma pesquisa documental**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade de Brasília - Faculdade de Ceilândia como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Maria Inez Montagner  
Universidade de Brasília - UnB

---

Profa. Dra. Priscila Andrade  
Universidade de Brasília - UnB

---

Profa. Ms. Irânia Marques  
Ministério da Saúde – MS

## **DEDICATÓRIA**

**Dedico esse trabalho à todas as pessoas que acreditam e lutam pelo papel da graduação em Saúde Coletiva na sociedade.**

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus, pela minha vida, minha saúde e por sempre me dar forças para ir em busca dos meus sonhos.

Segundamente, à minha mãe S rgia Quintino, que sempre foi um alicerce na minha vida me dando todo apoio necessário. Aos meus irmãos José Sérgio Quintino e David Quintino por serem meus companheiros de vida. E ao meu pai José Alves que não se encontra mais entre nós, mas sei que sempre esteve e estará olhando por mim.

A minha professora/orientadora Maria Inez, toda a minha gratidão, pela paciência, pelos ensinamentos e por acreditar na minha capacidade. Você   uma pessoa iluminada!

A professora Priscila Andrade e a Ir nia Marques por terem disponibilizado seu tempo e por terem aceito meu convite para compor a banca de avalia o do meu trabalho.

Aos meus amigos de turma, por terem feito parte da constru o desse pedacinho da minha vida: Lina, Lídia, Érica, Diego, Sérgio, Ronnie, Israel, Ronald, Henrique, Felipe e Rodrigo. Aos meus amigos que também fizeram parte desse processo, Milena, Cristiano, Aline, Débora, Bruna, Thais e também aqueles que não foram citados, mas que não deixam de ser importantes.

As oportunidades que tive durante a gradua o em Saúde Coletiva, especialmente no projeto do Ministério da Saúde chamado de VerSUS, no qual eu tive o ensejo de conhecer um pouco da Saúde Indígena e do povo Xavante na cidade Barra do Garças - Mato Grosso e também a outra edi o do projeto em Maceió - Alagoas onde eu conheci um pouco mais do Movimento dos Sem Terra-MST. Foram experiências riquíssimas que contribuir m positivamente na minha gradua o.

A cada professor que tive durante a vida. A todos os funcionários da UnB, por todo carinho e cuidado com todos os alunos dessa faculdade. Ao estado por me proporcionar a oportunidade de estudar em uma Universidade Pública, com o ensino de qualidade, na qual pude me tornar uma pessoa melhor não só na parte profissional, mas no pessoal também.

E por último, a todos aqueles que direta ou indiretamente contribuir m para que eu chegasse até aqui.

**HEPARI!!**

(Obrigada, na língua nativa do povo Xavante).

**“É necessário sempre acreditar que o sonho é possível.  
Que o céu é o limite e você truta, é imbatível.”**

Racionais MC's.

## RESUMO

A Saúde Indígena é compreendida como um subsistema de atenção à saúde aos Povos indígenas criado para prestar assistência a essa população. Esse subsistema é gerenciado a partir da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Pnaspi). Essa tem como objetivo de garantir a esses Povos o acesso na atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse trabalho de conclusão de curso tem como objetivo central conhecer as pesquisas sobre o acesso à saúde da população indígena brasileira e sobre a Pnaspi. Trata-se de um estudo qualitativo. O método utilizado foi o da Revisão Integrativa juntamente com a Pesquisa Documental. Foram analisados 22 artigos publicados no período de 2014 a 2018. Após a análise de dados, foram classificados em dois eixos temáticos: limitações do acesso a saúde aos Povos indígenas e potencialidades da assistência à Saúde Indígena. Dentre as dificuldades descritas, observou-se que os indígenas, enfrentam barreiras na integração das suas práticas terapêuticas com o modelo biomédico estabelecido pelos profissionais de saúde. Nas potencialidades, verificou-se que a forma que os profissionais de saúde realizam os atendimentos em saúde devem ser pautadas pela empatia, afeto e confiança. Desta forma, observou-se que a efetivação da Pnaspi encontra empecilhos estruturais, financeiros e políticos e que a assistência à saúde a esses Povos possui mais dificuldades que potencialidades.

**Palavras chaves:** Saúde Indígena. Acesso a Saúde Indígena. Saúde Coletiva.

## **ABSTRACT**

Indigenous Health is understood as a subsystem of health care for indigenous peoples created to provide assistance to this population. This subsystem is managed from the National Policy on Health Care for Indigenous Peoples (Pnaspi). The goal is to guarantee these people access to comprehensive health care, in accordance with the principles and guidelines of the Unified Health System (SUS). This work has the main objective of knowing the research on access to health of the Brazilian indigenous population and about Pnaspi. This is a qualitative study. The method used was the Integrative Review along with the Documentary Research. We analyzed 22 articles published in the period from 2014 to 2018. After analyzing data, they were classified into two thematic axes: limitations on access to health for indigenous peoples and potentialities of Indigenous Health care. Among the difficulties described, it was observed that indigenous people face barriers in the integration of their therapeutic practices with the biomedical model established by health professionals. In the potentialities, it was verified that the form that health professionals perform health care should be guided by empathy, affection and trust. In this way, it was observed that the implementation of Pnaspi finds structural, financial and political obstacles and that health care to these peoples has more difficulties than potentialities.

**Keywords:** Indigenous Health. Access to Indigenous Health. Collective Health.

## **LISTA DE SIGLAS**

AIS - Agente Indígena de Saúde

Casai- Casa de Saúde Indígena

EVS - Equipes Volantes de Saúde

Funai - Fundação Nacional do Índio

Funasa - Fundação Nacional da Saúde

Pnasp - Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

RI - Revisão Integrativa

SasiSUS - Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

SPI - Serviço de Proteção ao Índio e Trabalhadores Nacionais

SUS - Sistema Único de Saúde

Susa -Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Distribuição das 15 etnias indígenas mais populosas por localização de domicílio - IBGE 2010.....	23
---	----

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Caracterização dos estudos resultantes da pesquisa bibliográfica no período de 2014 a 2018. ....	44
Quadro 2 - Distribuição das instituições que realizaram estudos sobre o acesso da Saúde Indígena no período de 2014 a 2018. ....	58
Quadro 3 - Distribuição dos autores que mais publicaram sobre o acesso a Saúde Indígena no período de 2014 a 2018. ....	60

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa dos Distritos Sanitários Indígenas. ....	29
Figura 2 – Organização do Modelo Assistencial dos Distritos Sanitários Indígenas. ....	36

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Distribuição da população indígena por estado. ....	22
Gráfico 2 - Distribuição das revistas que publicaram artigos sobre o acesso da Saúde Indígena no período de 2014 a 2018. ....	55
Gráfico 3- Distribuição dos estados que foram realizados os estudos sobre o acesso a Saúde Indígena no período de 2014 a 2018. ....	56
Gráfico 4 – Distribuição das entrevistas realizadas entre profissionais ou indígenas no período de 2014 a 2018. ....	57

## SUMÁRIO

CAPÍTULO I.....	14
1. INTRODUÇÃO.....	16
2. JUSTIFICATIVA.....	18
3. OBJETIVOS.....	20
3.1. Objetivo central .....	20
3.2. Objetivos específicos.....	20
4.REFERENCIAL TEÓRICO.....	21
4.1 Índios, indígenas e Povos Indígenas X Definições.....	21
4.2 Sistema de Saúde Indígena.....	23
5. METODOLOGIA .....	30
5.1 Revisão Integrativa .....	30
5.2 Pesquisa Documental .....	31
CAPÍTULO II.....	32
6. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. ....	34
CAPÍTULO III.....	39
7. PENSANDO A PARTIR DOS ESTUDOS ENCONTRADOS .....	41
7. 1. Caracterização dos estudos selecionados a partir da revisão integrativa.....	41
7.2. Mapeando os estudos sobre o acesso dos indígenas à saúde .....	54
7.3. Potencialidades e dificuldades do acesso dos indígenas ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena .....	62
7.3.1 Limitações do acesso Saúde Indígena segundo a Pnaspi .....	62
7.3.2 Potencialidades do Acesso a Saúde Indígena segundo a Pnaspi .....	68
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	71
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	74

## CAPÍTULO I

### **Txai**

*Txai é fortaleza que não cai  
Mesmo se um dia a gente sai  
Fica no peito essa dor  
Txai, este pedaço em meu ser  
Tua presença vai bater  
E vamos ser um só  
Lá onde tudo é e apareceu  
Como a beleza que o sol te deu  
É tarde longe também sou eu  
Txai, a tua seta viajou  
Chamou o tempo e parou  
Dentro de todos nós  
Já vai ia levando o meu amor  
Para molhar teus olhos  
E fazer tudo bem  
Te desejar como o vento  
porque a tarde cai  
Txai é quando sou o teu igual  
Dou o que tenho de melhor  
E guardo teu sinal  
Lá onde a saudade vem contar  
Tantas lembranças numa só  
Todas metades, todos inteiros  
Todos se chamam txai  
Txai, tudo se chama nuvem  
Tudo se chama rio  
Tudo que vai nascer  
Txai, onde achei coragem  
De ser metade todo teu  
Outra metade eu  
Porque a tarde cai  
E dona lua vai chegar  
Com sua noite longa  
Ser para sempre txai*

Milton Nascimento, 1990.

**Nesse capítulo será apresentada, a Introdução que mostrará de forma bastante resumida todo o nosso percurso na realização deste trabalho. Na justificativa pretende-se esclarecer os motivos que estimularam a realização dessa pesquisa. Os objetivos que sempre estiveram relacionados com o referencial teórico e a nossa metodologia, também se encontram nesse primeiro capítulo.**

## 1. INTRODUÇÃO

No início do século XVI, a população indígena era estimada em 5 milhões de pessoas. Com o passar dos anos os indígenas sofreram diversas barreiras, como, “epidemias de doenças infecciosas, escravidão, maus tratos, trabalho forçado, sedentarização compulsória em aldeamentos e a cristianização que ocasionaram um movimento de resistência” por parte desses Povos (BRASIL, 2002. p.7).

Segundo o Ministério da Saúde (2002, p.7) mesmo com os movimentos de resistência praticados por esses Povos durante todos esses anos, notou-se que parte dos indígenas foi dizimada. “A perda da autoestima, a desestruturação social, econômica e dos valores coletivos também tiveram um papel importante na diminuição da população indígena”.

Tendo em vista todo histórico de resistência desses Povos, percebe-se que os indígenas hoje contemplam uma parcela bem menor da população brasileira. Segundo censo do Instituto Brasileiro de Geografia realizado no ano de 2010 a população que se autodeclara indígena no quesito raça cor está estimada em 817,9 mil pessoas (IBGE, 2012).

Porém, verificou-se ainda que um grupo de povos que somava em 78,9 mil pessoas se declarava como pertencentes a outras raças mas moravam em terras indígenas e se consideravam como indígenas de acordo com tradições, costumes, cultura e antepassados outros aspectos. Resultando em um total de 896,9 mil indígenas em todo o país, representando aproximadamente 0,47% da população do Brasil. Desse total 36,2% residiam em área urbana e 63,8% na área rural (IBGE, 2012).

Portando, os indígenas são Povos que possuem crenças, valores e costumes únicos o que faz com que essa população se diferencie das demais pessoas na sociedade. Para que os direitos de Povos como esse sejam assegurados, o estado, muitas vezes, precisa intervir por meio de leis, portarias, decretos e outros instrumentos de direitos para que as diferenças desses Povos sejam respeitadas e os seu o acesso a saúde, educação e segurança sejam garantidas.

A Saúde Indígena, por sua vez, é área da saúde destinada a prestar uma atenção integral à saúde dos Povos indígenas que possuem suas próprias especificações. Para a garantia desse direito a essa população, foi criado, a partir da lei Arouca nº 9.836/99, um subsistema de atenção à Saúde Indígena regido pelos princípios da Integralidade, Universalidade e Equidade, conforme preconizados pelo Sistema Único de Saúde.

Tendo em vista o histórico de vida dessa população na sociedade e partir de uma vivência pessoal em uma aldeia localizada no estado do Mato Grosso, experiência essa que explicarei na nossa justificativa. Também pela necessidade de se estudar a temática, nasceu a minha inquietação de estudar o tema sob o olhar da formação em Saúde Coletiva.

O presente trabalho foi organizado em três capítulos. No primeiro capítulo deste trabalho estão dispostos a introdução, a justificativa, os objetivos, a metodologia de pesquisa e o referencial teórico. No segundo capítulo, foi apresentado um breve panorama sobre a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. No terceiro capítulo é onde os resultados da pesquisa estão dispostos juntamente com a caracterização dos estudos encontrados.

A realização deste trabalho permite que os futuros pesquisadores possam ter uma base para aprofundar a reflexão sobre o tema, aprimorar a gestão do subsistema indígena de atenção à saúde e estimular o desenvolvimento de estudos futuros. Além disso, um trabalho com foco nesse tema de populações vulneráveis ainda pode servir de auxílio para a realização de melhorias na atual Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

## 2. JUSTIFICATIVA

Durante a graduação, trabalhar e estudar populações em situação de vulnerabilidade social me chamavam muito a atenção. No decorrer de minha vida acadêmica tive a oportunidade de participar no ano de 2016 do projeto do Ministério da Saúde denominado “Estágios e Vivências na realidade do Sistema Único de Saúde, SUS, na cidade de Barra do Garças em Mato Grosso/MT, no qual uma das visitas na rede saúde da região era para conhecer uma aldeia indígena e consequentemente os processos que envolvem a saúde da população indígena.

Essa vivência durou sete dias, onde ficamos alojados na Universidade Federal de Mato Grosso e assim durante este período exploramos toda a rede de atenção à saúde da cidade. Nas visitas, fomos ao hospital da cidade, conhecemos a atenção básica e pude observar a organização da saúde da região. Ainda tivemos a oportunidade de conhecer o povo Xavante na Aldeia São Marcos, onde vivenciamos durante aproximadamente um dia, um pouco da sua cultura, conhecemos também o seu território, e ainda ouvimos desse povo seus questionamentos e necessidades.

