

UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS INDÍGENAS
INTERNADOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

THALISE YURI HATTORI

**DOURADOS-MS
2013**

THALISE YURI HATTORI

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS INDÍGENAS INTERNADOS
EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Dissertação apresentada à Universidade
Federal da Grande Dourados - Faculdade
de Ciências da Saúde, para obtenção do
Título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof^ª. Dra. MARIA
CRISTINA CORRÊA DE SOUZA

**DOURADOS MS
2013**

Agradecimentos

Agradeço primeiramente aos meus pais (Pedro e Cecília) e irmãos (Kelen e Rafael) pelo apoio incondicional em todos os momentos e por sempre acreditarem em mim.

À minha orientadora Dra. Maria Cristina Corrêa de Souza, pelos conselhos, pela atenção, pela disponibilidade e pelas valiosas contribuições.

Ao meu companheiro, namorado, amigo, parceiro pela ajuda em todo o trabalho, pela compreensão durante esses dois anos. Você foi meu alicerce!

Em especial, Ao Marcos Antônio Nunes de Araújo e à enfermeira Rosana Matos Queiroz que possibilitou a implementação e execução desse projeto.

Agradeço também à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) pela concessão da bolsa de estudos durante nesses dois anos de mestrado.

Ao Hospital Universitário, pela autorização da pesquisa, pelo acesso aos bancos de dados e aos prontuários, além da disponibilidade de infraestrutura para a realização da coleta dos dados.

Ao pessoal do Serviço de Arquivo Médico (Kauê, Alexsandro, Silvana, Marcela) pela disponibilidade da incansável busca pelos prontuários, sem vocês nada disso seria possível. Meus sinceros agradecimentos.

À Isabel (bibliotecária), pelos conselhos, dicas, amparos e disponibilidade em ajudar em todos os momentos que se fez necessário.

A todos os residentes, acadêmicos e amigos em especial Esther, Alessandra, Regiane, Thaís, Denise, Mariana, Rosana, Hélder, Fellipe que me ajudaram na coleta dos dados.

E a todos aqueles que mesmo distante, torceram e acreditaram em mim.

Sumário

1 INTRODUÇÃO	1
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	3
2.1 Demografia dos povos indígenas	3
2.1.1 Desdobramentos recentes	5
2.1.2 Região Centro Oeste.....	10
2.1.3 Mato Grosso do Sul e o Município de Dourados.....	12
2.2 Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena (PNASI).....	14
2.2.1 Trajetória histórica da Política Nacional de Saúde Indígena.....	14
2.2.2 Situação atual da organização assistencial à saúde indígena no Brasil.....	19
2.2.3 O Estado de Mato Grosso do Sul e o Município de Dourados	25
2.3 Saúde dos povos indígenas	28
2.3.1 Morbidade e mortalidade indígena.....	28
2.3.2 Saúde dos indígenas no Mato Grosso do Sul e o Município de Dourados	35
3 OBJETIVOS.....	39
3.1 Geral	39
3.2 Específicos	39
4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	40
5 ANEXOS.....	57
ARTIGO	57
RESUMO	58
INTRODUÇÃO.....	59
MÉTODOS.....	60
RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	63
CONSIDERAÇÕES FINAIS	72
COLABORADORES	72
AGRADECIMENTOS.....	73
REFERÊNCIAS	73
TABELAS	80
5.1 DIRETRIZES PARA AUTORES	87
5.2 CRONOGRAMA DE ATIVIDADES	96
5.3 INSTRUMENTO	97
5.4 PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	100

Listas de abreviaturas e símbolos

ABEP	Associação Brasileira de Estudos Populacionais
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AIS	Agente Indígena de Saúde
AISAN	Agentes Indígenas de Saneamento
AMTB	Associação de Missões Transculturais Brasileiras
CAM	Centro de Atendimento à Mulher
CASAI	Casa de Saúde Indígena
CF	Constituição Federal
CMG	Coefficiente de Mortalidade Geral
CIMI	Conselho Indigenista Missionário
CIS	Comissão Intersetorial de Saúde
CISI	Comissão Intersetorial de Saúde Indígena
CLSI	Conselhos Locais de Saúde Indígena
CNPSI	Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNSI	Conferência Nacional de Saúde Indígena
COAPS	Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
CONDISI	Conselho Distrital de Saúde Indígena
CORE	Coordenações Regionais
DESAI	Departamento de Saúde Indígena
DSEI	Distrito Sanitário Especial Indígena
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EMSI	Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena
EVS	Equipes Volantes de Saúde
FNS	Fundação Nacional de Saúde
FSESP	Fundação Serviços de Saúde Pública
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
HE	Hospital Evangélico
HU	Hospital Universitário
HU/UFGD	Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
HV	Hospital da Vida
IAB-PI	Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ISA	Instituto Socioambiental
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MJ	Ministério da Justiça
MP	Medida Provisória
MS	Ministério da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
OSCIPS	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público da Saúde
PDSI	Plano Distrital de Saúde Indígena
PNASI	Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena
PNASPI	Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
RID	Reserva Indígena de Dourados

SADT	Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
SAE	Serviço de Atendimento Especializado
SAME	Serviço de Arquivo Médico
SAS	Secretaria de Assistência à Saúde
SASI	Subsistema de Atenção à Saúde Indígena
SESAI	Secretaria Especial de Saúde Indígena
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIASI	Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de informação sobre Nascidos Vivos
SISAIH01	Sistema de Informação de Saúde Autorização de Internação Hospitalar
SPI	Serviço de Proteção ao Índio
SPILT	Serviço de Proteção ao Índio e Localização de Trabalhadores Nacionais
SUCAM	Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSA	Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas
TI	Terra Indígena
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil

Resumo

O conhecimento do perfil de morbidade hospitalar é importante para estabelecer as necessidades específicas de saúde de uma população. O objetivo do estudo foi caracterizar o perfil epidemiológico dos indígenas internados em um hospital universitário. Foi realizado um estudo epidemiológico, transversal do tipo descritivo, retrospectivo. Foram utilizados dados dos prontuários médicos dos indígenas internados no ano de 2008 a 2010. A análise estatística foi realizada pelo programa SPSS versão 22.0. O teste qui-quadrado e distribuição de frequências foram utilizados para as variáveis categóricas e ajustado pela correção de Yates quando n menor que 40 e/ou valor esperado menor que 5. Para as variáveis quantitativas foi utilizada a média e o desvio padrão. A significância estatística foi determinada por valores de $p < 0,05$. Os resultados apresentaram as doenças do aparelho respiratório (36,6%), as doenças infecto parasitárias (21,3%), as doenças do aparelho digestivo (8,8%) e as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (7,8%) como as mais frequentes. Os menores de 5 anos (73,3%) foram os mais acometidos quanto aos aspectos de morbidade e mortalidade (70,4%). Assim, o perfil de morbidade dos indígenas internados, foi caracterizado por doenças potencialmente evitáveis que acometem principalmente as crianças menores de 5 anos, reflexo das precárias condições socioeconômicas e sanitárias em que vivem.

Palavras-chave: morbidade, hospitalização, registros médicos, índios sul-americanos, saúde de populações indígenas.

Abstract

Knowledge of hospital morbidity is an important to establish the specific health needs of a population. The aim was to characterize the epidemiology of indigenous admitted to a university hospital. We conducted an epidemiological study, cross-sectional and retrospective descriptive. We used data from the medical records of hospitalized Indians in the year 2008 to 2010. Statistical analysis was performed using SPSS version 22.0. The chi-square distribution of frequencies was used for categorical variables and adjusted by the Yates correction when n less than 40 and/or expected value less than 5. For quantitative variables, we used the mean and standard deviation. Statistical significance was determined by p values $<0,05$. The results showed the respiratory diseases (36,6%), infectious parasitic diseases (21,3%), diseases of the digestive system (8,8%) and endocrine, nutritional and metabolic diseases (7,8%) as the most frequent. Children under 5 years (73,3%) were the most frequent victims aspects of morbidity and mortality (70.4%). Thus, the morbidity profile of indigenous admitted, was characterized by potentially avoidable diseases affecting mainly children under five years, reflecting the precarious socioeconomic and sanitary living.

Keywords: morbidity, hospitalization, medical records, south american indians, indigenous health.

1 INTRODUÇÃO

O conhecimento do perfil epidemiológico das populações auxilia no planejamento e na prática das ações em saúde. Além das análises de mortalidade, tradicionalmente utilizadas para subsidiar o planejamento em saúde, o conhecimento das morbidades é importante, pois engloba, também, as doenças sem risco de morte eminente, que levam a uma maior demanda para os serviços de saúde¹.

O quadro de saúde indígena está relacionado aos processos históricos de mudanças sociais, políticas, econômicas e ambientais vivenciados principalmente durante o pós-contato com os colonizadores e o período de expansão econômica do País^{2,3}. Esses fatores influenciaram as condições de vida e o perfil de morbidade desses povos, causada principalmente pela violência externa (guerra, genocídio, escravidão) e disseminação de doenças infecciosas (gripe, sarampo, varíola, tuberculose)⁴.

Percebe-se que o perfil epidemiológico dos povos indígenas do Brasil está em transição, porém a alta prevalência de doenças infecto-parasitárias e carenciais ainda persistem. Fatores como as precárias condições socioeconômicas e ambientais, a frágil assistência à saúde; as mudanças nos hábitos alimentares e a diminuição da atividade física levaram ao aumento das doenças crônico degenerativas, que causam uma superposição de perfis epidemiológicos distintos².

A Política Nacional de Saúde Indígena, a partir de 1999, trouxe mudanças no campo da saúde. Mais investimentos foram destinados para contemplar as ações em saúde conforme a sua diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política em todas as áreas da rede do Sistema Único de Saúde (SUS)^{5,6}. A respeito dessa intensa dinâmica presente nas áreas urbanas e rurais, o perfil epidemiológico desses povos ainda continua pouco conhecido, consequência de escassos estudos, trabalhos isolados em regiões específicas, com etnias distintas, precariedade dos sistemas de informação quanto à morbidade e mortalidade, assim como aos poucos trabalhos que abordem os aspectos de saúde e doença^{7,8}.

Dessa forma, fontes como registros hospitalares adquirem particular importância para o conhecimento das demandas dessa população^{9,10,11}. Embora sejam restritos devido a sua cobertura seletiva e parcial, as informações sobre morbidade hospitalar constituem

importantes indicadores da qualidade da assistência, como também avalia de forma indireta a efetividade das ações de saúde no nível primário^{12,13}.

Os estudos de morbidade hospitalar nos povos indígenas são recentes e de baixa cobertura, o que inviabiliza a análise generalizada das demandas desse grupo. Poucos foram os trabalhos de morbimortalidade que conseguiram revelar padrões desfavoráveis compatíveis a outros segmentos mais vulneráveis^{9,11}. Devido à ampla diversidade política, cultural e social existente, além da dispersão geográfica na qual se encontram, são necessários mais estudos sobre a morbidade hospitalar indígena, a fim de compreender a complexa situação de saúde desses povos^{11,14,15}.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Demografia dos povos indígenas

O contingente populacional dos indígenas no Brasil em 1500 variava de 800 mil a cinco milhões, com cerca de mil etnias^{16,17}. Steward¹⁶ estimou o tamanho da população indígena no Brasil em 1500 utilizando os valores de densidades populacionais segundo grandes áreas do continente em 1,1 milhão de indivíduos, com decréscimo para 500 mil em 1940. Contudo, Denevan¹⁹ ao avaliar a população indígena da Grande Amazônia no mesmo ano baseado na mesma metodologia mais nos parâmetros ecológico-culturais, chegou ao número aproximado de 6,8 milhões de indígenas. Hemming²⁰ utilizou em seus cálculos vários livros antigos e encontrou o número de 2,4 milhões. A ausência de registros demográficos confiáveis antes e após o contato constitui um dos principais motivos para explicar essa escassez de estudos e a discrepância numérica^{21,22}.

Entre a chegada dos europeus no Brasil e o início do século XX, a população indígena se reduziu drasticamente a cerca de 100 mil indivíduos distribuídos em 230 grupos tribais^{23,24}. Havia aproximadamente 1.300 línguas diferentes e acredita-se que 85% das línguas indígenas tenham desaparecido⁷². Essa diminuição ocorreu com maior intensidade com o pós-contato, impulsionada pelas epidemias, escravidão, guerras e conflitos inter étnicos decorrentes da expansão da colonização e do processo de pacificação^{2,3,26,27,28,29}. Os conhecimentos sobre as diversas dimensões da dinâmica demográfica dos povos indígenas no Brasil são limitados^{2,30,31}. Esse fato pode ser devido à realização de pesquisas qualitativas pelos antropólogos e etnólogos^{31,32,33}.

Por outro lado, inexistem, em grande parte das comunidades indígenas, documentos históricos quanto aos nascimentos, óbitos e migração. Existe, ainda, a dificuldade no cálculo e interpretação dos indicadores diante do reduzido contingente de alguns grupos, que dificulta discernir se as mudanças decorreram do comportamento demográfico ou das variações devido ao pequeno número^{31,32,33}. Mesmo assim, levantamentos de campo realizados por antropólogos e etnólogos em comunidades específicas em um determinado período de tempo continuam sendo fontes importantes de dados demográficos³¹. Além disso, a questão indígena teve pouco interesse específico para a comunidade de demógrafos do país, por considerar provável o seu desaparecimento tendo em vista a sua integração à sociedade nacional^{23,24,29,31,34,35}.

Nos censos realizados no Brasil em 1872 e 1880 as categorias de cor/raça investigadas foram branco, preto, pardo e caboclo. Em 1880 os recenseadores identificavam os escravos como pretos e pardos e as pessoas livres como brancos e, por vezes, caboclos^{36,37}. Nos censos de 1900 e 1920, a informação sobre cor não foi estudada, sendo reintroduzida em 1940 com a classificação em três grupos: pretos, brancos e amarelos. Em 1950 e 1960 houve a distribuição em quatro grupos sendo elas: branco, preto, amarelo e pardo. No censo seguinte realizado em 1970, a categoria não foi investigada e já em 1980 esta variável foi novamente reintroduzida com as mesmas categorias do ano de 1950^{32,37}.

Assim, é possível perceber a precariedade das informações demográficas referente aos indígenas. Além dos históricos recenseamentos pouco confiáveis dos governos provinciais, censos periódicos e registros de eventos vitais do Serviço de Proteção Índio do (SPI), contava-se com dados sobre algumas populações, levantadas pela Fundação Nacional do Índio (Funai), os levantamentos realizados em laudos antropológicos ou por missões religiosas. Essas informações apresentavam oscilações, ao longo do tempo, de acordo com os interesses políticos dos governos provinciais e do SPI/Funai e com a existência de postos indígenas em diferentes regiões do Brasil^{31,38}.

Nos Postos Indígenas mais antigos (década de 30 e 60), havia a prática de preencher os livros oficiais como certidão de nascimento, casamento e óbito, todavia, nem todos os eventos demográficos eram registrados e parte deles foi perdida, havendo uma lacuna das informações dos períodos mais remotos^{31,39}. Além das fontes de dados oficiais, mencionam-se várias iniciativas de sistematização de dados referente à demografia por parte das instituições religiosas, de saúde e Organização Não Governamental (ONG) e organizações indígenas existentes³¹.

Diferentemente das previsões feitas na década de 50 e 70 sobre a possibilidade de desaparecimento desses povos^{2,29,35}, esse panorama sofreu mudanças a partir da época do milagre brasileiro e da expansão da fronteira econômica do país^{31,40}. Nessas últimas três décadas o crescimento dos povos indígenas caracterizou um evento de grande importância histórica que surpreenderam os estudiosos^{23,41,42}.

A reversão dessa tendência tem várias causas e vem sendo explorada em muitos estudos na área da antropologia e da demografia indígena do País seja por meio de pesquisas específicas feitas em várias regiões ou por análise de dados censitários^{31,34,39}. A interlocução de demógrafos e antropólogos acerca do comportamento demográfico

indígena constituem ferramentas importantes para conhecer e interpretar os processos envolvidos na ampla sócio diversidade existente assim como refletir sobre a situação atual para que sirvam como auxílio na elaboração e implementação de políticas públicas⁴³.

2.1.1 Desdobramentos recentes

Apesar da diversidade metodológica dos estudos e da realização de pesquisas em grupos específicos foi possível observar o crescimento populacional de 3% a 5% nos diferentes grupos^{43,44,45,46,47,48,49,50}. Outros estudos^{51,52} encontraram um crescimento um pouco menor de 2,8% e 2,4% respectivamente. Já na pesquisa de Machado *et al.*⁵³ o crescimento foi de 8,4% ao ano e na pesquisa de Simoni, Dagnino⁵⁴ foi de 11,1% ao ano. Assim, os dados demográficos se mostram heterogêneos, por vezes fragmentados, específicos (grupos e período) ou pontuais, o que dificulta a interpretação e a extrapolação dos dados para outras áreas por não apresentar representatividade nacional⁵⁵.

Para diminuir essas lacunas, a partir de 1991 o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) acrescentou a categoria indígena no requisito raça/cor que passou a ser classificadas em branco, preto, amarelo, pardo e indígena. Apesar de alvo de críticas quanto à metodologia adotada pelo critério de auto identificação, os levantamentos censitários periódicos subsidiaram como fonte sócio demográfica espacialmente mais abrangente da população indígena, permitindo delinear e aprimorar as principais características demográficas e sociais dos autodeclarados nos últimos censos^{31,56,57}. O censo realizado no ano de 1991 e 2000 apresentou um aumento expressivo do seu número absoluto, antes com uma representação de 0,2% da população nacional, aumentou esse percentual para 0,4%. Isso representou um crescimento anual de 10,8%. Por outro lado, houve um aumento na área urbana (20,8%) maior que na área rural (5,8%)⁵⁸.

Pode justificar esse aumento o crescimento vegetativo dos indígenas; imigração internacional (Bolívia, Equador, Paraguai e Peru) para as áreas de fronteiras e das grandes metrópoles¹⁰⁵ ou aumento da proporção de indígenas urbanizados que optaram pela categoria indígena no censo de 2000 e que anteriormente se classificaram em outra categoria, geralmente na parda^{36,59,60}. Essa diferença também pode ser devido ao universo diferente que foi investigado^{32,58}, pois em 1991 foram recenseados apenas os indivíduos que viviam próximos aos postos indígenas da Funai ou em missões religiosas^{61,62,63} e em 2000 estendeu-se a todas as terras indígenas, rurais e urbanas^{31,64}.

Muitos estudiosos atribuíram esse aumento a um momento benéfico para os indígenas, que vem se conscientizando e buscam procurar pelos direitos conquistados como as demarcações de terras indígenas, revalorização cultural (etnogênese), incentivos governamentais, políticas públicas diferenciadas, estabilização das relações inter étnicas e fortalecimento do movimento indígena^{17,31,40,64,65}.

Outros fatores como a elevada taxa de natalidade e fecundidade que superaram os índices de mortalidade, favoreceram o aumento do crescimento vegetativo^{30,44,45,47,49,66,67}, assim como a melhoria nas condições de saúde, imunidade adquirida (vacinação), movimento migratório, menor exposição às epidemias, garantia de território⁴⁵, crescimento intencional⁶⁸, mudanças socioculturais⁶⁹. Black⁷⁰ acredita que a diversidade genética decorrente da miscigenação possa ter contribuído para a resistência às doenças infecciosas. Assim, as causas analisadas a partir da etnografia devem ser interpretadas com cautela tendo em vista a existência de centenas de comunidades com histórias sociopolíticas particulares^{2,50}.

O censo de 2010 inseriu na investigação aspectos quanto à filiação étnica, língua falada e localização geográfica dos indígenas residentes nas terras indígenas; os urbanizados com pertencimento étnico a povos indígenas específicos; e as pessoas que se classificam como indígenas, mas que não possuíam identificação da etnia³¹. No período 2000/2010 houve um aumento de 84 mil indígenas, representando 11,4% com uma taxa de crescimento de 1,1% ao ano⁷¹. Na área rural houve um crescimento de 3,7% ao ano e na urbana o crescimento foi negativo, com redução de 68 mil. Assim, os resultados do censo de 2010 foram de 896.917, distribuídas em 505 terras indígenas (TIs) reconhecidas e regularizadas com 305 etnias distintas, sendo 235 com populações de pequeno porte e composta por 274 línguas falantes³⁷.

Essa redução pode ser devido à migração da declaração para a categoria parda. Santos e Teixeira⁴³ acreditam que os indígenas das áreas urbanas por não apresentarem afinidade com seu povo de origem possam ter contribuído para a redução desses números. Além disso, acredita-se que aqueles que moram na área urbana estão acompanhando o padrão da população brasileira no geral com baixa mortalidade e fecundidade e idade mediana alta^{37,55,60,72}. O nível educacional maior nas mulheres indígenas urbanas pode ser um fator que justifique a baixa taxa de fecundidade³².

Existe, ainda, a prática de infanticídio que pode ocorrer devido ao curto espaço entre filhos, nascimentos de gêmeos, presença de deformidades físicas, ausência do

marido, separação e viuvez, assim como seleção quanto ao sexo dos filhos^{53,73} e à amamentação prolongada⁴⁹. Entre os Bororó no Mato Grosso, a inconstância conjugal pode ser um fator para sua menor taxa de fecundidade⁵². Pagliaro⁴⁵ acredita que a intervenção dos profissionais de saúde quanto ao planejamento familiar, a utilização de métodos anticoncepcionais hormonais, a frequência de doenças sexualmente transmissíveis (DST), e a reprodução tardia⁶⁹ possam ter contribuído com a redução da fecundidade dos Kayabí entre 2000-2007. Alguns estudos apontaram a utilização de práticas contraceptivas tradicionais⁵³, já outros assinalaram a alta mortalidade como causa da redução demográfica, consequência das precárias condições de saneamento, baixa cobertura de saúde e elevados índices de violência ocorrida com maior frequência no sexo masculino^{21,45,74}.

Conforme dados do Instituto Socioambiental (ISA), estimou-se pelo censo realizado a cada cinco anos que a população indígena seja constituída por aproximadamente 235 povos distribuídos por todo o país, com mais de 180 línguas diferentes e um contingente de 590 mil indígenas vivendo nas TI's. Desses povos, durante esse período, apenas três sofreram redução do seu número populacional (Akunsu, Juma, Zuruahã). Aproximadamente 60% dos contingentes populacionais foram representados por pequenas sociedades constituídas por algumas centenas a pouco mais de mil habitantes com diferentes graus de interação com a sociedade nacional⁷⁵.

Dos indígenas isolados, há 23 grupos confirmados, dos quais 12 são de etnias desconhecidas, sendo a maioria da região Norte (87%); sete grupos foram recém-contatados; e 47 grupos que vivem isolados que não foram feitos levantamento dos dados preliminares⁷⁶. Em 2011, a situação jurídica administrativa relativa às TI's no Brasil totalizava 677, das quais, 139 estavam em processo de identificação, 16 já estavam identificadas, 69 encontravam-se declaradas e 453 estavam homologadas e devidamente registradas. Elas ocupavam aproximadamente 12% do território nacional, entre as quais, a maioria (95%) se encontrava na Amazônia Legal. Ainda em 2011 foram protocolados na Funai 450 pedidos de reconhecimento de novas TI, 80 pedidos de ampliação das já existentes, identificação de 139 TI e revisão de limites de 54 casos⁷⁵.

A Associação Brasileira de Estudos Populacionais (Abep) também é uma das instituições que vem contribuindo para o levantamento demográfico dos indígenas desde a década de 80, com a realização de estudos transversais e longitudinais que abordam as tendências de mortalidade, fecundidade, uniões, imigração, recenseamentos oficiais e

sistemas de informação. A partir do ano de 2000, a Abep criou um grupo de trabalhos dedicado à Demografia dos Povos Indígenas que reúne pesquisadores em reuniões, fóruns, apresentação de trabalhos e disseminação, o que gerou um acervo relevante^{31,38}. A dinâmica demográfica de uma população resulta da relação múltipla de fatores históricos, antropológicos, sociais e econômicos. Assim sendo, em vista da diversidade indígena no país, ao se abordar a demografia desses povos, há necessidade de nos remeter a dimensões plurais³¹.

A Associação de Missões Transculturais Brasileiras (AMTB) que possui 41 agências missionárias filiadas realizou no ano de 2010, um levantamento acerca das tendências demográficas, composições étnicas entre os povos indígenas de diversas áreas. Reconheceram em seu estudo, 616.000 indígenas, sendo 52% aldeados e 48% nas regiões urbanas, bem como 60% da população indígena era habitante da Amazônia Legal. Quanto às etnias, grande parte (66%) apresenta de centenas até 1000 pessoas formadas por etnias minoritárias. Apenas quatro apresentavam número acima de 20 mil pessoas e 76 ainda não possuíam dados populacionais. Dessa forma, dentre os grupos existentes, 228 etnias são conhecidas, 27 estão isoladas, 10 vivem parcialmente isoladas, nove estão possivelmente extintas, 41 foram ressurgidas, 25 estão em processo de pesquisa e 37 correm o risco de extinção devido ao seu pequeno número (<35 indivíduos)⁷⁷. Observam-se as flutuações dos dados a depender da fonte consultada, o que pode ser devido às diferentes metodologias empregadas⁵⁵.

Outras fontes de dados demográficos existentes são a da Funai que trabalha com números mais conservadores pois realiza levantamento dos indígenas que residem nas TI's, excluindo os desaldeados e os da área urbana. Segundo seus dados, o Brasil tem cerca de 220 povos, com mais de oitenta grupos isolados e pelo menos 180 línguas que pertencem a mais de trinta famílias linguísticas diferentes⁷⁸. Já o Sistema de Atenção à Saúde Indígena (SIASI), implantado a partir de 2000, permite integrar informações múltiplas como demografia, morbidade, imunização, saúde bucal referente aos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI's). Em 2012, estimou 581.147 indígenas, distribuídos nos 353 polos base, localizados nos 197 municípios que estão as 5.006 aldeias que incluía as urbanizadas, os acampamentos e as áreas desaldeadas^{79,80,81}.

A literatura refere às fragilidades, limitações e aperfeiçoamentos necessários nos estudos demográficos^{2,60,82,83}. Dados do SIASI associados com os sistemas de informação de mortalidade (SIM), hospitalar (SIH), nascidos vivos (SINASC), agravos de notificação

(SINAN), ambulatorial (SIA), assim como os levantamentos censitários realizados a partir de 1991 propiciaram a análise e a avaliação do quantitativo, de indicadores das condições de vida e o delineamento do perfil daqueles que se autodeclararam indígenas no Brasil³².

