UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS – UFAL

CAMPUS ARAPIRACA

COMPLEXO DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DE ENFERMAGEM - CCME

MEDICINA - BACHARELADO

JORGE MATHEUS NASCIMENTO SILVA

SITUAÇÃO EM SAÚDE DA POPULAÇÃO INDÍGENA NO NORDESTE BRASILEIRO

ARAPIRACA

2022

Jorge Matheus Nascimento Silva

Situação em saúde da população indígena no Nordeste brasileiro

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Curso de Medicina da Universidade Federal de Alagoas, Campus Arapiraca como requisito parcial à obtenção do título de Bacharelado em Medicina.

Orientador: Prof.ª Dr.ª Waléria Guerreiro Lima

Arapiraca

2022

Universidade Federal de Alagoas – UFAL
Campus Arapiraca
Biblioteca Setorial *Campus* Arapiraca - BSCA

S586s Silva, Jorge Matheus Nascimento
Situação em saúde da população indígena no Nordeste brasileiro [recurso eletrônico] / Jorge Matheus Nascimento Silva. – Arapiraca, 2022.
49 f.: il.

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Waléria Guerreiro Lima.
Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Medicina) – Centro de Ciências Médicas e Enfermagem, Universidade Federal de Alagoas, *Campus* Arapiraca, Arapiraca, 2022.
Disponível em: Universidade Digital (UD) – UFAL (*Campus* Arapiraca).
Referências: f. 47-49.

1. Gestão em saúde. 2. Saúde indígena. 3. Povos originários.. I. Lima, Waléria Guerreiro. II. Título.

CDU 61

Bibliotecário responsável: Nestor Antonio Alves Junior
CRB - 4 / 1557

Jorge Matheus Nascimento Silva

Situação em saúde da população indígena no Nordeste brasileiro

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Curso de Medicina da Universidade Federal de Alagoas, Campus Arapiraca como requisito parcial à obtenção do título de Bacharelado em Medicina.

Dta de aprovação: 05/12/2022.

Banca Examinadora

Prof.ª Dr.ª Waléria Guerreiro Lima
Centro Universitário dos Guararapes - UNIFG
(Orientadora)

Prof. Me. Diógenes Carvalho Matias
Centro Universitário dos Guararapes - UNIFG
(Examinador)

Prof.ª Dr.ª Maria Deysiane Porto Araújo
Universidade Federal de Alagoas – UFAL
Campus Arapiraca
(Examinadora)

"Prefiro virar adubo dessa terra do que parar de lutar por ela"

Provérbio Indígena

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, a Deus, que me deu força para concluir mais essa etapa da minha vida. Gostaria de dedicar esse espaço à todas as pessoas e instituiçõe que participaram direta ou indiretamente do meu processo de formação e dizer que serei eternamente grato à todos pela paciência e icentivo.

Ao Dr. João Paulo Botelho Vieira Filho que quardo na memória, mesmo sendo muito jovem, a doce voz, cheia de afeto e compaixão ao atender a população Suruí. Às caminhadas no final da tarde e a preocupação com a alimentação dos povos indígenas.

A minha mãe, que é a grande responsavel pelo meu caráter e a pessoa que eu me tornei hoje, minha inspiração de profissão e de intrega aos pacientes.

À minha irmã, Drª Waléria Guerreiro, que sempre acreditou no meu potencial e lutou contra tudo e contra todos para que eu realisasse esse grande sonho, que mesmo distânte não se descuidou da minha formação.

Ao “Meu Lucas” á “Minha Lívia”, que são as minhas grandse motivações e meu combustível para contínuar todos os dias, ao amor puro, verdadeiro e incondicional que eles me proporciona, ao consolo nos dias difíceis.

Aos meu amigos, que se tornaram minha família em Arapiraca, que me acolheram e com quem tenho uma eterna gratidão por todos, sem nenhuma excessão, por tudo que fizeram seja academicamente, ou pessoalmente, vocês ocupam um local de destaque na minha vida e no meu coração.

Agradeço à UFAL, UNIFG, PORTO DIGITAL e UFPE e todas as outras intituições colaboraram com minha formação e meu crescimento acadêmico.

Ao Prof. Dr. Carlos Dornels que com muita paciência e dedicação, ensinou-me não somente o conteúdo programado, mas também o sentido da amizade e do respeito.

Ao Dr. Michael Machado e à Drª. Deysiane Porto, que mostraram-me a importância de ser apaixonadamente comprometido e dedicado co a minha futura profissão.

Ao professor Dr. Alisson, pela levesa e tranquilidade com que leva seus trabalho que traz bem estar e prazer para o processo de aprendizagem.

À Drª Myiuk e Drª Francine, que são pessoas que trabalham incansávelmente para que a faculdade de Medicina de Arapiraca tenha excelência no ensinamento e na formação dos seus alunos, sem se descuidar da preocupação maternal de seus alunos.

Ao Prof. Diógenes Matias pela oportunidade e apoio durante todo o processo de construção desse TCC.

RESUMO

Os indicadores de Saúde são ferramentas utilizadas para entender a situação sanitária de uma determinada comunidade e a partir disso promover vigilância das condições de saúde. Diante disso, devido à importância de estimar a efetividade da gestão em saúde pública frente as minorias, este trabalho propõe traçar um panorama avaliativo das ações e planejamento de saúde pública dentro dos Distrito Sanitário Indígena (DSEI) distribuídos nos estados do Nordeste, no sentido de averiguar se há uma eficácia quanto às preocupações de acesso integral saúde indígena. O campo de estudo foi a área de abrangência dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) da região Nordeste brasileira, cuja sedes estão localizadas em Alagoas, Bahia, Maranhão, Ceará, Pernambuco e Paraíba. DSEI do Estado de Sergipe fica localizado em Algoas, logo, os dados foram analisados no mesmo DSEI. Os dados demográficos relativos à população indígena foram obtidos junto ao cadastro populacional registrado no Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), no período de 2016 a 2020. Foram coletados dados demográficos: população total, razoão de sexo, prorporção de menores de 5 anos, proporção de idosos, índice de envelhecimento e taxa bruta de natalidade . Em relação aos dados de saúde pública, foram obtidos dados sobre: esquema vacinal completo, taxa de mortalidade, incidência de doenças infecto-contagiosas e não contagiosas, incidência de neoplasias malignas, Número de atendimentos médicos (SUS) por habitante, cobertura de consultas de pré-natal e classificação do estado nutricional de crianças indígenas menores de 05 anos. Foram detectados 31 etnias, distribuías em 386 aldeias, 59 municípios, com 64.886 indíviduos. Os estados com maior contingente populacional foram PE e MA, com 19.730 e 16.179 habitantes, respectivamente. Em relação ao número de homens para cada 100 mulheres, há uma predominância da população masculina em torno de 51%, em relação à feminina, no geral. Quando observada a taxa de natalidade, houve uma proporção de maior número de jovens em relação ao de idosos. Em relação à proporção de atendimento médico, observou-se que, de 2017 a 2022, a taxa variou de um estado para o outro, sendo 0,856 para AL e SE, 0,792 para BA 0,906 no CE, 0,134 no MA, 0,928 em PE e 0,832 para a PB. No que tange às doenças não transmissíveis, os dados de incidência foram relativamente baixos para cálculo da taxa. Em dados gerais, PE teve uma incidência maior de 0,52%, seguidos de PB e CE, BA, e Al e SE, com 0,34%, 0,32%, 0,19%, 0,16% respectivamente. O Estado do MA não registrou doenças transmissíveis analisadas nesse estudo. Em relação às doenças transmissíveis, observa-se que a Sífilis foi a IST mais prevalente para todos os estados, exceto o MA. A prevalência dessa patologia variou de 0,11% no DSEI de Al e SE a 0,47%, para o DSEI de PE. Foram registrado

744 óbitos por Doenças Crônicas Não Transmissível (DCNT). Observou-se que as doenças cardiovasculares tiveram maior taxa de letalidade dentre as demais DCNT, totalizando 495 mortes, onde os estados de PE e MA apresentaram 148 e 149, respectivamente. Já as patologias do aparelho genitourinário e diabetes tiveream as menores proporções de óbitos. Sobre a cobertura vacinal, notou-se que, 56,7%, do total de crianças menores de 01 ano atendidas não atingiu a meta estabelecida, exceto para o ano de 2017, cuja proporção foi de 91,1%. Quanto ao esquema vacinal das crianças indígenas de 01 a 04 anos, a meta foi alcançada durante os 05 anos, tendo o ano de 2018 com maior percentual obtido, com 94,7% de imunizados e tendo o menor índice alcançado o ano de 2016, com 90,4%. O Estado de PE teve o maior percentual de vacinação (95,56%) e o MA teve o menor (86,54%). Em relação às condições de pré-natal, no ano de 2016 houve uma maior desassistência a este tipo de procedimento, onde, em média, 30% das grávidas não chegaram a realizar nenhuma consulta, com destaque para os DSEI de PE e PB que não contabilizaram seus dados em nenhum dos levantamentos. O DSEI do MA foi o estado que observou maior taxa de desassistência, totalizando 46,7. No que tange à porcentagem de crianças com muito baixo peso, os dados ficaram entre 0,2% e 2,7%, o que denota uma caracterísitica da eficiência das ações de combate à desnutrição.

Palavras-chave: gestão em saúde; povos originários; saúde indígena.

ABSTRACT

Health indicators are tools used to understand the health situation of a given community and, based on this, promote surveillance of health conditions. In view of this, due to the importance of estimating the effectiveness of public health management vis-à-vis minorities, this work proposes to outline an evaluative overview of public health actions and planning within the Indigenous Sanitary District (DSEI) distributed in the Northeastern states, in the sense of to verify if there is an effectiveness regarding the concerns of integral access to indigenous health. The field of study was the area covered by the Special Indigenous Health Districts (DSEI) of the Brazilian Northeast region, whose headquarters are located in Alagoas, Bahia, Maranhão, Ceará, Pernambuco and Paraíba. DSEI of the State of Sergipe is located in Algoas, therefore, the data were analyzed in the same DSEI. Demographic data related to the indigenous population were obtained from the population registry registered in the Indigenous Health Care Information System (SIASI), from 2016 to 2020. Demographic data were collected: total population, sex ratio, proportion of children under 5 years, proportion of elderly, aging index and crude birth rate . Regarding public health data, data were obtained on: complete vaccination schedule, mortality rate, incidence of infectious and non-contagious diseases, incidence of malignant neoplasms, number of medical consultations (SUS) per inhabitant, coverage of prenatal care and classification of the nutritional status of indigenous children under 05 years of age. 31 ethnic groups were detected, distributed in 386 villages, 59 municipalities, with 64,886 individuals. The states with the largest populations were PE and MA, with 19,730 and 16,179 inhabitants, respectively. Regarding the number of men for every 100 women, there is a predominance of the male population around 51%, in relation to the female population, in general. When observing the birth rate, there was a proportion of a greater number of young people in relation to the number of elderly people. Regarding the proportion of medical care, it was observed that, from 2017 to 2022, the rate varied from one state to another, being 0.856 for AL and SE, 0.792 for BA, 0.906 for CE, 0.134 for MA, 0.928 for PE and 0.832 for PB. With regard to noncommunicable diseases, the incidence data were relatively low for calculating the rate. In general data, PE had a higher incidence of 0.52%, followed by PB and CE, BA, and Al and SE, with 0.34%, 0.32%, 0.19%, 0.16% respectively. The State of MA did not record communicable diseases analyzed in this study. Regarding transmissible diseases, it is observed that Syphilis was the most prevalent STI for all states, except MA. The prevalence of this pathology ranged from 0.11% in the Al and SE DSEI to 0.47% for the PE DSEI. There were 744 deaths due to Chronic Noncommunicable Diseases (CNCD). It was observed that

cardiovascular diseases had a higher lethality rate among the other NCDs, totaling 495 deaths, where the states of PE and MA had 148 and 149, respectively. On the other hand, pathologies of the genitourinary system and diabetes had the lowest proportions of deaths. Regarding vaccination coverage, it was noted that 56.7% of the total number of children under 01 years of age attended did not reach the established target, except for the year 2017, whose proportion was 91.1%. As for the vaccination schedule for indigenous children aged 01 to 04 years, the goal was achieved during the 05 years, with the year 2018 having the highest percentage obtained, with 94.7% of immunized individuals and having the lowest rate reached in the year 2016, with 90.4%. The State of PE had the highest percentage of vaccination (95.56%) and MA had the lowest (86.54%). Regarding prenatal conditions, in 2016 there was a greater lack of assistance for this type of procedure, where, on average, 30% of pregnant women did not have any consultations, with emphasis on the DSEI of PE and BP that did not accounted for their data in any of the surveys. The DSEI of MA was the state that observed the highest rate of non-assistance, totaling 46.7. With regard to the percentage of children with very low weight, the data were between 0.2% and 2.7%, which denotes a characteristic of the efficiency of actions to combat malnutrition.