Durante a vivência, os indígenas trouxeram falas onde a maioria de seus questionamentos estavam relacionadas à saúde, das suas dificuldades em serem ouvidos e olhados a partir das suas especificidades culturais e sociais. Eles tinham muitas dúvidas com relação a informações sobre as diversas doenças que eles conheciam, ou que já haviam adquirido que somente os profissionais da rede de atenção podiam sanar.

No final da vivência o Chefe do povo Xavante ainda pediu para que os visitantes levassem aos atores sociais responsáveis que eles precisavam de uma saúde que olhasse as suas especificidades culturais. E que eles fossem vistos pela sociedade assim como nós gostaríamos de ser olhados, com respeito.

Além disso, a partir da revisão integrativa realizada pode-se observar que a maioria dos estudos sobre Saúde Indígena abordam temas que envolvem diversas áreas do conhecimento que vão desde os indicadores de saúde, do estado nutricional, da saúde mental e até sobre as doenças que acometem essa população. E dessa

forma, optamos por estudar a partir de estudos qualitativos as necessidades e dificuldades que essa população enfrenta nos processos de saúde.

Segundo, Benevides, Portillo e Nascimento (2014), há a necessidade de realizar estudos sobre as diversas populações indígenas, pois esses Povos não fazem parte de uma população homogênea. Dessa forma, os estudos devem estar sempre em crescimento com a finalidade de compreender a cultura, os costumes, as necessidades, as cosmologias e o modo de se organizar em sociedade desses indivíduos e conseqüentemente as carências em saúde.

A partir disso também, observou-se a importância de estudar a temática sob o enfoque das Ciências Sociais, a partir da perspectiva do curso de Saúde Coletiva que por sua vez, possui várias áreas de atuação, sendo uma delas as Ciências Sociais. Essa ciência, por sua vez, também é responsável por realizar estudos e pesquisas sobre populações em vulnerabilidade social, na qual os indígenas estão abrangidos.

Sendo assim, surgiu a pergunta de pesquisa: Quais são as dificuldades e potencialidades do acesso dos indígenas ao Sistema Único de Saúde a partir dos estudos indexados e da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas?

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. Objetivo central**

Conhecer os estudos e pesquisas sobre o acesso à saúde da população indígena brasileira e sobre Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

#### **3.2. Objetivos específicos**

-Mapear os estudos que se referem ao acesso a saúde das populações indígenas segundo a Política Nacional de Atenção aos Povos Indígenas (Pnapi).

-Conhecer quais estudos estão relacionados com a Saúde Coletiva e com o acesso a saúde da população indígena.

-Descrever as limitações e potencialidades do acesso dos indígenas aos serviços de saúde.

## **4.REFERENCIAL TEÓRICO**

### **4.1 Índios, indígenas e Povos Indígenas X Definições**

De acordo com a história, o termo Índio foi uma denominação homogeneizante equivocada atribuída por Cristóvão Colombo aos povos encontrados na América. Colombo acreditando ter chegado as Índias Orientais chamou de índio aqueles indivíduos que possuíam costumes, crenças e culturas diferentes e que possuíam origem pré-colombiana (CALEFFI, 2002).

Porém, mesmo a denominação de índio sendo equivocada, ela ainda é utilizada por diversas pessoas, inclusive pelos próprios indígenas para se auto denominarem. Sendo assim, o termo índio é considerado por muitos historiadores como sinônimo de indivíduo indígena (ISA, 2018).

Para Caleffi (2002, p. 3), ser indígena no século XXI, é ser mais que um indivíduo com essas características. Mas também, "ser um portador de um status jurídico que lhe permite uma série de direitos dentro de uma entidade e que integra um coletivo que se diferencia das demais pessoas da sociedade' e que a partir disso se auto declara como indígena.

De acordo com Wagner (2018) antigamente a definição de identidade étnica era construída apenas através de preconceções estabelecidas por grupos sociais seja pela inclusão ou exclusão de pessoas que possuem ou não determinadas características que se oriunda de traços culturais, crenças, valores, símbolos, linguagem e outros. Porém, hoje é sabido que essas concepções não são imutáveis. Ou seja, a identidade indígena pode ser definida através de outras características que podem ser modificadas através da evolução dos povos na sociedade.

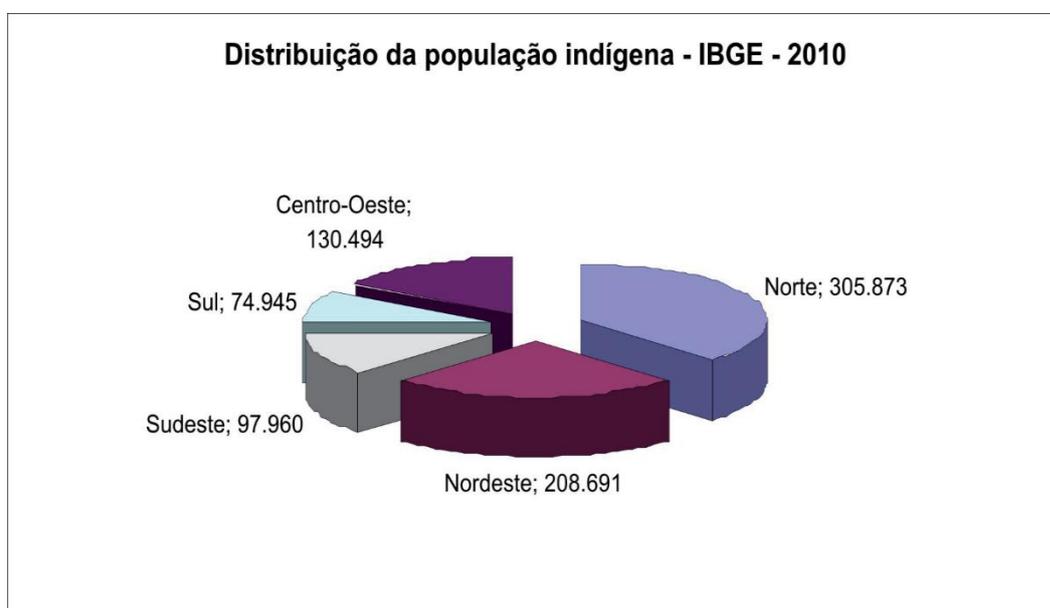
A Funai (2018a) contudo, relata que a identidade e o pertencimento étnico não são conceitos estatísticos, mas processos dinâmicos que respeitam uma construção social e individual de cada pessoa. Portanto, os critérios utilizados para se autodeclarar indígena estão relacionados a consciência de sua identidade indígena e do reconhecimento de dessa identidade por parte de um grupo de origem.

Já a denominação de Povos Indígenas é utilizada para designar grupos humanos espalhados por todo o mundo e que possuem diferentes características entre si. Esses Povos possuem em comum apenas o modo de se identificar com um coletivo específico geralmente diferente dos quais eles convivem (ISA, 2018).

No Brasil, a Funai estima que existem 305 etnias de Povos Indígenas, as quais falam 274 línguas e totalizam aproximadamente 897 mil indivíduos. Eles estão presentes em todas as Unidades Federativas do Brasil e cada povo possui uma cultura com especificidades próprias (FUNAI, 2018c).

Ainda segundo dados do Funai (2018c) a população indígena está distribuída entre as regiões Nordeste com 208.691 indígenas, na região Sudeste com 97.960 indígenas, no Sul com 74.494, no Norte com 305.873 e na região Centro-Oeste com 130.494. Conforme pode ser visto no Gráfico 1.

**Gráfico 1- Distribuição da população indígena por estado.**



Fonte: Funai (2018c).

Dentre as 305 etnias existentes, o censo do Instituto Brasileiro de Geografia do ano de 2010, trouxe a distribuição das 15 etnias com um maior quantitativo de povos por localização de domicílio, conforme pode ser visto na Tabela 1.

**Tabela 1- Distribuição das 15 etnias indígenas mais populosas por localização de domicílio - IBGE 2010**

População indígena com indicação das 15 etnias com maior número de indígenas, por localização do domicílio - Brasil - 2010

Número de ordem	Total		Nas Terras Indígenas		Fora das Terras Indígenas	
	Nome da etnia	População	Nome da etnia	População	Nome da etnia	População
1	Tikúna	46 045	Tikúna	39 349	Terena	9 626
2	Guarani Kaiow á	43 401	Guarani Kaiow á	35 276	Baré	9 016
3	Kaingang	37 470	Kaingang	31 814	Guarani Kaiow á	8 125
4	Makuxí	28 912	Makuxí	22 568	Múra	7 769
5	Terena	28 845	Yanomámi	20 604	Guaraní	6 937
6	Tenetehara	24 428	Tenetehara	19 955	Tikúna	6 696
7	Yanomámi	21 982	Terena	19 219	Pataxó	6 381
8	Potiguara	20 554	Xavante	15 953	Makuxí	6 344
9	Xavante	19 259	Potiguara	15 240	Kokama	5 976
10	Pataxó	13 588	Sateré-Maw é	11 060	Tupinambá	5 715
11	Sateré-Maw é	13 310	Mundurukú	8 845	Kaingang	5 656
12	Mundurukú	13 103	Kayapó	8 580	Potiguara	5 314
13	Múra	12 479	Wapixana	8 133	Xucuru	4 963
14	Xucuru	12 471	Xacriabá	7 760	Tenetehara	4 473
15	Baré	11 990	Xucuru	7 508	Atikum	4 273

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010.

Fonte: Ibge (2012)

## 4.2 Sistema de Saúde Indígena

Desde os primórdios da colonização portuguesa, a população indígena já era assistida pelos missionários de forma integrada às políticas de governo da época. Com a expansão das linhas rodoferroviárias e telégrafas vários índios foram massacrados e outros começaram a ir a óbito devido a doenças transmissíveis que acometiam as pessoas na época (BRASIL, 2002).

Essa situação ocasionou a criação do Serviço de Proteção ao Índio e (SPI) no ano de 1910. “O órgão era vinculado ao Ministério da Agricultura e tinha o objetivo de proteger os índios e de incluir suas terras no sistema de produção nacional”. Porém a assistência a esses Povos continuou deficitária voltada apenas aos serviços emergenciais e a processos de pacificação (BRASIL, 2002, p. 7; FUNAI 2018b; FERNANDES, 2010).

Na década de 1950 nasceu o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (Susa), responsável por oferecer ações de imunização, atendimento odontológico, controle de tuberculose e outras doenças transmissíveis nas populações indígenas e rurais em locais de difícil acesso (BRASIL, 2002).

Em 1967 a Fundação Nacional do Índio (Funai), foi criada, substituindo o SPI. Essa Fundação criou uma divisão de saúde para cuidar da assistência dos Povos Indígenas por meio de Equipes Volantes em Saúde (EVS), que tinham o objetivo de prestar “atendimentos esporádicos às comunidades indígenas de sua área de atuação, prestando assistência médica, aplicando vacinas e supervisionando o trabalho do pessoal de saúde local” (BRASIL, 2002, p.7).

Diante disso, o Susa passou a atuar apenas com tuberculose e deixou as ações de Saúde para a Fundação Nacional do Índio. Porém, esse Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas tinha poucos recursos e logo foi extinto (MARTINS, 2013).

A Funai passou por uma crise financeira de estado na década de 70 onde não conseguiu atender as especificidades dos indígenas. As EVS com o passar do tempo se fixaram em administrações regionais e aquelas que ficaram em terras indígenas prestavam atendimentos assistenciais simples como realização de curativos, que na grande maioria das vezes não atendia as reais necessidades de saúde dessa população (MARTINS, 2013; BRASIL, 2002).

O atendimento à saúde para esses Povos ainda não era realizado segundo as suas especificidades culturais e linguísticas. O modelo assistencial a saúde dessa época não tinha integração entre o modelo de saúde biomédico e o modelo assistencial indígena, gerando uma assistência pouco efetiva (BRASIL, 2002).

Em 1986 começaram a ser realizadas algumas conferências em saúde que tiveram o papel fundamental na melhoria da assistência à Saúde Indígena. Uma delas foi a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde dos Povos Indígenas que contou com a participação dos Povos Indígenas, indigenistas, organizações governamentais que formularam pressupostos para auxiliar a efetivação da Pnspi além de enfatizar a importância da participação desses Povos no planejamento, execução e a avaliação dos serviços de saúde (MARQUES, 2003).

A Constituição Federal da República de 1988 trouxe com sua criação uma série de direitos ao povo brasileiro. A constituição consolidou as bases jurídicas para o reconhecimento dos direitos sociais no Brasil. O artigo 231 da Constituição, reconhece os indígenas como:

cidadãos, que possuem todos os direitos do cidadão comum, além daqueles específicos garantidos pela Constituição. São garantidos o respeito à sua organização social, costumes, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las, protegê-las e fazer respeitar todos os seus bens (BRASIL, 2012, p.133).

O artigo 196 da Constituição Federal prevê ainda que:

saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2012, p.116).

No mesmo ano de criação da Constituição de 1988, também foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), orientado pelos princípios da Universalidade, Integralidade e Equidade, tendo como objetivo a prestação do cuidado, a atenção integral à saúde, e não somente aos cuidados assistenciais, mas com foco na saúde com qualidade de vida, visando à prevenção e a promoção da saúde (BRASIL, 2017a).

A criação da Carta Magna juntamente com a criação do SUS, trouxeram consigo a necessidade de criar um Sistema de Saúde que fosse organizado a partir das necessidades culturais, geográficas, sociais e ambientais e também, dos direitos básicos para a garantia do acesso a saúde aos indígenas.

No ano de 1991, a partir do decreto presidencial de nº 23 foi transferido ao Ministério da Saúde a responsabilidade da atenção à Saúde Indígena. Após esse acontecimento, em 1994 foi instaurado o decreto presidencial nº 1.141 o qual “constitui uma Comissão Inter setorial de Saúde, CIS, com a participação de vários Ministérios relacionados com a questão indígena, sob a coordenação da Funai”. Esse decreto foi responsável por devolver as ações de saúde à Funai (BRASIL, 2002, p.9).

No ano de 1993 foi realizada a II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, a qual contou com a participação de delegados indígenas que definiram os princípios e diretrizes que iriam nortear a Pnaspi. Essa conferência representou um marco importante na participação social dos Povos Indígenas nos processos de planejamento e monitoramento da atenção à saúde desses Povos (MARQUES, 2003).