Estas limitações podem ser minimizadas com a realização de estudos sobre a saúde, migração, deslocamentos e aos aspectos socioculturais dos indígenas nas aldeias de origem^{84,45}. Os dados do SIASI permitem a investigação das características demográficas e epidemiológicas daqueles que recebem cobertura assistencial à saúde pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai)^{38,85}. Para complementar as informações de saúde, existe também como fontes de dados oficiais, os sistemas de informação que ampliam a compreensão da situação de saúde quanto aos aspectos da mortalidade, nascimentos, morbidades entre outros. O acesso a essas informações auxilia no início da compreensão das iniquidades em saúde desse segmento⁸⁶.

Poucos foram os trabalhos desenvolvidos em profundidade quanto aos aspectos etno demográficos, os realizados por Pagliaro⁴⁵ com Kayabí no Mato Grosso (1970-2007), os de Pagliaro **et al.**⁶⁹ com os Suyá (Kisêdjê) no Mato Grosso (1970-2007), Flowers⁸⁷ com os Xavantes de Pimentel Barbosa no Mato Grosso (1976-1990), Pagliaro **et al.**⁸⁸ com os Kamaiurá no Mato Grosso (1970-1999); Pagliaro **et al.**⁸⁹ com os Waurá no Mato Grosso (1970-1999); Baruzzi **et al.**⁹⁰ com os Paraná (Kren-Akarore) no Mato Grosso (1973-1999), Maia **et al.**⁹¹ com os Txicão (Ikpeng) no Mato Grosso (1970-1999), Santos **et al.**²¹ com os Xavantes de Pimentel Barbosa (Etênitépa) de Mato Grosso (1940-1990) que permitiram compreender o processo de transição demográfica retratada ao longo da história indígena.

Esses tipos de estudos permitem a detecção de difíceis inferências nos estudos do tipo transversal e assim como explicar as modificações ocorridas com o passar dos anos. Mesmo que tenham ocorrido melhorias e avanços, os registros retrataram a precariedade das informações com os preenchimentos irregulares e descontínuos, com informações pouco confiáveis, inconsistentes, divergentes entre as fontes de dados oficiais e de qualidade discutível^{45,48,60,65,85,92,93}.

Um dos grandes desafios nas pesquisas demográficas consiste na identificação das características específicas das populações indígenas, principalmente nos grupos com pequeno número, quanto às línguas nativas, conjuntos de costumes e tradições, festas, cerimônias, danças e cantos, relação com a terra e padrão territorial, modos de organização social e familiar, percepção sobre a doença, cosmologia que são difíceis de identificar em uma pesquisa censitária^{37,94}. Sendo assim, o Brasil apresenta uma população indígena

caracterizada por uma estrutura social, política, econômica, cultural complexa imersa em sua pluridimensionalidade que se encontra distribuída por todo território brasileiro.

2.1.2 Região Centro Oeste

O censo de IBGE³⁷ devido a sua abrangência e apesar de apresentar os dados de forma descritiva e analisar as condições sanitárias dos domicílios classificados como permanentes permitiu uma análise mais apurada das regiões do País quanto a vários aspectos sócio demográficos dos indígenas. As regiões Norte (251.891) e Centro Oeste (104.019) apresentaram a maior concentração populacional nas terras indígenas com respectivamente 73,5% e 72,5%.

A região Centro Oeste apresentou 108 TI's, sendo a maioria localizada nos estados de Mato Grosso (64) e Mato Grosso do Sul (39), quanto à distribuição por Unidades de Federação por terra indígena, dentre os estados com maior concentração numérica se destacaram na região também os de Mato Grosso (42.525) correspondendo a 40,9% e Mato Grosso do Sul (61.158) representando 58,8%. No Brasil, em 2010, apenas seis TI's possuíam população indígena superior a 10 mil habitantes, sendo que uma delas se localizava na região Centro Oeste, mas especificamente no Mato Grosso do Sul. Quanto ao registro de nascimento no cartório dos menores de 10 anos, a região Centro Oeste é a que tem menor proporção de registro com 46,3% quando comparado aos realizados pela Funai que é de 51,1%. Este fato repercute diretamente na avaliação da situação infantil, além do direito à cidadania e informações que embasam na formulação de políticas públicas voltadas para as crianças³⁷.

As línguas indígenas faladas foram observadas em maior percentual nas regiões Centro Oeste e Norte com 57,1% e 55,2%, respectivamente. No contexto regional, nas terras indígenas, houve o destaque para a região Centro Oeste com 72,4% e já fora das terras indígenas, se destacaram a região norte com 29,3%, o Centro Oeste ficou em segundo lugar com 20,7%. Quanto ao levantamento dos indígenas a partir de 5 anos que falavam apenas a língua indígena, novamente a região Centro Oeste se destacou com 29%, quando comparada àqueles que vivem nas terras indígenas ela também se destacou com 39,5% e fora das terras indígenas ficou em segundo lugar (4,0%), logo atrás da região Norte com 4,7%³⁷.

Quanto ao rendimento proveniente do trabalho das pessoas de 10 anos ou mais, a região Centro Oeste apresentou a segunda pior situação, 28,7% receberam até um salário mínimo e mais da metade (55,7%) não apresentou rendimento. Quando avaliados indivíduos sem rendimentos, 64,1% moravam nas TI's enquanto 36,6% viviam fora das TI³⁷.

As condições do domicílio permanentes, 41,3% não possuíam banheiro e 42,8% não possuíam rede de esgoto, pluvial e fossa séptica. Quanto ao tipo de esgotamento sanitário, a maioria era por fossa rudimentar (55,5%). O abastecimento de água da região Centro Oeste, 60,0% era fornecido pela rede geral, situação próxima a da região Nordeste (68,7%), contudo o abastecimento proveniente de poço ou nascente apresentou o maior percentual (33,5%) quando comparada as outras regiões. O sistema de coleta de lixo nas terras indígenas a grande maioria era queimado (80,9%). A energia elétrica apresentou a pior situação do país, apenas 23,8% tinham acesso a ela³⁷.

Quanto aos aspectos demográficos, a região Centro Oeste apresentou quase um equilíbrio entre os sexos: 50,4% para o sexo masculino e 49,6% para o feminino. Houve o predomínio em ambos os sexos dos domicílios situados dentro das terras indígenas (72,5%). Percebe-se um número um pouco maior do sexo feminino residindo fora das aldeias (51,7%). Quanto à condição de alfabetização, 15,9% eram alfabetizados, 13% eram não alfabetizados. Comparado aos domicílios localizados nas terras indígenas, estes apresentaram melhores resultados quanto aos alfabetizados apenas para as regiões Norte (44,1%) e Centro Oeste (21,7%) e já para os não alfabetizados que moram fora das terras indígenas, o Centro Oeste ficou em quarto lugar (8,6%), perdendo para as regiões Nordeste (41,3%), Norte (28,4%) e Sudeste (13,1%)³⁷.

Segundo dados do Siasi (2012) a região Centro Oeste apresenta sete DSEI's que abrangem essa região, estando a maioria (6) situada no Mato Grosso. Quanto aos dados demográficos devido a sua distribuição espacial não ser baseada nas divisões interestaduais, estima-se que a população indígena seja em torno de 111.400 pessoas. Um fato importante a ser observado é que apesar do Mato Grosso apresentar a maior abrangência dos DSEI, o Mato Grosso do Sul se destaca pela sua alta densidade demográfica, representando 63,7% de toda a população indígena da região Centro Oeste. Devido a sua extensão, no Mato Grosso, existem diversas etnias, que apresentaram grupos pequenos numericamente^{37,75,77,80,81,95}.

Existe uma escassez de publicações na região referente à demografia e seus indicadores, com exceção das realizadas em alguns grupos étnicos específicos do Mato Grosso como já citados, e outros no Mato Grosso do Sul^{44,96,97}. Sendo assim, verifica-se a necessidade de maiores estudos no campo da etnodemografia que retratem as condições de vida, de saúde desses povos como forma de se conhecer e compreender a dinâmica dos fenômenos que ocorrem em distinção de cada área e grupo estudado⁴⁵.

2.1.3 Mato Grosso do Sul e o Município de Dourados

Os dados do IBGE³⁷ mostraram que existiam 77.025 pessoas que se autodeclararam e se consideraram indígenas, com uma taxa de crescimento anual de 3,2%. A maioria residia dentro das 39 TI's visitadas, e fora das terras indígenas se encontravam 15.867 indígenas. Quanto ao sexo, o número foi bastante próximo, os homens contabilizaram 38.971, sendo que 31.168 viviam nas TI's. Já entre as mulheres, que totalizaram 38.054, 29.990 vivem nas TI's.

A predominância na área rural se deve em grande parte ao processo histórico de territorialização das diversas etnias existentes, assunto este muito pesquisado no Estado e motivo de muitos conflitos inter étnicos, assim como com os não indígenas (fazendeiros e produtores rurais da região) sendo os mesmos intensos e frequentes nos seus diversos municípios^{98,99,100,101,102}. Apesar de residirem majoritariamente nas TI's, observou-se presença de migração para as regiões urbanas. Esse fenômeno pode ser devido a situações semelhantes àquelas apresentadas pelos sateré mawé que por restrição territorial, esgotamento dos recursos naturais e proximidades com as cidades, a migração ocorreu por motivos de estudos e procura de trabalho⁷². Já Grubits e Harris¹⁰³ ao pesquisar a configuração da identidade da população infantil Guarani/Kaiowá e Kadiwéu no Mato Grosso do Sul, observaram que entre os Guarani/Kaiowá os meninos e os homens saíam das TI's em busca de trabalho enquanto as meninas e mulheres permaneciam nas aldeias como guardiãs.

Esse processo de migração também se retrata na condição de alfabetização que foi percebido um percentual baixo (17,4%) das pessoas não alfabetizadas que residiam fora das aldeias. Percebeu-se também melhoria no acesso à educação dentro das TI's onde quase 75% eram alfabetizadas. Esse aumento pode ser em decorrência de processo de

resgate, fortalecimento e revitalização da identidade étnica e dos aspectos históricos pelas escolas¹⁰⁴ e culturais^{105,106,107} que estão presente nesses povos.

Quanto à parte linguística, observou-se nas TI's a valorização da língua indígena, pois a maioria (51,1%) a utilizava com exclusividade, enquanto que fora ela representava uma pequena parcela (3,4%). No geral dos 65.967 entrevistados, 67,7% eram bilíngues. Das prováveis causas que justificassem esses achados existiram duas vertentes, uma consequência do processo histórico de pacificação e inserção da língua portuguesa no processo de evangelização e o outro foi o processo de re-etnização iniciado a partir da década de 80-90¹⁰⁸.

As condições sanitárias quanto ao esgotamento se apresentaram com predomínio da utilização de fossa rudimentar (41,4%) e valas (17,8%). Quando comparado dentro e fora das TI's, observaram-se melhores condições daqueles que residiam fora. Quanto à forma de abastecimento de água a maioria foi fornecida pela rede geral (63,5%), contudo ao realizar a análise nas TI's, ressaltou-se que além da utilização da rede geral (53,4%), parte do abastecimento era proveniente de poço ou nascente na aldeia (31,2%). No que se refere ao destino do lixo, a maioria era queimado (60,2%), sendo ainda mais frequente essa prática dentro das TI's (89,1%)³⁷.

Os dados apresentados confirmam os encontrados na pesquisa de Aguiar **et al.**¹⁰⁹ que destacaram que as precárias condições sanitárias que os Terena do município de Sidrolândia viviam (suprimento de água via poço artesiano e uso de sistema de fossa rudimentar), favoreceram a alta prevalência de protozoários e helmintos. Dessa forma, vários estudos^{110,111,112,113} referiram que as difíceis condições de vida tornaram esses povos mais vulneráveis às doenças, refletindo diretamente na piora do estado de saúde, fatores que contribuíram para o aumento dos índices de morbidade, mortalidade, dias de internação e piora da qualidade de vida, principalmente na população infantil.

Segundo dados do Ministério da Saúde^{80,114}, o DSEI de Mato Grosso do Sul apresentou a maior densidade demográfica do país (70.957), compostos por 77 aldeias, com 20.152 famílias, distribuídas em 12 etnias diferentes (Kaiowá, terena, guarani, kadiwéu, guato, kinikinawa, ofaié, bororo, guarani kaiowá, akatikum, xavante e cinta larga) com destaque para a etnia Kaiowá (34.500) presente em maior número⁸¹. São organizados em 15 Polos bases e três Casai (Amambaí, Campo Grande e Dourados). No ano de 2011, o Siasi apresentou números diferenciados, com 202 aldeias, distribuídas em 20.083 famílias, composta por 68.860 pessoas e dez etnias diferentes⁹⁵.

Dentre os polos base, o de Dourados se destacou pelo maior número de famílias (3.536), Amambai ficou em segundo lugar com 3.295 famílias e o polo base de Corumbá foi o que apresentou a menor quantidade de famílias com trinta famílias⁹⁵. O polo de Dourados atende as aldeias do Sucuri, Porto Cambira, Acampamentos, Panambi, Bororó, Jaguapirú, e Panambizinho, perfazendo uma cobertura para 14.346 pessoas, com 6 etnias distintas, sendo elas, guarani (17,7%), terena (18,9%), kaiowá (63%) e kadiwéu (0,4%)⁸⁰. Segundo informações da prefeitura municipal de Dourados¹¹⁵ a população ultrapassou 12 mil índios sendo a sua maioria (70%) menor de 18 anos, 100 indígenas com formação superior e 150 estavam cursando o ensino superior.

Conforme dados do IBGE³⁷, os moradores da aldeia de Dourados foram os que mais se declararam e se consideraram indígenas (11.146) representando 18% de todo o Estado e 3,9% do total de indígenas do país, sendo também considerada com uma das seis TI's de maior demografia do país. Esse superpovoamento em uma área reduzida (3.530 ha) foi considerado um dos nós críticos sobre a perspectiva dos direitos humanos que se caracteriza pelos altos níveis de pobreza, marginalidade, desintegração cultural, violência e discriminação¹⁰⁸.

2.2 Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena (PNASI)

2.2.1 Trajetória histórica da Política Nacional de Saúde Indígena

As ações do Estado brasileiro na política indigenista foram caracterizadas ao longo da história pela intervenção do poder público, assim como pelas entidades religiosas e civis que tinham como objetivo a inserção dos povos indígenas à sociedade brasileira. Essa política partia do pressuposto de que com o passar dos anos os indígenas deixariam de existir como povos culturalmente diferenciados, sendo integrados por meio de projetos educacionais e agrícolas dentro da sociedade nacional. Contudo, observou-se que diferentemente do previsto, as sociedades indígenas tiveram seu crescimento demográfico, atrelado ainda a sua força cultural que fortaleceram as manifestações por direitos voltados à diferenciação étnica^{3,5}.

A política indigenista brasileira teve seu início a partir do XVI Congresso das Americanistas realizado em Viena em 1908, quando o Brasil foi publicamente acusado por meio de denúncias de massacre aos índios¹¹⁶. Foi publicado então, em 1910, devido a forte pressão internacional, o DECRETO nº 8072 de 20 de julho de 1910, que fundava o Serviço

de Proteção ao Índio e Localização de Trabalhadores Nacionais (SPILTN), que vinculado ao Ministério da Agricultura, destinava-se a dois grupos distintos: à proteção dos índios e ao trabalhador nacional¹¹⁷.

Na prática o SPILTN foi criado com o objetivo de neutralizar os conflitos decorrentes da ocupação do território indígena frente à expansão econômica que se encontrava o País, impunha com iniciativas formadoras e imobilizadoras da mão de obra rural, por meio de práticas de “qualificação” ou “civilização”. Como consequência disso, a população indígena teve graves perdas de território com piora das condições de vida e sobrevivência, com elevados índices de mortalidade e massacres em massa^{7,65}.

Em 1916, o Código Civil Brasileiro considerou os indígenas como incapazes de responder judicialmente por seus atos, por considerar a sua incompreensão quanto aos direitos e responsabilidades legais, instituiu a tutela como figura jurídica reguladora. Dessa forma, cabia aos órgãos indigenistas essa função, responsabilizando-se financeira e administrativamente dos bens e recursos naturais desses povos. Essa situação possibilitou a sua subordinação com vistas à exploração da sua mão de obra, suas riquezas naturais assim como de seus territórios⁶⁵.

O SPILTN foi dividido em 1918 e passou a ser denominado SPI. Apesar da política indigenista ter esboçado para o governo uma inspiração positiva que ocorreu pelo processo de integração dos indígenas à sociedade nacional, a assistência à saúde, contudo, persistiu de forma desorganizada e esporádica, restringindo-se apenas às ações emergenciais ou ações atreladas aos processos de civilização⁷. Após vários anos foram feitas as primeiras tentativas de sistematizar os serviços de saúde, sendo a iniciativa mais próxima, a atuação do médico sanitarista Noel Nutels. Ele elaborou um plano contra a tuberculose, sua estratégia incluía medidas sociais amplas com enfoque para as intervenções preventivas e curativas para as áreas indígenas e rurais³.

O projeto de Nutels teve início pelas atividades desenvolvidas pelo Ministério da Saúde apenas em 1956 com o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA), que vinculado administrativamente ao Serviço Nacional de Tuberculose enfatizava o diagnóstico, a prevenção e o tratamento de doenças infecciosas endêmicas (malária, tuberculose, hanseníase entre outras). Apesar dos esforços para a implementação do projeto do SUSA, não possibilitaram a reversão da gravidade do quadro de saúde da população alvo, entretanto, em algumas regiões foi primordial para a redução da mortalidade³.

Com a extinção do SPI em 1967, criou-se a Funai vinculado ao Ministério da Justiça (MJ), uma entidade estatal criada pela ditadura militar. Ambos os órgãos tinham como atribuições a prestação de assistência aos povos indígenas nos mais diversos campos tais como saúde, educação, direitos fundiários, proteção aos conhecimentos tradicionais e desenvolvimento econômico¹¹⁸. Os serviços de saúde da Funai, organizaram-se seguindo o mesmo conceito do SUS, utilizando equipes volantes de saúde (EVS) instaladas em pontos estratégicos do país, cujos profissionais (médico, enfermeiro, técnico de laboratório e dentista) faziam visitas periódicas às aldeias indígenas sob sua jurisdição. O suporte na cidade para consulta ou tratamento era oferecido pelas Casas do Índio (Casai)³.

Apesar da organização do sistema de saúde priorizar a atenção primária à saúde de forma mais rápida e com maior agilidade, inúmeras dificuldades como falta de transporte, materiais de insumo e as precárias condições de trabalho para os funcionários. Essas dificuldades atreladas aos baixos salários se reproduziam na alta rotatividade, escassez de mão de obra e em profissionais pouco qualificados, como consequência, essas ações se tornaram onerosas e de baixo impacto para a saúde pública. Essa falência do atendimento nos postos e nas EVS levaram ao aumento da sobrecarga de serviço para as Casais⁷.

A Funai após a crise financeira do Estado da década de 70, teve dificuldade em manter a organização dos serviços de atenção à saúde devido a grande diversidade e a dispersão geográfica das comunidades. Este fato levou os profissionais das EVS a se fixarem nos centros urbanos, nas sedes das administrações regionais e o atendimento nas aldeias se tornou esporádico. Dessa forma, novamente as ações na saúde retornaram a ser curativas e emergenciais⁷.

Em 1973, em pleno regime militar, promulga-se o Estatuto do Índio, que regulamenta a intervenção do Estado e da sociedade brasileira junto aos indígenas. Quanto às políticas de saúde e educação, as suas ações deveriam ser autossustentáveis, devido à falta de suporte técnico e financeiro, as ações que estavam sob responsabilidade dos órgãos indigenistas foram caracterizadas pela baixa qualidade e omissão na assistência sanitária nas aldeias. Atrelado às limitações das legislações vigentes e às inadequações quanto a respeito dos aspectos culturais, ocorreram inúmeras insatisfações dos indígenas e das entidades não governamentais que os apoiavam, o que gerou reivindicações por mudanças⁶⁵.

O final da década de 80 foi um período importante para o campo da saúde. A Reforma Sanitária ocorria de forma inflamada com intensa movimentação de lideranças e membros de instituições de ensino e pesquisa que se uniram com o objetivo de reordenar a estrutura de atenção à saúde. Essa movimentação repercutiu com apoio dos adeptos do Movimento Sanitário Indigenista também na questão da saúde indígena. Em 1986 e 1993 ocorreram concomitantemente com a 8ª e 9ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), a 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (CNPSI) assim como a 2ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (CNSI) foram consideradas como marco inicial para a política de saúde vigente. Estes eventos tinham como objetivo principal a formulação de política de atenção à saúde indígena, baseado na estratégia de DSEI, de forma a atender as necessidades das comunidades^{119,120,121}.

A Constituição Federal (CF) da República de 1988 instituiu uma série de mudanças nas políticas de saúde do Brasil. O Movimento da Reforma Sanitária defendia a oferta de serviços de saúde de qualidade para todos os grupos populacionais do país, incluindo-se a população que vivia em situação de pobreza e em regiões de difícil acesso^{122,123}. Na questão indígena, o Estado reconheceu os direitos originários às suas terras, à auto representação jurídica, preconizou políticas sociais diferenciadas e adequadas às suas especificidades culturais e estabeleceu a preservação das línguas e culturas. Foram garantidos e apoiados o provimento para a implantação das políticas nos setores referentes à renda, gestão ambiental e territorial^{3,65,124}.

Embasado na CF de 1988, a LEI n° 8080 de 1990 e LEI n° 8142 de 1990, conhecidas como Leis Orgânicas da Saúde (LOS), regulamentaram, aprofundaram e regularizaram o direito universal à saúde. Essas leis definiram os princípios, as diretrizes e as formas de repasses do SUS, funções estas exercidas pelo Ministério da Saúde (MS). Tem como tema central o processo de descentralização e hierarquização na rede de serviços de saúde e o papel do Conselho Nacional de Saúde (CNS) como fórum de decisões com a participação paritária de representantes do poder público e da sociedade civil. Essa participação da comunidade possibilitou a criação de comissões técnicas, com a finalidade de assessorar e subsidiar o CNS nas decisões sobre temas específicos. Dentre as comissões, destaca-se a Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI) que assumiu o papel no campo das políticas de saúde dos povos indígenas¹²¹.

A LEI 8080 gerou uma importante repercussão na saúde indígena, foi criada a Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP) baseado na lei em vigor assim como nas

recomendações da 1ª CNPSI, que atribuía o comando único das políticas sanitárias ao MS. No mesmo ano, a Fundação Nacional de Saúde (FNS) é criada, provenientes da fusão da FSESP e da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM), que passou a ser responsável por esta coordenação e estabeleceu como estrutura organizacional dos serviços de saúde os DSEI's. Em 1994, o DECRETO n° 23 foi revogado e, pelo DECRETO MINISTERIAL n° 1.141/1994, constitui-se a Comissão Intersetorial de Saúde (CIS) e a Funai retoma o controle das ações de saúde indígena^{7,120}.

A partir de então, ficou estabelecida uma relação conflituosa entre a Funai e a FNS. Ainda em 1994, a CIS aprovou o Modelo de Atenção Integral à Saúde do Índio, que se baseava na divisão das responsabilidades de saúde, cabendo à FNS a responsabilidade pelas ações preventivas e de controle de endemias, saneamento básico, capacitação e formação de recursos humanos e à Funai, as ações de assistência médica assim como as ações de recuperação^{7,120}. Na prática, as ações da Funai e da FNS não apresentaram respostas efetivas às necessidades sanitárias dos povos indígenas, uma vez que eram realizadas de forma fragmentada e conflituosa^{5,7,121}.

Em 1998, a Procuradoria Geral da República, considerou inconstitucional a permanência da coordenação da saúde indígena na Funai/MJ. A MEDIDA PROVISÓRIA (MP) n° 1911 de 1999, pela PORTARIA 1163/1999 transferiu os recursos humanos e materiais da Funai para à FNS, que em 1999 adotou a sigla Funasa. Contudo, a disputa quanto à gestão e execução das ações de saúde só foi superada com a aprovação da Lei Arouca^{3,125,126}. Dessa maneira, observa-se a fragilidade da política de saúde indígena no país no século XX, onde as iniciativas planejadas eram realizadas de forma isolada, sendo desintegradas entre os serviços. Os programas nacionais coordenados pelo Ministério da Saúde não ampliaram suas ações aos indígenas, já que a Funai centralizava todas as iniciativas no campo da saúde indígena³.

Baseado nos problemas da saúde indígena, o movimento sanitário indigenista propôs a criação de uma Política Nacional de Saúde Indígena (PNSI) com uma organização específica para atender às minorias articulada ao SUS¹²⁰. A implementação da assistência à saúde indígena foi efetivada apenas em 1999 com a LEI n° 9836, denominada como Lei Arouca. Esta lei adotou a concepção da integralidade com representação indígena nos Conselhos Nacional, Estadual e Municipal de Saúde e criou a complementaridade de atendimento (parcerias) entre estados, municípios e organizações

não governamentais, e por fim, criou o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI) no SUS- DSEI¹²³.

Dessa forma, os avanços na política indigenista foram evidentes, com a ampliação e consolidação do maior número de associações indígenas, pelo surgimento das ONG's como o Conselho Indigenista Missionário (Cimi) que ampliaram as alianças e viabilizaram as parcerias para o desenvolvimento de ações nos diversos setores. Já no campo da saúde, ressalta-se a criação de um subsistema específico para atendimento da saúde para estes povos^{5,65}.

2.2.2 Situação atual da organização assistencial à saúde indígena no Brasil

Em 2002, a PORTARIA n° 254 aprovou a Política Nacional de Atenção à saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) que reconheceu os povos indígenas com suas especificidades étnicas e culturais^{5,7}. Essa nova política garantiu aos povos indígenas o acesso integral à saúde no âmbito do SUS de acordo com os seus princípios e diretrizes. A cobertura da assistência na atenção primária foi baseada nos moldes do Programa de Saúde da Família (PSF) sendo um dos maiores avanços os investimentos na sua organização assim como nos recursos humanos (equipes multidisciplinares)^{7,127}.

A regulamentação de uma política específica para os povos indígenas objetivou reduzir as desigualdades desta população. Estes grupos são diferenciados, com cosmologias, línguas e hábitos distintos entre si e estão geralmente fixados em locais de difícil acesso, aspectos estes que contribuem para limitar o acesso aos serviços de saúde de acordo com a estrutura adotada pela modelo biomédico atual¹²⁸.