Keywords: health management; indigenous peoples; indigenous health.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 10

2 OBJETIVOS 13

2.1 OBJETIVO GERAL 13

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 13

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA 14

3.1 REFORMA SANITÁRIA E AS INTERSECÇÕES COM AS LUTAS DO MOVIMENTO INDÍGENA 14

3.2 DETERMINANTES SOCIAIS DAS COMUNIDADES INDÍGENAS 15

3.3 SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA E SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS 17

3.4 SITUAÇÃO ATUAL DA DEMOGRAFIA INDÍGENA NA REGIÃO NORDESTE.. 19

3.5 SITUAÇÃO ATUAL DA ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA NA REGIÃO NORDESTE 20

3.6 INDICADORES DE SAÚDE 21

4 METODOLOGIA 23

4.1 POPULAÇÃO E AMOSTRA 23

4.2 COLETA DE DADOS 23

4.3 ANÁLISE DE DADOS 23

4.3.1 Dados Demográficos 24

4.3.2 Dados em Saúde 24

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO 26

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS 45

REFERÊNCIAS 47

1 INTRODUÇÃO

O atraso dos povos indígenas brasileiro em relação aos avanços sociais, seja na área da saúde quanto educação, segurança, habitação ou saneamento, vem sendo analisado sob a omissão do Estado no que tange a sua complexa trajetória em meio à luta dos conflitos fundiários associados à expansão das fronteiras demográficas nacionais e à degradação ambiental. Essa parcela da população está sujeita a uma menor expectativa de vida em função de problemas relacionados à anemia, desnutrição, maior convívio com doenças infecciosas e parasitárias, além de outras doenças crônicas como diabetes, hipertensão e obesidade (COIMBRA JÚNIOR, 2014; CARDOSO *et al*., 2013).

Além disso, as peculiaridades regionais às quais as populações indígenas estão inseridas contribuem para uma maior vulnerabilidade, exibindo indicadores mais divergentes em relação ao restante do país. Os contrastantes perfis de saúde indígena resultam da complexa combinação de fatores socioeconômicos, políticos e ambientais que precisam ser melhor abordados para o entendimento dessa desigual situação brasileira (COIMBRA JÚNIOR, 2014; WELCH, 2014).

Os indicadores de Saúde que são ferramentas utilizadas para entender a situação sanitária de uma determinada comunidade e a partir disso promover vigilância das condições de saúde. Assim, os indicadores são critérios valiosos para a avaliação da situação de saúde de uma população, e a partir deles é possível identificar dentro de uma mesma comunidade grupos com maiores necessidades de assistência, áreas com maiores riscos epidemiológicos e assim, garantir o acesso integral à saúde ajustadas as necessidades da população.

Além disso, sabido que a obrigatoriedade da disponibilização de informações transparentes, tempestivas e relevantes acerca da gestão pública e aplicabilidade dos recursos públicos por parte dos governantes e gestores, constitui um ato de responsabilidade na prestação de contas e um direito garantido a todos os brasileiros pela Lei de acesso à informação n° 12.527, de 18 de novembro de 2011. No que compete à saúde indígena, dentro do Sistema de Atenção de Informação de Saúde Indigena (SASI), foi criado, em 1999, o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) com o objetivo de melhorar a disponibilidade e o acesso a informações de saúde específicos para planejamento, implementação e avaliação.

No entanto, algumas limitações são impostas a esse sistema, sendo a principal delas a dificuldade em acessar essas informações o que impossibilita a interface com outros sistemas e consequentemente, a utilização desses dados para planejar atividades posteriores de saúde. Além disso, a Articulação Nacional dos Povos Indígenas (APIB) vem se contrapondo com os dados oficiais da SESAI, onde esta considera racista os critérios de análise de distinção dos

povos indígenas em aldeados e não aldeados. Assim, de acordo com a APIB, esta apresenta dados mais fidedignos e de maior valor analítico para o planejamento das ações em saúde (APIB, 2020).

Diante disso, devido à importância de estimar a efetividade da gestão em saúde pública frente as minorias, este trabalho propõe criar uma análise descritiva do cenário das ações de planejamento de saúde pública dentro dos Distrito Sanitário Indígena (DSEI) distribuídos nos estados do Nordeste, no sentido de averiguar se há uma eficiência quanto às preocupações de acesso integral à saúde indígena. Para isso, serão avaliados indicadores em seis eixos temáticos e assim, com o intuito de traçar um panorama da eficácia em gestão de saúde pública nessas populações negligenciadas.

A criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, em 1999, pretendeu concretizar esse direito. Foram caracterizados, também, por inúmeras dificuldades para cumprir as diretrizes estabelecidas na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, de modo que pudessem reverter as desigualdades em saúde entre os cidadãos indígenas e não indígenas. Apesar do aumento dos estudos na área da saúde indígena, não é possível traçar um quadro epidemiológico satisfatório sobre essa população. Avanços são identificados no que se refere à participação da população indígena nas políticas de saúde, com destaque para o protagonismo indígena na construção de políticas públicas de saúde (FUNAI, 2014).

Os espaços de controle social do subsistema se tornaram espaços privilegiados de interlocução entre os povos indígenas e o governo e fizeram-se palco de diversas manifestações em defesa da saúde indígena. Porém, muitos são os desafios para manutenção de canais permanentes de comunicação com todos os atores envolvidos na atenção à saúde indígena. O SasiSUS tem a missão de garantir a universalização dos serviços de saúde e a melhoria das condições de vida dos Povos Indígenas no Brasil, por meio de uma política de saúde que reconheça e respeite a diversidade desses povos (FUNAI, 2014).

As ações de monitoramento e avaliação do SasiSUS são fundamentais para que se ter accesso a indicadores confiáveis para a gestão das ações a serem desenvolvidas no âmbito do Subsistema. A Padronização de Indicadores segue o caminho trilhado pelas Diretrizes Operacionais do SasiSUS para uma inificação de protocolos clínicos e de assistência farmacêutica , além de serem fundamentais para a elaboração de um banco de dados nacional (SOUSA; SCATENA e SANTOS, 2007).

No entanto, algumas limitações são impostas a esse sistema, é a principal delas é a dificuldade em acessar essas informações que impossibilita a interface com outros sistemas e consequentemente a utilização desses dados para planejas atividades de saúde posteriormente.

Além disso, a Articulação Nacional dos Povos Indígenas (APIB) vem contrapondo os dados oficiais da SESAI, que a mesma considera racista os critérios de análise de distinção dos povos indígenas em aldeados e não aldeados, assim a APIB traz dados mais fidedignos e de maior valor analítico para o planejamento das ações em saúde (APIB, 2020).

Diante disso, devido à importância de estimar a efetividade da gestão em saúde pública frente as minorias, este trabalho propõe traçar um panorama avaliativo das ações e planejamento de saúde pública dentro dos Distrito Sanitário Indígena (DSEI) distribuídos nos estados do Nordeste, no sentido de averiguar se há uma eficácia quanto às preocupações de acesso integral saúde indígena. Para isso, serão avaliados indicadores em seis eixos temáticos, e assim então propor estudos futuros para estimar índice de eficiência em gestão de saúde pública nessas populações negligenciadas.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o sistema de saúde da população indígena para predição da qualidade nas ações de saúde da comunidade indígena do Nordeste brasileiro.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Apresentar levantamento de dados segundo os indicadores básicos de saúde dos 6 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) distribuídos nos estados do Nordeste;
- Sistematizar os dados obitidos através da análise em situação em saúde dos povos indígenas do Nordeste.
- Levantar os principais entraves na aplicabilidade das políticas públicas quanto ao processo de promoção de melhoria da qualidade de vida com base em indicadores de saúde da população indígena.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 REFORMA SANITÁRIA E AS INTERSECÇÕES COM AS LUTAS DO MOVIMENTO INDÍGENA

As bases do SUS e a saúde como direito de todo cidadão foram estabelecidas em 1986, com a 8º Conferência Nacional de Saúde. A partir disso, foram desenvolvidas diversas estratégias com a intenção de uma melhor coordenação integração e transferência de recursos entre instituições federais, estaduais e municipais de saúde. Mesmo com as fortes investidas do setor privado, o movimento da reforma sanitária junto com seus aliados garantiu a aprovação da reforma na Assembleia Nacional Constituinte realizada entre os anos de 1987 e 1988 (CÔRTES, 2009).

Ao mesmo tempo em que os brasileiros sofriam com medidas antidemocráticas de forma repressivas impostas pelo Estado autoritário, eram difundidas ideias de que os povos indígenas, ou o que sobraram deles, deveriam ser integrados a sociedade civil, numa espécie de "Decreto de Emancipação" que, na verdade, ia muito além da integração do índio à sociedade, abrindo prerrogativa para emancipar suas terras inalienável e colocá-las à venda, o que culminaria com o fim do direito dessa população de existir como um grupo social distinto. Por sorte, houve a consolidação do movimento indígena que contou com a participação de várias organizações pró-indígenas a exemplo da Comissão para Criação do Parque Yanomami e a Associação Nacional de Ação Indigenista em 1978 e a Comissão Pró-Índia em 1979. Essas entidades passaram a ter relação estreitas com lideranças indígenas, o que colocava em pauta suas demandas e reivindicações como a demarcação de território e ações de saúde direcionadas à população frente a incapacidade da FUNAI de prestar assistência em todas as regiões (PAIM *et al*., 2011), (CUNHA, 2018).

Indo de encontro com a tentativa de tirar as terras indígenas do mapa, a produção de estudos com informação sobre demografia e o estado de saúde dos povos indígenas foi crucial para dar visibilidades as reivindicações indígenas. O passo inicial para o pontapé do estudo demográfico foi o aparecimento do chefe de posto, contratado pela Secretaria Especial de Saúde Indígena, que era responsável por coletar as informações essenciais para o registro, como nascimento, casamento e óbito. No entanto, embora a figura de um posto indígena descentralizado, empenhado na coleta de informações demográfica tenha sido bem executada, foram poucos os esforços para processar essas informações com bases analíticas para entender melhor as dinâmicas populacionais indígenas, o que acabou por gerar informações soltas sem

valor para o planejamento de ações de melhorias a saúde (SANTOS *et al*., 2019).

Em contrapartida, órgão independentes como as universidades e museus empenharam-se na tentativa de gerar esse perfil demográfico a exemplo do Conselho Nacional de Proteção ao Índio que era uma entidade ligada ao Serviço de Proteção ao Índio (SPI) e a própria figura do antropólogo Darcy Ribeiro que deu suas contribuições em inúmeras pesquisas ligadas à comunidade indígena. Darcy Ribeiro usou a base de dados coletados pelos chefes de posto e conseguiu fazer o primeiro panorama demográfico nacional da população indígena que ganha repercussão internacional chegando até a integrar o Projeto de Relações Raciais da UNESCO, que tinha como objetivo compreender o comportamento de minorias étnicas frente às consequências da Segunda Guerra Mundial. Os resultados trazidos pelo antropólogo não eram nada otimistas e apontavam um declínio físico e desintegrações de etnias com a eventual assimilação na sociedade nacional (COIMBRA JÚNIOR; SANTOS e ESCOBAR, 2003).

O Serviço de Proteção Indígena deu lugar a Fundação Nacional do Índio tinha as mesmas funções, mas agora institucionalizando as análises dos levantamentos e pesquisas a cerca da vida indígena com a intenção de adaptar o assistencialismo às suas necessidades. Mesmo com todas as mudanças na perspectiva de análise demográfica indígena, poucos avanços foram notados quanto ao levantamento de dados oficiais. Outro movimento que também influenciaram na captação de dados populacionais indígenas foram as missões religiosas que, na figura do Conselho Indígena Missionário, foi a primeira organização a produzir e publicar dados sobre a população indígena no Brasil. Contrariando os dados oficiais, os missionários apontaram presença de povos indígenas em todas as macrorregiões da época. Assim, fica nítido a relação histórica da incapacidade das instituições governamentais em fornecer informações fidedignas sobre a situação indígena, implicando seriamente na elaboração de políticas públicas eficientes (CARDOSO *et al*., 2012).

3.2 DETERMINANTES SOCIAIS DAS COMUNIDADES INDÍGENAS

É inegável a atribuição de marginalização, exclusão e discriminação quando se fala de povos indígenas ou de minorias em geral. Esse fenômeno que se apresenta frente a esses grupos, reflete diretamente nas iniquidades de saúdes e influenciam no processo saúde-doença. Os problemas enfrentados por esses grupos estão sempre relacionados à condição socioeconômica como má higiene, contaminação ambiental, desnutrição, pobreza e superlotação, sem contar com as doenças trazidas por colonizadores que, por si só, foram responsáveis por dizimar várias etnias brasileiras. A integração à sociedade feita por alguns grupos, ao incorporar os estilos de

vidas modernos fez com que esses grupos passassem por uma transição epidemiológicas de doenças e agravos à saúde que antes eram tradicionalmente infecto-parasitários e começaram a incorporar aos aspectos de doenças comportamentais como obesidade, diabetes, doenças cardiovasculares e doenças mentais (GRACEY e KING, 2009).

Quando se leva em consideração as condições precárias das mães indígenas, observa-se que estas convivem com desnutrição e altas taxas de exposições à infecções, tendo como consequência sérias doenças com as crianças nascidas. Essas infeções adquiridas pelos bebês são de diversas naturezas, como doenças de pele, cárie dentária, doenças diarreicas agudas, infecção respiratórias e, em casos mais graves, infecções que afetam o sistema nervoso central. Altas taxas de infecções observadas em mães e crianças indígenas têm como resultado partos prematuros cujos bebês possuem baixo peso ao nascer, o que resulta no aparecimento de várias comorbidades na vida adulta como diabetes, doenças renais e cardiovasculares (CARVALHO, 2013).