Posteriormente a esses acontecimentos, no ano de 1999 foi aprovado no Congresso a Lei Arouca (nº 9.836/99) que foi definida como marco regulatório da atenção à vida das populações indígenas do Brasil. Essa lei foi criada pelo Deputado, também médico sanitário e doutor em Saúde Pública Antônio Sérgio da Silva Arouca e por isso a lei foi chamada de Lei Arouca (BRASIL, 2009).

Com a criação da lei Arouca e conseqüentemente da criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena surgiu a carência de estruturar uma política que estabelecesse a organização desse subsistema. Desta forma, ainda no ano de 1999 foi instaurada a Política Nacional de atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Pnaspi). A qual tem o objetivo de:

garantir aos Povos Indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses Povos à sua cultura (BRASIL, 2002, p.13).

Além disso, a Pnaspi possui diretrizes que vão contribuir para assegurar a efetivação dessa política. Dentre essas diretrizes estão relacionados o respeito às concepções, valores e práticas relativos ao processo saúde-doença próprios a cada sociedade indígena e a seus diversos especialistas (BRASIL, 2002).

Por meio da Lei nº. 9.836/99, o Ministério da Saúde passou a ser responsável por estabelecer as políticas e diretrizes para promoção e recuperação da saúde do índio, e a Funasa seria responsável pela execução das ações. A partir desses fatos a Funai e Funasa ficaram responsáveis pelas ações relacionadas a Saúde Indígena.

Após a implementação da Pnspi e a criação dos Dseis, foi realizada a III Conferência Nacional de Saúde Indígena com o objetivo de analisar os obstáculos e avanços na implementação desses Distritos Sanitários Especiais Indígenas, além de propor meios para melhorias na atenção à saúde desses Povos através da participação comunitária dos Povos Indígenas (MARQUES, 2003).

No ano de 2002, foi aprovada pelo Ministério da Saúde a portaria 254, a qual reconheceu a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e os 34 Dseis já implantados (MARQUES, 2003).

Entre os anos de 2002 e 2003 a assistência à saúde aos Povos Indígenas eram estabelecidas por meio da Funai juntamente com entidades conveniadas. Porém essas entidades conveniadas enfrentavam diversos problemas em estabelecer um diálogo entre os Dseis e a Funasa no sentido de buscar soluções para a assistência à saúde desses Povos, bem como, problemas com repasse de verbas e a denúncia por possíveis fraudes realizadas por essas entidades (MARQUES, 2003).

Em 2004, as portarias nº 69 e nº70 são instituídas e a Funasa tenta retomar a execução das ações em saúde indígena “reduzindo o papel e a participação das entidades conveniadas que se restringiram, a partir de então, à contratação e administração de pessoal” (MARTINS, 2013, p.62).

Existiam fragilidades institucionais em realizar o monitoramento das ações realizadas pelas entidades conveniadas. A portaria nº 126 de 2008 “regulamentou o acompanhamento da execução física e financeira pela Coordenação Regional e DSEI, com a participação do Controle Social Indígena, na Celebração e Execução dos Convênios de Saúde Indígena ” (MARTINS, 2013, p.62).

Somente no ano de 2011 foi criada a Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai), responsável por coordenar e executar a Pnspi e todos os processos de gestão que envolvem o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS). Esse Subsistema, possui 34 Distritos Sanitários Especiais, “que desenvolvem suas atividades pelos 354 Polos-Base, 751 Postos de Saúde e 66 Casas de Saúde Indígena, CASAI, que, por sua vez, servem de apoio às equipes multidisciplinares de Saúde Indígena (Emsi) ” (FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO, 2018d, p.11).

A Funai, tem a missão institucional de:

coordenar a política indigenista do Estado brasileiro, bem como proteger e promover os direitos, em especial à terra, à preservação do meio ambiente e à promoção do desenvolvimento sustentável, que têm impacto determinante no processo de saúde-doença e na qualidade de vida desses Povos (FUNAI, 2018d, p. 12).

Dentro desse subsistema existe um modelo de organização dos serviços de saúde, denominado Distrito Sanitário. O qual é definido pela Pnspi como:

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 (BRASIL, 2002, p.13).

A formação dos Distritos Sanitários é realizada a partir de um conjunto de características que envolvem:

o perfil epidemiológico da população, população, área geográfica, recursos humanos, infraestrutura, disponibilidade de serviços, 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, p.14).

De acordo com o Ministério da Saúde (2002), o Brasil possui atualmente 34 Distritos Sanitários conforme descrito na Figura 1.



FONTE: Desai/Funasa/MS, setembro de 2003

**Figura 1 – Mapa dos Distritos Sanitários Indígenas.**

Fonte: Funasa (2015).

## 5. METODOLOGIA

### 5.1 Revisão Integrativa

O presente estudo possui uma abordagem qualitativa e usou a revisão integrativa (RI) como metodologia de análise principal. As pesquisas na área da saúde, por serem muito complexas e extensas, necessitam de uma metodologia como essa que é capaz de realizar uma avaliação crítica e a síntese das evidências disponíveis, podendo também identificar lacunas em eventuais pesquisas que poderão ser realizadas futuramente (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO; 2008).

A revisão integrativa é definida por Benefield (2003) como uma metodologia que analisa pesquisas relevantes que são capazes de dar suporte à tomada de decisão e às práticas clínicas. Esse método permite a síntese de vários estudos que possibilitam uma visão mais ampla sobre diferentes dimensões relacionadas a um tema específico. Segundo Botelho, Cunha e Macedo (2011, p.129), a revisão integrativa é constituída por seis etapas, as quais foram respeitadas durante a construção do trabalho:

- Etapa 1: Definição de forma clara a pergunta de pesquisa, os descritores e as bases de dados que foram utilizadas neste trabalho;
- Etapa 2: Definição dos critérios de inclusão e exclusão utilizados na pesquisa e utilização das bases de dados escolhidas;
- Etapa 3: Organização e identificação dos estudos selecionados, a partir da leitura dos resumos e títulos dos artigos. A partir dessa organização foram definidos os eixos temáticos para serem extraídos dos artigos;
- Etapa 4: Elaboração de uma matriz de síntese dos eixos selecionados que, posteriormente, resultou em uma base de dados individual para análise dos artigos. Além disso, foi nesta etapa que realizou-se a categorização dos estudos selecionados;

- Etapa 5: Interpretação e discussão dos principais resultados da pesquisa bibliográfica;

- Etapa 6: Conclusão dos estudos analisados com uma proposta para futuras pesquisas.

## 5.2 Pesquisa Documental

Além da Revisão Integrativa, utilizou-se neste trabalho uma Pesquisa Documental. Nessa etapa foram extraídos da internet outros materiais que foram interessantes e pertinentes estudos para a construção desse trabalho. Aplicou-se nessa busca os descritores, Saúde Indígena, políticas de saúde indígena, etnias indígenas no Brasil e populações indígenas.

Segundo Poupart et al (2012) esse tipo de pesquisa permite que o pesquisador observe a evolução dos indivíduos, grupos, conceitos, conhecimentos, comportamentos, mentalidades, práticas, entre outras coisas, complementando assim as demais informações que foram utilizadas no trabalho.

Poupart et al (2012, p.295) ainda enfatiza que esse método de pesquisa elimina ao menos em parte:

a eventualidade de qualquer influência a ser exercida pelo pesquisador e pelo conjunto das interações, acontecimentos ou comportamentos pesquisados anulando a possibilidade de reação do sujeito à operação de medida (POUPART et al, 2012, p.295).

Sendo assim, encontrou-se a partir dessa busca, à Política Nacional de Saúde de Atenção aos Povos Indígenas, na qual realizou-se um breve histórico sobre essa política em nosso referencial teórico. Também foi encontrado nessa pesquisa a Lei Arouca de 1999, a Constituição Federal de 1999, o sítio da FUNAI (<http://www.funai.gov.br/>) e sítios de organizações governamentais que possuem informações sobre a Saúde Indígena, o que contribuiu para a escrita do referencial teórico.

## CAPÍTULO II

### *Um Índio*

*Um índio descerá de uma estrela  
Colorida e brilhante  
De uma estrela que virá  
Numa velocidade estonteante  
E pousará no coração  
Do hemisfério sul  
Na América, num claro instante  
Depois de exterminada  
A última nação indígena  
E os espíritos dos pássaros  
Das fontes de água límpidas  
Mais avançado que as mais avançadas  
Das mais avançadas das tecnologias  
Virá  
Impávido, que nem Muhammad Ali  
Virá que eu vi  
Apaixonadamente como Peri  
Virá que eu vi  
Tranquilo e infalível como Bruce Lee  
Virá que vi  
O axé do afoxé filhos de Gandhi  
Virá  
Um índio preservado  
Em pleno corpo físico  
Em todo sólido, todo gás  
E todo líquido  
Em átomos, palavras, alma, cor,  
Em gesto, em cheiro, em sombra, em luz  
Em som  
Num ponto equidistante  
Entre o Atlântico e o Pacífico  
Do objeto sim resplandecente  
Descerá o índio  
E as coisas que eu sei que ele dirá  
Fará não sei dizer assim  
Assim de um modo explícito*

*Virá*  
*Impávido, que nem Muhammad Ali*  
*Virá que eu vi*  
*Apaixonadamente como Peri*  
*Virá que eu vi*  
*Tranquilo e infalível como Bruce Lee*  
*Virá que vi*  
*O axé do afoxé filhos de Gandhi*  
*Virá*  
*E aquilo que nesse momento*  
*Se revelará aos povos*  
*Surpreenderá a todos*  
*Não por ser exótico*  
*Mas pelo fato de poder*  
*Ter sempre estado oculto*  
*Quando terá sido o óbvio*

Milton Nascimento, 1994.

**Um marco importante na atenção à saúde dos indígenas foi a criação e a implementação da Política Nacional de Atenção aos Povos Indígenas ainda no ano de 1999. Tendo em vista esse marco, traremos de forma sucinta o que a política estabelece.**

## 6. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

A política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas a partir da Constituição Federal e da Lei Orgânica da Saúde, reconhecem aos Povos indígenas as suas especificidades étnicas, culturais e territoriais (BRASIL, 2002, p.6).

Para que essa política fosse incorporada na organização dos serviços, foi necessário aderir ao SUS um Subsistema de Atenção à Saúde que atendesse as especificidades dessa população e que pudesse estabelecer ações de promoção, proteção e recuperação da saúde desses Povos (BRASIL, 2012).

A Pnspi, tem o propósito de garantir aos Povos Indígenas, uma atenção à saúde integral pautada nos princípios organizativos do Sistema Único de Saúde. Segundo o Ministério da Saúde (2002) esses princípios do SUS estão relacionados:

à uma atenção à Saúde que respeite a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde entre os demais brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses Povos à sua cultura (BRASIL, 2002, p.13).

Para que essa política seja efetuada foi necessária a criação de um modelo de organização de Serviços Indígenas que é denominado de Distrito Sanitário (Dsei), que além de considerar os princípios organizativos do Sistema Único de Saúde preconiza o território indígena a partir:

da população, área geográfica e perfil epidemiológico; da disponibilidade de serviços, recursos humanos e infraestrutura; das vias de acesso aos serviços instalados em nível local e à rede regional do SUS; das relações sociais entre os diferentes Povos Indígenas do território e a sociedade regional; da 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. p. 14).

Esses territórios distritais são definidos a partir da reunião de comunidades indígenas, profissionais e instituições de saúde e são decididos por diversos critérios geográficos, operacionais, culturais, distribuições demográficas o que nem sempre

coincide com as divisões estaduais e municipais das divisões das terras indígenas (BRASIL, 2001).

Além disso, a Pnaspi tem o objetivo de definir as diretrizes que os serviços de Saúde Indígena deverão seguir, conforme descrito abaixo:

Nas organizações dos serviços, por exemplo, os processos de tomadas de decisão pertinentes a Saúde Indígena para a organização e definição dos Distritos Sanitários devem ser realizados por meio de debates e reuniões com os atores sociais responsáveis, como lideranças e organizações indígenas, do órgão indigenista oficial, de antropólogos, universidades e instituições governamentais e não-governamentais que prestam serviços às comunidades indígenas, além de secretarias municipais e estaduais de Saúde (BRASIL, 2002).

Cada distrito sanitário deve organizar uma rede de atenção básica que esteja integrada as demais complexidades do SUS e que possua na equipe de saúde, “médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem e agentes indígenas de saúde, contando com a participação sistemática de antropólogos, educadores, engenheiros sanitaristas e outros especialistas e técnicos necessários” (BRASIL, 2002, p.16).

Nas aldeias, por sua vez, a assistência à saúde deve ser realizada por intermédio dos agentes indígenas de saúde, nos postos de saúde, e por equipes multidisciplinares conforme o planejamento das ações em saúde. Outras questões como a quantidade de profissionais, o grau de especialização de cada profissional será definido a partir de informações relacionadas a densidade populacional e especificidades de cada localidade (BRASIL, 2002).

Nesse modelo de organização, ainda existe o polo base que deve funcionar como a primeira referência para os indígenas que atuam nas aldeias. Conforme explicitado pela Fundação Nacional da Saúde (2002):

as situações mais agravantes devem ser resolvidas nesse nível e caso as demandas sejam mais graves e necessitem de mais recursos, deverão ser referenciadas e contra referenciadas para os outros níveis de atenção do SUS (BRASIL, 2002, p.14).

Ainda conforme descrito pela Pnasp, a organização dos serviços de Saúde Indígena ainda deverá oferecer diversos serviços nas Casas de Cuidado a Saúde. São eles:

marcação de consultas, exames complementares ou internação hospitalar, providenciar o acompanhamento dos pacientes nessas ocasiões e o seu retorno às comunidades de origem, acompanhados das informações sobre o caso, além de promover atividades de educação em saúde, produção artesanal, lazer e demais atividades para os acompanhantes e mesmo para os pacientes em condições para o exercício dessas atividades (BRASIL, 2002, p.15).

Como podemos observar os Distritos Sanitários Indígenas são organizados conforme a Figura 2.