Dessa forma, tendo em vista tamanha singularidade e especificidade, em 1999 foi criada a LEI n° 9836 que viabilizou a criação de um subsistema do SUS, que contemplasse a sua diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política. Esse SASI ficou sob a responsabilidade da Funasa, órgão executivo do Ministério da Saúde e possui as funções de coordenar e executar as ações de saúde. Apesar da parte operacional ter ficado a cargo da Funasa, o Ministério da Saúde ficou com a responsabilidade de gerir essa política pública, para isso, instituiu a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS). Dentre os departamentos e coordenações que faziam parte desse subsistema e que estavam envolvidos na formulação, na articulação e na execução da PNSI, estava o Departamento de Saúde Indígena (Desai) e as Coordenações Regionais (Core)^{5,6}.

Como resultado das várias CNSI e da PNSI, o SASI está organizado e estruturado na forma de 34 DSEI's (FIGURA 1) localizados em 24 estados. Traz como ideia central que a organização da prestação de serviços deve ser de acordo com a realidade étnica e cultural, geográfica, populacional e de distribuição de terra de cada região. Seus limites não correspondem à divisão de Estados e Municípios, mas estão divididos estrategicamente por área territorial, baseados na ocupação geográfica das comunidades indígenas^{7,129,130}.

Assim, o DSEI oferece cuidados à atenção primária de saúde, com trabalho voltado à promoção, aos cuidados de saúde voltados a segmentos populacionais específicos (crianças, gestantes) assim como na prevenção e controle de agravos como a malária, tuberculose, desnutrição e doenças imunopreveníveis^{3,65,84}. Os cuidados são executados pela atuação das equipes multidisciplinares de saúde indígena (EMSI), os profissionais das equipes assim como a sua quantidade será estabelecida de acordo com o planejamento das atividades de cada DSEI, considerando ainda o número de habitantes, dispersão da população, perfil epidemiológico e as necessidades específicas para o controle das principais endemias⁷.

Para conseguir atender as ações de saúde de forma integral, o subsistema deve estar articulado com o SUS, de forma hierárquica e com suas redes interconectados uns aos outros de forma que os serviços de referência e contra referência dos pacientes funcionem de maneira efetiva. A sua estrutura assistencial (FIGURA 2) consiste em postos de saúde, polo-base, casa de saúde indígena (Casai) e, para os casos de maior complexidade, rede de serviços do SUS, a atenção terciária^{7,125,131}.

Nas aldeias, a atenção básica da saúde é realizada por meio dos agentes indígenas de saúde (AIS) nos postos de saúde que funcionam como apoio estratégico aos polos-base conforme característica de cada DSEI, e periodicamente, as equipes multidisciplinares realizam visitas conforme o planejamento local das ações em saúde. São exercidas atividades como acompanhamento de crianças, gestantes, pacientes em estado crônico e aqueles em tratamento de longa duração, imunização, atendimento de doenças mais frequentes (diarreia, malária, infecção respiratória aguda), além disso, são realizadas ações de primeiros socorros e prevenção das doenças mais comuns de cada região^{3,5,7,125,130,131}.

Os polos-bases possuem melhores recursos tecnológicos e são referência para os postos de saúde onde são realizados procedimentos e atendimentos de baixa complexidade. Contam com a atuação de EMSI compostas por médicos, enfermeiros, nutricionistas, dentistas, odontólogos, técnicos de enfermagem entre outros profissionais como os

antropólogos . Os agravos de saúde com um grau de complexidade ou resolutividade maior são encaminhados para rede de serviços do SUS mais próxima. Além disso, o polo base realiza capacitação e supervisão dos AIS^{3,7,125,130,131} .

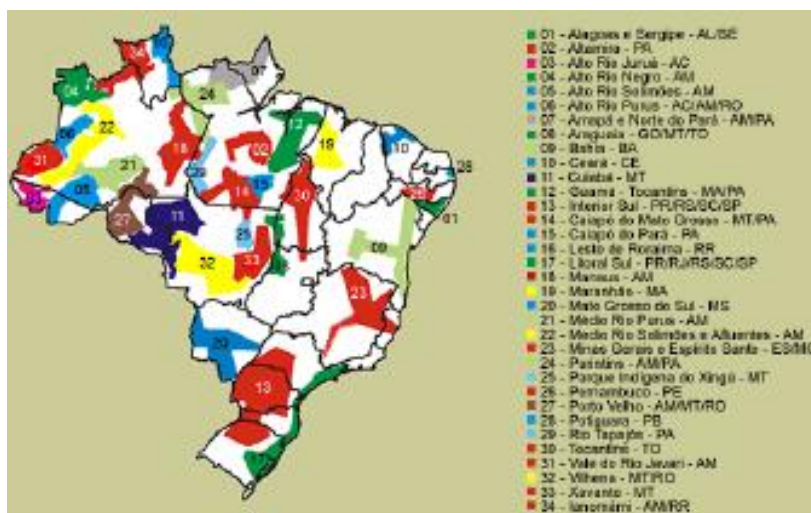


FIGURA 1. Distribuição territorial dos DSEI'S¹³¹ .

Com vistas à garantia ao acesso à atenção de média e alta complexidade se faz necessário uma boa interlocução da referência e contra referência dos serviços de saúde. Este papel é desenvolvido pela Casai e seus serviços englobam atividades de apoio como restrições/prescrições alimentares, visita de terapeutas tradicionais, serviço de enfermagem para os pós-hospitalizados e em fase de recuperação, acompanhamento para consultas, exames complementares e internações hospitalares, articulação do retorno, entre outros^{5,7,127,131} .

A Casai pode estar localizada na capital do Estado ou na região do DSEI que facilita o acesso ao serviço de saúde durante o período de tratamento para aqueles que estão fora da aldeia. Consiste em uma especificidade do subsistema de saúde indígena pelo fato desse tipo de unidade não ser adotado genericamente no SUS. Além disso, as Casai's promovem atividades de educação em saúde, produção artesanal, lazer e demais atividades para os acompanhantes e até mesmo para os pacientes que tenham condições para participar de tais atividades^{5,7,127,131} .

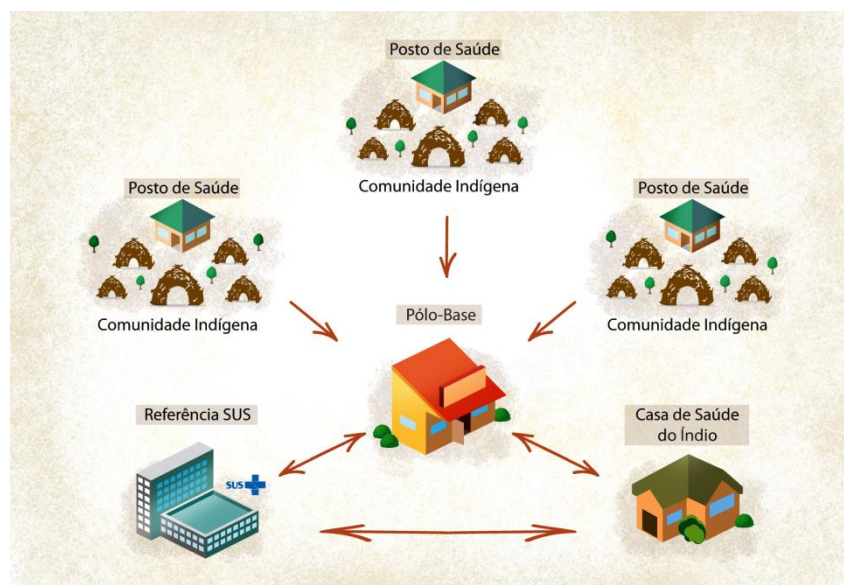


FIGURA 2. Estrutura organizacional dos DSEI's¹²⁹.

Para os atendimentos que superam a complexidade do polo-base ou da Casai, recorre-se às unidades de referência do SUS, sendo então realizados os encaminhamentos para os serviços especializados de média e alta complexidade. Esses serviços podem ser de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial, hospital especializado, podendo ser de pequeno, médio ou grande porte. Baseado na organização do subsistema de saúde indígena, essas unidades de referência representam um nível organizativo que está fora do DSEI e fazem parte dos sistemas municipais e estaduais de saúde que devem interatuar com o subsistema de saúde indígena^{5,125}. Em 2008, o SASI era composto por uma ampla rede composta por 367 hospitais de referência, 323 polos base, 55 Casai e 14.696 profissionais de saúde¹³².

Com a implantação dos 34 DSEI's em 1999, a Funasa se mostrou incapaz de promover um serviço de qualidade para todas as regiões do país. Como solução a esses problemas, foi feita a contratação de serviços de terceiros (terceirização) com o objetivo de complementar o atendimento viabilizado diretamente pelos convênios com as secretarias estaduais ou municipais e de maneira indireta com as universidades, ONG's e associações^{6,65,121}. O modelo de gestão até 2006 apresentava dois lados: o primeiro as Core's que atuavam como coordenadoras de despesa, controlavam e fiscalizavam os recursos financeiros destinados aos distritos e já na segunda, o nível central (Desai) da Funasa celebrava os convênios com o repasse da União para essas instituições^{3,119}.

O surgimento do subsistema de saúde indígena no auge do processo de descentralização do SUS gerou contradições e conflitos na parte organizacional, ética e política, desfavorecendo o processo de autonomia e autogestão^{5,17,121}. Situações como denúncias de desvio e mau uso de verbas, piora nos índices de morbidade e mortalidade, baixa sensibilidade cultural, rotatividade de pessoas, descontinuidade das ações com baixa qualidade dos serviços oferecidos, desarticulação com os níveis de referência estaduais e municipais assim como entre os serviços intra e interdistritais foram alguns dos problemas observados com os convênios firmados^{3,5,17,126,133,134,135}.

Para acompanhamento da situação de saúde desse subsistema foi implantado em 2000 como parte da PNSI, o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) com o objetivo de identificar as prioridades na saúde baseado na coleta, processamento e análise de informações que abrangem aspectos demográficos, morbidade, imunização, saúde bucal, nutrição, acompanhamento à gestação, produção de serviços, recursos humanos, infraestrutura e saneamento. Esse sistema possibilitaria a avaliação por parte dos órgãos gestores da estrutura, o acompanhamento do processo e os resultados da atenção à saúde indígena. Embora seja abrangente, até 2009 apenas os módulos demográficos, morbidade, imunização e saúde bucal haviam sido implantados¹³¹.

Ainda hoje os relatórios gerados pelo SIASI apresentam fragilidades como a regularidade da alimentação e padronização dos dados. A restrição de acesso, a desarticulação com os demais sistemas nacionais (SINASC, SIM, SINAN, SIH, SIA) e as subnotificações nos serviços de saúde desencadeiam a limitação da capacidade de análise dos dados, o que causa uma baixa visibilidade da situação da saúde indígena^{83,84,85,92}.

Frente a todas essas problemáticas, surgiu a necessidade de alguns ajustes no SASI que foi amplamente debatido em 2006 na 4ª CNSI³. Na 4ª CNSI foram trabalhados cinco eixos temáticos sendo eles: direito à saúde, controle social e gestão participativa, desafios indígenas atuais, trabalhadores indígenas e não indígenas em saúde, segurança alimentar, nutricional e desenvolvimento sustentável. Entre os principais pontos, destacou-se a importância da autonomia dos DSEI's e do subsistema indígena no âmbito do SUS; garantia da participação indígena pelo controle social; criação de novos DSEI's e estruturação dos antigos; melhor interlocução entre os três níveis de atenção; intensificação das ações de vigilância epidemiológica; simplificação do SIASI para uso dos usuários e sua integração aos demais sistemas de informação nacional vigente; já para a parte nutricional a formulação e implantação da política de vigilância nutricional para os povos

indígenas, valorização da biodiversidade e dos conhecimentos tradicionais indígenas e adequação dos programas governamentais com extensão às aldeias¹³⁶.

Em 2007, por meio da PORTARIA n° 2656/MS, houve uma normatização do modelo de assistência, a Funasa continuou como responsável junto com a SAS do MS, pelas ações de atenção à saúde das comunidades indígenas em complementariedade com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. A execução das ações básicas em saúde dos municípios passou a ser financiada pelo Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas (IAB-PI) o qual foi extinto em 2012 por meio da PORTARIA n° 2012/MS. Esta portaria definiu que as ações complementares executadas pelos Estados, Distrito Federal e Municípios seriam incorporadas ao Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (OSCIPS)¹³⁷.

O Estado passaria a receber o IAE/PI para a implementação da assistência no nível ambulatorial, hospitalar e de apoio diagnóstico complementar de forma qualitativa e que contemplasse a equidade. Esse incentivo compõe os blocos de financiamento da atenção básica e da média complexidade e devem estar obrigatoriamente em conformidade com o Plano Distrital de Saúde Indígena (PDSI) e com os Planos de Saúde dos Estados e Municípios. Esses recursos são transferidos ao respectivo gestor conforme pactuação estabelecida¹³⁸.

A partir de 2010 a saúde indígena foi marcada por profunda mudança organizacional, com a publicação do DECRETO n° 7336/MS. Este decreto formalizou o repasse da gestão do subsistema de saúde indígena para a recém-criada Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai) órgão ligado diretamente ao MS, de competência da Funasa desde 1999. A criação da Sesai não retirou as atribuições que a SAS já desenvolvia junto aos sistemas municipais^{5,149}. Em relação à sua estrutura administrativa ficou dividido em três departamentos: o Departamento de gestão da Saúde Indígena que propõe gerir, dar condições/suporte, operacionalizar as ações e insumos, apoiar estudos e pesquisas, o Desai que objetiva o planejamento, a coordenação, supervisão das atividades as populações indígenas, a normatização e diretrizes para as ações nos DSEI's, além da parte de assessoria e os DSEI's que ficam responsáveis pela execução direta das ações em saúde^{140,141}.

A partir de então, a área de atuação da Funasa se restringiram à Engenharia de Saúde Pública e na Saúde Ambiental¹³⁹. Sendo assim, a criação da Sesai foi positiva, pois trouxe simplificação e fortalecimento organizacional, operando entre as menores unidades

administrativas (postos de saúde) ao mais alto escalão do MS, os DSEI's ficaram ligadas diretamente à Sesai que de forma gradativa passaram a atuar como unidades gestoras autônomas no interior do MS⁶.

No decorrer de mais de uma década da implantação do subsistema, modificações foram feitas e os avanços conquistados foram perceptíveis. Dentre eles se destacam o aumento do repasse financeiro, reconhecimento do poder público da necessidade de concretização de uma política específica para grupos diferenciados, redução dos indicadores de morbimortalidade indígena, implantação das instâncias de controle social assim como aumento do número de associações indígenas, extensão da cobertura das ações em saúde. O Siasi apesar da baixa qualidade das informações permite análises contextuais e macrorregionais. Contudo apesar da efetivação dos direitos dos povos indígenas à atenção diferenciada, a recente criação da Sesai e os escassos estudos quanto à avaliação desse novo sistema, impossibilita visualizar quanto às perspectivas futuras da política de saúde indígena^{17,142}.

Alguns problemas que podem ser consequência ainda da gestão passada precisam ser resolvidos para promover a equidade, pois, rotineiramente, a situação indígena é marcada pela desigualdade social e sanitária^{75,142,143}. Brand¹⁴⁴ sugere que a associação da academia com o sistema possibilitaria melhor atuação do mesmo, por meio de trabalhos sistemáticos e com a utilização de metodologias adequadas.

2.2.3 O Estado de Mato Grosso do Sul e o Município de Dourados

O DSEI de Mato Grosso do Sul é composto por 15 polos base e cada polo é responsável pela cobertura de um conjunto de aldeias. Cada equipe é responsável pela organização do atendimento no nível local das ações de atenção básica e pela articulação com os serviços de saúde (atenção secundária e terciária)⁹⁷. Dentre os municípios do Estado, existem 29 que abrigam as 75 aldeias. Todas as ações programáticas são orientadas e supervisionadas pelo Desai que está vinculado à Sesai em Brasília conforme as realidades locais¹⁴⁵.

O fluxo organizacional segue o nacional que se inicia com os AIS que são responsáveis pelas ações da atenção primária e com os agentes indígenas de saneamento (AISAN) que acompanham o abastecimento de água e da rede das aldeias. O posto de saúde é a primeira referência para os AIS que são compostos por uma EMSI. No Estado

existem 33 EMSI e 71 postos de saúde que realizam ações de saúde nas 63 TI's do estado. Os casos que superam a capacidade de resolução no nível dos polos base são referenciados para a rede de serviços do SUS que pode ser local ou regional^{97,145,146}.

Conforme as diretrizes do Ministério da Saúde existem onze áreas programáticas em saúde voltadas às populações indígenas do estado, sendo elas: Programa de Vigilância Epidemiológica, Programa de Imunização, Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher Indígena, Programa de Saúde da Criança, Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, Programa de Monitoramento das Doenças Diarreicas Agudas, Programa de Controle da Tuberculose e Hanseníase, Programa de DST/HIV/AIDS e Hepatites, Programa de Doenças Crônicas e Degenerativas, Programa de Saúde Bucal e Programa de Saúde Mental. Além destas, existe a Assistência Farmacêutica, responsável pela distribuição de medicamentos e, também, o Siasi, que sistematiza os dados demográficos, de imunização, de morbidade, de atendimento das equipes de saúde e que recentemente implantou um módulo de Saúde Bucal¹⁴⁵.

Parte desses indicadores foram enfatizados no Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAPS) de 2012-2015, que definiu as responsabilidades individuais e solidárias dos entes federativos com relação às ações e serviços de saúde, os indicadores e as metas de saúde, os critérios de avaliação de desempenho, os recursos financeiros que serão disponibilizados, a forma de controle e fiscalização da sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde. O Estado do Mato Grosso do Sul firmou o compromisso de assumir o desafio de organizar as ações e serviços de saúde em cada uma de suas Regiões (Campo Grande, Corumbá, Dourados e Três Lagoas). Assim, um acordo foi firmado em 2012 entre os entes envolvidos: Governo do Estado e Secretaria Estadual da Saúde, Prefeituras e respectivas Secretarias Municipais de Saúde, Associação de Prefeitos, Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems), Conselhos de Saúde e Ministério da Saúde^{137,147,148}.

Paralelo aos serviços de saúde há o funcionamento do Controle Social. O Conselho Distrital de Saúde Indígena (Condisi) é a instância de maior importância, pois é responsável pela aprovação, acompanhamento, avaliação e fiscalização da aplicação dos recursos financeiros pelo DSEI do Plano Distrital de Saúde Indígena. Os Conselhos Locais de Saúde Indígena (CLSI), formados por representantes escolhidos pela própria comunidade, atuam na identificação das necessidades de saúde locais e escolhem seus representantes para atuarem no Conselho Distrital. Portanto, em Mato Grosso do Sul,

existe um Condisi para cada DSEI e, na mesma proporção, um CLSI para cada polo base¹⁴⁵.

No município de Dourados existe um polo base que é referência para os postos de saúde sendo dois localizados na aldeia Bororó e os outros dois na Jaguapirú⁷⁹. Como o polo base de Dourados abrange aldeias localizadas em outros municípios nos casos em que é necessária a realização de consultas, retornos, internação, realiza-se o encaminhamento para a Casai de Dourados. Inaugurada a partir de 2005, serve como apoio para os pacientes e seus acompanhantes durante o período de tratamento, oferece alimentação, alojamento, atividades recreativas e assistência de enfermagem para aqueles em período de pós-hospitalização e em fase de recuperação. Em sua estrutura conta com cinco enfermarias para adulto, duas pediátricas e uma para isolamento, quartos para acompanhantes, cozinha, refeitório, além da área administrativa⁷⁸.

Os casos que necessitam de atendimento de média e alta complexidade são referenciados para o Hospital Porta da Esperança (conhecido como Hospital da Missão) e Hospital Universitário (HU). Os casos de violência, poli traumatismos são encaminhados ao Hospital da Vida (HV). Pacientes oncológicos ou em hemodiálise utilizam o serviço do Hospital Evangélico Dr Sra Goldsby King (HE), gestantes de alto risco ao Centro de Atendimento à Mulher (CAM) e doenças sexualmente transmissíveis e soropositivos para o Serviço de Atendimento Especializado (SAE). Nos casos de ausência de especialidades, encaminha-se para Campo Grande.

O HU é uma instituição com atendimento ambulatorial, internação, serviço de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT) e urgência, de média e alta complexidade multidisciplinar, que promove à saúde de forma indissociável com o ensino, pesquisa e extensão, 100% SUS, regulada em rede com as demais organizações do SUS. Totaliza 194 leitos, sendo 47 de clínica médica (infecologia, cardiologia, clínica geral, hematologia, nefrologia, urologia, neurologia, pneumologia), 23 de clínica cirúrgica (bucal maxilo facial, cardiologia, cirurgia geral, gastroenterologia, ginecologia, nefrologia, urologia, oftalmologia, ortopediatraumatologia, otorrinolaringologia, plástica, pediatria, obstetrícia), 37 de clínica pediátrica, 6 de clínica ginecológica e 24 de obstétrica, 6 de clínica psiquiátrica, 15 de UTI adulto, 11 de UTI pediátrica, 10 de UTI neonatal, 15 de unidade de cuidados intermediários neonatal¹⁴⁹.

Conta ainda com 23 consultórios ambulatoriais (atendimento médico adulto e pediátrico, oncologia, cardiologia, cirurgia de cabeça e pescoço, cirurgia pediátrica,

cirurgia geral, cirurgia vascular, clínico geral, dermatologia, endocrinologia, gastroenterologia, ginecologia, hematologia adulto e infantil, infectologia, nefrologia, neurocirurgia, neuropediatria, oftalmologia, ortopedia e traumatologia, otorrinolaringologia, pediatria, pneumologia, proctologia, psiquiatria, reumatologia e urologia), além de outras estruturas hospitalares como atendimento psicossocial, laboratório de informática, farmácia, biblioteca, lactário, classe hospitalar, banco de leite, lavanderia, serviço de nutrição e dietética (SND), serviço social, serviço de enfermagem, fisioterapia, hemoterapia, equipe médica, salas de aulas, auditório, refeitório e parte administrativa^{149,150}.

É referência para a macrorregião de Dourados que inclui os 33 municípios sendo eles: Caarapó, Deodápolis, Douradina, Dourados, Fátima do Sul, Glória de Dourados, Itaporã, Jateí, Laguna Caarapã, Rio Brilhante, Vicentina, Anaurilândia, Angélica, Batayporã, Ivinhema, Nova Andradina, Novo Horizonte do Sul, Taquarussu, Eldorado, Iguatemi, Itaquiraí, Japorã, Juti, Mundo Novo, Naviraí, Amambai, Antônio João, Aral Moreira, Coronel Sapucaia, Paranhos, Ponta Porã, Sete Quedas, Tacuru. Na atenção terciária, o Hospital Universitário da universidade Federal da Grande Dourados (HU/UFGD) é uma das principais referências também para a atenção indígena devido à diversidade de especialidades assim como ao seu alto grau de complexidade.

2.3 Saúde dos povos indígenas

2.3.1 Morbidade e mortalidade indígena

O quadro de saúde indígena está diretamente correlacionado aos processos históricos de mudanças sociais, políticas, econômicas e ambientais vivenciados principalmente durante o pós-contato com os colonizadores e o período de expansão econômica do País^{2,3}. Esses fatores influenciaram nas mudanças sobre o perfil de morbidade e condições de vida desses povos causadas principalmente pela violência externa (guerra, genocídio, escravidão) e disseminação de doenças infecciosas (gripe, sarampo, varíola, tuberculose)⁴. Os grupos que conviveram nas periferias das grandes cidades ou aqueles que tiveram maior contato com os não indígenas sofriam pelas precárias condições sanitárias^{151,152}.

A respeito dessa intensa dinâmica presente nas áreas urbanas e rurais, o perfil epidemiológico desses povos continua pouco conhecido, consequência de escassos

estudos, trabalhos isolados em regiões específicas, com etnias distintas, precariedades dos sistemas de informação quanto à morbidade e mortalidade, assim como quanto aos poucos trabalhos que abordaram os aspectos de saúde e doença que foram considerados a partir da especificidade de cada grupo^{7,8}.

Apesar do aumento no número de estudos voltado para a população indígena a partir da década de 80, a sócio diversidade existente e as diferenças metodológicas utilizadas, impediram a comparação entre eles, o que limitou o delineamento do perfil epidemiológico^{60,128}. A análise dos indicadores de saúde permitiu observar que as condições de saúde e saneamento são precárias e refletem diretamente na desigualdade racial/étnica caracterizada pela marginalidade, pobreza, baixa escolaridade, miséria e altos índices de mortalidade em relação aos outros segmentos da sociedade nacional^{2,7, 37,65,128}.

Para reduzir essa desigualdade é necessário mensurar de forma correta a magnitude e a evolução das disparidades entre os grupos hegemônicos e não hegemônicos; revisar as práticas institucionais para que as novas ações dos programas e políticas sejam orientadas pelo princípio da equidade; e assumir o compromisso e a responsabilidade de oferecer um tratamento diferenciado de modo a contemplar as suas necessidades¹⁵³. Dessa forma, os indicadores de saúde dependem tanto do censo como de levantamentos de dados e estatísticas vitais¹⁵⁴.

O Siasi seria uma nova perspectiva para o controle, manutenção e avaliação das condições de saúde da atenção primária desses povos, mas a subutilização desses dados na elaboração das ações de saúde e o acesso restrito das informações sobre morbidade e mortalidade dificulta a capacidade de análise das informações⁸³. A falta de integração com os demais sistemas de informação e até mesmo a cobertura desse sistema limita comparações³². Esse fato denota a necessidade da realização de estudos de abrangência nacional sobre a situação atual de saúde desses povos com o objetivo de permitir intervenções adequadas¹²⁸.

Frente a essa falta de dados, em 2008 a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) em parceria com o Ministério da Saúde e a Funasa realizou o I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas. Apesar de ser restrito a crianças indígenas menores de 60 meses de idade e mulheres indígenas de 14-49 anos, retrata uma amostra nacional com representatividade macrorregional: Norte, Centro-Oeste, Nordeste e Sul/Sudeste. Essas informações foram fundamentais para o delineamento das tendências

epidemiológicas e nutricionais desses povos, permitindo assim, avaliar as políticas, programas e serviços de saúde^{155,156}.

Dentre os principais resultados desse inquérito nas mulheres da região Centro-Oeste, pode-se observar uma prevalência de anemia de 34,9%, 34,7% de sobrepeso e 17,5% de obesidade. Foi verificado, também, que 27,8% das crianças indígenas desta mesma região apresentavam um déficit de estatura para idade (< -2DP) e a prevalência de anemia foi de 51,5%. Outro dado que chama muita atenção, foi a queda do percentual de crianças amamentadas do 12º mês para o 24º mês de vida, de 87,3% a 38,1%, respectivamente¹⁵⁵.