Outros fatores importantes nessa análise, são a logística e a infraestrutura precárias de acessos a comunidade remotas, que prejudicam a imunização contra infecções virais infantis fazendo com que doenças preveníveis como sarampo, difteria, coqueluche, caxumba e rubéola sejam potencialmente fatais em muitos grupos indígenas. Poucas são as estratégias de enfretamento frente a esses desafios e e precárias intervenções de melhoria de atendimento e cuidados específicos para mães e crianças dessas comunidades são realizadas. É certo que, essas doenças não são só decorrentes da condição imunológica materno e do filho, mas sim, de uma série de fatores, tanto ambientais como socioeconômico, que associados ao aleitamento materno deficitário cria todo um cenário para o aparecimento dessas doenças (COIMBRA JÚNIOR. *et al*., 2013).

No que tange a desnutrição infantil, esta pode estar relacionada os acessos a alimentos nutritivos em lojas comunitárias indígenas ou em pequenas cidades, seja pela pobreza ou pelos baixos valores nutricionais dos alimentos oferecidos nessas lojas. O problema é agravado quando esse alimento não é armazenado de forma adequada, que por muitas vezes encontra-se em instalações que não contam condições ideais de armazenamento para mantê-lo fresco e não contaminado. O resultado da desnutrição está diretamente relacionada à prematuridade e, inclusive, com a mortalidade infantil (BASTA *et al*, 2012).

Possíveis estratégias podem ser utilizadas para melhorar a saúde indígenas. Um dos primeiros passos é quanto ao acesso à informação da situação em que encontra-se a saúde indígena. A partir disso é possível ter noção da necessidade de apoio tanto financeiro quanto físicos que a comunidade precisa e cobrar a efetividade dos órgãos competentes para que esses

problemas possam ser superados. Além disso, é importante enfatizar a importância da educação em saúde dessas comunidades que deve ser pauta nas estratégias de ações em saúde tanto na parte de higienização do indivíduo como na participação da comunidade no processo de responsabilidade pela saúde coletiva (CARVALHO, 2013).

3.3 SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA E SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS

Na busca de um atendimento em saúde cada vez mais especializados e totalmente voltado às demandas indígenas foi criado, em 2010, a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), visto que antes esta demanda era feita por subsistemas de outros órgãos com atribuições mais amplas e que as questões indígenas eram, por muitas vezes deixadas de lado sobre as especificidades indígenas. Ainda que não contemple todas as demandas indígenas, principalmente em relação ao acesso de informação, o fato de abranger toda a responsabilidade de gestão e execução de ações de saúde da SESAI já mostra o interesse da instituição em resolver os desafios enfrentados pelos indígenas. (MENDES *et al*., 2018)

O primeiro passo para implantação de um sistema integrado de informações da situação de saúde dos povos indígenas foi a descentralização do modelo de atenção em saúde em Distritos Sanitário Especial (DSEI), em 1999. Ao todo, são 34 DSEI distribuídos em todo o território brasileiro com uma rede de serviços de atendimentos em saúde que são ofertados dentro do território indígena integrada e hierarquizada com a rede do SUS. Ainda em áreas indígenas, a comunidade conta com um atendimento multidisciplinar de médicos, enfermeiros, odontólogos auxiliares de enfermagem assim como agentes de saúde (BRASIL, 1999).

A intenção da criação do SIASE era subsidiar os gestores e os órgãos de controle social no diagnóstico situacional dos problemas de saúde identificado dentro da comunidade indígena e, a partir disso, definir estratégias de ações e educações em saúde de combate ao problema diagnosticado visando a coerência no planejamento e efetividade nas execuções. Os SIASI, até 2002, eram alimentados diretamente pelos DSEI pela modalidade online que apresentou diversas dificuldades operacional onde sugeriram erros relacionadas à alimentação online dos dados que obrigou a verticalização das informações a nível central (SOUSA; SCATENA e SANTOS, 2007)

A lógica de funcionamento do SIASI, no início, é que ele funcionasse em módulos abrangendo os indicadores demográficos, de morbidade, imunização, saúde bucal, nutrição, pré-natal, recursos humanos, infraestrutura e saneamento. No entanto, apenas os módulos

demográfico, de morbidade e de imunização foram implementados e, mais tarde, criou-se um outro sistema, Sistemas de Informações Sobre Saneamento Básico em Áreas Indígenas (SISABI) para o módulo de saneamento. A partir desses dados, teoricamente, possibilita-se uma avaliação da estrutura organizacional, dos processos e resultados da atenção a saúde indígena através de relatórios específicos de indicadores demográficos, de morbidade, de produtividade e de organização que permitam traçar estratégias específicas para saúde indígena (SOUSA; SCATENA e SANTOS, 2007).

Por ser uma plataforma de alimentação online, algumas dificuldades operacionais já eram esperadas como o difícil acesso à internet em áreas remotas, como problemas de funcionamento de equipamentos nessas áreas. Por isso, a coleta de dados passou a ser em duas modalidades: a modalidade web, com a base de dados sediada em Brasília que possibilita a consulta e gerações de informações pela internet e a modalidade local através de relatórios e envios periódicos de informações em lotes para a base nacional. A logística da informação era chamada de "documento base" que se tratava de todo o percurso dos dados percorrido em cara instância e suas devidas responsabilidades. O documento definia e padronização desde o modo de coleta e armazenamentos desses dados, até seu encaminhamento aos polos bases. Os polos bases ficavam incumbidos de receber esses dados e digitar no SIASI local, emitindo os relatórios de análise e enviando as respectivas áreas de abrangência até chegar no seu destino na FUNASA em Brasília. Caso os polos bases não tivessem aporte operacional suficiente para realizas as atividades os DSEI correspondente a sua área assumiriam esse pape (FUNASA, 2004).

Ao comparar as variáveis do SIASI com a do Sistema de Informação sobre Nascidos vivos, percebe-se a ausência de algumas variáveis imprescindíveis para análise epidemiológica de maior valor para as intervenções necessárias tais quais as relacionadas aos nascimentos como baixo peso ao nascer e Apgar do recém-nascido, tipo de gravidez, número de consulta de pré-natal e número de gestações dadas as altas taxas de fecundidades presentes em várias etnias. Com relação aos óbitos, verifica-se que alguns dados estão ausentes no sistema como as condições do óbito, local de ocorrência de óbito e natureza do óbito que prejudica a análise da situação de saúde dos indivíduos e da comunidade como um todo (SOUSA; SCATENA e SANTOS, 2007).

O módulo mais completo apresentado pelo sistema de informação do relacionado a morbidade, já continha dados mais acurados como relação à consultas realizadas, exames, referência e contrarreferência e até em relação aos custos dos medicamentos administrados. Ainda sobre as consultas os dados, permitiam registrar o tipo de atendimento e procedimento

realizados permitindo o acompanhamento do paciente de forma mais íntegra. Além disso, a situação vacinal também era bem abrangente no módulo de imunização, o que fornecia subsídios para o planejamento de ações e vigilância referente à sua administração e população vacinada e a vacinar, além de permitir o monitoramento das doses, lotes e tipo de vacina aplicada em cada indivíduo através do cartão de vacinação (SOUSA; SCATENA e SANTOS, 2007; FUNASA, 2002).

Mesmo com todo avanço ao longo da história do SIASI, pode-se apontar inúmeras limitações no seu contexto operacional, a destacar os relativos a natureza dos óbitos que o impossibilita como ferramenta de vigilância em saúde, além da dificuldade de implementação do uso das fichas de notificação e investigação das doenças, o que torna visivelmente frágil a operacionalização do SIASI. Há também os casos de subnotificações de morbidades em geral devido a descontinuidade da assistência em aldeias de difícil acesso e na ausência de equipes de saúde nessas áreas, assim como a sazonalidade das equipes em outras áreas. Por fim, todas essas limitações impossibilita a implementação de um sistema ágil e de fácil acesso à população em geral trazendo vários prejuízos no processo de planejamento e execuções de ações em saúde de uma maneira geral (SOUSA; SCATENA e SANTOS, 2007; LANGDON, 2007).

3.4 SITUAÇÃO ATUAL DA DEMOGRAFIA INDÍGENA NA REGIÃO NORDESTE

Os povos indígenas no Nordeste do Brasil compreendem um grande número de diferentes grupos étnicos que habitam o país desde milênios antes do início da colonização portuguesa, que principiou no século XVI, fazendo parte do grupo maior dos povos ameríndios. Caracterizados pelo fenômeno das emergências étnicas, os grupos indígenas na região vêm aumentando em número ao longo do século XX. Abaixo são apresentados a evolução da ação dos órgão brasileiros face aos povos indígenas desta área. De acordo o Censo 2010 do IBGE, na Região Nordeste do Brasi, existia em 2010, 208.691 índios distribuídos em pelo menos duas dezenas de etnias.

Os estados com a maior proporção de povos indígenas na população são Pernambuco (0,6%) e Maranhão (0,5%), nono e décimo colocados no quadro geral dos estados. O município com a maior população indígena é Pesqueira (PE), com população indígena de 9.335 pessoas (IBGE, 2012) A etnia com a maior população são os guajajaras, no Maranhão, 24.428 pessoas, sendo a língua guajajara a língua indígena mais falada no Nordeste e uma das mais faladas no país, com 8.269 falantes, conforme o Censo de 2010 do IBGE.

Os resultados do Censo Demográfico 2010 revelaram, em relação a 2000, um ritmo de

crescimento anual de 1,1% para a população indígena. Na área urbana, o incremento foi negativo, correspondendo a uma redução de 68 mil indígenas, sendo a maioria proveniente da Região Sudeste. Essas pessoas que deixaram de se classificar como indígenas na área urbana podem não ter nenhuma afinidade com seu povo de origem e a inclusão dos quesitos referentes ao pertencimento étnico e à língua falada no domicílio pode ter sido um fator de influência quanto à declaração de ser ou não indígena (SANTOS; TEIXEIRA, 2011). A área rural cresceu 3,7% ao ano e esse crescimento é observado entre os povos indígenas, variando de 3% a 5% ao ano (PAGLIARO; AZEVEDO; SANTOS, 2005). A área urbana da Região Norte revelou crescimento da ordem de 2,9% ao ano. Nas áreas rurais, com exceção da Região Sudeste, o crescimento foi significativo, destacando-se a Região Nordeste, que apresentou o maior ritmo de crescimento, 4,7% ao ano. Em magnitude, as taxas de crescimento do período 2000/2010 diferem sensivelmente daquelas calculadas para o período 1991/2000.

3.5 SITUAÇÃO ATUAL DA ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA NA REGIÃO NORDESTE

Dentro das maiores preocupações no contexto de saúde das comunidades indígenas estão os problemas envolvendo os aparelhos cardiorrespiratórios, quadro que se agravou com a Pandemia do Sas-Cov 2. Em alguns estados, os problemas de saúde estão limitados em infecções respiratórias sazonais que em algumas etnias apresentam evolução mais grave como Infecção Respiratória Aguda (IRA). Houve alguns incidentes pontuais de surtos de IRA em etnias pernambucanas meses antes da explosão da pandemia no Brasil, o que já atentava para criação de um Plano de Contingência específico para população indígena. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020)

Os poucos estudos realizados no Nordeste, que avaliam o perfil nutricional da população indígena apontam para um agravo muito recorrente, principalmente em mulheres e idade fértil, que apresentam graves casos de anemia mesmo que com estimativas de pesos apropriados para a idade com prevalência apontada para os estados de Piauí e na zona da mata em Pernambuco. Quando esse quadro anêmico é apresentado em crianças menores de cinco anos pode-se enquadrar na classificação de problema moderado seguindo as diretrizes da Organização mundial de Saúde. Fica claro que os problemas relacionados aos agravos nutricionais, principalmente em menores de 5 anos está relacionado às condições de saneamento, moradia e acesso a água tratada que é uma realidade enfrentada pela população do Nordeste como um todo. Além disso, a falta de recursos monetários para aquisição de alimento e a falta de incentivo à produção de subsistência agravam ainda mais o quadro nutricional dessas

comunidades. (ABRASCO, 2009).

3.6 INDICADORES DE SAÚDE

Os indicadores são ótimas ferramentas responsáveis pela mensuração de variáveis aplicada a uma escala padrão. É importante saber reconhecer os diferentes níveis de mensuração que podem ser concebidos tantos como pela observação direta de um indivíduo atentando-se, por exemplo, às suas funções vitais ou acesso ao serviço de saúde, como pela observação de um grupo populacional através de suas taxas, proporções, média e medianas de uma determinada doença ou agravo à saúde. Ainda sobre as mensurações populacionais que são utilizadas para formar indicadores, podem ser classificadas como: mensuração consolidada em saúde, quando mensura a saúde de uma determinada população através de proporções que sintetiza a situação em saúde do grupo observado; mensuração ecológica ou ambiental, que diz respeito às condições físicas do ambiente ou meio onde uma determinada população vive, onde fala-se a respeito da exposição do indivíduo a parasitas, poluente e exposição a luz solar ou outros fatores externos ao indivíduo; e mensuração global que são considerados indicadores contextuais que dis respeito à condições geopolíticas da população como densidade populacional, produto interno bruto e índice de desenvolvimento humano (OMS, 2003).

Para entender formação de um indicador de saúde, é preciso entender conceitos básicos que são usados para formá-los. Primeiramente, tem-se o unidade primária (*input*) que são os dados brutos, priopriamente ditos. A partir desses dados, são gerados indicadores que podem ser analisados e produzir informação que, ao ser interpretadas geram o conhecimento. Esses conhecimentos são imprescindíveis não formação de estratégias assertivas que podem ser executadas por instituições gestores ou agentes de saúde, mas para isso precisam ser divulgadam por uma plataforma de comunicação eficiente, para que possa exercer influência benéfica na tomada de decisão. Existem inúmeros indicadores de saúde utilizados para diversas finalidades, deve-se atentar, portanto, aos que caracterizem as dimensões do estado de saúde da população e que refere-se ao desempenho do sistema de saúde. Além disso, deve-se observar, também, as dinamicidades dos indicadores quanto aos aspectos culturais e temporais de uma determinada população (RISPA, 2002).

Quanto à natureza dos indicadores, pode-se classificá-los como positivo ou negativo de acordo com a forma que o indicador se relaciona com o conceito de saúde. Quando o aumento de um indicador traduz um melhor estado de saúde da população, a exemplo da expectativa de vida, taxa de nascidos vivos e de leitos por habitantes associa-se, diretamente, à positividade

deste indicador. Agora, quando uma alta taxa de um indicador está relacionada a um pior estado de saúde da população como na taxa de mortalidade infantil, incidência de doenças negligenciáveis e abandono do tratamento de tuberculose, retrata-se a um indicador negativo (OMS, 2003).

4 METODOLOGIA

4.1 POPULAÇÃO E AMOSTRA

O campo de estudo foi a área de abrangência dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) da região Nordeste brasileira, cuja sedes estão localizadas em Alagoas, Bahia, Maranhão, Ceará, Pernambuco e Paraíba. DSEI do Estado de Sergipe fica localizado em Algoas, logo, os dados foram analisados no mesmo DSEI. Já os estados não do Piauí e Rio Grande do Norte não foram analisados neste estudo, visto que, segundo a Secretaria Especial de Saúde Indígena, essas localidades não possuem territórios indígenas reconhecido, não cumprindo os requisitos para a instalação de um DSEI.

4.2 COLETA DE DADOS

Os dados demográficos relativos à população indígena foram obtidos junto ao cadastro populacional registrado no Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), no período de 2016 a 2020, por meio da Lei de Acesso à Informação. Foram coletados dados demográficos: população total (1), razoão de sexo (2), prorporção de menores de 5 anos (3), proporção de idosos (4), índice de envelhecimento (5) e taxa bruta de natalidade (5).

Dados relativos à saúde pública foram coletados semelhantes aos dados demográficos. Foram obtidos dados sobre: Esquema vacinal completo (1), Inciência por doenças do aparelho circulatório (2), Taxa de mortalidade (3), Incidência por diabete Mellito (4), Incidência de hepatite B (5), Incidência de hepatite C (6), Incidência de sífilis (7), Taxa de incidência de tuberculose (8), Incidência de neoplasias malignas (9), Incidência de hipertensão arterial (10), Incidência de Clamídia (11), Número de atendimentos médicos (SUS) por habitante (12), Cobertura de consultas de pré-natal (13).

4.3 ANÁLISE DE DADOS

Os dados coletados foram tabulados e analisados de acordo com os DSEI e seus respectivos estados. As análises foram feitas de acordo com a Rede Intergerencial de Informações para a Saúde (RISPA) que criou o modelo de indicadores específicos para uso de informações em saúde para políticas públicas através de dados que representam o estado de saude da população.

4.3.1 Dados Demográficos

(1) ***População Total*** *= nº população total /100.000 habitantes*

(2) ***Razoão de sexo*** *= nº de homens para cada 100 mulheres*

(3) ***Prorporção de menores de 5 anos =*** *Percentual de pessoas com menos de 05 anos / população total redidente*

(4) ***Proporção de idosos =*** *Percentual de pessoas com 60 anos ou mais /população total redidente*

(5) ***Índice de envelhecimento =*** *Número de pessoas com 60 anos ou mais /100 pessoas menores de 15 anos*

(6) ***Taxa bruta de natalidade =*** *Número de nascidos vivos /100.000 habitantes*

4.3.2 Dados de Saúde

(1) ***Esquema vacinal completo*** *= Percentual de crianças imunizadas /por ano*

(2) ***Incidência doenças do aparelho circulatório*** *= número de óbitos por doenças do aparelho circulatório /100.000 habitantes*

(3) ***Taxa de mortalidade geral*** *= número total de óbitos / 100.000 habitantes*

(4) *Taxa específica por diabete mellito = número de casos por diabete mellito /100.000 habitantes*

(5) ***Incidência de hepatite B*** *= número de casos por hepatite B /100.000 habitantes*

(6) ***Incidência de hepatite C*** *= número de casos por hepatite C /100.000 habitantes*

(7) ***Incidência de sífilis*** *= número de casos por sífilis /100.000 habitantes*

(8) ***Incidência de tuberculose*** *= número de casos de tuberculose /100.000 habitantes*

(9) ***Incidência de hipertensão arterial*** *= número de casos de pressão arterial /100.000 habitantes*

(10) ***Incidência de neoplasias malignas*** *= número de casos de neoplasias / 100.000 habitantes*

(11) ***Incidência de Clamídia****: número de casos de clamídia /100.000 habitantes*

(12) ***Número de atendimento médicas (SUS) por habitante*** *= número de atendimento total por ano / 1000 habitante*

(13) ***Cobertura de consultas de pré-natal*** *= número de atendimento de 04 ou mais consulta /pelo npúmero de gestaçãso finalizada*

(14) **Classificação do estado nutricional de crianças indígenas menores de 05 anos** *= Taxa de peso/pelo número de crianças menores de 05 anos*

Após a análise dos dados, estes foram analisados descritvamente e tabelados usando o pacote Offce do Excel 365 da Microsoft® para discussão dos resultados obtidos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apontadas como exemplos das arbitrariedades e distorções praticadas pela primeira gestão do Departamento de Saúde Indígena da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), em relação à política de saúde para os povos indígenas e aos princípios, metodologias de implantação, modelo gerencial e de controle social dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), definidos pelas Conferências Nacionais de Saúde para os Povos Indígenas, as configurações do DSEI da Região do Nordeste vêm sendo objeto, mais recentemente, de intenso trabalho e discussão, por iniciativa das próprias comunidades abrangidas.

Na região Nordeste, há 6 DSEI divididos estrategicamente por critérios territoriais entre os 9 estados, tendo como base a ocupação geográfica das comunidades indígenas, não obedecendo assim aos limites dos estados. Sua estrutura de atendimento conta com unidades básicas de saúde indígenas, 39 polos base abrangendo, 20 etnias em 829 aldeias distribuídas em 83 municípios e as Casas de Apoio a Saúde Indígena (CASAI) comum total de 160.228 habitantes, representando mais de 70% do total indígenas brasileiros. (FUNASA, 2002). No entando, para 2020, na análise feita por este estudo foram contabilizadas 31 etnias, distribuías em 386 aldeias, 59 municípios, com 64.886 indíviduos (Tabela 01). Deve-se atentar para que, os dados deste estudo leva-se em consideração apenas o contigente populacional aldeados, não contabilizando aqueles que ocupam centros urbanos. Um fator importante é o fato do abandono das terras pelos constantes conflitos entre indpigenas e moradores, bem como as autoridades, o que ocasionou contante fluxo entre as populações originárias que lutavam pelas suas terras (VICENTE, 2021).

Os Distritos Sanitários Especiais Indígenas estão distribuídos em 07 estados no Nordeste do Brasil, totalizando 06 DSEI (Alagoas, Sergipe, Bahia, Maranhão, Ceará, Pernambuco e Paraíba). O estados de Alagoas e Sergipe representam um único distrito de acordo com a população cadastrada no Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena. Os demais estados, não possuem DSEI, com base no não reconhecimento de seus territórios pela SIASE (Figura 01).

Figura 1 - Mapa dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas do Nordeste Brasileiro- DSEI

Fonte: Brasil (2001).

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do SUS (SAISISUS), atualmente está organizado em 34 Distritos Especiais de Saúde Indígena (DSEI) localizados em todas as regiões do território brasileiro. Essas unidades são espaços étnico-culturais dinâmicos que auxiliam na organização dos serviços de saúde e no cumprimento das diretrizes estipuladas para execução de ações de atenção à saúde, considerando as especificidades de cada povo indígena com intenção de proporcionar um atendimento de qualidade e sem discriminações (BRASIL, 2009). A região Nordeste apresenta uma proporção de 17,6% desses distritos (Figura 01)

Dentro da estrutura organizacional do Ministério da Saúde (MS), a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI,) faz parte do organograma na esfera central no âmbito Federal, estando diretamente ligada ao Ministro da Saúde. Tem como competência, entre outras, de promover, proteger e recuperar a saúde dos povos indígenas, segundo as especificidades culturais, o perfil epidemiológico e a condição sanitária de cada comunidade (BRASIL, 2002).

Na esfera regional, os DSEI caracterizam-se como unidade organizacionais gestora descentralizada do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS), são unidades que atuam como uma base territorial e populacional sob a responsabilidade sanitária claramente identificada, enfeixando um conjunto de ações de saúde necessárias à Atenção Primária à Saúde (APS), articulado com a rede do SUS, para referência e contra-referência da rede especializada, complementariedade da Atenção Primária à Saúde e com as Superintendências de Vigilância Epidemiológica Estaduais (SUBSISTEMA…, 2022).

No que se refere à situação atual, pode-se obervar na Tabela 01 que o DSEI responsável pelos estados de Alagoas e Sergipe é constituído por 8 municípios, com 10 aldeias e 8 etnias, totalizando um percentual de 3% de população indígena em relação à população total de ambos os estados. É possível observação que há uma uma maior concentração da população indígena em Alagoas em relação ao Estado de Sergige, com destaque para a cidade alagoana de Pariconha, cujo percentual populacional indígena atinge 18,5%.

O DSEI do Estado da Bahia apresenta o maior número de municípios, 17 no total, com presença de população indígena. No entanto, o percentual dessa grupo populacional é cerca da metade quando comparado do DSEI de Alagoas e Sergipe, representando 1,57%, em 43 aldeias e 06 etnias, onde há uma predominância da etnia Pataxó dentre as demais (Tabela 01).

O Estado do Ceará apresenta um percentual populacional indígena de 0,9%, em 04 municípios com 20 aldeias e 04 etinias. Nota-se, quando comparado aos demais DSEI, uma baixa concentração de povos originários em um elevado número de aldeias, representando uma dispersão geográfica (Tabela 01).

Quando se trata do comparativo populacional dos povos originários no Nordeste brasileiro, há um destaque para Maranhão, onde é possível observar que nos 15 municípios dentro do DSEI daquele Estado estão distribuídas 177 aldeias, com 8 etnias e uma percentual populacional índigena de 4,39%. Ao analisar a dispersão geográfica, nota-se uma exponte concentração dos povos Guajajara e Kanela, cujas etnias representam maior número populacional no estado (Tabela 01).

O DSEI do Estado de Pernambuco tem o segundo percentual populaciol indígena do Nordeste, com 6,7% em relação à população total nos municípios que compõem este distrito. Possui 8 etnias diastribuídas em 120 aldeias, ficando apenas atrás do Maranhão em relação ao número de aldeias. As etnias Atikum e Xucuru são as etnias mais prevalentes, com 41 e 40 aldeias, respectivamente, presentes no estado (Tabela 01).

O DSEIS Potiguara apresenta uma grande relevância estatistica em virtude da sua alta taxa de concentração indígena em relação a população total, cuja a pocentagem alcança 57,94% na cidade de Baía da Traição e 55,26% em Marcação. Apresenta uma ínica etinia espelhada em 23 aldeias pelo estado (Tabela 01).

Tabela 1 - Quadro situacional atual dos DSEI da região Nordeste

DSEI	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO TOTAL	POPULAÇÃO INDÍGENAS	% POP. INDÍGENA	N° ALDEIAS	ETNIAS
ALAGOAS / SERGIGE	ÁGUA BRANCA - AL	17.581	230	1,30%	1	KALANKÓ
	FEIRA GRANDE - AL	18.774	288	1,50%	1	TINGUÍ-BOTÓ
	JOAQUIM GOMES - AL	17.924	1.447	8,10%	1	WASSÚ-COCAL
	PALMEIRA DOS INDÍOS - AL	69.520	970	1,40%	3	XUCURU-KARIRI
	PARICONHA - AL	8.089	1.500	18,50%	1	GERIPAKÓ-KARUAZU
	PORTO REAL DO COLÉGIO - AL	17.149	1.433	8,40%	1	KARIRI-XOCÓ
	SÃO SEBASTIÃO -A AL	28.863	796	2,80%	1	KARAPATÓ
	PORTO DA FOLHA - SE	22.838	240	1,10%	1	XOCÓ
TOTAL	**8 MUNICÍPIOS**	**200.738**	**6.904**	**3%**	**10**	**8 ETNIAS**
BAHIA	BANZAÊ	9.650	1.163	12,05%	8	KIRIRI
	CAMACÃ	30.892	43	0,14%	1	PATAXÓ
	CAMAMU	28.715	65	0,23%	1	PATAXÓ
	EUCLIDES DA CUNHA	47.298	631	1,33%	8	KAIMBÉ
	GLÓRIA	13.661	1.133	8,29%	8	PANKARARÉ
	IPOTIRAMA	24.064	513	2,13%	1	TUXÁ
	ITAJU DO COLÔNIA	7.932	41	0,52%	1	PATAXÓ
	ITAMARAJU	61.739	184	0,30%	2	PATAXÓ
	ILHÉUS	258.917	1.200	0,46%	1	PATAXÓ
	MUQUÉM DO SÃO FRANCISCO	10.617	183	1,72%	1	KIRIRI
	PAU BRASIL	12.560	926	7,37%	1	PATAXÓ
	PORTO SEGURO	72.986	2.008	2,75%	5	PATAXÓ
	PRADO	25.069	217	0,87%	1	PATAXÓ
	RODELAS	5.933	409	6,89%	1	TUXÁ
	SANTA CRUZ DE CABRÁLIA	19.557	1.504	7,69%	2	PATAXÓ
	SERRA DO RAMALHO	28.048	84	0,30%	1	PANKARU
TOTAL	**17 MUNICÍPIOS**	**657.638**	**10.304**	**1,57%**	**43**	**6 ETNIAS**
CEARÁ	AQUIRAZ	55.368	202	0,36%	1	GENIPAPO-KANINDÉ
	CAUCÁIA	238.738	2.491	1,04%	9	TAPEMA
	ITAREMA	26.099	1.239	4,75%	9	TREMEMBÉ
	MARACANAÚ	162.022	500	0,31%	1	PITAGUARI
TOTAL	**4 MUNICÍPIOS**	**482.227**	**4.432**	**0,92%**	**20**	**4 ETNIAS**
MARANHÃO	ALTO ALEGRE DO PINDARÉ	24.438	268	1,10%	6	GUAJA/GUAJAJARA
	AMARANTE	32.368	2.496	7,71%	36	GUAJARA/GAVIÃO
	ARAGUANÃ	10.770	391	3,63%	4	AWÁ-GUAJÁ/KAAPÓ
	ARAME	26.099	2.189	8,39%	25	GUAJAJARA
	BARRA DO CORDA	71.478	2.758	3,86%	18	GUAJAJARA/KANELA
	BOM JARDIM	37.107	461	1,24%	5	GUAJAJARA
	BOM JESUS DA SELVA	13.387	437	3,26%	7	GUAJAJARA
	FERNANDO FALCÃO	4.347	1.716	39,48%	5	KANELA
	GRAJAÚ	40.779	2.046	5,02%	26	GUAJAJARA/TIMBIRA
	ITAIPAVA DO GRAJAÚ	9.135	504	5,52%	7	GUAJAJARA
	JENIPAPO DOS VIEIRAS	8.900	1.992	22,38%	27	GUAJAJARA/TIMBIRA
	MARANHÃOZINHO	8.117	233	2,87%	3	KAAPÓ

	MONTES ALTO	9.783	552	5,64%	3	KRIKAATI
	NOVA OLINDA	16.908	106	0,63%	2	KAAPÓ
	SÃO JOÃO DO CARU	14.397	30	0,21%	3	GUAJA/GUAJAJARA
TOTAL	**15 MUNICÍPIOS**	**328.013**	**16.179**	**4,93%**	**177**	**8 ETNIAS**
PERNAMBUCO	ÁGUAS BELAS	34.793	2.170	6,24%	2	FULNI-Ô
	BUÍQUE	38.572	422	1,09%	4	KAPINAWA
	CABROBÓ	27.040	1.333	4,93%	4	TRUKA
	CARNAUBEIRA DA PENHA	11.006	2.743	24,92%	41	ATIKUM
	FLORESTA	23.984	200	0,83%	2	KAMBIWÁ
	IBIMIRIM	24.710	1.521	6,16%	10	KAMBIWÁ/KAPINAWÁ
	INAJÁ	10.675	41	0,38%	1	TUXÁ
	JATOBÁ	11.734	1.559	13,29%	3	PANKARARU
	PESQUEIRA	54.131	6.363	11,75%	40	XUCURU
	PETROLÂNDIA	22.867	137	0,60%	1	PANKARARU
	TACARATU	15.704	2.850	18,15%	7	PANKARARU
	TUPINATINGA	19.279	391	2,03%	5	KAPINAWÁ
TOTAL	**12 MUNICÍPIOS**	**294.495**	**19.730**	**6,70%**	**120**	**8 ETNIAS**
PARAÍBA	BAÍA DA TRAIÇÃO	6.386	3.700	57,94%	12	POTIGUARA
	MARCAÇÃO	5.556	3.070	55,26%	9	POTIGUARA
	RIO TINTO	22.373	567	2,53%	2	POTIGUARA
TOTAL	**3 MUNICÍPIOS**	**34.315**	**7.337**	**21,38%**	**23**	**1 ETINIA**

Fonte: O autor (2023).

Após análise dos dados, observou-se que, em relação aos dados demográficos, a população média de indígenas dos DSEI analisados foram distribuídas nos anos de 2017 a 2022 para os estados de Alagoas e Sergipe (12.818), Bahia (35.506), Ceará (27.107), Maranhão (40.619), Pernambuco (40.599) e Paraíba (15.471). Nota-se, no contexto evolutivo, todos os estados analisados apresenram crescimento populacional, com exceção o Estado do Ceará (Tabela 02). Esse fator pode ser compreendido pelo fato de este estado ter apresentado uma significativa micração da população alteada para os centros urbanos.

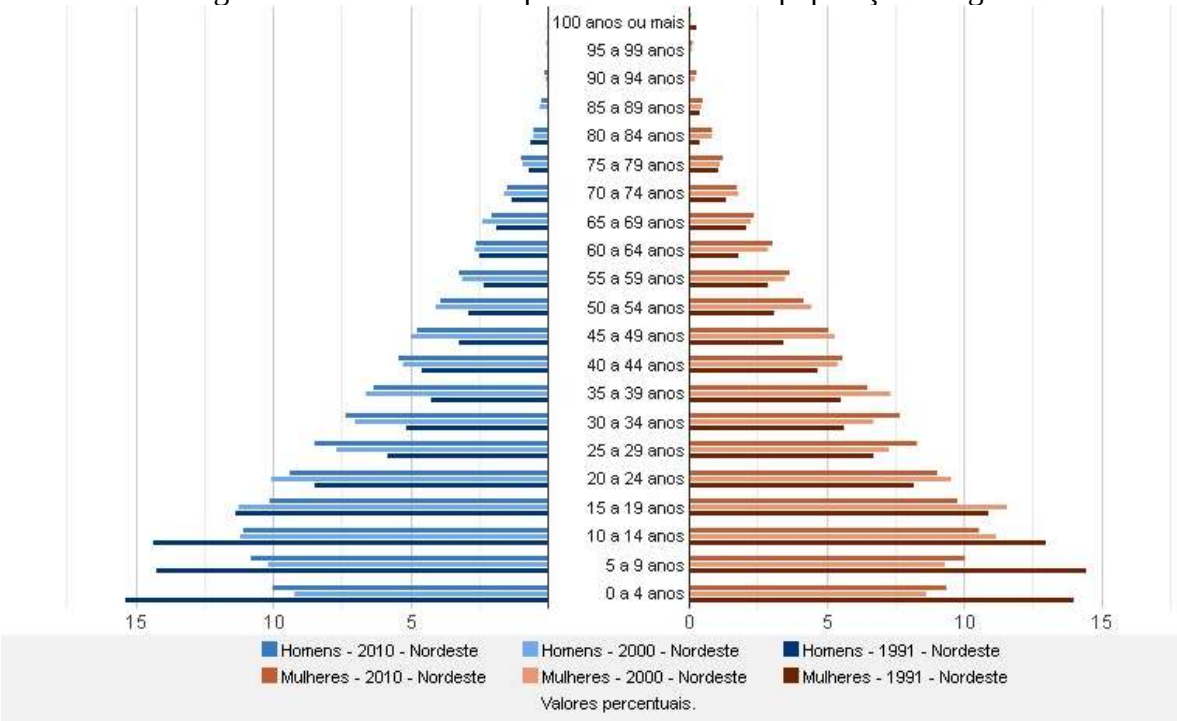
Tabela 2 - Dados populacionais dos SDEI Indígenas diastribuidos no Nordeste Brasileiro.

DSEI	2016	2017	2018	2019	2020	Média do intervalo
Alagoas e Sergipe	12.502	12.411	12.869	13.220	13.060	12.812
Bahia	29.529	30.865	33.083	34.411	34.644	32.506
Ceará	26.585	26.963	27.252	27.858	26.876	27.107
Maranhão	35.569	35.376	41.629	43.653	46.866	40.619
Pernambuco	40.778	40.484	39.852	40.286	41.596	40.599
Paraíba	14.826	14.825	15.450	15.916	16.338	15.471
Média por ano	**26.632**	**26.821**	**28.356**	**29.224**	**29.897**	**28.186**

Fonte: O autor (2023).

Em relação ao número de homens para cada 100 mulheres, nas comunidades indígenas, foi observado que, os dados são demosntrados anualmente por distrito. O que pode ser analisado é que, de uma maneira geral, há uma predominância da população masculina em torno de 51% em relação à feminina. Isso pode estar relacionado à distribuição da população indígena por sexo que apresenta uma estrutura diferenciada e mais complexa de ser registrada ano a ano, de acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Figura 02). Esse parâmetro assemelha-se ao perfil da população geral brasileira, onde segundo Segundo dados da PNAD Contínua (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua), em 2021, o número de mulheres no Brasil é superior ao de homens. A população brasileira é composta por 48,9% de homens e 51,1% de mulheres.

Figura 2 - Pirâmide etária por idade e sexo da população indígena



Fonte IBGE (2012).

A Figura 02 apresenta uma base alargada que caracteriza um alto índice de natalidade. Já o seu topo estreitado indica uma menor proporção no número de idosos. Diante disso, permite-se analisar que, em decorrência das situações vividas essas populações tendem a apresentar baixa expectativa de vida, uma vez que tanto a taxa de natalidade quanto a de mortalidade são elevadas, o que sugere um crescimento vegetativo. Isso pode ser reflexo de problemas relacionados à políticas públicas, sendo um indicativo de que a população necessita de melhor investimento na área de saúde e educação para melhorar a sua qualidade de vida

(OMS, 2020).

Nesse contexto, com base na análise dessa pirâmide permite-se correlacionar as estrutura de diversas sociedades. Por exemplo, em paises desenvolvidos, onde as políticas públicas são eficientes com melhoria do acesso, nota-se um padrão piramidal onde a base é mais larga com tendência à diminuição visto que há propenção à redução da taxa de natalidade. O topo da pirâmide aparece mais largado constatanto o aumento da expectativa de vida, assim como também, o aumento da população economicamente ativa representada pelo corpo da pirâmide. Isso se contrapõe quando o mesmo fenômeno é observado na população indígena, indicando famílias numerosas retratadas pelo número elevados de jovens e pouco recursos para atender às necessidades básicas das famílias (SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, 2020).

Em relação à proporção de atendimento médico por população indígena total no nordeste brasileiro, observou-se que, de 2017 a 2022 para os estados de Alagoas e Sergipe (0,856), Bahia (0,792), Ceará (0,906), Maranhão (0,134), Pernambuco (0,928) e Paraíba (0,832) (Tabela 03).

Tabela 3 - Proporção de atendimento médico à população indígena total no nordeste brasileiro.

DSEI	2016	2017	2018	2019	2020	Média do intervalo
Alagoas e Sergipe	0,32	0,94	0,9	1,23	0,89	0,856
Bahia	0,62	0,69	0,68	1,1	0,87	0,792
Ceará	0	0,3	1,22	1,76	1,25	0,906
Maranhão	0	0	0,09	0,18	0,4	0,134
Pernambuco	0,01	0,52	1,24	1,62	1,25	0,928
Paraíba	0	0,94	1,22	1,22	0,78	0,832
Média por ano	**0,2**	**0,6**	**0,9**	**1,2**	**0,9**	**0,7**

Fonte: O autor (2023)

De acordo com os dados levantados, é possível verificar que para todos os DSEI da região Nordeste, a proporção de 0,7 de atendimento médico à população indígena está abaixo do precanizado pelo Ministério da Saúde, visto que a mesta estabelecida deveria estar em torno de 2,4 atendimentos a cada mil habitantes (Tabela 03). Isso reflete o baixo índice de profissionais médicos presentes nas comunidades indígenas. Deve-se levar em conta a falta de um plano de contigência que leve em concideração as especificidades de cada comunidade, bem como sua distribuição populaccional que, por ser heterogênea necessita de uma abordagem diferenciada visando contemplar as limitações geográficas, bem como as dificuldades de fixação desses e outros profissionais (MNISITÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Observa-se que os países da América que hoje têm os melhores indicadores de saúde para populações indígenas inicialmente administraram os serviços de saúde para grupos autóctones através do órgão governamental de assuntos indígenas, de amplas atribuições em diversas áreas, e ligados aos respectivos Ministérios do Interior, como nos EUA ("Bureau of Indian Affairs") e Canadá ("Department of Indian Affairs") (STONE, 1935; RHOADES *et al*., 1987). Com a evolução dos Sistemas de Saúde respectivos, embora tenham tomado rumos distintos quanto ao papel do Estado na prestação direta de Serviços e no financiamento do setor, foram criados serviços específicos de atenção à saúde dos indígenas nos respectivos Departamentos de Saúde, em 1955, nos EUA (RHOADES *et al*., 1987) e em 1945, no Canadá (YOUNG, 1984).

No que tange a taxa de doenças crônicas não transmissíveis em populações indígenas no nordeste, observa-se que a maior incidência de patologias está relacionadas às doenças do aparelho respitarório. O Estado da Paraíba tem uma predominâmcia das doenças crônicas, chegando a 83% de incidência na população, com destaque para as doenças do aparelho respoitatório , onde mais de 50% da população sofre com a doença. Vale ressaltar que esta patologia também é predominantes nos demais grupos dos DSEI. Em segundo lugar, encontra-se os estados de Alagoas e Sergipe, com 39,1% de incidência. Das doenças analisadas, apenas aquelas referentes ao aparelho urinário não tiveram relatos significativos entre os grupos analisados (Tabela 04).

De acordo com Malta; Moura e Silva Júnior (2018), as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) apresentam-se como o principal problema de saúde no mundo e estão relacionadas ao grande número de mortes prematuras e de perda da qualidade de vida, incluindo alto grau de limitação e incapacidade, assim como de impactos econômicos para as famílias, as comunidades e a sociedade em geral.

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde, as principais DCNT são as doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, câncer e diabetes (WHO, 2005; 2011; BRASIL, 2011). Elas são responsáveis por quase 70% das mortes ocorridas no mundo inteiro, e no Brasil correspondem a 72% das causas de morte (BRASIL, 2011).

Existem outras doenças crônicas que contribuem igualmente para o sofrimento de indivíduos, famílias e da sociedade, entre elas estão: desordens mentais e neurológicas, ósseas e articulares, osteoporoses, desordens genéticas, doenças bucais e doenças autoimunes, assim como patologias oculares e auditivas (MALTA; MOURA; SILVA JÚNIOR, 2018; WHO, 2005).

As DCNT acometem pessoas de todas as camadas socioeconômicas e de maneira mais

intensa aqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como idosos e os de baixa escolaridade e renda (MALTA; MOURA; SILVA JÚNIOR, 2018; DUNCAN *et al*., 2011), assim como são mais frequentes em países de média e baixa renda (ABENGUNDE *et al*., 2007; ALWAN *et al*., 2010).

Em relação às doenças não transmissíveis, os dados de incidência foram relativamente baixos para cálculo da taxa. Em dados gerais, Pernambuco teve uma incidência maior de 0,52%, seguidos de Paraíba e Ceará, Bahia, e Alagoas e Sergipe, com 0,34%, 0,32%, 0,19%, 0,16% respectivamente. O Estado do Maranhão não registrou doenças transmissíveis analisadas nesse estudo (Tabela 04).

Tabela 4 - Taxa de doenças crônicas não transmissíveis em populações indígenas no nordeste brasileiro no período de 2016 a 2020.

Doenças crônicas não transmissíveis	Alagoas e Sergipe	Bahia	Ceará	Maranhão	Pernambuco	Paraíba
Diabetes Mellitus	6,7%	3,2%	2,8%	0,1%	3,9%	19,6%
Doença do aparelho circulatório	25,3%	13,5%	7,8%	0,4%	15,7%	53,8%
Neoplasia	0,6%	0,2%	0,1%	0,0%	0,2%	0,6%
Doenças do aparelho gênito urinário	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%
Doenças do aparelho respiratório	6,4%	0,0%	3,6%	0,0%	2,3%	8,8%
Total	**39,1%**	**16,9%**	**14,3%**	**0,5%**	**22,1%**	**83,0%**

Fonte: O autor (2023).

Em relação às doenças transmissíveis, observa-se que a Sífilis foi a IST mais preavlente para todos os estados, exceto o Maranhão. A prevalência dessa patologia variou de 0,11% no DSEI de Alagoas e Sergipe a 0,47%, para o DSEI do Estado de Pernambuco. Em relação à taxa de detecção das hepatites, os dados apresentaram que não houve prevalência dessas doenças em estado avaliados. De uma maneira geral, o Estado de pernambuco foi o que apresentou maior prevalência de IST´s, com 0,54% de acomentimento na população indígena (Tabela 05).

Tabela 5 – Taxa de doenças transmissíveis em populações indígenas no nordeste brasileiro no período de 2016 a 2020.

Doenças não transmissíveis	Alagoas e Sergipe	Bahia	Ceará	Maranhão	Pernambuco	Paraíba
Clamídia	0,03%	0,01%	0,01%	0,00%	0,01%	0,00%
Hepatite B	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,01%
Hepatite C	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
HPV	0,01%	0,01%	0,01%	0,00%	0,00%	0,00%

Sífilis	0,11%	0,15%	0,23%	0,00%	0,47%	0,26%
Tricomoníase	0,00%	0,02%	0,07%	0,00%	0,03%	0,08%
Total	0,16%	0,19%	0,32%	0,00%	0,52%	0,34%

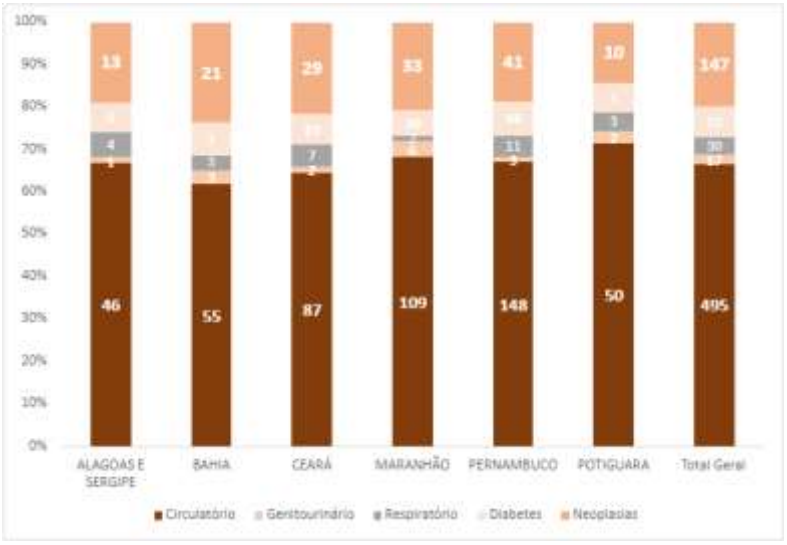
Fonte: O autor (2023).

A saúde sexual da população indígena já foi tratada em alguns poucos trabalhos científicos no campo da saúde pública, entretanto os fatores de risco sugeridos nem sempre são captados pelos sistemas de informação em saúde, o que dificulta a modelagem de um estudo analítico mais complexo. As informações disponíveis nos sistemas de informação em saúde sobre a ocorrência de Sífilis e Hepatites Virais nas populações indígenas – apesar de não fornecerem informações que permitam traçar um perfil epidemiológico mais complexo, contemplando, por exemplo, características específicas da sua relação intercultural com a sexualidade – revelam o panorama da saúde sexual da população indígena atendida pelo SasiSUS em todo o Brasil (BRASIL, 2015).

A Figura 03 representa recorte temporal observado entre os anos de 2016 a 2020, onde foram registrado 744 óbitos por Doenças Crônicas Não Transmissível (DCNT) distribuído entre os 6 DSEIs da região Nordeste. Observa-se que as doenças cardiovasculares, que abrange as causas hipertensivas apresentam maior taxa de letalidade dentre as demais DCNT, totalizando 495 mortes, onde os estados de Pernambuco e Maranhão apresentaram 148 e 149, respectivamente. Já as patologias do aparelho genitourinário e diabetes tiveream as menores proporções de óbitos.

É importante ressaltar que, apesar da Diabetes ocupar o segundo lugar dentre o número de incidência por DNCT mais frequente na população estudada, observa-se um protagonismo do elevado índice de letalidade por neoplasias nessas comunidades. Isso traduz que por mais que as a diabetes seja mais frequente na população indígena em relação ao número de neoplasias, estas são mais letais (Figura 03).

Figura 3 - Proporção de óbitos pelas principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis em indígenas assistidos pelo SasiSUS entre os anos de 2016 a 2020



Fonte: O autor (2023).

Indicadores de mortalidade são imprescindíveis para determinar as informações demográficas, geográficas e de causa de mortes, são importantes instrumentos de monitorização das prioridades ou metas de saúde. O índice de mortalidade esclarece com mais precisão a gravidade de uma doença do que a morbidade, ainda sim é preciso nutrir esse índice com informações mais específicas como a causa, sexo, local ou grupo étnico. A partir da mortalidade infantil é possível estimar o risco de as crianças morrerem antes de completar um ano de vida e assim com a monitorização desse indicador permite-se analisar a efetividade de políticas e intervenções que visam a prevenção de óbitos infantis. Do mesmo modo, a mortalidade materna também se mostra um indicador interessante na análise do risco de óbitos em mulheres com problemas relacionados a gravidez, parto e puerpério e com isso concluir a efetividade das políticas, programas e intervenção com intuito de prevenir a mortalidade materna (MELO *et al*., 2002).

Conforme estabelecido pelo Plano Plurianual (PPA) do Programa de Imunização do Ministério da Saúde para as vacinas poliomielite, DTP, BCG-ID, VHB, FA, tetravalente, pentavalente, pneumocócica 10V, meningocócica C, DT, tríplice viral, varicela, pneumocócica 23V, rotavírus e influenza no ano 2020, cuja meta era alcançar 90% das crianças indígenas menores de 5 anos com esquema vacinal completo, observou-se que, em relação à análise dos dados dos DSEI da região Nordeste, 56,7%, do total de crianças menores de 01 ano atendidas não atingiu a meta estabelecida (Tabela 06), exceto para o ano de 2017, cuja proporção foi de 91,1% (Tabela 07).

No que tange a vacina com maior cobertura, a Tetravalente foi a que alcançou a maior meta, com 100 de aplicação na maioria dos anos analisados, exceto para o DSEI do Estado da Paraíba, onde houve 0% de cobertura vacinal. Em contrapartida, a DTP foi a que teve menor taxa de imunização, em especial nos DSEI dos estados de Pernambuco e Paraíba que não houve registro de resguardo nas crianças indígenas. Além disso o estado da Bahia só promoveu cobertura da referida vacina no ano de 2020 e Alagoas e Sergipe, em 2016, ficando os demais anos sem cobertura para difteria, tétano e coqueluche (Tabela 06).

Ainda com relação às crianças menores de 01 ano de idade é importante ressaltar que no ano de 2019, onde ocorreu o início do plano de contingência para minimizar a taxa de contaminação do Novo Coronavírus, houve uma queda na assistência do serviço de saúde que culminou na queda do percentual de vacinação a níveis mais baixos, onde o DSEI do Estado do Maranhão representou o menor percentual observado em todo o período estudado que foi de 45,9%. Um fato intrigante na análise realizada pode ser observado no Estado da Bahia, em, 2018, onde observou-se que não houve realização de vacinação em nenhum dos anos estudados (Tabela 07).

Em relação ao esquema vacinal das crianças indígenas de 01 a 04 anos, a meta foi alcançada durante os 05 anos, tendo o ano de 2018 com maior percentual obtido, com 94,7% de imunizados e tendo o menor índice alcançado o ano de 2016, com 90,4%. O Estado de Pernambuco teve o maior percentual de vacinação (95,56%) e o Estado do Maranhão teve o menor (86,54%) (Tabela 07).

A imunização indígena passa pelas mesmas dificuldades encontradas no início da implantação do Programa Nacional de Imunização (PNI) como a dificuldade de acesso em áreas remotas que impossibilita. Uma estratégia interessante é colocá-los sempre como grupo prioritários em todas as campanhas nacional de vacinação o que não resolve os problemas com acessos a áreas remotas, mas garante prevenção em na maior parte da população principalmente contra a influenza. Até julho de 2021 o PNI destinou mais de 760 mil doses para a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) vacinar indígenas, atendidos pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS) ficando a cargo dos estados e municípios o armazenamento e o DSEI retiram a medidas que as vacinas foram aplicadas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

A imunização é uma das ações mais relevantes na Atenção Primária, pois proporciona proteção individual e coletiva contra as doenças imunopreveníveis, além de contribuir para a redução da morbimortalidade infantil. A imunização nos Distritos é uma das ações prioritárias, ocorre de forma ampliada e transversal, transcorrendo todo curso de vida do indivíduo, sendo uma das intervenções mais importantes. E como estratégia para intensificação da vacinação em

áreas indígenas visando melhorar a cobertura vacinal, principalmente em áreas de difícil acesso, realiza-se o Mês de Vacinação dos Povos Indígenas (MVPI) que é uma ação da SESAI em parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), que integra a Semana Mundial de Vacinação (BRASIL, 2021).

Antes de iniciar a descrição e análise das características da oferta dessa ação sanitária, é preciso analisar alguns sentidos das representações nativas sobre as ações de vacinação, intimamente relacionados ao entendimento dos povos indígenas sobre a doença, bastante distinto da concepção biomédica. Na perspectiva indígena, a doença é entendida não como um evento individual e sim como uma ameaça coletiva, extensiva ao grupo de parentes. Concepções coletivas de doença geram estratégicas terapêuticas igualmente coletivas, e é dessa forma que se organizam o xamanismo e outras modalidades nativas de cuidados com a saúde (LANGDON, 1988, 1994, 2005; HERRERA, 1991).

Tabela 6 - Cobertura vacinal para doenças imunopreviníveis em crianças indígenas nordestinas menores de 05 anos no período de 206 a 2020.

DSEI	ANO	Polio	DTP	BCG-ID	VHB	FA	Tetra	Penta	Pn10V	Meni C	DT	T.Viral	Varicela	Pneumo 23V	VORH	Influenza
ALAGOAS E SERGIPE	2016	97,9	100	95,6	95	96,6	100	98	98,6	98,4	93,8	97,2	96,6	96,4	94,6	90,9
	2017	98,8	0	99,3	96,8	98,2	100	98,4	99,4	96,7	97,1	98,8	96,8	97,9	91,9	96,2
	2018	99,8	0	100	98,5	99,1	100	99,7	99,7	97,8	97,4	98,7	98,9	98,8	97,6	97,8
	2019	98,8	0	99,8	98,6	97,8	100	98	99,4	98,4	98,4	98,8	98,6	97,8	93,4	97,5
	2020	98,6	0	99	97,7	98,2	100	83,2	99	97,6	95,9	98,1	97,5	96,7	88,5	97,9
BAHIA	2016	96,3	0	31,2	89,5	96,1	100	98,1	92	61,5	90,2	57,8	56,8	85,7	37,6	54,6
	2017	99,9	0	99,7	99,1	98,3	0	93,9	100	99,6	98,9	100	99,3	98,6	96,6	98,5
	2018	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2019	97,4	0	98,7	94,1	97,1	100	95,1	96	95	94,4	97	95,7	94,3	79,4	93,1
	2020	98,1	100	98,6	91,1	90,3	100	95,8	99,3	97,8	86,6	92,8	93,3	93,6	98,1	95,2
CEARÁ	2016	99,7	0	83,4	81,3	83	100	95	99,1	98,4	75,9	75	83,4	80	97	85,7
	2017	98,1	100	97,4	83,6	86,3	100	97,2	97,8	87,5	79,7	90	85,2	86,5	88,7	87,2
	2018	98,3	100	99,7	87,4	89,6	100	99,2	99,3	95,1	82,9	90,5	89,3	91	95,7	92,4
	2019	98,1	0	99,3	89,7	90,2	100	97,2	99	94,8	86,9	90,5	90,9	90,7	97,8	91,9
	2020	98,1	100	98,6	91,1	90,3	100	95,8	99,3	97,8	86,6	92,8	93,3	93,6	98,1	95,2
MARANHÃO	2016	96	100	99,1	97,3	98,7	100	96,3	95,6	98,6	93,4	98,5	98	96,4	92	92
	2017	95,5	100	98,8	83,6	96,3	100	96,6	95,2	90,2	94,7	98,1	97,5	96	87,7	96,6
	2018	99,3	100	99,8	99,6	99,7	100	99,4	99,7	94,5	97,4	97,8	98,5	98,8	96,6	97
	2019	98,9	0	99,7	99,6	99,6	100	95,2	99,7	90,7	98	99,4	98,9	98	85,6	98,9
	2020	96,8	100	98,7	96,9	89,7	100	97	99,2	94,5	96,4	97,9	97,3	98,5	83,2	98,1
PERNAMBUCO	2016	99,9	0	97,4	97,9	98,4	100	99,8	99,7	99,2	98,5	97,5	97,9	98,8	98,3	98,5
	2017	99,6	0	99,5	98,6	98,7	100	99,4	99,6	95,7	99	98,9	98,5	98	95,9	98,4
	2018	99,7	0	99,8	98,5	98,8	100	99,6	96,9	93,6	99	98,8	98,8	98,6	94,7	98,3
	2019	99,1	0	99,7	98,4	98	100	96,5	96,6	96,2	98,5	98,6	98,7	98,7	91,8	97,9
	2020	99,7	0	99,5	97,9	98,6	100	99,5	99,9	97,2	98,5	97,8	98,5	97,3	97	98,4
PARAÍBA	2016	95	0	94,5	84,3	88,2	0	92,6	92,5	85,3	78,2	84,9	81,1	80	90,7	94,7
	2017	98,1	0	98,6	85,6	84,6	0	94,3	99	82,4	75,3	95,4	79,1	78,8	90,7	92,2
	2018	99	0	100	90,5	89,4	0	98,1	99,7	91,9	84,8	89,2	82,8	83,4	83,5	98,1
	2019	99	0	96,4	95,8	97,1	0	96,6	94,4	97,1	94,6	93,1	95,4	99,9	83,2	96,2
	2020	98,6	0	98,5	95,5	95,3	0	87	98,3	96,3	96,2	94,2	97,5	97,4	90,3	94,6

Fonte: O autor (2023).

A periodicidade e o número de doses de cada vacina, as mudanças de esquema e de contraindicações também provocam confusão entre as pessoas, que raramente recebem explicações sobre a lógica dessas normas técnicas. Além disso, os indígenas também estranham a rapidez com que os saberes dos brancos mudam, em contraponto às transformações mais pausadas dos conhecimentos tradicionais. Por outro lado, o igualitarismo inerente ao pensamento indígena ressente-se da discriminação operada pelos agentes da medicina científica. Que lógica pode convencer uma velha índia de que apenas algumas pessoas devem tomar vacinas e outras não? O que, a seus olhos, poderia justificar essa diferenciação? Além do mais, antes se dizia que apenas as crianças deveriam tomar vacinas; em seguida, as equipes mudaram de atitude e passaram a vacinar também as mulheres grávidas; e, por fim, passaram a fazê-lo também nos adultos. Aos olhos dos Baniwa, os "brancos estão sempre mudando de opinião", como se não soubessem o que realmente querem (GARNELO, 2011).

A ruptura que o trabalho das equipes de vacinação introduz no cotidiano também é fator importante de não adesão às programações. As práticas de saúde trazem, em sua organização interna, um componente de domesticação do usuário que os Baniwa costumam rejeitar. Com frequência, as equipes de saúde desenvolvem expectativas de que o usuário indígena se molde com docilidade às normas e rotinas de um programa cuja lógica intrínseca somente é conhecida no interior do sistema de saúde. Tal conjuntura gera choques entre as concepções dos profissionais e dos povos indígenas. Estes últimos têm suas prioridades estabelecidas em torno da roça, das festas, dos atos religiosos, da convivência doméstica e ainda do respeito à autonomia e à liberdade das crianças - cuja vontade deve ser respeitada, caso esta não deseje ser vacinada (ALBERT *et al*., 1998).

Tabela 7 - Percentual de esquema vacinal em crianças menores de 05 anos em populações indígenas no nordeste brasileiro no período de 2016 a 2020.

DSEI	2016		2017		2018		2019		2020		Média	Média
	< 1 ano	1-4 ano	< 1 ano	1-4 ano	< 1 ano	1-4 ano	< 1 ano	1-4 ano	< 1 ano	1-4 ano	< 1 ano	1-4 anos
ALAGOAS E SERGIPE	70,40%	85,70%	85,40%	92,90%	91,40%	95,40%	85,70%	97,30%	92,50%	98,20%	85,08%	93,90%
BAHIA	90,20%	92,90%	92,70%	95,50%	80,50%	91,70%	77,40%	89,50%	77,90%	91,00%	83,74%	92,12%
CEARÁ	93,10%	90,90%	95,50%	91,80%	91,80%	93,20%	76,80%	82,60%	80,50%	86,70%	87,54%	89,04%
MARANHÃO	74,50%	84,30%	77,50%	81,90%	87,70%	95,60%	45,90%	88,10%	70,90%	82,80%	71,30%	86,54%
PERNAMBUCO	96,60%	95,90%	96,30%	98,40%	88,30%	96,80%	72,00%	89,80%	93,60%	96,90%	89,36%	95,56%
PARAÍBA	98,30%	92,80%	99,10%	95,90%	96,50%	95,30%	93,00%	95,20%	90,60%	95,10%	95,50%	94,86%
Média Geral	**87,2%**	**90,4%**	**91,1%**	**92,7%**	**89,4%**	**94,7%**	**75,1%**	**90,4%**	**84,3%**	**91,8%**	**85,4%**	**92,0%**

Fonte: O autor (2023).

Em relação às condições de pré-natal, foram analisadas do total de gestantes a porcentagem em relação ao número de consultas. Dessa maneira, pode-se observar que, no ano de 2016 houve uma maior desassistência a este tipo de procedimento, onde, em média, 30% das grávidas não chegaram a realizar nenhuma consulta, com destaque para os DSEI de Pernambuco e Paraíba não contabilizaram seus dados em nenhum dos levantamentos feitos pela SEASI. O DSEI do Maranhão foi o estado que observou maior taxa de desassistência, totalizando 46,7 (Tabela 08).

Há de se levar em conta, o fato de as políticas de saúde tentarem priorizar o maior número de consultas realizadas pelas gestantes. Isso fica claro, quando analisado o alto índice observado em todo o período analisado (2016 a 2020), onde a porcentagem de mulheres com mais de 06 consultas pré-natal chegar a registrar mais de 80%. Foi identificado um crescimento progressivo do número de consultas em todos os DSEI da região Nordeste. No entanto, no ano de 2020 houve um retrocesso nessa progressão, traduzido pela queda de mulheres atendidas com mais de 06 consultas (Tabela 08).

A avaliação do estado clínico e nutricional da gestante possibilita identificar oportunamente grávidas com ganho de peso insuficiente ou excessivo, gestações de risco e inadequações de peso ao nascer, oportunizando a intervenção adequada precocemente. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde preconizam a realização de no mínimo seis consultas de pré-natal ao longo da gestação.

O parto e o nascimento são acontecimentos de cunho sexual, familiar, social, cultural e fisiológico. Eles fazem parte de um universo essencial à diferenciação de um povo e compõem parte do que determina sua especificidade étnica e cultural. A atenção ao pré-natal deve estar baseada no diálogo intercultural, considerando os cuidados indígenas na gravidez e estimulando a aproximação entre os modelos indígenas e biomédico e a troca de saberes entre os profissionais de saúde, parteiras e outros cuidadores indígenas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Para a análise descritiva das consultas de pré-natal realizadas pelos DSEI, utilizou-se as consultas registradas no SIASI no período de 2016 a 2020. Foram consideradas as gestantes indígenas entre dez e 49 anos, que tiveram a gestação finalizada em cada um dos três anos, exceto as gestações que finalizam por aborto. Para definição do número de consultas de pré-natal, foram contabilizadas apenas aquelas realizadas por médico e/ou enfermeiro (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Tabela 8 - Percentual de consultas de pré-natal realizadas nos Distritos Sanitários Indígenas no nordeste brasileiro no período de 2016 a 2020.

CONSULTAS	ANO	ALAGOAS E SERGIPE	BAHIA	CEARÁ	MARANHÃO	PERNAMBUCO	PARAÍBA
Nenhuma	2016	25,20%	38,00%	25,30%	46,70%	----------	----------
	2017	10,40%	17,60%	28,00%	9,90%	24,80%	12,30%
	2018	10,00%	5,70%	20,90%	7,40%	2,20%	10,70%
	2019	3,20%	5,30%	10,90%	11,00%	2,80%	7,80%
	2020	5,60%	5,50%	7,70%	17,80%	2,00%	2,70%
1-3 Consultas	2016	15,40%	21,70%	16,20%	43,90%	----------	----------
	2017	17,00%	15,80%	19,10%	25,90%	8,90%	17,90%
	2018	15,60%	22,20%	24,40%	17,50%	5,30%	10,90%
	2019	13,70%	17,70%	6,30%	20,20%	14,10%	13,00%
	2020	13,00%	20,80%	10,30%	30,30%	5,70%	11,20%
4-5 Consultas	2016	15,00%	17,10%	20,40%	5,00%	----------	----------
	2017	19,80%	32,20%	18,10%	30,60%	11,10%	31,30%
	2018	19,50%	30,00%	12,30%	35,50%	12,44%	28,10%
	2019	15,20%	30,90%	2,60%	33,30%	34,80%	29,80%
	2020	20,00%	27,10%	14,30%	27,60%	14,20%	22,70%
6 ou mais Consultas	2016	44,30%	23,30%	37,80%	4,40%	----------	----------
	2017	52,80%	34,40%	34,80%	33,60%	55,30%	28,50%
	2018	55,00%	39,80%	56,80%	39,60%	80,10%	50,30%
	2019	67,90%	46,10%	74,20%	35,60%	48,30%	49,40%
	2020	31,00%	67,40%	55,80%	24,30%	78,10%	63,40%

Fonte: O autor (2023).

Quanto à análise da distribuição da classificação do estado nutricional de crianças de indígenas menores de 05 anos de acordo com Índice de Peso para a Idade no Nordeste brasileiro, foram adotadas quatro classificação de risco: muito baixo peso, baixo peso, peso adequado e peso elevado, conforme demosntrado na Tabela 09.

Nota-se que há uma eficiência de políticas de controle de desnutrição e obesidade, uma vez que a porcentagem de crianças avaliadas com peso adequado atinge um índice de 90%, enquanto que crianças com baixo peso e com peso elevado obtiveram valores muito inferiores em relação às crianças analisadas. No que tange à porcentagem de crianças com muito baixo peso, é possível observar uma homogeneidade com relação aos dados levantados, que ficam entre 0,2% e 2,7%, o que denota uma caracterísitica da eficiência das ações de combate à desnutrição. Já com relação às crianças classificadas com peso elevado é possível apontar dois pontos de atenção, principalmente no ano de 2020, onde dos 06 dos DSEI analisados, 04 deles apresentaram mais de 10% das crianças com essa características, contrapondo aos dados dos anos anteriores, com excessão dos estados da Bahia e Maranhão que obtiveram menores

percentagens dessa classificação. O Estado do Ceará apresentou 04 dos 05 anos observados, uma porcentagem maior que 10%, chegando a 13,2% no referido ano (Tabela 09).

Tabela 9 - Classificação do estado nutricional de crianças indígenas menores de 05 anos de acordo com Índice de Peso para a Idade no Nordeste brasileiro.

CLASSIFICAÇÃO DO PESO	ANO	ALAGOAS E SERGIPE	BAHIA	CEARÁ	MARANHÃO	PERNAMBUCO	POTIGUARA
Muito Baixo Peso	2016	0,20%	0,50%	0,40%	2,30%	0,1	0,2
	2017	0,40%	1,00%	0,50%	0,40%	0,40%	1,10%
	2018	0,60%	0,70%	0,70%	1,80%	0,40%	0,30%
	2019	0,20%	1,10%	1,20%	2,70%	0,30%	0,50%
	2020	0,50%	0,80%	0,60%	1,50%	0,50%	0,50%
Baixo Peso	2016	1,40%	2,50%	1,20%	4,90%	1,8	1
	2017	1,40%	2,10%	1,20%	3,50%	1,50%	6,80%
	2018	1,20%	1,40%	1,70%	4,40%	1,30%	1,10%
	2019	1,20%	2,00%	1,00%	5,30%	1,50%	7,00%
	2020	1,40%	1,60%	1,40%	4,60%	1,20%	1,40%
Peso Adequado	2016	91,80%	92,00%	87,50%	91,90%	89,1	89,4
	2017	89,60%	88,10%	91,10%	93,30%	91,40%	88,50%
	2018	89,00%	92,30%	87,10%	89,50%	90,60%	90,90%
	2019	89,30%	91,40%	85,70%	86,90%	89,90%	88,20%
	2020	87,00%	90,90%	84,80%	91,20%	87,90%	84,90%
Peso Elevado	2016	6,70%	4,90%	10,90%	1,00%	2,8	9,4
	2017	8,70%	10,30%	4,00%	2,70%	6,80%	0,90%
	2018	9,87%	5,60%	10,50%	4,30%	7,60%	2,10%
	2019	9,20%	5,60%	12,10%	5,10%	8,30%	10,00%
	2020	11,00%	6,80%	13,20%	2,70%	10,40%	13,30%

Fonte: O autor (2023).

A desnutrição está relacionada a mais de um terço de todas as mortes de crianças no mundo, embora raramente seja listada como a causa direta. O panorama mundial em 2011 indicava que cerca de 101 milhões de crianças menores de cinco anos de idade apresentavam baixo peso (PEREIRA *et al*., 2017). O cenário epidemiológico do Brasil apresenta um acelerado crescimento do excesso de peso e de doenças crônicas não transmissíveis, com persistência da desnutrição e seus agravos em populações vulneráveis (ARAÚJO, 2017).

Segundo a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (2016), 1,9% de crianças menores de cinco anos apresentou déficit de peso para a idade. Na população indígena, esse déficit foi de 5,9%, conforme apresentando no Inquérito Nacional 20092. Das 105.912 crianças menores de cinco anosregistradas no SIASI em 2015, 49.625 (46,8%) apresentaram pelo um acompanhamento no módulo de Vigilância Alimentar e Nutricional.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente publicação é um importante passo para o reconhecimento da problemática do no que se diz respeito à eficicácia dos órgãos responsáveis pela saúde indígena em implementar um sistema de informação da situação em saúde eficiente e democrático, com o objetivo de fornecer subsidio para o aperfeiçoamento das ações de promoção e prevenção de doênças e controle social indígena.

Desse modo, entende-se que com todos os resultados fornecidos, ao longo do trabalho, contribue para o fortalecimento técnico e para o aumento da capacidade analítica dos profissionais envolvidos, além de promover melhoria da qualificação dos sistemas de informação em saúde e promover o debate sobre as açoes estratégicas a serem implementadas em cada perfil social traçado por cada território indígena. Para isso, o estudo foi voltado à divulgação de informações do contexto de saúde, vivenciados por brasileiros indígenas que ocupam os territórios do Nordeste com demarcação regulamentada e reconhecida pelo Governo Federal, obtidas através dos da Secretaria especial de saúde indígena, bem como uma análise descritiva desses dados elencando as pontencialidades e dilitaçoes das políticas em saúde voltadas para esse grupo de populações.

No que se refere aos dados demográficos, é possível presumir que há uma dificuldade em traçar um perfil epdemiológico mais completo, detalhado e individualizado de cada grupo etnico. Isso acontece devido às limitações dos Ógãos competentes em acompanhar o fluxo de migrações étnicos entre os territórios indígenas de maneira a perceber as mudanças de instalação de doenças e agravos à saúde e, assim serem mais eficientes na promoção e vigilância em saúde. Desse modo, entende-se que os esforços devem concentra-se na integração dos órgão e setores públicos, bem como democratizar a acessibilidade de modo que sejam superadas as limitações no que se refere às áreas mais remotas e sem rede de internet.

Quando analizados os serviços prestados pelos profissionas de saúde e comparados com as atividades implementadas, observa-se uma lacuna inter-consulta que traduz uma descontinuidade dos tratamentos prestados. A política de saúde indígena prevê a visita médica a cada três meses, bem como a presença de uma enfermeira e/ou um técnico de forma contínua nos territórios indígenas. No entanto, seja por resistência dos povos originários, em dificuldade acessos a esses teritórios ou mesmo à falta de uma equipe especializada essa política não é seguida em sua integralidade, de modo que algumas comuinidades chegam a ficar um ano desassistidas. Isso tem um efeito direto na continuidade de programas como o de imunização, uma vez que há um acúmulo de vacinas por partes dos nascidos vivos que necessitam, muitas

vesez, de serem atualizados em um único atendimento, o que gera ressistência da parte dos pais em aplicar muitos imunubiológicos de uma vez só. Por isso, deve-se aperfeiçouar as ações de educação permanente dos profissionais dos DSEIs assistidos, disponibilizado recursos específicos destinado à formação complementar dos quadros de trabalho e preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural.

Ao discutir-se à respeito do perfil epidêmiológico dos povos indígenas, observa-se que hà desafios a serem superados no que se refere à indidência, prevalência e morbimortalidade dessa população. Por isso é fundamental ter uma força de trabalho qualificada, que conheça os territórios e estabeleça vínculos com as comunidade bem como uma gestão da rede de atenção que sisa responder satisfatoriamente às necessidades de saúde dos territórios indígenas. Com essa finalidade, há de se pensar em ampliar uma política específica, adotadas por algumas conseções que se admnistram as atividades de saúde que dá prioridade na admissão de profissionais indígenas do próprio território a fim de fazer essa aproximação entre o processo de promoção e vigilância em saúde nas populações, no sentido de melhorar os indicadores relacionados a determinantes sociais da saúde.

Outro fator importante é que, dentre as demais estratégias de melhoria do controle e qualidade dos dados pela SESAI, destaca-se a implantação do módulo de imunização do SIASI, incluindo o Painel SIASI, que gera relatórios gerenciais para facilitar as tomadas de decisões e o planejamento das atividades para o alcance das metas.

Por fim, espera-se que, com a divulgação desse trabalho, haja uma sensibilição por parte de gestores e profissionais, de modo a trabalharem para melhoria da qualidade de assistencia em saúde bem como a democratização do acesso a toda a população indígena. Outro resultado esperado é a concientizaão da equipe de saúde de que a compilação de dados e iformações em saúde, bem como sua divuldação é um importante instrumento para orientar as alçoes de saúde garantido a todas as comunidades indígenasa equidade, autonomia, planejamento, vigilância monitorização e avaliação de todas as açoes. Por útimo, sujere-se a criação da semana epidemiológica direcionada à saúde indígena de modo a permitir um boletim epidemiológico e um diagnóstico mais preciso da situação em saúde de cada território indígena, bem como sua rápda intervenção.

REFERÊNCIAS

ABENGUNDE, D. O. *et al*. A carga e os custos das doenças crônicas em países de baixa e média renda**. The Lancet**, London, v. 370, p. 1929-1938, 2007.

ABRASCO. **I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**: relatório final: análise dos dados nº 7. Rio de Janeiro: Funasa, 2009

ALBERT, C. M. *et al*. Consumo de peixe e risco de morte súbita cardíaca. **JAMA**, v. 279, n.1, p. 23-28, 7 jan. 1998. DOI: 10.1001/jama.279.1.23. PMID: 9424039.

ALWAN, A. *et al*. Monitoramento e vigilância de doenças crônicas não transmissíveis: progresso e capacitação em países de alta carga**. The Lancet**, London, v. 376, p. 1861-1868, 2010.

APIB. **Emergência Indígena**, Brasília, DF: APIB, 2020. Disponível em: https://emergenciaindigena.apiboficial.org. Acesso em: 07 set. 2020.

ARAÚJO, T. S. **Desnutrição infantil no município de maior risco nutricional do Brasil**: Jordão, Acre, Amazônia Ocidental (2005-2012). 2017. Tese (Doutorado em Ciências) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde . **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. Brasília, DF: Funasa, 2002. v. 29

BRASIL. Presidência da Repúbica. **Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999**. Acrescenta dispositivos a Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990, que "Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", instituindo o subsistema de atenção a saúde indígena. Brasília, DF: Presidência da República, 23 set. 1999. Disponíve em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9836.htm. Acesso em: 07 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006**: dimensões do processo reprodutivo e da saúde as crianças. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Saúde Brasil 2014**: uma análise da situação de saúde e das causas externas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Capitais dos estados, 2006 e 2008. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Monitoramento dos casos de arboviroses urbanas transmitidas pelo Aedes Aegypti (dengue, chikungunya e zika), semanas epidemiológicas 1 a 50, 2020. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, DF, v.51, dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS**: uma construção coletiva: Monitoramento e avaliação: processo de formulação, conteúdo e uso dos instrumentos do Planeja SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. (Série Cadernos de Planejamento, 9).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Saúde indígena** : um direito constitucional. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021.

CARDOSO, A. M. *et al*. Políticas públicas de saúde para os povos indígenas**.** *In*: GIOVANELLA, L. *et al*. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 911-932.

CARVALHO, G**.** A saúde pública no Brasil**. Estudos Avançados,** v. 27, n.78, p7-26, 2013. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S0103 40142013000200002.

COIMBRA JÚNIOR, C. E. A.; SANTOS, R. V.; ESCOBAR, A. L. (org.). **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz: ABRASCO, 2003.

COIMBRA JUNIOR, C. E. A. *et al*. A primeira pesquisa nacional de saúde e nutrição dos povos indígenas no Brasil: justificativa, metodologia e visão geral dos resultados. **BMC Public Health**, v.13, n.1, p. 52, jan. 2013.

CÔRTES, S. V. Sistema Único de Saúde: espaços decisórios e a arena política de saúde. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1626–1633, jul. 2009.

CUNHA, M. C. Índios na constituição. **Novos Estudos CEBRAP**, v.37, p. 429-43, 2018.

CUNHA, M. C. **Índios no Brasil**: história, direitos e cidadania. São Paulo: Claro Enigma, 2012.

FUNASA. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. Brasília, DF: FUNASA, 2002

FUNASA. **Documento sobre o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena**. Brasília, DF: FUNASA: Ministério da Saúde, 2004

GARNELO, L. Aspectos socioculturais de vacinação em área indígena. **Hist. cienc. saude-**Manguinhos, v.18, n.1, mar. 2011. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-59702011000100011

GRACEY, M.; KING, M. Saúde Indígena parte 1: determinantes e padrões de doenças. **The Lancet**, London, v. 374, 9683, p. 65-75, 4 jul. 2009. DOI: 10.1016/S0140-6736(09)60914-4. 19577695.

IBGE. **Características gerais dos indígenas no Censo Demográfico 2010**: resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

KAYO, E. K.; SECURATO, J. R. Método Delphi: fundamentos, críticas e vieses. **Cadernos de Pesquisa em Administração**, v.1, n.4, 51-61, 1997.

LANGDON, E. J. Diversidade cultural e os desafios da política brasileira de saúde do índio. **Saúde e Sociedade**, v.16, n.2, p.7-9, 2007.

LAURENTI, Ruy *et al*. **Estatísticas de saúde**. 2. ed. São Paulo: E.P.U., 2005.

MENDES, A. P. *et al*. O desafio de prestar atenção primária à atenção aos povos indígenas no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 42, p. 1-6, 2018.

OPAS. **Indicadores de saúde:** elementos conceituais e práticos. Brasíia, DF: OPAS, 2020.

PAGLIARO, H.; AZEVEDO, M. M.; SANTOS, R. V. (org.)**. Demografia dos povos indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

PAIM, J. *et al*. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, London, v. 377, p.1778-97, 2011.

PONTES, A. L.; SANTOS, R. V. Reforma sanitária e política de saúde indígena no Brasil: contextos, atores e discursos. **Política e Planejamento de Saúde**, v. 35, p. i107-i114, 2020. Suplemento; 1. DOI: https://doi.org/10.1093/heapol/czaa098

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE. **Indicadores básicos de saúde no Brasil:** conceitos e aplicações. Brasília, DF: OPAS, 2002.

SANTOS, R. V. *et al*. A identificação da população indígena nas estatísticas oficiais do Brasil, com ênfase nos censos demográficos. **Diário Estatístico do IAOS**, v. 35, p. 29-46, 2019.

SOUSA, M. da C. de; SCATENA, J. H. G; SANTOS, R. V. O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI): criação, estrutura e funcionamento [SIASI): projeto, estrutura e funcionamento]. **Cadernos de Saúde Publica,** v. 23, n. 4, p. 853-61, abr. 2007. DOI: 10.1590/s0102-311x2007000400013. 17435883.

SUBSISTEMA de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS). **Observatório Indígena**, Brasília, DF:UNB, 2022.

WHO**. Prevenção de doenças crônicas**: um investimento vital. Geneva: WHO Global Report, 2005.