



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

AMANDA MOREIRA DA SILVA RAMOS

PROPOSTA DE AÇÕES PREVENTIVAS E DE COMBATE ÀS DOENÇAS CRÔNICAS
NA TERRA INDÍGENA PAKUERA POVO BAKAIRI, NO DSEI CUIABÁ-MT

SÃO PAULO
2021

AMANDA MOREIRA DA SILVA RAMOS

PROPOSTA DE AÇÕES PREVENTIVAS E DE COMBATE ÀS DOENÇAS CRÔNICAS
NA TERRA INDÍGENA PAKUERA POVO BAKAIRI, NO DSEI CUIABÁ-MT

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde Indígena
da Universidade Federal de São Paulo para
obtenção do título de Especialista em Saúde
Indígena

Orientação: ANABELE PIRES SANTOS

SÃO PAULO
2021

RESUMO

O Sistema Único de Saúde oferece possibilidades de atendimento e cuidado aos indígenas inclusive através da Secretaria Especial de Saúde Indígena. Tudo poderia estar em perfeita consonância com a natureza, mas a realidade é outra bem diferente do que é rascunhada nos gabinetes ministeriais. Com uma chamada crítica esse trabalho tem como objetivo fazer uma descrição do DSEI Cuiabá e também da Terra Indígena (TI) Pakuera dos povos Bakairi, descrevendo a população, a cultura, as crenças e o artesanato. Propondo ações preventivas e de combate às doenças crônicas na TI Pakuera, povo Bakairi, para um quadro de obesidade e outras Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) que estão instaladas. Com o intuito de modificar esse quadro oferecendo possibilidades alternativas de ações que auxiliarão na mudança desse perfil.

Palavras-chave:

Prevenção de Doenças. Doença Crônica. Obesidade.

APRESENTAÇÃO

Meu nome é Amanda Moreira da Silva Ramos, tenho 27 anos, nasci em Mirassol do Oeste, mas sempre vivi em Indiavaí Mato Grosso. O sonho de ser médica me venceu. Tentei uma vaga em uma Universidade Federal para odontologia, mas quando surgiu a possibilidade de fazer Medicina na Bolívia, eu não pensei duas vezes, fui, estudei e me formei em Santa Cruz de la Sierra, Bolívia.

Em linhas gerais não tive uma vida fácil, estudei em escola pública, ajudava meus pais e aos treze anos meu avô teve um infarto na minha frente e esse trauma reforçou em mim a certeza de que queria cuidar de gente e aqui estou conforme a Figura 1, para cuidar de gente.

Figura 1. O contato com o povo indígena



Fonte:RAMOS, 2020

Trabalhar com a saúde indígena é um desafio tanto pelos fatores culturais quanto pela diversidade. Trabalho no Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Cuiabá desde abril de 2019. Durante meu processo de graduação tive a oportunidade de ter contato com indígenas nativos da Bolívia, embora exista uma grande diversidade de culturas e costumes, esses povos se assemelham em vários aspectos, contribuindo muito na decisão de trabalhar com a população indígena. Neste pouco tempo pude ampliar meu conhecimento no dia a dia no âmbito da medicina. Acredito que cresci e evolui como profissional e também no meu pessoal, no sentido de orientar e cuidar de gente conforme a Figura 2.

Figura 2. Exercício da profissão



Fonte: RAMOS, 2020

Meus trabalhos anteriores foram com as etnias: Chiquitanos - localizada na fronteira entre Brasil e Bolívia; Guató e Bororos - ribeirinhos e vivem as margens do Rio São Benedito, localizado no Pantanal Mato-Grossense. Atualmente estou alocada no Polo Base Cuiabá e trabalho com a etnia Bakairi.

Ainda segundo Carmelo e Pontes (2012) essa mudança alimentar dos indígenas contribuiu para a incidência de doenças crônicas, que se instalaram e prevaleceram, a partir dessa perspectiva é que esse trabalho será desenvolvido objetivando apresentar os Baikari, seus costumes, sua cultura e as causas da prevalência dessas doenças crônicas e, finalmente, as ações que poderão ser aplicadas para mudar esse quadro que serão expostos nos capítulos a seguir.

No primeiro capítulo é apresentado a descrição do território do DSEI Cuiabá, sua localização geográfica, os aspectos físicos, demográficos e infraestrutura. O segundo capítulo, descreve os aspectos históricos da construção do DSEI, atuação do CONDISI, suas funções, composição e representatividade, organização, funcionamento, com demonstração através de mapas e organogramas. No terceiro capítulo, justifica-se a escolha do território recorte evidenciando os aspectos socioculturais, os problemas e as situações de saúde. No quarto capítulo abordar-se-á os aspectos socioeconômicos e culturais da etnia em questão, população, tipo de habitação, de comunicação, de escolas e atividades culturais. Sobre os aspectos democráticos e epidemiológicos serão abordados no quinto capítulo contemplando a taxa de mortalidade, de crescimento anual e as taxas de ocorrência (incidência ou prevalência) de doenças crônicas. No sexto capítulo será apresentada uma Rede Explicativa do problema das doenças crônicas que foi elaborada a partir do diagnóstico situacional e nesse capítulo serão expostas as ações que poderão auxiliar na prevenção e mudança do quadro atual.

CAPÍTULO 1 - ASPECTOS FÍSICOS, DEMOGRÁFICOS E SOCIOAMBIENTAIS DO DSEI

Os estados de Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Goiás e o Distrito Federal compõem a região centro-oeste do país, por muito tempo essa região pertencia aos espanhóis, isso porque existia o Tratado de Tordesilhas, um acordo entre o reino de Portugal e o Reino de Castela, celebrado em sete de junho de 1494, na cidade de Tordesilhas (Espanha), pelo qual o Brasil teria menos que 30% de seu atual território (LIRA, 2011).

Os limites dos estados da região centro-oeste demonstrados na figura 3, evidenciam que a extensão territorial do estado de Mato Grosso é maior em relação a Mato Grosso do Sul, Goiás e o Distrito Federal, equiparando-se a junção dos dois últimos (LIRA, 2011).

Figura 3. Mapa da região centro-oeste



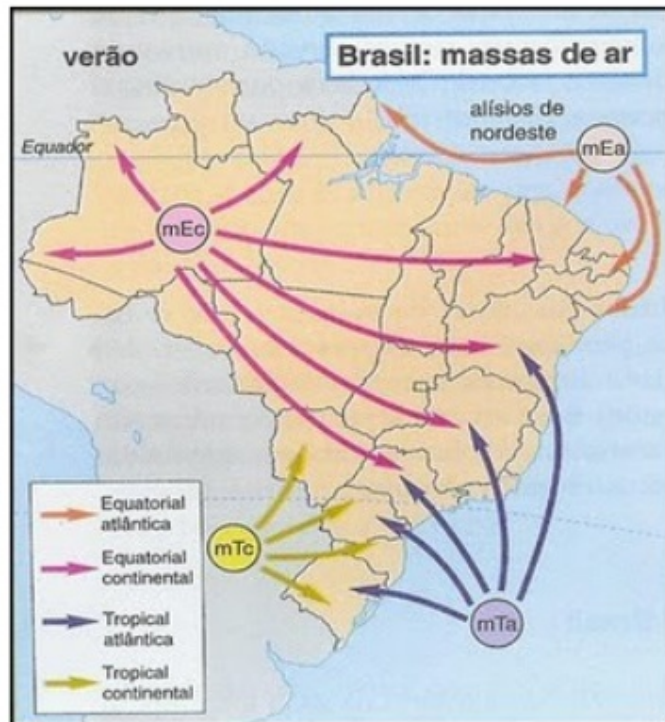
Fonte: MATIAS, 2020

A área do estado de Mato Grosso é de 906.806 Km² localizado a oeste do Meridiano de Greenwich, ao sul da Linha do Equador com fuso horário -4 horas em relação à hora mundial GMT (ABUTAKKA e LIMA, 2006).

Pela divisão do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) o estado compõe a região Centro-Oeste e as regiões geoeconômicas: Amazônica do Brasil, Centro-Norte e Centro-Sul conforme a divisão geoeconômica. O estado de Mato grosso faz fronteiras com os estados de Mato Grosso do Sul, Tocantins, Goiás, Pará, Amazonas, Rondônia e um país, a Bolívia (LIRA, 2011).

A diversidade climática de Mato Grosso ocorre em decorrência das variações de latitude e altitude o que influencia na temperatura ocasionando as chuvas frontais, principalmente, pois no estado agem as massas de ar: Equatorial Continental, Tropical Continental e Polar (Figura 4) (ABUTAKKA e LIMA, 2006).

Figura 4 - Variação climática e massas de ar



Fonte: ABUTAKKA e LIMA, 2006.

Pouca variação de temperatura e as chuvas acontecem principalmente no período de dezembro a fevereiro, tem como clima predominante o temperado, já no Sul predomina o clima seco e chuvas, essas são as definições climáticas do estado de Mato Grosso (CAMARGO et al., 2003).

A vegetação do estado faz parte da vegetação da Floresta Amazônica (Figura 5), além do Cerrado e faixas de transição como o Pantanal, Xingu e Cachimbo, a vegetação amazônica é a maior floresta do mundo cobrindo parte de oito países, cobrindo também a região norte do estado, chamada também de Amazônia Legal (NOVO, 1989).

Figura 5 - Vegetação



Fonte: Google Imagens, 2020.

Devido à posição geográfica privilegiada o estado de Mato Grosso tem três grandes biomas brasileiros: a sudoeste, o Pantanal; a sudeste, o Cerrado; e ao norte, a Floresta Amazônica, deste último bioma tem como principais características as árvores grandes com solo pobre que sobrevive do húmus das folhas (CAMARGO et al., 2003).

A vegetação de cerrado predomina a maior parte do estado, embora lamentavelmente este cerrado tenha sido substituído pela agricultura da soja e do algodão, o outro bioma é o complexo do Pantanal que foi reconhecido pela UNESCO como Patrimônio Natural da Humanidade no ano de 2001 como a maior diversidade animal e vegetal (FELFILI, et al., 2005).

Mato Grosso tem uma população de 3.526.220 habitantes, segundo IBGE de 2019, com uma densidade demográfica de 3,36 hab/km², pelas características encontradas no Estado o predomínio é de pessoas adultas e com um índice de declínio para jovens e aumento de idosos (IBGE, 2021).

Os Bakairi antigamente tinham como hábitos o manuseio da terra plantando e colhendo, eles são pescadores e caçadores, suas vivências são em grupos de unidade sociológica ampla, sendo nessa sociedade: o grupo local (TAUKANE; TAUKANE, 1993).

Em decorrência de todas as mudanças em vários aspectos socioambientais, demográficos e físicos os Bakairi mudaram seus hábitos e as doenças crônicas podem estar relacionadas à crescente exposição dos indígenas aos centros urbanos, ao consumo de alimentos industrializados e o trabalho em atividades remuneradas, entre outros comportamentos absorvidos por eles que substituem as tradições alimentares e cotidianas dos mesmos (GARNELO; PONTES, 2012).

Segundo censo IBGE de 2010 há um predomínio de pessoas que se designam de cor pardas. Pela média do Estado há um predomínio de homens devido à emigração dos outros Estados para Mato Grosso, contudo, na grande Cuiabá há predomínio de mulheres, semelhante à média brasileira (IBGE, 2021). A Figura 6 evidencia que a população indígena marca presença na composição desse estado.

Figura 6 - A população indígena de Mato Grosso



Fonte: VERGUEIRO, 2020.

Devido à presença populacional indígena ser de grande relevância na população geral do estado a influência indígena se faz presente nas manifestações culturais e na culinária (GARNELO; PONTES, 2012).