Em 2002, a Funasa apontou como as morbidades mais recorrentes na atenção primária as doenças infecto-parasitárias, como verminoses, diarreias, tuberculose e malária; as doenças do aparelho respiratório como pneumonia, bronquite e asma; as doenças do metabolismo, como a desnutrição; e as doenças do sangue, como a anemia¹⁷. Em 2005 o quadro foi semelhante com destaque para as doenças infecciosas e parasitárias (27,7%), doenças do aparelho respiratório (27,5%), sinais e sintomas achados anormais (8,8%), doenças do aparelho digestivo (6,0%), doenças da pele e do tecido subcutâneo (6,0%) e sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (4,8%). As doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas representaram apenas 1,5%¹⁵¹.

A precariedade do saneamento ambiental provém da ausência de sistema de esgotamento dos dejetos (valas, rios, roças), da coleta de resíduos (queimado, jogado a céu aberto) e ao acesso a água potável (poços rasos, nascentes, chuva, igarapé), convivência com animais domésticos, aglomeração populacional decorrente da restrição territorial, baixa efetividade dos programas de controle de parasitismo intestinal^{157,158,159}. As diarreias tem sua incidência aumentada devido à falta de saneamento básico adequado^{160,161} e, geralmente, durante os episódios de diarreia, ocorre um comprometimento do estado nutricional³.

Condições precárias de saneamento e habitação, aliadas a baixa cobertura e qualidade dos serviços de saúde, contribuem para o agravamento e deterioração das condições nutricionais das crianças indígenas. A desnutrição atinge principalmente as crianças menores de cinco anos e o baixo peso está presente na maioria dos casos. A anemia por deficiência de ferro constitui a principal doença carencial verificada nas populações indígenas, afetando principalmente crianças menores de dez anos e mulheres em idade reprodutiva, com prevalências que chegam a 70-90%^{162,163,164,165,166,167}.

Apesar da diminuição da prevalência de desnutrição infantil nos últimos anos, suas taxas continuaram superiores às médias nacionais, consistindo em um dos principais componentes de morbimortalidade das crianças indígenas¹²⁸. Destacou-se a discrepância paradoxal quanto à presença em menor número de obesidade e sobrepeso nas crianças e adolescentes^{162,166,168}.

A tuberculose se destaca entre as principais epidemias nessa população sendo possível observar o seu aumento especialmente na Amazônia Legal⁸⁴. Esse resultado corroborou com os estudos conduzidos por diferentes regiões e grupos étnicos^{157,169,170,171} que revelaram alta incidência de tuberculose. Os fatores que puderam contribuir para esses elevados números foram a deficiência da cobertura e a baixa qualidade nos serviços de saúde, dificuldade de acesso em certas áreas e falta de compreensão dos aspectos sócio-culturais relacionados ao processo saúde doença^{171,172}.

O georreferenciamento realizado em todos os DSEI no período de 2000 a 2002 detectou que 30% deles estavam em situação de alto risco para malária segundo parâmetros da Organização Mundial de Saúde (OMS) e os restantes se enquadraram em situação de médio risco⁸⁴. Seus índices costumavam ser maiores na região Norte, com destaque para o estado do Amazonas que em 2005, apresentou 59% de todos os casos de malária da região da Amazônia Legal¹⁷³.

As hepatites também constituíram importante causa de morbimortalidade, pela alta prevalência de hepatite B¹⁷⁴. Outro estudo com sete grupos do estado do Amazonas observou variação entre as etnias, contudo, no geral, a situação foi de média a alta endemicidade para a hepatite B e de média endemicidade para hepatite delta¹⁷⁵. Diferentemente, no estudo com índios Kaingang no sul do Brasil, percebeu-se a baixa endemicidade com prevalência de 15,4% e nenhuma soropositividade ao HBsAg, possivelmente devido a resposta da imunização à doença¹⁷⁶.

Nunes **et al.**¹⁷⁷ e Aguiar **et al.**¹⁷⁸ perceberam a importância da vacinação para a redução da infecção pelo vírus da hepatite B. Chama atenção às inúmeras práticas culturais e de cunho ritualístico, cosmético e curativo que podem estar relacionadas à transmissão dos vírus das hepatites B e D em sociedades indígenas principalmente em crianças de 5-12 anos e jovens adultos^{174,176}.

A maior parte (90,5%) das doenças do aparelho respiratório foi atribuída às infecções das vias aéreas superiores (IVAS), seguido pelas pneumonias (3,7%), bronquite aguda (2,1%), asma (1,6%) e bronquite crônica com 0,2%¹⁷⁹. Basta **et al.**⁴ chamaram

atenção para a baixa capacidade dos serviços de saúde em diagnosticar e tratar de forma adequada tendo em vista o sub-registro das pneumonias, já que o diagnóstico inadequado de IVAS pode evoluir para pneumonia aumentando consequentemente a gravidade, assim como os dias de internação hospitalar e o número de óbitos. Essa afirmativa deve ser considerada uma vez que a mortalidade proporcional por capítulos apresentou as doenças do aparelho respiratório (capítulo X) como terceiro principal grupo (12,2%) de causa de morte. Ao ser avaliada por causas não agrupadas a pneumonia passou a ser a principal causa de morte (18,4%) entre as comunidades indígenas. Entre crianças de 1 a 5 anos esse percentual aumentou consideravelmente, 77,7% e 78,7%, respectivamente¹²⁸.

As doenças crônico-degenerativas como obesidade, hipertensão arterial e diabetes mellitus ainda são pouco estudadas nos indígenas apesar da hipertensão arterial ser considerada em elevado potencial de expansão^{180,181,182,183}. Meyerfreund **et al.**¹⁸⁴ acreditam que talvez os fatores genéticos possam explicar as alterações pressóricas em indivíduos de etnias diferentes que vivem em ambientes semelhantes. Da mesma forma o diabetes tipo II e a síndrome de resistência à insulina, bem como a síndrome metabólica tem sido estudadas pela importância exercida no perfil de saúde e adoecimento desses povos^{180,185}.

A obesidade também foi causa importante de morbidade, principalmente entre os adultos^{186,187}. A principal preocupação é que esta se constitui em grande fator de risco para a manifestação futura de doenças metabólicas^{182,185}, cardiovasculares^{180,181,183} e diabetes¹⁸⁸. Essas três doenças foram relacionadas às modificações na dieta, hábitos de vida e atividade física decorrentes de mudanças sócio-culturais e econômicas que ocorreram a partir da interação com a sociedade^{2,125}.

Por outro lado tem sido reportadas com frequência entre os indígenas as chamadas doenças sociais como o alcoolismo, os transtornos psiquiátricos como depressão, uso de drogas ilícitas e suicídio e as mortes por causas externas². Guimarães e Grubits¹⁸⁹ destacaram que o aumento de sua prevalência foi associado com a desnutrição infantil, abuso sexual e prostituição. O suicídio constitui um importante agravo para alguns grupos indígenas e se encontra até 40 vezes acima da média nacional¹⁹⁰. Basta **et al.**⁴ ressaltaram a necessidade de uma abordagem interdisciplinar e uma contribuição essencial da antropologia. Outros autores acrescentaram que se tratava de um tema complexo relacionado a uma série de fatores que vão desde o político, religioso, econômico, social, psicológico, psicopatológico, até genético ou biológico^{189,190,191}.

A análise da mortalidade de uma população permitiu estimar alguns aspectos quanto às condições de vida, de saúde e níveis socioeconômicos. Apesar da avaliação e acompanhamento dos dados de mortalidade serem utilizados há várias décadas nos países desenvolvidos¹, no Brasil essa prática é recente, especialmente para a população indígena⁸².

Mesmo com a cobertura apenas nas áreas de atuação dos DSEI's e de todo o processo para a sua efetiva implementação, algumas considerações puderam ser feitas a partir dos dados do Siasi. No ano de 2002, o coeficiente de mortalidade geral (CMG) registrou 5,8 mortes para cada grupo de mil indígenas, um valor pouco superior ao observado na população geral do Brasil que foi de 5,6¹⁷⁹.

Dentre os DSEI's os coeficientes apresentaram alta variação, de 14,9 a 1,6 óbitos por mil habitantes. Quando dividida por capítulos da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) na população indígena geral, destacaram-se as causas mal definidas (23,8%), causas externas de morbidade e mortalidade (16,8%), doenças do aparelho respiratório (12,3%), doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (10,8%) e doenças infecciosas e parasitárias com 10,2%¹⁷⁹. Na análise por faixa etária foi possível observar que 41% ocorreram nas crianças menores de cinco anos. Basta **et al.**⁴ destacaram o alto percentual por causas mal definidas que denota a insuficiência na assistência à saúde.

A taxa de mortalidade infantil (TMI) é um dos tradicionais indicadores de saúde, pois reflete mesmo que indiretamente, os níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico de uma determinada população, em uma área ou região¹⁹². Os estudos realizados com indígenas ao longo da última década destacaram um quadro desfavorável e, apesar da queda desse coeficiente nos últimos anos, a taxa ainda é considerada alta⁸.

No período de 2000-2009 a TMI média nos indígenas foi de 52,4 por mil nascidos vivos, valor maior que da população geral do Brasil que foi de 25,1 no ano de 2006^{193,194}. Essas informações corroboraram com os dados censitários, que informam que a mortalidade infantil indígena foi muito superior a dos demais grupos de cor/raça, inclusive das crianças pretas e pardas com 34,9 e 33,0 por mil, respectivamente^{160,32}. Cardoso **et al.**⁸² observaram que a TMI pelos SIM e SINASC superaram 40% a 90% das crianças brancas em 2002.

Ao realizar a análise dos 34 DSEI's quanto à mortalidade infantil no período de 2000 a 2005, observou-se a variação da taxa de mortalidade, no ano de 2005, por exemplo, o DSEI de Potiguara/PB teve a menor taxa (9,71 por mil), enquanto os DSEI's de Alto Rio

Juruá/AC, Xavante/MT, Kayapó do Pará/AP, Vale do Javari/AM e Médio Rio Solimões/AM tiveram as maiores taxas que variaram de 103,45 a 174,89 por mil¹⁷³. Essas diferenças puderam ser justificadas devido a vários fatores que decorreram da baixa qualidade e imprecisão dos registros até a heterogeneidade das condições de vida dos diferentes grupos⁴.

Observa-se ainda que nas últimas décadas, os estudos e as publicações disponíveis predominantemente refletiram as condições de saúde atendidas na atenção primária. Com o aumento demográfico, a escassez de informações e a situação de vulnerabilidade em que vivem, torna-se imprescindível fazer o rastreamento, avaliação e acompanhamento das condições de saúde nos três níveis de atenção (primário, secundário e terciário). Dessa forma, motivados pelas deficiências existentes nas bases e nos sistemas de informação em saúde do Brasil, alguns autores têm buscado gerar informações alternativas acerca dos perfis de morbidade dos povos indígenas mediante a análise de registros de internações hospitalares^{9,11,14,15}. Esses estudos demonstraram que parcela significativa das hospitalizações ocorre entre os menores de cinco anos de idade e que a principal causa de internação recaiu justamente sobre as doenças do aparelho respiratório.

Quanto à vulnerabilidade, as crianças menores de cinco anos se destacaram e as desigualdades na morbimortalidade ficaram ainda mais evidentes. Observou-se que as crianças indígenas apresentaram piores condições de saúde e nutrição quando comparadas àquelas de outros segmentos². Pela análise dos estudos realizados com várias etnias, perceberam-se elevadas taxas de morbimortalidade por doenças infecciosas e parasitárias, infecções respiratórias, desnutrição e anemia, geralmente superiores às crianças não indígenas^{2,3,11,110,165,187,195}. Esses alarmantes resultados foram sugestivos das más condições de vida, aglomeração populacional, desmame precoce, fatores ambientais desfavoráveis e baixo alcance das ações básicas para a saúde da criança⁴.

Em síntese, observa-se que houve uma melhora de alguns indicadores de saúde a partir da implantação do SASI, contudo, verificou-se que nos últimos anos houve uma estabilização desses dados. Esse fenômeno pode ser decorrente de fatores como o impacto insuficiente da atenção à saúde no SASI, alta complexidade e diversidade para organização dos serviços de saúde no nível local, articulação insuficiente com outros níveis de atenção, irregularidades e falhas nas notificações de eventos vitais, condições inadequadas nas aldeias e TI, insegurança alimentar e questões relacionadas à posse e uso da terra^{2,3}.

Luciano¹⁷ considerou que para sanar parte dos problemas relativos à saúde e mortalidade desses povos, deve-se trabalhar a questão fundiária, a proteção ambiental e a criação de alternativas de auto sustentação econômica dos povos indígenas. Ressaltou que programas assistências não são suficientes para resolver um problema estrutural. Além disso, Lopes¹⁵³ afirmou que não basta os pesquisadores apresentarem a análise das diferenças numéricas com significância estatística, é necessário considerar um conjunto de fatores históricos, sócio-políticos, econômicos e culturais que contribuem para a existência, manutenção ou compreensão dos diferenciais no interior dos grupos e intergrupos.

A coleta e análise das informações dos grupos étnicos que contemplasse essas características permitiria definir melhor os problemas e suas soluções, bem como a aplicação de recursos na lógica da equidade, apoiando a reconstrução da identidade étnica e o reforço da capacidade dos próprios grupos para superar a vulnerabilidade¹²⁸. Sendo assim, mais estudos de abordagens qualitativas ou quantiquantitativas são necessários para verificar os impactos do processo de transição nos indicadores epidemiológicos e propor soluções para reduzir as desigualdades e, conseqüentemente, reverter os problemas de saúde dos povos indígenas¹⁵⁸.

2.3.2 Saúde dos indígenas no Mato Grosso do Sul e o Município de Dourados

Embora o Estado do Mato Grosso do Sul tenha o segundo maior contingente populacional indígena do país, existem poucos estudos publicados que analisam as condições de saúde desses povos. A maioria dessas publicações destacou a história das populações e questões territoriais^{103,191,196,197,198}, migração¹⁹⁹, questões ambientais²⁰⁰, desnutrição infantil^{113,165,201,202,203}, anemia¹⁶⁵, insegurança alimentar²⁰⁴, tuberculose^{171,205,206}, suicídio^{44,207,208,209,210} e outras morbidades^{109,112,175,188,211,212} envolvendo as etnias Guarani, Terena, Kadiwéu e Ofaié.

Conforme informações do DSEI/MS (2009), as principais causas de morbidade conforme CID-10 entre os indígenas do MS em 2009 foram as doenças do aparelho respiratório (39,8%), as doenças infecto-parasitárias (16,9%), seguidas das doenças osteomuscular e tecido conjuntivo (10,6%) e as doenças de pele e do tecido conjuntivo (9,9%). As doenças endócrinas nutricionais e metabólicas representaram apenas 2,3% das morbidades. Percebe-se que os indígenas do Estado apresentaram melhora dos indicadores

de saúde após implantação do SASI, contudo o quadro de saúde ainda é desfavorável, quando comparado aos registrados pela população não indígena do Estado e do país¹⁴⁵.

Quando avaliadas as questões nutricionais, percebeu-se melhora nos indicadores nutricionais de peso e estatura e manutenção do déficit de crescimento nas crianças terenas das aldeias Limão Verde, Córrego do Meio em Aquidauana no ano de 1995 e 2002. Contudo, o percentual de anemia continuava elevado (62,3%) principalmente nos menores de 5 anos (67,3%)¹⁶⁵. Alves **et al.**²⁰¹ não encontraram casos de desnutrição nas crianças terenas. Já Ribas **et al.**²⁰² identificaram alto de déficit de crescimento (16%) e obesidade (5%) nas crianças indígenas terenas da aldeia do Córrego do Meio. Situação pior de déficit de crescimento foi encontrada nas crianças Guarani Kaiowá da aldeia de Caarapó com (34,1%)¹¹³. Contudo, em contradição, observou-se o aumento de sobrepeso e obesidade entre adultos e adolescentes nas aldeias de Dourados e Dois Irmão do Buriti^{188,213}.

As taxas de incidência de tuberculose (TB) também chamaram a atenção quando comparadas com aquelas observadas para a população não indígena. Segundo dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no período de 2002 a 2008 foram notificados 6.929 casos de TB em Mato Grosso do Sul, o que correspondeu a uma incidência média de 44,1/100.000. No entanto, os dados notificados pelo Distrito Sanitário Especial Indígena do Estado (DSEI/MS) revelaram que a incidência entre indígenas foi de 198,9/100.000 em 2008^{145,146}.

Essas informações confirmaram os achados de Marques **et al.**²⁰⁶, com predomínio em menores de 5 anos (83,3% em 2002 e 74,1% e 70,4% em 2003 e 2004, respectivamente). A alta incidência observada entre indígenas de Mato Grosso do Sul fez com que o DSEI-MS criasse, dentro do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), ações específicas para reduzir as taxas de abandono ao tratamento e aumentar o índice de cura. Resultados positivos já foram descritos por Marques **et al.**²⁰⁶ e nos estudos realizados em Dourados por Croda **et al.**²⁰⁵ e Marques, Cunha¹⁷¹.

Oliveira **et al.**¹⁸⁸ em trabalho realizado na aldeia de Dourados, encontraram prevalência de Diabetes Mellitus (DM) e tolerância à glicose diminuída na população de 18-69 foi de 4,5 e 2,1% respectivamente, sendo inferior à da população brasileira (7,6 e 8,7%, respectivamente) e a prevalência de hipertensão arterial foi semelhante (29,7%). Aguiar **et al.**¹⁰⁹ observaram baixa positividade tanto para os marcadores do vírus da hepatite B e C na população indígena das reservas de Buriti, Córrego do Meio e Água Azul. Nenhum caso foi positivo para AgHBs e para anti-VHC. Os anticorpos anti-HBc e

anti-HBs foram positivos em 2,2% e os em 13,6% dos indivíduos, respectivamente. Os autores sugeriram que a positividade para anticorpos anti-HBs seria o resultado de imunidade adquirida artificialmente por meio de vacinação.

A implantação do SASI ocasionou um avanço perceptível para a saúde, pois além de maior disponibilização de recursos humanos e financeiros, os atendimentos passaram a ser realizados de forma sistemática dentro das aldeias. O Siasi possibilitou a realização de análises sobre as informações demográficas e de saúde¹⁴⁵. Essas melhorias puderam ser percebidas nas quedas das taxas brutas de mortalidade no período de 2001-2008 (12,6 a 7,2/mil respectivamente), contudo ainda permaneceram maiores que a população não indígena do Estado¹⁴⁶.

Quanto às causas específicas de mortalidade entre os indígenas, destacaram-se a alta incidência por causas externas, principalmente homicídios, agressões e suicídios, que atingiram principalmente a população masculina jovem e adulta das etnias Guarani-Ñandeva e Guarani-Kaiowá. Segundo dados do DSEI/MS, em 2008, a taxa de mortalidade por homicídios foi de 58,1 por mil, muito acima daquela encontrada para o Brasil (25,3) e para o estado (29,1) no mesmo ano. O conjunto de aldeias que apresentaram o maior índice são as que estão vinculadas aos polos-base de Amambai. As tensões internas e externas em diversos contextos foram os principais motivos de agressões e homicídios¹⁰⁸. A taxa de mortalidade por suicídio entre indígenas em 2008 também foi alta (77,0 por mil), para o Brasil, o valor encontrado no mesmo ano, foi bem inferior (4,9), assim como para a população geral do estado de MS (8,4). Essa prática ocorre somente entre os Guaranis, predominantemente nas aldeias de Amambai e Dourados¹⁴⁵. Todas essas causas estão ligadas direta ou indiretamente a luta indígena pela terra¹⁰⁸.

Especificamente o município de Dourados apresenta um dos mais altos índices de violência e homicídios do país. Fatores como a grande densidade populacional, confinamento em território restrito, o abandono por parte do Estado, tensões provocadas pela presença de grupos étnicos diversos, conflitos fundiários entre fazendeiros e pequenos produtores rurais, expansão alcooleira, discriminação social e racial, além da falta de perspectiva de vida principalmente entre os jovens, foram alguns dos pontos elencados para justificar esses índices que se manifestaram em altos níveis de alcoolismo, dependência de drogas e violência^{74,108}.

A TMI para crianças indígenas indicaram uma queda acentuada ao longo dos primeiros anos de implantação dos serviços de saúde (1999 a 2002). Entre 2002 e 2003

houve uma estabilização e um aumento de 2003 a 2004. Em 2004, o aumento de óbitos por desnutrição, causou grande repercussão na mídia que desencadeou o desenvolvimento de diversas intervenções para minimizar o problema. Em 2007, a TMI foi de 42,8 por mil, valor bem maior que da população brasileira (21,2 por mil) e bem mais alto que a do estado que é de 19,6^{125,151}. Acredita-se que a redução desses números foi atribuída a melhoria nos serviços de atenção à saúde, nos serviços sociais e à ampliação dos sistemas de saneamento das aldeias¹⁰⁸.

A partir da análise dos dados do SIM, SINASC e do Siasi em 2006, também foi possível perceber o quadro desfavorável das crianças indígenas quanto a TMI segundo período de vida (neonatal precoce, tardio e pós-natal). Quando comparado às crianças não indígenas do Estado e do Brasil, principalmente no período pós-natal que foi de 22,5 enquanto no Estado foi de 6,7 e no Brasil o valor foi de 6,3 por mil. Esses resultados demonstram a vulnerabilidade das crianças indígenas menores de um ano que pode estar relacionada a fatores ambientais, nutricionais e a agentes infecciosos¹⁴⁵.

O quadro de saúde dos grupos indígenas do Estado é bastante complexo. Essa situação de transição ao qual estão passando requer uma abordagem cuidadosa para entender seus determinantes. Acredita-se que os hábitos alimentares, os padrões de atividade física e as alterações na organização sócioeconômica estejam relacionados às doenças crônicas não transmissíveis. Desta forma, grupos indígenas distintos de um mesmo DSEI podem ter diferentes perfis epidemiológicos. Destaca-se que os problemas de saúde ligados à desestabilização sociocultural, como o suicídio, alcoolismo e homicídios, consistem como um grande desafio para os serviços de saúde¹⁴⁵.

Sendo assim, é necessário o aprofundamento das pesquisas e ações de saúde para compreender a dinâmica local referente à sua organização social, tensões e conflitos internos e externos, as condições ambientais e seu entorno e seus impactos sobre o significado do processo saúde-doença para cada grupo.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Caracterizar o perfil epidemiológico dos indígenas internados em um hospital universitário.

3.2 Específicos

Descrever as principais morbidades conforme CID 10;

Descrever indicadores demográficos das internações hospitalares indígenas;

Descrever as causas de óbito conforme CID 10.

4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Laurenti R, Jorge MHPM, Gotlieb SL. Informação em mortalidade: o uso das regras internacionais para a seleção da causa básica. *Rev Bras de Epidemiol* 2009; 12:195-203.
2. Santos RV, Coimbra Júnior, CEA. Cenários e tendência da saúde e da epidemiologia dos povos indígenas no Brasil. In: Coimbra Júnior CEA, Santos RV, Escobar AL, organizadores. *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco; 2003. p.13-47.
3. Santos RV, Cardoso AM, Garnelo L, Coimbra Júnior CEA, Chaves MBG. Saúde dos povos indígenas e políticas públicas no Brasil. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p.1035-1056.
4. Basta PC, Orellana JDY, Arantes R. Perfil epidemiológico dos povos indígenas no Brasil: notas sobre agravos selecionados. In: Garnelo L, Pontes AL, organizadores. *Saúde Indígena: uma introdução ao tema*. Brasília: MEC-SECADI; 2012. p.61-106.
5. Garnelo L, Pontes AL. *Saúde Indígena: uma introdução ao tema*. Brasília: MEC-SECADI; 2012.
6. Paula LR, Vianna FLB. *Mapeando Políticas Públicas para povos indígenas. Guia de pesquisa de ações federais*. Rio de Janeiro: Contracapa/Laced; 2011.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
8. Souza LG, Santos RV, Coimbra Júnior CEA. *Demografia e saúde dos povos indígenas no Brasil: considerações a partir dos Xavante de Mato Grosso (1999-2002)* [documento de trabalho n.10]. Porto Velho: Centro de Estudos em Saúde do Índio de Rondônia (CESIR); 2004. p.1-18.
9. Cardoso AM, Coimbra Júnior CEA, Tavares FG. Morbidade hospitalar indígena Guarani no Sul e Sudeste do Brasil. *Rev Bras Epidemiol* 2010; 13:21-34.
10. Diehl EE. Agravos na saúde Kaingáng (Terra Indígena Xapecó, Santa Catarina) e a estrutura dos serviços de atenção biomédica. *Cad Saude Publica* 2001; 17:439-445.
11. Escobar AL, Rodrigues AF, Alves CLM, Orellana JDY, Santos RV, Coimbra Júnior CEA. Causas de internação hospitalar indígena em Rondônia. O Distrito Sanitário Especial Indígena Porto Velho (1998-2001). In: Coimbra Júnior CEA, Santos RV Escobar AL, organizadores. *Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco; 2003. p.127-147.

12. Agency for Healthcare Research and Quality. *Quality Indicators: quality of care in hospitals – volume, mortality and utilization* [AHRQ Pub. no 02-RO204]. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2002.
13. Dias da Costa JS, Olinto MTA, Gigante DP, Menezes AMB, Macedo S, Daltoé T, Santos IS, Fuchs, SC. Utilização de serviços ambulatoriais de saúde em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: alguns fatores relacionados com as consultas médicas acima da média. *Cad Saude Publica* 2008; 24:353-363.
14. Lunardi R, Santos RV, Coimbra Júnior CEA. Morbidade hospitalar de indígenas Xavante, Mato Grosso, Brasil (2000-2002). *Rev Bras Epidemiol* 2007; 10:441-452.
15. Orellana JDY, Basta PC, Santos RV, Coimbra Júnior CEA. Morbidade hospitalar em crianças indígenas Suruí menores de dez anos, Rondônia, Brasil: 2000 a 2004. *Rev Bras Saúde Mater Infant* 2007; 7:281-287.
16. Kennedy DP, Perz SG. Who are Brazil's Indígenas? Contributions of census data analysis to anthropological demography of indigenous populations. *Human Organization* 2000; 59:311-324.
17. Luciano GS. *O Índio Brasileiro: o que você precisa saber sobre os povos indígenas no Brasil de hoje*. [Coleção educação para todos-série vias dos saberes]. Brasília: LACED/Museu Nacional; 2006.
18. Steward JH. The native population of South America. In: Steward JH, organizador.. *Handbook of South American Indians*. Washington: Government Printing Office; 1949. p.655-668.
19. Denevan WM. The aboriginal population of Amazonia. In: Denevan WM, organizador. *The Native Population of the Americas in 1492*. Madison: University of Wisconsin Press; 1976. p.205-234.
20. Hemming J. *Red gold: the conquest of the Brazilian Indians*. London: Macmillan; 1978.
21. Santos RV, Flowers NM, Coimbra Júnior CEA. Demografias, epidemias e organização social: Os Xavante de Pimentel Barbosa (Etéñitépa), Mato Grosso. In: Pagliaro H, Azevedo MM, Santos RV, organizadores. *Demografia dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p.59-78.
22. Ubelaker DH. Patterns of Demographic Change in the Americas. *Human Biology* 1992; 64:361-379.
23. Melatti JC. *Índios do Brasil*. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2007.
24. Ribeiro D. Culturas e línguas indígenas do Brasil. *Educação e ciências sociais* 1957; 2:5-102.