**Figura 2 – Organização do Modelo Assistencial dos Distritos Sanitários Indígenas.**

Fonte: BRASIL (2017b).

Na preparação de recursos para a utilização do meio intercultural, deverão ser realizados cursos de capacitação para os profissionais de saúde que trabalham na Saúde Indígena para que a efetividade da assistência à saúde a população seja assegurada. Esses cursos ainda possuem o objetivo de somar práticas e saberes que estão relacionados à cultura indígena (BRASIL, 2002). Esses cursos de capacitação fazem parte do Programa de Formação de Agentes Indígenas e devem integrar a organização formação dos Distritos Sanitários.

Para monitorar e controlar as ações de saúde realizadas, foi criado também um Sistema de Vigilância em Saúde voltado para a população indígena. Esse Sistema tem como a principal finalidade compreender as necessidades de saúde e assim alocar de forma mais justa os recursos destinados a essa população facilitando um planejamento em saúde mais adequado a essas pessoas (BRASIL, 2002).

No quesito saúde, é necessário articular os sistemas tradicionais indígenas em saúde. Pois, é importante observar que todos os grupos na sociedade possuem formas individuais de se organizar. Não seria diferente em relação as práticas em saúde. Os indígenas por sua vez, possuem diversas maneiras identificar, entender e realizar os processos de cura de doenças e geralmente a forma que eles lidam com esses acontecimentos são as maneiras mais acessíveis nos momentos em que eles mais precisam, mesmo com assistência em Saúde Indígena sendo inserida também em um modelo de saúde ocidental (BRASIL, 2002).

A Promoção ao uso racional de medicamentos é outro importante fator dentro da atenção aos indígenas. Mesmo com os indígenas sendo Povos que possuem seus próprios, costumes, cultura e crenças, eles com o passar do tempo adquiriram hábitos e costumes advindos da relação de viver em centros urbanos ou até mesmo da convivência com outras populações (BRASIL, 2002).

Os usos de medicamentos dessa população devem ser organizados de maneira que a:

seleção, programação, aquisição, acondicionamento, estoque, distribuição, controle e vigilância - Nesta compreendida a dispensação e a prescrição, devem partir, em primeiro lugar, das necessidades e da realidade

epidemiológica de cada Distrito Sanitário e estar orientadas para garantir os medicamentos necessários (BRASIL, 2002, p.18).

Além disso, as práticas em saúde que envolvem o uso de plantas medicinais e afins devem ser integradas a assistência à saúde desses Povos de maneira que contemplem as necessidades de saúde dos Indígenas.

Segundo o Ministério da Saúde em algumas situações específicas a política estabelece que deverão ocorrer em caráter de prioridade as ações de promoção de situações específicas caracterizadas:

por risco eminente, especificidade do processo saúde-doença, impactos econômicos e sociais, de grandes projetos de desenvolvimento, vulnerabilidades derivadas de tipo de contato, exposição à agravos como doenças sexualmente transmissíveis e a aids, o suicídio e os desastres ambientais (BRASIL, 2002, p.19).

No caso das pesquisas realizadas sobre a população indígena serão adotadas pelos órgãos responsáveis pela Saúde Indígena as orientações disponibilizadas na Resolução nº196/96 que regulamenta as pesquisas com seres humanos bem como, a Resolução 304/2000 que diz respeito à essa população, como descrito pelo Ministério da Saúde (2002).

Outro fator importante para a saúde dos indígenas é que haja nas terras desses Povos a Promoção de Ambientes Saudáveis, com o objetivo de assegurar à essa população condições indispensáveis a sobrevivência dos futuros ocupantes desses ambientes (BRASIL, 2012).

O Controle Social dos indígenas na organização e nas melhorias das ações de saúde são muito importantes. Principalmente para a implantação dos DSEIs, os quais são responsáveis pela a organização de saúde de cada distrito. Essa participação dos indígenas se dá por meio de “Reuniões Macrorregionais, pelas Conferências Nacionais de Atenção à Saúde dos Povos Indígena, pelo Fórum Nacional Sobre a Política de Saúde Indígena com representantes indígenas dos Conselhos de Saúde” a nível, Nacional, Estadual e Municipal (BRASIL, 2002, p. 20).

### CAPÍTULO III

#### ***Amor de Índio***

*Tudo que move é sagrado  
E remove as montanhas  
Com todo cuidado, meu amor  
Enquanto a chama arder  
Todo dia te ver passar  
Tudo viver ao teu lado  
Com o arco da promessa  
No azul pintado pra durar  
Abelha fazendo mel  
Vale o tempo que não voou  
A estrela caiu do céu  
O pedido que se pensou  
O destino que se cumpriu  
De sentir teu calor  
E ser todo  
Todo dia é de viver  
Para ser o que for  
E ser tudo  
Sim, todo amor é sagrado  
E o fruto do trabalho  
É mais que sagrado, meu amor  
A massa que faz o pão  
Vale a luz do teu suor  
Lembra que o sono é sagrado  
E alimenta de horizontes  
O tempo acordado de viver  
No inverno te proteger  
No verão sair pra pescar  
No outono te conhecer  
Primavera poder gostar  
No estio me derreter  
Pra na chuva dançar  
E andar junto  
O destino que se cumpriu  
De sentir teu calor  
E ser tudo*

Milton Nascimento, 1986.

**Nesse capítulo estão dispostos os resultados da Revisão Integrativa, com a categorização e mapeamento dos estudos resultantes da Revisão Bibliográfica.**

## **7. PENSANDO A PARTIR DOS ESTUDOS ENCONTRADOS**

### **7. 1. Caracterização dos estudos selecionados a partir da revisão integrativa**

Para dar início a revisão integrativa (RI) definiu-se a pergunta norteadora do trabalho: Quais são as dificuldades e potencialidades do acesso dos indígenas ao Sistema Único de Saúde a partir dos estudos indexados e da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas?

Posteriormente, na segunda etapa deste trabalho, realizou-se uma pesquisa bibliográfica na base de dados SciELO no dia 28 de janeiro de 2019 e no dia 26 de março de 2019. Nessa primeira pesquisa foram utilizados o descritor Saúde Indígena com os filtros: Coleções, Brasil e Idioma, Português. Obtivemos o resultado de 253 artigos. Após este resultado definiu-se o marco temporal do estudo de 2014 a 2018, onde excluímos 152 artigos. Dentro de nossa proposta de inclusão e exclusão obtivemos um total de 101 artigos.

A partir do resultado dos 101 artigos delimitou-se os critérios de inclusão e exclusão da pesquisa. Com base nos critérios de exclusão assim definidos, primeiramente optou-se por excluir da pesquisa 21 artigos que não estavam relacionados com o Objetivo Central do trabalho. Sendo assim, obteve-se o resultado de 80 artigos.

Um dos nossos critérios de exclusão foi de retirar do trabalho aqueles estudos que estavam relacionadas a epidemiologia, à processos patológicos, medicamentos, e que não estavam relacionados com o acesso a saúde dos Povos Indígenas e que não tratavam de temas relevantes para a Saúde Coletiva com ênfase nas Ciências Sociais aplicadas.

Sendo assim, retirou-se do trabalho, 07 artigos que tratavam sobre patologias e processos que envolvem a saúde dos indígenas, 17 artigos sobre patologias estudadas a partir das variáveis epidemiológicas, 09 artigos somente com variáveis epidemiológicas, 01 artigo que tratava sobre o uso de medicamentos, 03 estudos sobre assuntos relacionados a saúde mental dos indígenas, 02 artigos que falavam

sobre o processo de alcoolização dos indígenas, 01 artigo sobre a saúde mental na perspectiva epidemiológica, 05 artigos que se relacionavam com questões nutricionais desses Povos, 04 artigos que falavam sobre território e Saúde Indígena, 01 artigo sobre a implantação do Programa Telessaúde na Saúde Indígena, 01 artigo sobre bioética na relação médico paciente e 01 artigo sobre uma reflexão do programa mais médicos na Saúde Indígena embasada pela epidemiologia e 01 artigo sobre competência cultural na graduação de medicina e enfermagem. Desta forma, foi excluído deste momento da pesquisa 53 artigos. Onde obteve-se um resultado de 27 artigos.

A partir desses 27 artigos restantes, também foi excluído da pesquisa 05 estudos que ao consultar seus resumo e textos não foi encontrado um objetivo de pesquisa claro. Dessa forma, a pesquisa resultou em 22 artigos. Também definiu-se que fossem excluídos os artigos escritos apenas em inglês ou espanhol ou que estivessem em duplicidade. Porém, não foram encontrados artigos com essas especificações, mantendo o total de 22 artigos.

Como critérios de inclusão definiu-se incluir na pesquisa os estudos no idioma português e que tratam diretamente sobre a Saúde Indígena e sobre as dificuldades e facilidades que existem no acesso a saúde desses Povos. Sendo assim, utilizamos nesta pesquisa bibliográfica 22 artigos.

Na terceira fase foi realizada a organização e identificação dos estudos selecionados, a partir da leitura dos resumos e títulos dos artigos. A partir dessa organização foi definido os eixos temáticos para serem extraídos dos artigos. Foram eles: Limitações do acesso a saúde aos Povos Indígenas; Potencialidades da assistência à Saúde Indígena (BOTELHO, CUNHA, MACEDO, 2011).

Na quarta fase foi elaborada uma matriz de síntese dos eixos selecionados e posteriormente a qual resultou em uma biblioteca individual para análise dos artigos. Além disso, foi nesta etapa que foi realizada a categorização dos estudos selecionados (BOTELHO, CUNHA, MACEDO, 2011, p. 129).

Na quinta fase foi realizada a interpretação e discussão dos principais resultados da pesquisa bibliográfica. E por último, na sexta fase, foi realizada a

conclusão dos estudos realizados com uma proposta para estudos futuros (BOTELHO, CUNHA, MACEDO, 2011, p. 12).

**Quadro 1- Caracterização dos estudos resultantes da pesquisa bibliográfica no período de 2014 a 2018.**

<b>Título</b>	<b>Autor/es</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Ano/Revista</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Universidades que fazem parte do estudo</b>
01. Por uma atenção diferenciada e menos desigual: o caso do Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia	Mota e Nunes.	Conhecer os significados do princípio da “atenção diferenciada” por meio da análise dos enunciados e da observação das práticas de gestores do Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas na Bahia, a fim de revelar as bases sociais, políticas e culturais que os sustentam e analisar como contribuem, ou não, para a sua operacionalização.	2018; Saúde e Sociedade.	Estudo etnográfico, Abordagem qualitativa.	Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Brasília, DF, Brasil.  Universidade Federal da Bahia. Salvador, BA, Brasil.
02.O encontro face a face no cuidado em saúde indígena: uma perspectiva em Lévinas.	Teixeira et al.	Refletir sobre os comportamentos sensíveis dos profissionais em saúde indígena a partir da filosofia de Emmanuel Lévinas, para ratificar a integralidade, a equidade e a humanidade.	2018; Revista Brasileira de Enfermagem.	Estudo reflexivo. Abordagem qualitativa.	Universidade Federal Fluminense, UFF, Niterói, Rio de Janeiro, Brasil.

Título	Autor/es	Objetivo	Ano/Revista	Metodologia	Universidades que fazem parte do estudo
03. Processo de trabalho e produção do cuidado em um serviço de saúde indígena no Brasil.	Ribeiro et al.	Compreender os elementos constitutivos do processo de trabalho e a produção do cuidado em uma instituição de apoio à saúde indígena.	2017; Escola Anna Nery	Estudo de caso; Abordagem qualitativa.	<p>Universidade Federal de Goiás. Jatai, GO, Brasil.</p> <p>Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, SP, Brasil.</p> <p>University of Toronto. Toronto, Canada.</p> <p>University of British Columbia. Okanagan, Canada.</p> <p>Universidade de São Paulo USP, Ribeirão Preto, SP, Brasil.</p>

<b>Título</b>	<b>Autor/es</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Ano/Revista</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Universidades que fazem parte do estudo</b>
04. Acesso dos usuários indígenas aos serviços de saúde de Cuiabá, Mato Grosso, Brasil	Gomes, e Esperidião.	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	2017; Cadernos de Saúde Pública.	Estudo de caso; Abordagem qualitativa.	Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, Cuiabá, Brasil.  Universidade Federal da Bahia, Salvador, Brasil.
05. Aspectos culturais e históricos na produção do cuidado em um serviço de atenção à saúde indígena	Ribeiro et al.	Interpretar os aspectos culturais e históricos subjacentes ao tecido social em que o cuidar é construído no contexto de atenção à saúde indígena.	2017; Ciência & Saúde Coletiva.	Estudo de caso; Abordagem qualitativa.	Universidade Federal de Goiás. Jataí GO Brasil.  Universidade Federal de São Carlos. São Carlos SP Brasil.  Universidade de São Paulo, USP. São Paulo SP Brasil.

<b>Título</b>	<b>Autor/es</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Ano/Revista</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Universidades que fazem parte do estudo</b>
06.As representações sociais dos trabalhadores sobre o cuidado à saúde da população indígena Mbyá-Guarani:	Falkenberg, Shimizu e Bermudez.	Analisar as representações sociais do cuidado em saúde entre trabalhadores que atuam em equipes multidisciplinares no Distrito Sanitário Especial Indígena Litoral Sul do Rio Grande do Sul, junto à etnia Mbyá-Guarani.	2017; Revista Latino-Americana de Enfermagem.	Estudo fundamentado na teoria das representações sociais. Abordagem qualitativa.	, Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, Brasília, DF, Brasil.  Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.
07. Dificuldades enfrentadas pelos indígenas durante a permanência em uma Casa de Saúde Indígena na região Amazônica/Brasil.	Silva et al.	Identificar as dificuldades enfrentadas pelos indígenas durante o período de permanência na Casa de Saúde Indígena (Casai) em Santarém (PA), na região amazônica.	2016; Saúde e Sociedade.	Estudo exploratório descritivo; Abordagem qualitativa.	Faculdades Integradas do Tapajós. Santarém, PA, Brasil.  Universidade de São Paulo, USP, São Paulo, SP, Brasil.  Universidade Estadual do Pará. Santarém, PA, Brasil.  Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil.