A Capital Cuiabá, município está situado na margem esquerda do rio de mesmo nome e forma uma conurbação com o município de Várzea Grande, segundo a estimativa realizada para 2009 pelo IBGE, a população de Cuiabá é de 550.562 habitantes, enquanto que a população da conurbação ultrapassa os 780 mil habitantes; a sua região metropolitana possui 823.966 habitantes, Cuiabá tem um conjunto arquitetônico, urbanístico e paisagístico tombado pelo Iphan, a Figura 7 retrata a área tombada que demonstra a arquitetura do período colonial e atualmente é uma parte do centro de Cuiabá (IBGE, 2021).

Figura 7 - Centro de Cuiabá-MT



Fonte: IPHAN, 2020.

De acordo com relatos de historiadores os primeiros indícios de bandeirantes paulistas na região onde hoje fica a cidade se situam entre 1673 e 1682, quando da passagem de Manoel de Campos Bicudo pela região ele fundou o primeiro povoado da região, onde o rio Coxipó deságua no Cuiabá, batizado de São Gonçalo (SIQUEIRA, 2009).

Em 1718, chegou ao local, já abandonado, a bandeira do sorocabano Pascoal Moreira Cabral, em busca de indígenas, Moreira Cabral subiu pelo Coxipó, onde travou uma batalha, perdida, com os indígenas Coxiponés, com o ocorrido, voltaram e, no caminho, encontraram ouro, deixando, então, a captura de indígenas para se dedicar ao garimpo, em 1719, Pascoal Moreira foi eleito, em uma eleição direta em plena selva, comandante da região de Cuiabá (SIQUEIRA, 2009).

Cuiabá faz limite com os municípios de Chapada dos Guimarães, Campo Verde, Santo Antônio do Leverger, Várzea Grande, Jangada e Acorizal. É um entroncamento rodoviário- aéreo fluvial e o centro geodésico da América do Sul, nas coordenadas 15°35'56", 80 de latitude sul e 56°06'05", 55 de longitude oeste (FERREIRA, 2015).

O município é cercado por três grandes ecossistemas: a Amazônia, o cerrado e o pantanal; está próximo da Chapada dos Guimarães e ainda é considerado a porta de entrada da floresta amazônica, a vegetação predominante no município é o cerrado, desde suas variantes mais arbustivas até as matas mais densas à beira dos cursos d'água. Cuiabá é abastecida pelo rio Cuiabá, afluente do Rio Paraguai e limite entre a capital e Várzea Grande (FELFILI, et al., 2005).

O município se encontra no divisor de águas das bacias Amazônica e Platina e é banhado também pelos rios Coxipó-Açu, Pari, Mutuca, Claro, Coxipó, Aricá, Manso, São Lourenço, das Mortes, Cumbuca, Suspiro, Coluene, Jangada, Casca, Cachoeirinha e Aricazinho, além de córregos e ribeirões, Cuiabá é famosa pelo seu forte calor, apesar de a temperatura no inverno poder chegar esporadicamente aos 10 graus, fato atípico, causado pelas frentes frias que vem do Sul, e que pode durar apenas um ou dois dias consecutivos, para logo em seguida voltar

ao calor habitual (PASCHOIOTTO, 2012).

A temperatura média em Cuiabá gira em torno de 26 graus, o clima é tropical e úmido, as chuvas se concentram de setembro a maio, enquanto que no resto do ano as massas de ar seco sobre o centro do Brasil inibem as formações chuvosas. As frentes frias quando se dissipam, o calor, associado à fumaça produzida pelas constantes queimadas nessa época, faz a umidade relativa do ar cair a níveis muito baixos, às vezes abaixo dos 15%, aumentando os casos de doenças respiratórias (FERREIRA, 2015).

O estado dispõe de uma rica vegetação, cujo bioma cerrado compõe parte do território, engrandecendo a beleza das florestas e da fauna pantaneira, a economia dessa região é baseada no comércio e na indústria, porém seu maior destaque é na agroindústria no qual a agricultura e a pecuária influenciam muito no Produto Interno Bruto (PIB) per capita do estado, sendo responsável pelos produtos que estão à frente na exportação a soja, milho e o trigo (CAMARGO et al., 2003).

Durante aproximadamente 500 anos, o Estado brasileiro vem impondo aos povos indígenas ações que muitas vezes desconsideraram as tradições, a cultura, a língua, a organização social e a política desses povos, na perspectiva de integrá-los à sociedade nacional. Essa imposição provocou transformações em sua forma de viver, instituindo discriminação social, condições sanitárias precárias e elevados níveis de vulnerabilidade na situação de saúde (PONTES; GARNELO, 2012).

No início do século XVI, a população indígena era estimada em cinco milhões de pessoas. Grande parte dessa população, porém, foi dizimada pelas expedições portuguesas e principalmente por epidemias de doenças infecciosas (BRASIL, 2002).

Até hoje são detectadas situações regionais de conflito em que se expõe toda a trama de interesses econômicos e sociais que configuram as relações entre os povos indígenas e demais segmentos da sociedade nacional, especialmente no que se refere à posse da terra, exploração de recursos naturais e implantação de grandes projetos de desenvolvimento (BRASIL, 2002).

As práticas agrícolas expandiram-se de forma mais intensa com frentes migratórias de produtores advindos do Sul e do Sudeste do Brasil, o resultado foi a transformação de estados como Goiás, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul em verdadeiros celeiros, produtores principalmente de grãos, com destaque para a soja voltada para a exportação (EMBRAPA, 2004).

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, a luta pelos direitos indígenas constituiu-se de um considerável avanço, como se pode constatar no reconhecimento das diversidades étnicas explicitado no texto do Art. 231: “são reconhecidos aos indígenas sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os seus bens”, todo esse reconhecimento foi fruto da luta de representantes de organizações indígenas e demais pessoas engajadas que incansavelmente permaneceram nos locais onde as propostas foram elaboradas e votadas (BRASIL, 2002).

A saúde indígena é organizada pela instância federal na competência da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) e na instância estadual pelo Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) que é a unidade gestora descentralizada do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, os DSEI são divididos estrategicamente por critérios territoriais e não, necessariamente, por estados, tendo como base a ocupação geográfica das comunidades indígenas (SESAI, 2014).

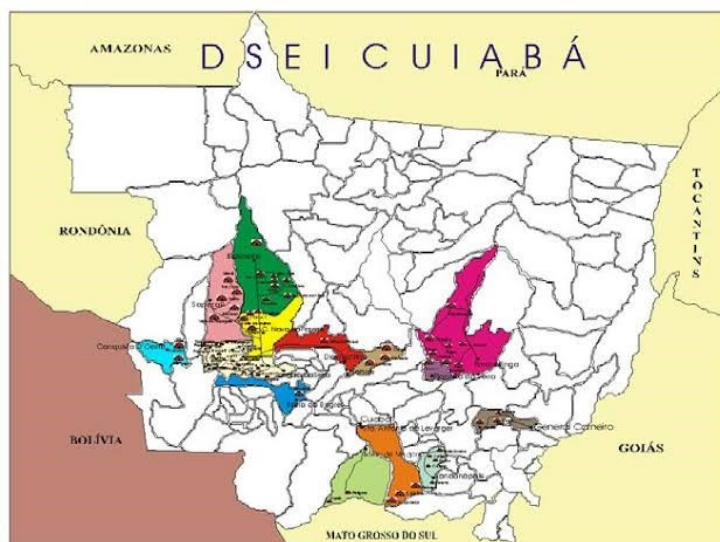
Em relação às iniciativas de atenção à saúde indígena, geralmente se ignoravam os valores e práticas relativas ao adoecer e à busca de tratamento dos povos indígenas, bem como seus próprios especialistas (GARNELO; PONTES, 2012).

Os sistemas tradicionais de saúde se apresentam numa grande diversidade de formas, considerando sempre as pessoas integradas ao contexto de suas relações sociais e com o ambiente natural, consistindo ainda em um recurso precioso para a preservação ou recuperação de sua saúde. (BRASIL, 2002).

CAPÍTULO 2 - ASPECTOS HISTÓRICOS, POLÍTICOS E DE ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DO DSEI

O DSEI Cuiabá tem sua sede na cidade capital do Mato Grosso, atualmente o DSEI Cuiabá possui uma população de 8.667 indígenas, em 178 aldeias, distribuídas em 31 Terras Indígenas (TI) no estado, totalizando uma extensão territorial de 3.472.817,00 (três milhões quatrocentos e setenta e dois mil oitocentos e dezessete) hectares como é evidenciado na Figura 8 (MARQUES, 2003).

Figura 8 - Localização do Distrito Sanitário Especial Indígena Cuiabá - MT



Fonte: Funasa, 2020.

A organização do serviço de atenção básica é composta por 17 equipes multidisciplinares de saúde indígena (EMSI), formadas por: médico; enfermeiro; técnico de enfermagem; auxiliar de enfermagem indígena; agente indígena de saúde (AIS), agente indígena de saneamento (AISAN), auxiliar de saúde bucal indígena. Para prestar atendimento básico de saúde aos indígenas, o DSEI conta com dez Polos Base - quatro administrativos (Cuiabá, Rondonópolis, Tangará da Serra e Brasnorte), que estão localizados nas sedes dos municípios abrangentes do território e seis assistenciais (Chiquitano, Bacaval, Três Lagoas, Rio Verde, Meruri e Pakuera), situados dentro de territórios indígenas - e 31 UBSI.

As etnias que compõem o DSEI Cuiabá são um total de dez: Kurâ (Bakairí), Boe (Bororo), Haliti (Paresi), Chiquitano, Balatiponé (Umutina), Guató, Enawene Nawe, Myky, Irantxe e Nambikwara, dentre essas as mais populosas são: Boe Bororo; Bakairi; Enawene Nawe; Parecis e Nambikwara. Estas etnias estão dispersas em 18 municípios, a saber: Sapezal; Tangará da Serra; Planalto da Serra; Barão de Melgaço; Barra do Bugres; Brasnorte; Campo Novo do Parecis; Comodoro; Conquista D'Oeste; Diamantino, Porto Esperidião, Poxoréo; Rondonópolis; Santo Antônio do Leveger; General Carneiro; Nobres; Paranatinga; e Nova Lacerda.

Antes de apresentar os aspectos históricos, políticos e organizacionais dos serviços de saúde oferecidos pelo DSEI Cuiabá far-se-á uma breve descrição elucidando a partir da afirmação de que a saúde é direito de todos e dever do Estado, evidenciada na Constituição Federal (CF) de 1988, esse direito foi adicionado um quesito especial referente a saúde dos povos indígenas como sendo parte do Sistema Único de Saúde (SUS).

A questão da saúde indígena foi assunto de debates desde o ano de 1986, antes da promulgação da Constituição Federal que data de 1988, nessas discussões ressalta-se a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio em que conforme Langdon e Diehl (2007) se propôs, após a avaliação em relação à saúde desses povos, a criação de um sistema de saúde específico para os povos indígenas.

Embasado na Lei Orgânica da Saúde (LOS)/8080/90, o SUS (Sistema Único de Saúde) oferece em escalas ascendentes conforme a delimitação nas respectivas áreas geográficas com o foco em identificar as

determinantes e os fatores condicionantes de cada grupo; assim sendo a assistência através de ações determinam as políticas de proteção preventiva e de recuperação (BRASIL, 1999).

De acordo com Viegas e Penna (2012), a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), criou regras para atendimento de serviços de saúde gratuito a todo o público em todos os níveis e em todo território nacional.

Apesar da criação do SUS, as ações do sistema de saúde direcionadas aos indígenas a fim de que essas fossem homologadas perante a lei, só ocorreram no ano de 1999, após onze anos da promulgação da Constituição Federal através da Lei 9.836/99, criou o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, compondo o artigo 19 da Lei Orgânica da Saúde (LOS)nº8080/1990 (BRASIL, 1999).

Com relação às diretrizes da PNASPI (Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas) fica evidente que o respeito é o princípio máximo relacionados à articulação desses saberes e práticas no processo saúde-doença que deve ser estimulada para a obtenção da melhoria do estado de saúde dos povos indígenas, sendo que a estrutura organizacional da PNASPI, conforme a SESAI (Secretaria Especial de Saúde Indígena), que exerce a coordenação do processo gestor da saúde indígena no sentido de proteger, promover e recuperar a saúde dos povos indígenas, bem como orientar o desenvolvimento das ações de atenção integral à saúde indígena e de educação em saúde segundo as peculiaridades, o perfil epidemiológico e a condição sanitária de cada Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) (LANGDON ; DIEHL, 2007).

De acordo com o relatório de auditoria na governança das contratações relacionadas à Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas - Tc 027.952/2019-3 que teve como relator o ministro Benjamin Zymler, a Lei 9.836/1999 instituiu o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), como componente do Sistema Único de Saúde (SUS), e por meio da Lei 9.649/1998, foi atribuída à competência ao Ministério da Saúde (MS) para o desenvolvimento de ações relacionadas à saúde indígena, instituiu a organização da Secretaria Especial da Saúde Indígena (SESAI) conforme a Figura 9 (BRASIL, 1999).

Figura 9 - Modelo da estrutura organizacional básica da SESAI



Fonte: SESAI, 2019.

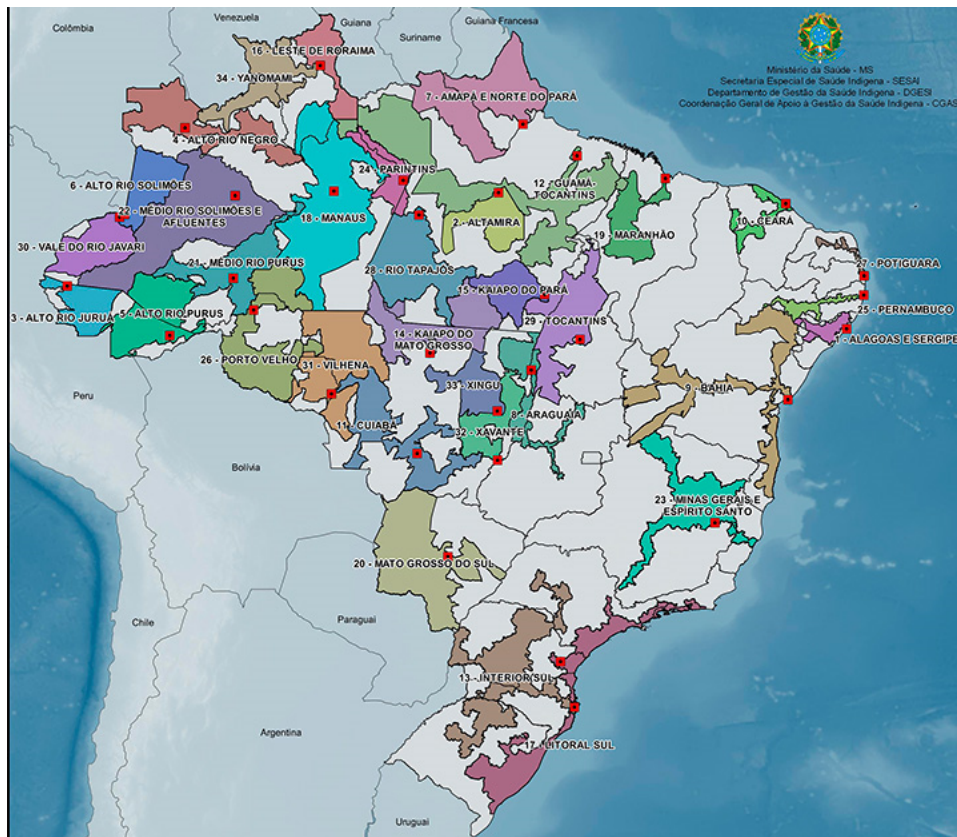
As contradições em relação aos discursos e as ações realizadas no dia a dia dos povos indígenas são contraditórios conforme afirmam Langdon e Dieh (2007) após observações, pesquisa e levantamentos realizados com povos indígenas, localizados no território brasileiro comprovaram essas contradições, a partir dessa premissa constata-se que a quantidade de Distritos Sanitários Especiais Indígenas, conforme a Figura 8 chega ao número de 34, estes são implantados geograficamente em regiões delimitadas a fim de exercer o dever de cuidar da saúde dos povos indígenas. A rede de atenção à saúde indígena é organizada a partir da estratégia dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI).

2.1 Um breve histórico da formação dos DSEIS

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), que é implementada pela Política Nacional de Saúde (PNS), sustentada pela lei 8080/90, tem como dever proporcionar o direito dos povos

indígenas respeitando as diversidades culturais e territoriais de cada nação indígena. A partir desse princípio o território brasileiro foi dividido em trinta e quatro DSEIs (GARNELO; PONTES, 2012).

Figura 10- Mapa com a distribuição dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas pelo Brasil.



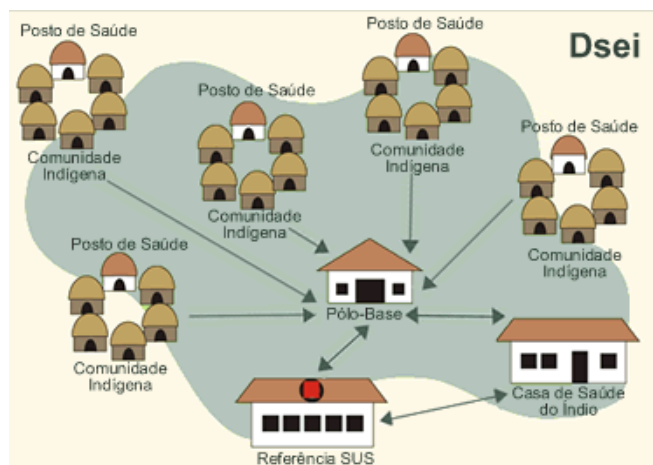
Fonte: Portal do Ministério da Saúde, 2019.

Os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), espalhados pelo Brasil estão assim distribuídos conforme o mapa evidenciado na figura 10: Alagoas e Sergipe - AL/SE, Amapá e Norte do Pará- AP/PA; Altamira- PA; Alto Rio Juruá-AC Alto Rio Purus - AC/AM Alto Rio Negro - AM Alto Rio Solimões - AM; Araguaia- GO/MT; Bahia - BA; Ceará - CE; Minas Gerais e Espírito Santo-MG/ES; Interior Sul- SP/PR/SC/RS; Vale do Javari- AM; Kayapó- PA; Kayapó- MT; Leste de Roraima- RR; Litoral Sul- RJ/SP/PR/SC/RS; Manaus- AM; GuamãTocantins; PA- Maranhão MA; Mato Grosso do Sul - MS; Médio Rio Purus - AM; Parintins - AM/PA; Pernambuco - PE; Porto Velho - RO/AM; Potiguara- PB; Cuiabá - MT; Rio TapajósPA; Médio Rio Solimões e Afluentes-AM; Tocantins - TO; Vilhena- RO/MT; Xavante- MT; Parque Indígena do Xingu - MT; Yanomami- RR/AM (RIBEIRO; FORTUNA; ARANTES, 2015).

Essa divisão ocorreu observando e respeitando a distribuição demográfica de cada povo indígena bem como a cultura e na maneira de se relacionar politicamente. A escolha por vezes deixou de referenciar a limitação dos territórios indígenas com os respectivos estados e ou municípios conforme a (SESAI, 2012).

Essa metodologia de distribuição dos distritos sanitários a partir das observações já mencionadas contava com a seguinte organização (Figura 11), o DSEI possui Polos Bases e Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI).

Figura 11 - Organização do DSEI no modelo assistencial



Fonte: SESAI, 2019.

É preconizado pela PNASPI que as EMSI deverão contar com médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, odontólogos, além de contar com apoio de antropólogos, engenheiros sanitaristas e educadores. As ações de atenção básica são desenvolvidas pelos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) nas aldeias, presentes nos postos de saúde e atuam em conjunto com as EMSI de acordo com o planejamento das ações de saúde de cada distrito (DIEHL; LANGDON; SCOPEL, 2012).

O Polo Base é referência para o AIS, que desempenha um papel semelhante ao do Agente Comunitário de Saúde. O AIS é o principal vínculo das famílias indígenas com a unidade de saúde localizada nas aldeias (DIEHL; LANGDON; SCOPEL, 2012).

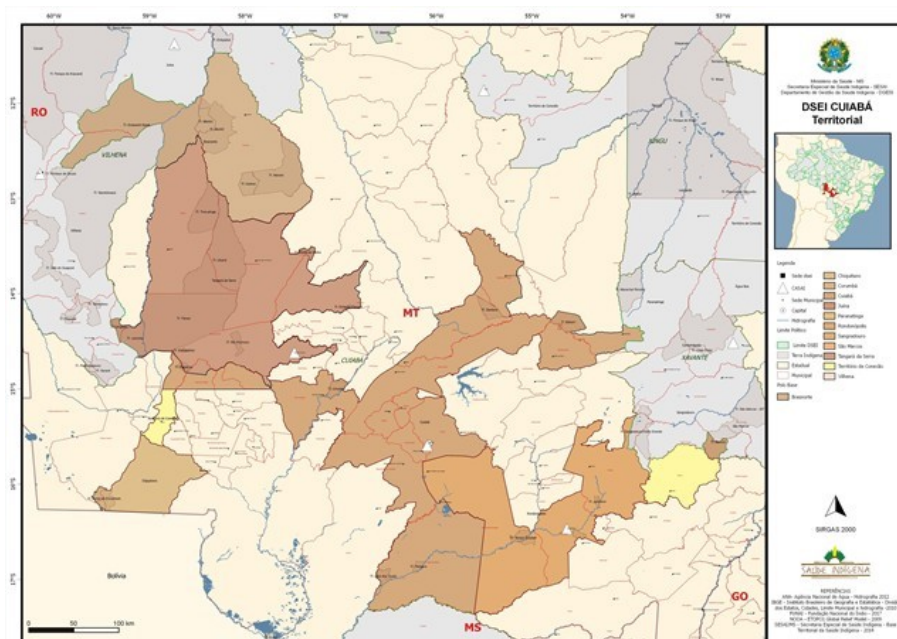
O Polo Base pode estar localizado dentro das terras indígenas ou no município de referência para o DSEI e encaminhar pacientes com demandas mais complexas, como cirurgias e exames para hospitais de referência do SUS, de acordo com as especificidades da demanda e da realidade local (DIEHL; LANGDON; SCOPEL, 2012).

Uma vez na rede SUS, o paciente indígena receberá suporte das Casas de Saúde Indígena (CASAI) que deverão fornecer alojamento e alimentação para os pacientes e seus acompanhantes, bem como, apoio de enfermeiros 24 horas por dia, agendamentos de consultas, exames, além de esclarecimentos relacionados ao retorno do paciente indígena para a sua aldeia de origem. Devem desenvolver ações de educação em saúde, lazer, produção artesanal tanto para o paciente quanto para o acompanhante (DIEHL; LANGDON; SCOPEL, 2012).

2.2. O Distrito Sanitário Especial Indígena e o Polo Base de Cuiabá

O DSEI é composto por 51 Unidade Básica de Saúde Indígena (UBSIs), no qual o meio de transporte mais utilizado é o terrestre. Em apenas 03 (três) aldeias o acesso é fluvial. Dentre as aldeias, 89 não apresentam unidade de saúde, sendo as visitas realizadas pela equipe de casa em casa, com o acompanhamento do AIS, quando existe este ator na aldeia. As distâncias médias da aldeia ao Polo ou UBSI variam de 5 km a 320 km da unidade mais próxima (DIEHL; LANGDON; SCOPEL, 2012).

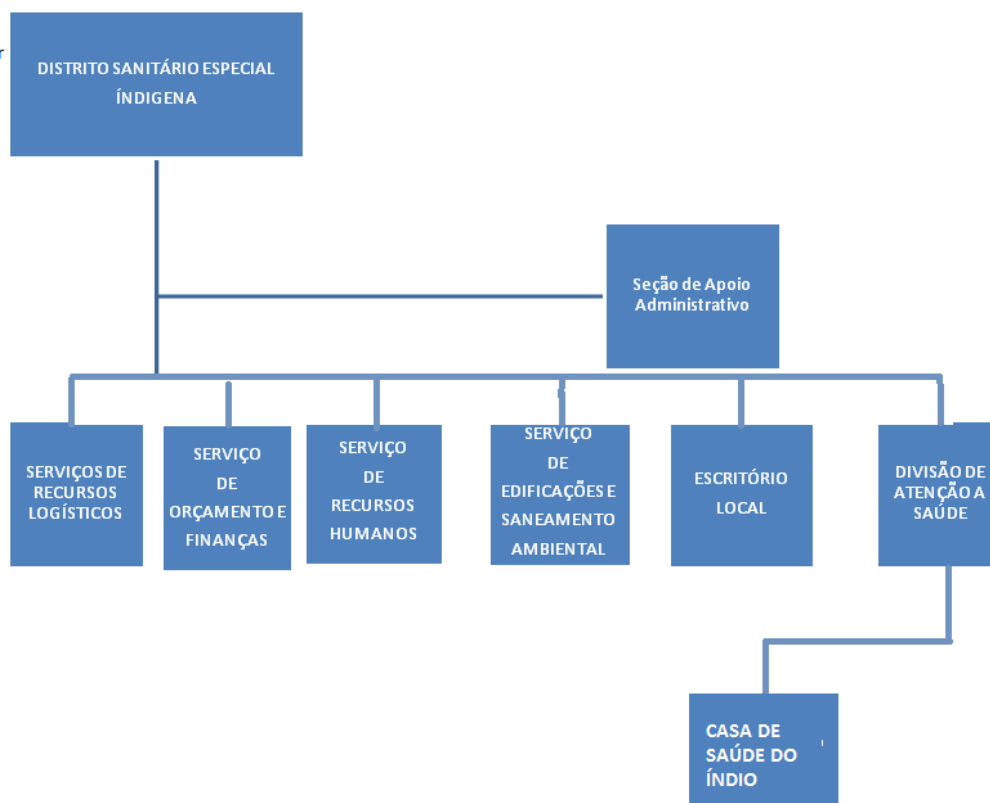
Figura 12 - Caracterização Geográfica do Distrito Sanitário Especial Indígena Cuiabá



Fonte: Saúde indígena, 2020.

O DSEI executa ações de atenção primária à saúde nas aldeias, cada um possui: Sessão de Serviços Logísticos, Sessão de Orçamento e Finanças, Sessão de Recursos Humanos, Sessão de Saneamento Ambiental e Edificações, Casa de Saúde do Índio e uma Divisão de Atenção, conforme demonstrativo da Figura 13 (SESAI, 2021).

Figura 13 - Organograma administrativo de funcionamento do DSEI

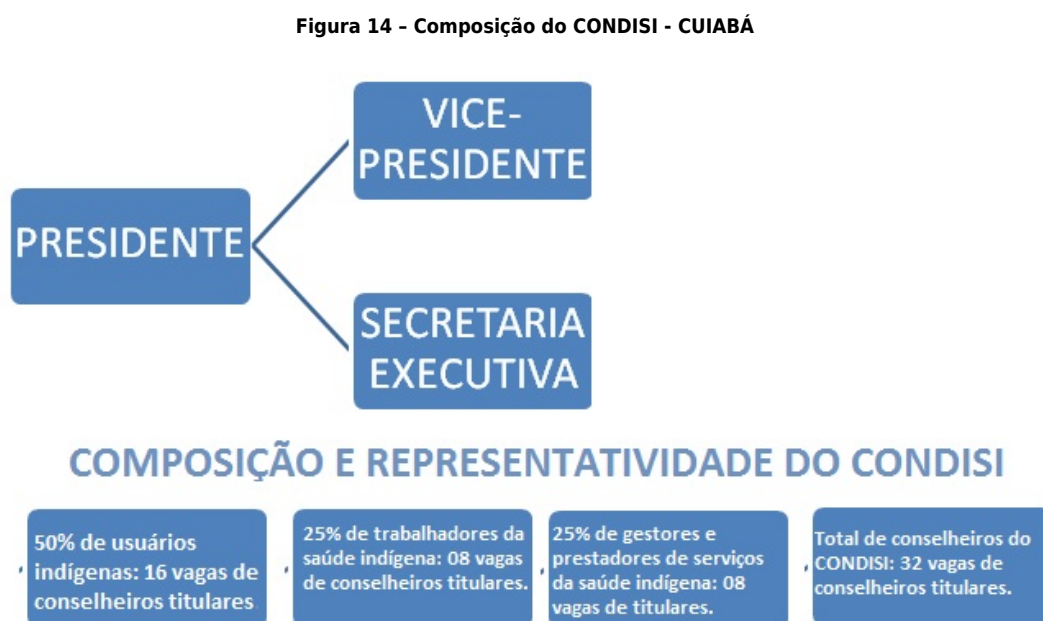


Fonte: SESAI, 2021.

2.3 CONDISI - Conselho Distrital de Saúde Indígena

O Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI) tem por finalidade aprovar o plano distrital de Saúde dos povos Indígenas, bem como, acompanhar, planejar, avaliar, fiscalizar, supervisionar e deliberar sobre as ações relacionadas à saúde no território de abrangência do DSEI, conforme a portaria nº 3.021, de 4 de novembro de 2020 que altera a portaria de 2017 (GARNELO; PONTES, 2012).

Todas as organizações, conselhos, secretaria possuem um organograma hierárquico, Figura 14, que direciona todas as funções e ações a serem executadas com o objetivo de melhor atender às necessidades relacionadas à saúde do indígena e delimita a quantidade de participação de indígenas na composição do conselho conforme organograma abaixo (SESAI, 2021).



Fonte: Saúde indígena, 2020.

Com essa organização o CONDISI Cuiabá conta com uma secretária executiva na sede do DSEI com infraestrutura adequada para seu pleno funcionamento. Compõem o Conselho Distrital 36 conselheiros titulares e seus respectivos suplentes. São jurisdicionados ao CONDISI Cuiabá 19 Conselhos Locais de Saúde Indígena, sendo eles: CLSI - USINHANORISCH PUTSIORCH - CHUIQUITANO; CLSI - CLOSAM - BOE BORORO - MERURI; CLSI - IMEPÂM - KURÂ BAKAIRI; CLSI - EPIU - KURÂ BAKAIRI; CLSI - COLOSU - UMUTINA/BALATIPONE; CLSI - BAKALANA - UMUTINA/BALATIPONE; CLSI - KOROGEDO PARU - BOE BORORO; CLSI - HALITI PARESI - CLOSIHAP; CLSI - KUTUVIURS MASTAKAMA - CHUIQUITANO; CLSI - KEOKURIREU - BOE BORORO; CLSI - MAGUATÓ - POVO GUATÓ; CLSI - WAKALITSU - NAMBIKWARA; CLSI - DOIS POVOS - MANOKI/MYKY; CLSI - NOVA JARUDORE - BOE BORORO; CLSI - TADARIMANA - BOE BORORO; CLSI - WAYMARÉ - HALITI PARESI; CLSI - ENAWENE NAWÉ - ENAWENE; CLSI - IPIE - BOE BORORO - PIEBAGA; CLSI - HAITSU - NAMBIKWARA (GOMES E ESPERIDIÃO, 2017).

Ao total somasse 135 conselheiros locais titulares e seus respectivos suplentes (DSEI Cuiabá, 2020). Na composição do CONDISI, aplica-se o princípio da igualdade, sendo 50% representado por membros eleitos pela comunidade indígena, 25% são representantes dos trabalhadores que atuam na atenção à saúde indígena e os 25% restantes são representados por governos municipais, estaduais, distrital, federal e prestadores de serviços na área de saúde indígena (GARNELO; PONTES, 2012).

Desse modo, o CONDISI acompanhado dos Conselhos locais de saúde é fundamental para defender as necessidades e causas da Saúde Indígena. Os Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI) estão legalmente constituídos nos 34 DSEIS, por meio do Decreto n.º 3.156, de 27/8/1999, e funcionando de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde - CNS nº 333, de 4/11/2003, que dispõe sobre as diretrizes para

criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde. São instâncias deliberativas e sua composição é paritária, representada pelos segmentos, no âmbito da saúde indígena, envolvendo os usuários/indígenas (50%), trabalhadores e gestores/prestadores de serviço, no âmbito de abrangência de cada Distrito Sanitário Especial Indígena (GOMES E ESPERIDIÃO, 2017).

2.4. A CASAI do DSEI Cuiabá.

Localizada na capital do estado onde se concentra uma parte dos serviços de média e a maioria dos procedimentos e serviços de alta complexidade, a CASAI Cuiabá, apesar de compor a estrutura administrativa do DSEI Cuiabá, serve de apoio para o atendimento da população indígena de todo o Estado de Mato Grosso.

Compõem a estrutura administrativa do DSEI Cuiabá as CASAIs de Tangará da Serra, Rondonópolis e Cuiabá. A CASAI é a casa de apoio aos indígenas que vêm a Cuiabá para atendimento médico pelo Sistema Único de Saúde. Esse segmento foi criado com o objetivo de receber, alojar e alimentar os usuários indígenas e seus acompanhantes que necessitem de atendimento especializado ambulatorial e hospitalar nas cidades; prestar assistência de enfermagem 24 horas; marcar consultas e exames especializados; providenciar o acompanhamento e o retorno de pacientes e acompanhantes às aldeias de origem com as informações sobre o caso. (GOMES E ESPERIDIÃO, 2017).

2.5. Saneamento Ambiental e Edificações de Saúde Indígena.

As ações planejadas referentes a coordenação, a supervisão, ao acompanhamento, ao monitoramento e a avaliação da execução das ações de saneamento ambiental em saúde pública nas áreas indígenas são realizadas pelos DSEI (MARQUES, 2003).

Essas ações de saneamento ambiental relacionam-se ao abastecimento de água, sempre enfatizando a qualidade da água oferecida afim de que esta seja de boa qualidade para o consumo humano.

Os DSEIs têm como objetivo a realização de um trabalho estruturado com equipes de saúde que, na maioria das vezes, seguem até as aldeias indígenas e dessa forma fazem o atendimento realizando uma avaliação inicial do estado de saúde dos indivíduos que compõem a Aldeia Indígena, no caso específico do povo Baikiri, que é o povo da Aldeia Pakuera ou aldeia central que compõem o território escolhido para esse trabalho e que será apresentado no capítulo três (GOMES E ESPERIDIÃO, 2017).

CAPÍTULO 3 - JUSTIFICATIVA DA ESCOLHA DO “TERRITÓRIO RECORTE”

O território recorte escolhido foi Aldeia Pakuera ou aldeia central, é a maior comunidade do território indígena, uma das 11 aldeias que abriga a etnia Bakairi. Essa escolha não foi difícil, já que é um povo de fácil acesso e de uma receptividade enorme.

Acredito que meu histórico de haver conhecido outras áreas e convivido com outras etnias, nas quais apresentam uma realidade completamente diferente, tenha influenciado minha preferência. Desde o início me senti muito atraída pela tradição, história, cultura e saberes deste povo.

Minha história na saúde indígena começou há pouco mais de um ano, e nesse período de tempo, tive a oportunidade de conhecer e trabalhar anteriormente com as etnias Chiquitano, Boe-bororo e Guató, sendo as duas últimas situadas no Pantanal mato-grossense. Há cerca de seis meses fui transferida para a região de Paranatinga, município próximo a área indígena Bakairi, motivo da escolha desse território e especificamente dessa aldeia.

Após a delimitação e escolha do território em questão buscou-se conhecer um pouco mais sobre esse povo que será colocado em evidência no decorrer desse capítulo com o objetivo de tornar conhecida a origem dos nomes, os hábitos, a cultura, as crenças e também as questões que envolvam os aspectos da saúde indígena conforme observou-se no DSEI.

A palavra Pakuera na língua Bakairi significa Rio das Pombas, é assim que os indígenas se referem ao rio Teles Pires que passa próximo a aldeia, no que se refere a economia, é através da pesca que a maioria das famílias extraem sua renda mensal, além do benefício social Bolsa Família e artesanatos como: redes, peneiras e derivados da palha e da fibra do buriti (PERUARE, 2012).

A casa de tradições ou Kadoêti, mais conhecida por eles como “Casa sagrada dos homens” em que só é permitida a entrada de homens, utilizado por eles nos rituais de dança, Dança da Kápa, batizado do milho, entre outros; a Palhoça, espaço em que se reúnem para deliberar assuntos e políticas da comunidade; a igreja católica; e o barracão dos idosos, são alguns dos espaços frequentados pela comunidade. Este último espaço era utilizado anteriormente para o encontro dos idosos, que atualmente vem sendo usado para realização de demais eventos (COLLET, 2006).

O povo Bakairi é conhecido por ser muito festeiro, católico e devoto de uma infinidade de santos, dentre eles o São Sebastião e outros, realizam festas frequentemente com cantorias, danças, velas, imagens de santo e comidas típicas, como a Chicha de milho, mingau de arroz, beiju de mandioca e peixe assado.

O povo Kurã Bakairi é o predominante na aldeia Pakuera. São aproximadamente 800 habitantes conforme a Figura 15, vivendo a 112 km do município de Paranatinga (MT) - acesso por estrada de terra - e a 560 km de Cuiabá.

Figura 15 - Distribuição da população Bakairi

Distribuição da população Bakairi (1999)			
Município	Terra Indígena	Grupo Local	População
Nobres	Santana	Santana	165
		Canaã	48
		Esperança	24
		Quilombo	31
Paranatinga	Bakairi	Painkun	50
		Kaiahoalo	45
		Pakuera	285
		Ramalho	38
		Painkun	28
		Atuby Aturia	180
Planalto da Serra		Savápa	28
TOTAL	02	11	898

Fonte: COLLET, 2006.

Evidencia-se através do gráfico de distribuição demográfica que a aldeia Pakuera se sobrepõe as demais aldeias em relação ao quesito populacional, conseqüentemente as diversidades também são ampliadas (BARROS, 2004).

No capítulo seguinte serão expostas os aspectos socioeconômicos e culturais do povo Bakairi que tem como base a organização através de grupos familiares e estes são caracterizados de acordo com o local em que habitam. Os líderes exercem o poder político de acordo com a sua função. A disposição das casas nas aldeias obedece a um sistema linear formando ruas.

Os Bakairi têm vários ritos sagrados, que são chamados de kado, praticados principalmente na época de seca. Esses rituais podem durar anos, sendo suspensos conforme o clima atual, neste caso guardam as máscaras e acessórios usados em um local restrito, conhecido como "Casa dos Homens" ou na língua Bakairi (kadoêti). Sobre os aspectos socioeconômicos e culturais dessa TI serão apresentados com uma exposição sobre o território, a população, a quantidade de famílias, tipo de habitação e as práticas tradicionais de atenção à saúde indígena (BARROS, 2004).

CAPÍTULO 4 - ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS E CULTURAIS DO "TERRITÓRIO RECORTE"

Os Bakairi atualmente somam cerca de 1.300 pessoas, divididos em dois territórios indígenas: Terra Indígena Bakairi (TIB) e Terra indígena Santana. A TIB apresenta uma extensão territorial de 61.405 hectares, foi homologada em 1991, está situada na região de Paranatinga e Planalto da Serra, Mato Grosso, (chamados Paranatinguences) e composta por aproximadamente 800 habitantes (SCHWEIKART, 2016).

A distância entre as duas TIs é de 170km. As TI são habitadas por pequenos grupos que tomaram diferentes direções, alguns migraram para o córrego Santana as margens do rio Novo e Arinos, onde se encontram até hoje (Terra Indígena Santana), outros subiram o rio Paranatinga e fixaram-se onde atualmente está a aldeia Pakuera (SANTOS, 2005).

Figure 16 - Localização da TI Bakairi



Fonte: Santos, 2020.

Há aproximadamente três séculos os Bakairi vivem em contato com não indígenas, segundo a antropóloga Edir Pina de Barros, o contato dos Bakairi com os brancos remete-se a vinda dos Bandeirantes do estado de São Paulo em direção ao Mato Grosso em busca de ouro, diamantes e trabalho escravo no início do século XVIII. Sua pesquisa mostra os registros mais antigos acerca do contato desse povo indígena com a sociedade colonial. Além de outros autores Antônio Pires de Campos cita em seus relatórios os Bakairi como vítimas no ano de 1723: "Todos estes nomeados são de o mesmo viver e traje assim e armas como em tudo mais, são de corso, e chegam com suas bandeiras a fazer mal aos gentios chamados Bacayris" (Barros, 1977).

Em 1884 e 1887 os Bakairi receberam o médico e antropólogo alemão Karl Von Den Steinen em uma expedição para exploração do rio Xingu, apresentados no livro "Entre os Aborígenes do Brasil Central" (1940), evidenciam detalhes sobre a antiga sociedade Bakairi em finais do século XIX. Ele destaca a condição dos Bakairi ocidentais "mansos", ou seja, os que já haviam tido contato com os brancos e os orientais "antigos" que se encontravam no rio Xingu e que não tinham contato nem com não indígenas nem com os parentes "mansos" (Barros, 1977).

Embora as relações interétnicas vividas pelos Bakairi no passado tenham sido conflituosas, tanto com outras etnias como é o caso dos Xavantes e Kayabi, atualmente vivem um relacionamento amistoso sobretudo com os brancos. No entanto é nítida a percepção de que existe um elemento de conflito construído historicamente com a sociedade regional, o que influi fortemente nas relações interétnicas atuais. A cultura e as práticas tradicionais desse povo são muito ricas em detalhes e história, carrega consigo um arsenal de feitos e trocas interculturais (BARROS, 2004).

Ainda que todos tenham uma importância cultural e afetiva para a comunidade o único rito que os Bakairi jamais abandonaram foi o (Batizado do Milho) Figura 17, que acontece nos primeiros meses do ano, na época da colheita do milho verde, os demais rituais ficaram por muitos anos esquecidos e sem serem realizados até que, a partir dos anos 1980 alguns deles novamente voltaram a ser praticados sobretudo na Terra Indígena Bakairi (Barros, 1977). Um interrogado citou: "Algumas práticas foram abandonadas, por exemplo, antigamente se fazia o batizado da mandioca, hoje não é mais feito, possivelmente porque o ritual era feito no meio da noite e hoje todo mundo quer dormir; já o batizado do milho é feito no nascer do sol, então esse rito ficou".

Figura 17 - Festa Ritual Bakairi

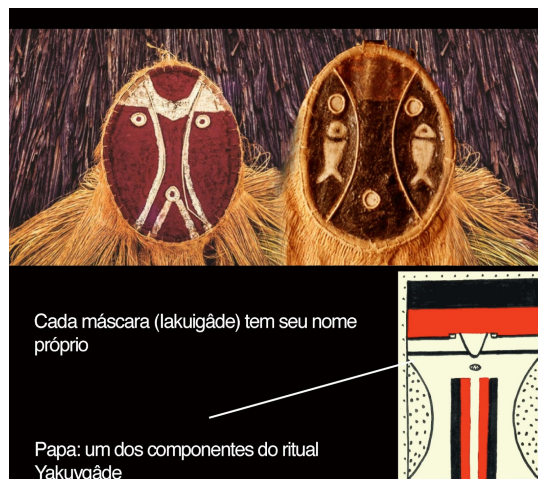


Fonte: SANTOS, 2020.

Cada um desses ritos é presidido pelo líder do grupo local que o promove e pelo xamã, no plano espiritual. Os ritos do kado constituem um tributo aos mortos, que controlam os ciclos naturais, dentre eles o das estações do ano e o da ekuru, substância vital. Além desses rituais, os Bakairi fazem, anualmente, festas juninas comunitárias, igualmente importantes para a sua coesão social (BARROS, 2004).

A arte Bakairi expressa em todos os artefatos temas que remetem ao mundo espiritual, sobretudo nos trançados, nas pás para virar beiju, nos banquinhos zoomorfos, através de pinturas feitas com jenipapo, urucum e tabatinga, um tipo de barro branco. Esta característica espiritualiza as coisas materiais e materializa as coisas espirituais. Destacam-se aqui as máscaras (SILVA, 2004).

Figura 18 - Máscaras do ritual Bakairí



Fonte: SILVA, 2021.

As pinturas são elaboradas no estilo alto-xinguano - feitas de jenipapo, urucum, tabatinga e resinas vegetais, estão associadas aos rituais para os homens e mulheres. Dentre os vários rituais não obedecem propriamente a um anuário, mas as eventualidades da vida, estando associados sobretudo ao casamento, a doenças, ao início da vida adulta da mulher e do homem e à morte, implicando estes últimos em regimes alimentares e sociais. Em meados de abril, quando se encerra a estação das águas, realizam grandes ritos nos quais se utilizam máscaras

rituais (Barros, 1977).

Figura 19 - O ritual lakuigâde.



Fonte: RITUAIS INDÍGENAS, 2021.

A alimentação é variada, segundo eles "gostamos muito de arroz, mandioca, batata, milho, peixe e carne de animais selvagens como a anta, porco-do-mato, veado, tatu, peixe e frutas para cada época do ano, especialmente o pequi do cerrado, precisamos complementar a alimentação com produtos industrializados, porque a caça e a pesca diminuíram muito devido ao avanço do agronegócio em torno da reserva indígena, e outros fatores como o impacto do agronegócio na própria natureza".

As crenças místicas e espirituais por sorte permanecem forte na cultura Bakairi, contudo no momento atual possuem apenas quatro pajés, distribuídos nas onze aldeias da região. Segundo relatos, com o passar dos anos perdeu-se o interesse por essa prática devido as dificuldades encontradas para alcançar a formação, o processo de aprendizagem é duradouro e rigoroso, além de exigir muitos sacrifícios, "é uma espécie de regime, tanto na alimentação quanto na vida sexual" disse um líder indígena. Pakuera é a maior aldeia do território, onde se localiza o posto de saúde, Polo Base Pakuera, no qual a Equipe multidisciplinar de saúde indígena (EMSI) se instala durante a escala de 20 dias no território (Barros, 1977).

Todas as aldeias do território possuem, distribuição de água encanada, luz elétrica e acesso à internet. O Sistema Único de Saúde (SUS), que é o órgão responsável pelo subsistema de saúde indígena, como um sistema público que presta e gerencia os serviços de saúde para a população brasileira, através de atividades direcionadas à coletividade e que são desenvolvidas no âmbito federal, estadual e municipal com o objetivo de promover a saúde através da prevenção e do tratamento combatendo as doenças por meio da pesquisa mantendo assim o controle de qualidade desse atendimento e cuidado (SCOREL, 2012).

O SUS é produto de uma reforma técnica e política no campo da saúde, iniciada na década de 1980, que ficou conhecida como Reforma Sanitária. Entre as propostas relevantes da Reforma Sanitária, ganhou destaque a recomendação de ofertar atenção à saúde de qualidade para todos os grupos populacionais que habitam no país, incluindo-se a população que vive em situação de pobreza e em regiões de difícil acesso, como é o caso da maior parte da população indígena (SCOREL, 2012).

A preocupação em estender a assistência à saúde a todos os lugares do Brasil e a todos os grupos populacionais, incluindo-se os que não tenham empregos formais, caracteriza o SUS como uma política de proteção social, comprometida com a redução das desigualdades sociais; ela se apoia em um sistema de seguridade social com regime jurídico (GARNELO; PONTES, 2012).

O aspecto saúde relativo aos povos indígenas brasileiros é amplo, complexo e com grande dinamismo pois relaciona-se ao processo do desenvolvimento histórico de todas as mudanças que envolvem os aspectos: sociais, econômicos e ambientais atrelados ao crescimento demográfico e econômico. No decorrer dos anos a saúde indígena sofreu mudanças nos aspectos relativos a novas patologias que ocasionaram epidemias graves, especialmente as virais. Já nos tempos atuais os desafios relacionados à saúde dos povos indígenas vão desde as

doenças crônicas não-transmissíveis, à contaminação ambiental e a dificuldades de sustentabilidade alimentar.

A prática da utilização de plantas medicinais utilizadas no processo de cura dos indígenas está cada vez restrita às áreas das reservas indígenas. As práticas religiosas bem como a pajelança ou curandeirismo foram estimuladas a serem abandonadas devido a condenação dos missionários catequizadores que rejeitavam essas práticas, a tendência é que essas práticas se tornem uma metodologia milenar de cura existindo tão somente nos livros de antropologia (SANTOS, 2005).

Ao observar a relação de plantas que são usadas terapêuticamente é fator de tradição indígena o cuidado com a saúde. Com o advento das mudanças que provocaram a vinda dos indígenas para a cidade, esses povos buscam o atendimento, porém exigem que a sua medicina, que chamam de tradicional, feita com plantas medicinais seja valorizada. De acordo com o pensamento deles a medicina indígena não estraga o corpo, mas a medicação do homem branco provoca efeitos colaterais (SILVA, 2004).

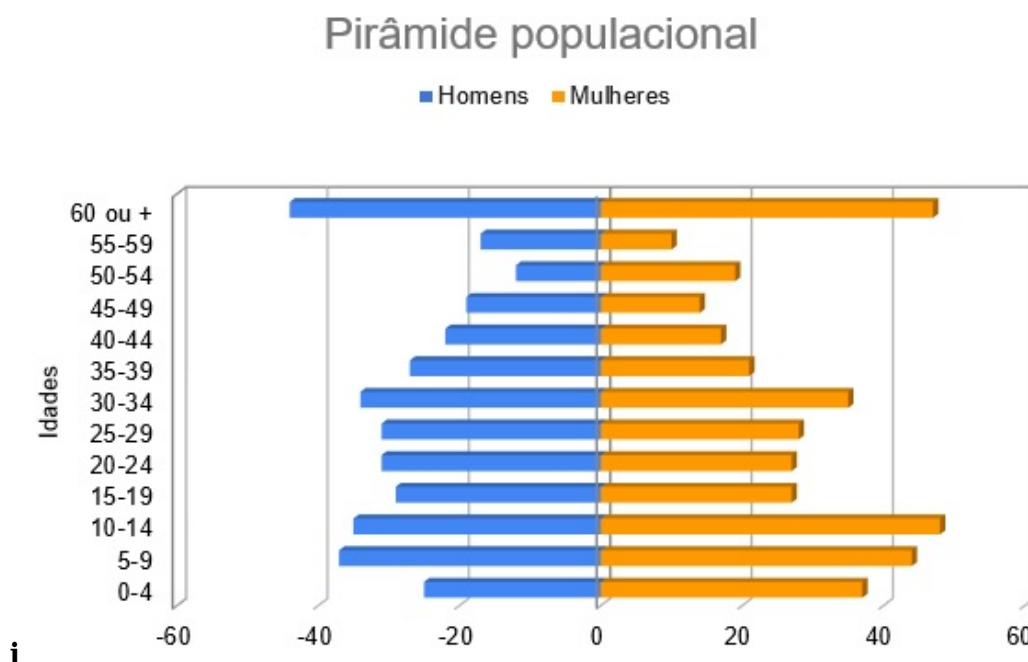
O tratamento realizado através da ida ao DSEI é aceitável, porém eles fazem questão que seja um atendimento hospitalar que permita, por exemplo, levar junto a rede para deitar, o seu chá indicado pelo pajé, e ter a própria presença do pajé. Existem agentes indígenas de saúde, que são pessoas da própria comunidade que auxiliam quem precisa de atendimento médico.

Elas marcam consultas nos serviços públicos oferecidos, trabalham com prevenção de doenças, acompanham as pessoas que têm dificuldades de entender o português. É uma conquista importante e que respeita o pedido por um atendimento que valorize a sua forma de cuidar da saúde.

CAPÍTULO 5 - ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DO "TERRITÓRIO RECORTE"

Nesse capítulo far-se-á uma síntese sobre os aspectos demográficos e epidemiológicos da TI Bakairi, apresentando gráficos e tabelas que evidenciam a natalidade, a mortalidade geral e infantil e aspectos relacionados a saúde dos Bakairis.

Figura 20 - Pirâmide Populacional da Aldeia Pakuera TI Bakairi.



Fonte: Painel SIASI/DSEI Cuiabá - 2019

Como se pode observar na pirâmide da população do meu território recorte (Aldeia Pakuera), com dados do ano de 2019, o gráfico caracteriza-se por uma base relativamente estreita, que se alarga no topo, mas mantendo-se com dimensões relevantes.

O efeito dos níveis de fecundidade reduzidos somados ao aumento da esperança de vida reflete no envelhecimento da população. A situação demográfica dos povos indígenas no Brasil e na TI Bakairi figurada na atualidade está estreitamente relacionada com os amplos impactos causados pela interação com a sociedade nacional, distribuições absoluta e relativa dos indígenas no Brasil.

Quadro 1 - População do pólo base

POLO BASE	2019
BACAVAL	934
BRASNORTE	1615
CHIQUITANO	292
COMODORO	1473
CUIABÁ	852
MERURI	455
PAKUERA	737
RIO VERDE	775
RONDONÓPOLIS	1113
TANGARÁ DA SERRA	199
TRÊS LAGOAS	543

Fonte: Painei SIASI/DSEI Cuiabá - 2019

A aldeia Pakuera em 2019 mantinha uma população de setecentos e trinta e sete indígenas, no entanto a população dessa etnia em geral, tanto da região de Paranatinga quanto os da região de Nobres (Santaneiros), sofreram um grande impacto com os efeitos da pandemia do novo Coronavírus. Pakuera e entorno tiveram 465 casos confirmados da doença, um total de aproximadamente 63%, sendo que 7 pessoas do território foram a óbito.

Quadro 2 - População segundo as etnias do pólo base

ETNIAS	TOTAL
BAKAIRI	936
BORORO	1668
CHIQUITANO	292
ENAWENE-NAWE	945
GUATO	123
IRANIXE	527
MYKY	143
NAMBKWARA	1659
PARECEI	2265
UMUTENA	430
TOTAL GERAL	8983

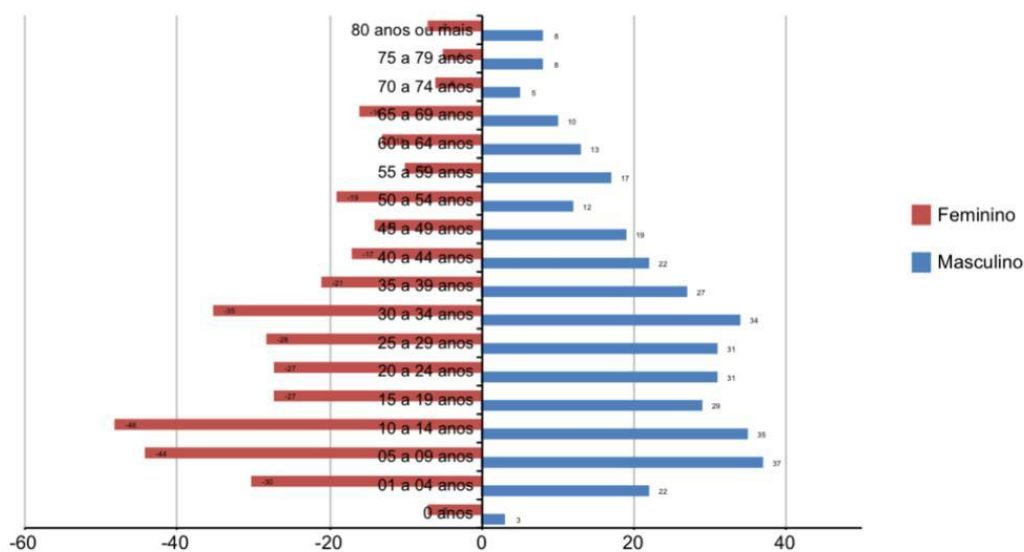
Fonte: Painei SIASI/DSEI Cuiabá - 2019

Visto que o quantitativo de novecentos e trinta e seis indígenas (Bakairi), que é descrito no quadro 2 refere-se as duas regiões (Nobres- Bakairi de Santana e Paranatinga- Bakairi Paranatinguences), conforme o DSEI Cuiabá, o suposto crescimento da população em relação aos dados dos anos anteriores podem estar relacionado aos tais fatores: cadastro de populações indígenas após o reconhecimento oficial de novas terras indígenas; coleta de dados na atualização do Sistema de Informação para Atenção à Saúde Indígena (SIASI).

No gráfico seguinte é apresentada as informações sobre esses aspectos de formas gerais. Essas informações foram retiradas da Pirâmide etária dos Povos Indígenas assistidos pelo SasiSUS, Brasil, 2017.

Figura 21 - Pirâmide Populacional do Polo Base Pakuera (Aldeia Central e entorno) TI Bakairi.

PIRÂMIDE POPULACIONAL PAKUERA 2019



Fonte: Painel SIASI/DSEI Cuiabá - 2019

Quadro 3 - Quantitativo de nascimentos e óbitos

Polo Base	Nascimento	Óbito fetal
BACAVAL	30	0
BRASNORTE	48	3
CHIQUITANO	5	0
COMODORO	68	1
CUIABÁ	7	0
MERURI	8	0
PAKUERA	10	0
RIO VERDE	27	0
TANGARÁ	4	0
TRÊS LAGOAS	18	0

Fonte: DSEI Cuiabá 2019

Baseado nos dados obtidos no ano de 2019 na aldeia Pakuera descritos no quadro 3 e na figura 22, considerase baixo o índice de mortalidade infantil, isso se dá em consequência à busca ativa das gestantes pela equipe multidisciplinar de saúde e início precoce do acompanhamento pré-natal.

Na Aldeia Pakuera o Coeficiente de Mortalidade Geral (CMG) que representa o risco de morte por causas diversas em uma determinada população neste mesmo ano foi de 6,78 por mil habitantes em uma população de 737 indígenas, a Taxa de Natalidade (TN), que está relacionada basicamente ao crescimento da população foi de 13,57 por mil habitantes, já a Taxa de Fecundidade (TF), que representa o número de mulheres em idade fértil neste território foi de 6,06%.

Figura 22 - Comparativo Taxa de Mortalidade Infantil DSEI Cuiabá e Aldeia Pakuera

Taxa Mortalidade Infantil - 2019		
TMI DSEI CUIABA		
Óbitos Infantis	Nascidos Vivos	TMI – por mil
7	244	28,69
TMI PAKUERA		
Óbitos Infantis	Nascidos Vivos	TMI – por mil
0	10	0,00

Fonte: Painel SIASI/DSEI Cuiabá - 2019

Quadro 4 - Quantitativo de atendimentos feitos pelo DSEI CUIABÁ

DSEI CUIABA Idade	Total de crianças	Crianças com consultas preconizadas	Total de crianças sem consultas	Total de crianças com pelo menos 1 consulta
0-6 dias	4	0	4	0
7-59 dias	31	32	12	19
60-119 dias	53	29	7	46
120-179 dias	56	12	21	35
270-364 dias	50	13	16	34

Fonte: Painel SIASI/DSEI Cuiabá - 2019

Em comparação com outras áreas indígenas que correspondem o DSEI Cuiabá, os atendimentos realizados às crianças podem-se observar que a mortalidade infantil ocorre em decorrência de óbito de crianças no primeiro ano de vida; neonatal precoce (0-6 dias de vida); neonatal tardio (7-27 dias); Pós-neonatal (28 dias e mais), essa realidade é bem comum nas etnias de poucos anos de contato, onde ainda ocorrem muitos óbitos por causas evitáveis.

Dentro da taxa de mortalidade infantil, estima-se que o risco de morte dos nascidos vivos durante o seu primeiro ano de vida pode ocorrer através da reflexão sobre as condições de desenvolvimento socioeconômico e ao acesso aos recursos disponíveis e ao cuidado no atendimento às mães.

Diante desse quantitativo demográfico no território recorte observado nos gráficos, ainda que com todas as dificuldades de conseguir dados atualizados, atentou-se para o fator de que as informações são oriundas das fontes relacionadas ao Ministério da Saúde.

CAPÍTULO 6 - REDE EXPLICATIVA E PLANO DE SOLUÇÕES DE UM PROBLEMA DE SAÚDE DO "TERRITÓRIO RECORTE"

Embora a proximidade dos municípios vizinhos traga alguns benefícios relacionados a renda por trabalhos remunerados aos indígenas, esses acessos facilitados aos entornos podem trazer várias problemáticas para a comunidade como um todo.

Essa adjacência com os centros urbanos somado ao fato de não hábito de realização de hortas, diminuição de caça e pesca, redução de atividade física, uso de eletroeletrônicos e motor de barcos se torna extremamente propício ao declínio da qualidade da saúde coletiva. Se em épocas passadas doenças como malária, infecções respiratórias e diarreias eram a principal causa de morte em áreas indígenas, atualmente as de maior incidência são as DCNT (doenças crônicas não transmissíveis), entre elas estão a Hipertensão Arterial Sistêmica, Síndrome Metabólica, Dislipidemia (aumento anormal da taxa de lipídeos no sangue), e a Diabetes Mellitus do tipo 2.

Ultimamente o consumo de alimentos industrializados e ultra processados como biscoitos recheados, salgadinhos, macarrão instantâneo, doces, refrigerantes, entre outros vêm refletindo de maneira preocupante na saúde dos indígenas da etnia Bakairi. A aldeia Pakuera localiza-se há cerca de 100km do município de Paranatinga, do outro lado um pouco mais próximo encontra-se a cidade de Planalto da Serra há cerca de 80km.

Os indígenas se organizam em grupos e uma vez no mês fretam carros para leva-los até a cidade para realizarem suas compras, alguns montam pequenos comércios em suas próprias casas para vender refrigerantes, balas e doces. Esse problema é considerado crônico na região de Pakuera já que a etnia conta com muitos anos de contato, contudo nos últimos anos os casos de doenças cardiovasculares vêm aumentando de forma acelerada.

O número de obesos e portadores de doenças crônicas não transmissíveis têm sido significativos no momento atual. Aproximadamente 35% da população apresenta hipertensão arterial sendo que (15.3% em homens e 19.7% em mulheres), contando com uma grande parcela de pacientes com níveis pressóricos preocupantes, 9,4% apresentam Diabetes Mellitus; 22.8% são obesos. O quadro abaixo demonstra o problema e o que causa esse problema.

Quadro 5 - Problemas e causas

REDE EXPLICATIVA E PLANO DE SOLUÇÕES	
<ul style="list-style-type: none">• Prevalência de DCNT (doenças crônicas não transmissíveis).• Hipertensão Arterial Sistêmica.• Síndrome Metabólica.• Dislipidemia (aumento da taxa de lipídeos no sangue).• Diabetes Mellitus do tipo 2.	<ul style="list-style-type: none">• Consumo excessivo de sal e de açúcar;• Consumo de alimentos industrializados e ultraprocessados como biscoitos recheados, salgadinhos, macarrão instantâneo, doces, refrigerantes.• Alta prevalência de enfermidades crônicas como Hipertensão Arterial Sistêmica.• Obesidade.

Fonte: Elaboração própria.

Tendo em vista todas as complicações instaladas na comunidade a equipe multidisciplinar de saúde indígena através de visitas domiciliares, rodas de conversas e palestras nas escolas, vêm realizando educação em saúde e orientação sobre nutrição, alimentação saudável e exercícios físicos.

Com a contribuição do conselho de saúde local e de lideranças propomos um projeto para realização de horta comunitária com o intuito de incentivar novamente a prática de cultivo de alimentos locais e também a inclusão de jovens e adolescentes em atividades esportivas como vôlei e futebol, elaboração de projetos que visão a introdução da população de diferentes faixas etárias em atividades esportivas, integração da comunidade de maneira interessante e didática, busca de parcerias com escolas e educadores, educação em saúde, atividades que auxiliam o processo educativo, workshop de alimentação saudável, abordado sempre a alimentação tradicional, contemplando aspectos da cultura alimentar local.

Diante das causas que acarretam o problema em questão propõe-se ações que poderão iniciar um processo de mudança lenta, processual e progressiva. Porém, há que se evidenciar que esta mudança precisa iniciar imediatamente através das ações sugeridas.

CAPÍTULO 7 - REFLEXÃO SOBRE UMA ATIVIDADE DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO “TERRITÓRIO RECORTE”

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são doenças de longa duração e que não são transmitidas de uma pessoa para outras, fatores de risco são os que facilitam o aparecimento de uma doença ou problema de saúde, pessoas que fumam têm mais chance de desenvolverem doenças respiratórias, hipertensão arterial e câncer (BARBOSA, 2003).

Por isso, dizemos que o tabagismo é um fator de risco para essas doenças. Fatores de proteção são aqueles que dão ao corpo maior capacidade de se proteger das doenças. A alimentação saudável ajuda no bom funcionamento do nosso corpo, sendo um bom exemplo de elemento de proteção para os problemas de saúde (BERTO; CARVALHAES; MOURA, 2010).

As DCNT estão relacionadas ao modo de viver das pessoas e a fatores ambientais, geralmente elas não têm apenas uma causa, diferente das doenças infecciosas como a malária, a leishmaniose ou a gripe, que têm um agente etiológico. As doenças crônicas acontecem quando existem condições que facilitam o seu surgimento, entretanto existem também as que ajudam o corpo na proteção contra essas doenças (BARBOSA, 2003).

Os quatro principais fatores de risco para o desenvolvimento de DCNT são: o tabagismo (fumo), o consumo abusivo de bebidas alcoólicas, a falta ou prática insuficiente de atividade física e uma alimentação não saudável. Outra característica importante das doenças crônicas é que elas possuem um caráter hereditário e são inicialmente silenciosas, ou seja, elas acometem o organismo das pessoas sem sinais ou sintomas aparentes no início e com o tempo, a doença vai agredindo os órgãos importantes do nosso corpo (BERTO; CARVALHAES; MOURA, 2010).

A saúde dos povos indígenas de Mato Grosso tem apresentado perfil de morbimortalidade coerente com o que vem acontecendo com a população não indígena, com aumento das doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão arterial e diabetes (GARNELO; PONTES, 2012).

O primeiro Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas (2009) já constatava rápida emergência de hipertensão arterial e diabetes mellitus das populações nas diferentes macrorregiões. Devido às drásticas transformações em seus estilos de vida associadas à interação com a sociedade envolvente, os indígenas começam a sofrer de obesidade, hipertensão arterial e diabetes. Ao longo dos anos, muita coisa mudou no jeito de viver de várias sociedades. Entre os não indígenas as principais modificações ocorrem na forma de trabalhar, de se alimentar e também de se divertir.

Muitas atividades que eram realizadas pelo homem agora são realizadas por máquinas e equipamentos cada vez mais modernos, as pessoas não têm mais dificuldade para se comunicar ou se deslocar para longas distâncias. Os alimentos naturais têm sido substituídos pelos industrializados, que parecem ser mais fáceis de serem preparados e duram mais. No entanto essas transformações trouxeram também problemas para o meio ambiente, para a relação entre as pessoas e para a saúde. Entre os povos indígenas, o modo de viver também está se modificando, estão aparecendo novos alimentos, novos trabalhos e também novas doenças (GIOVANELLA, et al., 2012).

A Diabetes Mellitus é uma doença com alta prevalência de morbidade relacionada as complicações agudas e crônicas, resultando em elevadas taxas de hospitalizações e, também, muitas vezes levando ao óbito, além de significados custos para o Sistema Único de Saúde (SUS) durante o tratamento da doença (ROSA, 2008).

A Diabetes Mellitus é a doença que mais tem crescido ultimamente no meio da população indígena, em razão do resultado da mudança nos hábitos de vida e no consumo de alimentos industrializados (ROSA, 2008).

A proximidade de algumas comunidades indígenas aos centros urbanos dos municípios do estado de Mato Grosso, tem facilitado a mudanças dos hábitos e costumes culturais de muitas comunidades indígenas, através da compra de produtos industrializados ricos em sódio e açúcar, facilmente adquiridos nos mercados locais, levados para dentro das comunidades e conseqüentemente acarretando sérios problemas de saúde como a hipertensão e o diabetes (MARQUES, 2003).

Esta situação é verídica, pelo pouco período de tempo que tenho convivido com os indígenas da comunidade de

Pakuera, tenho visto de perto esta realidade. Os costumes indígenas de lidar com a agricultura e pecuária têm sido substituídos pela comodidade e conforto advindos dos não indígenas, e com isso o aparecimento das enfermidades.

O objetivo sempre foi trazer subsídios no sentido de chamar atenção da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) sobre a necessidade de se trabalhar melhor com a promoção da saúde e a prevenção das doenças, oportunizando através dos resultados de busca ativa estratégias que visem uma assistência com mais qualidade, sendo eficaz e focada no resgate das práticas tradicionais alimentares, no cultivo de produtos nativos da região e no apoio a medicina tradicional indígena, contribuindo assim com a saúde de todos.

Diante deste contexto, temos feito projetos de elaboração de horta comunitária tanto na aldeia Pakuera, quanto nas comunidades vizinhas pretendendo envolver toda a população local, além disso buscamos incentivar a comunidade a introduzir hábitos esportivos no seu dia a dia. A abordagem das doenças crônicas inclui ações para o acompanhamento adequado dos casos já conhecidos e também a prevenção e detecção de novos casos.

Os principais autores desse trabalho são a EMSI e as comunidades. Para isso é muito importante que a equipe de saúde esteja muito integrada, converse com a comunidade e conheça bem os pacientes e portadores de DCNT da sua abrangência.

A informação em saúde tem papel fundamental, é importante também, que o trabalho seja organizado e guiado pela Vigilância de Saúde. As visitas às aldeias, as rodas de conversa, a escuta atenta e qualificada, o acolhimento das pessoas que têm alguns sintomas podem ser a chave para a prevenção e para um bom controle dessas doenças.

A equipe também deve contar com o apoio de outros profissionais que atuam no caso da abordagem às DCNT, o profissional nutricionista tem muito a contribuir, os psicólogos que também desempenham um papel fundamental na condução do bem-estar destes pacientes, já que grande parte cursa com transtornos de depressão e ansiedade após o diagnóstico, uma vez que essas doenças estão relacionadas aos hábitos alimentares e ao estado nutricional.

Como fazer o acompanhamento dos casos já diagnosticados? Fazemos avaliação clínica periódica dos pacientes; oferta contínua de medicação; acesso aos exames periódicos padronizados; acesso aos exames complementares e avaliação com especialidades quando necessário. A prevenção de novos casos deve ser feita através de abordagens individuais e coletivas com as famílias, a comunidade e a escola.

A melhor forma de prevenir as doenças crônicas é diminuindo os fatores de risco. Os indivíduos e as comunidades precisam ser informados sobre as doenças crônicas e os malefícios que elas podem trazer acompanhado das questões que favorecem o seu surgimento. Pessoas com fatores de risco para o desenvolvimento dessas doenças devem ser orientadas para que possam se cuidar e evitar o adoecimento.

Como já mencionado anteriormente, as doenças crônicas não transmissíveis também possuem um caráter hereditário, por isso, podem ocorrer muitos casos em uma mesma família. A abordagem às famílias é fundamental, a pessoa doente e seus familiares devem aprender a conviver com a doença de uma forma tranquila e devem se responsabilizar juntas, pelo tratamento. Para que o paciente consiga mudar alguns hábitos ele também terá que contar com a ajuda da família.

A fim de combater, prevenir, orientar didaticamente como combater o problema de obesidade, hipertensão e diabetes que ocorrem na TI Bakairi propõe-se a criação de um projeto que para ser colocado em prática contará com a participação de médicos, técnicos em enfermagem, agentes de saúde, líderes em geral, educadores e todos numa ação comunitária irão executar as ações propostas.

Dentre essas ações estão: Visitação com profissional responsável nas casas a fim de orientar sobre o processo de alimentação errada e suas consequências; realização de rodas de conversa, apresentação de vídeos, palestras educativas e didáticas.

Todas essas ações tem o objetivo de educar, ensinar, orientar, transformar atitudes e hábitos errados em forma correta de alimentação visando o controle, no caso dos que já tem a doença e preventiva para os filhos, membros da família e demais membros da comunidade.

Acredita-se que dessa forma, com as ações em alta e todos sendo motivados a participarem a equipe que realizará o projeto estará de fato exercendo um processo educativo proporcionando habilidades, oferecendo recursos, através de panfletos, livros, cartazes, filmes, palestras, fotografias, atividades recreativas que trabalhem o corpo, além do velho e bom futebol, paixão nacional, que exercitará essa TI.

Vale ressaltar que todas essas ações só poderão ser positivas em relação a participação da comunidade se houver um acompanhamento pedagógico, pois de nada adianta lançar a proposta, realizar o lançamento do projeto, elaborar panfletos e postar nas redes como trabalho interessante caso não haja o acompanhamento de profissionais que provocarão de fato as mudanças que se fazem necessárias.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realidade dos povos Bakairi como a de outras TI é de certa forma contundente, pois o povo que era, deixou de ser e de ter suas terras, e aquilo que era seu, passou a ser de outros.

Diante da realidade indígena dos povos que pertencem ao DSEI Cuiabá é muito diversificada, lidar com essas diferenças não é tão fácil.

Com o objetivo de propor mudanças e transformações conceituais, vivenciais e sociais nesse povo é que buscou-se apresentar esse povo com suas nuances culturais, suas doenças, seus artesanatos, suas crenças e suas personalidades incomparáveis.

Entende-se que o objetivo principal é conscientizar os povos sobre a importância dos modos alimentares como forma preventiva de doenças crônicas, como objetivos secundários promover atividades que auxiliem nesse processo educativo.

Dessa forma conclui-se que tudo é possível, tudo é adaptável, tudo é modificável, enfim as mudanças podem ocorrer a partir de iniciativas, de soluções que provoquem essas mudanças.

Reporto-me ao fato inicial citado na apresentação em que o meu sonho era ser médica e hoje realizando este sonho, sou médica, 27 anos estou a propor que ações sejam realizadas para auxiliar no processo preventivo no combate a obesidade e doenças crônicas de um povo que merece o nosso respeito.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABUTAKKA, A.; LIMA, M. B. **Mato Grosso em números**. Cuiabá/MT: Secretaria de Planejamento/Seplan, 2006.

Associação Brasileira de Saúde Coletiva. **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas. Relatório final**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Saúde Coletiva; 2009.

BARROS, E. P. **Kura Bakairi/Kura Karaiwa: Dois Mundos em Confronto**. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade de Brasília, Brasília, 1977.

BARROS, E. P. **Os Filhos do Sol: história e cosmologia na organização de um povo Karib: os Kurâ-Bakairi**. São Paulo: EdUSP, 2004.

BARBOSA, J. B. **Doenças e agravos não transmissíveis: bases epidemiológicas**. 6a ed. Rio de Janeiro, 2003.

BERTO S. J. P.; CARVALHAES M. A. B. L.; MOURA E. C. **Tabagismo associado a outros fatores comportamentais de risco de doenças e agravos crônicos não transmissíveis**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2010.

BRASIL. Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 1999.

BRASIL. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. - 2ª edição - Brasília: Ministério da Saúde**. Fundação Nacional de Saúde, 2002.

CAMARGO, A.P.; MARIN, F.R.; CAMARGO, M.B.P. **Zoneamento climático da heveicultura no Brasil**. 19p. Campinas: Embrapa Monitoramento por Satélite, Documento 24, 2003.

COLLET, C. L. **Ritos de civilização e cultura: a escola bakairi**. Tese de Doutorado em Antropologia Social. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio Janeiro (UFRJ), 2006.

DIEHL E. E.; LANGDON E. J.; SCOPEL R. P. D. **Contribuição dos agentes indígenas de saúde na atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas brasileiros**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, p. 819-831, 2012.

EMBRAPA - Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária. **Tecnologias da Produção de Soja na região central do Brasil**. 2004.

SCOREL S. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 911-932. 2012.

FELFILI, J.M., CARVALHO, F.A.; HAIDAR, R.F. **Manual para o monitoramento de parcelas permanentes nos biomas Cerrado e Pantanal**. EdUnB, Brasília, p. 55, 2005.

FERREIRA, E. S. **O estatuto da cidade como instrumento do planejamento urbano nos municípios de Cuiabá e Várzea Grande - MT**. Dissertação de mestrado - Universidade Federal de Mato Grosso, Instituto de Ciências Humanas e Sociais, Programa de Pós-Graduação em Geografia, Cuiabá, 2015.

GARNELO, L.; PONTES A. L. **Saúde Indígena: uma introdução ao tema**. Brasília: MEC-SECADI, 2012.

GIOVANELLA, L.; SCOREL S.; LOBATO L.V.C.; NORONHA J.C.; CARVALHO A.I. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012.

GOMES, S. C.; ESPERIDIAO, M. A. **Acesso dos usuários indígenas aos serviços de saúde de Cuiabá**. Mato Grosso, Brasil. Cad. Saúde Pública, 2017.

IBGE. **Os indígenas no Censo Demográfico 2010: primeiras considerações com base no quesito cor ou**

raça. Trabalho elaborado em comemoração ao Dia do Índio. Disponível em:
[Http://www.ibge.gov.br/indigenas/indigena_censo_2010](http://www.ibge.gov.br/indigenas/indigena_censo_2010). Acesso em: 16 de janeiro de 2021.

LANGDON, E. J.; DIEHL E. E. **Participação e Autonomia nos Espaços Interculturais de Saúde Indígena: reflexões a partir do sul do Brasil.** Saúde Soc. São Paulo, v.16, n.2, p.19-36, 2007.

LIRA, G. **O estado e a capital Cuiabá.** Câmara Tapurah Governo Estadual, Cuiabá- MT, 2011.

MARQUES, I. M. S. F. **A política de atenção à saúde indígena: implementação do distrito sanitário especial indígena de Cuiabá - Mato Grosso.** Dissertação de mestrado Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. 2003.

NOVO, E. M. L. M. **Sensoriamento Remoto, Princípios e Aplicações.** São Paulo: Edgar Blucher, 1989.

PASCHOIOTTO, P. A. **O Marechal Cândido Rondon: dados geográficos do geocientista e a idealização do Centro Geodésico da América do Sul no Estado de Mato Grosso.** Cuiabá, 2012.

PERUARE, V. A. **Yakuigady: cultura e sustentabilidade nas máscaras rituais do povo KurâBakairi.** Trabalho de Conclusão Curso de Mestrado. Centro de Desenvolvimento Sustentável, Universidade de Brasília, Brasília. 2012.

RIBEIRO A. A, FORTUNA C. M, ARANTES C. I. S. **O trabalho de enfermagem em uma instituição de apoio ao indígena.** Texto Contexto Enferm. n. 24 p. 138-45. 2015.

ROSA R.S.; SCHMIDT M.I. **Diabetes Mellitus: magnitude das hospitalizações na rede pública do Brasil, 1999-2001.** Epidemiol Serv Saúde. 2008.

SCHWEIKART, J. F. **Aspectos sociolinguísticos e culturais de dois povos indígenas no mato grosso, brasil: algumas considerações.** Rev. Educ., Cult. Soc., Sinop/MT/Brasil, v. 6, n. 1, p. 205-221. 2016.

SANTOS, R.V. **Demografia dos Povos Indígenas no Brasil: um panorama crítico.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

SILVA, M. A. **Educação Escolar Indígena Kurâ-Bakairi: Uma contribuição ao pensamento educacional específico e diferenciado.** Especialização, Universidade Estadual de Mato Grosso, Barra dos Bugres. 2004.

SIQUEIRA, E. M. **História de Mato Grosso: Seleção de Conteúdo para o Concurso Público do Governo de Mato Grosso.** Cuiabá: Entrelinhas, 2009.

SESAI. **SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE ÍNDIGENA,** 2012. Disponível em
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sesai/2014/prt0015_21_05_2014.html. Acesso em: 13 de janeiro de 2021.

TAUKANE, E. C.; TAUKANE, D. Y. **Egá kura waunlo xina: veja nosso povo, somos assim.** Brasília: Funai, 1993.

VIEGAS, S. M. F. PENNA, C. M. M. **O vínculo como diretriz para a construção da integralidade na estratégia saúde da família.** Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, vol. 13, n. 2, p. 375-385 Universidade Federal do Ceará Fortaleza, Brasil, 2012.