25. Brand A. Fronteiras étnico-culturais e fronteiras da exclusão: a etnicidade no contexto de uma sociedade intercultural. *Tellus* 2002; 3:175-180.
26. Bacci ML. 500 anos de demografia brasileira: uma resenha. *Rev Bras Estud Popul* 2002; 19:141-159.
27. Fundação Nacional do Índio. *A chegada do europeu* 2013. [site na internet] [acessado 2013 jul 19]. Disponível em: http://www.funai.gov.br/indios/fr_conteudo.htm
28. Ravagnani OM. Os primeiros aldeamentos na província de Goiás: Bororo e Kaiapó na estrada do Anhanguera. *Revista de Antropologia* 1996; 39:222-244.
29. Ribeiro D. *Os índios e a civilização: a integração das populações indígena no Brasil moderno*. Rio de Janeiro: Vozes; 1977.
30. Mcsweney K, Arps S. A "demographic turnaround": the rapid growth of the indigenous populations in Lowland Latin America. *Latin American Research Review* 2005; 40:3-29.
31. Pagliaro H, Azevedo MM, Santos RV. Demografia dos povos indígenas no Brasil: um panorama crítico. In: Pagliaro H, Azevedo MM, Santos RV, organizadores. *Demografia dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abep; 2005. p.11-32.
32. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Tendências demográficas: uma análise dos indígenas com base nos resultados da amostra do Censo Demográfico 1991 e 2000*. Rio de Janeiro: IBGE; 2005.
33. Silva MF. Demografia e os povos indígenas no Brasil. *Rev Bras Estud Popul* 1994; 11:261-264.
34. Associação brasileira de estudos populacionais. *Demografia dos povos indígenas no Brasil* 2013. [site na internet] [acessado 2013 jul 19]. Disponível em: <http://www.abep.org.br/?q=gt/internas/ementa-1>.
35. Ribeiro D. Convívio e contaminação. Efeitos dissociativos da depopulação provocada por epidemias em grupos indígenas. *Sociologia* 1956; 18:3-50.
36. Botelho TR. Censos e construção nacional no Brasil Imperial. *Tempo Social* 2005; 17:321-341.
37. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo Demográfico 2010: Características gerais dos indígenas resultados do universo*. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
38. Pagliaro H. Povos Indígenas do Brasil. *Caderno CRH* 2009; 22:447-450.
39. Pagliaro H. *Revolução demográfica dos povos indígena no Brasil: a experiência dos Kaiabi do parque Indígena do Xingu-Mato Grosso- 1970-1999*. 2002 [doutorado]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública; 2002.

40. Pagliaro H. A revolução demográfica dos povos indígenas: a experiência dos Kaiabi do Parque Indígena do Xingu, Mato Grosso. In: Pagliaro H, Azevedo MM, Santos RV, organizadores. **Demografia dos povos indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abep; 2005. p.79-102.
41. Azevedo MM. Povos indígenas no Alto Rio Negro: em estudo de caso de nupcialidade. In: Pagliaro H, Azevedo MM, Santos RV, organizadores. **Demografia dos Povos Indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abep; 2005. p.33-57.
42. Azevedo MM. Povos indígenas na América Latina estão em processo de crescimento. In: Ricardo CA, Ricardo F, organizadores. **Povos Indígenas no Brasil 2001/2005**. São Paulo: Instituto Socioambiental; 2006. p.55-58.
43. Santos RV, Teixeira P. O “indígena” que emerge do Censo Demográfico de 2010. **Cad Saude Publica** 2011; 27:1048-1049.
44. Ferreira MEV, Matsuo T, Souza RKT. Aspectos demográficos e mortalidade de populações indígenas do Estado do Mato Grosso do Sul, Brasil. **Cad Saude Publica** 2011; 27:2327-2339.
45. Pagliaro H. A revolução demográfica dos povos indígenas no Brasil: a experiência dos Kayabi do Parque Indígena do Xingu, Mato Grosso, Brasil, 1970-2007. **Cad Saude Publica**; 2010; 26:579-590.
46. Pagliaro H, Junqueira C. Recuperação populacional e fecundidade dos Kamaiurá, povo Tupi do Alto Xingu, Brasil Central, 1970-2003. **Saúde e sociedade** 2007; 16:37-47.
47. Pagliaro H, Junqueira C, Mendaña LGS, Mendonça SB, Baruzzi RG. Dinâmica demográfica dos Kamiurá, povo Tupi do parque Indígena do Xingu, Mato Grosso, Brasil, 1970-1999. **Rev Bras Estud Popul** 2008; 25:377-388.
48. Pena JL, Heller L, Dias Júnior CS. A população Xakriabá, Minas Gerais: aspectos demográficos, políticos, sociais e econômicos. **Rev Bras Estud Popul** 2009; 26:51-59.
49. Souza LG, Santos RV, Pagliaro H, Carvalho MS, Flowers NM.; Coimbra Júnior CEA. Demography and health of the Xavante Indians of Central Brazil. **Cad Saude Publica** 2011; 27:1891-1905.
50. Souza LG, Santos RV. Perfil demográfico da população indígena Xavante de Sangradouro-Volta Grande, Mato Grosso (1993-1997), Brasil. **Cad Saude Publica** 2001; 17:355-365.
51. Mainbourg EM, Teixeira P, Soares E, Araújo MI, Silva EJ. População indígena da cidade de Manaus: demografia e SUS. In: Almeida AWB, Santos GS. **Estigmatização e território: mapeamento situacional dos indígenas em Manaus** [projeto nova cartografia social da Amazônia]. Manaus: Universidade Federal do Amazonas; 2009. p.177-185.
52. Souza LG, Pagliaro H, Santos RV. Perfil demográfico dos índios Boróro de Mato Grosso, Brasil, 1993-1996. **Cad Saude Publica** 2009; 25:328-336.

53. Machado M, Pagliaro H, Baruzzi RG. Perfil demográfico dos Hupd'äh, povo Maku da região do Alto Rio Negro, Amazonas (2000-2003). *Rev Bras Estud Popul* 2009; 26:37-50.
54. Simoni AT, Dagnino RS. Uma análise da população indígena na cidade de Altamira, Estado do Pará, com base nos dados do Censo 2010. In: *XVIII Encontro Nacional de Estudos Populacionais*; 2012; Lindóia. p.1-18.
55. Souza LG. *Demografia e saúde dos índios Xavante do Brasil Central* [doutorado]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2008.
56. Azevedo MM. Censos demográficos e “os índios: dificuldades para reconhecer e contar”. In: Ricardo CA, organizador. *Povos Indígenas no Brasil 1996/2000*. São Paulo: Instituto Socioambiental; 2000. p.79-83.
57. Mitchell MJ, Wood CH. Ironies of citizenship: skin color, police brutality, and the challenge to democracy in Brazil. *Social Forces* 1999; 77:1001-1020.
58. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Tendências demográficas: uma análise dos resultados da amostra do Censo Demográfico 2000*. Rio de Janeiro: IBGE; 2004.
59. Oliveira JP. Entrando e saindo da “mistura”: os índios nos censos nacionais. In: Oliveira JP, organizador. *Ensaio de Antropologia Histórica*. Rio de Janeiro: UFRJ; 1999. p.124-151.
60. Pereira NOM, Santos RV, Azevedo MM. Perfil demográfico e socioeconômico das pessoas que se autodeclararam indígenas nos censos demográficos de 1991 e 2000. In: Pagliaro H, Azevedo MM, Santos RV, organizadores. *Demografia dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abep; 2005. p.155-166.
61. Azevedo MM. Demografia dos povos indígenas do Alto Rio Negro. *Rev Bras Estud Popul* 1994; 11:235-244.
62. Azevedo MM. Fontes de dados sobre as populações indígenas brasileiras da Amazônia. *Cadernos de Estudos Sociais* 1997; 13:163-177.
63. Coimbra Júnior CEA, Santos RV. Saúde, minorias e desigualdade: Algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas. *Cien Saude Colet* 2000; 5:125-132.
64. Wong LLR, Morell MGG, Carvalho RL. Notas do comportamento reprodutivo da população autodeclarada indígena- Censos Demográficos 1991 e 2000. *Rev Bras Estud Popul* 2009; 26:61-75.
65. Garnelo L, Macedo G, Brandão LC. *Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde no Brasil*. Brasília: Organização Panamericana da Saúde (OPAS); 2003.
66. Camargo CPF, Junqueira C, Pagliaro H. Reflexões acerca do mundo cultural e do comportamento reprodutivo dos Kamaiurá ontem e hoje. In: Pagliaro H, Azevedo MM, Santos RV, organizadores. *Demografia dos Povos Indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz/ABEP; 2005. p.119-134.

67. Pagliaro H, Carvalho NS, Rodrigues D, Baruzzi RG. Demography dynamics of the Suyá, a Jê people of the Xingu Indigenous Park, Central Brazil, 1970-2004. *Cad Saude Publica* 2007; 23:1071-1081.
68. Junqueira C, Camargo CPF, Pagliaro H. Reflexões acerca do mundo cultural e do comportamento reprodutivo dos Kamaiurá ontem e hoje. In: Pagliaro H, Azevedo MM, Santos RV, organizadores. *Demografia dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abep; 2005. p.119-134.
69. Pagliaro H, Mendonça S, Baruzzi R. Fecundidade e saúde reprodutiva das mulheres Suyá (Kisêdjê): aspectos demográficos e culturais. *Caderno CRH* 2009; 22:479-491.
70. Black FL. Infecção, mortalidade e populações indígenas: homogeneidade biológica como possível razão para tantas mortes. In: Santos RV, Coimbra Júnior CEA, organizadores. *Saúde e Povos Indígenas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1994. p.63-87.
71. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Os indígenas no Censo Demográfico 2010: primeiras considerações com base no quesito cor ou raça*. Rio de Janeiro: IBGE; 2012.
72. Teixeira P, Brasil M. Estudo demográfico dos Steré-Mawé: um exemplo de censo participativo. In: Pagliaro H, Azevedo MM, Santos RV, organizadores. *Demografia dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abep; 2005. p.135-154.
73. Santos RV, Pagliaro H, Azevedo MM. A dinâmica demográfica dos Mucajai Yanomama: uma entrevista com John Early. In: Pagliaro H, Azevedo MM, Santos RV, organizadores. *Demografia dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abep; 2005. p.167-192.
74. Conselho Indigenista Missionário. *Relatório Violência contra os povos indígenas no Brasil dados 2012*. Brasília: Cimi; 2012.
75. Instituto Socioambiental. Cronologia do Caos. In: Instituto Socioambiental. *Povos Indígenas no Brasil 2006/2010*. São Paulo: Instituto Socioambiental; 2011. p.109-116.
76. Vaz A. *Isolados no Brasil- Política de Estado: Da tutela para a política de direitos- uma questão resolvida?* Brasília: Grupo Internacional de Trabalho sobre Assuntos Indígenas/ Instituto de Promoção Estudos Sociais; 2011. p.30-35.
77. Lidório R. Etnias indígenas brasileiras: relatório 2010. *ANTROPOS-Revista de Antropologia* 2010; 4:73-85.
78. Fundação Nacional de Saúde. *Boletim Informativo*. Brasília: FUNASA; 2006. [site na internet] [acessado 2013 jul 29]. Disponível em: http://sis.funasa.gov.br/portal/arquivos/boletim/boletim_informativo.html
79. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI). *População Indígena por Dsei, Polo, Aldeia e Etnia* 2013. [site na internet]

[acessado 2013 jul 22]. Disponível em:

http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=40882

80. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI). **População Indígena por Região, Estado, Região de Saúde e Município** 2013.

[site na internet]. [acessado 2013 jul 22]. Disponível em:

http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=40883

81. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI). **Pirâmide Populacional e etnia por distrito** 2013. [site na internet]. [acessado 2013 jul 24]. Disponível em:

http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=40848

82. Cardoso DM, Santos RV, Coimbra Júnior CEA. Mortalidade infantil segundo raça/cor no Brasil: o que dizem os sistemas nacionais de informação? **Cad Saude Publica** 2005; 21:1602-1608.

83. Sousa MC de, Scatena JHG, Santos RV. O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI): criação, estrutura e funcionamento. **Cad Saude Publica** 2007; 23:853-861.

84. Garnelo L, Brandão LC, Levino A. Dimensões e potencialidades dos sistemas de informação geográfica na saúde indígena. **Rev Saude Publica** 2005; 39:634-640.

85. Souza LG, Santos RV. Componente demográfico do sistema de informação da atenção à saúde indígena DSEI- Xavante, Mato Grosso, Brasil. **Caderno CRH** 2009; 22: 523-529.

86. Marinho GL. **A classificação dos domicílios “indígenas” no Censo Demográfico 2000: subsídios para análise das condições de saúde** [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2010.

87. Flowers NM. Crise e recuperação demográfica: os Xavantes de Pimentel Barbosa, Mato Grosso. In: Santos RV, Coimbra Júnior CEA. **Saúde e povos indígenas**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1994. p.213-242.

88. Pagliaro H, Mendaña LGS, Rodrigues D, Baruzzi RG. Comportamento demográfico dos índios Kaimaiurá, Parque indígena do Xingu, Mato Grosso, Brasil (1970-1999). In: **XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais**; 2004; Caxambú.

89. Pagliaro H, Mendaña LGS, Rodrigues D, Baruzzi RG. Comportamento demográfico dos índios Waurá no final do século XX. In: **Anais da XXIV General Population Conference**; 2001; Salvador.

90. Baruzzi RG, Pagliaro H, Silva RS, Schivartche V, Meziara H. Os índios Panará: a busca pela sobrevivência. In: **Anais do Encontro Nacional de Estudos Populacionais**; 1994; Caxambu. p.225-243.

91. Maia SF, Albuquerque RO, Pagliaro H, Rodrigues D, Baruzzi RG. A recuperação populacional dos Txicão (Ikpeng), Parque Indígena do Xingu (1970-1999). In: *XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais*; 2004; Caxambu.
92. Costa IC. **Mortalidade infantil e alguns indicadores demográficos da população indígena do Distrito Sanitário Especial do Leste de Roraima, Brasil, 2002 a 2004** [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2006.
93. Souza LG, Santos RV, Coimbra Júnior CEA. Estrutura etária, natalidade e mortalidade do povo indígena Xavante de Mato Grosso, Amazônia, Brasil. *Cien Saude Colet* 2013, 15:1465-1473.
94. Pereira NOM, Santos RV, Welch JR, Coimbra Júnior CEA, Souza LG. Demography, Territory, and Identity of Indigenous Peoples in Brazil: The Xavante Indians and the 2000 Brazilian National Census. *Human Organization* 2009; 68:166-180.
95. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI). *Conheça o DSEI Mato Grosso do Sul* 2013. [site na internet] [acessado 2013 jul 24]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1768
96. Areias MAC. *Implementação do programa de saúde familiar indígena no Estado de Mato Grosso do Sul* [dissertação]. Brasília (GO): Programa de pós-graduação em Ciências da Saúde; 2007.
97. Pícoli RP. *Saúde, doença e morte de crianças: um olhar segundo a percepção dos Kaiowá e Guarani* [doutorado]. São Paulo (SP):Faculdade de Saúde Pública; 2008.
98. Chamorro G. Contribuições para a história indígena contemporânea. *Revista História em Reflexão* 2009; 8:1-25.
99. Colman RS. O problema fundiário em Mato Grosso do Sul: o caso Sucuri'Y. *Tellus* 2007; 13:137-146.
100. Colman RS, Brand AJ. Considerações sobre território para os Kaiowá e Guarani. *Tellus* 2008; 8:153-174.
101. Pereira LM. Demarcação das terras, reordenamentos organizacionais e gestão territorial. In: ISA. Instituto Socioambiental. *Povos Indígenas no Brasil 2006/2010*. São Paulo: Instituto Socioambiental; 2011. p.688-691.
102. Souza JL. Da desterritorialização ao território simbólico: o caminho de uma sociedade indígena rumo ao seu território tradicional. *Revista Caminhos de Geografia* 2007; 8:73-80.
103. Grubits S, Harris ID. Ambiente, identidade e cultura: reflexões sobre comunidades Guarani/Kaiowá e Kadiwéu de Mato Grosso do Sul. *Psicologia & Sociedade* 2003; 15:182-200.

104. Lourenço RA. Missão Evangélica Caiuá e a educação escolar para os indígenas da Reserva de Dourados e Aldeia do Panambizinho- de 1928 a 1968. *Fronteiras* 2010; 12:125-150.
105. Brostolin MR. Da política linguística à língua indígena na escola. *Tellus* 2003; 3:27-35.
106. Nascimento AC, Urquiza AHA. Currículo, diferenças e identidades: tenências da escola indígena Guarani e Kaiowá. *Currículo sem fronteiras* 2010; 10:22-132.
107. Pereira MC. Escolhas linguísticas para o ensino em escola da aldeia indígena em Dourados/MS- Brasil. In: *XV ALFAL- XV Congresso Internacional de la asociación de lingüística y filología de América Latina*; 2008; Montevideu. p.1-8.
108. Aylwin J. *Os direitos dos povos indígenas em Mato Grosso do Sul, Brasil: Confinamento e tutela no século XXI*. São Paulo: Grupo Internacional de trabalho sobre Assuntos Indígenas (IWGIA) e Faculdade de Medicina da USP (FMUSP); 2009.
109. Aguiar JIA, Gonçalves AQ, Sodré FC, Pereira SR, Bóia MN, Lemos ERS, Daher RR. Intestinal protozoa and helminths among Terena Indians in the State of Mato Grosso do Sul: high prevalence of *Blastocystis hominis*. *Rev Soc Bras de Med Trop* 2007; 40:631-634.
110. Gugelmin AS, Santos RV, Leite MS. Crescimento físico de crianças indígenas xavantes de 5 a 10 anos de idade em Mato Grosso. *J Pediatr (Rio J)* 2001; 77:17-22.
111. Leite MS. *Transformação e persistência: antropologia da alimentação e nutrição em uma sociedade indígena amazônica*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
112. Pícoli RP, Carandina L, Ribas DLB. Hypoacusis prevalence in Kaiowá and Guarani indigenous children. *Rev Bras de Saude Mater Infant* 2006; 6:169-174.
113. Pícoli RP, Carandina L, Ribas DLB. Saúde materno infantil e nutrição de crianças Kaiowá e Guarani, Área Indígena de Caarapó, Mato Grosso do Sul, Brasil. *Cad Saude Publica* 2006; 22:223-227.
114. Brasil. Ministério da Saúde. Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Sistema de Atenção à Saúde Indígena. 2013. *População indígena de 2012 cadastrada no SIASI por Região de Saúde, UF, Região e Município* 2013. [site na internet]. [acessado 2013 ago 05]. Disponível em: <<http://dw.saude.gov.br/gsid/servlet/mstrWeb>>.
115. Prefeitura Municipal de Dourados. Assessoria e comunicação e imprensa. *Estudo encomendado por prefeito aponta problemas de aldeias indígenas. 2011* 2013. [site na internet] [acessado 2013 jul 26].. Disponível em : http://www.dourados.ms.gov.br/DesktopModules/Noticias/ImprimeNoticias.aspx?tabid=57&mid=377&ItemID=18045&ctl=Print&dnnprintmode=true&SkinSrc=%5BG%5DSkins%2F_default%2FNo+Skin&ContainerSrc=%5BG%5DContainers%2F_default%2FNo+Container

116. Stauffer DH. The origin and establishment of Brazil's Indian Service [dissertação]. Austin: University of Chicago Press; 1955. Apud Melo JR. *A política indigenista no Amazonas e o serviço de proteção aos índios: 1910-1932* [dissertação]. Manaus (AM): Instituto de Ciências Humanas e Letras; 2007.
117. Martins FSRA. *O serviço de proteção aos índios e localização de trabalhadores nacionais e a política agrária na Primeira República: grupos agrários, projetos e disputas no Maranhão (1910-1918)* [dissertação]. Niterói (RJ): Instituto de Ciências Humanas e Filosofia; 2012.
118. Oliveira JP de. Terras Indígenas, economia de mercado e desenvolvimento rural. In: Oliveira JP de, organizador. *Indigenismo e territorialização. Poderes, rotinas e saberes coloniais no Brasil contemporâneo*. Rio de Janeiro: Contracapa; 1998. p.43-68.
119. Athias R, Machado M. A saúde indígena no processo de implantação dos distritos Sanitários: temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar. *Cad Saude Publica* 2001; 17:425-431.
120. Caldas ADR. *Vigilância alimentar e nutricional para os povos indígenas no Brasil: análise da construção de uma política pública em saúde* [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Fundação Oswaldo Cruz; 2010.
121. Garnelo L. *Política de Saúde dos povos indígenas no Brasil: análise situacional do período de 1990 a 2004* [documento de trabalho no.9]. Porto Velho: Centro de Estudos em Saúde do Índio de Rondônia (CESIR); 2004.
122. Escorel S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964-1990: do golpe militar à Reforma Sanitária. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p.385-434.
123. Magalhães ED. *O Estado e a Saúde Indígena: a Experiência do Distrito Sanitário Yanomami* [dissertação]. Rio Negro (AM): Núcleo de Estudos da Amazônia Indígena; 2001.
124. Lima ACS, Barroso-Hoffman M. Questões para uma política indigenista: etnodesenvolvimento e políticas públicas. Uma apresentação. In: Lima ACS, Barroso-Hoffman M, organizadores. *Etnodesenvolvimento e Políticas Públicas: bases para uma nova política indigenista*. Rio de Janeiro: Contracapa; 2002. p.7-28.
125. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção à Saúde da População Indígena. *Atenção Primária e Promoção da Saúde* [Coleção Progestores-para entender a gestão do SUS]. Brasília: CONASS; 2007. p.158-195.
126. Chaves MBG, Cardoso AM, Almeida C. Implementação da política de saúde indígena no Pólo-base Angra dos Reis, Rio de Janeiro, Brasil: entraves e perspectivas. *Cad Saude Publica* 2006; 22:295-305.

127. Lunardi R. *Morbidade hospitalar de indígenas Xavante no Distrito Sanitário Especial Indígena Xavante, Mato Grosso (1998 a 2002)* [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2004.
128. Cardoso AM. *Doença respiratória aguda em indígenas Guarani no Sul e Sudeste do Brasil* [doutorado]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2010.
129. Brasil. Ministério da Saúde. *Conheça o DSEI 2013*. [site na internet]. [acessado 2013 jun 30]. Disponível em:
http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1744
130. Dantas FLL. *Perfil de morbidade da população indígena infantil referenciada para a Casa de Saúde Indígena (CASAI) de Rio Branco* [dissertação]. Rio Branco (AC): Faculdade de Saúde Pública; 2010.
131. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *Lei Arouca: A Funasa nos 10 anos de saúde indígena*. Brasília: Funasa; 2009.
132. Costa AFT. Experiência de gestão participativa do DSEI/FUNASA/MS, dos municípios e do controle social indígena na aplicação dos recursos da SAS- Incentivo de atenção Básica aos povos indígenas de Dourados (MS). In: Brasil. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. *Prêmio Sérgio Arouca de Gestão Participativa. Experiências exitosas e trabalhos acadêmicos*. [Série F. Comunicação e Educação em Saúde]. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. p.53-56.
133. Athias R. Índios, antropólogos e gestores de saúde no âmbito dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas. In: Langdon J, Garnelo L, organizadores. *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contracapa; 2004. p.217-232.
134. Langdon J. Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde. In: Langdon J, Garnelo L, organizadores. *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contracapa; 2004. p.33-52.
135. Vargas KDA. *Avaliação das estratégias loco-regionais de articulação entre os níveis de atenção à saúde: o caso do Pólo-Base Rondonópolis, Distrito Sanitário Especial Indígena Cuiabá (DSEI Cuiabá), Mato Grosso* [dissertação]. Cuiabá (MT): Instituto de Saúde Coletiva; 2008.
136. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *4ª Conferência Nacional de saúde Indígena* [Relatório final]. Brasília: Funasa; 2007.
137. Brasil. Ministério da Saúde. *COAP- Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde 2013*. [site na internet] [acessado 2013 jul 25]. Disponível em:
http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=41189

138. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.2012, de 14 de setembro de 2012. Extingue o Incentivo de Atenção básica aos povos indígenas (IAB-PI), dispõe sobre a utilização dos recursos financeiros remanescentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2012, 17 set. [site na internet] [acessado 2013 jul 21]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2012_14_09_2012.html
139. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Superintendência Estadual do Piauí. *Relatório de Gestão 2011 SUEST/PI*. Brasília: Funasa; 2012.
140. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Geral de Inovação Gerencial. **Regimentos Internos e organogramas básicos do Ministério da Saúde** [Série E Legislação de Saúde]. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
141. Furini F. **Construir possibilidades: a Rede de atenção à saúde mental à população da terra indígena Guarita/RS**. [especialização]. Tenente Portela (RS): Especialização em Gestão; 2012.
142. Garnelo L. Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde. In: Garnelo L, Pontes AL, organizadores. *Saúde Indígena: uma introdução ao tema*. Brasília: MEC-SECADI; 2012. p.19-58.
143. Cárdenas VH, Fernando A, Padilla AJG, Maldonado L, Jijón VH, Reyes CSF, Ospina J, Salmón E. *Participación política indígena y políticas públicas para pueblos indígenas en la América Latina*. Bolívia: Konrad Stiftung. Fundación Konrad Adenauer; 2011.
144. Brand A. Mudanças e continuísmo na política indigenista pós-1988. In: Lima ACS, Barroso-Hoffmann M, organizadores. *Estado e Povos Indígenas. Bases para uma nova política indigenista II*. Rio de Janeiro: Contracapa/LACED; 2002. p.31-36.
145. Geniole LAI, Kodjaoglanian VL, Vieira CCA. *A saúde da família indígena* [Pós-graduação em Atenção Básica em Saúde da Família módulo optativo 2]. Campo Grande: UFMS; 2011.
146. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Coordenação Regional de Mato Grosso do Sul. *Relatório de Gestão 2009 CORE/MS*. Brasília: Funasa; 2008.
147. Brasil. Ministério da Saúde. *Metas e indicadores para composição da parte II do contrato organizativo de ação pública*. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
148. Brasil. Ministério da Saúde. Estado de Mato Grosso do Sul. Região de Saúde de Dourados. *Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde 2012-2015* 2013. [site na internet] [acessado 2013 jul 25]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/coap_dourados.pdf
149. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde: Ficha de estabelecimento 2013* [site na internet] [acessado 2013 ago 05]. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/cabecalho_reduzido.asp?VCod_Unidade=5003702710935

150. Hospital Universitário da Grande Dourados. *Balanco Social 2010*; 2010. 17p.
151. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Saúde Brasil 2007: uma análise da Situação de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
152. Coimbra Júnior CEA, Santos RV. Perfil epidemiológico da população indígena no Brasil: considerações gerais. In: Glodbaun M, organizador. *Perfil epidemiológico da população brasileira*. Brasília: CENEPI; 2001.
153. Lopes F. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. *Cad Saude Publica* 2005; 21:1595-1601.
154. Travassos C, Williams DR. The concept and measurement of race and their relationship to public health: a review focused on Brazil and the United States. *Cad Saude Publica* 2004; 20:660-678.
155. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. *Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, n^o7 (Análise de dados)* [relatório final]. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2009.
156. Leite MS, Cardoso AM, Coimbra Júnior CEA, Welch JR, Gugelmin AS, Lira PCI, Horta BL, Santos RV, Escobar AL. Prevalence of anemia and associated factors among indigenous children in Brazil: results from the First National Survey of Indigenous People's Health and nutrition. *Nutr J* 2013; 12:1-11.
157. Bóia MN, Carvalho-Costa FA, Sodr e FC, Porras-Pedroza BE, Faria EC, Magalhães GAP, Silva IM. Tuberculose e parasitismo intestinal em população indígena na Amazônia brasileira. *Rev Saude Publica* 2009; 43:176-178.
158. Pena JL, Heller L. Saneamento e saúde indígena: uma avaliação na população Xakriabá, Minas Gerais. *Engenharia Sanitária e Ambiental* 2008; 13:63-72.
159. Rios L, Cutolo AS, Giatii LL, Castro M, Rocha RA, Toledo RF, Pelicioni MCF, Barreira LP, Santos JG. Prevalência de parasitos intestinais e aspectos socioambientais em comunidade indígena no Distrito de Iauaretê, Município de São Gabriel da Cachoeira (AM), Brasil. *Saúde e Sociedade* 2007; 16:76-86.
160. Santos RV, Coimbra Júnior CEA. Saúde Indígena. In: Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). *As causas das iniquidades em saúde no Brasil* [Relatório Final da CNDSS]. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. p.121-124.
161. Haverroth M, Escobar AL, Coimbra Júnior CEA. *Infecções intestinais em populações indígenas de Rondônia (Distrito Sanitário Especial Indígena Porto Velho* [documento de trabalho n.8]. Porto Velho: Centro de Estudos em Saúde do Índio de Rondônia (CESIR); 2003.