<b>Título</b>	<b>Autor/es</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Ano/Revista</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Universidades que fazem parte do estudo</b>
08. Atuação de enfermeiros sobre práticas de cuidados afrodescendentes e indígenas	Lima et al.	Analisar a atuação de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família em relação às práticas de cuidados, cujas raízes têm origem nas culturas africana e indígena.	2016; Revista Brasileira de Enfermagem.	Método da história oral temática. Abordagem qualitativa.	Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa-PB, Brasil.  Universidade Federal de Campina Grande, Campina Grande-PB, Brasil.  Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal-RN, Brasil.
09. PET-Redes de atenção à saúde indígena: além dos muros da universidade, uma reflexão sobre saberes e práticas em saúde.	Cuervo, Radke e Riegel.	Revisar alguns conceitos relativos ao histórico, à construção e ao propósito desta proposta entre os Ministérios da Saúde e Educação.	2015; Interface - Comunicação, Saúde, Educação	Estudo reflexivo. Abordagem qualitativa.	Universidade Católica do Rio Grande do Sul, PUCRS, Porto Alegre, RS, Brasil.  Secretaria Municipal de Saúde, Porto Alegre. Porto Alegre, RS, Brasil.

<b>Título</b>	<b>Autor/es</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Ano/Revista</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Universidades que fazem parte do estudo</b>
10. A experiência de alunos do PET-Saúde com a saúde indígena e o programa Mais Médicos.	Silva et al.	Aproximar os acadêmicos, comunidade indígena e o serviço de saúde, buscando compreender o funcionamento das diversas estruturas relacionadas.	2015; Interface - Comunicação, Saúde, Educação	Observação participante; Abordagem qualitativa.	Universidade Federal do Tocantins. Palmas, TO, Brasil.  Distrito Sanitário Especial Indígena Tocantins, Palmas, TO, Brasil.
11. Intermedialidade e protagonismo: a atuação dos agentes indígenas de saúde Munduruku da Terra Indígena Kwatá-Laranjal, Amazonas, Brasil	Scopel, Dias-Scopel e Langdon.	Contribuir para a compreensão do papel dos AIS frente à expansão do modelo médico hegemônico em contexto de pluralidade médica.	2015; Cadernos de Saúde Pública.	Estudo etnográfico; Observação participante. Abordagem qualitativa.	Fundação Oswaldo Cruz, Manaus, AM, Brasil.  Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.
12. O sistema médico Sanumá-Yanomami e sua interação com as práticas biomédicas de atenção à saúde.	Guimaraes .	Discutir como o povo indígena Sanumá, subgrupo da família linguística Yanomami, localizado no norte do Estado de Roraima, Brasil, atua e se relaciona com a política pública de atenção à saúde indígena.	2015; Cadernos de Saúde Pública.	Estudo etnográfico; Abordagem qualitativa.	Universidade de Brasília, Brasília, Brasil.

<b>Título</b>	<b>Autor/es</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Ano/Revista</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Universidades que fazem parte do estudo</b>
13. Condições de vida e saúde do idoso indígena Kaingang	Borghí e Carreira.	Descrever as condições de vida e saúde de idosos Kaingang da Terra Indígena Faxinal - Paraná.	2015; Escola Anna Nery.	Estudo etnográfico; Abordagem qualitativa.	Universidade Estadual de Maringá. Maringá, PR, Brasil.
14. Singularidades culturais: o acesso do idoso indígena aos serviços públicos de saúde	Borghí et al.	Descrever como idosos Kaingang e seus cuidadores principais experienciam o acesso aos serviços públicos de saúde.	2015; Revista da Escola de Enfermagem da USP.	Estudo etnográfico; Observação participante; Abordagem qualitativa.	Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil.  Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.
15.O trabalho de enfermagem em uma instituição de apoio ao indígena	Ribeiro, Fortuna e Arantes.	Analisar o processo de trabalho da enfermagem em uma instituição indígena.	2015; Texto & Contexto - Enfermagem.	Abordagem qualitativa.	Universidade de São Paulo, USP, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.  Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, São Paulo, SP, Brasil.

<b>Título</b>	<b>Autor/es</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Ano/Revista</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Universidades que fazem parte do estudo</b>
16. Práticas de cuidado ao idoso indígena - atuação dos profissionais de saúde	Rissardo et al.	Compreender as práticas de cuidado dos profissionais de saúde que assistem os idosos Kaingang.	2014; Revista Brasileira de Enfermagem.	Estudo etnográfico; Abordagem qualitativa.	Universidade Estadual de Maringá, Maringá-PR, Brasil.  Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro-RJ, Brasil.
17. A experiência de um serviço de saúde especializado no atendimento a pacientes indígenas	Pereira et al.	Descrever a experiência de um serviço de saúde especializado no atendimento a pacientes indígenas e refletir criticamente sobre iniciativas de projetos de extensão universitária em acolhimento, promoção e educação em saúde indígena.	2014; Saúde e Sociedade.	Relato de experiência; Abordagem qualitativa.	Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP, SP, Brasil.  Universidade de São Paulo, USP, São Paulo, Brasil.  Centro Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde.

<b>Título</b>	<b>Autor/es</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Ano/Revista</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Universidades que fazem parte do estudo</b>
18. O poder de acessar a saúde: uma análise do acesso à saúde na etnia indígena Xukuru do Ororubá, Pesqueira (PE)	Azevedo, Gurgel e Tavares.	Analisar o acesso à saúde indígena em Pernambuco após a criação do Subsistema de Saúde Indígena, hoje gerido pela Secretaria Especial de Saúde Indígena do Ministério da Saúde (MS), tendo como foco o povo indígena Xukuru do Ororubá.	2014; Cadernos Saúde Coletiva	Abordagem qualitativa.	Fundação Oswaldo Cruz, Fiocruz, Recife, PE, Brasil.  Universidade Federal de Pernambuco, UFPE, Pernambuco, PE, Brasil.;  Fundação Joaquim Nabuco, FUNDAJ – Recife (PE), Brasil.
19. Indígenas como trabalhadores de enfermagem: a participação de técnicos e auxiliares nos serviços de atenção à saúde indígena <sup>1</sup>	Diehl e Follmann.	Analisar a participação do técnico e auxiliar indígena de enfermagem nos serviços de saúde da Terra Indígena Xapecó, Santa Catarina, Brasil, focando formação e atividades executadas.	2014; Texto & Contexto - Enfermagem.	Estudo etnográfico; Abordagem qualitativa.	Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, SC, Brasil.  Secretaria Especial de Saúde Indígena, São José. Santa Catarina, SC, Brasil.

<b>Título</b>	<b>Autor/es</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Ano/Revista</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Universidades que fazem parte do estudo</b>
20.Saúde e povos indígenas no Brasil: o desafio da formação e educação permanente de trabalhadores para atuação em contextos interculturais	Diehl e Pellegrini.	Refletir sobre a formação e educação permanente de trabalhadores da e para a saúde indígena, diretriz da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas que se apresenta atrasada e inconclusa na agenda oficial.	2014; Cadernos de Saúde Pública.	Estudo reflexivo. Abordagem qualitativa.	Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.  Universidade Federal de Roraima, Boa Vista, RR, Brasil.
21. Saúde e povos indígenas no Brasil: notas sobre alguns temas equívocos na política atual	Cardoso.	Analisar as políticas de saúde para os povos indígenas no Brasil, tendo como marco a Constituição Federal de 1988 e os seus desdobramentos para o atendimento médico-assistencial destas populações.	2014; Cadernos de Saúde Pública.	Abordagem qualitativa.	Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, Brasil.
22.Organização do serviço de saúde e cuidado ao idoso indígena: sinergias e singularidades do contexto profissional.	Rissardo e Carreira.	Descrever os reflexos da organização do serviço de atenção primária à saúde indígena para o cuidado ao idoso Kaingang na percepção de profissionais da saúde que atuam na área.	2014; Revista da Escola de Enfermagem da USP.	Estudo etnográfico; Abordagem qualitativa e descritiva.	Universidade Estadual de Maringá, PR, Brasil.

Fonte: Elaboração própria (2019).

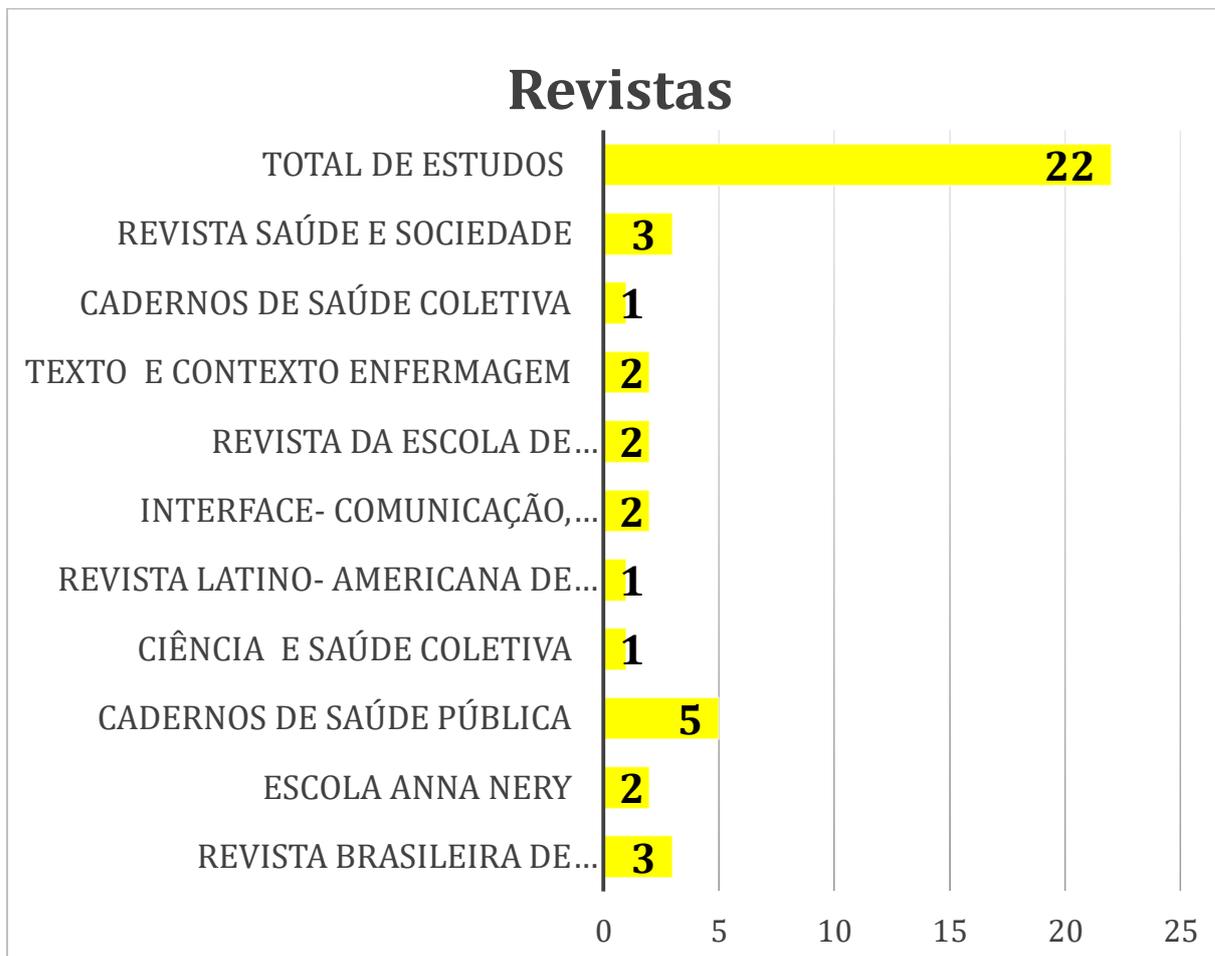
## **7.2. Mapeando os estudos sobre o acesso dos indígenas à saúde**

Realizou-se a caracterização dos 22 estudos resultantes da pesquisa bibliográfica, conforme disposto no Quadro 1. Percebeu-se com a análise dos artigos que os estudos oriundos da nossa pesquisa retratam o cenário da Saúde Indígena e ainda dialogam com a área da Saúde Coletiva, mais precisamente a área das Ciências Sociais Aplicadas. Ainda dentro da análise, observou-se que os 22 estudos selecionados possuem em suas metodologias uma abordagem qualitativa.

Posteriormente, mapeou-se os estudos usando o recorte das revistas que mais publicaram estudos sobre a Saúde Indígena. A Revista Cadernos de Saúde Pública publicou 5 artigos com tema. Seguido pela Revista Saúde e Sociedade e Revista Brasileira de Enfermagem com 03 publicações feitas por cada uma respectivamente.

Já as revistas, Interface- Comunicação, Saúde, Educação; a Revista da Escola de Enfermagem da USP; a Texto e Contexto em Enfermagem e a Escola Anna Nery obtiveram 02 estudos publicados por cada uma delas. Os estudos publicados pela Revista Latino-Americana de Enfermagem e Cadernos de Saúde Coletiva e Ciência e Saúde Coletiva obtiveram apenas uma publicação por cada revista. Conforme pode ser visto no Gráfico 2.

