



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

DANIEL CONDE CASSIMIRO

PREVALÊNCIA DE HIPERTENSÃO SISTÊMICA NA TI NAMBIKWARA DO DSEI  
CUIABÁ-MT

SÃO PAULO  
2021

DANIEL CONDE CASSIMIRO

PREVALÊNCIA DE HIPERTENSÃO SISTÊMICA NA TI NAMBIKWARA DO 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**

Este trabalho possui como objetivo geral expor uma situação problema dos indígenas Nambikwara com elementos constituintes e ações de atenção aos que apresentam um quadro de prevalência de hipertensão sistêmica que adaptadas às vulnerabilidades da saúde indígena poderão ocasionar doenças crônicas. Especificamente os objetivos são identificar as causas e sugerir possíveis intervenções de profissionais específicos que possam solucionar tal situação problema prestando atenção aos pacientes apresente a prevalência de hipertensão sistêmica e que poderão desenvolver doenças cardíacas. As ações propostas serão adaptadas ao ambiente indígena levando em conta os fatores sociais, culturais, ambientais e econômicos. O Protocolo de atenção aos indígenas que apresentam um quadro de prevalência de hipertensão sistêmica é respeitar a multiculturalidade desses povos, porém intervir de forma eficaz a fim de promover uma metodologia de orientação através da intervenção com profissionais específicos com palestras, roda de conversa, atividades físicas dentre outras. Compreende-se que as mudanças comportamentais não ocorreram de forma total, porém ressalta-se que há um desafio a ser vencido diariamente. Nos dois capítulos iniciais serão evidenciados sobre o Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) com imagens, gráficos, tabelas sobre os aspectos sócio ambientais, culturais e organizacionais através da apresentação do organograma do DSEI com histórico do território recorte numa exposição, de forma didática, a fim de incentivar a leitura da dissertação em pauta. Nos capítulos quatro e cinco contempla-se a descrição da etnia do território recorte com possíveis determinantes do processo saúde doença e as práticas tradicionais de atenção à saúde, a prevenção de doenças e cura.

### **Palavras-chave:**

Educação em Saúde. Prevenção Primária. Hipertensão.

## **APRESENTAÇÃO**

Em julho de 2018 havia acabado de me formar em medicina na cidade de Santa Cruz de La Sierra, Bolívia, quando surgiu a oportunidade de me inscrever no Programa Mais Médico pelo Brasil (PMMB). No mês de dezembro do mesmo ano ao ser publicado o edital do Programa Mais Médico pelo Brasil (PMMB) para a contratação de novos médicos, me inscrevi. Mas a espera para esse processo foi uma longa e árdua trajetória de incertezas e instabilidades. O período da escolha de vagas foi agendado para o início de fevereiro de 2019, no dia definido para isso ocorreu um congestionamento no site do SGP devido ao excesso de candidatos, as vagas se esgotaram em menos de trinta minutos e muitos não conseguiram acessar com isso perderam a vaga e dentre esses tantos eu fui um que não conseguiu. Porém como mencionei anteriormente a caminhada estava apenas no início. Desistir não estava em meus planos, até então sem vaga, eu não me dei por vencido e juntamente com um grupo de amigos entramos com uma ação judicial reivindicando uma vaga no programa. Fomos informados que havia vagas excedentes que não tinham sido ofertadas no site e diante da possibilidade de preencher essas vagas decidimos reivindicar através dos meios jurídicos a legalidade para ingressarmos no programa. Passaram-se os dias e em cada um deles a incerteza aumentava, pois o acolhimento para os novos médicos do programa em Brasília já havia começado enquanto eu e meus amigos esperávamos a liminar judicial. Já estávamos no mês de março quando o processo seguiu para outra instância e finalmente no dia 22 do mês em curso, o penúltimo dia do módulo de acolhimento, por fim a liminar foi concedida e o parecer foi favorável.

Durante o período de espera do resultado para ingresso no Programa Mais Médico pelo Brasil (PMMB), eu já estava residindo em Cuiabá com uns amigos quando recebemos a notícia da liminar favorável, imediatamente, nos deslocamos, por conta própria, para Brasília e após o Ministério da Saúde ser intimado ocorreu a liberação para entrarmos no programa. Na semana seguinte foi marcado um dia específico para que escolhêssemos a vaga e por coincidência ou destino, havia uma vaga para o DSEI Cuiabá, que consegui selecionar. Apesar de ser de Goiás, escolhi o Mato Grosso para focar mais nos estudos. Pelo fato de ter entrado no programa mais tardiamente, quando cheguei ao DSEI Cuiabá todos os outros médicos já estavam em área, então minha entrada foi adiada para o mês de abril. A etnia escolhida pelo Distrito para atendimento foi a etnia Pareci, que se localiza nos municípios de Tangará da Serra, Conquista do Oeste e Sapezal. Minha área compreendia o Polo Base Três Lagoas, UBSI Aldeia Nova Esperança, onde ocorreu o acolhimento inicial dos profissionais (Figura 1) com os quais ali convivi. Ressalto que este acolhimento foi de suma importância por se tratar do meu primeiro contato com a saúde indígena. Essa acolhida contribuiu significativamente para o processo de adaptação desse novo desafio: trabalhar na Saúde Indígena.

### **Figura 1: Acolhimento inicial dos profissionais**





Fonte: Acervo pessoal

A minha estada nesse polo durou até o mês de agosto de 2019. Ocorreram alguns conflitos políticos no Polo Três Lagoas. Toda a equipe foi remanejada por questões de segurança e a coordenação decidiu por não realizar o meu remanejamento dentro do Polo Tangará e me enviaram para o Polo Brasnorte com o objetivo de trabalhar com a etnia Iranxe Manoki. Neste Polo não permaneci nem uma semana, porque segundo o Conselho Local de Saúde, o remanejamento teria sido feito sem aviso prévio do Distrito gerando assim um segundo conflito. Nessa ocasião a população recusou a minha permanência em área e reivindicaram o médico anterior. Nesse vai e vem à coordenação decidiu me enviar para o Polo Comodoro para trabalhar com a etnia Nambikwara, (Figura 2), onde estou desde o mês de setembro de 2019.

**Figura 2 - Nambkwara**



Fonte: <https://indigenasbrasileiros.blogspot.com/2016/01/nambikwara.html>

Minha maior expectativa frente ao trabalho com a população indígena é que um dia eles possam chegar ao entendimento de que o profissional é um auxiliar no processo de construção da saúde e não o protagonista (Figura 3). Todas as mudanças que envolveram esses povos aconteceram como uma invasão que afetou o processo de sociabilização transformando-os em coadjuvantes. Espera-se que a partir das ações educativas seja possível conquistá-los a fim de estes sejam os principais participantes na mudança de postura em relação aos cuidados preventivos a partir da medicina.

**Figura 3 - O médico e o índio**



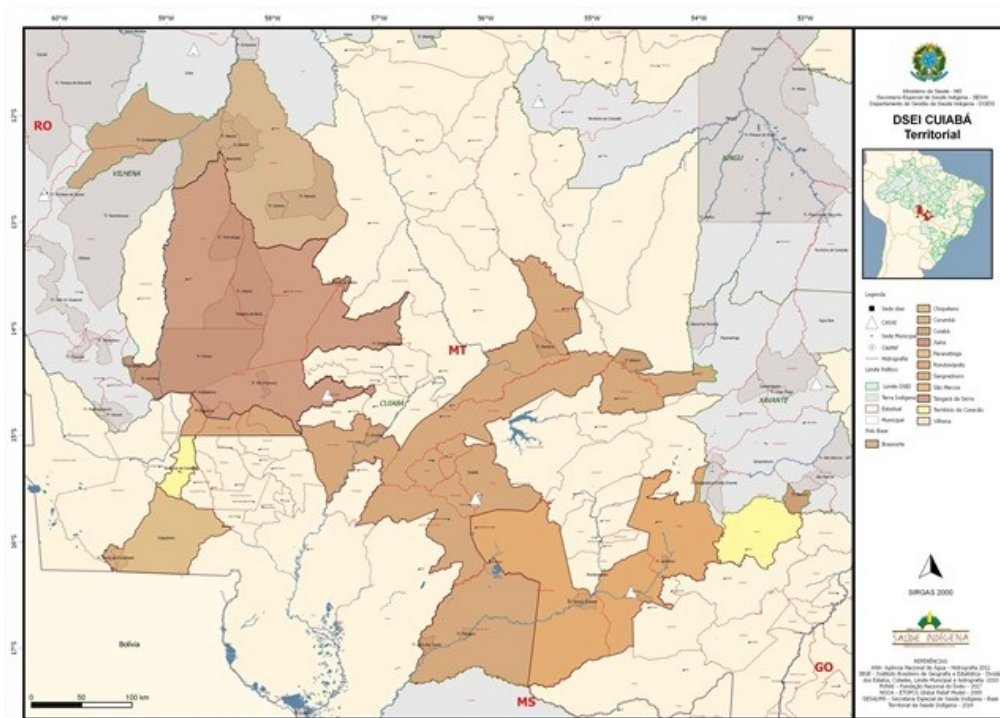
Fonte: Acervo pessoal

Compreende-se que a grande dificuldade relacionada à população indígena é o fato dela não entender que a mesma é parte fundamental dessa construção em prol da mudança de atitudes, pois tudo começa com cada um fazendo a sua parte, tanto os indígenas quanto os profissionais de saúde e o próprio estado a partir das instituições específicas, uma vez que se somente o profissional estiver nessa luta, não será possível alcançar uma evolução nesse processo de fator educacional. Sigo na continuidade da realização desse sonho diariamente. Os verbos: prevenir, cuidar, orientar, dectar, observar, analisar, diagnosticar sempre foram meus parceiros. Continuo assim na certeza de que posso ser útil e de que dias melhores virão, seja aqui ou em outro lugar.

## CAPÍTULO 1 - ASPECTOS FÍSICOS, DEMOGRÁFICOS E SOCIOAMBIENTAIS DO DSEI

A partir da exposição descritiva do território do DSEI Cuiabá, no qual atuo como médico. A proposta é abordar os aspectos físicos, demográficos e sócios ambientais do DSEI, a localização geográfica (Figura 4), onde observa-se os limites e extensão territorial.

**Figura 4 - Localização Geográfica**



Fonte: <https://fundacaosvposs.com.br/projetos/saude-indigena> - acesso 26/01/2021

O DSEI Cuiabá localiza-se no interior e leste do estado do Mato Grosso e na fronteira com Bolívia, à Rua Rui Barbosa, nº 282, Goiabeiras. Cep: 78032-040, Cuiabá – MT, conta com uma população geral de 6.830 indígenas, com 10 etnias diferentes, 120 aldeias, com o estado de Mato Grosso como abrangência e 16 municípios abrangentes de acordo com o( DASI/2017 ), (Figura 5).

**Figura 5 - Localização do DSEI Cuiabá**



<b>IDENTIFICAÇÃO:</b>	
Nome do Órgão:	DSEI CUIABÁ
Número CNES:	7017650
CNPJ:	0394544/0094-84
Endereço:	Rua Rui Barbosa, 282
E-mail:	<a href="mailto:dseicgb.sesai@saude.gov.br">dseicgb.sesai@saude.gov.br</a>
Telefone:	(65) 3624 – 1050
<b>INFORMAÇÕES DA GESTÃO</b>	
Coordenador Distrital:	<b>AUDIMAR ROCHA SANTOS</b>
E-mail do Coordenador:	<a href="mailto:audimar.santos@saude.gov.br">audimar.santos@saude.gov.br</a>
População do DSEI:	8.667 (*)
Etnias	10
Polos Base	11
Nº de aldeias	178
CASAI	4
UBSI	51
Sistemas de Abastecimento de Água	127

FONTE: Painel SIASI 16/12/2019

Fonte: SIASI/2019 - acesso 8/01/2021

O Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Cuiabá se estende pelo estado de Mato Grosso, localizado na região Centro-Oeste. Seus limites geográficos são: Amazonas e Pará (norte); Tocantins e Goiás (leste); Mato Grosso do Sul (sul) e Rondônia e Bolívia (oeste). O Distrito faz fronteiras com os seguintes estados: Goiás, Amazonas, Pará, Tocantins e Mato Grosso do Sul. O clima predominante é tropical. Seus relevos são: chapadas e planaltos na região central, planície com presença de pântanos na região oeste, planaltos residuais ao norte e depressões ao sul do estado. A vegetação compreende o cerrado na área leste, pantanal na área oeste e floresta amazônica a noroeste. Em relação à ambientação, clima, vegetação far-se-á uma breve descrição do espaço onde se localiza o DSEI Cuiabá, a região, os limites, o município a fim de que haja uma familiarização com a localidade e com objetivo de tornar a leitura um pouco mais pedagógica e explicitar os aspectos referentes a essa região que abriga o DSEI Cuiabá. (MS, 2001).