162. Kühl AM, Corso ACT, Leite MS, Bastos JL. Perfil nutricional e fatores associados à ocorrência de desnutrição entre crianças indígenas Kaingáng da terra indígena de Mangueirinha, Paraná, Brasil. *Cad Saude Publica* 2009; 25:409-420.
163. Leite MS, Santos RV, Coimbra Júnior CEA. Sazonalidade e estado nutricional de populações indígenas: o caso Wari, Rondônia, Brasil. *Cad Saude Publica* 2007; 23:2631-2642.
164. Menegolla IA, Drachler ML, Rodrigues IH, Scapinello E, Pedroso MB, Leite JCC. Estado nutricional e fatores associados à estatura de crianças da Terra Indígena Guarita, sul do Brasil. *Cad Saude Publica* 2006; 22:395-406.
165. Morais MB, Alves GMS, Fagundes-Neto UF. Estado nutricional de crianças índias terenas: evolução do peso e prevalência atual de anemia. *J Pediatr (Rio J)* 2005; 81:383-389.
166. Orellana JDY, Coimbra Júnior CEA, Lourenco AEP, Santos RV. Estado nutricional e anemia em crianças Suruí, Amazônia, Brasil. *J Pediatr (Rio J)* 2006; 82:383-388.
167. Orellana JDY, Santos RV, Coimbra Júnior CEA, Leite M. Antropometric evaluation of indigenous Brazilian children under 60 months of age using NCHS/1977 and WHO/2005 growth curves. *J Pediatr (Rio J)* 2009; 85:117-121.
168. Sampei MA, Canó EM, Fagundes U, Lima EES, Rodrigues D, Sigulem DM, Baruzzi RG. Avaliação antropométrica de adolescentes Kamayurá, povo indígena do Alto Xingu, Brasil Central (2000-2001). *Cad Saude Publica* 2007; 23:1443-1453.
169. Basta PC, Coimbra Júnior CEA, Escobar AL, Santos RV. Aspectos epidemiológicos da tuberculose na população indígena Suruí, Amazônia, Brasil. *Rev Soc Bras de Med Trop* 2004; 37:338-342.
170. Levino A, Oliveira RM. Tuberculose na população indígena de São Gabriel da Cachoeira, Amazonas, Brasil. *Cad Saude Publica* 2007; 23:1729-1732.
171. Marques AMC, Cunha RV. A medicação assistida e os índices de cura de tuberculose e de abandono de tratamento na população indígena Guaraní-Kaiwá no município de Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil. *Cad Saude Publica* 2003; 19:1405-1411.
172. Basta PC, Coimbra Júnior CEA, Escobar AL, Santos RV. Survey for tuberculosis in the indigenous population of Amazonia: the Suruí of Rondônia, Brazil. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 2006; 100:579-585.
173. Fundação Nacional de Saúde. Funasa Prioriza investimentos na rede de atendimento básico e recursos humanos. *Saúde a revista da Funasa* 2006; no II:8-11.
174. Coimbra Júnior CEA, Santos RV, Yoshida CF, Baptista ML, Flowers NM, Valle AC. Hepatitis B epidemiology and cultural practices in Amerindian populations of Amazonia: the Tupi-Monde and the Xavante from Brazil. *Soc Sci Med* 1996; 42:1735-1743.

175. Braga WSM, Brasil LM, Souza RAB, Castilho MC, Fonseca JC. Ocorrência da infecção pelo vírus da hepatite B (VHB) e delta (VHD) em sete grupos indígenas do Estado do Amazonas. *Rev Soc Bras de Med Trop* 2001; 34:349-355.
176. Ferreira A, Greca D, Tavares E, Moriya Y, Spelling F, Boeira M, Santos S, Messias-Reason I. Soroepidemiologia da hepatite B e C em índios Kaingang do Sul do Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2006; 20:230-235.
177. Nunes HM, Monteiro MRCC, Soares MCP. Prevalência dos marcadores sorológicos dos vírus das hepatites B e D na área indígena Apyterewa, do grupo Parakanã, Pará, Brasil. *Cad Saude Publica* 2007; 23:2756-2766.
178. Aguiar JI, Souza JA, Aguiar ES, Oliveira JM, Lemos ER, Yoshida CF. Low prevalence of hepatitis B and C markers in non-Amazonian indigenous population. *Braz J Infect Dis* 2002; 6:269-270.
179. Fundação Nacional de Saúde. *Relatório de morbimortalidade*. Brasília: Coordenação de Monitoramento de Ações e Serviços – COMOA, Departamento de Saúde Indígena, Fundação Nacional de Saúde, Ministério da Saúde; 2003.
180. Cardoso AM, Matos IE, Koifman RJ. Prevalência de diabetes mellitus e da síndrome da resistência insulínica nos índios Guarani do Rio de Janeiro. In: Coimbra Júnior CEA, Santos RV, Escobar AL, organizadores. *Epidemiologia e saúde dos povos Indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco; 2003. p.169-185.
181. Gimeno SGA, Rodrigues D, Pagliaro H, Cano EM, Lima EES, Baruzzi RG. Perfil metabólico e antropométrico de índios Aruák: Mehináku, Waurá e Yawalapití, Alto Xingu, Brasil, Central, 2000/2002. *Cad Saude Publica* 2007; 23:1946-1954.
182. Salvo VLMA, Rodrigues D, Baruzzi RG, Pagliaro H, Gimeno SGA. Perfil metabólico e antropométrico dos Suyá: Parque Indígena do Xingu, Brasil Central. *Rev Bras Epidemiol* 2009; 12:458-468.
183. Tavares FG, Coimbra Júnior CEA, Cardoso AM. Níveis tensionais de adultos indígenas Suruí, Rondônia, Brasil. *Cien Saude Colet* 2013; 18:1399-1409.
184. Meyerfreund D, Gonçalves CP, Cunha RS, Pereira AC, Krieger JE, Mill JG. Agedependent increase in blood pressure in two different Native American communities in Brazil. *J Hypertens* 2009; 27:1753-1760.
185. Rocha AKS, Bós AJG, Huttner E, Machado DC. Prevalência da síndrome metabólica em indígenas com mais de 40 anos no Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2011; 29:41-45.
186. Gugelmin AS, Santos RV. Uso do Índice de massa corporal na avaliação do estado nutricional de adultos indígenas Xavante, Terra Indígena Sangradouro- Volta Grande, Mato Grosso, Brasil. *Cad Saude Publica* 2001; 22:1865-1872.

187. Leite MS, Santos RV, Gugelmin AS, Coimbra Júnior CEA. Crescimento físico e perfil nutricional da população indígena Xavante de Sangradouro-Volta Grande, Mato Grosso, Brasil. *Cad Saude Publica* 2006; 22:265-276.
188. Oliveira GF, Oliveira TRR, Rodrigues FF, Corrêa LF, Ikejiri AT, Casulari LU. Prevalência de diabetes melito e tolerância à glicose diminuída nos indígenas da Aldeia Jaguapirú, Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2011; 29:315-321.
189. Guimarães LAM, Grubits S. Alcoolismo e violência em etnias indígena: uma visão crítica da situação brasileira. *Psicologia & Sociedade* 2007; 19:45-51.
190. Oliveira CS, Lotufo Neto F. Suicídio entre povos indígenas: um panorama estatístico brasileiro. *Revista Psiquiatria Clínica* 2003; 30:4-10.
191. Grünberg FP. Reflexões sobre a situação dos guarani no Mato Grosso do Sul, Brasil. *Reflexões Guarani* 2002. p.1-35.
192. Bezerra Filho JG, Pontes LRFSK, Miná DL, Barreto ML. Mortalidade infantil e condições sociodemográficas no Ceará em 1991 e 2000. *Rev Saude Publica* 2007; 41:1023-1031.
193. Brasil. Ministério da Saúde. **DataSUS indicadores e dados básicos Brasil 2008** 2013. [site na internet] [acessado 2013 jul 30]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2008>
194. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira*. Rio de Janeiro: IBGE; 2007.
195. Escobar AL, Santos RV, Coimbra Júnior CEA. Avaliação nutricional de crianças indígenas Pakaanóva (Warí), Rondônia, Brasil. *Rev Bras Saúde Mater Infant* 2003; 4:457-461.
196. Brand A. Os complexos caminhos da luta pela terra entre os Kaiowá e Guarani no MS. *Tellus* 2004; 4:137-150.
197. Dutra CAS. O território Ofaié pelos caminhos da história. *Revista História em Reflexão* 2007; 1:1-23.
198. Oliveira JE, Pereira LM. Duas no pé e uma na bunda: da participação Terena na guerra entre o Paraguai e a Tríplice Aliança à luta pela amplificação dos limites da terra indígena Buruti. *Revista História em Reflexão* 2007; 1:1-19.
199. Santana GR. Uma análise do processo migratório dos índios Terena para o perímetro urbano da cidade. *Revista de Iniciação Científica da FFC* 2004; 4:19-34.
200. Gomes AA, Mussury RM, Scalon SPQ, Wathier F, Cunha KAA, Filho HS. Avaliação do impacto da fragmentação de florestas nativas sobre a mesofauna edáfica na região de Dourados-MS. *Ciência e agrotecnologia* 2007; 31:612-618.

201. Alves GMS, Morais MB, Fagundes-Neto U. Estado nutricional e teste do hidrogênio no ar expirado com lactose e lactulose em crianças indígenas terenas. *J Pediatr (Rio J)* 2002; 78:113-119.
202. Ribas DLB, Sganzerla A, Zorzatto JR, Phillipi ST. Nutrição e saúde infantil em uma comunidade indígena Teréna, Mato Grosso do Sul, Brasil. *Cad Saude Publica* 2001;17:323-33.
203. Ribas DLB, Phillipi ST. Aspectos alimentares e nutricionais de mães e crianças indígenas Terena, Mato Grosso do Sul. In: Coimbra Júnior CEA, Santos RV, Escobar AL, organizadores. *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco; 2003. p.73-88.
204. Fávaro T, Ribas DLB, Zorzatto JR, Segall-Corrêa AM, Panigassi G. Segurança alimentar em famílias indígenas Teréna, Mato Grosso do Sul, Brasil. *Cad Saude Publica* 2007; 23:785-793.
205. Croda MG, Trajber Z, Lima RCL, Croda J. Tuberculosis control in a highly endemic indigenous community. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 2013; 106:223-229.
206. Marques AMC, Pompílio MA, Santos SC, Garnês SJAG, Cunha RV. Tuberculose em indígenas menores de 15 anos, no Estado de Mato Grosso do Sul. *Rev Soc Bras de Med Trop* 2010; 43:700-704.
207. Brand A, Vietta K. Análise gráfica das ocorrências de suicídios entre os Kaiowá/Guarani, no Mato Grosso do Sul, entre 1981 e 2000. *Tellus* 2001; 1:119-132.
208. Brand A, Vietta K. Visões Kaiowá sobre os suicídios. *Tellus* 2001; 1:133-138.
209. Foti MV. A morte por jejuvy entre os Guarani do sudoeste brasileiro. *Rev Bras Estud Popul* 2004; 1:45-72.
210. Morgado AF. Epidemia de suicídio entre os Guaraní-Kaiwá: indagando suas causas e avançando a hipótese do recuo impossível. *Cad Saude Publica* 1991; 7:585-598.
211. Lima MG, Koifman S, Scapulatempo IL, Peixoto M, Naomi S, Amaral MC do. Fatores de risco para câncer de mama em mulheres indígenas Teréna de área rural, Estado do Mato Grosso do Sul, Brasil. *Cad Saude Publica* 2001; 17:1537-1544.
212. Pereira JC, Ganassin FMH, Oliveira RD, Renovato RD, Watanabe EAMT. *Cogitare Enfermagem* 2011; 16:127-133.
213. Saad MBNL. *Saúde e Nutrição Terena: sobrepeso e obesidade* [dissertação]. Campo Grande (MS): Programa de Pós-Graduação de Saúde Coletiva; 2005.

5 ANEXOS**ARTIGO**

Perfil epidemiológico dos indígenas internados em um hospital universitário

THALISE Y. HATTORI^{1,3}, ROSANA M. QUEIROZ², MARCOS A. N. ARAÚJO³,
ROSANGELA da C. LIMA¹, MARIA CRISTINA C. de SOUZA¹,

¹ *Universidade Federal da Grande Dourados, Dourados, MS 79.804-970, Brasil;*

² *Prefeitura Municipal de Fátima do Sul, Fátima do Sul, MS 79700-000, Brasil;*

³ *Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Dourados, MS 79200-000, Brasil.*

Título abreviado: Morbidade hospitalar indígena

Autor correspondente:

Thalise Yuri Hattori

Rodovia Dourados-Itahum, Km 12

Caixa Postal - 322

79800-000 - Dourados MS

Bloco FCS

Email: thalise_ms@yahoo.com.br

RESUMO

O conhecimento do perfil de morbidade hospitalar é importante para estabelecer as necessidades específicas de saúde da população. Objetivo: caracterizar o perfil epidemiológico dos indígenas internados em um hospital universitário. Tratou-se de um estudo epidemiológico, transversal, descritivo, retrospectivo. Foram utilizados dados dos prontuários médicos das internações de 2008 a 2010. A análise estatística foi realizada pelo programa SPSS 22.0. O teste qui-quadrado e distribuição de frequências foram utilizados para as variáveis categóricas e ajustado pela correção de Yates quando n menor que 40 e/ou valor esperado menor que 5. Para as variáveis quantitativas, adotou-se a média e o desvio padrão. Adotou-se os valores de $p < 0,05$ para significância estatística. Resultados: as doenças do aparelho respiratório (36,6%), as infecto parasitárias (21,3%), do aparelho digestivo (8,8%) e as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (7,8%) foram as mais frequentes. Os menores de 5 anos (73,3%) foram os mais acometidos quanto à morbidade (73,3%) e mortalidade (70,4%). Assim, o perfil de morbidade dos indígenas internados, foi caracterizado por doenças potencialmente evitáveis que acometem principalmente as crianças menores de 5 anos, reflexo das precárias condições socioeconômicas e sanitárias em que vivem.

Palavras-chave: morbidade, internação, saúde de populações indígenas.

INTRODUÇÃO

Informações sobre as condições de saúde dos povos indígenas são de difícil obtenção devido à sua ampla diversidade sociocultural e distribuição geográfica. Apesar das investigações existentes, estas não contemplam as variadas dimensões dos mais de 200 povos indígenas com cerca de 180 línguas diferentes em áreas territoriais distintas, longínquas com características sociais e culturais próprias^{1,2}. Devido a isso, fontes como registros hospitalares adquirem particular importância para o conhecimento das demandas dessas populações^{3,4}. Estes registros constituem importantes fontes de informação sobre morbidade, servem de subsídio para os indicadores da qualidade da assistência oferecida e como indicadores indiretos de resolubilidade dos serviços de saúde no nível primário^{3,5,6}.

Apesar de ser uma importante ferramenta sobre as condições de saúde, algumas limitações do Sistema de Informação Hospitalar (SIH) devem ser lembradas como a mensuração por meio da categoria raça/cor que ainda é particularmente complexa e questionada⁷. Os dados do Sistema de Atenção à Saúde Indígena (Siasi) também permitem analisar aspectos da morbidade, porém apresenta fragilidades quanto à sua cobertura, qualidade e acessibilidade¹. Além disso, as internações anteriores a 2010 não possibilitavam discriminar as etnias, sendo incluído este campo apenas em setembro de 2010, por meio da Portaria nº508/2010.

Os poucos estudos que trabalharam com a morbidade de alguns grupos indígenas no Brasil^{3,4,8,9} encontraram as doenças respiratórias, doenças infecto parasitárias e as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas como as principais patologias que acometem os indígenas a nível hospitalar.

O estado do Mato Grosso do Sul possui uma população indígena estimada em 50.000 índios aldeados e 5.000 desaldeados, o que lhe confere o título de segundo maior contingente indígena do país¹⁰. O Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) de Mato Grosso do Sul

apresentou a maior densidade demográfica do país, compostos por 77 aldeias, com 20.152 famílias, distribuídas em 12 etnias diferentes (Kaiowá, Terena, Guarani, Kadiwéu, Guato, Kinikinawa, Ofaié, Bororo, Guarani Kaiowá, Akatikum, Xavante e Cinta larga) com destaque para a etnia Kaiowá (34.500) presente em maior número^{11,12}.

A Reserva Indígena de Dourados (RID) divide-se em duas aldeias: Jaguapirú e Bororó. Na Aldeia Jaguapirú predominam as etnias Guarani e Terena, e na Aldeia Bororó as etnias Nandeva e Kaiowá¹³. A RID possui uma população indígena de aproximadamente 12.000 indígenas¹⁰. Dentre os polos base existentes no Estado, o de Dourados se destacou pelo maior número de famílias (3.536), ele atende as aldeias do Sucuri, Porto Cambira, Acampamentos, Panambi, Bororó, Jaguapirú, e Panambizinho, perfazendo uma cobertura para 14.346 pessoas, com 6 etnias distintas, sendo elas a Guarani (17,7%), Terena (18,9%), Kaiowá (63%) e Kadiwéu (0,4%)¹¹. O município de Dourados também foi considerado com uma das seis terras indígenas de maior demografia do país¹⁴.

O Hospital Universitário de Dourados integra a rede de atenção à saúde, sendo referencia na atenção terciária para os indígenas locais e para as cidades ao seu entorno. A análise das internações de indígenas neste hospital universitário apresenta relevância por estar inserido no DSEI de maior densidade demográfica do país, com representatividade de aproximadamente 68% de toda a população indígena aldeada do Mato Grosso do Sul^{15,16}. Sendo assim, o objetivo do presente estudo foi caracterizar o perfil epidemiológico dos indígenas internados no hospital universitário de Dourados, MS.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo epidemiológico transversal, de base institucional, retrospectivo acerca do perfil epidemiológico dos indígenas internados no Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados (HU/UFGD), MS.

O Hospital Universitário trata-se de uma instituição com atendimento ambulatorial, internação, serviço de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT) e urgência, de média e alta complexidade multidisciplinar. É referência para a macrorregião de Dourados que inclui 33 municípios e totaliza aproximadamente 760 mil habitantes, sendo destes, 48.112 de indígenas (6,3% do total da população).

Foram incluídas no estudo todas as internações indígenas admitidas no período de fevereiro de 2008 a fevereiro de 2010 do Sistema de Informação de Saúde Autorização de Internação Hospitalar (SISAIH01). O período de escolha foi devido à disponibilidade do sistema de informação institucional ser a partir de fevereiro de 2008. Com o intuito de identificar o maior número de indígenas, foram consideradas as definições presentes no Estatuto do Índio¹⁷ e a definição da resolução 304 do Conselho Nacional de Saúde¹⁸. Foram consideradas internações hospitalares aquelas que apresentaram um período igual ou superior a 24 horas.

Para identificação e seleção dos prontuários indígenas foi feita listagem nominal dos pacientes internados durante o período do estudo (fevereiro de 2008 a fevereiro de 2010). Com a finalidade de localizar o maior número de internações indígenas que apresentassem a data da admissão no período selecionado foram avaliadas as AIH de fevereiro de 2008 a agosto de 2010. Como a validade da AIH é de no máximo três competências anteriores à competência de apresentação e como os casos de AIH apresentada e rejeitada dentro dos quatro meses de validade pode ser reapresentada até o sexto mês a contar da alta do paciente, optou-se por estender por mais seis meses (mês de apresentação de fevereiro de 2008 a agosto de 2010)¹⁹.

Com a listagem nominal no arquivo em Excel (2010), foram consideradas as variáveis cor/raça, logradouro, bairro e complemento, sendo elas selecionadas por um processo de filtragem. Após a seleção foi formada uma lista única dessas três variáveis escolhidas. Posteriormente, uma lista que continha apenas o número da AIH e do prontuário de registro do paciente foi entregue ao SAME (Serviço de Arquivo Médico) que procedeu pela busca manual dos prontuários para análise.

O instrumento utilizado foi o questionário estruturado padronizado, pré-codificado e adaptado de Melione²⁰. O prontuário foi considerado fonte principal das informações, exceto os diagnósticos principal, secundário e complementar que foram extraídos da AIH. Para minimizar o risco de identificação e manter a privacidade dos sujeitos, a identidade dos mesmos foi mantida em absoluto sigilo e, para maior confidencialidade, as iniciais foram codificadas e as variáveis que identificavam o paciente como o nome da mãe e o logradouro não foram utilizados na tabulação dos dados.

Para caracterização da população foram coletadas as seguintes variáveis do paciente: nome do paciente, nome da mãe, data de nascimento, idade na admissão, sexo, etnia, logradouro e município de procedência; variáveis da internação: data e horário da internação, data e horário da saída, dias de internação hospitalar, procedimento realizado, caráter de atendimento, tipo de saída/permanência (motivo de cobrança – SIH-SUS), diagnóstico principal, diagnóstico secundário, diagnóstico complementar e causa básica da morte nos casos de óbito.

As análises das morbidades foram decodificadas, agrupadas e analisadas segundo a Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão (CID-10)²¹, com padronização de dois dígitos. Todas as variáveis do paciente tiveram como base a busca por documentos oficiais que pudessem comprovar a veracidade das informações obtidas. Nos casos de ausência desses documentos, foram utilizadas as informações do prontuário.

A codificação dos questionários foi feita pelo responsável da pesquisa. A seguir, os questionários foram revisados e os dados duplamente digitados no programa EpiData versão 3.1. A análise estatística foi realizada utilizando o programa SPSS versão 21.0. O teste do qui-quadrado e distribuição de frequências foram utilizados para as variáveis categóricas e ajustado pela correção de Yates quando n menor que 40 e/ou valor esperado menor que 5, já para as variáveis quantitativas, a média e o desvio padrão. A significância estatística foi determinada por valores de $p < 0,05$.

O presente projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Grande Dourados (CEP/UFGD), pelo parecer n.015/2011 e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), parecer n.085/2012.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram identificadas 820 internações de indígenas admitidas no período do estudo. Foram excluídas 70 internações que possuíam data de admissão anterior a fevereiro de 2008 e 14 internações com duração menor que 24 horas. Apenas 9 prontuários (1,2%) não foram encontrados. As internações que continham mais de uma Autorização de Internação Hospitalar (AIH) na mesma internação (36) como os casos de longo período de internação, procedimento cirúrgico realizado, patologias diferenciadas que desenvolveram no decorrer da internação entre outros foram agrupadas e reclassificadas de acordo com a causa base da internação, sendo agrupadas como uma única internação. A amostra final, do tipo censitário, foi composta de 727 internações. Esses resultados representaram cerca de 7% de todas as internações indígenas nesse mesmo período nessa macrorregião²².

Em relação às características demográficas (Tabela 1), houve o predomínio das faixas etárias de menores de 1 ano e de 1 a 4 anos (73,3%) que vão de acordo com estudos realizados

em outras regiões do país^{3,4,8,9} que encontraram 71,9%, 31,4%, 65,8% e 88,7%, respectivamente. Aspectos quanto à precariedade das condições socioeconômicas, ambientais (saneamento e habitação) e sustentabilidade alimentar foram reportados nos estudos^{3,8,9}. A precariedade dos serviços de saúde foram observados por Escobar **et al.**⁴ e Orellana **et al.**⁹, já Cardoso **et al.**³ ressaltam a dificuldade de acesso e utilização dos serviços de saúde. Outros estudos também encontraram quadro desfavorável para as crianças indígenas, caracterizadas pelas precárias condições de vida, de saneamento, alimentação, acesso aos serviços de saúde e questões socioeconômicas^{23,24,25,26}. Não houve diferença estatística significativa entre os sexos, diferentemente dos outros estudos que encontraram a predominância no sexo masculino^{4,9}, já Cardoso **et al.**³ observaram o predomínio no sexo feminino.