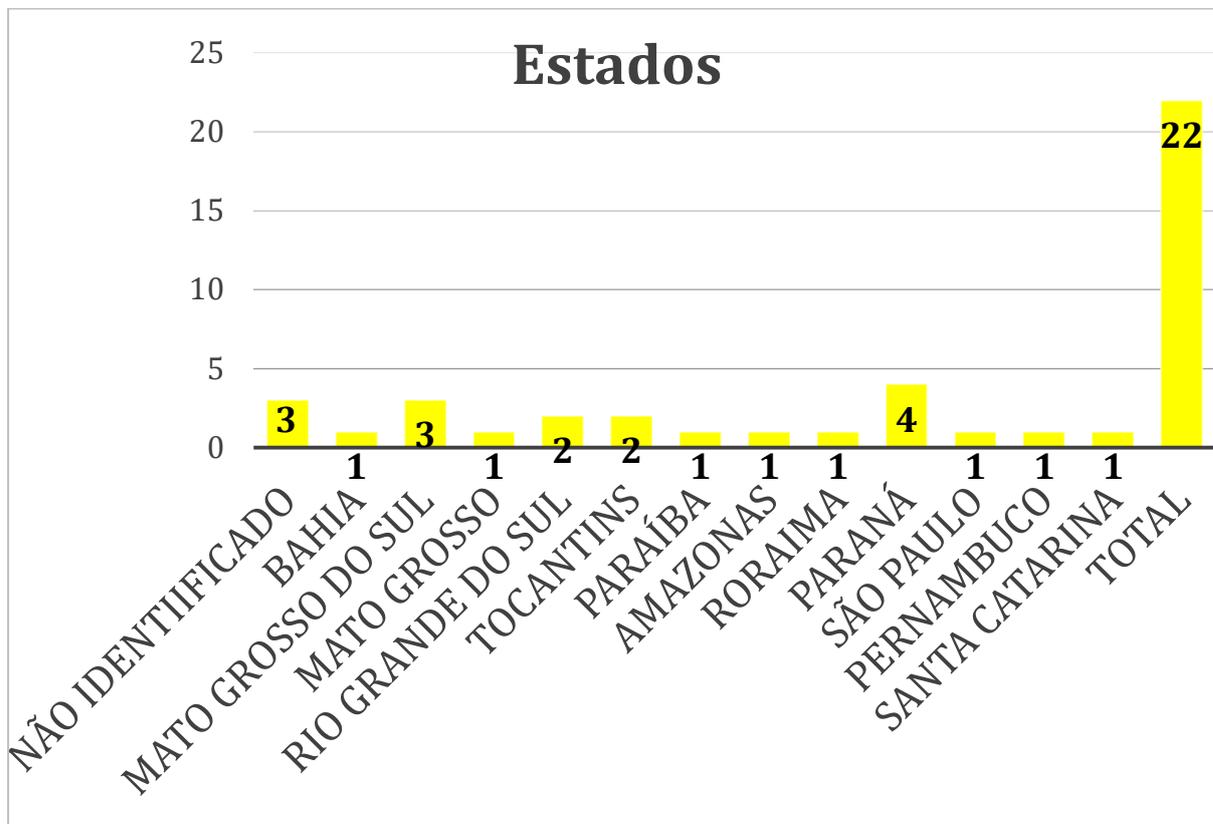
**Gráfico 2 - Distribuição das revistas que publicaram artigos sobre o acesso da Saúde Indígena no período de 2014 a 2018.**



Fonte: Elaboração Própria (2019).

Nesse segundo momento, realizou-se o mapeamento dos estados onde as pesquisas foram realizadas. Foi observado que o estado do Paraná obteve 04 estudos, sendo assim o estado onde foi realizado mais pesquisas. O estado do Mato Grosso do Sul, por sua vez, obteve 03 estudos, seguido por Rio Grande do Sul e Tocantins com 02 estudos cada. Os estados da Bahia, Mato Grosso, Paraíba, Amazonas, Roraima, São Paulo, Pernambuco e Santa Catarina obtiveram 01 estudos cada. E ainda, em 03 desses estudos não foram identificados os seus locais de realização. Conforme pode ser visto no Gráfico 3.

**Gráfico 3 - Distribuição dos Estados que foram realizados os estudos sobre o acesso a Saúde Indígena no período de 2014 a 2018.**



Fonte: Elaboração Própria (2019).

Constatou-se que 13 dos estudos realizados foram realizados a partir de entrevistas feitas com os profissionais de saúde que atuam na Saúde Indígena. Nos demais estudos, 3 entrevistaram os indígenas e 6 não foram utilizadas entrevistas ou o estudo não possuía a informação. Conforme o Gráfico 4.

Mesmo compreendendo as necessidades de ouvir os Povos Indígenas sobre suas considerações e compreensões acerca da saúde e da doença, a maioria das pesquisas ainda são realizadas com os profissionais de saúde.

**Gráfico 4 – Distribuição das entrevistas realizadas entre profissionais ou indígenas no período de 2014 a 2018.**



Fonte: Elaboração Própria:2019.

Analisou-se as instituições que mais apareceram nos artigos resultantes da Revisão Integrativa. Essa interpretação foi feita a partir das instituições que apareceram juntamente com os autores de cada artigo. Nessa análise a maior parte dos artigos trouxeram mais de uma instituição. Sendo assim, obtivemos os resultados descritos a seguir:

As instituições que mais apareceram nos artigos analisados foram: A Universidade de São Paulo que realizou ao total 05 estudos. A Universidade Federal de São Carlos e a Universidade Estadual de Maringá, que publicaram 04 estudos por instituição.

A Fundação Oswaldo Cruz da cidade de Manaus e Fundação Oswaldo Cruz da cidade de Recife apresentaram 03 estudos publicados por cada instituição. A Universidade Federal de Santa Catarina apresentou também 03 estudos publicados pela instituição.

Com 2 estudos publicados por instituição temos as pesquisas do Ministério da Saúde (Secretaria de Saúde Indígena e na Secretaria Executiva do Conselho Nacional

de Saúde); da Universidade Federal da Bahia; da Universidade Federal do Goiás e da Universidade de Brasília. Conforme descrito no Quadro 2.

**Quadro 2 - Distribuição das instituições que realizaram estudos sobre o acesso da Saúde Indígena no período de 2014 a 2018.**

Instituições	Quantidade de estudos realizados por instituições
MS-Ministério da Saúde. Brasília – DF	2
UFBA-Universidade Federal da Bahia- BA	2
UFF- Universidade Federal Fluminense- RJ	1
UFG- Universidade Federal de Goiás – GO	2
University of Toronto- Canadá	1
University of British Columbia –Canadá	1
USP-Universidade de São Paulo – SP	5
SES-MT Secretaria do Estado de Saúde de Mato Grosso –MT	1
UFSCAR- Universidade Federal de São Carlos- SP	4
UNB- Universidade de Brasília –Brasília – DF	2
Faculdades Integradas dos Tapajós – PA	1
UEPA- Universidade Estadual do Pará – PA	1
UNICAMP- Universidade Estadual de Campinas – SP	1
UFPB – Universidade Federal da Paraíba –PB	1
UFCB – Universidade Federal Campina Grande- PB	1
UFRN- Universidade Federal do Rio Grande do Norte – RN	1

PUCRS – Universidade Católica do Rio Grande do Sul.	1
SMS-RS – Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre – RS	1
UFT – Universidade Federal de Tocantins -TO	1
DISEI -TO - Distrito Sanitário Especial Indígena de Tocantins – TO	1
UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina – SC	3
UEM – Universidade Estadual de Maringá - PR	4
UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro – RJ	1
UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo – SP	1
BIREME – Centro Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde.	1
FIOCRUZ- Fundação Oswaldo Cruz de Recife –PE	1
FIOCRUZ- Fundação Oswaldo Cruz de Manaus – AM	1
UFPE – Universidade Federal de Pernambuco – PE	1
FUNDAJ – Fundação Joaquim Nabuco Recife – PE	1
Secretaria Especial de Saúde Indígena de São José – SC	1
UFRR – Universidade Federal de Roraima - RR	1

Fonte: Elaboração Própria (2019).

Posteriormente, realizamos um levantamento dos autores que aparecem em cada artigo da RI. Observamos que a maioria dos artigos possui mais de um autor. Como resultado dessa distribuição, verificamos que Carreira Lígia e Oliveira, Lavínia apareceram cada uma em 04 dos artigos da RI. Ribeiro Aridiane e Arantes, Cassia

apareceram cada uma em 03 desses artigos. Rossi, Ligia; Borghi, Ana; Marcon, Sônia; Rissardo, Leidyani e Diche, Eliana apareceram em 02 artigos cada. Os demais autores apareceram somente em um artigo cada. Conforme disposto no Quadro 3.

**Quadro 3 - Distribuição dos autores que mais publicaram sobre o acesso a Saúde Indígena no período de 2014 a 2018.**

<b>Autores</b>	<b>Quantidade de Publicações</b>
Teixeira, Diomédia	1
Nunes, Nelson	1
Silva, Rose Mary	1
Pereira, Eliane	1
Handan, Vilza	1
Ribeiro, Aridiane	3
Aciole, Giovanni	1
Arantes, Cássia	3
Reading, Jeff	1
Kurtz, Donna	1
Rossi, Lígia	2
Gomes, Silvana	1
Esperidião, Monique	1
Gualda, Dulce	1
Falkenberg, Mirian	1
Shimizu, Helena	1
Bermudez, Ximena	1
Silva, Domingas	1
Nascimento, Eloane	1
Santos, Luana	1
Martins, Nádía	1
Souza, Maria	1
Figueira, Moura	1
Lima, Maria	1
Nunes, Maria	1
Kluppel, Berta	1
Medeiros, Soraya	1
Sá, Lenilde	1
Cuervo, Maria	1
Radke, Mariane	1
Riegel, Elaine	1

Silva, Reijane	1
Barcelos, Aline	1
Hirano, Bruno	1
Izzo, Renata	1
Calafate, Jaqueline	1
Soares, Tássio	1
Scopel, Daniel	1
Dias-Scopel	1
Langdon, Esther	1
Guimarães, Silva	1
Borghi, Ana	2
Carreira, Lúgia	4
Alvarez, Angela	1
Marcon, Sonia	2
Fortuna, Cinira	1
Rissardo, Leidyani	2
Alvim, Neide	1
Pereira, Érica	1
Biruel, Elisabeth	1
Oliveira, Lavínia	4
Rodrigues, Douglas	1
Azevedo, Ana	1
Gurgel, Idê	1
Tavares, Maurício	1
Diche, Eliana	2
Follmann, Helga	1
Pelegriani, Marcos	1
Cardoso, Marina	1
Total de autores	73

Fonte: Elaboração Própria (2019).

### **7.3. Potencialidades e dificuldades do acesso dos indígenas ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena**

Com a realização da RI ainda foi observado que todos os estudos resultantes da nossa pesquisa bibliográfica estudam sobre assuntos referentes ao acesso dos Povos Indígenas aos serviços de saúde e conseqüentemente da Pnaspi. Essa política estabelece um modelo de organização dos serviços na qual o subsistema de Saúde Indígena deve seguir para oferecer os serviços de saúde. Dessa forma, iremos descrever as principais facilidades e dificuldades encontradas no acesso dos indígenas aos serviços de saúde.

#### **7.3.1 Limitações do acesso a Saúde Indígena segundo a Pnaspi**

Mesmo com a criação de políticas públicas indigenistas o acesso a saúde dos Povos Indígenas ainda perpassa muitas dificuldades. Segundo Mota e Nunes (2018) as equipes de saúde dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas enfrentam diversos empecilhos na prestação de atendimento a esses Povos que vão desde a fatores, culturais, ambientas e até a fatores econômicos e sociais (MOTA; NUNES, 2018).

De acordo com Lima et al (2016) mesmo com a Organização mundial da saúde reconhecendo as práticas terapêuticas de cada etnia como parte integradora dos processos de recuperação em saúde, diversos profissionais não possuem esse entendimento ou não procuram integrar essas práticas as suas técnicas de cuidado em saúde.

A saúde vai muito além da concepção de apenas não estar doente. Para que esse direito seja assegurado a esses Povos, diversos fatores devem levados em consideração. São eles: Alimentação, Território (Moradia), Transporte e outros que possuem uma significativa importância dentro dos processos de adoecimento e cura. Em alguns DISEIs, como na cidade de Cuiabá, o transporte é um dos fatores que mais dificulta o acesso aos serviços de saúde para essa população, porque na maioria das

vezes essas populações residem em áreas rurais ou de difícil acesso (GOMES; ESPERIDIÃO, 2017).

Além disso, as concepções de saúde e de doenças de diversas populações na sociedade possuem significados diferentes e singulares. O modelo de atenção à saúde para essa população adota uma forma de trabalho enviesada que não olha as especificidades da população indígena dificultando o processo de saúde/doença (GOMES, ESPERIDIÃO, 2017; TEIXEIRA et al, 2018; PEREIRA et al, 2014).

Ainda com relação a questão das especificidades culturais dos indígenas, muitos trabalhadores da saúde que prestam atendimento a essas populações, trabalham sobre pressão e precárias condições de serviço. Eles enfrentam não somente as pressões institucionais, mas também, a pressão de lideranças indígenas que em algumas ocasiões não aceitam que os profissionais do DSEI prestem atendimento nas aldeias (MOTA; NUNES, 2018).

Na região do Alto Negro no Noroeste do estado do Amazonas mesmo com a implementação do subsistema de Saúde Indígena e da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Pnaspi) é evidente que há muito que se fazer para que atenção à saúde desses Povos seja baseada nos princípios básicos do SUS de Integralidade e Equidade principalmente entre as relações entre os profissionais de saúde e indígenas de diversas etnias (TEIXEIRA et al, 2018).

Do ponto de vista social e organizacional é notável que a referência e contra referência em saúde não funciona como deveria entre os Dsei de Cuiabá de e os demais distritos sanitários do Mato Grosso. Para que isso ocorra, considera-se necessário o envolvimento harmônico dos gestores nacional, estaduais e municipais do SUS, por meio de planejamento pactuado nos Dseis, resguardando o princípio final da responsabilidade federal. O que é pré-estabelecido pela Pnaspi (GOMES, 2017).

Ribeiro et al (2017b) relatam que mesmo a Casai sendo criada para prestar uma atenção diferenciada para os indígenas, esses Povos aos chegarem nessas instituições, permanecem um pouco recuados, demonstrando uma conduta de se resguardar e não revelam muitas vezes suas intenções e necessidades em saúde.

Pereira et al (2014) ainda enfatizam que é difícil a permanência destes pacientes em um ambiente diverso e distante de sua realidade, sendo necessário que

os profissionais de saúde olhem para esses Povos a partir de suas diferenças e vulnerabilidades sociais.

A idade e a localidade onde alguns indígenas residem são fatores que contribuem para dificultar a assistência a esses Povos, como descrito por Borghi et al (2015). O indígena idoso, geralmente reclama que os serviços de saúde demoram para realizar consultas e exames o que ocasiona a não procura dos serviços de saúde por parte desses indígenas. Por serem mais velhos e não possuírem meio de transporte, o local onde esses indígenas residem acabam dificultando também o seu acesso a saúde.