### **1.1. A região Centro-Oeste, extensão territorial**

Os estados de Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Goiás e o Distrito Federal compõem a região centro-oeste do país, que por muito tempo foi uma área espanhola, devido ao Tratado de Tordesilhas, que foi 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, (Figura 6), demonstram 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.

**Figura 6 - Mapa da região centro-oeste**



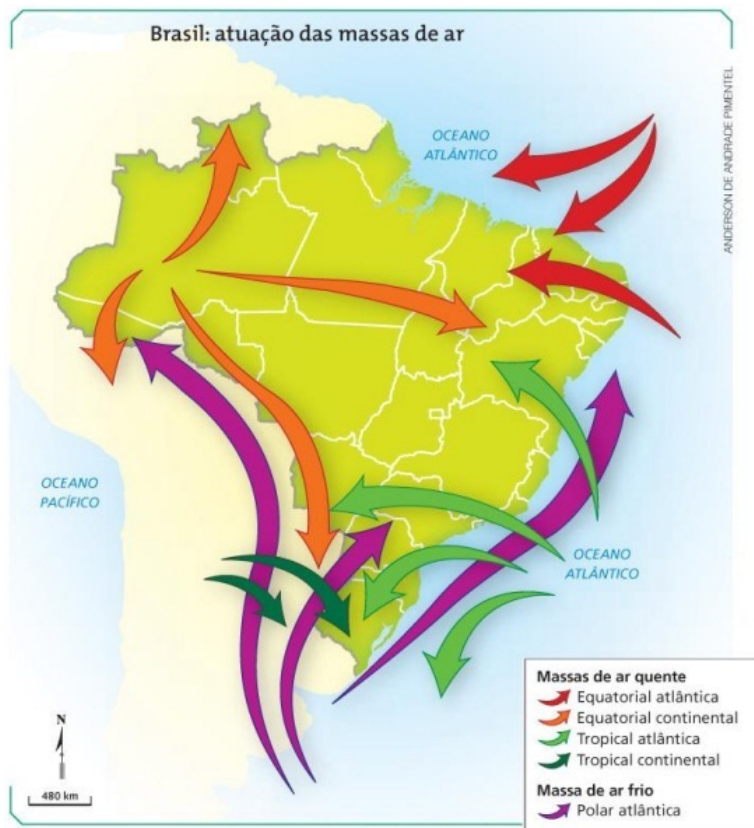
Fonte: <https://www.coladaweb.com/geografia-do-brasil/regiao-centro-oeste> - acesso 2021

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. A área do estado de Mato Grosso é de 906.806 Km<sup>2</sup>. 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). 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).

## **1.2. Variação climática**

Nessa região a predominância é de clima tropical, com temperaturas elevadas, verão chuvoso e inverno muito seco. Em algumas áreas, por exemplo, no norte do Mato Grosso, manifesta-se o clima equatorial. 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 Atlântica conforme é possível observar na (Figura 7).

**Figura 7 - Variação climática e massas de ar**



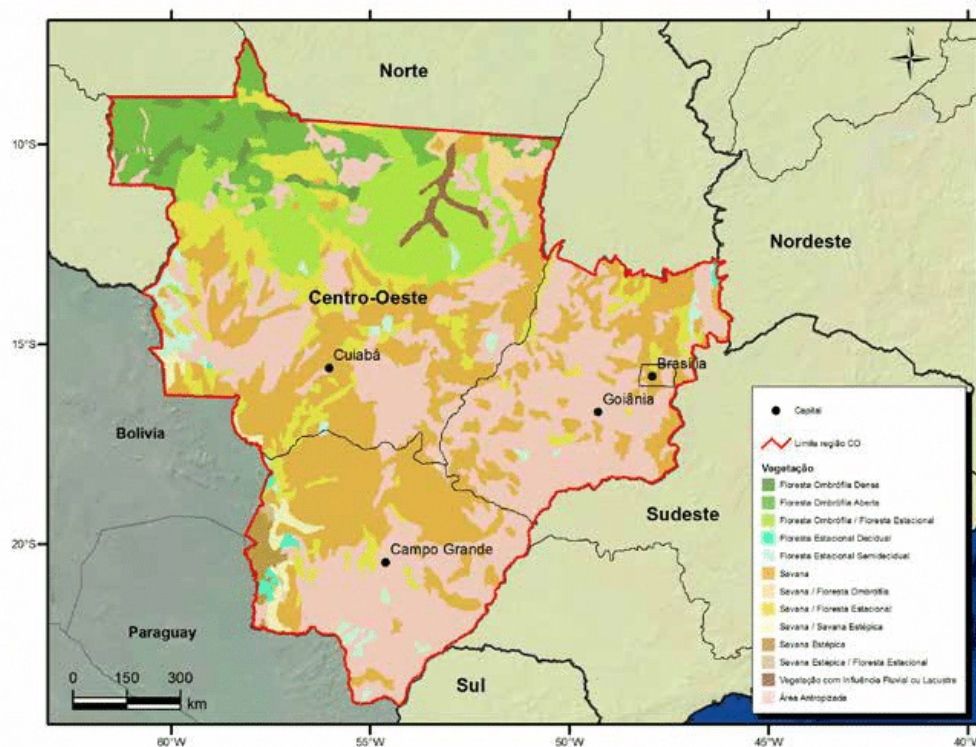
Fonte: [HTTPS://www.slideshare.net/hedermt/geografia-de-mato-grosso](https://www.slideshare.net/hedermt/geografia-de-mato-grosso) - acesso 02/01/2021

A variação de temperatura é pouca e as chuvas acontecem principalmente no período de dezembro a fevereiro. O clima predominante é o temperado, já no sul predomina o clima seco e chuvas. 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 chega o calor que 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. A precipitação média anual é de 1.469,4 mm, com intensidade máxima em janeiro, fevereiro e março. A temperatura máxima média chega aos 35°C, mas as máximas absolutas podem chegar aos 40°C nos meses mais quentes e abafados; em dias chuvosos, a temperatura máxima não passa de 20 graus. A mínima média em julho, o mês mais frio, é de 9,0°C. Segundo o INMET (1961-1990), a menor temperatura registrada foi de 1,3°C em 18 de julho de 1997 e a maior de 33,1°C, em 16 de outubro de 2009.

### 1.3. Vegetação

Sobre a vegetação da região destaca-se a formação ocupada pelo bioma Cerrado em que as árvores são de tamanhos variados, predominando as de pequeno porte com troncos de casca grossa e galhos retorcidos, as folhas são duras e as raízes profundas, sendo estas capazes de extrair água do subsolo, principalmente durante o período de seca e o norte do Mato Grosso é coberto pela floresta Amazônica. Já no sul do Mato Grosso do Sul, surgem os Campos, próprios para a criação de gado. Sobre o bioma Pantanal Mato-Grossense é uma grande planície alagável (MT e MS), constata-se uma diversidade de formações vegetais: matas, cerrados, palmáceas, xerófilas e campos (pecuária extensiva). Esse bioma acabou por tornar-se o símbolo da região Centro-Oeste, porém retomando para a vegetação do estado de Mato Grosso a Floresta Amazônica, por ser a maior floresta do mundo cobrindo parte de oito países e também o norte do estado de Mato Grosso conforme comprava-nos a (Figura 8), além do Cerrado e faixas de transição como o Pantanal, Xingu e Cachimbo.

**Figura 8 - Vegetação da Região Centro-Oeste**



Fonte: IBGE, (2004b)

A vegetação é rica devido às formações de matas, de cerrados, de palmáceas, de xerófilas e de campos (pecuária extensiva) que reflete na ambientação perfeita devido à vegetação da floresta Amazônica. 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.

#### **1.4. Aspectos demográficos**

O DSEI Cuiabá possui atualmente uma população de 8.667 (oito mil seiscentos e sessenta e sete) indígenas, em 178 (cento e setenta e oito) aldeias (Painel SIASI 16/12/2019), dispersas em 31 Terras Indígenas no estado de Mato Grosso totalizando a extensão territorial: 3.472.817,00 (três milhões quatrocentos e setenta e dois mil oitocentos e dezessete) hectares. O DSEI se estende por 18 municípios, sendo eles: Barão de Melgaço, Barra do Bugres, Brasnorte, Campo Novo do Parecis, Comodoro, Conquista D'Oeste, Diamantino, General Carneiro, Nobres, Paranatinga, Nova Lacerda, Porto Esperidião, Poxoréo, Rondonópolis, Santo Antônio do Leverger, Sapezal, Tangará da Serra e Planalto da Serra. Mato Grosso tem uma população de 3.526.220 hab. (19º) segundo IBGE de 2019, com uma densidade demográfica de 3,36 hab./km<sup>2</sup> (25º).

Pelas características encontradas no Estado o predomínio é de pessoas adultas e com um índice de declínio para jovens e aumento de idosos. 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. A população indígena marca presença na composição desse estado. (Figura 9).



**Figura 9- A população indígena de Mato Grosso**



Fonte: [HTTPS://ptnacamara.org. BR/portal](https://ptnacamara.org.br/portal) Acesso em 09/01/2020. Foto: Marcos Vergueiro/Secretaria de Cultura

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. A população mato-grossense reside em sua grande maioria nas áreas urbanas sendo cerca de 80% e os 18% restantes reside em áreas rurais.

### **1.5. A Capital, o município**

A Capital Cuiabá está situada à margem esquerda do rio de mesmo nome e forma uma conurbação com o município de Várzea Grande. Segundo a estimativa realizada em 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 área tombada que demonstra a arquitetura do período colonial e atualmente é uma parte do centro de Cuiabá. (Figura 10).

**Figura 10 - Centro de Cuiabá-MT**



Fonte: <http://portal.iphan.gov.br/pagina/detalhes/368/>- acesso 10/01/2020

Fundada em 1719, ficou praticamente estagnada desde o fim das jazidas de ouro até o início do século XX. Desde então, apresentou um crescimento populacional acima da média nacional atingindo seu auge nas décadas de 1970 e 1980. Nos últimos 15 anos, o crescimento diminuiu acompanhando a queda que ocorreu na maior parte do país. Hoje, além das funções político administrativas é o polo industrial, comercial e de serviços do estado. É conhecida como "cidade verde", por causa da grande arborização. 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. 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 índios coxiponés. Com o ocorrido, voltaram e, no caminho, encontraram ouro, deixando, então, a captura de índios para se dedicar ao garimpo. Em 1719, Pascoal Moreira foi eleito, em uma eleição direta em plena selva, comandante da região de Cuiabá.

### **1.6. Limites**

De acordo com o IBGE (2014), 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. Situado na atual praça Pascoal Moreira Cabral, foi determinado por Marechal Cândido Rondon, em 1909 (o correto ponto do centro geodésico já foi contestado, mas cálculos feitos pelo Exército Brasileiro confirmaram as coordenadas do marco calculadas por Rondon). 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, limite entre a capital e Várzea Grande. O município se encontra no divisor de águas da bacia 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 da temperatura no inverno poder chegar esporadicamente aos 10 graus, fato atípico, causado pelas frentes frias que vem do sul, e que podem durar apenas um ou dois dias

consecutivos, para logo em seguida voltar ao calor habitual.

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; STAUFFER; 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. 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. (PNASPI, 2002).

### **1.7. A agricultura**

Por ser a segunda maior região do país, o Centro-Oeste tem a sua composição populacional de brancos e caboclos dentre as cidades mais populosas da região destacam-se: Brasília, Goiânia, Cuiabá, Campo Grande e Anápolis. Os indígenas que habitam a região vivem em aldeias isoladas em algumas reservas e parques indígenas. Eles se dedicam, em geral, a pequenas lavouras, criação de gado, artesanato, garimpagem, caça e pesca, contudo sofrem com as frequentes invasões de suas terras. Além dos indígenas fazem parte da paisagem humana do Centro-Oeste o vaqueiro do Pantanal, o boiadeiro de Goiás, os peões das fazendas de gado e os garimpeiros. (MOUTINHO,2014).

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. Além disso, houve também uma intensiva devastação do Cerrado, que conta atualmente com menos de 20% de suas reservas originais conforme PENA (2019).

### **1.8. Transporte**

O Meio de transporte mais utilizado é o terrestre, em apenas 03 (três) aldeias o acesso é fluvial. São 89 aldeias sem nenhum tipo de unidade de saúde, sendo as visitas realizadas pela equipe de casa em casa, com o acompanhamento do AIS, quando existe esse profissional na aldeia. As distâncias médias da aldeia ao Polo ou UBSI variam de 5 km a 320 km da unidade mais próxima. (MOUTINHO, 2014).

No próximo capítulo serão abordados os aspectos históricos e políticos do DSEI, sua organização, os serviços que são oferecidos aos indígenas pelo DSEI e o atendimento de saúde.

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

Conforme a Fundação Nacional de Saúde (2002), a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) foi criada a partir da necessidade de reformular o sistema de gerenciamento da gestão da saúde indígena no país. O objetivo central refere-se ao exercício da gerir a saúde indígena, protegendo, promovendo e recuperando a saúde dos povos indígenas, bem como orientando o processo de aplicações das ações que se referem à saúde do indígena no que diz respeito à educação, o perfil epidemiológico e a condição sanitária de cada Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI).

A Constituição Federal referencia sobre o direito à saúde para as populações indígenas, em seus artigos nº 231 e 232 quando admite toda a organicidade dos indígenas nos aspectos social e cultural. 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 (2007) se propôs, após a avaliação em relação à saúde desses povos, a criação de um sistema de saúde específico para os povos indígenas. 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.

A esse direito foi adicionado um quesito especial referente à saúde dos povos indígenas como sendo parte do Sistema Único de Saúde (SUS). Sendo 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, 1990).

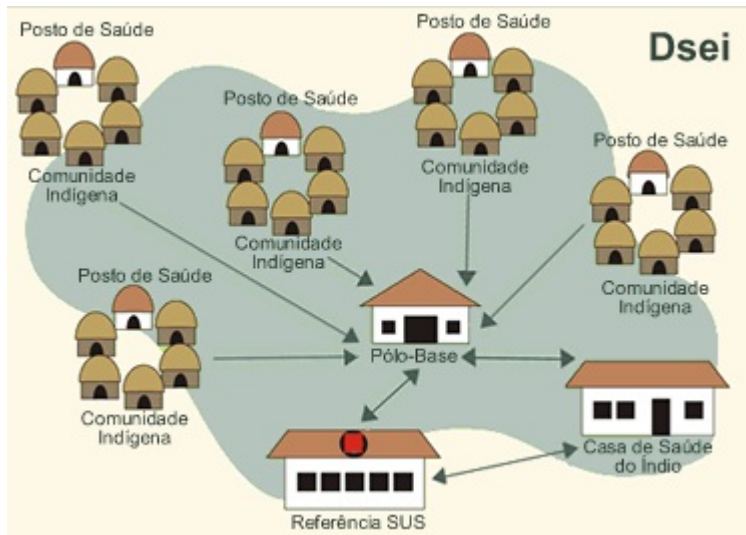
Com a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), sem dúvida nenhuma esse foi um marco relevante que premiou as várias reivindicações daqueles que vivenciavam as necessidades do povo indígena espalhado pelo país. De acordo com Viegas e Penna (2012), a regulamentação dessa lei criou regras para atendimento 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 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 índios 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”. 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 (PNASPI, 2002).

Em 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 SESA (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). 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 (Figura

11), instituiu a organização da Secretaria Especial da Saúde Indígena (SESAI). (PNASPI, 2002).

**Figura - 11 Modelo da estrutura organizacional básica da SESAI**



Fonte: Ministério da Saúde (<http://www.saude.gov.br/saude-indigena/sobre-a-area>), com adaptações na imagem para refletir as mudanças recentes na estrutura da Sesai feitas por meio do Decreto 9.795, de 17/5/2019

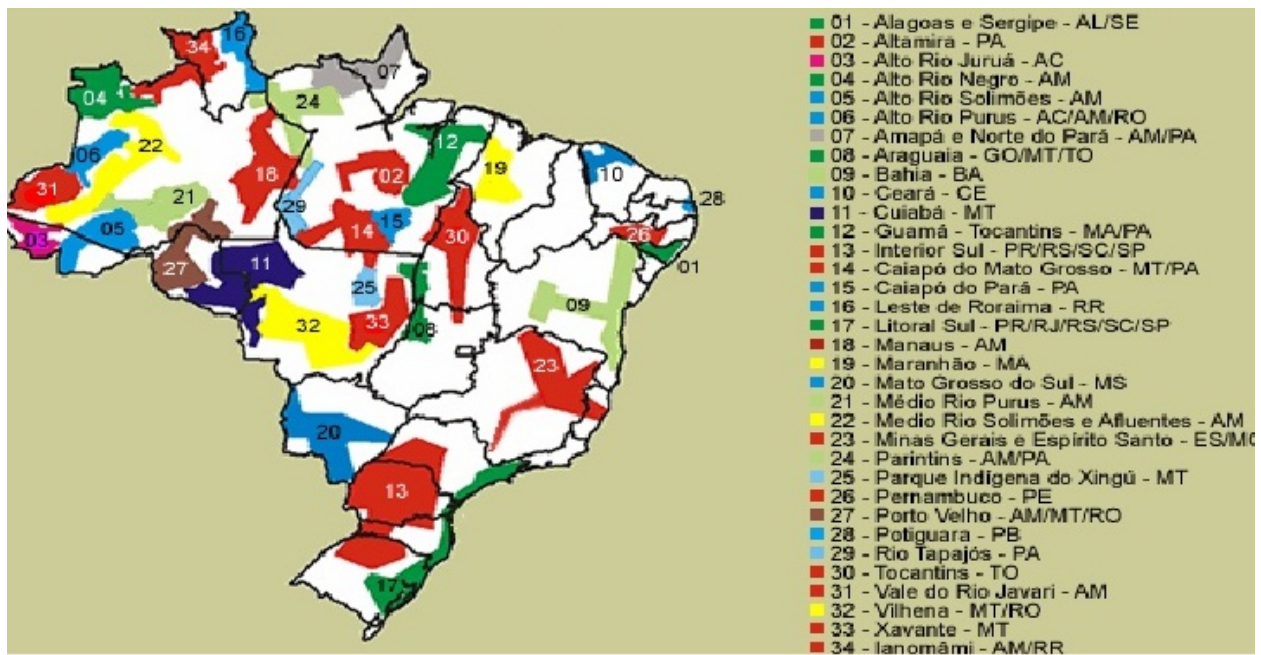
O Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) é um modelo de organização de serviços - orientado para um espaço etno-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado - que contempla um conjunto de atividades técnicas que se fundamentam em medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde.

A organização do serviço de atenção básica conta com 17 Equipes multidisciplinares de saúde indígena (EMSI), formada por Enfermeiros, Médicos, Técnicos em enfermagem, Auxiliares de enfermagem Indígenas, Agentes Indígenas de Saúde (AIS), Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN) e Agentes de Saúde Bucal indígena, distribuídos em 11 Polos Base. Estes Polos se dividem em duas categorias: Polo Base Assistencial, localizado dentro do território indígena, são eles: Bacaval, Rio Verde, Três Lagoas, Meruri, Pakuera, Chiquitano e; Polos Base Administrativos: localizados na sede de municípios da área de abrangência do território, são eles: Cuiabá, Rondonópolis e Brasnorte. Os indígenas que necessitam de atendimento complementar a Atenção Básica ou de média e alta complexidade contam com uma rede de apoio de Casas de Saúde Indígena (CASAI), estrategicamente localizadas considerando a capacidade instalada de cada município e o acesso da população indígena, assim localizadas nos municípios de Tangará da Serra, Cuiabá, Rondonópolis e Brasnorte. (MS, 2002).

A quantidade de Distritos Sanitários Especiais Indígenas, (Figura 12) 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.

**Figura 12- Total de Distrito Sanitário Especial Indígena**





Fonte: <https://IBGE.com.br> acesso: 10.01.2021

A rede de atenção à saúde indígena é organizada a partir da estratégia dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). O DSEI se baseia em um modelo de gestão e de atenção descentralizado, com autonomia administrativa, orçamentária, financeira e com responsabilidade sanitária. (MS, 2002).

## 2.1. UM BREVE HISTÓRICO DA FORMAÇÃO DOS DSEI

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), que é implementada pela Política Nacional de Saúde (PNS) também é sustentada pela lei 8080/90, e tem como dever proporcionar o direito dos índios respeitando as diversidades culturais e territoriais de cada nação indígena. A partir desse princípio o território brasileiro foi dividido em trinta e quatro DSEIs (Figura 12).

Os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), espalhados pelo Brasil estão assim distribuídos conforme o mapa evidenciado: 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; Guamã-Tocantins; 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 Tapajós- PA; Médio Rio Solimões e Afluentes-AM; Tocantins - TO; Vilhena- RO/MT; Xavante- MT; Parque Indígena do Xingü - MT; Ianomâmi- RR/AM. (MS, 2002).

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, 2014). Essa metodologia de distribuição dos distritos sanitários a partir das observações já mencionadas contava com a seguinte organização (Figura 9), o DSEI possui PB e Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI). (MS, 2002).

É preconizado pela PNASPI que as EMSI deverão contar com médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem,

odontólogos, além de 21 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 (MS, 2002).

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 (MS, 2002). Para TORRES (2010) é a ponte entre as concepções de saúde e de mundo de ambas as culturas, sendo muitas vezes o único profissional de saúde do local quando os demais integrantes da equipe estiverem ausentes. O PB 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 (MS, 2002).

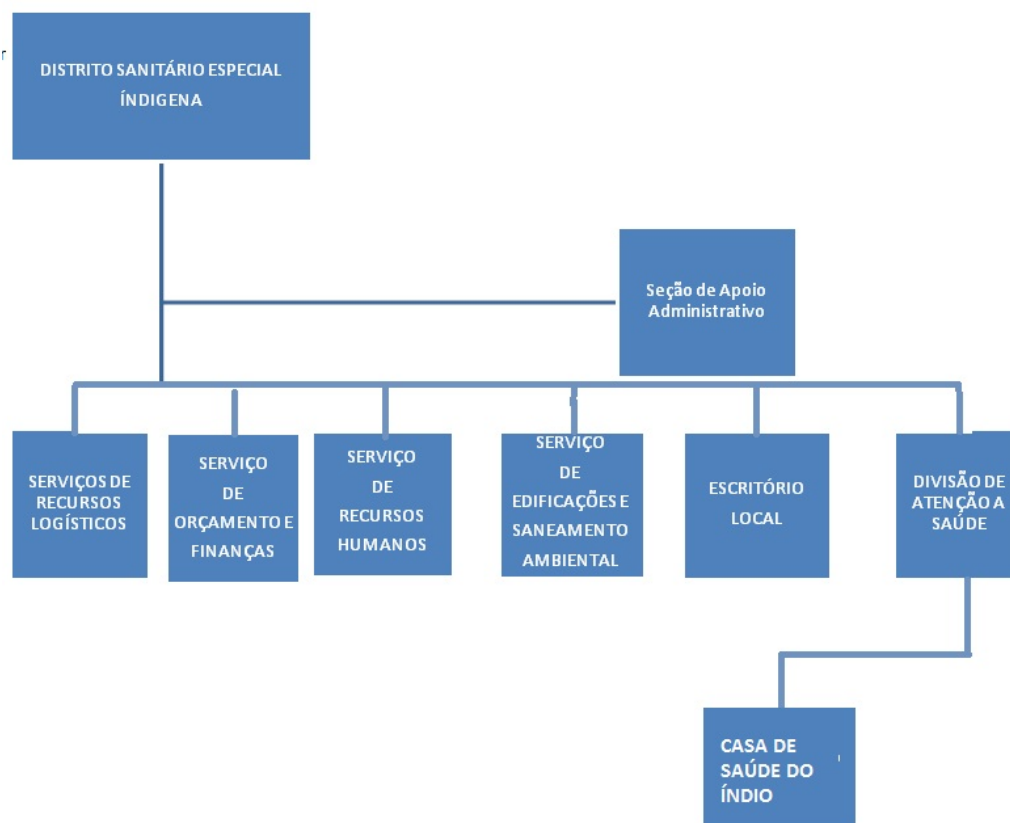
Uma vez na rede SUS, o paciente indígena receberá suporte das Casas de Saúde Indígena (CASAI) que deverão fornecer alojamento e alimentação para os pacientes e seus acompanhantes, bem como apoio de enfermeiros 24 horas por dia, agendamentos de consultas, exames, além de esclarecimentos relacionados ao 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 (MS, 2002) O Distrito Sanitário Especial Indígena por sua vez é uma unidade organizacional compreendida como uma base territorial e populacional, sob responsabilidade sanitária claramente definida, que visa medidas qualificadas e racionalizadas de atenção à saúde. Atualmente no DSEI Cuiabá, a atenção básica é realizada por intermédio de dezessete Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), sendo que a elas estão integradas os Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e os Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN), falar dos outros profissionais da EMSI. (MS 2002)

## **2.2. O DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA E O POLO BASE CUIABÁ**

Com sede na capital, o DSEI Cuiabá atende aos municípios de Barão de Melgaço, Barra do Bugres, Brasnorte, Campo Novo do Parecis, Comodoro, Conquista D Oeste, Diamantino, General Carneiro, Nobres, Paranatinga, Planalto da Serra, Porto Esperidião, Poxoréo, Rondonópolis, Santo Antônio do Leverger, Sapezal e Tangará da Serra. O distrito sanitário é responsável pela atenção à saúde em 10 polos base, 37 postos de saúde, 03 CASEM e 105 aldeias que concentram 10 etnias, totalizando 7.064 indígenas em sua área de adstrição (SESAI, 2014).

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. (Figura 13).

**Figura 13 - Organograma administrativo de funcionamento do DSEI**



Fonte: [HTTPS:// Secretaria-especial-de-saude-indigena](https://secretaria-especial-de-saude-indigena) Acesso em 2021

Através da SESI obtiveram-se as informações de que o DSEI Cuiabá possui uma população de 8.667 indígenas, em 178 aldeias, dispersas em 31 Terras Indígenas, totalizando uma extensão territorial de 3.472.817,00 (três milhões quatrocentos e setenta e dois mil oitocentos e dezessete) hectares, dispõe de 4 Casas de Saúde Indígena (CASAI), planejadamente situadas de acordo com a capacidade instalada de cada município e o acesso da população indígena, assim sendo localizadas nos municípios Tangará da Serra, Cuiabá, Rondonópolis e Brasnorte. O Distrito possui 11 Polos Base, sendo eles: Assistenciais, localizado dentro do território indígena, Bacaval, Rio Verde, Três Lagoas, Meruri, Pakuera, Chiquitano; e os Administrativos, localizados na sede dos municípios da área de abrangência do território, tais como, Cuiabá, Rondonópolis e Brasnorte. O DSEI é composto por 51 Unidades Básicas 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. (MS, 2002).

### 2.3. Organização DSEI Cuiabá

De acordo com a secretaria executiva do Ministério da Saúde, 2001, o DSEI Cuiabá responsável por garantir atenção primária a sua população adscrito executa suas ações sobre um território definido que abrange terras no estado de Mato Grosso. Para que estas ações estejam organizadas e atendendo as necessidades da população, o DSEI Cuiabá conta com 05 Polos Base do Tipo 2, localizados nos municípios de Brasnorte, Comodoro, Cuiabá, Rondonópolis e Tangará da Serra no estado do Mato Grosso. Nestes mesmos municípios, com exceção o de Comodoro, ainda conta com Casa de Saúde Indígena (CASAI) a qual é responsável por complementar as ações de atenção primárias encaminhadas pelas EMSIs e direcionar para atenção secundária e terciária as demandas existentes em interface com o Sistema Único de Saúde (SUS). A execução das ações de atenção primária nas aldeias é realizada através das equipes multidisciplinares de saúde indígena (EMSI), compostas por: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agente indígena de saúde (AIS),



odontológico e técnico de saúde bucal. Complementa esta equipe os profissionais que atuam no Núcleo de Assistência a Saúde Indígena (NASI): nutricionistas e psicólogos. A jornada de trabalho destes profissionais é realizada através de escalas, em que devido à logística peculiar do DSEI Cuiabá, que consiste em um elevado número de aldeias com extensão territorial de 3.472.817,00 (colocar a unidade de medida), optou-se em trabalhar em escala de 20 dias de trabalho e 10 dias de folga por mês. Estas escalas vêm resultando na melhoria da assistência prestada às comunidades indígenas. Cabe ressaltar ainda que, estrategicamente o DSEI Cuiabá possui em algumas aldeias técnicas em enfermagem por 30 dias ao mês. Este diferencial é devido ao fato das comunidades possuírem indicadores de saúde que diferem das demais, além de outras peculiaridades, como a existência de grupos indígenas de recente contato. Os cronogramas de entradas são pré- estabelecidos, pois, o território já está organizado com as equipes necessárias, a fim de garantir assistência à saúde nas comunidades. Portanto, mensalmente as equipes se deslocam para as aldeias a fim de executarem as ações previstas.

As atividades previstas para estas equipes consistem em: atenção integral à saúde da mulher indígena, com ênfase no diagnóstico, na prevenção e no tratamento do câncer de colo de útero e de mama em mulheres em idade fértil, bem como na atenção ao pré-natal e prevenção do óbito materno; atenção integral à saúde da criança e do adolescente indígena, com ênfase nas ações dos programas de imunização, conforme calendário vacinal indígena aprovado pelo Ministério da Saúde, crescimento e desenvolvimento, vigilância alimentar e nutricional e das doenças prevalentes da infância, com vistas à redução da morbidade e mortalidade infantil; atenção psicossocial e abordagem dos determinantes sociais e ambientais dos povos indígenas, com enfoque na promoção da saúde mental e na qualidade de vida para a redução do uso prejudicial do álcool, prevenção do suicídio e outras violências sociais; atenção integral à saúde bucal indígena, por meio da execução de ações coletivas e individuais e em consonância com a Política Nacional de Atenção à Saúde Bucal; atenção à saúde para as Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs); combate e Controle da Malária, Tuberculose, Hanseníase e Tracoma; Vigilância à saúde indígena; Vigilância Alimentar e Nutricional; Desenvolvimento de estratégias para a promoção do uso racional de medicamentos no SasiSUS. (VARGAS, WEISS E MISOCZKY, 2010).

O monitoramento e avaliação destas ações são realizados pela Divisão de Atenção a Saúde Indígena (DIASI), composta por enfermeiros, nutricionista, cirurgião dentista, psicólogo, farmacêutico e Apoiadores técnicos em Atenção à Saúde. Estes profissionais acompanham as atividades das equipes através do Sistema de Informação a Saúde (SIASI) e in loco quando se deslocam aos Polos Base e aldeias. Considerando o perfil epidemiológico, demográfico, extensão territorial e organização social dos povos indígenas, foram acrescidos no quadro de Recursos Humanos a contratação de Profissionais Assistentes Sociais e Geólogo, bem como a complementação de mais enfermeiros, nutricionistas, farmacêuticos e psicólogos. (MS, 2001).

## **2.4. 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. No Capítulo III da portaria trata dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena:

Art. 9º Os CONDISIs, órgãos colegiados de caráter permanente e deliberativo, com o objetivo de acompanhar e monitorar a execução das ações de atenção integral às saúdes indígenas e determinantes ambientais serão instituídos no âmbito de cada DSEI e terão a seguinte composição paritária:

I - 50% (cinquenta por cento) de representantes de usuários; e II - 50% (cinquenta por cento) de representantes de organizações governamentais, prestadores de serviços e trabalhadores do setor de saúde dos respectivos distritos, assim divididos:

a) 25% (vinte e cinco por cento) de representantes que compõem a força de trabalho que atuam na atenção à saúde indígena nos DSEIs;

b) 25% (vinte e cinco por cento) de representantes dos governos municipais, estaduais, federal e prestadores de serviços na área de saúde indígena, conforme o caso, nos limites de abrangência de cada DSEI, indicados oficialmente pelos dirigentes dos órgãos que representam.

Art. 10. A presidência e a vice-presidência serão exercidas por conselheiros eleitos dentre os membros dos CONDISI.

§ 1º O mandato do presidente e vice-presidente dos CONDISI será de 02 (dois) anos, permitida uma única recondução, por igual período.

§ 2º Deverá ser observado interstício mínimo de 02 (dois) anos para que os membros do CONDISI possam concorrer a outro pleito para as funções de Presidência ou Vice-Presidência.

§ 3º A eleição de Presidente e Vice-Presidente dos CONDISI será realizada na última reunião ordinária anterior ao término do mandato, por meio de votação direta e secreta.

§ 4º A posse dos membros eleitos dar-se-á de imediato ou na primeira reunião ordinária dos respectivos Conselhos, após o resultado oficial da eleição.

§ 5º O presidente e vice-presidente do CONDISI tomarão posse perante o dirigente titular do respectivo DSEI, que será homologada pelo dirigente titular da Secretaria Especial de Saúde Indígena-SESAI/MS.

Art. 11. Os CONDISI são determinados geograficamente a partir de cada DSEI e sua respectiva área de abrangência.

§ 1º Cada Distrito Sanitário Especial de Saúde Indígena terá um CONDISI.

§ 2º O CONDISI definirá o número de seus membros, que não poderá ser superior ao quantitativo dos membros previstos nos respectivos Conselhos na data de publicação do Decreto nº 9.759, de 2019. Art. 12. Compete aos CONDISI:

I - apresentar propostas para elaboração do PDSI;

II - elaborar e aprovar o Plano Distrital de Saúde Indígena;

III - acompanhar e monitorar a execução do PDSI e do plano de trabalho do DSEI;

IV - acompanhar e monitorar a execução das ações de atenção integral às saúdes indígenas e determinantes ambientais;

V - acompanhar a execução financeira dos DSEIs;

VI - elaborar e aprovar seus regimentos internos, os quais serão homologados pelo titular da SESA/MS e publicado no Boletim de Serviço do Ministério da Saúde. Parágrafo único. As proposições dos CONDISI serão homologadas pelo dirigente titular do respectivo DSEI, mediante análise prévia do titular da SESA/MS.

Art. 13. Os CONDISI se reunirão ordinariamente até vezes por ano e, extraordinariamente, por requerimento da maioria simples de seus membros, em situações de emergência e com pauta específica.

§ 1º Todas as reuniões ordinárias do CONDISI serão convocadas com antecedência mínima de 20 (vinte) dias e a convocação das reuniões extraordinárias será com antecedência mínima de até 05 (cinco) dias.

§ 2º A duração das reuniões ordinárias não poderá ultrapassar o limite de 03 (três) dias.

§ 3º O suporte financeiro e logístico para a realização das reuniões de que tratam o caput deverão constar nos planos de trabalho anual dos respectivos DSEIs, sob pena de não ocorrência da reunião.

Art. 14. O quórum de reunião do CONDISI e o quórum de deliberação serão de maioria simples de seus membros.

Art. 15. O CONDISI contará com uma Secretaria-Executiva, responsável pelo suporte técnico-

administrativo.

Art. 16. O CONDISI encaminhará à SESAI/MS e ao respectivo DSEI relatórios quadrimestrais correspondentes às atividades desenvolvidas, contendo os resultados alcançados em atenção ao planejamento de atividades estabelecidas no PDSI e plano de trabalho do DSEI referente às ações do controle social.

Art. 17. O CONDISI encaminhará anualmente, por meio da SESAI/MS, ao Ministro de Estado da Saúde relatório correspondente às análises de atividades desenvolvidas, contendo avaliação da produção e dos resultados alcançados em atenção ao planejamento de atividades estabelecido no PDSI e plano de trabalho do DSEI referente às ações do controle social. A partir das diretrizes dessa portaria nº 3.021/2020, nota-se que o CONDISI tem uma estrutura organizacional baseada no princípio de órgãos que podem deliberar, acompanhando e monitorando todas as ações que lhe compete em relação à saúde integral indígena conforme as diretrizes apontadas no texto da portaria.

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.

Figura 14 - Composição do CONDISI - CUIABÁ



Fonte: [HTTPS://antigo.saude.gov.br/saude-indigena/cursos](https://antigo.saude.gov.br/saude-indigena/cursos) - acesso 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. Ao total soma-se 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. Desse modo, o CONDISI acompanhado dos Conselhos locais de saúde é fundamental para defender as necessidades e causas da Saúde Indígena. Brasil.(MS, 2019.)

## **2.5. Controle Social**

De acordo com o Boletim Informativo da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Sociedade, no ano de 2018, cada Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) tem um Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI) responsável por fiscalizar, debater e apresentar políticas para o fortalecimento da saúde em suas regiões. Os Conselhos Distritais de Saúde Indígena, órgãos colegiados de caráter permanente e deliberativo, são instituídos no âmbito de cada DSEI e entre suas atribuições estão: 1. participar na elaboração e aprovação do Plano Distrital de Saúde Indígena, bem como acompanhar e avaliar a sua execução; 2. avaliar a execução das ações de atenção integral à saúde indígena; 3. apreciar e emitir parecer sobre a prestação de contas dos órgãos e instituições executoras das ações e dos serviços de atenção à saúde indígena.

O CONDISI é composto por 50% de representantes dos usuários, eleitos pelas respectivas comunidades de cada DSEI, 25% de representantes dos trabalhadores que atuam na atenção à saúde indígena no respectivo DSEI e 25% de representantes dos governos municipais, estaduais, distrital, federal e prestadores de serviços na área de saúde indígena, nos limites de abrangência de cada DSEI, todos indicados pelos dirigentes dos respectivos órgãos que representam (SBMFS, 2018).

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 n.º 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. Brasil. (MS, 2019).

## **2.6. 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 índios que vêm a Cuiabá para atendimento médico pelo Sistema Único de Saúde. (FNS, 2005).

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).

O modelo de gestão do DSEI é baseado na atenção descentralizada, proporcionando à administração autonomia nos aspectos: orçamentário, financeiro e responsabilidade sanitária. Em termos quantitativos, tais competências se materializam no atendimento de 738.624 indígenas que compõem aproximadamente mais de 170.000 famílias residentes em 5.361 aldeias, segundo os dados do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena - SIASI, pertencentes a 305 etnias, que falam 274 línguas distintas. Cada povo com os seus costumes, as suas tradições, religiões e modos de organização social próprio, e, de acordo com a Fundação Nacional do Índio encontram-se dispersos numa extensão territorial indígena de 1.135.182,35 km<sup>2</sup>. (FNS, 2005).

A organização de responsabilidade sanitária também não é o município, mas o DSEI, que podem agregar vários municípios e inclusive unidades federativas diferentes. Os territórios foram definidos num processo de construção com as comunidades indígenas, profissionais e instituições de saúde. A definição destas áreas é pautada não apenas por critérios técnico-operacionais e geográficos, mas respeitando também a cultura, as relações políticas e a distribuição demográfica tradicional dos povos indígenas, o que necessariamente não coincide com os limites de Estados e/ou Municípios onde estão localizadas as terras indígenas. (FNS, 2005).

As Casas de Saúde do Índio (Casais) são locais de recepção e apoio ao índio, que vem referenciado da aldeia/Polo-Base. Localizadas em municípios de referência tem como função facilitar o acesso da população indígena ao atendimento secundário e/ou terciário, servindo de apoio entre a aldeia e a rede de serviços do SUS, através de mecanismos de referência e contra referência com a rede do SUS; serviço de tradução para os que não falam português; realização de contra referência com os Distritos Sanitários e articulando o retorno dos pacientes e acompanhantes aos seus domicílios, por ocasião da alta; recebimento de pacientes e seus acompanhantes encaminhados pelos DSEI; fornecimento de alojamento e alimentação dos pacientes e seus acompanhantes, durante o período de tratamento; prestação da assistência de enfermagem aos pacientes pós-hospitalização e em fase de recuperação; acompanhamento dos pacientes para consultas, exames subsidiários e internações hospitalares. (MS, 2019).

O Acesso dos usuários indígenas aos serviços de saúde de Cuiabá, Mato Grosso, foi implementado no ano de 1999 o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, Sistema Único de Saúde (SASI/SUS), que está estruturado e organizado por meio dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), devido a grande diversidade de etnias possuem o dever de prestar oferecer cuidados básicos aos indígenas que habitam a Tribo indígena o que se denomina de aldeados. (Saúde Pública 2006). Em 2002, foi instituída a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), com o objetivo de respeitar e reconhecer a eficácia da medicina tradicional a fim de superar a vulnerabilidade do indígena de acordo a Portaria nº 254, de 31 de janeiro de 2002 que aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. (MS, 2019).

## **2.7. Saneamento ambiental indígena**

As ações desenvolvidas pelo Serviço de Edificação e Saneamento Ambiental Indígena (SESANI) são abrangentes e visam a elaboração e implantação de Unidades Básicas de Saúde Indígena (UBSIs), construção e/ou ampliação e reforma dos sistemas simplificados de abastecimento de água e esgoto, melhorias sanitárias, manutenção da rede hidráulica e elétrica nas aldeias da área de abrangência do DSEI Cuiabá. Orientação sobre os resíduos sólidos, utilização e conservação dos sistemas recebidos, educação e saúde e Monitoramento da qualidade da água. Os Agentes Indígenas de Saneamento Ambiental (AISAN) tem papel de identificar e corrigir as necessidades de saneamento nas aldeias a fim de obter melhores condições de saúde para a comunidade além de contribuir com as equipes de saúde e demais profissionais nas demais ações realizadas nas aldeias. (MS,2016).

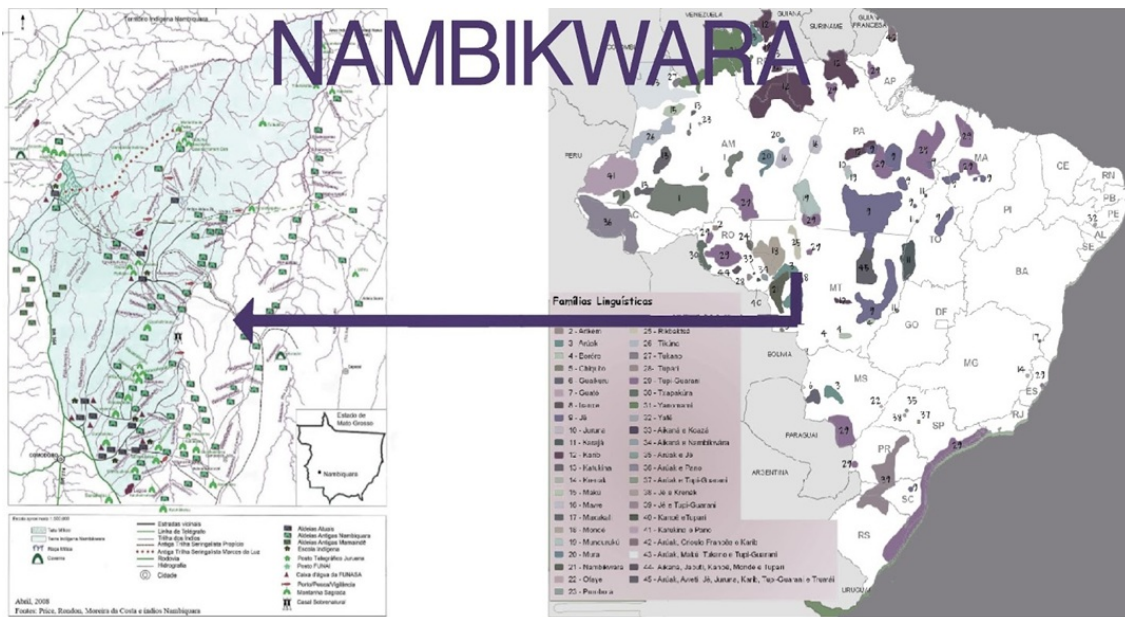
Juntamente com os AISANs atuam os mestres em edificações/obras que são responsáveis pela manutenção das melhorias sanitárias. Os mesmo estão lotados nos 05 Polos Base Tipo 02 do DSEI e se deslocam para as aldeias sempre que necessário. Na sede do DSEI o SESANI conta com profissionais engenheiros, que são responsáveis pelo monitoramento destes profissionais que atuam nas aldeias, bem como na elaboração de projetos, fiscalização de obras entre outras atividades. Com a Lei nº 11.445 de 5 de janeiro de 2007, que estabelece as diretrizes nacionais para o saneamento básico, são colocadas como objetivo da Política Federal de Saneamento, proporcionar condições adequadas de salubridade ambiental aos povos indígenas, com soluções

compatíveis a suas características socioculturais (Brasil, 2016).

### CAPÍTULO 3 - JUSTIFICATIVA DA ESCOLHA DO “TERRITÓRIO RECORTE”

O território recorte escolhido (Figura 15), é o Complexo Camararé um conjunto de aldeias composto por 8 aldeias e com uma população total de 201 pessoas com as respectivas aldeias: Barracão Queimado (Aldeia Central) com 12 famílias e uma população de 60 pessoas; Verde com 5 famílias e uma população de 30 pessoas; Água Verde com 3 famílias e uma população de 19 pessoas; Chapada Azul com 3 famílias e uma população de 16 pessoas; Estrela com 6 famílias e uma população de 17 pessoas; Davi com 9 famílias e uma população de 42 pessoas; Mutum com 4 famílias e uma população de 13 pessoas; Asa Branca com 1 família e uma população de 4 pessoas; A região possui 1 unidade de saúde que se localiza na aldeia central Barracão Queimado, com uma equipe composta de 1 médico, um dentista, 1 enfermeira, 2 Por se tratar do meu território de atuação e também o fato de eu ter mais contato no dia a dia. (MS, 2001).

Figura 15, território dos Nabkwara.



Fonte: <https://indigenasbrasileiros.blogspot.com/2016/01/nambikwara.html>

Nambkwara é uma palavra de origem Tupi e pode ser traduzida como “orelha furada”. Foi a partir da penetração da Comissão Rondon no interior do Mato Grosso que os índios até então referidos como “Cabixi” passaram a ser designados “Nambikwara”, termo pelo qual são conhecidos até hoje.

O antropólogo francês Claude Lévi-Strauss, em um recorte do artigo da Britânica Escola (2016), relata que os Nambikwara se agrupam em pequenas aldeias, nas proximidades dos rios Juruena e Guaporé. Os nambiquaras possuem sistema em de subsistência variado, no período da seca eles agem como nômades ficam em assentamentos e dessa forma vão pernoitando em locais diferentes e dedicam-se a caça e no recolhimento de frutas. No período chuvoso formam roças e dedicam-se à agricultura, eles fazem cortes das árvores e formam clareiras através de uma técnica específica de queima.

A população do complexo de aldeias totalizam cento e noventa e sete pessoas conforme e será descrito no capítulo seguinte.





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

O território escolhido possui uma etnia, habitam entre a transição do cerrado com a floresta amazônica se estendendo por vários municípios do oeste de Mato Grosso até a região sudeste de Rondônia. Os registros dos primeiros contatos datam de 1770 com a expedição para ligar o Forte Bragança à Vila Bela e também por busca de ouro. Os rituais de funeral são realizados no centro da aldeia, o corpo é enterrado em uma cova rasa e é montado um acampamento ao redor onde todos os familiares ali permanecem por dias, conforme o que os espíritos instruírem aos pajés. Nesta ocasião são realizados cânticos e rezas até a passagem completa do ente falecido. Preservam até os dias atuais o ritual da menina moça, onde as meninas quando iniciam o seu período menstrual (menarca), são reclusas por um período em média de três meses em uma oca construída exclusivamente para esse rito de passagem da menina para a vida adulta. Os Nambikwaras se dividem em subgrupos, os Nambikwaras do norte, e os Nambikwaras do vale do Guaporé.

A comissão Rondon ao adentrar o interior do estado de Mato Grosso encontrou um grupo de indígenas que eram denominados "Cabixis" e passaram a ser designados "Nambikwaras", termo pelo qual são conhecidos até hoje.

"David Price realizou uma extensa pesquisa histórica sobre a ocupação da região tradicionalmente habitada pelos Nambikwaras. Segundo ele, a ocupação intensiva do que corresponde ao atual estado de Mato Grosso, teve o seu início com a descoberta de ouro no rio Coxipó, em 1719, atraindo os portugueses para a região. Os primeiros registros da região ocupada pelos Nambikwaras datam de 1770. Em 1781, é feita a primeira tentativa de aldeamento dos índios conhecidos como Cabixi que viviam na região do Vale do Sararé. Documentos da época mencionam a presença de 56 índios classificados como Pareci e Cabixi. No entanto, este pequeno aldeamento é abandonado em 1783. No final do século XVIII, as minas da chapada de São Francisco Xavier estavam se esgotando e muitas cidades que surgiram nesta região foram abandonadas. Há registros que relatam, neste período, ataques empreendidos pelos Cabixis às cidades e povoados da região. Os índios assim denominados ameaçavam os trabalhadores que se dedicavam à extração da poaia, atividade que se iniciou nesta região em 1854. Os ataques dos índios à população de Vila Bela perduraram até o início do século XX, quando a expedição chefiada por Rondon entrou no território ocupado pelos Nambikwaras (LÉVI-STRAUSS, 1944, Series II, 7(1):16-32)."

Em 1907, a Comissão Rondon inicia a primeira expedição à região do vale do Juruena para estabelecer o trajeto da linha telegráfica que ligaria o Mato Grosso ao Amazonas. Quando a Comissão Rondon entrou no território Nambikwara, esses índios já estavam em contato com seringueiros, com os quais mantinham guerras frequentes. Nesta época, os Nambikwaras já usavam machados de ferro, adquiridos dos seringueiros. Os ataques empreendidos pelos Nambikwaras contra os funcionários dos postos telegráficos eram resultado da provável associação que os índios faziam entre os trabalhadores da linha e os seringueiros que costumavam matá-los e roubar-lhes as mulheres. Embora os Nambikwaras já tivessem contatos esporádicos com os seringueiros e com os ex-escravos que habitavam os quilombos da região, foi a partir do início do século XX, com a criação do SPI (Serviço de Proteção aos Índios), dirigido por Rondon, que foram estabelecidos contatos pacíficos com esses índios.

Conforme Price, 1969 p.71 a 74, a estimativa populacional de Nambikwaras no início do século XX era de cerca 5.000, porém Nambikwaras. Já Lévi-Strauss calculou que os Nambikwaras totalizavam 10.000 índios. Posteriormente Price realizou um censo em 1969, revelou que, 30 anos depois da passagem de Lévi-Strauss pelo território Nambikwaras, esses grupos estavam reduzidos a 550 indivíduos. Segundo o próprio Price, após o censo 1969: "Nas duas últimas décadas observou-se um crescimento populacional entre os grupos desta região. De acordo com o censo registrado pelo ISA, em 1999, a população Nambikwaras era de 1.145 pessoas. No último censo realizado pela Funai, em 2002, os Nambikwaras somavam cerca de 1.331 de indivíduos. (PRICE1982, p. 179)".

Com o crescimento da população vários grupos dessa etnia acabaram por se extinguirem o que reduziu o grupo a poucos indivíduos. As atividades econômicas estão presentes a extração de madeira, agricultura e também educação e saúde, entre professores e agente de saúde indígena. A cultura local Nambikwaras conta com pajés e rezadores onde auxiliam no trabalho de cuidado continuado em saúde por todo esse território. (PRICE, 1946) Como parte da cultura e tradição, os Nambikwaras delimitam como marca do início da puberdade feminina um ritual em que realizam uma festa e outros indígenas de aldeias vizinhas são convidados a participarem. Eles acreditam que espíritos estão relacionados às forças naturais e o Xamã é o líder que exerce a função de sacerdote eles acreditam que este possui o dom para curar e também em estabelecer contato com os espíritos. (PRICE, 1983, p.69)

Os Nambikwaras descrevem o poder do Xamã como a exibição de uma variedade de adornos corporais que são oferecidos ao Xamã, dessa forma dentre todos o Xamã é aquele que detém a maior de enfeites corporais. Os enfeites e objetos do xamã podem ser chamados de wanin wasainã'ã, "coisas mágicas", ou waninso'gã na wasainã'ã, "coisas do Xamã". De posse dos enfeites e objetos dos mortos, o Xamã passa a ver o mundo como eles, adquirindo, assim, a capacidade de enxergar as coisas que para a maioria das pessoas são invisíveis e de torná-las visíveis. Embora determinados objetos e enfeites sejam possuídos exclusivamente pelo xamã, o que o diferencia das outras pessoas é o fato de que ele adquire tais enfeites diretamente dos espíritos dos mortos e se torna, assim, capaz de enxergá-los. Nesse sentido, o termo "coisas mágicas" designa menos uma qualidade intrínseca às "coisas" do xamã do que as relações que ele estabelece com os espíritos dos mortos que resultam na posse dessas "coisas". Quanto ao aspecto habitacional existe uma variedade nos tipos casas na diferentes aldeias de cada uma das três regiões componentes do território Nambikwaras No norte, as casas eram cônicas; na região do Guaporé, as casas eram grandes e compridas e na região do Vale do Juruena, (Figura 16), eram pequenas e semiesféricas. (PYRINEUS DE SOUZA, 1920).

**Figura 16 Habitação dos índios Nambikwara**



Foto: Acervo pessoal

Para o cultivo das roças eles escolhem localidades mais próximas à aldeia e quando estas forem mais distantes as famílias são responsáveis por providenciar abrigos temporários até o término do plantio, conforme foi especificados no parágrafo introdutório desse capítulo, durante o plantio eles evitam ficar indo e voltando é uma forma de poupar esforços.

"Durante as expedições de caça, ou em viagens para visitar parentes distantes, os Nambikwara também costumavam permanecer em habitações temporárias. Lévi-

Strauss esteve com os Nambikwara em acampamentos temporários ao longo da linha telegráfica construída pela Comissão Rondon, e afirmou que os Nambikwaras eram seminômades que passavam a maior parte do tempo em deslocamento, reunindo-se em aldeias maiores apenas no período chuvoso. Posteriormente, Paul Aspelin e David Price questionaram a classificação dos Nambikwaras como seminômades, apontando para a importância da atividade agrícola e da vida sedentária nas aldeias, o que suscitou um debate sobre os padrões de mobilidade dos Nambikwaras. (ASPELIN 1976, 1978; PRICE, 1978; LÉVI-STRAUSS, 1976, 1978)."

Por ser um complexo Camararé se divide em oito aldeias com uma população total de 201 pessoas com as respectivas aldeias: Barracão Queimado (Aldeia Central) com 12 famílias e uma população de 60 pessoas; Verde com cinco famílias e uma população de 30 pessoas; Água Verde com três famílias e uma população de 19 pessoas; Chapada Azul com três famílias e uma população de 16 pessoas; Estrela com seis famílias e uma população de 17 pessoas; Davi com nove famílias e uma população de 42 pessoas; Mutum com quatro famílias e uma população de 13 pessoas; Asa Branca com uma família e uma população de quatro pessoas; A região possui uma unidade de saúde que se localiza na aldeia central Barracão Queimado, com uma equipe composta de um médico, um dentista, uma enfermeira, dois técnicas de enfermagem e um motorista. Também nesta mesma aldeia se encontra uma escola e um local das reuniões do conselho local. As atividades econômicas estão presentes a extração de madeira, agricultura e também educação e saúde, entre professores e agente de saúde indígena. A cultura local Nambikwara conta com pajés e rezadores onde auxiliam no trabalho de cuidado continuado em saúde por todo esse território.

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

O perfil epidemiológico dos povos indígenas no Brasil não chega a ser conhecido devido a ausência de censos e de poucas informações tabuladas em que hajam registro de informações sobre morbidade, mortalidade segundo Coimbra Jr. & Santos, 2000. A questão real sobre a saúde indígena tem suas ligações com a parte histórica e seus processos, com a mudanças sociais, econômicas e sociais. Através de gráficos e tabelas que evidenciam a natalidade, a mortalidade geral e infantil, aspectos relacionados a saúde dos Bakairis. Conforme PAGLIARO, AZEVEDO, SANTOS, (2005) e de acordo com os estudos demográficos baseados em modelos de simulação computacional e devido a dinâmica diversificada da demografia seja em quaisquer dos aspectos de mortalidade e natalidade, pouco conhecidas as mais diversas dimensões da dinâmica demográfica - seja natalidade, mortalidade ou migração - dos povos indígenas no Brasil contemporâneo. sociais e culturais, bem como com trajetórias históricas, econômicas e políticas, as mais diversas.

Como o Ministério da Saúde passou a ser responsável pela assistência à saúde indígena com a definição estabelecida através da Lei Lei 9.836/99 de 23 de setembro de 1999 em que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Os dados expostos nesse trabalho foram retirados com base no CENSO de 2010 de acordo com o IBGE, Figura 17 e 18 que evidenciam as taxas de população indígena residente e a situação do domicílio e condição indígena.

**Figura 17 População residente, domicílio e condição de indígena - Brasil 1991/2010**

	<b>1991</b>	<b>2000</b>	<b>2010</b>
<b>Total(1)</b>	146.815.790	169.872.856	190.755.799
Não indígena	145.986.780	167.932.053	189.931.228
Indígena	294.131	734.127	817.963
<b>Urbana(1)</b>	110.996.829	137.925.238	160.925.792
Não indígena	110.494.732	136.620.255	160.605.299
Indígena	71.026	383.298	315.180
<b>Rural(1)</b>	35.818.961	31.947.618	29.830.007
Não indígena	35.492.049	31.311.798	29.325.929
Indígena	223.105	350.829	502.783

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 1991/2010

Ressalta-se a população indígena rural e urbana e o crescimento dessa população no período de 1991 até 2010 que foi o último censo realizado.

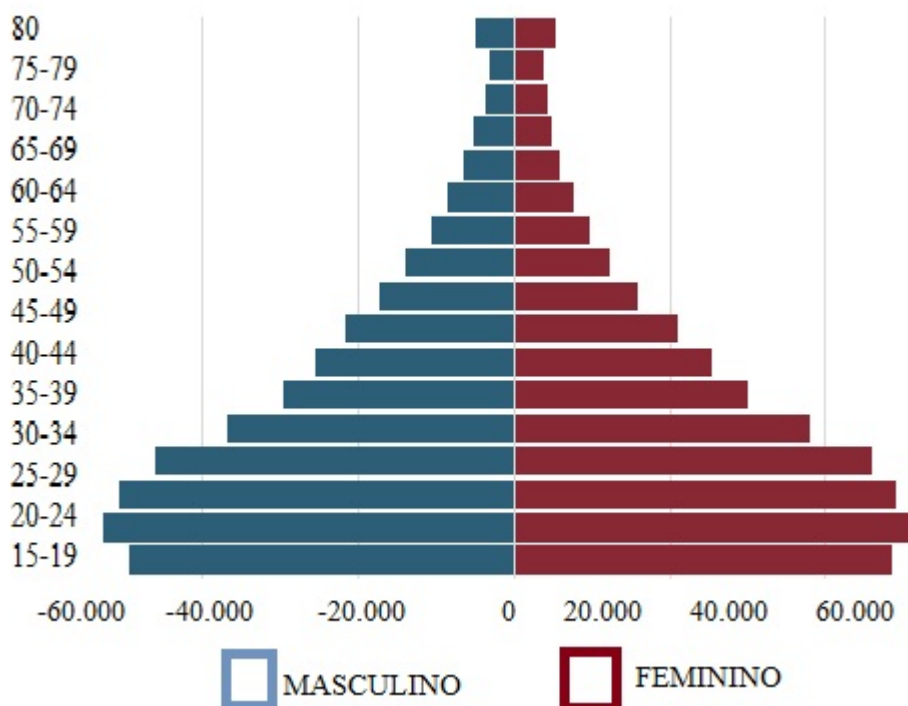
As etnias indígenas que faz referência o gráfico anterior (Figura 17), estão distribuídas nos territórios municipais conforme é apresentado no gráfico (Figura 18), no período de 1991 a 2010, sendo essas classes habitantes na zona rural, conforme informações do IBGE.

**Figura 18 - Quantidade de municípios e população indígena de 1991/2010 - Rural**

<b>Número de municípios, segundo as classes de população indígena do município - Brasil - 1991/2010 - Rural</b>						
	<b>1991</b>		<b>2000</b>		<b>2010</b>	
<b>Total</b>	4491	100%	5507	100%	5565	100%
<b>0 a 24</b>	536	11,9%	1132	20,6%	2257	40,6%
<b>25 a 49</b>	75	1,7%	253	4,6%	124	2,2%
<b>50 a 99</b>	58	1,3%	204	3,7%	81	1,5%
<b>100 a 249</b>	79	1,8%	129	2,3%	90	1,6%
<b>250 a 499</b>	55	1,2%	68	1,2%	68	1,2%
<b>500 a 999</b>	40	0,9%	65	1,2%	74	1,3%
<b>1000 a 1499</b>	28	0,6%	31	0,6%	35	0,6%
<b>1500 a 2999</b>	21	0,5%	32	0,6%	44	0,8%
<b>3000 a 4999</b>	7	0,2%	16	0,3%	24	0,4%
<b>5000 a 9999</b>	5	0,1%	7	0,1%	17	0,3%
<b>10000 a 14999</b>	0	0,0%	0	0,0%	2	0,0%
<b>15000 ou mais</b>	1	0,0%	1	0,0%	1	0,0%
<b>Não tem indígena</b>	3586	79,8%	3569	64,8%	2748	49,4%
Fonte: IBGE, Censo Demográfico 1991/2010						

O crescimento da população pode estar relacionada aos 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) e ao aumento da natalidade da população indígena. No gráfico seguinte (Figura 19) é apresentada a informação sobre esse aspecto. Essas informações foram retiradas da Pirâmide etária dos Povos Indígenas assistidos pelo SasiSUS. (Brasil, 2017).

**Figura 19 - Pirâmide etária -DSEI Cuiabá**



Fonte: SIASI/SESAI/MS.

Percebe-se que a taxa de natalidade indica uma população em crescimento com uma população jovem indicando uma alta taxa de mortalidade. Ressaltando que esses dados não registraram os povos indígenas do estado do Piauí e do Distrito Federal, conforme SasiSUS, Brasil, 2017.

Pelo trabalho desenvolvido diretamente nas aldeias, Polo-base, DSEI e Casas de Saúde do Índio, através do contato diário com esse povo, observa-se com relação à mortalidade, através dos dados sobre causa *mortis* que foram obtidos com base nos gráficos do IBGE sobre os óbitos e as causas destes óbitos que aconteceram nas aldeias foram definidas pela equipe de saúde, que incluíam médicos ou enfermeiros.

Em relação aos atendimentos realizados à população indígena que é assistida pelo SasiSUS no período de 1990 a 2019 chega-se as informações do gráfico abaixo (Figura 20), destacando-se os atendimentos do DSEI Cuiabá com 569 atendimentos com uma população de 6.806.

Figura 20 - População Nambikwara

Povos	População na Terra Indígena	
Nambikwara		
Ano		Fonte
2019	569	IBGE
2010	476	Paca
1996	306	FUNAI
1990	219	FUNAI

Fonte: DSEI Cuiabá

Diante desse quantitativo demográfico no território recorte observado no gráfico, ainda que com todas as dificuldades de conseguir dados atualizados, atentou-se para o fator de que as informações são oriundas das fonte relacionadas ao ministério da saúde. Com o aumento populacional ocorre um aumento de mortandade.

A etnia pertencente ao território escolhido possui se situa entra a transição do cerrado com a floresta amazônica se estendendo por vários municípios do oeste de Mato Grosso até a região sudeste de Rondônia. O complexo Camararé se divide em 8 aldeias com uma população total de 201 pessoas com as respectivas aldeias: Barracão Queimado (Aldeia Central) com 12 famílias e uma população de 60 pessoas; Verde com 5 famílias e uma população de 30 pessoas; Água Verde com 3 famílias e uma população de 19 pessoas; Chapada Azul com 3 famílias e uma população de 16 pessoas; Estrela com 6 famílias e uma população de 17 pessoas; Davi com 9 famílias e uma população de 42 pessoas; Mutum com 4 famílias e uma população de 13 pessoas; Asa Branca com 1 famílias e uma população de 4 pessoas; A região possui 1 unidade de saúde que se localiza na aldeia central Barracão Queimado, com uma equipe composta de 1 médico, um dentista, 1 enfermeira, 2 técnicas de enfermagem e um motorista Também nesta mesma aldeia se encontra 1 escola e um local das reuniões do conselho local.(MS, 2019).

Sobre a Mortalidade infantil atribui-se os seguintes fatores:

- ✦ Crianças no primeiro ano de vida.
- ✦ Neonatal precoce (0-6 dias de vida)
- ✦ Neonatal tardio (7-27 dias)
- ✦ Pós-neonatal (28 dias e mais).

Sobre a Taxa de Mortalidade Infantil tem uma estimativa o risco de morte nos primeiros dias e ano de vida e as causas são o reflexo das questões econômicas, infraestrutura ambiental e a falta de dos nascidos vivos durante o seu primeiro ano de vida. Reflete as condições de desenvolvimento socioeconômico e infraestrutura ambiental, bem como o acesso e a atenção à saúde infantil, de acordo com o SUS.

Ao se analisar as taxas de mortalidade infantil, pode-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). Dentro da taxa de mortalidade infantil Figura 21, 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 ao cuidado do atendimento às mães. (SIASI,2018).

**Figura 21 atendimentos de crianças indígenas**

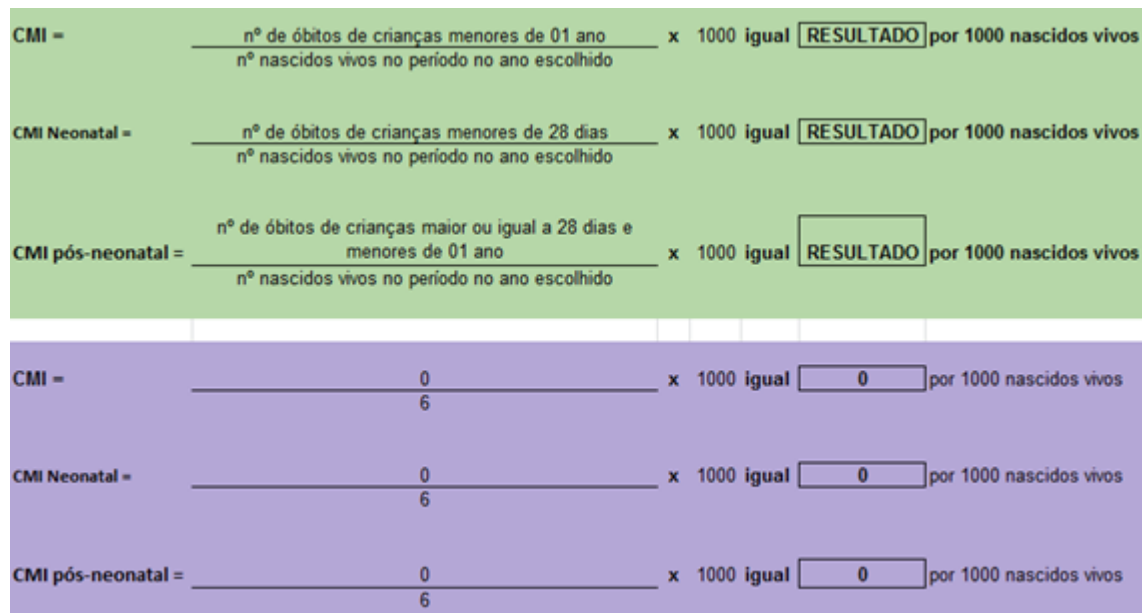
<b>DSEI CUIABA</b>				
Idede	Total de crianças	Crianças com consultas preconizadas	Total de crianças sem consultas	Total de crianças com pelo menos 1 consulta
0-6 dias	4	0	4	0
7-59 dias	31	32	12	19
60-119 dias	53	29	7	46
120-179 dias	56	12	21	35
270-364 dias	50	13	16	34

Fonte: DSEI Cuiabá - 2019

Analisando os dados sobre o número de óbitos em crianças com extrema cautela por isso apresentar-se-á

outro gráfico (Figura 22), do DSEI Cuiabá.

**Figura 22 - Taxas de mortalidade infantil**



Fonte: Elabora\u00e7\u00e3o pr\u00f3pria, 2020

Essas taxas de Mortalidade Infantil na popula\u00e7\u00e3o ind\u00edgena assistida pelo SASISUS e na popula\u00e7\u00e3o geral refere-se a uma porcentagem equivalente a ( 1.000 nascidos vivos), no per\u00edodo de 2010 a 2016. O n\u00famero resultante desse c\u00e1lculo equivale a zero, o que comprova que a taxa de mortalidade infantil caiu no per\u00edodo supra citado. Pode-se atribuir a essa redu\u00e7\u00e3o ao acompanhamento \u00e0s gestantes. (SIASI,2018).



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

No período de minha atuação junto aos Nambikwaras venho observando que a incidência de indígenas com prevalência de hipertensão sistêmica arterial tem se mantido constante. Devido a essa prevalência o meu olhar de atenção para esse fator me fez perceber que se tratava de um problema, uma vez que a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é a “condição clínica e multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA)”. Essa doença altera as funções e ou estruturas de órgão como: “coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos e a alterações metabólicas, ocasionando o risco de aumentar os eventos cardiovasculares que podem ser fatais e não fatais” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010, p.1).

O Ministério da Saúde publicou após resultado de pesquisas da sociedade brasileiras de Cardiologia, o percentual de indivíduos hipertensos é de 32,5% (trinta e seis milhões) e esse quantitativo vem aumentando e em várias faixas etárias. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

A importância do diagnóstico da hipertensão arterial sistêmica é fundamental, pois ao aferir a pressão, determinam-se as pressões sistólicas que é a máxima e a e a diastólica que é a mínima e esse procedimento deve ser realizado em toda avaliação médica, por enfermagem ou outros profissionais da saúde (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

As doenças cardiovasculares são consideradas como a principal causa de morbidade e mortalidade dos indivíduos no mundo. A hipertensão arterial, em nosso território recorte, tem destaque importante uma vez que com a criação do DSEI o problema da saúde indígena ganhou novas ações que alcançam esses povos que são um problema de saúde pública, pois a hipertensão é um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares.

O procedimento de aferição da pressão arterial é simples, porém nem sempre são realizados de forma correta, pois é necessário um preparo do paciente observar os equipamentos, os pacientes devem estar tranquilos, sentados para que ocorra a aferição. É importante ressaltar que as pessoas idosas, diabéticas, portadores de disautonomias, alcoolistas tenham a verificação da PA nas posições ortostática e supina pelo menos na primeira avaliação clínica no consultório (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Após várias aferições e análises foram então observadas e identificadas as principais causas da situação problema em relação aos indígenas desse território recorte.

### **6.1. Problemas**

Os principais problemas identificados após discussão do diagnóstico de saúde com a equipe básica foram:

- Alta prevalência e incidência de enfermidades crônicas como Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus.
- Mudanças de ambiente (Rural para Urbano).
- Desemprego.
- Elevado índice de consumo de álcool
- Consumo excessivo de sal e de açúcar
- Sedentarismo e obesidade.

Partindo do pressuposto do fator das perdas morais que agridem emocionalmente o ser dos novos hábitos adquiridos pela população principalmente em relação aos hábitos alimentares, a ausência de verduras e leguminosas nas refeições, o consumo excessivo de sal, de açúcar e também o sedentarismo evidenciaram-se como fatores determinantes que contribuíram para o aumento do peso e para a inclusão de um quadro

hipertensivo.

**Figura 23 - Problemas e causas**

<b>PROBLEMA</b>	<b>PREVALÊNCIA DE QUADRO DE HIPERTENSÃO NOS INDÍGENAS DA TI NAMBIKWARA</b>
<b>CAUSAS DO PROBLEMAS</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mudança de hábitos</li><li>• Consumo de álcool</li><li>• Sedentarismo</li><li>• Obesidade</li><li>• Consumo em excesso de sal</li><li>• Estresse</li></ul>

Fonte: Elaboração própria

**PROBLEMA:** Prevalência do quadro de hipertensão nos indígenas da TI Nambikwara **CAUSAS DO PROBLEMA:** • Alta prevalência e incidência de enfermidades crônicas como Hipertensão Arterial Sistêmica. • Mudanças de ambiente (Rural para Urbano). • Desemprego. • Índice de verminose e parasitas. • Alta incidência de doenças respiratórias. • Elevado índice de consumo de álcool • Consumo excessivo de sal e de açúcar • Sedentarismo e obesidade.

## 6.2. Priorização dos problemas

Com a identificação dos problemas e após análise e discussão com os colegas de concluiu-se que a abrangência do problema ultrapassa a área de medicina, pois os fatores incluem questões sociais, culturais, econômicas e não poderão ser resolvidos ao mesmo tempo. Como critérios para seleção dos problemas foi considerado a importância do problema, sua urgência e qual ação poderia ser realizada seleção dando prioridade as quais deverão ser enfrentados primeiramente através de uma planilha em que os problemas identificados foram analisados e selecionados quanto à prioridade (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

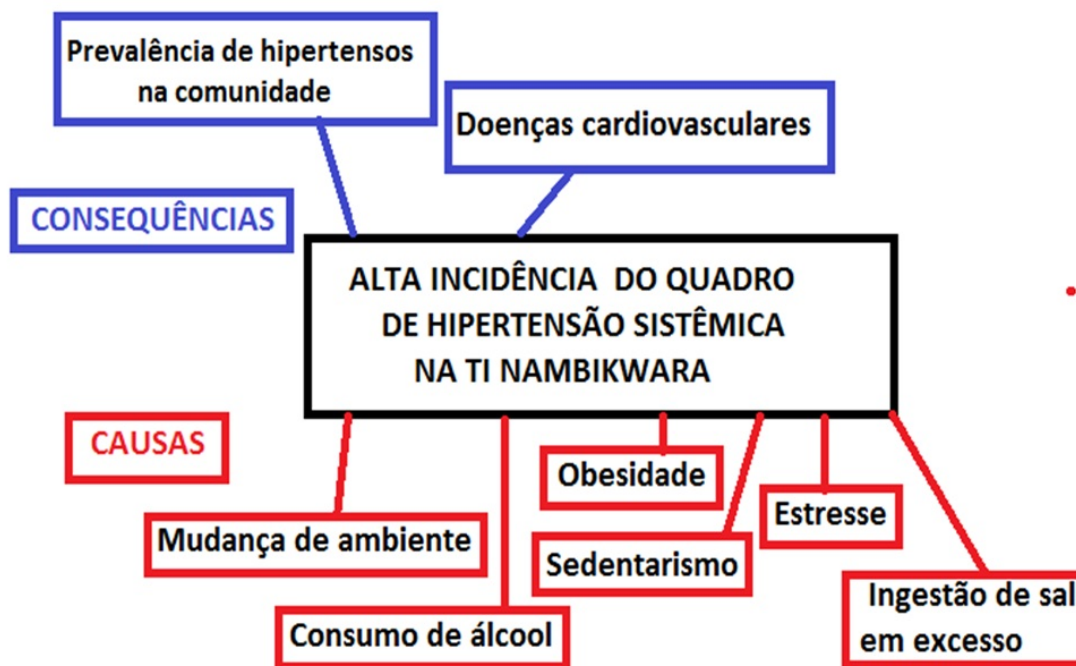
**Figura 24 - Classificação de prioridades dos problemas**

Classificação de prioridade para os problemas identificados	
Problemas	Capacidade de enfrentamento
• Consumo excessivo de sal e de açúcar	PARCIAL
• Elevado índice de consumo de álcool	PARCIAL
• Sedentarismo e obesidade.	PARCIAL

Fonte: Elaboração própria

Como seria possível apresentar possíveis soluções para esse quadro, para esse problema que se agrava diariamente, diante uma comunidade que mudou seus hábitos tradicionais. Em primeiro momento é considerável que as propostas de solução serão apresentadas e a partir de DSEI, de cada Agente de Saúde, do professor, do médico, dos líderes seja possível solucionar essa situação, através das sugestões de ações como elaboração palestras educacionais em que a população pode ser informada dos benefícios de uma boa alimentação, os meios de preparo, os tipos de alimentos mais saudáveis para o consumo, assim com a prática de exercícios regularmente, seja futebol, caminhada e outros meios mais simples de se realizar dentro de área. Todas essas ações seriam realizadas de forma pedagógica e com acompanhamento de profissionais ou colaboradores e incentivadores, a fim de buscar uma mudança nesse quadro que hoje se torna preocupante. Assim sendo caso não seja realizada nenhuma ação teremos o quadro ampliado de hipertensos conforme (Figura 25), abaixo representada.

Figura 25 - Causas e Consequências



Fonte: Elaboração própria

Partindo do fator de que todo problema exige uma solução, ainda que em longo prazo verifica-se o problema, as causas e as possíveis sugestões que poderão auxiliar na redução desse fator de risco para essa comunidade e para outras também.

A expectativa é de que essas ações realizadas diariamente possam iniciar um processo de mudança nesse quadro de Hipertensão Sistêmica em um sistema de edificação, de base, de orientações e acompanhamento contínuo.



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

O problema escolhido é de fato grave para a comunidade tendo em vista que os hábitos de vida, de alimentação no território indígena vem se modificando ao longo dos anos. A coleta de dados levou-me a refletir sobre o problema levantado, determinando o papel de cada membro da Equipe na realização das ações e no prazo de execução para as mesmas. O benefício do planejamento alcançará a população a partir de 25 anos (adultos e idosos). Todo esse trabalho tem como objetivo a conscientização do ser (indígena) no processo de mudança. Para se alcançar esse objetivo é necessário criar estratégias com materiais adequados para a realização de recursos como rodas de conversa, visita domiciliares, palestras, oficinas com discussão sobre o tema em evidência com distribuição de cartilhas, cartazes, livros, exposição de vídeos, fotografias tudo no sentido e sensibilizar a comunidade Nambikwara a se envolver no processo. As atividades como já dito no capítulo anterior devem ser desenvolvidas com profissionais da área de saúde, dentre eles médicos, odontólogos, técnicos em enfermagem, professores de educação física, nutricionistas. As ações seriam realizadas no posto de saúde, no pátio da aldeia e ainda nas casas de forma pedagógica, clara, simples com o objetivo de ensino-aprendizagem mesmo.

Figura 26 - Soluções

PROBLEMA	CAUSAS	SOLUÇÕES
<ul style="list-style-type: none"><li>• Prevalência do quadro de Hipertensão nos indígenas da TI Nambikwara</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mudança de hábitos(Rural para Urbano)</li><li>• Estresse</li><li>• Consumo elevado de álcool</li><li>• Consumo excessivo de sal</li><li>• Alta prevalência e incidências de enfermidades crônicas</li><li>• Sedentarismo</li><li>• Obesidade</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Palestras educativas com nutricionistas</li><li>• Orientação para o preparo de alimentos</li><li>• Criação de projetos que incluam atividades físicas como futebol, alongamento...</li></ul>

Fonte: Elaboração própria

A preparação para a execução desse processo educativo nos conduz à reflexão que a educação é fator preponderante para se alcançar metas a partir do ponto inicial que realizar o diagnóstico, detectar o problemas, as causas, as consequências, as metodologias para alcançar o objetivo, o tempo gasto, os materiais humano e didático. Dessa forma conclui-se a mudança que se espera e que deve acontecer na comunidade indígena precisa começar de forma didática, acompanhada, orientada e avaliada.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Esse trabalho permitiu comprovar que a prática de aferir a pressão arterial (PA) nos postos de saúde por profissionais habilitados para essa atividade deve ocorrer constantemente pois dessa forma pode-se detectar e prevenir doenças através da prevenção pois esse é de fato o objetivo desse sistema organizacional. Notou-se a ausência de dados sobre vários aspectos. De fato a saúde indígena é um desafio a ser consolidado através de um novo olhar e redirecionamento para a prática de atenção integral aos povos indígenas. A criticidade deve nortear esse trabalho uma vez que aparentemente tudo está organizado, mas ainda há muito por se fazer.

No aspecto da aplicação das ações nota-se que o ensino e aprendizagem, a instrumentalização, a reflexão sobre o problema, a investigação e a realização das ações por parte da comunidade é extremamente necessário, pois por mais que todos os profissionais de saúde se proponham a rever e repensar a atenção prestada às populações indígenas deve se repensar os diferentes modos de se organizar os processos de nosso agir em saúde.

Medidas urgentes precisam ser tomadas principalmente no que tange a expansão desse mal dos indígenas em práticas que inibam o surgimento de doenças crônicas. É necessário que haja um consenso e a partir do respeito da diversidade cultural, dos hábitos, dos costumes e que sejam praticadas as ações sugeridas de palestras, exposições, realização de atividades físicas coletivas fazendo uma conexão entre as diversas lideranças indígenas para a melhor adesão das propostas que cuidarão e prevenirão o problema instaurado numa união dos saberes científicos e tradicionais.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS PROCURADORES DA REPÚBLICA Índios, Direitos Originários e Territorialidade. / Associação Nacional dos Procuradores da República. 6ª Câmara de Coordenação e Revisão. Ministério Público Federal. Organizadores: Gustavo Kenner Alcântara, Lívia Nascimento Tinôco, Luciano Mariz Maia. Brasília: ANPR, 2018 517 p.

BARROS, Edir Pina de. Kurâ Bakairí/Kurâ Karaíwa : dois mundos em confronto. Brasília : unb, 1977. 145 p.

BRASIL. CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. Brasília, DF: Centro Gráfico, 1988.

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. 40 p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde indígena: análise da situação de saúde no sasisus / Ministério da Saúde, - Brasília : Ministério da Saúde, 2019. 83 p. : il.

\_\_\_\_\_. MISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Sistema de Informações da Atenção à Saúde Indígena. Painel SIASI 2019/DSEI Cuiabá. Acessado em: 22 de janeiro de 2021.

BRASIL. SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA. Painel SIASI. 2019. Acesso em: 16 de dez de 2020.

\_\_\_\_\_.SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE Disponível em <https://www.gov.br/pt-br/noticias/assistencia-social/2020/06/secretaria-especial-de-saude-indigena-destaca-as-acoes-de-prevencao-e-combate>.

CARDOSO AM, Santos RV, Garnelo L, et al. Políticas públicas de Saúde para os povos indígenas. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, et al., organizadoras. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. P. 911-932.

CONDISI/DSEI disponível em <https://fundacaosvposs.com.br/projetos/saude-indigena> Acesso em 03.de fevereiro de 2021

FUNDAÇÃO NACIONAL DA SAÚDE. 4º Conferência Nacional de Saúde Indígena. Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/4\\_conferencia\\_nacional\\_saude\\_indigena\\_relatorio\\_final.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/4_conferencia_nacional_saude_indigena_relatorio_final.pdf) - Acessado em 14 de janeiro de 2021.

\_\_\_\_\_. Distrito Sanitário Especial Indígena Cuiabá. Plano Distrital de Saúde Indígena – PDSI 2005-2007. Cuiabá, 2005. Acessado em 20 de janeiro de 2021.

FUNDAÇÃO SÃO VICENTE DE PAULO. Anotações sobre as características geográficas e

aspectos demográficos. DSEI Cuiabá, 2020. Acessado em 19 de janeiro de 2021.

\_\_\_\_\_. Aspectos políticos e de organização dos Serviços de Saúde do DSEI. DSEI Cuiabá, 2020. Acessado em 19 de janeiro de 2021.

FRANCISCO, Wagner de Cerqueira e. "Economia de Mato Grosso"; *Brasil Escola*. Disponível em: <https://brasilestola.uol.com.br/brasil/economia-mato-grosso.htm>. Acesso em 28 de janeiro de 2020.

GARNELO, Luiza(Org.). Saúde Indígena: uma introdução ao tema. / Luiza Garnele; Ana Lúcia Pontes (Org.). Brasília: MEC-SECADI, 2012.

GOMES, Silva Cardoso and ESPERIDIÃO, Monique Azevedo. Acesso dos usuários indígenas aos serviços de saúde de Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2017, vol.33, n.5.

GOOGLE Maps. Localização do DSEI Cuiabá. Disponível em: <https://googlemaps.com> Acessado em: Acessado em 25 de janeiro de 2021.

IBGE\_ Os indígenas no Censo Demográfico 2010: primeiras considerações com base no quesito cor ou raça. Trabalho elaborado em comemoração ao Dia do Índio. [http://www.ibge.gov.br/indigenas/indigena\\_censo\\_2010.pdf](http://www.ibge.gov.br/indigenas/indigena_censo_2010.pdf).

ISA - Instituto Socioambiental. Terras Indígenas no Brasil. Disponível em: <https://www.terrasindigenas.org.br/>. Acessado em: 22 de janeiro de 2021.

MARINHO, Gerson e PONTES, Ana Lúcia de Moura; *Cad. Saúde Pública* vol.33 no.3 Rio de Janeiro 2017 Epub Apr 20, 2017 Florianópolis: Editora da UFSC; 2015. 310 p. ISBN 978-8-328-0735-9.

MOUTINHO, Wilson Teixeira. Tudo sobre a região Centro-Oeste. <https://www.coladaweb.com/geografia-do-brasil/regiao-centro-oeste>, acessado em 21 de janeiro de 2021.

MORENO, GISELE. Geografia do Mato Grosso - território, sociedade, ambiente. Anotações dos aspectos físicos. Editora Entrelinhas, 2017.

MULLER, JOANA, Outros nomes, subgrupos Nambiquara <https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Nambikwara>. Acessado em 04 de julho de 2020.

PAGLIARO, H., AZEVEDO, MM., and SANTOS, RV., comps. Demografia dos povos indígenas no Brasil [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. 192 p. Saúde dos Povos Indígenas collection. ISBN: 978-85-7541-254-1. <https://doi.org/10.7476/9788575412541>. ISA. Instituto Socioambiental. Disponível em: <https://www.terrasindigenas.org.br/>. Acessado em: 22 de janeiro de 2021.

PENA, Rodolfo F. Alves. "Fronteira Agrícola do Brasil"; *Brasil Escola*. Disponível em:



<https://brasilecola.uol.com.br/brasil/fronteira-agricola-brasil.htm>. Acessado em 18 de janeiro de 2021.

PONTES, AL, Stauffer A, Garnelo L. Profissionalização indígena no campo da saúde: desafios para a formação técnica de Agentes Indígenas de Saúde. In: Garnelo L, Pontes AL, organizadores. Saúde indígena: uma introdução ao tema. Brasília: Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão, Ministério da Educação/Fundo das Nações Unidas para a Infância; 2012. p. 265-88.

SAÚDE INDÍGENA: uma introdução ao tema. / Luiza Garnelo; Ana Lúcia Pontes (Org.). Brasília: MEC-SECADI, 2012. 280 p. Il. Acessado em 23 de janeiro de 2021.

\_\_\_\_\_ Disponível em <http://www.saude.gov.br/saude-indigena/saneamento-e-edificacoes/dseis> - Acessado em 14 de janeiro de 2021.

\_\_\_\_\_ Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) [http://www.institutoovidomachado.org/saudeindigena/page\\_id=731](http://www.institutoovidomachado.org/saudeindigena/page_id=731) - Acessado em 13 de janeiro de 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Volume 107, Nº 3, Supl. 3, Setembro 2016.

\_\_\_\_\_.Volume 107, Nº 3, Supl. 6, Setembro 2010.

VARGAS, K. D.; MISOCZKY, M. C.; WEISS, M. C. V.; COSTA, W. G. A. A (des)articulação entre os níveis de atenção à saúde dos Bororo no Polo-Base Rondonópolis do Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá-MT. PHYSIS Revista de Saúde Coletiva, v. 20, n. 4, p. 1399-1418, 2010.