A maioria dos indígenas internados (92,2%) vive aldeada, situação semelhante à encontrada no censo do IBGE²⁷ que identificou que a proporção de crianças e adolescentes na área rural é duas vezes maior que na área urbana. Foi possível observar que a etnia guarani kaiowá se destacou com 44,6% dos índios internados, contudo a ausência de informação quanto à etnia também foi alta (38,5%). A elevada frequência de registros incompletos ou ausentes foram, também, encontrados por Escobar **et al.**⁴ na Casai de Porto Velho. Esse predomínio na área rural e das etnias Guarani Kaiowá e Guarani Nandeva no Estado de Mato Grosso do Sul pode estar associado ao processo histórico de territorialização das diversas etnias que residiam na região^{28,29}. Com o processo de expansão econômica da região, as duas etnias que ocupavam ambos os lados da fronteira entre o Brasil e o Paraguai, ficaram confinadas na porção meridional do Estado^{29,30}.

Dentre as aldeias destacam-se a Bororó (34,0%) e a Jaguapirú (17,1%), pertencentes ao município de Dourados (54,1%) (Tabela 1). Esses resultados provavelmente ocorreram pela proximidade do município de Dourados, onde o hospital se encontra instalado e de onde procede o maior número de internações. Caarapó fica em segundo lugar devido a sua próxima

localização (52,7 km), que facilita o acesso ao serviço de saúde no município de Dourados³¹. Essa diferença decorre do predomínio de grupos étnicos diferentes associados com fatores como costumes, organização social, cultural e ambientais distintos como descritos por Passos³². O autor³² observou que na aldeia Jaguapirú existem indígenas Terena, Guarani Nhandeva e um pequeno número de Guarani Kaiowá que vivem em melhores condições sócio econômicas quando comparado aos que vivem na aldeia Bororó e que são predominantemente Guarani Kaiowá, caracterizadas por precárias condições de habitação e saneamento, associado a situação de miséria, penúria e violência. Por outro lado, na aldeia Jaguapirú além da existência dos postos de saúde, está instalada desde 1963 o hospital da Missão Evangélica Caiuá que facilita a questão da acessibilidade e utilização do serviço de saúde local³².

O tempo médio de internação foi de 10,6 dias ($\pm 15,3$) e não foram observadas diferenças significativas entre os sexos ($p=0,679$) e as faixas etárias ($p=0,407$). Os resultados do estudo (10,6 dias) foi superior ao tempo médio de 8,5 dias encontrado por Escobar **et al.**⁴ nas internações de indígenas em hospitais públicos no município de Porto Velho. Nas crianças indígenas do Suruí menores de dez anos, a média de internação foi de 5,8 dias para hospital público e 3,7 dias para privado⁹. Também foram inferiores os dias de internação de outros estudos realizados no país com a população geral não indígena que variou de 3,5 a 3,9 dias^{33,34,35}. Possivelmente neste estudo o tempo de internação foi maior devido aos problemas de saúde que levaram às internações e às precárias condições de vida da população estudada. Escobar **et al.**⁴ acreditam que o tempo de permanência nos hospitais públicos é maior devido a diferença do perfil de internação, assim como pelo fato do atendimento dos quadros clínicos mais severos serem encaminhados para os hospitais públicos. Rocha³⁵ sugere que nos hospitais públicos o tempo de internação é maior devido à gravidade e complexidade dos casos atendidos pelo sistema público. Já Travassos **et al.**³⁶ reforçam a complexidade da

interpretação dessa informação, por estar relacionada à diferente gravidade de quadro clínico, à qualidade da assistência assim como ao uso de tecnologias médicas.

Das 33 aldeias de origem dos pacientes internados foram avaliados os resultados das nove principais aldeias que representaram 78,2% dos usuários (Tabela 2). Houve diferença estatística entre aldeia e diagnóstico principal por capítulo ($p=0,000$). A doença respiratória (Cap.X) foi a primeira causa nas aldeias Bororó, Jaguapirú, Tey Kue, Taquapery ($p=0,000$). Já na aldeia Amambai por não apresentar diferença estatisticamente significativa ($p=0,091$) os capítulos das doenças respiratórias (Cap.X), as infecto parasitárias (Cap.I), bem como as endócrinas, nutricionais e metabólicas (Cap.IV) foram as mais frequentes (Tabela 2).

Observa-se a diversificação entre as aldeias Bororó, Jaguapirú, Tey Kue, Taquapery e Amambai. Essas diferenças podem ser devido a fatores sociais, ambientais, demográficos, epidemiológicos, financeiros, tecnológicos e de estrutura dos serviços de saúde³⁷ que podem se apresentar de forma desigual entre as regiões brasileiras assim como entre os grupos sociais³⁸. Nas comunidades indígenas, ressalta-se a importância ainda de considerar dentro do sistema de atenção à saúde, o sistema cultural e o sistema social³⁹. Investigações mais detalhadas são necessárias para esclarecer as causas das diferentes morbidades entre as aldeias.

A principal causa de internação foram as doenças do aparelho respiratório (Cap.X), que representaram 36,6%, seguida das doenças infecto parasitárias (Cap.I) que apareceram como segunda maior causa de internação (21,3%). Por não apresentarem diferença significativa ($p=0,524$), as doenças digestivas (Cap.XI) e as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (Cap.IV) ficaram como terceira causa (Tabela 3). As morbidades gerais apresentaram um quadro semelhante ao de outras populações indígenas^{3,4,8,9} onde se destacaram as doenças respiratórias e as doenças infecto parasitárias. Resultados análogos foram encontrados nos relatórios do DSEI/MS em 2009, onde juntas totalizaram 56,7% de

todos os atendimentos ambulatoriais⁴⁰. Pelas informações do SIH, as principais morbidades indígenas no Estado e na macrorregião de Dourados no período de 2008 a 2010 foram doenças do aparelho respiratório, doenças infecto parasitárias, causas externas e doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas²². Quadro este diferente da população nacional geral que tem se caracterizado pela redução de causas infecciosas e parasitárias e das causas mal definidas, com aumento das doenças crônicas não transmissíveis^{22,37,38}.

Ao analisar por faixa etária, observou-se que as doenças respiratórias (Cap.X) ficaram em primeiro lugar entre os menores de 5 anos (92,4%), com destaque para os menores de 1 ano ($p=0,030$) e com predomínio no sexo masculino ($p=0,026$). Em três estudos de coorte realizados no Sul do Brasil com crianças não indígenas, encontraram uma frequência maior de internação no sexo masculino < 1 ano, que foi atribuída à menor mediana de amamentação no sexo masculino⁴¹. As doenças infecto parasitárias (85,2%) assim como as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (84,2%) também se destacaram nos menores de 5 anos ($p=0,000$) (Tabela 3). Essas informações coincidem com estudos em diversas etnias no país, realizadas em sua maioria na atenção primária^{3,4,9,42,43}. As crianças indígenas apresentaram piores condições de saúde e nutrição quando comparadas àquelas de outros segmentos⁴⁴. Estudos sugerem que os povos indígenas estão entre os grupos mais marginalizados da América Latina⁴⁵.

As causas nutricionais, endócrinas e metabólicas (Cap.IV) foram a terceira causa de internação entre os menores de 5 anos (9,0%), ao contrário do observado nos trabalhos realizados no país^{24,25,42} e no Estado^{26,46,47}. Este resultado pode ser devido à melhoria do estado nutricional após a implantação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI) ou ao sub-registro da desnutrição que não caracterize causa direta das hospitalizações no grupo^{3,9,40} além dos casos de desnutrição infantil serem referenciados em Dourados para o Hospital Indígena Porta da Esperança da Missão Evangélica Caiuá.

Diferentemente, as doenças digestivas (Cap.XI) (46,9%) acometeram o grupo etário de 19 – 59 anos ($p=0,005$) (Tabela 3). Resultados semelhantes foram encontrados no trabalho de Lunardi **et al.**⁸. Contudo, pode haver um viés no resultado do estudo, pelo fato do HU/UFMG ser referência para cirurgias gerais. Outro aspecto que deve ser observado são os percentuais baixos de doenças por causas externas, que pode ser justificado por existir um hospital que atende apenas os casos de urgência e emergência.

Dentre as doenças do aparelho respiratório, destacou-se a categoria da influenza e pneumonia (J09-J18) com 79,3%, onde houve o predomínio das pneumonias (99,0%), entre as patologias nesta categoria, seguida posteriormente da categoria das infecções agudas das vias aéreas inferiores (J20-J22) com 10,9%, sendo, nesta categoria, as mais comuns as bronquites (79,0%). Entre as doenças infecciosas e parasitárias (Cap.I), a categoria das doenças infecciosas intestinais (A00-A09) ficou em primeiro lugar (69,0%), sendo mais frequentes as diarreias e gastroenterites (39,0%) dentro dessa categoria. No capítulo do aparelho digestivo (Cap.XI) se destacaram as categorias da vesícula biliar, das vias biliares e do pâncreas (K80-K87) com 29,6%. As patologias mais comuns nessa categoria foram a colecistite (47,0%) e a colelitíase (42,0%), seguida de outras doenças do intestino (K55-K63) (23,4%) e a categoria do apêndice (K35-K38) com 14,1%, sendo mais comum a apendicite aguda. Já o capítulo das doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (Cap.IV) liderou a categoria da desnutrição (E40-E46) (60,7%) sendo composto nesse pequeno grupo principalmente pela desnutrição proteico calórica (59,7%), seguida da categoria dos distúrbios metabólicos (E70-E90) com 25,0% e destaque para a depleção de volume (42%) (Tabela 4).

Percebe-se dessa forma, que o perfil de morbidade hospitalar dos indígenas do HU/UFMG é caracterizado por condições sensíveis à atenção primária (CSAP), entre elas as pneumonias, bronquites, gastroenterites, desnutrição. As doenças de hospitalizações potencialmente evitáveis ou por CSAP têm sido utilizadas para monitorar e avaliar as ações

da atenção primária e a utilização da atenção hospitalar, principalmente para os grupos de maior vulnerabilidade⁴⁸. Possivelmente na população estudada a situação de carência socioeconômica e vulnerabilidade dificulte a efetividade da atenção primária.

Na saúde indígena, Cardoso **et al.**³, Escobar **et al.**⁴ e Orellana **et al.**⁹ observaram que apesar dos esforços e investimentos com a implantação dos DSEI, persistem as doenças potencialmente evitáveis e a baixa resolubilidade de ações em saúde. Ao contrário dos estudos com populações não indígenas que tem apresentado redução nas internações por condições sensíveis à atenção primária (CSAP) relacionadas com a melhoria e qualidade dos serviços de atenção básica^{6,49,50}.

Contudo, segundo relatório do Ministério da Saúde^{51,52}, na saúde indígena os resultados se mostram favoráveis, com maior acompanhamento do crescimento e desenvolvimento dos menores de 5 anos (70%), redução nos últimos oito anos da taxa de mortalidade infantil em 40,6%, aumento da cobertura e amplitude vacinal dos imunobiológicos, inclusive os especiais, aumento da cura e diminuição das taxas de abandono e letalidade por tuberculose, declínio das taxas de suicídio, maior cobertura na saúde bucal e redução das doenças sexualmente transmissíveis. O Ministério da Saúde⁴⁷ ressalta que esses resultados foram consequência das ações de promoção, proteção da saúde e controle de agravos das doenças decorrente da participação e do trabalho conjunto dos atores sociais envolvidos.

O trabalho desenvolvido na atenção primária indígena no Estado de Mato Grosso do Sul é reconhecido nacionalmente, sendo referência como modelo de gestão para as demais coordenações regionais, frente aos trabalhos desenvolvidos com efetividade nas áreas de vigilância alimentar e nutricional das crianças menores de 5 anos, das atividades de intervenção na saúde mental, ao monitoramento contínuo e periódico da cobertura por aldeia dos dados referente à morbidade e mortalidade do Siasi⁵³.

Carmo **et al.**³⁸ ressaltam que além da acessibilidade e da qualidade dos serviços de saúde, fatores como o ambiente, as condições sociais e demográficas devem ser consideradas. Fatores estes observados por Leite **et al.**⁵⁴ e Horta **et al.**⁵⁵ no I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, no censo do IGBE²⁷ e por Aylwin³¹ no nível macrorregional e estadual caracterizadas por alta densidade populacional, baixa escolaridade, baixos rendimentos mensais, inadequadas condições de saneamento (esgotamento, destino do lixo, abastecimento de água) e nutrição desfavorável. No Estado se destacam os problemas de saúde ligados à desestabilização sociocultural⁴⁰. Luciano⁵⁶ considerou que para sanar parte dos problemas relativos à saúde e mortalidade desses povos, deve-se trabalhar a questão fundiária, a proteção ambiental e a criação de alternativas de auto sustentação econômica dos povos indígenas.

Das pessoas internadas, 101 (13,9%) apresentaram mais de uma internação no período (2-5 vezes), sendo maior entre o sexo masculino ($p=0,002$). As crianças menores de cinco anos apresentaram o maior número de reinternações (74,3%) sem diferença significativa entre os dois grupos etários ($p=0,920$). As principais causas de reinternação apresentaram a mesma tendência das morbidades hospitalares sendo as principais causas por doenças respiratórias, seguida das doenças infecciosas e parasitárias, as endócrinas, nutricionais e metabólicas ($p=0,000$). As doenças respiratórias (82%), as doenças infecto parasitárias (85,2%) e as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (100,0%) também foram mais frequentes nos menores de 5 anos ($p=0,000$). Resultado semelhante ao encontrado por Cardoso **et al.**³, onde 71,9% das reinternações eram em menores de 5 anos e as doenças do aparelho respiratório a principal causa das múltiplas reinternações de um mesmo indivíduo.

Lunardi **et al.**⁸ demonstraram a vulnerabilidade das crianças Xavantes menores de cinco anos que apresentaram uma frequência maior de hospitalizações, contudo foram diferentes as causas de reinternação (doenças infecciosas e parasitárias, desnutrição e infecção

respiratória). Os mesmos autores sugerem que fatores ambientais, culturais e socioeconômicos entre as áreas Xavantes estejam associados a maior frequência de hospitalizações. Borges **et al**⁵⁷ concluíram que as reinternações se devem principalmente ao perfil do paciente sendo que indivíduos com internações prolongadas e portadores de patologias crônicas apresentam maior frequência de internação.

Do total de internações, ocorreram 54 óbitos (7,4%), sendo a maioria (70,4%) em menores de 5 anos sem diferença estatisticamente significativa para os dois grupos etários ($p=0,330$). Dentre as principais causas de óbito destacaram-se as doenças infecto parasitárias (Cap.I) e as doenças respiratórias (Cap.X) sem diferença estatisticamente significativa entre os capítulos ($p=0,864$), seguida dos sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte (Cap.XVIII) e as doenças do aparelho circulatório (Cap.IX) (Tabela 5). Resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos com indígenas, onde as doenças infecto parasitárias e as doenças respiratórias foram as principais causas de óbitos, caracterizados pela prevalência maior em crianças reiterando a vulnerabilidade desse grupo^{4,8}. Escobar **et al.**⁴ acrescentam que o atraso no diagnóstico, a remoção e a internação tardias por doenças potencialmente evitáveis, contribui para diminuição da taxa de sobrevivência. Os resultados desse estudo podem se enquadrar nessa situação. Fatores relacionados aos aspectos do cuidado; busca tardia pelo atendimento de saúde; descontinuidade do tratamento; falta de acompanhamento dos casos atendidos pelas equipes de saúde também podem contribuir inevitavelmente para o aumento da mortalidade entre os indígenas³.

As limitações existentes são devido à utilização de dados secundários, a especificidade local e a ao curto período de tempo estudado, entretanto, os resultados desta pesquisa apresentam caráter seletivo e de representatividade parcial sobre o padrão de morbidade dos povos indígenas da macrorregião do município de Dourados. O sub-registro dos dados, a

ausência de variáveis importantes como características sociais, comorbidades, condições de habitação e saneamento, condição socioeconômica e acesso ao serviço de saúde impossibilitou a compreensão dos fatores causais das hospitalizações dos indígenas. Contudo, este estudo permite conhecer o perfil de saúde e avaliar as tendências de morbidade no âmbito hospitalar. Outros estudos se fazem necessários, uma vez que são poucos os trabalhos sobre morbidade indígena no Brasil. A compreensão dos agravos à saúde indígena pode contribuir para a elaboração de propostas eficazes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os indígenas atendidos no Hospital Universitário de Dourados apresentam internações por doenças preveníveis como as doenças respiratórias e as infecto parasitárias. Os menores de 5 anos são o grupo de maior vulnerabilidade quanto aos aspectos da morbidade, destacando-se também para as doenças do aparelho respiratório e as infecto parasitárias, além das doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, relacionadas diretamente às precárias condições de saúde e saneamento dessa população. A mortalidade se apresenta aumentada neste grupo, sendo as principais causas de óbitos as doenças infecto parasitárias e doenças do aparelho respiratório e sintomas.

Os resultados apontam para causas de internações evitáveis. Por outro lado, devem ser considerados fatores como a cultura, o processo saúde-doença, a violência, a acessibilidade ao serviço de saúde e precárias condições socioeconômicas que podem interferir diretamente nos resultados encontrados.

COLABORADORES

RM Queiroz e MAN Araújo contribuíram na concepção, planejamento as pesquisa. TY Hattori trabalhou na coleta, análise e interpretação dos dados, bem como da redação do texto; MCC Souza orientou todas as etapas do trabalho e colaborou na redação final. RC Lima contribuiu para a revisão crítica do conteúdo e na aprovação da versão final.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem ao Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados pelo apoio para a realização da pesquisa; aos residentes de enfermagem (Regiane), de nutrição (Denise, Thaís), à nutricionista Mariana e aos acadêmicos de medicina Hélder e Fellipe pela colaboração na coleta dos dados; aos funcionários do SAME (Kauê, Alexsandro, Marcela, Silvana), pela prontidão e disponibilidade em procurar os prontuários e em especial à bibliotecária Maria Isabel por ter oferecido infraestrutura para realizar a coleta dos dados e à Capes (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), pelo fornecimento da bolsa de estudo para a pós graduação.

REFERÊNCIAS

1. Sousa MC de, Scatena JHG, Santos RV. O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI): criação, estrutura e funcionamento. *Cad Saude Publica* 2007; 23:853-861.
2. Souza LG, Santos RV, Coimbra Júnior CEA. *Demografia e saúde dos povos indígenas no Brasil: considerações a partir dos Xavante de Mato Grosso (1999-2002)* [Documento de trabalho n.10]. Porto Velho: Centro de Estudos em Saúde do Índio de Rondônia (CESIR); 2004. p.1-18.

3. Cardoso AM, Coimbra Júnior CEA, Tavares FG. Morbidade hospitalar indígena Guarani no Sul e Sudeste do Brasil. *Rev Bras Epidemiol* 2010; 13:21-34.
4. Escobar AL, Rodrigues AF, Alves CLM, Orellana JDY, Santos RV, Coimbra Júnior CEA. 2003. Causas de internação hospitalar indígena em Rondônia. O Distrito Sanitário Especial Indígena Porto Velho (1998-2001). In: Coimbra Júnior CEA, Santos RV Escobar AL, organizadores. *Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco; 2003. p.127-147.
5. Agency for Healthcare Research and Quality. *Quality Indicators: quality of care in hospitals – volume, mortality and utilization* [AHRQ Pub. no 02-RO204]. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2002.
6. Dias da Costa JS, Borba LG, Pinho MN, Chatjin M. Qualidade da atenção básica mediante internação evitáveis no Sul do Brasil. *Cad Saude Publica* 2008; 24:1699-1707.
7. Araújo CLF, Cruz LMF, Lopes MC, Fernandes ECS. O quesito cor/raça em formulários de saúde: a visão dos profissionais de saúde. *Rev enferm UERJ* 2010; 18:241-246.
8. Lunardi R, Santos RV, Coimbra Júnior CEA. Morbidade hospitalar de indígenas Xavante, Mato Grosso, Brasil (2000-2002). *Rev Bras Epidemiol* 2007; 10:441-452.
9. Orellana JDY, Basta PC, Santos RV, Coimbra Júnior CEA. Morbidade hospitalar em crianças indígenas Suruí menores de dez anos, Rondônia, Brasil: 2000 a 2004. *Rev Bras Saúde Mater Infant* 2007; 7:281-287.
10. Jesus DL, Wenceslau ME. Os saberes tradicionais do indígenas Kaiowá de Dourados-MS: transformações culturais através do tempo. *Ateliê geográfico*. 2011; 5: 64-84.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI). *População Indígena por Região, Estado, Região de Saúde e Município* 2013. [site na internet]. [acessado 2013 jul 22]. Disponível em:
http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=40883

12. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI). *Pirâmide Populacional e etnia por distrito* 2013. [site na internet]. [acessado 2013 jul 24]. Disponível em:
http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=40848
13. Pereira JC, Ganassin FMH, Oliveira RD, Renovato RD, Watanabe EAMT. Morbidade por câncer de colo uterino em mulheres de reserva indígena no Mato Grosso do Sul. *Cogitare Enferm* 2011; 16:127-133.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo Demográfico 2010: Características gerais dos indígenas resultados do universo*. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
15. Ferreira MEV, Matsuo T, Souza RKT. Aspectos demográficos e mortalidade de populações indígenas do Estado do Mato Grosso do Sul, Brasil. *Cad Saude Publica* 2011; 27:2327-2339.
16. Sistema de Atenção à Saúde Indígena. 2013. *População indígena de 2012 cadastrada no SIASI por Região de Saúde, UF, Região e Município* 2013. [site na internet]. [acessado 2013 ago 05]. Disponível em: <<http://dw.saude.gov.br/gsid/servlet/mstrWeb>>.
17. Brasil. Lei n. 6001, de 19 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o Estatuto do Índio. *Diário Oficial da União* 1973; 21 dez.
18. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.304 de 09 de agosto de 2000. Dispõe sobre a aprovação as normas para pesquisas envolvendo seres humanos na área dos povos indígenas. *Diário oficial da União* 2000; 09 ago.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Manual técnico operacional do sistema de informação hospitalar*. Versão 01-2009. Módulo I. Orientações técnicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
20. Melione LPR. *Morbidade hospitalar por causas externas no Sistema Único de Saúde em São José dos Campos, SP* [dissertação]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública; 2006.

21. Organização Mundial da Saúde. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde- CID: 10ª revisão*. Tradução: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. 8ª. ed. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2000.
22. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. *Morbidade hospitalar do SUS por local de internação* 2013 [site na internet]. [acessado 2013 ago 07]. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sih/cnv/nims.def>>.
23. Aguiar JIA, Gonçalves AQ, Sodré FC, Pereira SR, Bóia MN, Lemos ERS, Daher RR. Intestinal protozoa and helminths among Terena Indians in the State of Mato Grosso do Sul: high prevalence of *Blastocystis hominis*. *Rev Soc Bras Med Trop* 2007; 40:631-634.
24. Leite MS, Santos RV, Coimbra Júnior CEA. Sazonalidade e estado nutricional de populações indígenas: o caso Wari, Rondônia, Brasil. *Cad Saude Publica* 2007; 23:2631-2642.
25. Kühl AM, Corso ACT, Leite MS, Bastos JL. Perfil nutricional e fatores associados à ocorrência de desnutrição entre crianças indígenas Kaingáng da terra indígena de Mangueirinha, Paraná, Brasil. *Cad Saude Publica* 2009; 25:409-420.
26. Pícoli RP, Carandina L, Ribas DLB. Saúde materno infantil e nutrição de crianças Kaiowá e Guaraní, Área Indígena de Caarapó, Mato Grosso do Sul, Brasil. *Cad Saude Publica* 2006; 22:223-227.
27. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo Demográfico 2010: Características gerais dos indígenas resultados do universo*. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
28. Chamorro G. Contribuições para a história indígena contemporânea. *Rev Hist Reflexão* 2009; 8:1-25.
29. Colman RS, Brand AJ. Considerações sobre território para os Kaiowá e Guaraní. *Tellus* 2008; 8:153-174.

30. Mota JGB. Movimento étnico-socioterritorial Guarani e Kaiowá no estado de Mato Grosso do Sul: disputas territoriais nas retomadas pelo Tekoha-Tekoharã. *Revista NERA* 2012; 21:114-134.
31. Aylwin J. *Os direitos dos povos indígenas em Mato Grosso do Sul, Brasil: Confinamento e tutela no século XXI*. São Paulo: Grupo Internacional de trabalho sobre Assuntos Indígenas (IWGIA) e Faculdade de Medicina da USP (FMUSP); 2009.
32. Passos LRB. *Associações indígenas: um estudo das relações entre Guarani e Terena na Terra Indígena de Dourados-MS* [dissertação]. Curitiba (PR): Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social; 2007.
33. Mathias TAF, Soboll MLMS. Morbidade hospitalar em município da região Sul do Brasil em 1992. *Rev Saude Publica* 1996; 30:224-232.
34. Noronha MF, Machado CV, Lima LD. Proposta de indicadores e padrões para a avaliação de qualidade da atenção hospitalar: o caso da asma brônquica. *Cad Saude Publica* 1996; 12 (Suppl.2):43-58.
35. Rocha JSY. Assistência hospitalar como indicador da desigualdade social. *Rev Saude Publica* 1997; 31:479-487.
36. Travassos C, Noronha JC, Martins M. Mortalidade hospitalar como indicador de qualidade: uma revisão. *Cien Saude Colet* 1999; 4:367-381.
37. Lebrão ML. Determinantes da morbidade hospitalar em região do Estado de São Paulo (Brasil). *Rev Saude Publica* 1999; 33:55-63.
38. Carmo EH, Barreto ML, Silva Júnior JB. Mudanças nos padrões de morbimortalidade da população brasileira: os desafios para um novo século. *Epidemiol Serv Saude* 2003; 12:63-75.
39. Langdon EJ, Wiik FB. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado à ciências da saúde. *Rev Lat Am Enfermagem* 2010; 18:173-181.

