

## Histórico social, demográfico e de saúde dos povos indígenas do estado do Acre, Brasil

Social, demographic, and health policies history of indigenous peoples from the state of Acre, Brazil

Maria Fernanda de Sousa Oliveira Borges (<https://orcid.org/0000-0002-5536-6507>)<sup>1</sup>

Ilce Ferreira da Silva (<https://orcid.org/0000-0002-7134-3030>)<sup>2</sup>

Rosalina Koifman (<https://orcid.org/0000-0003-4391-4542>)<sup>3</sup>

**Abstract** *The historical trajectory experienced by Brazilian Amerindians population lead to a complex social issues, which are expressed by a lack of health service access and socioeconomic disparities. Such reality is translated into a higher level of poverty, lower education level and worse health profile, as compared to non-indigenous counterparts. The current health policies for indigenous population in Brazil could not overcome the lack of specialized care access. thus, fragmented and unplanned health care still persist, with distortions in the process of social control. Therefore, increased morbidity and mortality rates, unequal health care access, lack of continuity of care, and administrative barriers are still frequent among Brazilian Amerindians. The indigenous peoples from the State of Acre, located in the Western Brazilian Amazon, reflects the situation of greater vulnerability among all the indigenous populations from the North Region of Brazil, sharing worse health outcomes as compared to the rest of the country. Thus, the purpose of this narrative review is to characterize the history of the Indian population in Brazil and the State of Acre, according to demographic, epidemiological and health policies.*

**Key words** *Health of Indigenous Peoples, Epidemiology, Public Health*

**Resumo** *A trajetória histórica vivenciada pelos povos indígenas no Brasil coadunou numa complexa situação social que se estende com precariedade e evidentes disparidades traduzidas em pior perfil de pobreza, escolaridade e de saúde em relação a outros segmentos da sociedade nacional. As políticas de saúde direcionadas para os povos indígenas não conseguiram até a atualidade superar as lacunas do cuidado especializado, persistindo a atenção fragmentada e emergencial, manutenção de péssimo quadro de morbimortalidade, iniquidades de acesso aos serviços de saúde, elevada descontinuidade do cuidado, barreiras administrativas e distorções no processo de controle social. O Estado do Acre, localizado na Amazônia Ocidental brasileira, reflete o quadro de maior vulnerabilidade dos povos indígenas da Região Norte, que compartilham piores resultados de saúde quando comparados com o restante do país. O objetivo do presente artigo de revisão narrativa da literatura consiste em caracterizar o histórico dos povos indígenas do Acre, segundo aspectos sociodemográficos, epidemiológicos e de políticas de saúde no contexto brasileiro.*

**Palavras-chave** *Saúde de Populações Indígenas, Epidemiologia, Saúde Pública*

<sup>1</sup> Centro de Ciências da Saúde e do Desporto, Universidade Federal do Acre. Rodovia BR 364, Km 04, Distrito Industrial. 69920-900 Rio Branco AC Brasil. mariafernanda\_ufac@hotmail.com

<sup>2</sup> Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Rio de Janeiro RJ Brasil.

<sup>3</sup> Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde, ENSP, Fiocruz. Rio de Janeiro RJ Brasil.

## Introdução

A situação social, demográfica e de saúde dos indígenas no Brasil decorre da trajetória histórica que vivenciaram desde a chegada dos europeus nas Américas. As estimativas indicam que existiam cerca de seis milhões de indígenas no país no começo da colonização. No entanto, a ocupação desencadeou a perda da soberania sobre seus territórios, cultura e relação com a natureza. Exterminados por massacres, guerras de conquista, trabalhos forçados e epidemias, os povos indígenas sofreram um acentuado processo de depopulação, que permaneceu durante os séculos seguintes de expansão do país<sup>1,2</sup>.

Ao longo dos anos, as perspectivas indicavam um possível desaparecimento das sociedades indígenas<sup>3</sup>. Contudo, a partir de 1980 surgem expectativas contrárias, destacando a reversão demográfica dos povos indígenas, favorecida principalmente pela manutenção dos níveis elevados de fecundidade, redução relativa da mortalidade, desenvolvimento de políticas de saúde e a organização dos mesmos em sua própria defesa<sup>2,4</sup>.

No entanto, embora tenha sido identificado um incremento médio anual populacional de 3,5%, considerado elevado se comparado com o crescimento da população geral brasileira (1,6% ao ano), os povos indígenas ainda se configuram como uma pequena parcela nacional (0,4%)<sup>5</sup>, apresentando evidentes disparidades, que se traduzem em pior perfil de morbidade e mortalidade, pobreza, desnutrição, riscos ocupacionais e violência social quando comparados a sua contraparte não indígena<sup>6,7</sup>.

No Acre, Estado da Amazônia Ocidental brasileira, os indígenas correspondem a cerca de 2,0% da população e vivenciam um quadro complexo de precariedade social e sanitária, sendo escassos os estudos relacionados. Diante disso, o objetivo do presente artigo de revisão narrativa da literatura consiste em descrever o histórico dos povos indígenas no Estado do Acre segundo aspectos sociodemográficos, epidemiológicos e de políticas de saúde.

### Breve Histórico das Políticas Públicas de Saúde Indígena do Estado do Acre, no Contexto Brasileiro

Os povos indígenas do Acre passaram a ter contato com outras populações a partir da segunda metade do século XIX, período em que viviam cerca de 150 mil indígenas nessa área<sup>8</sup>. A presença indígena foi identificada pela sociedade nacio-

nal a partir das viagens de exploração na Região Amazônica, em que se constataram as grandes riquezas naturais de interesse econômico. Assim, por volta de 1870, a corrida pela borracha atraiu milhares de homens do país e de outras regiões do mundo, os quais passaram a estabelecer seringais nas margens dos rios acreanos e extrair o látex das seringueiras para abastecimento das indústrias estrangeiras. Durante o 1º Ciclo da Borracha, a chegada dos novos ocupantes acarretou grande mortalidade para os povos indígenas, devido a confrontos desiguais com os armamentos dos exploradores, massacres ocasionados pelas correrias (expedições armadas e punitivas de aniquilação das tribos para ocupação e aprisionamento) e pela transmissão de doenças para os quais os índios do Acre não possuíam resistência. Os sobreviventes e os que não conseguiram fugir foram escravizados e atuaram como guias em busca de locais para exploração da borracha<sup>9,10</sup>.

Com a crise de 1912, os indígenas passaram a se integrar ao extrativismo, tornando-se participantes da injusta subjugação da política de trocas do seringalismo. Agravando o quadro de exploração, a falta de domínio da escrita e do idioma português favorecia que os indígenas fossem enganados no pagamento dos seus produtos, gerando dívidas intermináveis com os seringais. Posteriormente, com o advento da pecuária na década de 1970, muitos indígenas se inseriram no processo de trabalho como diaristas, peões, varejadores e mateiros das fazendas agropecuárias. Desse modo, os povos indígenas do Acre, que tradicionalmente se dedicavam à pesca e à caça, com prática de agricultura de subsistência, cerâmica e artesanato, tornaram-se mão de obra servil nas atividades capitalistas dos patrões que passaram a dominar seus antigos territórios. Os poucos grupos que conseguiram fugir desse controle, precisaram resistir com o passar dos anos, adentrando no interior da floresta e nas regiões de cabeceiras dos rios, onde os chamados homens brancos não se estabeleceram<sup>11</sup>.

Somente no século XX, os debates sobre a temática indígena se tornaram mais constantes no país. Assim, regulamentado pelo Decreto nº 8.072 de 20 de junho de 1910, foi criado o primeiro órgão governamental responsável pelos índios, o Serviço de Proteção ao Índio e Localização dos Trabalhadores Nacionais (SPILTN), ligado ao Ministério da Agricultura, Indústria e Comércio, passando a ser denominado posteriormente de Serviço de Proteção ao Índio (SPI), pela especificidade de sua atuação. O SPI exprime a visão positivista de controle do Estado e

regulamentou as políticas indigenistas no período republicano, no qual os índios eram considerados legalmente incapazes. Até então, os cuidados de saúde ocorriam pela atuação de missões religiosas, mas a atribuição passou a ser do SPI, num modelo campanhista e emergencial a surtos epidêmicos<sup>12,13</sup>.

Faz parte desse contexto a atuação de Marechal Cândido Rondon, o primeiro presidente do SPI, que conduziu os trabalhos da “Comissão Rondon” entre 1900 e 1915, cujo objetivo principal era ligar, via telegráfica, para fins econômicos e administrativos, a capital do país (Rio de Janeiro) às regiões Centro-Oeste e Norte, incluindo o território do Acre, recentemente adquirido pelo Brasil, através do Tratado de Petrópolis, em acordo com a Bolívia<sup>14</sup>. Oficialmente relacionada a um projeto de proteção e assimilação dos índios à sociedade nacional, a Comissão Rondon promovia abertura para os interesses particulares ao minimizar conflitos com os indígenas, considerados obstáculos para as frentes econômicas do país. Entre outras coisas, essa intervenção permitiu a realização de estudos sobre a população indígena, contribuindo para definir o início da política indigenista brasileira<sup>15</sup>.

Nesse período, a precariedade vivenciada pelos povos indígenas da região amazônica foi registrada pelos chefes de inspetorias do SPI, tais como Bento Pereira de Lemos, responsável pela inspetoria do Amazonas e território do Acre (IR1), apontando a gravidade das doenças transmissíveis no contexto local, elevada mortalidade infantil, epidemias e falta de assistência médica<sup>16</sup>.

Na segunda metade do século XX, destaca-se a iniciativa do médico e indigenista Noel Nutels, que criou o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA) no âmbito do governo federal, como um modelo de atendimento composto por equipes volantes de saúde (EVS) para áreas de difícil acesso, desenvolvendo ações voltadas principalmente para vacinação e controle de doenças contagiosas<sup>17</sup>.

Em 1967, após uma série de escândalos que envolveram denúncias de corrupção e de massacres de aldeias por questões fundiárias, o SPI foi extinto, sendo criada a Fundação Nacional do Índio (FUNAI), vinculada ao Ministério da Justiça. O Estatuto do Índio (Lei Federal nº 6.001/1973), que estipulava a relação entre o Estado e os indígenas, atribuía que esses povos eram considerados relativamente capazes, devendo ser tutorados pela FUNAI. A saúde indígena desenvolvida pela FUNAI ocorria num modelo de atendimento ocasional, inspirado no SUSA e fundamentado

pelas EVS. Nesse contexto, foram criadas as Casas de Saúde do Índio (CASAI), como locais urbanos de apoio a saúde dos indígenas<sup>18</sup>.

No Acre, a FUNAI foi estabelecida no ano de 1976, com o objetivo de prestar assistência às comunidades indígenas, atuando na delimitação das terras e na promoção de assistência à saúde, porém de forma muito precária<sup>19</sup>. Nesse período, outras entidades não-governamentais surgiram no Acre, tais como a Comissão Pró-Índio-CPI (1979), o Conselho Indigenista Missionário-CIMI (1979), o Conselho de Missão entre Índios-COMIN (1982), o Centro de Trabalho Indigenista-CTI e a União das Nações Indígenas do Acre-UNI (1984), militante na luta pela demarcação de terras e direitos dos indígenas. A partir de projetos dessas organizações, se iniciou a educação escolar indígena e a formação local de Agentes Indígenas de Saúde (AIS). A criação de cooperativas em diversas aldeias propiciou que as comunidades se desprendessem progressivamente dos domínios a que foram subjugadas. Na década de 80, assembleias indígenas regionais passaram a ser realizadas. Até mesmo o envolvimento na Aliança dos Povos da Floresta, uma entidade idealizada pelo ambientalista Chico Mendes para unificar os indígenas, seringueiros e ribeirinhos em defesa das florestas e do desenvolvimento sustentável do Acre, evidenciam o período de mobilização popular<sup>9,20</sup>.

Essas atuações se inserem no cenário nacional dos movimentos sociais em busca de democratização e melhores condições de vida, também influenciadas pela mobilização internacional em prol da valorização étnica. No movimento da Reforma Sanitária Brasileira, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada de 17 a 21 de março de 1986, foi um marco histórico da luta pelo direito à saúde, sendo acompanhada oito meses depois pela I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, que ocorreu com o objetivo de avaliar a saúde indígena e propor um modelo adequado de atenção à saúde<sup>21</sup>.

A Constituição Federal de 1988 legitimou inúmeros direitos à população indígena, contribuindo para contrapor a visão de assimilação desses povos<sup>22</sup>. Em 1990, por meio da Lei nº 8.029 foi instituída a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), decorrente da fusão da Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP) e da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SU-CAM)<sup>23</sup>. A perspectiva de ações de saúde sob distritalização foi se coadunando e, em 1991, com o Decreto presidencial nº 23, foi estabelecida a primeira definição do Distrito Especial Sanitário

Indígena e a determinação de que a FUNAI e a FUNASA deveriam se integrar na assistência indígena<sup>24</sup>, embora esta relação sempre tenha sido conflituosa. Assim, em função de uma pressão exercida pela FUNAI, foi promulgado o Decreto nº 1.141/1994, que estabelecia à FUNAI a coordenação das ações de saúde e responsabilidade das ações curativas e médico-sanitárias, e à FUNASA as ações de prevenção, saneamento básico e capacitação de recursos humanos<sup>25</sup>.

Somente em 1999, a atribuição da saúde indígena foi passada integralmente da FUNAI para a FUNASA pela Lei nº 9.836/1999 (Lei Arouca), que instituiu o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI) no âmbito do Ministério da Saúde, acrescentando dispositivos legais à Lei nº 8.080/1990<sup>26</sup>. No mesmo ano, foi promulgado o Decreto nº 3.156, que dispôs sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas no âmbito do SUS. Em 2002, foi aprovada a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), por meio da Portaria nº 254, com o propósito de garantir a atenção integral à saúde das populações indígenas<sup>18</sup>.

Influenciado pela política neoliberal dos anos 1990, caracterizada pela redução do papel do estado, o SASI estabeleceu a terceirização dos serviços por convênios. A Coordenação Regional da FUNASA no Acre (CORE-AC) conviniu a execução das ações de saúde para UNI. Contudo, semelhantemente às incongruências identificadas em outras regiões do país, a UNI se distanciou da proposta de militância ao assumir a gestão dos serviços, gerando perda do controle social. O fim dessa entidade ocorreu oficialmente em 2005, após a constatação de irregularidades na prestação de contas, levando o movimento indígena a nomear um organismo de coordenação provisória e iniciar reuniões e seminários para discutir uma reformulação na representação indígena do Acre. Assim, em 2005 foi criada uma organização sucessora, a Organização dos Povos Indígenas do Acre, Sul do Amazonas e Noroeste de Rondônia (OPIN)<sup>27,28</sup>.

Com a interrupção do convênio com a UNI, foram firmados convênios com os municípios para garantir a continuidade da assistência. Contudo, conflitos de responsabilidades e inúmeros manifestos ocorreram em diversas comunidades em anos subsequentes, salientando o descontentamento quanto aos serviços prestados e denúncias de desvio de verbas da saúde indígena para outras finalidades dos municípios<sup>29</sup>.

O Decreto nº 7.336/2010 instituiu a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) no Mi-

nistério da Saúde, que passou a assumir a gestão do SASI<sup>30</sup>. Organizada em uma rede de serviços, a estrutura do SASI se estabeleceu no país por meio de 34 DSEIs, definidos segundo características operacionais e demográficas dos povos indígenas, resultando em delimitações nem sempre coincidentes com as demarcações geográficas dos estados brasileiros. Os DSEIs são responsáveis pela Atenção Básica aos povos indígenas, com uma abordagem diferenciada, devendo contemplar as especificidades étnico-culturais, o planejamento participativo e a realidade local, de forma articulada aos demais níveis de complexidade do SUS<sup>18</sup>.

No Acre, foram estabelecidos dois DSEIs, o DSEI Alto Rio Purus (ARP), à leste, sediado na capital, e o DSEI Alto Rio Juruá (ARJ), à noroeste, com sede em Cruzeiro do Sul, a segunda maior cidade do Estado<sup>31</sup>. Tal conformação reflete uma característica histórica de separação oeste e leste do Acre, desde a ocupação ocorrida no século XIX<sup>29</sup>.

As etnias no Acre estão divididas em três grandes troncos linguísticos, denominados de Panos, Aruaques e Arawá. Os panos, dominantes do Juruá, correspondem aos povos Arara, Apolima-Arara, Jaminawa, Jaminawa-Arara, Huni Kuin (Kaxinawá), Katukina, Kaxarari (fronteira de Rondônia), Kontanawa ou Kuntanawa, Nawa, Nukini, Poyanawas, Shanenawa, Yawanawá. Os Aruaques, dominantes da bacia do Rio Purus, se dividem em Ashaninkas (Kampas), Apurinã (fronteira do Amazonas com o Acre) e Manchineri. Os Arawá correspondem aos Jamamadi (fronteira do Amazonas com o Acre) e Madjá (Kulina)<sup>27,32</sup>.

De acordo com dados do SIASI de 2013, o DSEI ARJ atende uma população de 14.108 indígenas, em uma área de abrangência que contempla 8 municípios, 7 Pólos-Bases, 117 aldeias e 16 etnias. O DSEI ARP atende uma população de 10.422 indígenas, em uma área de abrangência que contempla 7 municípios (sendo dois do Amazonas e 1 de Rondônia), 6 Pólos-Bases, 129 aldeias e 7 etnias<sup>33,34</sup>.

Dentre os principais entraves vigentes na saúde indígena do Acre se encontram a descontinuidade da presença de profissionais e das ações empreendidas nas comunidades, dificuldades em promover ações integradas com a medicina tradicional, excesso de medicalização, ausência de ações intersetoriais, deficiente articulação com os demais níveis de complexidade do SUS e falhas de notificação dos dados epidemiológicos. Algumas especificidades regionais são desafiadoras

para o atendimento à saúde, tais como o acesso a diversas aldeias e municípios, que somente é possível via aérea ou fluvial, sendo afetado pelas influências sazonais, principalmente nos períodos de seca nos rios, ampliando o tempo de viagem e atraso na entrega de insumos. As dificuldades de trabalho envolvem exposições a riscos de saúde, barreiras linguísticas, precárias condições de alojamento e limitações dos meios de comunicação, favorecendo a alta rotatividade profissional nas regiões mais remotas. Lideranças indígenas do Acre referem que o atendimento à saúde ainda não é satisfatório. Adoecimentos e óbitos acontecem em comunidades sem que ocorra diagnóstico adequado, uma vez que a cobertura da assistência à saúde, principalmente nas aldeias, é insuficiente<sup>35</sup>.

Ao longo desse período de implantação da SESAI, a saúde indígena esteve marcada por denúncias e protestos do movimento indígena contra a precariedade da assistência prestada, falta de medicamentos e de insumos em diferentes localidades, dificuldades de conseguir atendimento eletivo na rede pública de serviços de saúde, atuação insuficiente da vigilância à saúde, estruturas deficientes e desvios de verbas<sup>36</sup>.

Diante disso, embora a implantação dos DSEIs represente um grande avanço na organização da saúde indígena do Acre, seguindo um modelo que o país adotou após longos anos de luta para a construção de uma política indigenista, a situação de saúde indígena permanece aquém do esperado, considerando que o contexto local remete à ineficiência do conjunto das ações, associadas às precárias condições sociais, aspectos demográficos e epidemiológicos que evidenciam grandes iniquidades em saúde.

### Aspectos Sociais e Demográficos dos Povos Indígenas do Acre

A partir do Censo de 1991, a opção indígena foi incluída no quesito raça ou cor. No censo seguinte, foi observado um expressivo aumento populacional indígena, que passou de 294 mil para 734 mil pessoas, o que corresponde a um crescimento anual de 10,8%. Ainda que pareça refletir um fenômeno de valorização étnica denominado de etnogênese ou também vincular-se a uma busca por visibilidade social estimulada pelos incentivos governamentais, a elevação pode ter ocorrido como aumento artificial gerado pelas mudanças de critérios adotadas entre os censos<sup>4</sup>. Em relação ao ano 2000, Acre e Roraima apresentaram

os maiores crescimentos populacionais indígenas pelos estados da federação, apontando para uma subestimação dos dados no censo anterior e melhoria da captação das informações<sup>5,37</sup>.

Em 2010, o Censo Demográfico investigou a categoria indígena tanto no questionário da Amostra como no Básico, totalizando o universo de domicílios, além de aspectos como pertencimento étnico, língua falada no domicílio e localização geográfica. Observou-se que a população indígena do país foi de 896.917 pessoas, das quais 817,9 mil (91,2%) se autodeclararam indígenas, enquanto 78,9 mil (8,8%) residentes em terras indígenas (TIs) se declaravam de outra raça, mas se consideravam indígenas conforme outros critérios. Do total, 63,8% estavam na área rural, com maior contingente rural na região Norte (48,6%)<sup>5</sup>.

No Acre, foram contabilizados 17.578 indígenas (8.976 homens e 8.602 mulheres), dos quais 87,5% (15.921) declaravam-se indígenas e 12,5% (1.657) se consideravam indígenas conforme outros critérios. O estado também possui indígenas vivendo em isolamento, que não foram contabilizados. A maioria da população indígena acreana identificada pelo Censo 2010 se localiza na área rural, com aproximadamente 76,0% nas TIs, as quais estão distribuídas em 11 municípios, correspondendo a 14,0% da extensão do estado, o que equivale a 2.167.146 hectares e 31 TIs<sup>5</sup>.

Uma análise do Censo 2010 fornece um panorama dos indígenas do país. Na área rural, a proporção na faixa etária de 0-14 anos (45,0%) era o dobro da área urbana (22,1%), com o inverso acontecendo na faixa de 65 anos ou mais (4,3% na rural e 7,0% na urbana). Entre os indígenas residentes nas TIs, a pirâmide etária aponta alta natalidade e mortalidade. Já entre os residentes fora das TIs, indica baixa fecundidade e mortalidade, refletindo o processo de transição demográfica, iniciado na década de 1940 com a redução da mortalidade por doenças mais facilmente evitáveis, e consolidada em 1960 com a queda da fecundidade. A urbanização, o envelhecimento populacional, a ampliação dos fatores de risco e da incidência das doenças crônicas e agravos externos, acompanhados da persistência das doenças transmissíveis, situa o país num quadro de polarização epidemiológica, com níveis de transição diferenciados entre os grupos sociais e regiões<sup>38</sup>.

Dados dos DSEIs do Acre indicam pirâmides etárias com bases largas e ápices estreitos, sendo que o grupo etário abaixo de 15 anos corresponde a cerca de 50,0% da população total. Entre 2006-2008, a taxa geral de natalidade

foi de 30,2/1.000 nascimentos no DSEI ARJ e de 44,7/1.000 no DSEI ARP, superiores aos dados do Acre (24,0/1000), Região Norte (21,7/1000) e nacional (17,1/1000) em 2006. A taxa de fecundidade geral do DSEI ARJ foi de 111,2/1.000 mulheres de 10-49 anos de idade e no DSEI ARP foi de 184,0/1.000 mulheres<sup>39</sup>.

O nível educacional dos indígenas é inferior ao da parcela não indígena, especialmente na área rural. A taxa de alfabetização entre indígenas de 15 anos ou mais foi de 76,7%, enquanto a média brasileira é de 90,4%. O Acre apresentou a maior taxa de analfabetismo da população indígena do país, sendo encontrada prevalências de 41,5% nas TIs e 34,5% fora das TIs. Quanto à renda, 83,0% dos indígenas brasileiros recebiam até um salário mínimo ou não tinham rendimentos, com maior percentual no Norte (92,6%), onde 25,7% ganhavam até um salário e 66,9% se declaravam sem rendimentos. O Acre figurou entre os três estados brasileiros com pior rendimento monetário para aqueles vivendo fora das TIs<sup>5</sup>.

Em relação ao saneamento básico, há maior precariedade na Região Norte, sendo que entre os domicílios indígenas do Acre, apenas 1,9% eram providos de coleta de lixo, 5,2% possuíam rede de esgoto ou pluvial ou fossa séptica e 40,1% não possuíam banheiro de uso exclusivo ou sanitário<sup>5</sup>.

Entre 2008 e 2009, foi realizado o “Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição Indígena”, estudo pioneiro com amostra representativa da população indígena do país, composta por 6.692 mulheres na faixa etária de 14-49 anos e 6.128 crianças menores de cinco anos, de 113 aldeias. Dados do Inquérito indicam que as aldeias não possuem infraestrutura de saneamento básico adequada, favorecendo a transmissão de doenças. Na maioria dos domicílios, a fonte de água não tinha qualquer tratamento, sendo que na Região Norte cerca de 40,0% dos domicílios possuíam água de poços rasos ou coletavam diretamente em lagos ou cursos d’água. Aproximadamente 63,0% dos domicílios coletavam dejetos em fossas rudimentares, alcançando 91,0% no Norte. Apenas 19,0% dos domicílios indígenas possuíam banheiro dentro de casa (0,6% no Norte) e 30,6% dos participantes referiam defecar fora de casa. Em 79,0% o lixo doméstico era enterrado, queimado ou jogado no entorno da aldeia. As disparidades ficam evidentes comparando com dados de inquérito entre não indígenas, onde 90,0% dos domicílios apresentavam algum recurso sanitário e 80,0% da população se beneficiavam de rede coletora<sup>40</sup>.

Os resultados socioeconômicos apontados pelo recenseamento e pelo Inquérito indígena confirmam as desigualdades existentes entre esses povos e outros estratos populacionais. As minorias étnicas no Brasil sofrem marginalidade social, situação que as tornam mais vulneráveis a doenças e agravos. Também em decorrência de conflitos por terra, precariedade nos serviços de saúde, educação e infraestrutura nas aldeias, muitos indígenas migram para as cidades, onde geralmente são absorvidos pelos mercados regionais e vivem em situações mais periféricas. Embora alguns avanços possam ser destacados, os povos indígenas ainda experimentam desvantagens nos campos da educação, habitação, saneamento, renda e saúde<sup>7</sup>.

### Perfil de Saúde dos Povos Indígenas

O perfil de saúde dos povos indígenas no país se configura com acentuada complexidade. As doenças infectocontagiosas são as principais causas de morbimortalidade, mas as doenças e agravos não transmissíveis passaram a ter relevância em um contexto de transição epidemiológica vivenciado nas últimas décadas. Entre as doenças transmissíveis destacam-se a tuberculose, malária, hepatites virais, doenças diarreicas, respiratórias e parasitárias<sup>41</sup>.

Quanto à tuberculose, na região Amazônica as taxas de incidência chegam a ser quatro vezes superiores às médias nacionais. Vários fatores contribuem para esse quadro, tais como alta concentração de habitantes por domicílio, precárias condições sanitárias, anemia, desnutrição, dificuldade de acesso aos serviços de saúde e abandono do tratamento<sup>42</sup>. No Acre, no ano de 2010, a taxa de incidência bruta de tuberculose na população indígena foi de 131,9/100.000 habitantes, superior às identificadas para a população indígena da Região Norte (83,0/100.000) ou do Brasil (95,5/100.000)<sup>43</sup>.

Em relação à malária, 84,8% dos casos notificados em 2012 na região Amazônica tiveram como local provável de infecção a área rural. Dos casos identificados em área rural, 14,1% ocorreram em áreas indígenas. Esse percentual no Acre foi de 3,0%, correspondendo a 720 casos. As atividades econômicas e intervenções ambientais são as que mais determinam o incremento de casos no país, como construção de hidroelétricas, mineração, extração madeireira, pecuária, piscicultura e abertura de estradas<sup>44</sup>.

Quanto às hepatites virais, embora haja precariedade de informações sistematizadas para os

povos indígenas, são elevadas as prevalências de marcadores sorológicos, relacionados às formas crônicas de hepatite B, C e D, com variações entre etnias, sendo importantes meios de transmissão o contágio sexual e as práticas de rituais e curas<sup>45</sup>. A Região Amazônica apresenta a maior endemicidade do país, com destaque para o Acre. Em comunidades que vivem ao longo do Rio Purus e Rio Acre, verificou-se que infecções por hepatite A, B e Delta são endêmicas, sendo identificadas prevalências de 93,7% para o marcador anti-HVA, 66,2% para anti-HBc e 5,2% do marcador HBsAg. Entre HBsAg positivos, 66,6% foram positivos para anti-Delta<sup>46</sup>.

Quanto às doenças infecto-parasitárias, existe uma relação dessas enfermidades com a precariedade do saneamento básico, baixa renda, vulnerabilidade alimentar e higiênica, condições comuns à situação indígena. Análises dos atendimentos hospitalares de indígenas no país indicam que as doenças respiratórias, principalmente pneumonia, e doenças diarreicas e parasitárias por verminoses se configuram como principais causas de atendimentos, com destaque entre menores de 5 anos<sup>47,48</sup>. As doenças infecto-parasitárias se configuram como a principal causa de óbito na população indígena do Acre, representando cerca de 31,0% dos óbitos identificados nos DSEIs ARJ e ARP entre 2003 e 2008, superando o percentual na população geral do Acre no mesmo período (7,2%)<sup>39</sup>.

Uma análise do perfil epidemiológico das crianças menores de dez anos referenciadas para a CASAI de Rio Branco entre 2003 e 2007 identificou que, excetuando causas mal definidas, as morbidades mais frequentes foram as doenças infecciosas e parasitárias (19,0%)<sup>49</sup>. De fato, entre as principais morbidades mais relatadas pelos DSEIs do Acre encontram-se as infecções das vias aéreas respiratórias, verminoses, anemias, dermatoses, doenças do aparelho digestivo e genitourinário. Destacam-se também tuberculose, malária, hepatites virais e as DST<sup>39,49</sup>.

Entre as crianças indígenas se observa elevada mortalidade infantil, como da ordem de 97/1.000 nascidos vivos em menores de 1 ano na etnia Xavante, um alarmante índice que tende a representar a gravidade do quadro em outras etnias<sup>50</sup>. Em 2010, dados do SINASC indicam que 62,0% dos 517 óbitos infantis em indígenas ocorreram no período pós-neonatal. As infecções, principalmente pneumonias e diarreias, representam a principal causa de mortes entre crianças indígenas, indicando um perfil semelhante ao do Brasil em décadas passadas e dos países mais pobres<sup>51</sup>.

No Acre, entre 2003 e 2008, a taxa de mortalidade infantil entre os indígenas foi muito elevada, sendo de 74,2/1.000 nascidos vivos no DSEI ARJ e de 53,6/1.000 nascidos vivos no DSEI ARP, valores maiores do que as estimativas para a população não indígena do Acre (28,7/1.000), da Região Norte (22,8/1.000) e nacional (20,7/1.000)<sup>39</sup>.

Em relação aos aspectos nutricionais, o Inquérito Nacional de Saúde Indígena apontou que 25,7% das crianças apresentavam déficit de crescimento para idade, indicando desnutrição crônica, e 51,2% apresentavam anemia. No Norte, essas prevalências foram de 40,8% e 66,4%, respectivamente. Índices de baixo peso e baixa estatura foram piores entre as crianças indígenas do Norte, associados, significativamente, ao baixo peso ao nascer, hospitalização no ano anterior, mães anêmicas, famílias com baixo nível socioeconômico e precária condição sanitária. Diarreia e infecção respiratória aguda foram as principais causas de hospitalização nos 12 meses anteriores às entrevistas, corroborando o aspecto da ineficiência das ações básicas de saúde entre esses povos<sup>40</sup>.

Outros estudos realizados com indígenas do Acre confirmam a gravidade nutricional nessa população. Entre crianças de duas aldeias Kaxinawás, 76,3% apresentavam desnutrição crônica<sup>52</sup>. Nos Apurinãs, pertencentes ao DSEI ARP, 61,0% das crianças apresentavam déficit de estatura no nível moderado/grave e 93,0% das crianças de 6 a 24 meses apresentavam anemia, sendo grave em 60,0% dos casos<sup>53</sup>.

Quanto à saúde da mulher descrita no mencionado Inquérito Nacional, foi identificada elevada prevalência de anemia (33,0%), sendo maior na Região Norte (46,3%), 46,1% apresentavam excesso de peso e 15,8% obesidade<sup>54</sup>. O sobrepeso e a obesidade se configuram como fator de risco para doenças crônicas e se revelam preocupantes no contexto da saúde pública. A interação com a sociedade não indígena e redução dos limites territoriais geraram mudanças nos padrões de subsistência e de consumo entre povos indígenas. Considerando os aspectos alimentares e antropométricos, tem se constatado um processo de transição nutricional em conformidade com a dieta ocidental, acompanhados de redução da atividade física e sedentarismo. Tais condições são associadas às doenças não transmissíveis, com destaque para hipertensão arterial, diabetes e neoplasias<sup>55</sup>.

O Inquérito Nacional de Saúde Indígena revelou prevalências desiguais de hipertensão arterial pelas macrorregiões, sendo maior no Sul/Su-

deste (17,3%) e menor no Norte (3,8%)<sup>40</sup>. Uma recente meta-análise identificou que no período de 1970 a 2014 a prevalência combinada de hipertensão arterial foi de 6,2% (IC95%: 3,1-10,3). O valor da razão de chances foi de 1,12 (IC95%: 1,07-1,18), indicando aumento de 12,0% a cada ano na chance de um indígena apresentar hipertensão<sup>56</sup>. Em relação ao diabetes, embora poucas pesquisas tratem do tema em indígenas, inexistindo tal investigação no Acre, estudos entre etnias específicas têm relatado o aumento da prevalência de diabetes tipo 2<sup>57,58</sup>.

Acompanhando a recente emergência dessas doenças incrementam-se os transtornos psiquiátricos, suicídio, abuso de drogas, alcoolismo, mortes por causas externas e exposição à contaminação ambiental<sup>59-61</sup>. Nesse sentido, no Acre problemas de saúde relacionados à pobreza e miseráveis condições de vida se evidenciam, tais como os registrados em 2010, onde dez crianças Kaxinawás do Alto Rio Juruá morreram em consequência de diarreia, circunstâncias que ocorreram paralelamente a novos agravos, como os relatos de suicídios sequenciais entre jovens Katuquinas e óbito por atropelamento ocorridos no mesmo ano<sup>61</sup>.

### Considerações Finais

Mediante extensa trajetória de lutas, a situação de saúde indígena apresenta desafios sistêmicos agregados ao processo histórico de ineficiente gestão das políticas indigenistas no país. Nesses primeiros anos de implantação do Subsistema

de Atenção à Saúde Indígena, persiste o quadro de precariedade da saúde pública prestada aos povos indígenas, acompanhada de um crítico processo de utilização inadequada dos recursos financeiros. Diante das dificuldades em manter os direitos adquiridos e prosseguir na defesa de novos direitos, salienta-se a necessidade de fortalecimento do controle social e capacitação dos participantes do Movimento Indígena, respeitando a integridade cultural.

O Estado do Acre reflete o quadro de maior vulnerabilidade dos povos indígenas da Região Norte, que compartilham piores resultados de saúde quando comparados com o restante do país. Grande parcela dessa população reside em áreas remotas com acesso limitado aos serviços, exigindo um enfrentamento coordenado e inclusivo para reduzir as iniquidades e assegurar a continuidade do direito fundamental à saúde.

Apesar dos avanços relativos à sua criação e implantação, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas ainda se configura de forma fragmentada e emergencial nas realidades locais, com distorções no processo de controle social e uma grande lacuna para a concretização dos seus princípios e diretrizes. Tal quadro pode ser evidenciado pela manutenção de piores indicadores de saúde em comparação com a população não indígena, iniquidades de acesso, estratégias ineficazes de participação indígena, elevada descontinuidade das ações de saúde, ingerência financeira e dificuldades administrativas, entre outros fatores que precisam ser superados para que ocorra efetiva melhoria nas condições de saúde dos povos indígenas brasileiros.

### Colaboradores

MFSO Borges trabalhou na concepção, busca bibliográfica, análise dos dados e redação final. IF Silva trabalhou na concepção, busca bibliográfica, análise dos dados e redação final. R Koifman trabalhou na análise dos dados e redação final.

## Referências

- Cunha MC. *Índios no Brasil: história, direitos e cidadania*. São Paulo: Claro Enigma; 2012.
- Coimbra Jr CEA, Santos RV, Escobar AL, organizadores. *Epidemiologia e saúde dos povos Indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Abrasco; 2003.
- Ribeiro D. *Os Índios e a Civilização: a integração das populações indígenas no Brasil moderno*. Rio de Janeiro: Vozes; 1977.
- Pagliari H, Azevedo MM, Santos RV, organizadores. *Demografia dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Características gerais dos indígenas no Censo Demográfico 2010: resultados do Universo*. Rio de Janeiro: IBGE; 2012.
- Coimbra Jr. CEA. Saúde e povos indígenas no Brasil: reflexões a partir do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição Indígena. *Cad Saude Publica* 2014; 30(4):855-859.
- Coimbra Jr. CEA, Santos, RV. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. *Cien Saude Colet* 2000; 5(1):125-132.
- Souza CAA. *História do Acre: novos temas, novas abordagens*. Rio Branco: Editor Carlos Alberto Alves de Souza; 2002.
- Carneiro EA. *A Fundação do Acre: um estudo sobre comemorações cívicas e abusos da história* [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2014.
- Iglesias MMP. *Os Kaxinawá de Felizardo: correrias, trabalho e civilização no Alto Juruá* [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2008.
- Calixto VO. *Acre: uma história em construção*. Rio Branco: Fundação de Desenvolvimento de Recursos Humanos, da Cultura e do Desporto; 1985.
- Caleffi P. O que é ser índio hoje? A questão indígena na América Latina/Brasil no início do século XXI. *Rev Diálogos Latino-Am Aarhus* 2003; 7:20-42.
- Martins AL. *Política de saúde indígena no Brasil: reflexões sobre o processo de implementação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena* [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2013.
- Couto IHP. *Armazém da Memória da Seção de Estudos do Serviço de Proteção aos Índios – SPI* [tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Rio de Janeiro; 2009.
- Rodrigues FS. Marechal Rondon e a Trajetória de um Militar Sertanista na Primeira República Brasileira: Investigação sobre a Intervenção do Estado e o Processo Civilizador da População Indígena. *Estud Ibero-Am* 2017; 43(1):122-134.
- Brito CAG, Lima NT. Antropologia e medicina: assistência à saúde no Serviço de Proteção aos Índios (1942-1956). *Bol Mus Para Emílio Goeldi Cien Hum* 2013; 8(1):95-112.
- Costa DC. Política indigenista e assistência à saúde Noel Nutels e o serviço de unidades sanitárias aéreas. *Cad Saude Publica* 1987; 3(4):388-401.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Fundação Nacional de Saúde (Funasa). *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. Brasília: Funasa; 2002.
- Arruda RSV. Fronteiras e identidades: os povos indígenas na tríplice fronteira Brasil-Bolívia-Peru. In: Almeida MG, organizador. *Territorialidades na América Latina*. Goiânia: UFG/FUNAPE; 2009. p. 86-107.
- Paula EA, Silva SS. Movimentos Sociais na Amazônia Brasileira: Vinte Anos sem Chico Mendes. *Rev NERA* 2008; 11(13):102-117.
- Langdon EJ. Diversidade cultural e os desafios da política brasileira de Saúde do índio. *Saude Soc* 2007; 16(2):7-9.
- Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. *Diário Oficial da União* 1988; 5 out.
- Brasil. Decreto nº 8.029, de 12 de abril de 1990. Dispõe sobre a extinção e dissolução de entidades da administração Pública Federal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*; 1990.
- Brasil. Decreto nº 23, de 04 de fevereiro de 1991. Dispõe sobre as condições para prestação de assistência à saúde às populações indígenas. *Diário Oficial da União*; 1990.
- Brasil. Decreto nº 1.141, de 19 de maio de 1994. Dispõe sobre as ações de proteção ambiental, saúde e apoio às atividades produtivas para as comunidades indígenas. *Diário Oficial da União*; 1994.
- Brasil. Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999. Acrescenta dispositivos à lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. *Diário Oficial da União*; 1999.
- Padilha LD. Povos indígenas do Acre: Mentiras históricas e história das mentiras. In: *Dossiê Acre: O Acre que os mercadores da natureza escondem*. Brasília: Conselho Indigenista Missionário; 2012. p. 27-30.
- Ricardo B, Ricardo F, organizadores. *Povos Indígenas no Brasil: 2001-2005*. São Paulo: Instituto Socioambiental (ISA); 2011.
- Shankland AJL. *Sparking for the people: representation and health policy in the Brazilian Amazon* [tese]. United Kingdom: University of Sussex; 2010.
- Brasil. Decreto nº 7.336, de 19 de outubro de 2010. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*; 2010.
- Brasil. Portaria nº 852, de 30 de setembro de 1999. Ficam criados os Distritos Sanitários Especiais Indígenas, de acordo com a denominação, vinculada administrativa, jurisdição territorial, sede, população, etnias, casas do índio e demais características constantes dos Anexos I a XXXIV. *Diário Oficial da União*; 1999.
- Kaxinawá JPM, et al. *Índios no Acre, Organização e História*. Rio Branco: Organização dos Professores Indígenas do Acre (OPIAC); 2002.
- Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). *DSEI Alto Purus* [página na Internet]. 2014 [acessado 2017 Ago 28]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/fevereiro/25/Dsei-Alto-Purus.pdf>
- Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). *DSEI Alto Juruá* [página na Internet]. 2014 [acessado 2017 Ago 28]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/fevereiro/25/Dsei-Alto-Juruá-.pdf>
- V. *Registro audiovisual da omissão do estado brasileiro nas políticas públicas de saúde segundo depoimento de lideranças indígenas* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2016.

36. Ricardo F, Ricardo B, organizadores. *Povos indígenas no Brasil 2011-2016*. São Paulo: Instituto Socioambiental; 2017.
37. Azevedo MM. O Censo de 2010 e os Povos Indígenas. In: Ricardo B, Ricardo F, organizadores. *Povos indígenas no Brasil 2006-2010*. São Paulo: Instituto Socioambiental; 2011. p. 45-48.
38. Monteiro MFG. Transição demográfica e seus efeitos sobre a saúde da população. In: Barata RB, Barreto ML, Almeida Filho N, Veras RP, organizadores. *Equidade e saúde: contribuições da epidemiologia*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ABRASCO; 1997. p. 189-204.
39. Souza KP. *Mortalidade das populações indígenas nos distritos sanitários especiais do Alto Rio Juruá e Purus, Estado do Acre* [dissertação]. Rio Branco: Universidade Federal do Acre; 2009.
40. Coimbra Jr. CEA, Santos RV, Welch JR, Cardoso AM, Souza MC, Garnelo L, Rassi E, Follér ML, Horta BL. The First National Survey of Indigenous People's Health and Nutrition in Brazil: Rationale, Methodology, and Overview of Results. *BMC Public Health* 2013; 13:52.
41. Basta PC, Orellana JDY, Arantes R. Perfil epidemiológico dos povos indígenas no Brasil: notas sobre agravos selecionados. In: Garnelo L, Pontes AL. *Saúde Indígena: uma introdução ao tema*. Brasília: Ministério da Educação/Unesco; 2012. p.60-106.
42. Basta PC, Coimbra Jr. CEA, Escobar AL, Santos RV, Alves LC, Fonseca LS. Survey for tuberculosis in an indigenous population of Amazonia: the Suruí of Rondônia, Brazil. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 2006; 100(6):579-585.
43. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Boletim Epidemiológico Vol 43. Especial Tuberculose* [documento na Internet]. Brasília: MS; 2012 [acessado 2017 Out 02]. Disponível em: <http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/julho/23/BE-2012-43-Mar--o---Especial-Tuberculose.pdf>
44. Lapouble OMM, Santelli ACFS, Muniz-Junqueira MI. Situação epidemiológica da malária na região amazônica brasileira, 2003 a 2012. *Rev Panam Salud Publ* 2015; 38(4):300-306.
45. Nunes HM, Monteiro MRCC, Soares MCP. Prevalência dos marcadores sorológicos dos vírus das hepatites B e D na área indígena Apyterewa, do grupo Parakanã, Pará, Brasil. *Cad Saude Publica* 2007; 23(11):2767-2779.
46. Paula VS, Arruda ME, Vitral CL, Gaspar AMC. Seroprevalence of viral hepatitis in riverine communities from the Western Region of the Brazilian Amazon Basin. *Mem Inst Oswaldo Cruz* 2001; 96(8):1123-1128.
47. Cardoso AM, Coimbra Jr. CEA, Tavares FG. Morbidade hospitalar indígena Guarani no Sul e Sudeste do Brasil. *Rev Bras Epidemiol* 2010; 13(1):21-34.
48. Escobar AL, Rodrigues AF, Alves CLM, Orellana, Santos RV, Coimbra Jr. CEA. Causas de internação hospitalar indígena em Rondônia. O Distrito Sanitário Especial Indígena Porto Velho (1998-2001). In: Coimbra Jr. CEA, Santos RV, Escobar AL, organizadores. *Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ABRASCO; 2003. p.127-147.
49. Dantas FLL. *Perfil de morbidade da população indígena infantil referenciada para a Casa de Saúde Indígena (CASAI) de Rio Branco* [dissertação] São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2010.
50. Souza LG, Santos RV, Pagliaro H, Carvalho MS, Flowers NM, Coimbra Jr. CE. Demography and health of the Xavante Indians of Central Brazil. *Cad Saude Publica* 2011; 27(10):1891-1905.
51. Cardoso AM, Santos RV, Coimbra Jr. CEA. Mortalidade infantil segundo raça/cor no Brasil: o que dizem os sistemas nacionais de informação? *Cad Saude Publica* 2005; 21(5):1602-1608.
52. Farias ES, Souza OF. Adiposidade corporal e estado nutricional em aldeias indígenas da tribo Kaxinawa no sudoeste da Amazônia, estado do Acre, Brasil. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum* 2005; 7(2):36-43.
53. Oliveira JG, Lima JB, Araújo, SK. *Diagnóstico de saúde da população indígena da aldeia Camicua em Boca do Acre-Amazonas* [monografia]. Rio Branco: Universidade Federal do Acre; 2002.
54. Borges MC, Buffarini R, Santos RV, Cardoso AM, Welch JR, Garnelo L, Coimbra Jr. CEA, Horta BL. Anemia among indigenous women in Brazil: findings from the First National Survey of Indigenous People's Health and Nutrition. *BMC Women's Health* 2015; 16:7.
55. Cardoso AM, Santos RV, Garnelo L, Coimbra Jr. CEA, Chaves MBG. Políticas públicas de saúde para os povos indígenas. In: Giovannella L, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2ª ed. revista e ampliada. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p. 911-932.
56. Souza Filho ZA, Ferreira AA, Santos B, Pierin AMG. Prevalência de hipertensão arterial em indígenas do Brasil: uma revisão sistemática com meta-análise. *Rev Esc Enferm USP* 2015; 49(6):1012-1022.
57. Oliveira GF, Oliveira TR, Rodrigues FF, Corrêa LF, Ikejiri AT, Casulari LA. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in indigenous people from Aldeia Jaguapiru, Brazil. *Rev Panam Salud Publica* 2011; 29(5):315-321.
58. Cardoso AM, Matos IE, Koifman RJ. Prevalência de diabetes mellitus e da síndrome da resistência insulínica nos índios Guarani do Rio de Janeiro. In: Coimbra Jr. CEA, Santos, RV, Escobar AL, organizadores. *Epidemiologia e saúde dos povos Indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz/ABRasco; 2003. p. 169-185.
59. Guimarães LAM, Grubits S. Alcoolismo e violência em etnias indígenas: uma visão crítica da situação brasileira. *Psicol Soc* 2007; 19(1):45-51.
60. Koifman S, Ferraz I, Viana TS, Silveira CL, Carneiro MT, Koifman RJ, Sarcinelli PN, Mattos RC, Lima JS, Silva JJ, Moreira JC, Ferreira MF, Fernandes C, Bulcão AC. Cancer cluster among young Indian adults living near power transmission lines in Bom Jesus do Tocantins, Pará, Brazil. *Cad Saude Publica* 1998; 14(Supl. 3):161-172.
61. Lima EC. Katukina/BR-364: Sobre Mortes e Omissões. In: Ricardo B, Ricardo F, editores. *Povos indígenas no Brasil: 2006/2010*. São Paulo: Instituto Socioambiental; 2011. p. 528-530.

Artigo apresentado em 03/05/2018

Aprovado em 25/09/2018

Versão final apresentada em 27/09/2018