Verificando as ações dos profissionais, Ribeiro et al, (2017b) explicam que há um comportamento que prioriza apenas as especificidades biológicas desses Povos, deixando de levar em consideração do que é preconizado pela Política Nacional de Atenção Saúde Indígena, cujo pressuposto estabelece que o cuidado ao indígena prestado por profissionais deve incorporar as práticas da medicina tradicional nativa.

Falkenberg; Shimizu e Bermudez (2017) descrevem que nesse contexto indígena há a existência da medicina tradicional e a biomedicina. O que obriga os profissionais a se adequarem a esses dois modelos de práticas existentes levando em consideração as especificidades de cada população como suas crenças e culturas conforme preconiza a Pnspi.

Além disso, outra dificuldade que circunda as ações de saúde está relacionada a precariedade das condições de trabalho, e dos baixos investimentos em educação permanente em saúde que se torna um empecilho na efetivação da Pnspi (FALKENBERG; SHIMIZU; BERMUDEZ, 2017).

Como descreve Diehl e Follmann (2014) e Ribeiro, Fortuna e Arantes (2015) a não priorização pela capacitação dos trabalhadores por parte da instituição é a expressão da valorização biomédica e do comando do trabalho pelas tecnologias duras e leve e duras, ou seja, pelas técnicas, procedimentos e equipamentos materiais. Segundo os AIS atividades de educação permanente como essa são de grande importância para a efetivação da assistência à saúde dessas populações.

Silva et al (2016) trazem em seu estudo que os indígenas quando passam por algum procedimento em saúde mais complexo, precisam muitas vezes de utilizar as

dependências da Casai, seja por pouco tempo ou até mesmo por alguns dias. Durante a permanência dos indígenas nessa casa de saúde, há questionamentos sobre diversos fatores que contribuem para dificuldades na prestação dos atendimentos. As principais dificuldades relatadas pelo autor foram:

a marcação de consultas, longa espera por procedimentos hospitalares (consultas, exames e cirurgias); dificuldade financeira em comprar medicamentos ou realizar consultas e exames particulares; alimentação diferenciada em relação à tradicional; barreira linguística e cultural; de adaptação em relação à estrutura física da Casai e a convivência com diferentes etnias; impacto da mudança ambiental na rotina (SILVA et al, p.924).

As barreiras linguísticas são outras questões que contribuem para uma falha no processo de assistência à saúde. Mesmo quando há tradutores para intermediarem o processo de comunicação entre os indígenas e profissionais, o autor descreve, que algumas palavras e códigos não podem ser traduzidas pois a variabilidade linguística desses Povos é bem extensa (SILVA et al, 2016).

Os enfermeiros do município do Conde no estado da Paraíba, por exemplo, relatam que desconhecem as práticas religiosas e medicinais que essas populações praticam e não integram tais práticas aos cuidados em saúde. Sendo assim, é observado que a formação desses enfermeiros não dialoga com a formação que esses profissionais deveriam possuir sendo pautados pelas necessidades regionais, sociais e culturais dessas populações (LIMA et al, 2016).

Os indígenas como passar do tempo adquiriram novas maneiras de se organizar em sociedade. Alguns costumes, por exemplo, se modificaram com o passar dos anos, principalmente pelas dificuldades na manutenção das atividades de subsistência, a facilidade de acesso a centros urbanos e o recebimento de salários ocasionaram mudanças na Saúde Indígena desses Povos que podem refletir “na saúde do indígena e em dois aspectos: o primeiro relaciona-se à diminuição da atividade física; o segundo ao aumento do poder de compra e consumo de alimentos industrializados” (BORGHI E CARREIRA, 2015; p.515).

As adversidades encontradas por esses Povos no decorrer dos tempos perpassam por lutas históricas, em busca que direitos básicos relacionados a

reconquista de territórios historicamente indígenas, por áreas urbanas ou agrárias, seja pela preservação de sua cultura ou acesso a direitos de cidadania que estão totalmente ligados ao acesso à saúde dessa população (CUERVO; RADKE; RIEGEL, 2015).

No que diz respeito aos Povos Xukuru do Estado de Pernambuco, a questão de território e de demarcações de terras são fatores inteiramente ligados as demais necessidades sociais, biológicas e simbólicas desses Povos que podem refletir em algum momento problemas em saúde (AZEVEDO, GURGEL E TAVARES; 2014).

Azevedo, Gurgel e Tavares (2014) ainda trazem com seu estudo, que outro grande problema que existe no acesso dessa população a saúde é que não há a integração do SUS com o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Neste caso, existe nos profissionais a cultura que tudo que ocorre com o Índio é um problema que deve ser tratado pela FUNAI (DSEI) e não pelo SUS.

A mudança das Equipes Multidisciplinares de Atenção Básica à Saúde Indígena é outra situação que, de certa forma, prejudica a assistência à saúde desses Povos. As contratações de boa parte dos AIS e dos enfermeiros são feitas através de lideranças políticas. Desta forma, o vínculo entre o usuário e o profissional de saúde não é estabelecido de forma contínua (DIEHL; FOLLMANN, 2014).

Rissardo e Carreira (2014) apontam que os profissionais de saúde possuem o entendimento que é necessário realizar uma atenção diferenciada e integral aos Povos Indígenas. Porém, com os percalços que existem na organização dos serviços que vão desde a falta de insumos materiais até a falta de profissionais, limitam esses trabalhadores da saúde à uma assistência individualizada e curativa.

O autor ainda relata que a qualificação dos profissionais torna-se ainda mais premente para o desenvolvimento da assistência em saúde, pois, além das técnicas e habilidades no atendimento, o cuidado prestado aos indígenas exige uma abordagem transcultural conforme preconizada pela Pnspi, com conhecimento sobre aspectos culturais, principalmente no que se refere à linguagem, visto que a dificuldade de comunicação entre o profissional e o indígena dificulta a assistência no serviço de saúde (RISSARDO; CARREIRA, 2014).

Outro ponto importante dentro de uma rede de cuidados em saúde é o vínculo entre os usuários e profissionais. Segundo Ribeiro (2017a) não muito diferente de outras organizações, a CASAI do Mato Grosso do Sul mesmo fazendo parte de uma unidade governamental também trabalha com a modalidade de contratação de servidores por meio de contrato. Com essa modalidade de contratação a maioria dos servidores permanecem pouco tempo no trabalho, podendo ocasionar em um alto índice de rotatividade de funcionários nos serviços de saúde prejudicando o vínculo entre os profissionais e usuários.

Sobre essa questão profissional é bem ressaltado que os serviços de saúde que possuem esses funcionários que trabalham por meio de contrato, toram o ambiente um pouco mais inseguro devido ao temor que eles sentem em serem demitidos (RIBEIRO, 2017a).

Os AIS reclamam que possuem poucas oportunidades de realizar cursos de formação continuada sobre as especificidades da Saúde Indígena. O AIS que possui menos de seis anos de serviço, não é convidado para a realização deles. Sendo assim, esse agente indígena de saúde é obrigado a se inteirar sobre o seu próprio trabalho de maneira voluntaria e a nível de conhecimento pois não há incentivos para a realização dessas capacitações pela própria rede de saúde (SCOPEL; DIAS-SCOPEL; LANGDON, 2015).

Segundo Cardoso (2014) mesmo com a criação da Política Nacional de Atenção aos Povos Indígenas a efetivação dessa política perpassa por diversos empecilhos organizacionais e assistenciais que envolvem a:

baixa resolutividade das ações em saúde nos distritos sanitários indígenas, marcadas por carências de profissionais habilitados para atender à população local; alta rotatividade dos profissionais em área; falta de recursos de infraestrutura e equipamentos para determinados procedimentos e ações operados pelos DSEIs (CARDOSO, 2014, p.862).

A Pnaspi ainda preconiza a articulação do sistema de saúde ocidental com o sistema tradicional indígena de saúde. Porém há controvérsias no que se refere a articulação desses sistemas, pois existe uma demanda dos indígenas de uma efetiva atenção à saúde que se articule com suas práticas xamânicas que não dialoga com as características do modelo assistencial de saúde que é organizado para atender

esses Povos que promovem uma normatização inclusiva e deixam de levar em consideração a desigualdade real que existe (CARDOSO, 2014).

No que se refere a saúde dos Povos Indígenas e especialmente aos idosos indígenas Rissardo et al (2014, p.926) enfatiza que:

a atuação da equipe de saúde se dá por meio de uma abordagem transcultural, com uma assistência que valoriza a diversidade de crenças e culturas da localidade, e ao mesmo tempo, visa à relevância da inserção dos avanços da ciência para melhoria da condição da saúde, pois se utiliza de estratégias convincentes que permitam esses Povos aderirem a estes cuidados.

O autor ainda evidencia que outro fator que afasta o indígena da assistência à saúde independente de sua necessidade é a demora no atendimento. Principalmente quanto há necessidade de encaminhamento a serviços especializados (RISSARDO et al, 2015).

Para Borghi et al (2015, p.593) este, não é um problema experienciado exclusivamente por indígenas, mas por toda a população. A ineficácia do sistema de saúde, incapaz de oferecer a esses indivíduos um acesso mais fácil à rede de atenção primária, superlota os serviços de referência do SUS.

### **7.3.2 Potencialidades do Acesso a Saúde Indígena segundo a Pnasp**

A Pnasp traz a o princípio da Integralidade preconizado pelo SUS como um eixo principal para a Política Nacional de Atenção aos Povos Indígenas. Onde o conceito de integralidade traz sentido de integração dos cuidados quanto um sentido de respeito à integridade das pessoas respeitando assim seus costumes e crenças dentro dos serviços de atenção à saúde (DIEHL; PELLEGRINI, 2014).

Para que esse princípio seja de fato levado em consideração no acesso a saúde desses Povos se faz necessário a utilização da Educação Permanente como uma metodologia que promove um ensino e aprendizagem no cotidiano dos profissionais de acordo com as situações e realidades em saúde que eles vão vivenciando. Sendo

assim, esse método tem a capacidade de desenvolver um diálogo intracultural entre os Povos Indígenas e os profissionais de saúde (DIEHL; PELLEGRINI, 2014).

Segundo Cuervo, Radke e Riegel (2015) é necessário aprimorar o nosso modelo de atenção à saúde a partir de uma nova política de educação em saúde. Para que a atenção à saúde a esses Povos vá além dos modelos de atenção existentes e que são pouco efetivos.

O atendimento a esses Povos, por exemplo, é realizado na maior parte das vezes, por profissionais, sejam eles enfermeiros, técnicos em enfermagem nativos de cada região e entre outros. Que são responsáveis por aproximar as relações principalmente entre médicos e pacientes que geralmente não falam a mesma língua (SILVA et al, 2015).

Com relação à assistência de saúde realizada por profissionais os estudos de Ribeiro, Fortuna e Arantes (2015) relatam que a produção do cuidado ao indígena, está fundamentada em dois elementos básicos: a habilidade dos profissionais de saúde em lidar com o indígena e a relação pautada na confiança. Os autores ainda afirmam que a empatia, o afeto e a confiança são importantes na garantia desse cuidado.

Com relação a assistência à saúde prestada pelo programa do governo chamado de Mais Médicos, os médicos intercambistas possuem um diferencial de conhecimento em relação as plantas medicinais que os médicos nativos do Brasil, muitas vezes não possuem (SILVA et al, 2015).

O conhecimento das plantas medicinais além de proporcionar uma integração entre os saberes em saúde, ainda podem ser capazes de diminuir os gastos em saúde para o sistema público e ainda minimizar as dificuldades de acesso à medicamentos, podendo ser considerada uma fonte alternativa de medicamentos para esses Povos (BORGHI E CARREIRA, 2015).

O protagonismo dos AIS é outro importante fator dentro do modelo de atenção à saúde desses Povos. Scopel, Dias-Scopel e Langdon (2015) relatam que a atuação desses agentes não se reduz a ações biomédicas, adicionalmente eles têm uma atuação política decisiva no contexto de pluralidade médica, participando diretamente de processos de negociações por melhoria da qualidade dos serviços de saúde.

Segundo Rissardo et al (2014) o AIS foi o membro da equipe que se destacou na prestação do cuidado, uma vez que este profissional se reporta como elo entre a equipe e os indígenas contribuindo para o acesso do serviço de saúde, além da própria execução dos cuidados tradicionais da cultura.

Dentro do modelo de atenção à saúde é de fundamental importância a interação dos processos terapêuticos nos serviços de Saúde Indígena e que a liberdade de escolha dos Povos indígenas entre os itinerários terapêuticos a serem seguidos, proporcionam melhores resultados nos processos de cura (GUIMARÃES, 2015).

Guimarães (2015) realizou um estudo sobre o sistema médico Sanumá-Yanomami, no qual a autora descreve a importância dos Xamãs nos processos de saúde.

para a comunidade estudada os xamãs se alimentam das informações que recebem “domesticando” as criaturas, os seres auxiliares, que são réplicas de tudo o que há no mundo. Portanto, todo o sistema da biomedicina, os instrumentos, a própria figura do médico, podem ser usados pelos xamãs, quando estes identificam suas potencialidades (GUIMARÃES, 2015, p.2155).

## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Questões relacionadas a população indígena estão em evidência neste ano de 2019. Observa-se diversos retrocessos nos direitos sociais a esses Povos, que deveriam ser assegurados pela Constituição, o que pode ocasionar problemas em diversas esferas de desenvolvimento, como a área da saúde por exemplo.

A partir da elaboração deste trabalho, por exemplo, percebe-se que a saúde dela está muito além de especificidades biológicas. Que os determinantes sociais, como renda, alimentação, cultura, ambiente e até mesmo o território que se relaciona com a moradia e o direito à terra dessa população, possuem impactos significativos na assistência à saúde para esses Povos (BUSS; FILHO, 2007).

O referencial teórico juntamente com a metodologia deste trabalho nos possibilitou uma maior compreensão do que é a Saúde Indígena a partir da revisão integrativa e da pesquisa documental. Além do mais esta pesquisa nos permitiu mapear os estudos que já existem sobre a temática e elencar as potencialidades e dificuldades que existem sobre o acesso dessa população a saúde.

A partir da Pesquisa Documental observou-se na construção do Referencial Teórico, que a definição de Índio é usada por alguns autores, mesmo sendo considerada incorreta. A Fundação Nacional do Índio, por exemplo, usa o termo Índio para se referir ao Indivíduo Indígena.

Outro ponto observado é que nenhum sítio de organização governamental traz a definição de Indígena e o porquê essa definição deveria ser utilizada ao invés da definição de Índio. Mesmo assim, utilizou-se neste trabalho a definição de Indígena para denominar esses Povos, por considerar que o termo abrange mais a diversidade dessa população.

Também como resultado dessa pesquisa observou-se que mesmo com a Pnapsi sendo utilizada como base de organização na atenção à saúde desses Povos, verificou-se que existem mais dificuldades que potencialidades no acesso a saúde dessa população. Tornando pouco efetivos os princípios da política de prestar uma atenção diferenciada onde as diferenças culturais, sociais e religiosas são respeitadas.

O acesso a saúde no Brasil encontra diversas barreiras culturais, financeiras e até mesmo políticas na sua efetivação. Percebe-se ainda que as populações que possuem necessidades específicas, enfrentam ainda mais dificuldades na garantia desse direito a atenção a saúde como é o caso dos indígenas.

Ao realizar a RI sobre o acesso à saúde à população indígena, percebeu-se que ainda outros problemas não listados no nosso trabalho ainda permeiam a saúde desses Povos. Diante disso, propomos para estudos futuros que pesquisadores abordem as diversidades culturais entre as etnias existentes; que detalhem em seus estudos as suas culturas, especificidades e até mesmo quais são os tipos de tratamento que os indígenas usam no processo restituição da saúde. Nos estudos analisados percebemos que essas informações quando existentes são muito rasas. Sendo assim, acreditamos que tais informações poderiam contribuir para o conhecimento dos profissionais de saúde sobre essas populações.

Outros assuntos pertinentes para serem abordados em pesquisas futuras são: o processo de alcoolização dos indígenas e o que os levam a serem adeptos ao uso de álcool; a saúde mental dessa população é outro tema que deve ser estudado, e as doenças que mais acometem esses indivíduos. E por fim, a Saúde Indígena e o direito à terra, que segundo a Constituição, as terras ocupadas tradicionalmente pelos indígenas deveriam ser demarcadas pelo Estado para usufruto desses Povos, situação que não acontece muito na prática.

Todos os temas propostos para estudos futuros se relacionam com a saúde dessa população e são assuntos a serem tratados pela Saúde Pública/Saúde Coletiva e possuem grande relevância para a melhoria de vida dessas populações, sejam por meio de novas pesquisas que podem embasar melhorias na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas juntamente com os atores sociais responsáveis ou até mesmo para servir de base de conhecimento para os profissionais em saúde que trabalham com essa população.

E eu, como graduanda em Saúde Coletiva, enfatizo a importância de estudar as populações em vulnerabilidades sociais pois são populações que precisam ser vistas pela sociedade e principalmente serem olhadas de acordo com as suas especificidades culturais, religiosas, regionais e políticas. Desta maneira, eu pretendo

continuar a estudar essas populações com a finalidade de poder contribuir com mais conhecimento sobre esses Povos.

## 9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AZEVEDO, A. L.; GURGEL, I. G.; TAVARES, M. A. O poder de acessar a saúde: uma análise do acesso à saúde na etnia indígena Xukuru do Ororubá, Pesqueira (PE). **Cadernos Saúde Coletiva**. v.22, n.3. Rio de Janeiro jul. /set. 2014.

BENEFIELD, L. Implementing evidence-based practice in home care. **Home Healthc Nurse**. 2003. dez. 804-11.

BENEVIDES, L.; PORTILLO, J. A.; NASCIMENTO, Wanderson Flor do. A atenção à saúde dos povos indígenas do Brasil: as missões do subsistema. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**. v.8, n.1. 2014.

BORGHI, A. C.; Carreira, L. Condições de vida e saúde do idoso indígena Kaingang. **Escola Anna Nery**. v.19, n.3. Rio de Janeiro jul. /set. 2015.

BORGHI, A. C.; ALVAREZ, A. M.; MARCON, S. S.; Carreira, L. Singularidades culturais: o acesso do idoso indígena aos serviços públicos de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v.49, n.4. São Paulo jul./ago. 2015.

BOTELHO, L. L.; CUNHA, C. C.; MACEDO, M. O método da Revisão Integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e Sociedade**. v. 5, n. 11. Belo Horizonte. p.121-136. Ago. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Saúde Indígena: etnodesenvolvimento das sociedades indígenas**. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva – Brasília: Ministério da Saúde. 2001.

\_\_\_\_\_. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. - 2ª Edição - Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. 2002. 40 p.

\_\_\_\_\_. Fundação Nacional de Saúde. **Lei Arouca: a Funasa nos 10 anos de saúde indígena**. Fundação Nacional de Saúde. - Brasília: Funasa. 2009. 112 p.; il.

\_\_\_\_\_. [Constituição (1988) ]. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nos 1/1992 a 68/2011, pelo Decreto Legislativo nº 186/2008 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/1994. – 35. ed. – Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara. 2012. 454 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Maio de 2017a. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/sistema-unico-de-saude>>. Acesso em: 18 de jun. de 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde Indígena**. Sobre a área. Agosto de 2017b. Disponível em : < <http://www.saude.gov.br/saude-indigena/sobre-a-area>> Acesso em: 17 de maio. de 2019.

BUSS, P. M.; FILHO, A. P. A saúde e seus determinantes sociais. **Revista Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. 77-93. 2007.

CALEFFI, P. "O que é ser índio hoje?" A questão indígena na América Latina/Brasil no início do século XXI. **Diálogos Latino-americanos**. Espanha e Portugal. n. 7, p. 20-42. 2003.

CARDOSO, M. Saúde e povos indígenas no Brasil: notas sobre alguns temas equívocos na política atual. **Cadernos de Saúde Pública**. v.30, n.4. Rio de Janeiro. abr. 2014.

CUERVO, M. R.; RADKE, M. B.; RIEGEL, E. M. PET-Redes de atenção à saúde indígena: além dos muros da universidade, uma reflexão sobre saberes e práticas em saúde. **Interface, Comunicação, Saúde, Educação**. v.19. Botucatu. 2015.

DIEHL, E. E.; FOLLMANN, H. B. Indígenas como trabalhadores de enfermagem: a participação de técnicos e auxiliares nos serviços de atenção à saúde indígena. **Texto e Contexto Enfermagem**. v.23, n.2. Florianópolis abr./jun. 2014.

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. **Cadernos de Saúde Pública**. v.30, n.4. Rio de Janeiro. abr. 2014.

FALKENBERG, M. B.; SHIMIZU, H. E.; BERMUDEZ, X. P. As representações sociais dos trabalhadores sobre o cuidado à saúde da população indígena Mbyá-Guarani. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. v.25. Ribeirão Preto. fev. 2017.

FERNANDES M. F; NOBREGA, A. R.; MARQUES, R. S; CABRAL, A. M.; SIMPSON, C. A. Um breve histórico da saúde indígena no Brasil. **Revista de Enfermagem**. UFPE on line. 2010. nov. /dez. 1951-960.

FUNAI. Fundação Nacional do Índio. **Quais os critérios utilizados para a definição de indígena?** 2018a. Disponível em: <<http://www.funai.gov.br/index.php/todos-ouvidoria/23-perguntas-frequentes/97-pergunta-3#t3-footer>>. Acesso em: 13 de abr. de 2019.

\_\_\_\_\_. Fundação Nacional do Índio. **Serviço de Proteção não Índio SPI**. Assistência Sanitária. 2018b. Disponível em: <<http://www.funai.gov.br/index.php/servico-de-protecao-aos-indios-spi?start=5#>>. Acesso em: 16 de maio. de 2019.

\_\_\_\_\_. Fundação Nacional do Índio. **Quem são?** 2018c. Disponível em: <<http://www.funai.gov.br/index.php/indios-no-brasil/quem-sao>> Acesso em: 15 de jun. de 2019.

\_\_\_\_\_. Fundação Nacional do Índio; Ministério da Saúde: Secretaria Especial de Saúde Indígena; Secretaria de Atenção à Saúde; Fundação Oswaldo Cruz – Brasília. **I Oficina sobre Povos Indígenas e Necessidades Decorrentes do Uso do Álcool: cuidado, direitos e gestão – relatório executivo.** – Brasília: Funai; MS; Sesai; SAS; Fiocruz. 2018d. 48p.

FUNASA. Fundação Nacional de Saúde. Fundação Nacional do Índio. Ministério da Saúde. **Relatório de Gestão da Funasa 2003/2005.** Brasília. jul. 2015.

GOMES, S. C.; ESPERIDIÃO, M. A. Acesso dos usuários indígenas aos serviços de saúde de Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública.** v.33, n.5. Rio de Janeiro. jun. 2017.

GUIMARAES, S. O sistema médico Sanumá-Yanomami e sua interação com as práticas biomédicas de atenção à saúde. **Cadernos de Saúde Pública.** v.31, n.10. Rio de Janeiro. out. 2015.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia. Censo 2010. **Censo 2010: população indígena é de 896,9 mil, tem 305 etnias e fala 274 idiomas.** ago. 2012. Disponível em: <<https://censo2010.ibge.gov.br/noticiascenso?busca=1&id=3&idnoticia=2194&t=censo-2010-poblacao-indigena-896-9-mil-tem-305-etnias-fala-274&view=noticia>> Acesso em: 19 de jun. de 2019.

ISA. Instituto Socioambiental. **Povos Indígenas no Brasil.** Quem são? [online]. 2018. Disponível em: <[https://pib.socioambiental.org/pt/Quem\\_s%C3%A3o](https://pib.socioambiental.org/pt/Quem_s%C3%A3o)> Acesso em: 04 de jun. de 2019.

LIMA, M. R.; NUNES, M. L.; KLUPPEL, B. L.; MEDEIROS, S. M; SÁ, L. D. Atuação de enfermeiros sobre práticas de cuidados afrodescendentes e indígenas. **Revista Brasileira de Enfermagem.** v.69, n.5. Brasília set/out. 2016.

MARTINS, A. L. **Política de saúde indígena no Brasil:** reflexões sobre o processo de implementação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Fundação Oswaldo Cruz. 2013. 126 f.

MARQUES, I. M. **A Política de Atenção à Saúde Indígena:** Implementação do Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá – Mato Grosso. Fundação Oswaldo Cruz. 2003. 244 f.

MENDES, K. D.; SILVEIRA, R. C.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**. 2008. 758-64.

MOTA, S. E.; NUNES, M. Por uma atenção diferenciada e menos desigual: o caso do Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia. **Revista Saúde e Sociedade**. v.27, n.1. São Paulo jan. /mar. 2018.

PEREIRA, E. R.; BIRUEL, E. P.; OLIVEIRA, L. S; RODRIGUES, D. A. A experiência de um serviço de saúde especializado no atendimento a pacientes indígenas. **Revista Saúde e Sociedade**. vol.23, n.3. São Paulo jul./set. 2014.

POUPART, J; DESLAURIERS, J. P.; GROULX, L. H.; LAPERRIÈRE, A.; MAYER, R.; PIRES, A. Tradução: In: NASSER, Ana Cristina Arantes. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. 3ª edição. Petrópolis – RJ. Editora Vozes. 2012.

RIBEIRO, A. A.; ARANTES, C. I.; GUALDA, D. M.; ROSSI, L. A. Aspectos culturais e históricos na produção do cuidado em um serviço de atenção à saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. v.22. no.6. Rio de Janeiro. jun. 2017a.

RIBEIRO, A. A.; ACIOLE, G. G.; ARANTES, C. I.; READING, J.; KURTZ, D. L. Processo de trabalho e produção do cuidado em um serviço de saúde indígena no Brasil. **Escola Anna Nery**. v.21, n.4. Rio de Janeiro. set. 2017b.

RIBEIRO, A. A; FORTUNA, C. M.; ARANTES, C. I. O trabalho de enfermagem em uma instituição de apoio ao indígena. **Revista Texto contexto - enfermagem**. v.24, n.1. Florianópolis. jan. /mar. 2015.

RISSARDO, L. K.; CARREIRA, L. Organização do serviço de saúde e cuidado ao idoso indígena: sinergias e singularidades do contexto profissional. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v.48, n.1. São Paulo. fev. 2014.

RISSARDO, L. K.; ALVIM, N. A.; MARCON, S. S. Práticas de cuidado ao idoso indígena - atuação dos profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v.67, n.6. Brasília nov. /dez. 2014.

SCOPEL, D.; DIAS-SCOPEL, R. P.; LANGDON, E. J. Intermedicalidade e protagonismo: a atuação dos agentes indígenas de saúde Munduruku da Terra Indígena Kwatá-Laranjal, Amazonas, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. v.31, n.12. Rio de Janeiro. dez. 2015.

SILVA, D. M.; NASCIMENTO, E. H.; SANTOS, L. A.; MARTINS, N. V.; SOUSA, M. T.; FIGUEIRA, M. C. Dificuldades enfrentadas pelos indígenas durante a permanência em uma Casa de Saúde Indígena na região Amazônica/Brasil. **Revista Saúde e Sociedade**. v.25, n.4. São Paulo. out/dez. 2016.

SILVA, R. P.; BARCELOS, A. C.; HIRANO, B. Q.; IZZO, R. S.; CALAFATE, J. M.; SOARES, T. O. A experiência de alunos do PET-Saúde com a saúde indígena e o programa Mais Médicos. **Interface, Comunicação, Saúde, Educação**. v.19. Botucatu. 2015.

TEIXEIRA, D. Z.; NUNES, N. S.; SILVA, R. M.; PEREIRA, E. R.; HANDAN, V. O encontro face a face no cuidado em saúde indígena: uma perspectiva em Lévinas. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v.71. Brasília. 2018.

WAGNER, D. F. Identidade étnica, índios e direito penal no Brasil. Paradoxos insustentáveis. **Revista Direito GV**. São Paulo. v.14, n.1,123-147. Jan-abr. 2018.