40. Geniole LAI, Kodjaoglanian VL, Vieira CCA. *A saúde da família indígena. Pós-graduação em Atenção Básica em Saúde da Família* [Módulo Optativo 2]. Campo Grande: UFMS; 2011.
41. Matijasevich A, Cesar JC, Santos IS, Barros AJD, Dode MASO, Barros FC, Victora CG. Hospitalizations during infancy in three population based studies in Southern Brazil: trends and differentials. *Cad Saude Publica* 2008; 24 (Suppl.3): 437-443.
42. Moraes MB, Alves GMS, Fagundes-Neto UF. Estado nutricional de crianças índias terenas: evolução do peso e prevalência atual de anemia. *J Pediatr* 2005; 81:383-389.
43. Santos RV, Cardoso AM, Garnelo L, Coimbra Júnior CEA, Chaves MBG. Saúde dos povos indígenas e políticas públicas no Brasil. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
44. Santos RV, Coimbra Júnior CEA. Cenários e tendências da saúde e da epidemiologia dos povos indígenas. In: Coimbra Júnior CEA, Santos RV, Escobar AL, organizadores. *Epidemiologia e Saúde dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco; 2003.
45. Garnelo L, Macedo G, Brandão LC. *Os Povos Indígenas e a Construção das Políticas de Saúde no Brasil*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2003.
46. Ribas DLB, Sganzerla A, Zorzatto JR; Phillipi ST. Nutrição e saúde infantil em uma comunidade indígena Teréna, Mato Grosso do Sul, Brasil. *Cad Saude Publica* 2001; 17:323-331.
47. Ribas DLB, Phillipi ST. Aspectos alimentares e nutricionais de mães e crianças indígenas Terena, Mato Grosso do Sul. In: Coimbra Júnior CEA, Santos RV, Escobar AL, organizadores. *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco; 2003.

48. Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonça CS, Oliveira VB, Sampaio LFR, Simoni C, Turci MA. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP- Brasil). *Cad Saúde Publica* 2009; 25:1337-1349.
49. Elias E, Magajewski F. A Atenção Primária à Saúde no sul de Santa Catarina: uma análise das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, no período de 1999 a 2004. *Rev Bras Epidemiol* 2008; 11:633-647.
50. Pazó RG, Frauches DO, Gavêas DP, Stefenoni AV, Cavalcante ELB, Pereira-Silva, FH. Internações por condições sensíveis à atenção primária no Espírito Santo: estudo ecológico descritivo no período de 2005-2009. *Epidemiol Serv Saude* 2012; 21:275-282.
51. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *Relatório de Gestão 2008*. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
52. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *Relatório de Gestão 2009*. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
53. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Coordenação Regional do Mato Grosso do Sul. *Relatório de Gestão 2008 CORE/MS*. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
54. Leite MS, Cardoso AM, Coimbra Júnior CEA, Welch JR, Gugelmin AS, Lira PCI, Horta BL, Santos RV, Escobar AL. Prevalence of anemia and associated factors among indigenous children in Brazil: results from the First National Survey of Indigenous People's Health and nutrition. *Nut J*. 2013; 12: 1-11.
55. Horta BL, Santos RV, Welch JR, Cardoso AM, Dos Santos JV, Assis AM, Lira PC, Coimbra CE Jr. Nutritional status of indigenous children: findings from the First National Survey of Indigenous People's Health and Nutrition in Brazil. *Int J Equity Health* 2013; 12:1-13

56. Luciano GS. *O Índio Brasileiro: o que você precisa saber sobre os povos indígenas no Brasil de hoje* [Coleção Educação para todos-Série vias dos saberes]. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade. LACED/Museu Nacional; 2006.

57. Borges FK, Soliman F, Pires DO, Seligman R. Reinternação hospitalar precoce: avaliação de um indicador de qualidade assistencial. *Rev HCPA* 2008; 28:147-152.

TABELAS

TABELA 1. Características demográficas dos indígenas internados no Hospital Universitário da UFGD (HU/UFGD) de 2008-2010, Dourados-MS.

Variável	N	%	p
Sexo			
Masculino	389	53,5	0,059
Feminino	338	46,5	
Faixa etária			
< 1 ano	264	36,3	0,000*
1 — 4 anos	269	37,0	
5 — 9 anos	34	4,7	
10 — 18 anos	29	4,0	
19 — 59 anos	102	14,0	
≥ 60 anos	29	4,0	
Etnia			
Guarani Kaiowa	324	44,6	0,000*
Guarani Nandeva	81	11,1	
Terena	41	5,6	
Outros	1	0,1	
Ignorado/Não informado	280	38,5	
Aldeia			
Bororó	247	34,0	0,000*
Jaguapirú	124	17,1	
Tey Kue	89	12,2	
Taquapery	28	3,9	
Amambai	21	2,9	
Porto Lindo	19	2,6	
Panambi	17	2,3	
Pirajuí	12	1,7	
Jarará	11	1,5	
Desaldeados	57	7,8	
Outros ¹	102	14,0	
Município de procedência			
Dourados	393	54,1	0,000*

Caarapó	96	13,2
Amambai	30	4,1
Coronel Sapucaia	30	4,1
Paranhos	27	3,7
Juti	20	2,8
Japorã	18	2,5
Tacuru	18	2,5
Outros ²	95	13,0
TOTAL	727	100,0

*Teste qui-quadrado, $p \leq 0,005$.

¹Sassoró, Cerro Marangatu, Guaimbé, Guassuty, Limão Verde, Protero Guassú, Rancho Jacaré, Jaguapiré, Pirakuá, Taquara, Campestre, Arroio Corá, Jaguari, Panambizinho, Sete Cerros, Sombreiro, Paraguassu, Bananal, Cabeceira, Cerrito, Fortuna, Kokue-y, Laranjeira, Sucuri. Valores inferiores a 1,5% cada.

²Antônio João, Douradinha, Laguna Carapã, Aral Moreira, Aquidauana, Bela Vista, Sete Quedas, Eldorado, Naviraí, Novo Horizonte do Sul, Iguatemi, Itaquiraí, Maracajú, Nioaque, Nova Andradina, Ponta Porã, Rio Brilhante. Valores inferiores a 2,4% cada.

TABELA 2. Distribuição das internações indígenas por diagnóstico principal por capítulo conforme Classificação Internacional doenças (CID-10) e aldeia, no Hospital Universitário da UFGD de 2008-2010, Dourados-MS.

Aldeia	Diagnóstico principal por capítulo (CID-10) ¹												TOTAL
	X	I	XI	IV	XIX	XIV	IX	XVI	XVII	XII	VI	Outros ²	
Bororó	102 (41,3%)	69 (27,9%)	14 (5,7%)	12 (4,9%)	12 (4,9%)	5 (2,0%)	2 (0,8%)	8 (3,2%)	3 (1,2%)	5 (2,0%)	4 (1,6%)	11 (4,5%)	247 (100,0%)
Jaguapirú	36 (29,0%)	21 (16,9%)	19 (15,3%)	12 (9,7%)	11 (8,9%)	5 (4,0%)	1 (0,8%)	2 (1,6%)	2 (1,6%)	2 (1,6%)	3 (2,4%)	10 (8,2%)	124 (100,0%)
Tey Kue	42 (47,2%)	13 (14,6%)	6 (6,7%)	10 (11,2%)	-	2 (2,2%)	1 (1,2%)	-	4 (4,5%)	2 (2,2%)	1 (1,2%)	8 (9,0%)	89 (100,0%)
Taquapery	16 (57,1%)	3 (10,7%)	2 (7,1%)	1 (3,6%)	1 (3,6%)	-	1 (3,6%)	1 (3,6%)	-	-	-	3 (10,7%)	28 (100,0%)
Amambai	9 (42,8%)	3 (14,2%)	1 (4,8%)	3 (14,2%)	1 (4,8%)	1 (4,8%)	-	-	-	1 (4,8%)	1 (4,8%)	1 (4,8%)	21 (100,0%)
Porto Lindo	5 (26,2%)	4 (21,1%)	3 (15,8%)	-	3 (15,8%)	-	1 (5,3%)	-	-	1 (5,3%)	-	2 (10,5%)	19 (100,0%)
Panambi	6 (35,3%)	5 (29,3%)	2 (11,8%)	2 (11,8%)	-	-	-	-	-	-	1 (5,9%)	1 (5,9%)	17 (100,0%)
Pirajuí	2 (16,7%)	3 (25,0%)	2 (16,7%)	1 (8,3%)	1 (8,3%)	-	2 (16,7%)	-	-	-	-	1 (8,3%)	12 (100,0%)
Jarará	1 (9,1%)	2 (18,2%)	-	4 (36,3%)	1 (9,1%)	1 (9,1%)	-	-	1 (9,1%)	-	-	1 (9,1%)	11 (100,0%)
Outras ³	31 (30,4%)	24 (23,5%)	9 (8,8%)	8 (7,8%)	5 (4,9%)	5 (4,9%)	4 (3,9%)	2 (2,0%)	2 (2,0%)	2 (2,0%)	-	10 (9,8%)	102 (100,0%)

Teste qui-quadrado, $p = 0,000$ para associação entre diagnóstico principal por capítulo e aldeia.

¹ Capítulo X: doenças do aparelho respiratório; capítulo I: doenças infecciosas e parasitárias; capítulo XI: doenças do aparelho digestivo; capítulo IV: doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas; capítulo XIX: lesões e envenenamento e outras causas externas; capítulo XIV: doenças do aparelho geniturinário; capítulo IX: doenças do aparelho circulatório; capítulo XVI: afecções originadas no período neonatal; capítulo XVII: malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas; capítulo XII: doenças da pele e do tecido subcutâneo; capítulo VI: doenças do sistema nervoso.

² Capítulo II: neoplasias; capítulo III: doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários; capítulo V: transtornos mentais e comportamentais; capítulo VII: doenças do olho e anexos; capítulo VIII: doenças do ouvido e do tecido conjuntivo; e da apófise mastóide; capítulo XIII:

doenças do sistema osteomuscular; capítulo XVIII: sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte; capítulo; capítulo XXI: fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde.

³ Sessoró, Cerro Marangatu, Guaimbé, Guassuty, Limão Verde, Protero Guassú, Rancho Jacaré, Jaguapiré, Pirakuá, Taquara, Campestre, Arroio Corá, Jaguari, Panambizinho, Sete Cerros, Sombreiro, Paraguassu, Bananal, Cabeceira, Cerrito, Fortuna, Kokue-y, Laranjeira, Sucuri.

TABELA 3 Distribuição das internações indígenas do diagnóstico principal por capítulo conforme Classificação Internacional de Doenças (CID-10) por sexo e por faixa etária, no Hospital Universitário da UFGD de 2008-2010, Dourados-MS.

Variável	Diagnóstico principal por capítulo (CID-10) ¹					p
	X	I	XI	IV	Outros ²	
N (%) por capítulo	266 (36,6%)	155 (21,3%)	64 (8,8%)	57 (7,8%)	185 (25,5%)	-
Faixa Etária						0,000*
< 1 ano	140 (52,6%)**	62 (40,0%)	5 (7,8%)	18 (31,6%)	39 (21,1%)	
1 — 4 anos	106 (39,8%)**	70 (45,2%)	12 (18,7%)	30 (52,6%)	51 (27,6%)	
5 — 9 anos	8 (3,0%)	10 (6,4%)	1 (1,6%)	-	15 (8,1%)	
10 — 18 anos	1 (0,4%)	4 (2,6%)	7 (10,9%)	-	17 (9,2%)	
19 — 59 anos	10 (3,8%)	8 (5,2%)	30 (46,9%)	8 (14,0%)	46 (24,8%)	
≥ 60 anos	1 (0,4%)	1 (0,6%)	9 (14,1%)	1 (1,8%)	17 (9,2%)	
Sexo						0,001***
Masculino	150 (56,4%****)	72 (46,4%)	35 (54,7%)	28 (49,1%)	104 (56,2%)	
Feminino	116 (43,6%)	83 (53,6%)	29 (45,3%)	29 (50,9%)	81 (43,8%)	
TOTAL	266 (100,0%)	155 (100,0%)	64 (100,0%)	57 (100,0%)	185 (100,0%)	

*Teste qui-quadrado, p = 0,000 para associação entre diagnóstico principal por capítulo e faixa etária .

** Teste qui quadrado p= 0,030 entre faixa etária de < 1 ano e 1- 4 anos.

*** Teste qui-quadrado p = 0,001 para associação entre diagnóstico principal por capítulo e sexo.

**** Teste qui quadrado p= 0,026 para associação entre < 1 ano e sex.

¹ Capítulo X: doenças do aparelho respiratório; capítulo I: doenças infecciosas e parasitárias; capítulo XI: doenças do aparelho digestivo; capítulo IV: doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas.

²Capítulo XIX: lesões e envenenamento e outras causas externas; capítulo XIV: doenças do aparelho geniturinário; capítulo IX: doenças do aparelho circulatório; capítulo XVI: afecções originadas no período neonatal; capítulo XVII: malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas; capítulo XII: doenças da pele e do tecido subcutâneo; capítulo VI: doenças do sistema nervoso; capítulo II: neoplasias; capítulo III: doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários; capítulo V: transtornos mentais e comportamentais; capítulo VII: doenças do olho e anexos; capítulo VIII: doenças do ouvido e do tecido conjuntivo; e da apófise mastóide; capítulo XIII: doenças do sistema osteomuscular; capítulo XVIII: sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte; capítulo; capítulo XXI: fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde.

TABELA 4 Diagnóstico principal por capítulo e por categorias conforme Classificação Internacional de Doenças (CID-10) das internações indígenas, no Hospital Universitário da UFGD de 2008-2010, Dourados-MS.

Diagnóstico principal por capítulo e suas categorias (CID-10)						
Capítulo X Doenças do aparelho respiratório (J00-J99)						
Categorias	Influenza e pneumonia (J09-J18)	Infecções agudas das vias aéreas inferiores (J00-J22)	Outras doenças do aparelho respiratório (J95-J99)	Doenças crônicas das vias aéreas inferiores (J40-J47)	Outros ¹	Total
	211 (79,3%)	29 (10,9%)	14 (5,3%)	5 (2,0%)	7 (2,5%)	266 (100,0%)
Capítulo I Algumas doenças infecciosas e parasitárias (A00-B99)						
Categorias	Doenças infecciosas intestinais (A00-A09)	Outras doenças bacteriana (A30-A49)	Infecções virais do sistema nervoso central (A80-A89)	Tuberculose (A15-A19)	Outros ²	
	107 (69,0%)	25 (16,1%)	8 (5,2%)	5 (3,2%)	10 (6,5%)	155 (100,0%)
Capítulo XI Doenças do aparelho digestivo (K00-K93)						
Categorias	Transtornos da vesícula biliar, das vias biliares e do pâncreas	Outras doenças do intestino (K55-K63)	Hérnias (K40-K46)	Doenças do apêndice (K35-K38)	Outros ³	

	(K80-K87)					64 (100,0%)
	19 (29,6%)	15 (23,4%)	9 (14,1%)	9 (14,1%)	12 (18,8%)	
Capítulo IV Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (E00-E90)						
Categorias	Desnutrição (E40-E46)	Distúrbios metabólicos (E70-E90)	Diabetes mellitus (E10-E14)	Transtornos da glândula tireóide (E00-E07)	Outros	
	34 (60,7%)	14 (25,0%)	6 (10,7%)	2 (3,6%)	-	56 (100,0%)

¹Outras doenças das vias aéreas superiores (J30-J39), outras doenças da pleura (J90-J94), afecções necróticas e supurativas das vias aéreas inferiores (J85-J86).

²Infeções virais caracterizadas por lesões de pele e mucosas (B00-B09), doenças devidas a protozoários (B50-B64), micoses (B35-B49), infecções de transmissão predominantemente sexual (A50-A64), agentes de infecções bacterianas, virais e outros agentes infecciosos (B95-B97).

³Doenças do fígado (K70-K77), doenças da cavidade oral, das glândulas salivares e dos maxilares (K00-K14), enterites e colite não infecciosas (K50-K52), outras doenças do aparelho digestivo (K90-K93).

TABELA 5 Distribuição das internações indígenas do diagnóstico por causa de morte por capítulo conforme Classificação Internacional de Doenças (CID-10) por faixa etária, no Hospital Universitário da UFGD de 2008-2010, Dourados-MS.

Variável	Diagnóstico principal por capítulo (CID-10) ¹					TOTAL*
	I*	X*	XVIII	IX	Outros ²	
Faixa Etária						
< 1 ano	8 (36,4%)	8 (36,4%)	2 (9,1%)	2 (9,1%)	2 (9,1%)	22 (100,0%)
1 — 4 anos	7 (43,7%)	4 (25,0%)	2 (12,5%)	-	3 (18,8%)	16 (100,0%)
5 — 9 anos	1 (33,3%)	-	-	1 (33,3%)	1 (33,3%)	3 (100,0%)
10 — 18 anos	2 (66,7%)	-	1 (33,3%)	-	-	3 (100,0%)
19 — 59 anos	-	3 (60,0%)	1 (20,0%)	-	1 (20,0%)	5 (100,0%)
≥ 60 anos	-	1 (20,0%)	2 (40,0%)	2 (40,0%)	-	5 (100,0%)
						54 (100,0%)

Teste qui-quadrado, $p = 0,008^*$ para associação entre causa da morte por capítulo e faixa etária.

¹Capítulo X: doenças do aparelho respiratório; capítulo I: doenças infecciosas e parasitárias; capítulo XVIII: sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte; capítulo IX: doenças do aparelho circulatório.

²Capítulo III: doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários; capítulo XI: doenças do aparelho digestivo; capítulo IV: doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas; capítulo VI: doenças do sistema nervoso; capítulo XVI: afecções originadas no período neonatal.

*Teste qui quadrado ajustado, $p=0,864$ para associação entre capítulo I e capítulo X.

5.1 DIRETRIZES PARA AUTORES

REVISTA CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA

Introdução

Ciência & Saúde Coletiva publica debates e textos inéditos sobre análises e resultados de investigações sobre **um tema específico** considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos inéditos sobre discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover a permanente atualização das tendências de pensamento e de práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

A revista **C&SC** adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, site: <http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine/> ou <http://www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf>. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções de publicação

Editorial: responsabilidade do(s) editor(es). Este texto deve ter, no máximo, 4.000 caracteres com espaço.

Debate: artigo teórico pertinente ao tema central da revista, que receberá críticas/comentários assinados de até seis especialistas, também convidados, e terá uma réplica do autor principal. O texto deve ter, no máximo, 40.000 caracteres com espaço. Os textos dos debatedores e a réplica terão no máximo de 10.000 caracteres cada um, sempre contando com os espaços.

Artigos temáticos: revisão crítica ou resultado de pesquisas de natureza empírica, experimental ou conceitual sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não

deverão ultrapassar os 40.000 caracteres. Os de revisão poderão alcançar até 50.000 caracteres. Para uns e outros serão contados caracteres com espaço.

Artigos de temas livres: não incluídos no conteúdo focal da revista, mas voltados para pesquisas, análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área ou das subáreas. Os números máximos de caracteres são os mesmos dos artigos temáticos.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres.

Resenhas: análise crítica de livro relacionado ao campo temático da revista, publicado nos últimos dois anos, com, no máximo, 10.000 caracteres. Os autores de resenha deverão encaminhar à Secretaria da Revista uma reprodução em alta definição da capa do livro resenhado.

Cartas: crítica a artigo publicado em número anterior da revista ou nota curta, descrevendo criticamente situações emergentes no campo temático (máximo de 5.000 caracteres).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui texto e bibliografia. O resumo/abstract e as ilustrações (figuras e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas as referências inseridas como notas de rodapé e notas explicativas no final do artigo ou pé da página.

2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (www.cienciaesaudecoletiva.com.br) segundo as orientações do menu Artigos e Avaliações.

No caso de dúvidas, entrar em contato com a editoria da revista cienciaesaudecoletiva@fiocruz.br.

3. Os artigos submetidos não podem ter sido divulgados em outra publicação, nem propostos simultaneamente para outros periódicos. Qualquer divulgação posterior do artigo em outra publicação deve ter aprovação expressa dos editores de ambos os periódicos. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
4. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000).
5. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que podem identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos que se façam necessários.
6. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es).
7. Os artigos publicados serão de propriedade da revista **C&SC**, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista.
8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão sendo, às vezes, necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções devem estar organizados com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem, e não com numeração progressiva).

O resumo/abstract terá no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo-se palavras-chave/key words). Nele devem estar claros: o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e uma síntese dos resultados e das conclusões do estudo. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo seis palavras-chave. É importante escrever com clareza e objetividade o resumo e as palavras-chave, pois isso facilita a divulgação do artigo e sua múltipla indexação.

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor:

a) concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.

2. No final da submissão do artigo, anexar no campo “documento em Word” o artigo completo, contendo os agradecimentos e as contribuições individuais de cada autor na elaboração do texto (ex. LM Fernandes trabalhou na concepção e na redação final e CM Guimarães, na pesquisa e na metodologia).

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura biológica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

2. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

3. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações

1. O material ilustrativo da revista **C&SC** compreende **tabela** (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), **quadro** (elementos demonstrativos com informações textuais), **gráficos** (demonstração esquemática de um fato e suas variações), **figura** (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo esteja em cor, deve ser convertido para tons de cinza.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático, quando deverá haver negociação prévia entre editor e autor(es).

3. Todo material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. As **tabelas** e os **quadros** devem ser confeccionados no mesmo programa utilizado na confecção do artigo (Word versões 2003 ou 2007).

5. Os **gráficos** devem ser gerados em programa de imagem (Corel Draw ou Photoshop) e devem ser enviados em arquivo aberto.

6. Os arquivos das **figuras** (mapa, por ex. devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Corel Draw e inseridas no formato original. Este formato conserva a informação

VETORIAL, ou seja, conserva as linhas de desenho dos mapas. Se for impossível salvar nesse formato, os arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou BMP, que também são formatos de imagem, mas não conservam sua informação vetorial, o que prejudica a qualidade do resultado. Se usar o formato TIFF ou BMP, salvar na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho (lado maior =18cm). O mesmo se aplica para o material que estiver em **fotografia**. Caso não seja possível enviar as ilustrações no meio digital, o material original deve ser mandado o em boas condições para reprodução.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências (somente no arquivo em Word anexado no site).
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente daqueles que citam outros tipos de contribuição.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso demais de dois autores, no corpo do texto, deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.* Nas referências, devem ser informados todos os autores do artigo.
2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo: ex. 1: ... Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF¹¹; ex. 2: ... Como alerta Maria Adélia de Souza⁴, a cidade... As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos **Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos** (<http://www.icmje.org>).
4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).
5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (inclua todos os autores)

Lago LM, Martins JJ, Schneider DG, Barra DCC, Nascimento ERP, Albuquerque GL, Erdmann Al. Itinerario terapéutico de los usuarios de una urgencia hospitalar. *Cien Saude Colet* 2010; 15(Supl.1):1283-1291.

2. Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164:282-284

3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.

4. Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl.1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347:1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor

Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis. *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/Ibama; 2001.

9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio. Agrotóxicos, saúde e ambiente*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p.43-58.

10. Resumo em anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995
Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p.581-582.

12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos.

Jornal do Brasil 2004; 31 jan. p. 12.

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. **The Washington Post** 1996 Jun 21; Sect. A:3 (Col. 5).

14. Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future [video-cassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.

Cronemberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras. Oftalmol*. No prelo 2004.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na

Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 jul 12]; 67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico

CDI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. MEA Multi-media Group, producers. 2nd ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational; 1993.

5.3 INSTRUMENTO

Formulário de consulta ao prontuário – adaptado por Melione (2006)

1.Data do preenchimento: ____/____/____	2.Coletor: _____	3.Nº(banco de dados): ____	1.____/____/____ 2._____ 3._____
Variáveis da AIH			
4.Nº da AIH:	5.Nº do Prontuário:	Concordância ()Sim ()Não	4._____ - 5._____ -
6.ID AIH: (1)inicial (3)de continuação (5)longa permanência		Concordância ()Sim ()Não	6.____
7.Especialidade AIH: (1)cirurgia geral (2)obstetrícia (3)clínica (4)crônico e FPT (5)psiquiatria (6)tisiologia (7)pediatria (8)reabilitação (9)psiquiatria/hospital dia		Concordância ()Sim ()Não	7.____
Variáveis do paciente			
8.Nome do paciente (apenas iniciais):			8._____
9.Nome da mãe/responsável:			9._____
10.Data de nascimento:	11.Idade:	Concordância ()Sim ()Não	10.____/____/____ 11.____
12.Sexo: (0) IGN (1) M (3)F		Concordância ()Sim ()Não	12.____
13.Logradouro/ Bairro:		Concordância ()Sim ()Não	13._____
14.Município residência: COD/IBGE:		Concordância ()Sim ()Não	14._____
15.Raça/cor: (1) branca (2) preta (3) parda (4) amarela (5) indígena (99) IGN		Concordância ()Sim ()Não	15.____
16. Etnia: (1)Guarani (2)Kaiowá (3)Terena (4)Guató (5)Kinikinaw (6)Kadiwéu			16.____

(7)Ofaié (8)Atikum (10)outro (99)IGN/NI Fonte:		
Variáveis da internação		
17.Procedimento principal: COD/SIH:	Concordância ()Sim ()Não	17._____
18.Diagnóstico principal: CID 10:	Concordância ()Sim ()Não	18._____
19.Diagnóstico secundário: CID 10:	Concordância ()Sim ()Não	19._____
19b.Diagnóstico de causas complementares: CID 10:	Concordância ()Sim ()Não	19b._____
20.Causa básica da morte: CID 10:	Concordância ()Sim ()Não	20._____
21.Caráter de atendimento: (1) eletivo (2) urgência	Concordância ()Sim ()Não	21.____
22a.Data da Internação:___/___/___ 22b.Horário:	Concordância ()Sim ()Não	22a.__/__/__ 22b._____
23a.Data da saída:___/___/___ 23b.Horário:	Concordância ()Sim ()Não	23a.__/__/__ 23b._____
24.Tipo de saída/ permanência (motivo de cobrança): COD/SIH:	Concordância ()Sim ()Não	24._____
25.Motivo da internação(sinais e sintomas):		
26a.HD inicial:		26a._____

26b.HD final:		26b._____
27.Co-morbidades: (1) SIM _____ (2) NÃO (99)IGN/NI		27._____
28.Fluxo Internação (colocar setor e data): (1)UTI ___ dias (2)Enfermaria ___ dias (3)Intermediária ___ dias		28. ____
29. Procedimento especial: (1)SIM (2)NÃO		29.
Descrição procedimento especial	Código procedimento	Quantidade

5.4 PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA