

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO
MESTRADO EM CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO

Anivania Cavalcanti Câmara Pedro

MORTALIDADE INDÍGENA NO BRASIL:
ANÁLISE DAS PRINCIPAIS CAUSAS DE ÓBITOS A PARTIR DOS TRÊS CENSOS
DEMOGRÁFICOS

Maceió
2025

ANIVANIA CAVALCANTI CÂMARA PEDRO

**MORTALIDADE INDÍGENA NO BRASIL:
ANÁLISE DAS PRINCIPAIS CAUSAS DE ÓBITOS A PARTIR DOS TRÊS CENSOS
DEMOGRÁFICOS**

Dissertação de mestrado apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação da Universidade Federal de Alagoas (PPGCI-UFAL), área de concentração em Informação, Tecnologia e Inovação, linha de pesquisa 2, em Informação, Comunicação e Processos Tecnológicos.

Orientadora: Profa. Dra. Nelma Camêlo de Araújo.

Maceió

2025

Catálogo na Fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico

Bibliotecário: Marcelino de Carvalho Freitas Neto – CRB-4 – 1767

P372m Pedro, Anivania Cavalcanti Câmara.

Mortalidade indígena no Brasil : análise das principais causas de óbitos a partir dos três censos demográficos / Anivania Cavalcanti Câmara Pedro. – 2025.

90 f. : il.

Orientadora: Nelma Camêlo de Araújo.

Dissertação (Mestrado em Ciência da Informação) – Universidade Federal de Alagoas. Instituto de Ciências Humanas, Comunicação e Artes. Maceió, 2025.

Bibliografia: f. 83-90.

1. Indígenas - Mortalidade - Brasil. 2. Saúde de populações indígenas. 3. Censo Demográfico Brasileiro. I. Título.

CDU: 314.824(=87)(81)


TERMO DE APROVAÇÃO

ANIVANIA CAVALCANTI CÂMARA PEDRO


MORTALIDADE INDÍGENA NO BRASIL: ANÁLISE DAS PRINCIPAIS CAUSAS DE ÓBITOS A PARTIR DOS TRÊS CENSOS DEMOGRÁFICOS

Dissertação de mestrado apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação da Universidade Federal de Alagoas (PPGCI-UFAL), área de concentração em Informação, Tecnologia e Inovação, linha de pesquisa 2, em Informação, Comunicação e Processos Tecnológicos.


Banca Examinadora:

Documento assinado digitalmente
 **NELMA CAMELO DE ARAUJO**
Data: 16/04/2025 10:32:30-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>


Profa. Dra. Nelma Camêlo de Araújo – PPGCI/UFAL (Orientadora)

Documento assinado digitalmente
 **VINÍCIOS SOUZA DE MENEZES**
Data: 15/04/2025 19:53:06-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Vinícios Souza de Menezes – PPGCI/UFS (Examinador Titular Externo)

Documento assinado digitalmente
 **JULIANA FACHIN**
Data: 16/04/2025 07:36:15-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Juliana Fachin – PPGCI/UFAL (Examinadora Titular Interna)

Documento assinado digitalmente
 **MARLI DIAS DE SOUZA PINTO**
Data: 15/04/2025 18:12:43-0300
CPF: ***.162.900-**
Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Profa. Dra. Marli Souza Dias Pinto – PGCIN/UFSC (Examinadora Suplente Externa)

Aos povos indígenas do Brasil;
à minha mãe, Aurecila Tenório, ao meu pai,
Antônio José Pedro (*in memoriam*),
às minhas irmãs, Aniedje e Adjaneide,
ao meu esposo, André Vítório, e
aos meus filhos, João Ruah e Mariane Regina.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus por me permitir saúde física e mental para alcançar mais um objetivo que é a conclusão deste trabalho;

Agradeço imensamente à minha família, de maneira especial, aos meus amores João Ruah e Mariane Regina, filhos maravilhosos que Deus me permitiu ter, e ao meu amado esposo, André Vitório, pela compreensão, paciência, amor e carinho dedicados a mim;

À minha mãe, Aurecila Tenório, e ao meu pai, Antônio José Pedro (*in memoriam*), pelos ensinamentos e de serem exemplos para mim de honestidade e integridade;

Às minhas irmãs-amigas, Aniedje e Adjaneide, companheiras pelos bons momentos, sonhos e expectativas positivas;

À minha sogra, Ruth Câmara, pelas lindas palavras de apoio e carinho;

Aos professores, pelos conhecimentos passados, contribuindo para minha formação acadêmica e profissional;

À Profa. Dra. Nelma Camêlo de Araújo, orientadora deste trabalho, obrigada pela atenção, paciência e dedicação;

À Profa. Dra. Francisca Rosaline Leite Mota, pela força e crença que dispõe aos seus discentes;

À Profa. Dra. Juliana Fachin (PPGCI/UFAL), ao Prof. Dr. Vinícios Souza de Menezes (PPGCI/UFS) e à Profa. Dra. Marli Souza Dias Pinto (PGCIN/UFSC), pela disponibilidade e gentileza em aceitarem compor a banca examinadora, estou certa de que contribuirão para o aprimoramento deste trabalho;

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Alagoas (FAPEAL), pelo incentivo e apoio destinado aos pesquisadores, contribuindo para o desenvolvimento e crescimento da Ciência no Estado de Alagoas;

A todos, o meu muito obrigada.

Ora, se virar única, então não é paisagem. A natureza da paisagem é a pluralidade, a diversidade, é a sucessão. [...] Quando nós acabamos com todas as paisagens da terra, nós entramos em coma.

Ailton Krenak

RESUMO

Desde a invasão europeia no Brasil, por volta do início do século XVI, os povos indígenas têm enfrentado mudanças significativas com impactos na saúde, devido à introdução de epidemias e doenças trazidas pelos colonizadores, às quais foram causadoras de mortes precoces. Essa invasão impôs desafios e desencadeou conflitos no âmbito geográfico, cultural, étnico, ambiental e, principalmente, no âmbito da saúde, para as populações indígenas. Diante da questão levantada, traçou-se como objetivo geral identificar as principais causas e percentuais da mortalidade dos povos indígenas brasileiros, a partir de bases de dados governamentais, da Ciência da Informação e da Medicina, considerando os três últimos censos demográficos. A pesquisa adotou uma metodologia que a caracteriza de acordo com os objetivos em: exploratória descritiva e quanto aos procedimentos técnicos, pesquisa bibliográfica e documental, o que permitiu uma compreensão mais adequada e atualizada do contexto da saúde dos povos indígenas e sobre os fatores que implicam na mortalidade dessa população. Os resultados encontrados apresentam coeficientes de mortalidade indígena aparentemente estáveis, embora a literatura indique uma realidade alarmante na situação de vida e saúde dos indígenas, decorrentes de diversos fatores causadores de óbitos. Essa disparidade destaca a urgência de melhorias nos sistemas de coleta de dados e registro de informações em saúde indígena no Brasil. Portanto, sugere-se a necessidade de um sistema ou plataforma de dados atualizada, disponível e específica para a população indígena, o que nos levará a uma maior clareza sobre a situação desses povos e o desenvolvimento efetivo de políticas públicas que promovam a igualdade no acesso e assistência à saúde.

Palavras-chave: povos indígenas; mortalidade indígena no Brasil; saúde indígena; censo demográfico brasileiro.

ABSTRACT

Since the European invasion of Brazil, around the beginning of the 16th century, indigenous peoples have faced significant changes with impact on health, due to the introduction of epidemics and diseases brought by colonizers, which have caused premature deaths. This invasion-imposed challenges and triggered conflicts in the geographical, cultural, ethnic, environmental and, mainly, health indigenous areas. In view of the raised question, the general objective was to identify the main causes and percentages of mortality among Brazilian indigenous peoples, based on government databases, Information Science and Medicine literature, considering the last three demographic censuses. The research adopted a methodology that characterizes it according to the objectives in: exploratory descriptive and in terms of technical procedures, bibliographic and documentary research, which allowed a more adequate and updated understanding of the health context of indigenous peoples and the factors that imply in the mortality of this population. The results show apparently stable indigenous mortality rates, although the literature indicates an alarming reality in the life and health situation of indigenous people due to several factors causing deaths. This disparity highlights the urgency of improvements in data collection and information recording systems on indigenous health in Brazil. Therefore, this research suggests the need for an updated, available and specific data system or platform for the indigenous population, which will lead us to greater clarity about the situation of these peoples and the effective development of public policies that promote equality in access and health care.

Keywords: indigenous peoples; indigenous mortality in Brazil; indigenous health; Brazilian demographic census.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Coeficientes de Mortalidade Indígena no Brasil – 2024.....	71
Tabela 2 – Principais Doenças Causadoras de Óbitos Indígenas – Anos 2000, 2010, 2022...	74

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – População Indígena x Óbitos Indígenas – 2024	71
Gráfico 2 – Principais Doenças Causadoras de Óbitos indígenas – Ano 2000	72
Gráfico 3 – Principais Doenças Causadoras de Óbitos Indígenas – Ano 2010.....	73
Gráfico 4 – Principais Doenças Causadoras de Óbitos Indígenas – Ano 2022.....	74

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Pesquisa Documental das publicações recuperadas, utilizadas e não utilizadas..	26
Quadro 2 – Principais capítulos de causas de óbitos indígenas no Brasil.....	75

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
BDTD	Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações
Bireme	Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
BRAPCI	Base de Dados em Ciência da Informação
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
Capes	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
Casai	Casas de Saúde Indígena
CGIAE	Coordenação Geral de Informações e Análise Epidemiológica
CI	Ciência da Informação
CID	Classificação Internacional de Doenças
CID-10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CSPU	Cadastro de Sistemas e Permissões de Usuários
DASNT	Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis
DataSUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DSEI	Distrito Sanitário Especial Indígena
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EAAB	Sistema da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil
EVS	Equipes Volantes de Saúde
FBC	Fundação Brasil Central
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
Funai	Fundação Nacional de Proteção ao Índio
Funasa	Fundação Nacional de Saúde
IBCTI	Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
Lilacs	Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde

OMS	Organização Mundial de Saúde
PDSI	Planos Distritais de Saúde Indígena
PEP	Prontuário Eletrônico do Paciente
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
Pnaspi	Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PPGCI	Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação
Sasisus	Subsistema de Atenção à Saúde Indígena
SAPS	Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SciELO	Scientific Electronic Library Online
Sesai	Secretaria Especial de Saúde Indígena
Siasi	Sistema de Informações da Atenção à Saúde Indígena
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
Sinasc	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SIS	Sistemas de Informação em Saúde
Sisab	Sistema de informação para a Atenção Básica
SPI	Serviço de Proteção ao Índio
SUS	Sistema Único de Saúde
Susa	Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas
SVSA	Secretaria de Vigilância e Saúde e Ambiente
TABNET	Ferramenta de tabulação desenvolvida pelo DataSUS
TICs	Tecnologias da Informação e da Comunicação
UF	Unidades Federativas
UFAL	Universidade Federal de Alagoas

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
1.1	OBJETIVOS	17
1.1.1	Objetivo geral.....	17
1.1.2	Objetivos Específicos	17
1.2	JUSTIFICATIVA	18
2	METODOLOGIA.....	21
2.1	COLETA E ANÁLISE DE DADOS	22
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	30
3.1	A ORIGEM DO TERMO “INDÍGENA”, NO CONTEXTO DA HISTÓRIA DO BRASIL	32
3.2	“GENOCÍDIO INDÍGENA”, UMA REALIDADE SILENCIADA NO BRASIL	37
3.3	FATORES DE MORTALIDADE INDÍGENA NO BRASIL	41
4	SISTEMAS DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE NO BRASIL	44
4.1	SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE (SIS)	46
4.1.1	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DataSUS) e a Ferramenta de tabulação desenvolvida pelo DataSUS (TABNET)	47
4.1.2	Portal e-Gestor AB (Atenção Básica).....	48
4.1.3	O Sistema de informação de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan)	49
4.1.4	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)	49
4.2	SAÚDE INDÍGENA, O IMPACTO HISTÓRICO E OS DESAFIOS ATUAIS	51
4.3	SISTEMAS E SUBSISTEMAS GOVERNAMENTAIS DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS DO BRASIL	55
4.3.1	Fundação Nacional de Saúde (Funasa).....	59
4.3.2	Secretaria Especial de Saúde indígena (Sesai)	59
4.3.3	Sistema de Informações da Atenção à Saúde Indígena (Siasi)	61
4.4	OPERACIONALIZAÇÃO DAS BASES DE DADOS DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA DO BRASIL	68
5	ANÁLISE DOS DADOS E OS RESULTADOS DA PESQUISA	70
5.1	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	75
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	82
	REFERÊNCIAS.....	83

1 INTRODUÇÃO

No início do século XVI, os colonizadores europeus chegaram ao novo continente e não imaginavam que encontrariam uma grande quantidade de povos indígenas com diversidades culturais, línguas e tradições espalhadas por todo território.

Naquela época, essa população era estimada em milhões de habitantes, porém, com o passar dos anos, a relação com os estrangeiros não foi muito amigável. Foram povos explorados e obrigados a deixar seu ambiente natural, onde viviam bem adaptados, e migrar para lugares onde, gradativamente, foram se tornando aculturados e, conseqüentemente, perdendo sua identidade étnica e cultural, o que os submeteu a significativas situações de conflitos, exploração e trabalho escravo. Essas mudanças sofridas impactaram na saúde indígena, de modo a introduzir epidemias nas aldeias, sendo mais um importante fator de mortes precoces nessa população. Conforme Gurgel (2009, p.103), “[f]oram a partir de então subtraídos de sua cultura, suas crenças e seu modo de vida, além da própria existência.

Por volta de 1500, segundo Vainfas (2007, p. 37), “[s]e Ángel Rosenblat estimou a população indígena brasileira em cerca de 1 milhão de pessoas, mas houve quem calculasse em 6,8 milhões a população da Amazônia, Brasil central e costa nordeste”. Desse modo, equívocos, interesses, escravidão, miscigenação, doenças, violência, entre outras razões, foram causando quase o desaparecimento étnico e cultural desses povos.

A catequese, além das guerras e do cativo, foram fundamentais para o despovoamento dos tupinambás, ao tentar eliminar sua identidade cultural e exigir aldeamentos próximos aos engenhos. As missões jesuíticas, inicialmente, antecederam à escravidão e espalharam epidemias, como a varíola, que dizimou aldeias inteiras na Bahia e em outras regiões. Outras doenças como sarampo e gripe também contribuíram para o declínio demográfico indígena na costa (Vainfas, 2007).

Entretanto, apesar dessa situação, alguns povos indígenas no Brasil, obrigados a se relacionar com outros povos não indígenas, mantiveram-se resistentes até os dias atuais na manutenção de suas histórias. Assim como afirma Cunha (2009, p. 126): “Os índios, no entanto, têm futuro: e, portanto, têm passado”, isso significa que é essencial o reconhecimento da origem histórica dos povos indígenas, pois garante a valorização e preservação para a construção de um futuro mais inclusivo e respeitoso.

Do ponto de vista legal, os povos nativos do Brasil são contemplados com aspectos específicos. Assim, no art. 231, da Constituição Federal de 1988, consta que: 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 (Brasil, 1988).

Historicamente, o projeto de extinção dos povos indígenas empreendeu muitos esforços, inclusive pelo Estado brasileiro, no entanto, na década de 1980, isso veio a mudar devido à organização dos movimentos sociais e políticos dos povos indígenas com intervenções na legislação brasileira, favorecendo e garantindo os direitos de povos originários do Brasil. Conforme Amorim (2010, p. 27): “Porém, a Constituição de 1988 muda esta visão e inclui em seus parâmetros que ‘índio’ é todo aquele que se auto-reconhece como tal e é também reconhecido por seus semelhantes”. Isso representa um avanço significativo para valorização dos povos indígenas, garantindo-lhes direitos para preservar suas vidas, seus territórios e, acima de tudo, cuidar da saúde a qual foi comprometida desde o contato com os colonizadores.

No entanto, as leis internacionais de proteção aos indígenas são descumpridas por autoridades políticas e judiciais em muitas situações, ou seja, o Estado, as empresas e a sociedade civil, principalmente em relação à demarcação das terras, não consideram a legitimidade dos direitos dos povos indígenas, portanto, evidencia-se que muitas das decisões políticas estão desconectadas das realidades vividas pela sociedade indígena (Bourdieu, 1996).

Em consequência do abandono histórico, a mortalidade da população indígena brasileira é alvo de debates e discussões que vem se tornando um fenômeno formado por vários aspectos, não só por questões de saúde, mas também pelas desigualdades sociais e econômicas, principalmente pelo aumento da violência que vem gerando mortes por causas externas como, por exemplo, os conflitos por motivos territoriais, que é algo complexo.

Os meios de comunicação são importantes para a veiculação de informações, no entanto, para divulgá-las e levar o conhecimento à sociedade, faz-se necessário dados oficiais retirados de fontes fidedignas e confiáveis. A necessidade da ética, da imparcialidade e da impessoalidade na análise, interpretação e divulgação das informações são fatores primordiais para que a verdade seja prevalente, diminuindo os diversos e possíveis vieses na informação.

E o que seriam esses vieses da informação? São quaisquer diferenças sistemáticas em relação à verdade que surge na coleta, registro ou forma de lidar com as informações em pesquisa e/ou estudo, e como informar dados ausentes ou não disponibilizados de forma correta e transparente (Bankhead; Spencer; Nunan, 2019). Tais vieses ou desvios são mais comuns do que se possa imaginar e têm muita relação com a própria formação do pesquisador ou profissional de informação, quando enfatizam alguns dados mais do que outros, de acordo com suas crenças, cultura e educação.

Em 2020, o mundo passou por uma situação que foi a pandemia da Covid-19. Na ocasião, a população brasileira foi informada de todas as maneiras sobre a mortalidade específica causada pelo vírus SARS-CoV-2. Num período de comoção global e nacional, houve falta de informações com foco mais amplo sobre todo o panorama sanitário brasileiro, incluindo dados gerais de natalidade e mortalidade, atualizados em tempo real nas plataformas e bases de dados governamentais.

Verifica-se que, em tempos de tecnologia da informação, inteligência artificial e plataformas digitais de dados informativos estatísticos, muito se tem a evoluir no Brasil, principalmente na disponibilização, confrontação e atualização de informações na área da saúde indígena.

Diante da problematização elencada anteriormente, o problema da pesquisa centra-se em investigar as principais causas e os percentuais de mortalidade indígena nos últimos três censos demográficos brasileiros (2000, 2010 e 2022).

1.1 OBJETIVOS

Assim, com o intuito de responder as questões formuladas, definiu-se os objetivos geral e específicos:

1.1.1 Objetivo geral

Identificar as principais causas de óbitos da mortalidade dos povos indígenas brasileiros a partir de bases de dados governamentais, da Ciência da Informação e da Medicina, considerando os três últimos censos demográficos;

1.1.2 Objetivos Específicos

- a) analisar as principais causas de óbitos dos povos indígenas brasileiros;
- b) identificar coeficientes de mortalidade indígena, baseados em dados encontrados;
- c) apresentar análise comparativa entre a literatura estudada e os resultados desse estudo.

1.2 JUSTIFICATIVA

Justifica-se este trabalho como uma forma de contribuição, permitindo avançar nos conhecimentos sobre a temática em foco, trazendo dados importantes para a área da Ciência da Informação sobre saúde e mortalidade dos povos indígenas, compreendendo e evidenciando os desafios enfrentados, com destaque à importância da intervenção das políticas públicas específicas para a melhoria da saúde e do bem-estar dessas comunidades.

Do mesmo modo, busca-se analisar os dados demográficos nas últimas duas décadas, com o intuito de preencher as lacunas, a fim de fornecer subsídios para uma gestão pública mais eficaz e promover a saúde na observância aos direitos humanos dos povos indígenas.

Além disso, minha intenção pessoal de abordar a temática indígena nesta dissertação foi motivada por histórias familiares que permearam a minha trajetória, pois, desde a minha infância, escuto sobre meus antepassados terem sido de origem indígena. O conhecimento dessa conexão ancestral reforça o meu interesse em compreender e ouvir as vozes dos povos indígenas sobre as questões enfrentadas por essas comunidades.

Os relatos antigos que se estenderam ao longo do tempo, mesmo eu não sendo indígena, despertaram em mim um profundo interesse em compreender de alguma forma às questões enfrentadas pelas comunidades indígenas. Sinto-me no dever de contribuir para a promoção da visibilidade e respeito às culturas, tradições e aos desafios enfrentados pelos povos indígenas, em busca, assim, de ampliar o diálogo e a conscientização sobre a importância de políticas inclusivas, de utilizar um olhar mais sensível em relação à realidade das populações indígenas, honrando a contribuição das memórias contadas sobre os meus antepassados.

Outra justificativa é a demonstração de como o acesso às informações mais precisas, auxiliam na disseminação e sistematização dos dados relacionados à mortalidade desses povos, e ainda demonstrar uma necessidade de melhoria no acesso à informação em bases de dados que hoje são restritas.

Justifica-se, ainda, como uma contribuição de forma ética sobre a acessibilidade a dados informativos oficiais livremente disponíveis sobre a mortalidade indígena colabora com o conhecimento através da área da Ciência da Informação (CI) que, segundo Saracevic (1996), contribui e influencia para o modo de como a informação é manuseada na sociedade e, com o uso da tecnologia, melhora a compreensão para uma relação de problemas estruturais associados ao conhecimento e ao comportamento humano diante das informações disseminadas.

Fonseca (2002) diz que o conhecimento científico é produzido pela investigação científica, sobretudo sua origem nos procedimentos de verificação com base na metodologia científica. No Brasil, existem diversos sistemas informacionais em saúde que poderiam facilitar a interação com pesquisadores, profissionais da informação e população em geral, porém elementos informacionais, assim como informações oficiais necessárias e atualizadas simultaneamente, não estão disponíveis para verificação no âmbito de pesquisa.

Nesse contexto, pequenos mecanismos de controle do Estado mostram como as políticas públicas relacionadas ao acesso e ao compartilhamento de informações sobre demandas específicas e fundamentais necessitam de aperfeiçoamento para assegurarem que as informações sejam acessíveis para todos, sem nenhuma condição discriminatória relacionada aos povos indígenas (Guimarães, 2017).

Antes de nos aprofundar na análise da mortalidade dos povos indígenas no Brasil, nos últimos três censos demográficos, torna-se relevante entender o contexto dos sistemas informacionais de saúde no país, como também explorar a verificação da estrutura e o funcionamento da Secretaria de Saúde Indígena (Sesai), considerando seus desafios e suas particularidades.

Com o uso das Tecnologias da Informação e da Comunicação (TICs), deve-se ampliar esse campo informacional bem como as plataformas específicas que servem para facilitar o acesso às informações de atenção à saúde da população indígena.

No intuito de aprofundar mais o trabalho, buscamos analisar as informações e os dados disponíveis nas plataformas e nas bases de dados do sistema de saúde necessários para as pesquisas. A confluência entre os sistemas informacionais sobre saúde indígena e mortalidade desses povos em suas comunidades representa um ponto principal para compreender os desafios e identificar possíveis melhorias significativas.

A pesquisa está diretamente relacionada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação da Universidade Federal de Alagoas (PPGCI/UFAL), da área de concentração em Informação, Tecnologia e Inovação, inserida na linha de pesquisa 2, em Informação, Comunicação e Processos Tecnológicos, do eixo temático “Informação em Ciência, Tecnologia e Inovação”, que

[...] consiste na concentração de estudos relacionados aos sistemas de comunicação científica, divulgação científica, indicadores e fatores de impacto, avaliação de produtos da ciência, métricas tradicionais e alternativa, gestão de dados de pesquisa, bases de dados, redes e sistemas de informação, monitoramento, análise e visualização da informação (UFAL/PPGCI, [s.d]).

Resultante desses estudos, esta dissertação se estrutura em seis seções: a seção 1, que se trata desta Introdução, contextualiza o tema da pesquisa, a problemática, traz as questões-problema, os objetivos (geral e específicos), a justificativa e a inserção do trabalho no PPGCI/UFAL; a seção 2 faz uma abordagem da metodologia utilizada para o desenvolvimento do trabalho, logo após são apresentados os referenciais que subsidiaram o trabalho; a seção 3 discute sobre a origem dos termos “indígena” e “genocídio”, aparente questão semântica que está diretamente vinculados às consequências dos dados de mortalidade indígena no país; a seção 4 aborda os sistemas e subsistemas governamentais de atenção à saúde dos povos indígenas no Brasil e a operacionalização das bases de dados; na seção 5, é apresentado o levantamento e a análise dos dados da pesquisa; e, na seção 6, nas considerações finais, encerramos um ciclo fazendo reflexões sobre os resultados expostas na dissertação e as projeções para novas pesquisas.

2 METODOLOGIA

Esta é uma pesquisa qualificada no curso de mestrado do PPGCI/UFAL. Salienta-se que os conceitos abordados através das bibliografias estudadas sobre a temática escolhida nesta pesquisa, caracterizam-na de acordo com os objetivos em: exploratória descritiva e quanto aos procedimentos técnicos, pesquisa bibliográfica e documental.

Para obter respostas à problemática de pesquisa, fez-se uma pesquisa bibliográfica necessária a investigação das principais causas e percentuais de mortalidade indígena apresentadas nos últimos três censos demográficos no Brasil e, com o propósito de contextualizar essas informações, foram considerados alguns estudos publicados sobre a temática da saúde e da mortalidade da população indígena. Esse procedimento metodológico permitiu uma análise fundamentada e uma maior compreensão a respeito do tema. Dessa forma, adotou-se um método que consiste na realização de buscas em bases de dados, durante um período específico, compreendido entre junho e novembro de 2024, com o intuito de obter informações necessárias e relevantes sobre tema.

No entanto, existem publicações científicas anteriores ao período em destaque que também contribuem para ampliar as informações, permitindo enriquecer a área da Ciência da Informação (CI), proporcionando avanços nesse contexto específico. Também, foi realizada análise de conteúdo bibliográfico e estudo nas bases de dados sobre a mortalidade dos povos indígenas do Brasil, nos últimos três censos demográficos.

A pesquisa descritiva interpreta os fenômenos na busca de atribuir significados, realiza os processos e foca na abordagem principal (Köche, 2011). Portanto, na realização da pesquisa para este trabalho, foram coletados dados bibliográficos e documentais para explorar a amplitude das informações disponíveis nas literaturas consultadas.

As fontes que embasam os argumentos deste trabalho são estudos bibliográficos disponíveis de literaturas voltadas para saúde e mortalidade dos povos indígenas do Brasil, objetivando um levantamento, mapeamento e análise dos dados relevantes registrados cientificamente.

No processo de pesquisa, foram feitas consultas a dados documentais de fontes primárias, secundárias e terciárias, como relatórios, livros, *e-books*, plataformas e bases de dados estatísticos oficiais, como, por exemplo, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e o DataSUS/TABNET, que serviram como meios operacionais, auxiliando a construção do referencial teórico.

A análise das fontes teóricas e de dados estatísticos consultados sobre a temática é importante para o desenvolvimento e embasamento do trabalho, sendo necessário a verificação das bases de dados oficiais e sua confiabilidade, como as fornecidas pelos órgãos públicos e as disponíveis nos sistemas informacionais da CI. Nessa perspectiva, técnicas contribuíram para o impacto positivo do conhecimento teórico-científico sobre o assunto abordado.

No que tange à pesquisa exploratória, que é uma forma que compreender as variantes dos assuntos estudados de maneira inicial, o que contribui para o desenvolvimento e a exposição do conhecimento que se busca adquirir, até então pouco encontrado nas bases de dados pesquisadas sobre o tema escolhido, o que reforça a referida escolha e embasa as informações sobre um objeto de estudo específico, fato que permitirá definir um contexto do trabalho e identificar diversas condições dos instrumentos. Essa abordagem inicial é crucial para fundamentar as informações mais detalhadas sobre o assunto abordado (Severino, 2014).

Partindo dessa perspectiva, com o propósito de compreender de forma mais explicativa o contexto da pesquisa, utilizou-se a abordagem qualitativa juntamente para a análise dos conteúdos, com vistas a aprimorar as técnicas de busca, ampliando-as para a obtenção dos objetivos e resultados.

A abordagem qualitativa, possui flexibilidade associada à natureza da investigação exploratória e propõe seguir uma estrutura bibliográfica organizada.

Nesse processo, o pesquisador se dedica a responder suas perguntas e compreender os fatos relacionados ao tema do trabalho em questão (Lösch; Rambo; Ferreira, 2023). Portanto, ao seguir essas etapas, esta pesquisa se torna uma contribuição para o avanço do conhecimento na área da CI.

2.1 COLETA E ANÁLISE DE DADOS

A coleta de dados foi realizada no período de junho a novembro de 2024. Coletamos dados informativos dos três últimos censos demográficos do IBGE, realizados em 2000, 2010 e 2022, baseada na população indígena brasileira cadastrada. Esses anos foram escolhidos para efeito de análise comparativa com os dados de mortalidade fornecidos pelo DataSUS/TABNET, tendo em vista que o filtro raça/cor, que permite a seleção da aba “indígena”, começou a ser registrado a partir do ano 2000 (Brasil, 2024). Portanto, para efeitos de análise foram utilizados dados coletados nesses respectivos anos para melhor estudo da mortalidade indígena nesse período específico.

A plataforma DataSUS/TABNET oferece uma visão de dados atualizados e disponibilizados sobre a mortalidade indígena e suas causas, estabelecendo critérios para a seleção dos materiais. Nessa plataforma, foi selecionada a seção “Estatísticas Vitais”, para, em seguida, selecionar “Mortalidade – desde 1996 pela CID-10¹”. Em sequência, para a coleta de dados, foi marcada a opção “Mortalidade geral” e selecionada a abrangência “Brasil por Região e Unidade da Federação”. Ao chegarmos a essa seção, selecionamos o ano escolhido e, na aba “Cor/raça”, a opção “Indígena”. Abaixo, ao clicarmos na aba “Capítulo CID-10”, em seguida, selecionamos os quatro principais capítulos de causas de mortes em números absolutos.

Para fins de cálculo do coeficiente ou taxa de mortalidade indígena nos anos pesquisados, utilizou-se a mesma fórmula de cálculo aplicada à população geral fornecida pelo DataSUS/TABNET, só que aplicada à população indígena. Dividiu-se o número de óbitos do ano específico fornecido pelo DataSUS/TABNET pela população indígena daquele ano, fornecida pelo IBGE, multiplicado por 1.000. Essa estrutura permitiu a organização das informações em gráficos e tabelas, facilitando a visualização e a análise dos dados referentes à mortalidade dos povos indígenas no Brasil nos anos estudados.

Os dados de mortalidade no Brasil, segmentados por ano e classificados pelas principais causas de morte (CID 10), são publicados apenas 15 meses após o término do ano em questão, representando o total de eventos para fins de cálculo dos indicadores de mortalidade e natalidade. Dados preliminares são divulgados a cada dois meses, posto que servem para o monitoramento de políticas específicas. Dados preliminares praticamente finais, relacionados ao ano anterior, são publicados dez meses após o término do ano de ocorrência (Brasil, 2024).

Além dos dados demográficos, foram coletadas informações permitindo uma abordagem contextualizada, sistemática, com vistas a garantir a relevância e precisão das informações obtidas. Para mais, analisamos dados coletados através de estudos anteriores e revisões de literatura que continham uma base sólida, bem como a inclusão de informações consultadas referentes a publicações de artigos acadêmicos sobre estudos relacionados à saúde da população indígena fortalecendo a análise. Desse modo, dentre as principais fontes destacam-se Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BRAPCI), Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD)

¹ Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, frequentemente designada pela sigla CID (em inglês: *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – ICD*) fornece códigos relativos à classificação de doenças e de uma grande variedade de sinais, sintomas, aspectos anormais, queixas, circunstâncias sociais e causas externas para ferimentos ou doenças. (Fonte: *Site* da CID 10).

do Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (IBICT), as quais algumas contribuíram para o desenvolvimento deste estudo. Em suma, é importante mencioná-las e destacar a escolha dessas bases bibliográficas, pois são compostas por conteúdos importantes para o desenvolvimento de forma representativa para embasar a presente pesquisa.

Foram utilizados os seguintes descritores nas citadas bases para levantamentos de artigos e demais publicações sobre o foco da pesquisa: “indígenas”, “povos indígenas”, “saúde de populações indígenas”, “mortalidade” e “demografia”. Tais descritores foram escolhidos com base na relevância sobre a temática abordada, visando garantir a abrangência na busca e na análise dos dados disponíveis. Nesse sentido, justifica-se a escolha dos referidos termos pela necessidade de maior compreensão sobre a situação da saúde das populações indígenas ao longo do tempo, embora as informações veiculadas no presente estudo não tenham sido de fácil disponibilização.

Após a coleta de dados estatísticos e bibliográficos, foram analisadas as informações reunidas para identificar as tendências e fatores da mortalidade indígena ao longo dessas últimas três décadas, de modo a utilizá-las simultaneamente para verificar os conteúdos e compreender as percepções dos autores em relação ao tema e aos sistemas de saúde governamentais.

Como resultado, serão discutidos à luz da literatura revisada e dos dados encontrados, destacando-se as descobertas sobre as políticas públicas, sistemas informacionais em saúde indígena e fatores causadores de mortalidade dos povos indígenas a fim de contribuir para maior visibilidade das questões correlatas que são disponibilizadas, com observação às lacunas e possíveis omissões na atenção, assistência e proteção desses povos e suas comunidades.

A revisão se iniciou de forma abrangente sobre a literatura existente que aborda assuntos como a saúde e a mortalidade dos povos indígenas. Embora as obras encontradas não direcionassem à temática específica, elas continham conteúdos que contribuíram para contextualizar a pesquisa. Nesse processo de análise preliminar em que se incluiu artigos acadêmicos, teses, dissertações, livros e *e-books* relevantes, essas fontes serviram para fundamentar teoricamente a investigação e identificar as lacunas sobre o conhecimento atual.

Além disso, foram levantados para a discussão, publicações como: “Taxas de mortalidade geral indígena nas unidades federativas do Brasil e sua (não) correlação com indicadores socioeconômicos e de saúde nos anos de 2000 e 2010”, de Cunha *et al.* (2022); “Mortalidade por cor ou raça, com foco nos indígenas: perspectivas comparativas entre o Censo Demográfico de 2010 e Sistemas Nacionais de Informação em Saúde”, de Caldas (2014), entre outros, conforme consta no referencial teórico, além de publicações que proporcionaram uma base sólida para a análise dos dados. Embora as fontes pesquisadas não direcionassem ao tema

de forma específica através dos descritores, elas possuem conteúdos relevantes que contribuíram para embasar esta pesquisa.

Dessa maneira, durante a pesquisa realizada na BVS, foram utilizados diversos sinônimos e palavras relacionadas e aproximadas ao tema em questão. No entanto, após uma análise detalhada, percebemos que a quantidade de trabalhos disponíveis era insuficiente para atender às necessidades da pesquisa. Ao constatarmos essa limitação, consideramos termos alternativos para ampliar as buscas que possibilitassem a descoberta de uma literatura científica mais abrangente através das bases de dados de conhecimento na área da saúde vinculadas a BVS, como a Lilacs (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Bireme (Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde), BDTD (Biblioteca Digital de Teses e Dissertações). Pesquisamos, também, no Portal da Capes (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), BRAPCI (Base de Dados em Ciência da Informação) e Fiocruz, utilizando os seguintes tópicos frasais todos em português para a busca como:

- Saúde e mortalidade dos povos indígenas no Brasil;
- Mortalidade dos povos indígenas no Brasil, em que foram encontrados trabalhos com conteúdo consideráveis para contextualizar a pesquisa;
- Mortalidade dos povos indígenas e o censo demográfico no Brasil, apenas um trabalho foi encontrado.

A partir da quantidade de publicações encontradas e recuperadas, foram selecionadas as que mais se assemelharam com o tema da dissertação para análise. Dos tópicos citados na busca, foram encontrados ao todo 58 (cinquenta e oito), entretanto esse volume surgiu por constar o termo “indígena”, ou seja, foram escolhidos artigos que tratassem de saúde, mortalidade e os censos demográficos como foco principal, portanto foram utilizados nesta pesquisa. Logo, diante dessa busca, muitos artigos, entre outros trabalhos, fugiam do foco dos assuntos abordados nesta dissertação, inclusive as datas são antes do ano de 2015, porém algumas delas foram consultadas dentro da perspectiva coerente com o tema deste estudo. Salientamos que este estudo não foca em estatísticas, nem métricas, apenas as menciona para entendimento da forma como foram articuladas as buscas.

Foi realizada a busca no portal da Capes que é amplo, com 396 bases de dados e mais de 38 mil periódicos científicos, porém poucos trabalhos foram pertinentes especificamente para esta pesquisa. Foram utilizadas 23 publicações no desenvolvimento da pesquisa. No geral,

esses termos foram escolhidos para assegurar uma busca mais abrangente. No entanto, não foram utilizados filtros específicos para expandir ainda mais os resultados, de modo a aparecer o máximo de trabalhos possíveis para seleção neste estudo, mesmo com poucos artigos disponibilizados, nem todos estavam relacionados com a dissertação. Desse modo, observamos que as bases consultadas revelam trabalhos que se apresentam em outras bases, ou seja, aparentemente estão relacionados entre si, principalmente na BVS.

O quadro 1 apresenta uma síntese da pesquisa documental realizada sobre a temática do trabalho que serviu como base para desenvolvimento e fundamentação da pesquisa através das publicações recuperadas, tanto as utilizadas quanto as não utilizadas.

Quadro 1 – Pesquisa Documental das publicações recuperadas, utilizadas e não utilizadas

Continua

Nº	AUTORIA	ARTIGO	DATA	FONTE	OBSERVAÇÃO
1	BASTA, Paulo Cesar; ORELLANA, Jesem D. Yamall; ARANTES, Rui	Perfil epidemiológico dos povos indígenas no Brasil: notas sobre agravos selecionados	2012	Fiocruz	Utilizada
2	COELHO NETO, Giliate C.; CHIRO, Artur	Afinal, quantos Sistemas de Informação em Saúde de base nacional existem no Brasil?	2021	BVS/ SciELO	Utilizada
3	WEISS, Maria Clara Vieira	Direitos Indígenas e Políticas Públicas no Brasil: passivo social ou “ninguendade?”.	2023	SciELO	Utilizada
4	ALVES, Francielle Thalita Almeida <i>et al.</i>	Mortalidade Proporcional nos povos indígenas no Brasil nos anos 2000, 2010 e 2018	2021	BVS/ SciELO	Utilizada
5	BARROS, Denise C.; SILVA, Denise Oliveira e; GUGELMIN, Silvia A.	Vigilância alimentar e nutricional para a saúde indígena.	2007	Fiocruz	Utilizada
6	CALDAS, Aline Diniz Rodrigues	Mortalidade por cor ou raça, com foco nos indígenas: perspectivas comparativas entre o censo demográfico de 2010 e sistemas nacionais de informação em saúde	2014	BVS/ BDTD	Utilizada
7	SANTOS, Ricardo Ventura; COIMBRA JÚNIOR, Carlos E. A.	Cenários e tendências da saúde e da epidemiologia dos povos indígenas no Brasil	2005	SciELO	Utilizada
8	CUNHA, Arthur Arantes da <i>et al.</i>	Taxas de mortalidade geral indígena nas unidades federativas do Brasil e sua (não) correlação com indicadores socioeconômicos e de saúde nos anos de 2000 e 2010	2022	BVS/ LILACS	Utilizada
9	CAMPOS, Marden B. de; QUEIROZ, Bernardo L.; SANTOS, Ricardo V.	Diferenciais de mortalidade entre indígenas e não indígenas no Brasil com base no Censo Demográfico de 2010	2017	BVS/ SciELO/ Capes	Utilizada
10	GARNELO, Luiza	Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde	2017	BVS	Utilizada
11	GUIMARÃES, Silvia	Povos indígenas e a legislação sobre ética em pesquisa no Brasil: relatos de uma pesquisa em saúde indígena.	2017	BVS	Utilizada

Continuação

Nº	AUTORIA	ARTIGO	DATA	FONTE	OBSERVAÇÃO
13	GURGEL, Cristina Brandt Friedrich Martin	Índios, jesuítas e bandeirantes. medicina e doenças no Brasil dos séculos XVI e XVII	2009	BVS/ LILACS	Utilizada
14	MARINHO, Gerson Luiz; SANTOS, Ricardo V.; PEREIRA, Nilza de O. Martins	A classificação dos domicílios “indígenas” no Censo Demográfico 2000: subsídios para análise das condições de saúde	2010	SciELO	Utilizada
15	PEREIRA, Érica Ribeiro <i>et al.</i>	A experiência de um serviço de saúde especializado no atendimento a pacientes indígenas	2014	BVS/ LILACS	Utilizada
16	RAMOS, Alan R. A.; OLIVEIRA, Keyty A. de; RODRIGUES, Francilene dos Santos	Mercúrio nos Garimpos da Terra Indígena Yanomami e Responsabilidades	2020	BVS/ SciELO	Utilizada
17	SANCHEZ, Raquel Maia; CICONELLI, Rozana M.	Conceitos de acesso à saúde	2012	SciELO	Utilizada
19	SANTOS, Ricardo Ventura; FLORES, Nancy M.; COIMBRA JÚNIOR, Carlos E. Álvares	Demografia, epidemias e organização social: os Xavante de Pimentel Barbosa (Etéñitépa), Mato Grosso	2019	BVS/ SciELO	Utilizada
20	PAIVA, Eliane Bezerra	Conceituando fonte de informação indígena	2014	Brapsi	Utilizada
21	OLIVEIRA, João P. de	Uma etnologia dos “índios misturados”? situação colonial, territorialização e fluxos culturais	1997	SciELO	Utilizada
22	FUNASA	Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas	2002	BVS	Utilizada
23	SOUSA, Maria da C. de; SCATENA, João H. G.; SANTOS, Ricardo V.	O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI): criação, estrutura e funcionamento	2007	BVS/ SciELO	Utilizada
24	GARNELO, Luiza <i>et al.</i>	Avaliação de atenção ao pré-natal ofertadas às mulheres indígenas no Brasil: achados do primeiro inquérito nacional de saúde e nutrição dos povos indígenas	2019	SciELO	Não utilizada
25	WOLFF, Ronald Selle	Missão yanomami uma epopeia na Selva Amazônica	2023	Asklepiion Inf. em Saúde	Não utilizado
26	SARTORI JÚNIOR, Dailor; LEIVAS, Paulo G. Cogo	O direito à saúde dos povos indígenas e o paradigma reconhecimento	2016	SciELO	Não utilizado
27	RODRIGUES, Douglas; ALBERTONI, Lucas; MENDONÇA, Sofia B. M. de	Antes sós do que mal acompanhados: contato e contágio com povos indígenas isolados e de recente contato no Brasil e desafios para sua proteção e assistência à saúde	2020	SciELO	Não utilizado
28	SILVA, Elizângela C. de A.	Povos indígenas e o direito à terra na realidade brasileira	2018	SciELO	Não utilizado
29	OLIVEIRA, Ana C. Amorim de	“Quem nunca teve origem não volta” o direito da autodeclaração e seus impasses no acesso às vagas para indígenas no ensino superior	2020	Periódicos UFSC	Não utilizado
30	PAGLIARO, Heloísa	A revolução demográfica dos povos indígenas no Brasil: a experiência dos Kayabí do Parque Indígena do Xingu, Mato Grosso, Brasil, 1970-2007	2010	SciELO	Não utilizado

Continuação

Nº	AUTORIA	ARTIGO	DATA	FONTE	OBSERVAÇÃO
31	CAMPOS, Marden B. de; ESTANISLAU, Bárbara R.	Demografia dos povos indígenas: os Censos Demográficos como ponto de vista	2016	SciELO	Não utilizado
32	SOUZA, Luciene G. de	Demografia e saúde dos índios Xavante do Brasil Central	2008	BVS BDTD Ibict	Não utilizado
33	CAMPOS, Deise <i>et al.</i>	Sistemas de informações sobre mortalidade em municípios de pequeno porte de Minas Gerais: concepções de profissionais de saúde	2012	SciELO	Não utilizado
34	BLACK, Francis L.	Saúde e doença na pré-história e contato infecção, mortalidade e populações indígenas: homogeneidade biológica como possível razão para tantas mortes	1994	SciELO	Não utilizado
35	COIMBRA Jr., Carlos E. A.; SANTOS, Ricardo V.; ESCOBAR, Ana L.	Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil	2005	SciELO	Não utilizado
36	GARNELO, Luiza; PONTES, Ana Lúcia	Saúde indígena uma introdução ao tema	2012	BVS	Não utilizado
37	PAGLIARO, Heloísa; AZEVEDO, Marta Maria; SANTOS, Ricardo V.	Demografia dos povos indígenas no Brasil	2005	SciELO	Não utilizado
38	LOUZADA, Jaime	Avaliação do trabalho da enfermagem na área indígena Yanomami dos municípios de Barcelos e Santa Isabel do Rio Negro – Amazonas, 2006	2007	BDTD Ibict/ Fiocruz	Não utilizado
39	VITOR, Ana C. Rorato <i>et al.</i>	Cenários de impacto para direcionamento de intervenções na crise da Terra Indígena Yanomami. Uma abordagem das geotecnologias	2023	Fiocruz	Não utilizado
40	RIBEIRO, Darcy	O Povo Brasileiro: a formação e o sentido do Brasil	1995	Cia. das Letras	Não utilizada
41	GARNELO, Luiza; BRANDÃO, Luiz Carlos; LEVINO, Antônio	Dimensões e potencialidades dos sistemas de informação geográfica na saúde indígena	2005	Capes/ SciELO	Não utilizada
42	MORAES, Rute Correia de	A luta dos povos indígenas pela saúde e o controle social: a atuação do conselho distrital de saúde indígena no DSEI AI/SE	2023	RIUFAL/ SciELO	Não utilizada
43	FARIA, Lucas Luis de; MARTINS, Catia P.	“Terra é Vida, Despejo é Morte”: Saúde e Luta Kaiowá e Guarani	2023	LILACS	Não utilizada
44	PENA, João Luiz; HELLER, Leo; DIAS JÚNIOR, Cláudio S.	A população Xakriabá, Minas Gerais: aspectos demográficos, políticos, sociais e econômicos	2009	BVS/ SciELO	Não utilizada
45	SOUZA, Karina Lavínia de	Avaliação normativa da gestão da política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas: um estudo de caso no distrito sanitário especial indígena da Bahia	2016	BDTD Ibict	Não utilizada
46	KOLBERG, Angelica	A atenção diferenciada aos povos indígenas nos serviços de saúde: análise das propostas formuladas nas etapas locais da 6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, do polo base Passo Fundo/RS	2019	BDTD Ibict	Não utilizada

Conclusão

Nº	AUTORIA	ARTIGO	DATA	FONTE	OBSERVAÇÃO
47	LOPES, Danilo Cleiton	Atenção diferenciada à saúde indígena: biopolítica e territorialidades no polo base de Dourados, MS	2018	BDTD Ibict	Não utilizada
48	BARRETO, João Paulo Lima	<i>Kumuã na kahtiroti-ukuse</i> : uma “teoria” sobre o corpo e o conhecimento prático dos especialistas indígenas do Alto Rio Negro	2021	BVS	Não utilizada
49	CARDOSO, Andrey M.; MATTOS, Inês E.; KOIFMAN, Rosalina J.	Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares na população Guarani-Mbyá do Estado do Rio de Janeiro	2001	Capes/ SciELO	Não utilizada
50	FERREIRA, Maria E. Vicente; MATSUO, Tiemi; SOUZA, Regina Kazue T. de	Aspectos demográficos e mortalidade de populações indígenas do Estado do Mato Grosso do Sul, Brasil	2011	Capes/ SciELO	Não utilizada
51	SOARES, Gustavo H.	Análise de redes aplicada a fatores relacionados à saúde bucal de populações indígenas	2022	BVS/ Tese USP	Não utilizada
52	PACHECO, Will da Silva <i>et al.</i>	Saúde e práticas de mineração em terras indígenas	2024	BVS/ SciELO	Não utilizada
53	ÁVILA, Bruna Teixeira	Planejamento reprodutivo em área indígena e a busca pela atenção diferenciada: os dilemas entre desigualdade e diferença	2022	BVS/ SciELO	Não utilizada
54	THOMAZINHO, Gabriela	Descoordenação a serviço do racismo institucional: considerações sobre o acesso de indígenas à política de saúde	2024	BVS/ SciELO	Não utilizada
55	MENDES, Leonardo José de Alencar	Saúde mental indígena em território de conflitos: o caso da comunidade Tupinambá da Serra do Padeiro no sul da Bahia	2024	SciELO	Não utilizada
56	SOUZA, Ronaldo Santhiago Bonfim de <i>et al.</i>	Suicídio e povos indígenas brasileiros: revisão sistemática	2020	BVS	Não utilizada
57	COIMBRA Jr., Carlos E. Alvares; SANTOS, Ricardo V.	Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil	2000	BVS/ SciELO	Não utilizada
58	RIOS, Diana P. Giraldo	Tuberculose entre os indígenas de São Gabriel da Cachoeira, AM: estudo epidemiológico com base em casos notificados e dados provenientes do Distrito Indígena de Iauaretê	2011	LILACS	Não utilizada

Fonte: A autora da pesquisa, 2025.

A seguir, nas seções 3 e 4, apresenta-se a Fundamentação Teórica que deu sustentação ao trabalho.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A mortalidade dos povos indígenas é um reflexo das desigualdades e atrocidades que aconteceram desde a invasão dos colonizadores no Brasil, pois, historicamente, conforme relatos encontrados na literatura, fatores como doenças infecciosas, escravidão, desnutrição, diversos tipos de violência, limitações de acesso à saúde, entre outras causas, acometeram as mortes dos povos indígenas, perdurando até a atualidade.

Com base em um cenário bem conhecido no país, em que os padrões epidemiológicos dos povos indígenas são quase desconhecidos em decorrência da ausência e da precariedade de informações concretas relacionadas à mortalidade e morbidade, decorrentes do processo histórico e atreladas à expansão demográfica, econômica, socioambiental e epidemiológica dessa população no país (Coimbra Jr.; Santos; Escobar, 2005). Os autores ainda enfatizam que, com base em dados disponíveis, não é possível mensurar de forma satisfatória dados referentes à epidemiologia da população indígena no Brasil, visto que faltam elementos necessários para tais resultados.

As áreas remotas das comunidades em determinadas regiões do país envolvem diversos fatores, tais como: dificuldade de acesso, comunicação por ainda existir diversas etnias, línguas, entre outros, que impedem compreender a dinâmica demográfica e o acompanhamento das informações em saúde com precisão (Coimbra Jr.; Santos; Escobar, 2005). Embora existam literaturas mais atuais existentes no presente contexto, notamos que o cenário continua com disparidades nas políticas de atenção à saúde dos povos indígenas.

Na questão acerca da mortalidade, autores exploram os dados censitários sobre a população indígena, as taxas de mortalidade entre os censos de 2000 e 2010, identificam aumentos dos indicadores por regiões e, a partir disso, analisam que a situação da saúde da população é crítica com disparidades estaduais e regionais nos aspectos ao acesso à saúde (Cunha *et al.*, 2022).

Tais dados, identificados nos estudos desses autores evidenciam as fragilidades enfrentadas pelos povos indígenas no país e ressalta a necessidade de intervenções, considerando cada particularidade cultural dessas comunidades. A análise dos autores contribui para a atenção panorâmica e efetiva de novos pesquisadores, cuja contribuição promove a compreensão das nuances da realidade a fim de colaborar com o desenvolvimento das pesquisas, assim como ocorreu com a pesquisa em questão.

A mortalidade indígena no Brasil é um assunto a ser tratado com atenção especial, haja vista a necessária reflexão que deve ser feita sobre as profundas cicatrizes históricas e

desigualdades enfrentadas por essa população. A coleta de dados é desafiadora pela falta de visibilidade e de recursos, a subnotificação por diversos fatores afeta os dados que são cruciais para compreender as causas de mortes.

A forma e a quantidade de ataques e violências que os povos indígenas sofreram e ainda sofrem prevalece caracterizando um processo de genocídio, que tem como uma das principais causas a omissão do poder público, particularmente na área da saúde (Grondin; Viezzer, 2021). Os autores enfatizam que as violências derivam do fato de que os povos indígenas são vistos como obstáculos econômicos e sociais, pois a intenção governamental não é facilitar o cumprimento da legislação.

A saúde da população indígena é afetada pela falta de saneamento básico e de água potável, que acarreta diversos tipos de doenças. Além disso, a infraestrutura precária e a escassez de recursos se tornam um grande desafio para essa população (Grondin; Viezzer, 2021).

Autores como Grondin e Viezzer (2021) e Santos (2017) destacam de forma esclarecedora sobre os desafios e o genocídio, auxiliando a compreender a urgência para o desenvolvimento das políticas públicas e colocá-las em prática. Santos (2017) aborda os paradigmas do genocídio, conceito, causas e, no decorrer dos séculos seguintes após a colonização, há muito o que se melhorar. A compreensão sobre esse tema fornece subsídios para embasar esta pesquisa.

Cunha (2012) retrata a trajetória de luta, resistência, resiliência e o impacto da colonização sobre as comunidades indígenas, discutindo sobre a perda de direitos, de recursos naturais, a invasão de territórios, a dizimação de etnias, culturas, apologia à escravidão, entre outros fatores, tudo resultou em consequências incalculáveis e determinantes para as causas de mortes entre os povos indígenas das Américas.

Sob o mesmo ponto de vista, Cunha (2012), Santos (2017) e Grondin e Viezzer (2021) analisam como as ações coloniais e as atitudes violentas resultaram na extinção cultural e física de inúmeras comunidades indígenas no Brasil. Do mesmo modo, as políticas governamentais são avaliadas ao longo da história, bem como são destacadas a falta de acesso a serviços de saúde e toda a trajetória criada para proteger as questões indígenas.

3.1 A ORIGEM DO TERMO “INDÍGENA”, NO CONTEXTO DA HISTÓRIA DO BRASIL

No Brasil, os povos indígenas carregam em sua trajetória secular uma riqueza de cultura e tradições ancestrais. Dessa forma, é importante ressaltar que, para compreender essas origens, é necessário a busca pelo significado do termo “indígena” e sua evolução histórica no contexto brasileiro.

A palavra “indígena” pode representar uma conexão mais profunda para alguns, mas para outros, pode simbolizar a luta por reconhecimento e direitos em um contexto coexistente, seu significado é multiforme e influenciado pelas experiências e realidades das etnias.

Para compreendermos esse conceito ao longo da história, é fundamental reconhecer a complexidade e a profundidade partindo da gênese para contribuir com a valorização dos direitos e a preservação dos costumes ancestrais e seus significados, além disso, a construção do significado linguístico ocorre socialmente ao longo do tempo refletindo os contextos aos quais a linguagem é utilizada. Da mesma forma, a originalidade nativa dos indígenas nas Américas é percebida por meio de várias perspectivas interpretativas. No dizer de Almeida (2010, p. 31):

E quem eram eles? Dificil questão, se considerarmos a diversidade de grupos etno-linguísticos da América portuguesa cujo conhecimento nos chegou através das descrições limitadas e preconceituosas de cronistas e missionários que, grosso modo, não compreendiam bem as línguas e culturas. Em toda a América, havia inúmeros povos distintos que foram todos chamados índios pelos europeus que aqui chegaram.

Os colonizadores europeus, ao se depararem com os habitantes nativos das terras brasileiras, caracterizou-os de acordo com suas percepções e entendimento da época. As descrições atribuídas aos nativos foram influenciadas pela falta de compreensão e respeito pela complexidade linguístico-cultural dos povos indígenas.

Koshiba (2012) assevera que Pero Vaz de Caminha relatou, em cartas enviadas ao rei D. Manuel, a sua impressão quando encontrou as terras para eles desconhecidas. Até então o Brasil não possuía esse nome, dado pelos colonizadores, e para os habitantes com características físicas e comportamentais que os deixaram impressionados, nomeando-os de “índios”. Por que foi dado o nome de índio? Há relatos em que, quando os colonizadores avistaram pela primeira vez o Brasil, Cristóvão Colombo entusiasmado com a invasão, nomeou precipitadamente aquelas terras acreditando que teria encontrado as Índias Orientais. Conforme Vainfas (2007, p. 37):

A palavra índio, hoje consagrada, deriva do equívoco de Colombo, o “descobridor da América” que julgara ter encontrado as Índias, o “outro mundo”, como dizia, na sua viagem de 1492. A palavra vulgarizou-se, pois, desde o começo da colonização ibérica, para designar genericamente uma infinidade de grupos étnicos, diversos troncos lingüísticos², centenas de famílias lingüísticas independentes (Vainfas, 2007, p. 37).

O resultado do suposto erro da nomenclatura que foi utilizada por Colombo, quando designou os habitantes nativos das Américas de índios, tomou uma proporção gigantesca entre os colonizadores europeus, provocando um impacto significativo para história dos povos indígenas do Brasil ao longo dos séculos. No entanto, além desses relatos, podemos mencionar que ouve, a partir do olhar do colonizador, certa estereotipagem acerca da origem dos habitantes dessas terras, daquela época, e quais eram suas características físicas:

Quanto à origem desses povos, no período Colonial foi assunto de total desconcerto e polêmica, havendo desde quem os visse como descendentes das tribos perdidas de Israel até os que duvidavam que fossem humanos. Convencidos da humanidade integral dos índios – proclamada, aliás, pelo papa Paulo III na Bula *Veritas Ipsa*, de 1537 –, os jesuítas chegaram mesmo a especular se eles não teriam sido outrora catequisados pelo Apóstolo Tomé, donde se originou o mito cristianizado de Sumé, resultado da confusão entre o Sumé da mitologia heróica, tupinambá e os anseios apostólicos inacianos (Vainfas, 2007, p. 39).

Diante de tantas adversidades em relação à origem dos povos indígenas e como habitavam as terras das Américas, as concepções sobre eles partiram desde serem exóticos, fortes, belos até excêntricos, expurgando o respeito as culturas e tradições a eles peculiares. Sabemos, portanto, que ainda prevalecem curiosidades e suposições sobre as origens indígenas na América, mesmo com muitas pesquisas desenvolvidas e registros documentais sobre o assunto, no mundo inteiro. Na obra didática de Koshiba (2012, p. 3), afirma-se o seguinte:

O povoamento da América, segundo a teoria mais aceita, teria ocorrido a partir de 12 ou 14 mil anos antes de Cristo. Provenientes da Ásia, os primitivos povoadores parecem ter atingido a América através do estreito de Bering. De 35 mil anos até mais ou menos 12 mil anos antes de Cristo, esse estreito uniu a Ásia e a América por meio de uma ponte de gelo, possibilitando a sua travessia. Porém, nesta última data (12 mil a. C.), com a elevação da temperatura, a ponte de gelo se desfez.

Sob tal ótica, a intenção neste trabalho foi trazer uma pequena contribuição para que esse breve esclarecimento sirva para compreender e reconhecer formas mais adequadas e respeitadas direcionadas às comunidades indígenas, suas etnias, identidades e tradições.

² Destacamos que, na publicação estudada de autoria do Vainfas (2007), ainda havia a marca do trema antes do Novo Acordo Ortográfico, portanto, manteremos a escrita original sem o uso da expressão [sic], haja vista que ocorre apenas nessa citação.

No Decreto-Lei nº 5.540, de 2 de junho de 1943, o presidente da República do Brasil, Getúlio Vargas, durante um Congresso Indigenista, no México, em 1940, propôs estabelecer o dia 19 de abril como o “Dia do Índio” nos países da América (Brasil, 1940). No entanto, esse decreto foi revogado pela Lei nº 14.402, de 8 de julho de 2022, alterando a nomenclatura dessa data o “Dia dos Povos Indígenas” (Brasil, 2022), a fim de promover a valorização da diversidade cultural e étnica desses povos.

Desse modo, além da questão da nomenclatura é importante também abordar sobre a dizimação dos povos indígenas após a colonização, que resultou em sérias consequências geradas contra os povos nativos das Américas, além disso, veio a introdução de doenças, violências, expulsões de suas terras com conflitos armados, escravidão, entre outros danos que resultaram no desaparecimento de grande parte dos indígenas espalhados no território brasileiro, refletindo negativamente na demografia, cultura e identidade, assim sendo, repercutiram ao longo dos anos até os dias atuais.

De acordo com registros bibliográficos, percebemos a predominância de relatos que mostram como esses povos enfrentaram e ainda enfrentam a escassez e a falta de bens essenciais, no entanto, essa narrativa que é apresentada em que os povos indígenas sofrem com a falta de recursos e riquezas naturais, contradiz a realidade desde a invasão de seus territórios no início do século XVI.

As populações indígenas são depositárias legais das riquezas naturais no Brasil como a biodiversidade, água, recursos minerais, produtos florestais não madeireiros como as sementes, terras férteis, frutos, entre outros, bem como suas culturas e o conhecimento tradicional.

As populações indígenas têm direito por razões históricas que foram reconhecidas no Brasil ao longo dos séculos, no entanto, esses direitos não devem ser vistos como obstáculos para o restante da nação, pelo contrário são pré-requisitos para a preservação de uma riqueza ainda em estudo, porém fundamental (Cunha, 2012).

No Brasil, existem leis e normas que foram criadas para proteger os direitos dos povos indígenas (que são considerados como obstáculos por alguns), portanto, até agora se mostram como plano secundário à resolução de muitas questões.

Nos últimos anos do século XVI, as explorações escravistas direcionadas aos indígenas e à procura por riquezas naturais, como minerais e madeira, entre outras, aumentaram as dinâmicas de poder, emergindo e impulsionando a colonização e a expansão territorial em regiões como São Paulo, por exemplo, afetando os povos indígenas como um todo (Monteiro, 1994). Nesse contexto, evidenciamos como a exploração econômica estava ligada à marginalização das populações indígenas, perpetuando as desigualdades até os dias atuais.

Essa dinâmica de exploração e marginalização dos povos indígenas também é evidenciada por Almeida e Silva (2009, p. 44), que destacam os indígenas do Nordeste, especialmente os de Alagoas. Os autores explicam que o objetivo era, estrategicamente, misturar os povos para fazer desaparecer as aldeias indígenas, pois o que se esperava era a descaracterização física e cultural dos indígenas. Desse modo, os indígenas seriam, inevitavelmente, destituídos de suas identidades étnicas. E foi o que aconteceu, diversas etnias deixaram de existir, algumas aldeias foram extintas, a ocupação das terras indígenas desencadeou uma grande mistura que, conseqüentemente, apagou muitas etnias com a perda de identidades culturais.

Conforme Grondin e Viezzer (2021, p. 131): “Colonos e fazendeiros, assim como proprietários de minérios do tempo do Brasil Império, continuaram invadindo e apropriando-se dos territórios dos povos originários, utilizando indígenas como escravos e dizimando populações inteiras com epidemias de doenças [...]”. Situações como essas ainda perduram, pois as tentativas de invisibilizar os povos indígenas ainda permanecem.

Além disso, o contexto de exploração, escravização e marginalização foi ainda mais complexo devido aos impactos causados pelo contato com os invasores. Embora o choque devido à violência, as doenças infecciosas debilitaram e desarticularam as sociedades indígenas. No entanto, muitos povos conseguiram sobreviver a toda exploração, continuando a resistir às diversas formas da dominação colonial. Apesar das dificuldades enfrentadas, as populações indígenas demonstraram uma resiliência admirável (Monteiro, 1994).

Todavia, é fundamental que o Brasil busque construir um futuro mais inclusivo e equilibrado, no qual as etnias tenham maior participação, voz e vez, promovendo uma sociedade verdadeiramente igualitária e justa.

Dentre inúmeros relatos históricos, um deles faz muito sentido sobre o processo de miscigenação entre os povos nativos do Brasil e os colonizadores inicialmente. Além disso, em Alagoas houve o episódio dramático das lutas dos índios Caetés, um marco importante para a história. Há relatos de que os Caetés eram canibais e que foram responsáveis pela morte do primeiro bispo do Brasil, D. Pedro Fernandes Sardinha, que, em 1.556, seguia viagem para Portugal e seu barco afundou em terras alagoanas. Conforme Ribeiro (1995, p. 99): “Isso foi o que sucedeu por exemplo quando Mem de Sá autorizou uma guerra de vingança para escravizar os índios Caetés por haverem comido o bispo Fernandes Sardinha”. Assim “reza a lenda” que os índios Caetés devoraram o corpo do referido religioso, e através disso iniciou-se uma guerra considerada santa contra os indígenas, como também descrito por Vainfas (2007, p. 47):

Entre os episódios célebres de resistência ou represália, registre-se que o donatário da Bahia, Francisco Pereira Coutinho, seria ele mesmo devorado pelos Tupiniquim, em 1547. O jesuíta Pero Correa seria o primeiro inaciano devorado na Colônia, no caso pelos Carijó, nas bandas de São Vicente, em 1554, destino semelhante ao do primeiro bispo do Brasil, D. Pedro Fernandes Sardinha, em 1556, desta vez pelos Caeté, após naufragar no litoral nordestino (Vainfas, 2007, p. 47).

Na concepção da elite alagoana, para servir de exemplo, assim como as de outras regiões do país, quiseram a todo custo exterminar os grupos indígenas, até que conseguiram causar a dispersão da origem indígena, porém eles resistiram. Ainda que, com a mistura de outros povos, ficou a essência no sangue e na memória de todos aqueles que se reconheciam indígenas. Várias aldeias foram se perdendo ao longo do tempo, havendo também miscigenação com “os particulares”, modo como os indígenas se referem aos outros que não são da sua etnia. (Rios 2017, p. 86), que especifica os indígenas alagoanos em sua literatura, faz a seguinte afirmação:

Entre conflitos com a colonização, expulsão dos territórios, a espoliação dos seus bens, perseguição, assassinatos, confinamento nas missões e escravidão, no século 19, o presidente da Província, Luiz Rômulo Peres Moreno decreta a extinção dos grupos indígenas de Alagoas (Rios, 2017, p. 86).

Poderíamos relatar diversos acontecimentos sobre a luta, resistência e resiliência desses povos e suas etnias, que apesar das adversidades enfrentadas ao longo dos séculos, os povos indígenas deixam sempre um legado de perseverança que repercute nas gerações presentes e, conseqüentemente, nas futuras, das suas incansáveis batalhas pela sobrevivência, preservação de suas tradições ancestrais e manutenção dos direitos conquistados ao longo do tempo. No início dos anos 2000, conforme descrito pela Funasa (2002, p. 9):

A população indígena brasileira é estimada em, aproximadamente, 370.000 pessoas, pertencentes a cerca de 210 povos, falantes de mais de 170 línguas identificadas. Cada um destes povos tem sua própria maneira de entender e se organizar diante do mundo, que se manifesta nas suas diferentes formas de organização social, política, econômica e de relação com o meio ambiente e ocupação de seu território. Diferem também no que diz respeito à antiguidade e experiência histórica na relação com as frentes de colonização e expansão da sociedade nacional, havendo desde grupos com mais de três séculos de contato intermitente ou permanente, principalmente nas regiões litorânea e do Baixo Amazonas, até grupos com menos de dez anos de contato. Há indícios da existência de 55 grupos que permanecem isolados, sendo que, com 12 deles, a Fundação Nacional do Índio, Funai, vem desenvolvendo algum tipo de trabalho de reconhecimento e regularização fundiária. Por outro lado, há também aqueles, como os Potiguara, Guarani e Tupiniquim, cujos ancestrais presenciaram a chegada das primeiras embarcações que cruzaram o Atlântico há cinco séculos.

Diante desse cenário, iremos demonstrar de forma sucinta os impactos causados pelo contato colonial, e os desafios enfrentados por esses povos, utilizando elementos fundamentais para a compreensão da história e da atualidade da saúde dos povos indígenas brasileiros na luta pela sobrevivência. Também, abordaremos sobre a mortalidade dos povos indígenas no Brasil, destacando os principais fatores enfrentados pelas comunidades. Além disso, examinaremos dados de mortalidade buscando compreender as disparidades em relação à história, pois a transparência enriquece ainda mais o conhecimento acadêmico, permitindo aos povos indígenas reconhecimento e valorização de suas culturas e direitos originários.

3.2 “GENOCÍDIO INDÍGENA”, UMA REALIDADE SILENCIADA NO BRASIL

A mortalidade indígena no Brasil é complexa e multifacetada que envolve uma série de fatores que se interligam, afinal, os povos indígenas quase desapareceram totalmente, tendo como consequência o “encontro com os estrangeiros” – vergonhoso eufemismo – para denominar a invasão dos europeus nas Américas, no chamado Novo Mundo (Cunha, 2012). A discussão sobre o genocídio é amplamente abordada por diversos estudiosos, porém oferece perspectivas diversas sobre a violência sofrida pelos povos indígenas.

Os indígenas ainda sofrem consequências da invasão colonial, nos termos de Cunha (2012). As moléstias infecciosas que acometeram esses povos no passado, trazidas de fora para o continente americano, tiveram um impacto devastador nas populações que não possuíam defesa imunológica a essas doenças (Melatti, 2007). Epidemias como varíola, tuberculose, dentre outras, resultaram em drástica redução populacional, além disso, o deslocamento forçado e a deterioração das condições da vida nativa em seus próprios territórios contribuíram para a vulnerabilidade contínua dessas comunidades. Assim, a mortalidade indígena é um reflexo das condições de saúde e dos acontecimentos até os dias atuais.

Além disso, o genocídio indígena é uma realidade que, mesmo no século XXI, continua a se manifestar de várias maneiras. Apesar da prática ser antiga, recebeu essa nomenclatura apenas no século XX (Santos, 2017). Como também, a palavra “genocídio” foi muito verbalizada e se tornou comum no vocabulário popular brasileiro, principalmente no período da pandemia de Covid-19, no ano de 2020, por consequência da situação crítica e do descaso com a nação, proveniente da indiferença de políticos, principalmente de alguns governos locais e do então Presidente da República. Como resultado disso, deixaram marcas profundas em diversos eventos históricos.

O termo genocídio não contido no dicionário até pouco antes do final da Segunda Guerra Mundial, transparece uma gravidade em seu sentido, pois se trata de um composto de atos criminosos causadores de mortes em massa de uma nação. Segundo Santos (2017, p. 46): “[...] em 9 de dezembro de 1948, foi, enfim, aprovada a ‘Convenção para a Prevenção e Repressão do Crime de Genocídio [...]’”. Apesar dos avanços e a luta pelos direitos humanos, a população indígena ainda enfrenta ameaças à sua existência étnica, cultural e física, destacando-se uma urgência de ações efetivas provenientes do Estado.

As comunidades ainda continuam sendo alvo de exploração econômica e violências diversas que comprometem a saúde, colocando em risco a sobrevivência e a vida das populações diante do possível descaso estatal. O crime de genocídio se traduz como requinte de crueldade, intencionalmente destruidor de comunidades nacionais, étnicas, raciais, religiosas e as práticas são feitas através de morte, em que as condições de existência são levadas à destruição física (Santos, 2017). Todavia, desde a invasão do solo brasileiro no século XVI, através de registros históricos é relatado que houve uma guerra entre os indígenas e os colonizadores, no entanto, não foi bem isso o que aconteceu, pois essas narrativas contradizem a realidade até os dias atuais, provocando a necessidade urgente de reconhecer e nomear as atrocidades cometidas, incluindo o massacre desses povos como um atentado à dignidade humana.

No intuito de compreender a proporção da omissão do Estado em relação ao genocídio indígena, é essencial refletir sobre esta análise:

Conclui-se, assim, no que diz respeito a crime dessa espécie praticado contra grupos indígenas que a exigência da participação do Estado, o caráter ideológico e a imposição de um elemento normativo que exija um juízo de valor quanto ao número de mortes para a configuração do crime de genocídio, além de contribuir para impunidade e não guardar relação com o paradigma construído em 1948 pelas Nações Unidas, configura-se como uma verdadeira “carta branca” para o extermínio dos ameríndios, os indígenas das Américas, uma vez que sua exterminação, atualmente ocorre por meio de massacres de pequeno porte e com baixo número de mortes, se comparado ao holocausto nazista, repetidos em condições de tempo e lugar diferentes, como se comprova através do Massacre de Boca do Capacete” e da “Chacina de Haximú”, eventos ocorridos no Brasil, nas décadas de 80 e 90 do século XX (Santos, 2017, p. 60).

A Lei nº 2.889, sancionada em outubro de 1956, define e pune o crime de genocídio (Brasil, 1956), em suma, foi uma importante mudança no Brasil ao decretar e punir o crime de genocídio. Essa legislação surgiu em meio a um contexto histórico, marcado por violações dos direitos humanos, podendo ser vista como uma resposta às barbaridades cometidas durante a

Segunda Guerra e a necessidade global de construir normas legais para proteger os mais vulneráveis, como a população indígena.

Apesar da existência da lei que define e pune quem pratica o ato de genocídio, o Estado brasileiro deixa lacunas em sua implementação e na efetividade da proteção desses povos, pois a falta de políticas públicas consistentes e o não acompanhamento eficaz das práticas da gestão responsável ocasionam as constantes violações dos direitos humanos, revelando situações de descasos alarmantes.

As vítimas de genocídio, ao sobreviverem, geralmente se veem reprimidas e incapazes de expressar a dor e a violação da dignidade a que foram submetidas. Muitas vezes, não recebem o apoio e a proteção necessária das autoridades e das leis no momento mais crítico, o que poderia ajudar a evitar barbáries que podem resultar em dizimação de grupos étnicos e culturais, configurando verdadeiro desrespeito do direito à vida em coletividade (Santos, 2017). Essa realidade, evidencia a urgência de mecanismos eficazes de assistência, não apenas para proteger os territórios, mas também a sobrevivência física, preservação da vida e da saúde dos povos indígenas.

O Brasil padece acerca de uma complexa história de genocídio a partir de 1.500, evidenciou a atuação das políticas públicas implantadas e ações sistemáticas ao longo dos anos, o que resultou em violência, deslocamentos, expulsões e mortes de várias comunidades, incluindo massacres, escravização e perdas de terras dessas comunidades. Nos termos de Santos (2017, p. 107): “[n]o decorrer dos séculos seguintes, continuaram a ter seus corpos conquistados pela espada e suas almas pela cruz na medida em que suas terras eram usurpadas [...]”.

Salienta-se que, constantemente, seus direitos de resistência são impedidos, a exemplo da primeira Constituição brasileira de 1824, que desde a sua sanção nada mudou, pois o termo indígena ou qualquer outra palavra que o referenciasse sequer foi mencionado, até que foi alterada, em 1834, mediante a Lei nº 16 (Santos, 2017).

Proteger as minorias nunca se mostrou uma prioridade do Estado brasileiro, apesar das leis, decretos e serviços destinados aos povos indígenas para sua proteção e dignidade, posto que os interesses das classes mais abastadas sempre foram priorizados, desde a chegada dos colonizadores no “Novo Mundo”, assim chamados por eles. Entraram sem pedir licença, ou seja, invadiram um território que já havia sido descoberto por milhões de habitantes nativos de diversas etnias, culturas, línguas, costumes e crenças, povos totalmente diferentes dos europeus, inclusive fisicamente (Grondin; Viezzer, 2021).

O genocídio é um dos causadores das mortes dos povos indígenas, porém essa atrocidade não tira só as vidas do corpo físico, mas também as vidas imateriais, as memórias,

as culturas e a história desses povos, a começar pelos oportunistas que se aproveitaram dos indígenas, como os jesuítas, que se aliavam aos portugueses com intuito de “domar”.

Com a intenção de ofender a existência e a imagem dos indígenas, levantando questões que atacavam a identidade dos nativos, muitos dos colonizadores não os reconheciam como seres humanos, considerando-os selvagens desprovidos de alma. Essa visão desumanizada permitia que os invasores os reduzissem à condição apenas de escravos, isto é, de propriedades, sujeitando-os a maus tratos e exploração (Grondin; Viezzer, 2021). A interferência dos religiosos submetia os povos indígenas à escravidão mesmo que fossem contra as mortes, porém a favor das mortes culturais e étnicas.

A forma que os portugueses tratavam os indígenas e os condicionaram à imagem de não humanos era uma estratégia de exterminá-los de forma justificável através dos conflitos denominados por eles como justos, mas repletos de perversidades e anseios de conquista. Depois do ano de 1537, essa forma de pensar a respeito dos indígenas mudou, teoricamente, visando os projetos salvíficos da Igreja Católica. Como descrito por Grondin e Viezzer (2021, p. 122): “[...] o papa Paulo III escreveu uma bula em que afirmava que os índios eram sim seres humanos e como tal deviam ser tratados e batizados”. Mesmo com a afirmação e benção Papal não cessaram a falta de humanidade e as barbáries contra os indígenas. E, nos dias atuais, ainda com diversas regulamentações em prol dos povos indígenas, como a criação do Serviço de Proteção ao Índio (SPI), Funai, a laicidade, leis e decretos, os povos indígenas não estão protegidos na sua integralidade.

Quando Cunha (2009) faz algumas indagações a respeito da ausência da regulamentação, antes de 1871, em torno das alforrias pagas dos indígenas escravizados, reflete sobre o silêncio da lei e revela a omissão das práticas sociais e jurídicas da época, porém a falta de normalização não se restringia apenas às questões da alforria, mas se expande às situações da população indígena brasileira.

Desde a colonização, as leis que deveriam proteger e assegurar os indígenas foram diversas vezes insuficientes e ignoradas, abrindo lacunas para a continuação de práticas abusivas de exploração e violência. Como exemplo, a relação entre leis costumeiras e leis oitocentistas evidencia como as normas não documentadas e as tradições locais prevaleciam sobre as normas escritas, ou seja, as leis oficiais (Cunha, 2009). Ao longo dos séculos, desde a criação das leis que visavam a proteção dos indígenas até as políticas recentes, tudo é marcado pelo silêncio histórico em torno de injustiças cometidas e continua a ecoar exigindo que efetivamente elas sejam implementadas para a garantia dos direitos dos indígenas.

3.3 FATORES DE MORTALIDADE INDÍGENA NO BRASIL

As desigualdades sociais e a falta de acesso a serviços básicos impactam na qualidade e expectativa de vida das comunidades indígenas, que enfrentam essa realidade cotidianamente. Para compreender esse fenômeno, faz-se necessário refletirmos sobre os principais fatores que colaboram para a mortalidade desses povos, incluindo o genocídio, doenças infecciosas, crônicas, desnutrição, violência e os efeitos da destruição ambiental decorrentes do desmatamento, com destaque à poluição, Cunha *et al.* (2022).

Ainda nessa perspectiva, a análise desses fatores não revela apenas as vulnerabilidades enfrentadas pelas comunidades, como também não se limita apenas a catástrofes demográficas por fatores patogênicos. A contaminação era fácil de acontecer por vários motivos, entre eles a distribuição de objetos contaminados por vírus, como roupas, bem como a baixa imunidade dos nativos, devido aos ambientes insalubres, alimentação precária causadora da desnutrição, mortes por estafa devido ao trabalho escravo e desambientação. Desde o início da invasão dos colonizadores, o genocídio era praticado. Segundo Grondin e Viezzer (2021, p. 130): “Nos primeiros 150 anos de colonização, o genocídio foi intenso”.

Dentre os principais fatores estavam os diversos tipos de doenças, do mesmo modo, matanças relacionadas às guerras, à escravidão, entre outras causas. Ainda, descrito por Grondin e Viezzer (2021, p. 131): “[a] varíola, cujas primeiras epidemias aconteceram em 1562-1563, foi a mais devastadora. A ela seguiram-se outras, como tifo, sarampo, gripe, peste bubônica, papeira, febre amarela, malária e tuberculose, levando facilmente à morte os que eram afetados”. Essas doenças se alastraram em grande parte das populações. Em decorrência disso, tais condições contribuíram para a situação de vulnerabilidade extrema na época, que afetaram não apenas a qualidade de vida dos nativos, mas também impactava nas altas taxas de mortalidade entre as populações.

Em menores proporções, essa realidade pode ser comparada com o que aconteceu no período da pandemia, quando o serviço de atenção à saúde indígena teve diminuição de recursos e os cuidados primários com as populações indígenas aldeadas foram negligenciados e sofreram consequências violentas com o aumento de mortes e ameaças as suas vidas.

Nos primeiros séculos da colonização, em toda região brasileira ocorreu um grande impacto demográfico, como descreve Monteiro (1994, p. 157). Para o autor, a característica negativa era também realçada por tragédias frequentes, como o da população indígena recém-trazida do sertão, que se mostrava mais vulnerável às doenças de origem externa, a qual fazia parte da recomposição dos grupos nas viagens de captura dos indígenas escravizados.

Outro fator causador da mortalidade era a fome proveniente das doenças que acometiam os indígenas que trabalhavam na lavoura e na produção de alimentos, resultando na escassez de alimentos para eles mesmos (Monteiro, 1994). Os colonos se preocupavam apenas em contabilizar as mortes dos seus escravos não em forma de cuidado e/ou compaixão, mas para trazer indígenas de outras regiões para garantir a prática exploradora, potencializando o sistema escravista.

Partindo dessas perspectivas e trazendo para o século atual, a saúde dos povos indígenas continua comprometida pela falta concreta de atenção e cumprimento das leis e políticas em saúde, pois os indígenas sempre foram sub-representados politicamente³, e, em se tratando de saúde, principalmente, desde a colonização em terras brasileiras. Em 1910, com a criação do Serviço de Proteção ao Índio (SPI), a população indígena ficou esperançosa acerca da preservação e atenção aos seus direitos, porém foi decepcionante, devido à corrupção no setor, sendo substituído pela Funai, em 1967 (Viezzler; Grondin, 2021).

Segundo o estudo desses autores, os serviços que eram para proteger os indígenas não o foram, porque a equipe de profissionais do SPI facilitava a invasão de terras e desapropriações para suprir interesses ambiciosos do governo, como, por exemplo, os Terenas, que tinham uma população de aproximadamente 16 mil pessoas e, quase 2,5 mil famílias perderam seus territórios, vivendo esparsos em ilhas e fazendas fragmentadas em alguns municípios do Mato Grosso, mais precisamente. Já os Crenauques, que habitavam em Minas Gerais e Espírito Santo, também sofreram com o SPI, foram pressionados a abandonar seu território por causa de construções da estrada de ferro (Viezzler; Grondin, 2021).

Situações como essas, entre outras, são muitas vezes silenciadas por diversos motivos, sejam, políticos, interesses econômicos e para exploração das riquezas naturais pertencentes aos nativos do Brasil. Sobre essas ocorrências, houve denúncias referentes aos abusos feitos pelo SPI que levou uma investigação para verificar os delitos praticados contra os povos indígenas no país:

Este documento, de sete mil páginas (30 tomos originais), ficou conhecido como Relatório de Figueiredo. Ele abarca o período de 1940 a 1968 e detalha assassinatos em massa, tortura, escravidão, guerra bacteriológica, abuso sexual, roubo de terras e negligência contra as populações indígenas do Brasil, incluído grupos completamente eliminados e, muitos, dizimados (Viezzler; Grondin, 2021, p. 140).

³ Somente em 11 de janeiro de 2023, o Brasil empossou a primeira Ministra dos Povos Indígenas, Sônia Guajajara, para ocupar essa pasta, também criada neste mesmo ano (Fonte: WWF-Brasil, 12 jan. 2023).

A violência contra os indígenas não se resume apenas ao que foi descrito acima, salienta-se a relevância desses relatos para entendermos a gravidade que perdura até os dias atuais, posto que não se pode ignorar esses fatos reais. Para ter mais ideia das atrocidades cometidas pelo SPI, crimes hediondos foram relatados como: assassinatos individuais e coletivos, mulheres indígenas sendo submetidas à prostituição, torturas, trabalho escravo, exploração de minérios, terras, recursos naturais, entre outros (Viezza; Grondin, 2021). Diante disso, com a extinção do SPI, em 1967, surgiu a Funai, que enfrentou críticas e casos de corrupção também.

O objetivo era fazer diferente do SPI, porém continuou o legado de uma má gestão, causando desconfianças, principalmente, aos povos que deveriam estar protegidos, ter suas culturas respeitadas e conservadas. Apesar das sombras do passado da Funai, alguns membros da gestão tentaram contribuir de forma correta (Viezza; Grondin, 2021).

As próximas seções fazem a exposição sobre os órgãos públicos de saúde e aqueles que atendem diretamente aos indígenas no Brasil.

4 SISTEMAS DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE NO BRASIL

Para todo e qualquer serviço em saúde é necessário informações. Os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) foram criados para suprir essa demanda informacional, nas mais diversas áreas da saúde:

Os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) podem ser definidos como um conjunto de componentes inter-relacionados que coletam, processam, armazenam e distribuem a informação para apoiar o processo de tomada de decisão e auxiliar no controle das organizações de saúde. Assim, os sistemas de informação em saúde congregam um conjunto de dados, informações e conhecimento utilizados na área de saúde para sustentar o planejamento, o aperfeiçoamento e o processo decisório dos múltiplos profissionais da área da saúde envolvidos no atendimento aos pacientes e usuários do sistema de saúde (Marin, 2010, p. 21).

Os sistemas informacionais servem para automatizar, facilitar, agilizar, arquivar, acessar com precisão informações necessárias aos usuários da rede de saúde e também dos profissionais capacitados e envolvidos em todo esse sistema:

A eficiência está relacionada à otimização do uso de recursos para a realização dos diversos processos desempenhados pelos profissionais, quer seja no cuidado direto, quer seja na administração. Eficiência melhora os processos e a efetividade deve facilitar o entendimento sobre como os usuários querem ser atendidos fornecendo assim, indicações sobre como os processos devem ser planejados ou mesmo revistos para atingir as metas pretendidas (Marin, 2010, p. 21).

As mudanças e os avanços tecnológicos contribuem bastante, estabelecendo padrões necessários na facilitação desse processo informacional. Antes da automação dos serviços, o atendimento ambulatorial, por exemplo, não possuía *softwares* que possibilitassem um completo e eficiente conjunto de dados do paciente, como os prontuários que, contando com a tecnologia, tornaram-se eletrônicos, englobando os dados necessários a serem acessados com precisão.

O Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) possibilita o acesso rápido e preciso unificando e armazenando dados. As informações não são apenas utilizadas para constarem no sistema, são usadas para diversos tipos de setores que precisam ter acesso a determinadas informações sobre o paciente e que é importante para o desenvolvimento humano e social.

O acesso às informações dos pacientes, englobam diversos fatores não só hospitalares, mas também administrativos e gerenciais:

De modo geral, o princípio básico de construção do PEP baseia-se na integração da informação. Assim, uma vez coletada a informação, ela é registrada em um determinado formato para fins de armazenamento e tal registro para a ser fisicamente distribuído entre os hospitais, agências de seguro-saúde, clínicas, laboratórios e demais setores envolvidos, sendo compartilhado entre os profissionais de saúde, de acordo com os direitos de acesso de cada um (Marin, 2010, p. 22).

Apesar da aparente praticidade e precisão nos serviços informacionais, os PEP ainda possuem adversidades para adaptar modelos integrados, pois isso acontece em diversos países para funcionar basicamente: “O Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) surgiu então, como uma proposta para unir todos os diferentes tipos de dados produzidos em variados formatos, em épocas diferentes, feitos por diferentes profissionais da equipe de saúde” (Marin, 2010, p. 21). Nesse sentido, é necessário um consenso dos profissionais envolvidos para que se obtenha uma única linguagem nas mensagens utilizadas, ou seja, a comunicação é de extrema importância.

No Brasil, inclusive, há sistemas informacionais em saúde que contribuem para o fornecimento de informações essenciais e o monitoramento de atendimentos aos usuários e/ou pacientes, promovendo a assistência e as ações em saúde, sobretudo com o auxílio tecnológico:

Desde a promulgação da Constituição federal de 1988, o Brasil mudou muito no âmbito da saúde. Não obstante os avanços importantes, persistem problemas antigos; e novos têm surgido, de modo que o objetivo maior de assegurar o direito universal à saúde, via consolidação do SUS, não foi alcançado. (Paim, 2019, p. 22).

A perspectiva para o melhor gerenciamento da atenção à saúde das populações, em destaque a indígena, é que o país possa alcançar sistemas ainda mais conectados uns com os outros para que possamos obter informações unificadas, ou seja, integradas de maneira ainda mais eficaz, para o usuário da informação em saúde acessar sem dificuldades, satisfazendo suas necessidades informacionais.

Assim, apresentamos os Sistemas de Informação em Saúde no Brasil (SIS), aqueles que não estão diretamente relacionados aos indígenas brasileiros, mas a toda a população. No entanto, é necessário destacar, apesar de não estarem diretamente ligados às informações sobre os povos indígenas, os Sistemas de Informação em Saúde Indígena fazem parte dos SIS e do Sistema Único de Saúde (SUS). Esses sistemas são responsáveis por coletar e disseminar informações e dados em saúde, sendo fundamental na organização e na gestão dos serviços prestados à população no país. Portanto, essas informações servem para mostrar o quanto os sistemas são fundamentais para entendermos a integração, contribuindo para uma sociedade mais informada.

4.1 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE (SIS)

De acordo com Biblioteca Virtual em Saúde (2018), os SIS são instrumentos padronizados de monitoramento e coleta de dados, que tem como objetivo o fornecimento de informações para análise e melhor compreensão de importantes problemas de saúde da população, subsidiando as tomadas de decisões nos níveis municipal, estadual e federal.

Os SIS trabalham com base de dados produzindo e formalizando informações, para dirimir dúvidas e facilitar o entendimento do usuário que busca determinados assuntos.

Pode-se dizer que a combinação desses sistemas ou subsistemas (como preferem alguns) pode permitir uma avaliação das respostas (a produtividade de consultas, a cobertura das consultas de pré-natal, a ocorrência de complicações no parto) e do impacto destas (o índice de mortalidade materna) sobre uma determinada situação de saúde (Ferreira, 1999, p. 6).

Os sistemas informacionais produzem subsídios suficientes para suprir as necessidades de acordo com a busca por informação. O SUS possui sistema que permite o usuário ter conhecimento sobre diversos assuntos e atividades operacionais em saúde, e obter as respostas que procura:

Existem dados e informações gerados nessas diferentes unidades operacionais que interessam não só a própria unidade, mas a todo Sistema de Saúde. São informações consideradas estratégicas, voltadas para uma avaliação permanente das respostas que estão sendo produzidas e do impacto obtido sobre a situação de saúde (Ferreira, 1999, p. 6).

Os SIS permitem ter acesso como, por exemplo, ao SisPreNatal, segundo o Departamento de Informática do SUS (DataSUS, 2019):

O SisPreNatal é um software desenvolvido para acompanhamento adequado das gestantes inseridas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), do Sistema Único de Saúde. Apresenta o elenco mínimo de procedimentos para uma assistência pré-natal adequada, ampliando esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materna, perinatal e neonatal.

O SIS possui uma integração de informações que produz formas de atividades e recursos desenvolvidos para coletar, armazenar e disseminar informações sobre a saúde com a colaboração dos avanços tecnológicos, contribuindo de forma abrangente com assuntos relacionados à saúde, tais como: os sistemas hospitalares, os de registros de pacientes, o da atenção à saúde em geral. Esses sistemas facilitam a disseminação de informações relevantes

referentes à saúde populacional, sinalizam os problemas e permitem a realização de estratégias para intervenções de planejamento.

4.1.1 Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DataSUS) e a Ferramenta de tabulação desenvolvida pelo DataSUS (TABNET)

Os avanços tecnológicos e as mudanças têm contribuído para estabelecer os padrões atuais na facilitação desse processo informacional. No entanto, muito ainda precisa ser aperfeiçoado, especialmente em relação às atualizações em tempo real dos dados estatísticos informacionais em saúde. Ainda assim, as informações disponíveis, atualmente, são de livre acesso na plataforma do DataSUS, e a TABNET, que é uma ferramenta de tabulação, foi desenvolvida pelo DataSUS, cuja função é fornecer acesso a um extenso conjunto de dados relacionado à saúde no Brasil, aos conhecimentos gerais de domínio público, tabulados em saúde, que permite organizar dados de forma rápida, conforme a consulta que deseja tabular. Bem como, exporta esses dados para planilhas eletrônicas e permite visualizar as informações da tabela em gráficos e mapas, como, por exemplo, estatísticas vitais, demográficas, socioeconômicas, epidemiológicas, morbidade, assistência à saúde, mortalidade geral e da população indígena, dentre outras informações.

A plataforma TABNET facilita o acesso a informações importantes, auxiliando os pesquisadores no desenvolvimento de pesquisas como esta.

O DATASUS disponibiliza informações que podem servir para subsidiar análises objetivas da situação sanitária, tomadas de decisão baseadas em evidências e elaboração de programas de ações de saúde. A mensuração do estado de saúde da população é uma tradição em saúde pública. Teve seu início com o registro sistemático de dados de mortalidade e de sobrevivência (Estatísticas Vitais – Mortalidade e Nascidos Vivos). Com os avanços no controle das doenças infecciosas (informações Epidemiológicas e Morbidade) e com a melhor compreensão do conceito de saúde e de seus determinantes populacionais, a análise da situação sanitária passou a incorporar outras dimensões do estado de saúde (TABNET, 2022).

Ainda, segundo informações coletadas nessa base de dados, o DataSUS é uma plataforma que disponibiliza dados para a população brasileira, disseminando informações relevantes e necessárias em saúde, como também a situação sanitária, entre outros serviços. Todavia, apesar da acessibilidade livre dos elementos de consulta, pode ser complicado o acesso de um usuário leigo, sem muita habilidade com bases de dados e plataformas.

Quando apontamos o olhar para os grandes SIS em funcionamento no Brasil, entretanto, persiste a interrogação: quantos e quais SIS de base nacional estão em funcionamento no país? Aparentemente simples, a resposta a essa questão não é consensuada nos documentos e discursos oficiais, nem na literatura especializada (Coelho Neto; Chioro 2021, p. 3).

É importante ressaltar que é possível visualizar o número absoluto de indígenas inseridos no sistema DataSUS, bem como o número de óbitos ocorridos dos anos censitários estudados (2000, 2010 e 2022). Além disso, essa base de dados obtém informações do Sistema de Informações sobre nascidos vivos (SINASC) e do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), Brasil (2024). Portanto essa integração dos dados coletados oferece uma visão da demografia e condições de saúde dos povos indígenas no Brasil, apenas relacionados à saúde.

No DataSUS, as diretrizes acerca da coleta de dados demográficos não são claras, pois não oferece explicações sobre essa prática e seu detalhamento. Essa base de dados não incorpora dados censitários do IBGE.

A complexidade na busca por informação e interpretação dos dados gera obstáculos consideráveis para os usuários que acessam informações específicas ou desejam compreender mais sobre a saúde indígena de forma mais ampla. Sendo assim, é primordial considerar formas para simplificar e possibilitar maior facilidade aos que navegam na base de dados do DataSUS/TABNET, a fim de que seja mais acessível e tenha mais clareza na comunicação para o público.

4.1.2 Portal e-Gestor AB (Atenção Básica)

O e-Gestor é uma plataforma que contém diversos sistemas informacionais de Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, no qual se concentram dados abertos, sendo possível consultar e baixar documentos como relatórios públicos em *download* disponíveis em formato de tabelas. O acesso para o usuário é limitado. Quando o usuário entra como pessoa física é direcionado para a página do *site* Gov.com, em que o acesso é feito com o CPF e a senha.

A plataforma e-Gestor AB, iniciou-se em 2016, é atualizada via Sisab, os dados abertos disponíveis em relatórios são: financiamento da Atenção Primária a Saúde (APS) por unidade geográfica; dados de pagamentos das equipes atuantes na APS, desde o ano de 2019; histórico de cobertura da Atenção Básica, Saúde Bucal e agentes comunitários de Saúde desde 2007; e histórico do quantitativo de equipes e serviços custeados, entre outros (Brasil, 2024).

Consultando o portal e-Gestor é possível verificar sistemas disponíveis de acesso livre de alguns dados como relatórios, são eles: Sistema da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB), Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), Sistema de informação para a Atenção Básica (Sisab), dentre outros.

O acesso aos sistemas mais restritos, que possuem dados confidenciais, só é possível por profissionais da saúde, como os gestores municipais e estaduais, assim como funcionários cadastrados.

4.1.3 O Sistema de informação de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan)

Para compreender melhor o Sisvan, segundo consta no *site*, o Sisvan Web: “tem por objetivo consolidar os dados referentes às ações de Vigilância Alimentar e Nutricional, desde o registro de dados antropométricos e de marcadores de consumo alimentar até a geração de relatórios”. Esse sistema é de acesso restrito, tem apenas alguns documentos disponíveis com dados abertos, como relatórios, formulário de marcadores alimentar, entre outros.

No ambiente restrito é necessário entrar com CNPJ ou CPF do usuário e senha. Para que possam se cadastrar, os Gestores da Atenção Básica têm que acessar com o CNPJ do Fundo Municipal de Saúde e senha de acesso e, posteriormente, esses gestores cadastrarão os profissionais das unidades de atendimento (Rafael, 2017). A permissão para esse acesso é dada pelo cadastro realizado pelo gestor das unidades de saúde e diversos grupos de profissionais no contexto do SUS. A plataforma serve para auxiliar no processo de gerenciamento das atividades em saúde no país, ou seja, uma junção de informações em uma só plataforma.

No âmbito indígena, quando acessado o *site* da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), observou-se no sistema, que é de acesso restrito e só de funcionários dos DSEI, cadastrados e autorizados pelos gestores da Sesai, responsáveis por essa permissão (SAPS, 2024).

4.1.4 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

Apesar de não ser uma base de dados diretamente relacionada à saúde da população brasileira, tampouco exclusivamente à dos povos indígenas, o IBGE funciona como uma fonte que contém informações de dados censitários no Brasil. Desse modo, o IBGE possui informações importantes que podem contribuir e estabelecer situações para se entender o

cenário demográfico, social, ambiental, econômico e de acesso aos serviços básicos dos povos indígenas no país.

Embora não seja uma plataforma específica de dados informacionais sobre saúde, o IBGE abrange um conjunto de dados acessíveis que permite uma análise que contribui significativamente para a produção de dados estatísticos e, no âmbito da saúde, essa produção sobre a população geral e indígena, portanto, é fundamental apresentá-lo nesta pesquisa.

Criado durante o período imperial, no ano de 1871, com atividades exclusivas, um único órgão de estatísticas até então, era a Diretoria Geral de Estatística, cujos documentos implantados eram: registro de nascimento, casamento e óbito. Partindo dessa demanda, o governo necessitou ampliar as atividades e, no decorrer do tempo, houve modificações do nome do órgão, até que, em 1934, foi criado o Instituto Nacional de Estatística (INE), pois o Brasil já estava carente de um serviço mais especializado. Ele começou a funcionar a partir de 1936, vinculado ao Conselho de Geografia, passando-se a se chamar Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2024).

A partir de então, o IBGE tem como atribuição analisar a demografia, o território, contabilizar a população e o desempenho econômico, através de suas funções de coleta estatística, contribuindo para uma visão atual do país (IBGE, 2024). Suas estatísticas e análises são elementos fundamentais e relevantes para pesquisadores e elaboradores de políticas que abordam as questões socioeconômicas e de saúde das populações do país, com destaque aqui à população indígena, que é especificamente abordada nesta pesquisa.

A Pesquisa Nacional de Saúde realizada pelo Ministério da Saúde em parceria com o IBGE nos anos 2013 e 2019, coleta informações sobre condições de saúde, o acesso e uso dos serviços. Além disso, a PNS, é uma investigação em saúde, feita de forma domiciliar em que utiliza os mesmos critérios amostral das pesquisas do referido instituto (Brasil, 2024).

O principal objetivo é produzir dados em âmbito nacional sobre a situação de saúde e dos estilos de vida da população brasileira, também sobre a atenção à saúde, no acesso e uso dos serviços, às ações preventivas (Fiocruz, 2021).

Observa-se que devido a colaboração do IBGE através da PNS com o Ministério da Saúde, informações divulgadas em forma de relatórios, contribuem para que os sistemas do SUS, contenham dados relevantes encontrados sobre a demografia, como por exemplo as informações que constam no DataSUS.

Desse modo, quando se trata do levantamento estatístico das últimas três décadas, com as informações disponíveis, inclusive, permite-se avaliar o crescimento das populações em geral e específicas como, por exemplo, a indígena, nos censos de 2000, 2010 e 2022. Dessa

maneira, a disponibilidade de dados precisos é determinante para desenvolver políticas de saúde eficazes e promover mudanças direcionadas, bem como aperfeiçoar a gestão da informação em saúde no atendimento à sociedade brasileira.

4.2 SAÚDE INDÍGENA, O IMPACTO HISTÓRICO E OS DESAFIOS ATUAIS

Ao longo da história, as populações indígenas do Brasil foram impactadas com as políticas indigenistas voltadas para a saúde, como caracteriza Garnelo (2012, p. 19): “[e]ssa política tinha como base o pressuposto de que paulatinamente os indígenas deixariam de existir como grupos culturalmente diferenciados”.

No entanto, mesmo enfrentando desafios que, por muitas vezes, desconsideram suas particularidades culturais, territoriais, entre outras, e, por consequência dessas ações, resultaram nas desigualdades a que esses povos foram submetidos, fadados a quase desaparecer. Contudo, Garnelo (2012) afirma que, com o passar dos anos, essa suposição indevida não se realizou, pois, as sociedades indígenas tiveram significativo crescimento demográfico e foram ampliando suas pautas de reivindicação por direitos ligados às suas diferentes etnias, e, mesmo sendo negligenciadas, persistem na busca por implementações e medidas efetivas que ajudem no acesso à saúde com dignidade, respeito e preservação dos direitos conquistados por essas comunidades. De acordo com Garnelo (2012, p. 19):

A atuação direta das instituições públicas na política indigenista se deu inicialmente através do Serviço de Proteção ao Índio (SPI), que foi substituído a partir de 1967 pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI), uma entidade estatal criada pela ditadura militar. Ambos os órgãos tinham como atribuições a prestação de assistência aos povos indígenas nos mais diversos campos da vida social tais como saúde, educação, direitos fundiários, proteção aos conhecimentos tradicionais, desenvolvimento econômico e outros.

Como descrito acima, o SPI mudou e passou a ser a Funai, apesar de manter a sua célebre sigla, mas, no terceiro mandato do atual Presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva, esta que é uma instituição responsável pela proteção e promoção dos direitos dos povos indígenas, passou a ser oficialmente identificada como: Fundação Nacional dos Povos Indígenas. Foi por meio da Lei nº 14.600 que “[e]stabelece a organização básica dos órgãos da Presidência da República e dos Ministérios”. Esta lei define a estrutura das instituições federais.

Também inclui a saúde de forma diferenciada e adaptada às necessidades de cada comunidade, porém Garnelo (2012, p. 20) afirma que: “[n]o campo da saúde, os órgãos indigenistas enfrentaram a falta de suporte técnico e financeiro para o desenvolvimento das

ações sob sua responsabilidade, o que redundou em baixa qualidade e insuficiência na assistência sanitária ofertada nas aldeias”.

Contudo, gerou insatisfação da população pela falta de assistência, provocando as reivindicações. Na década de 1990, criou-se a Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai), na qual a Funai deixou de assistir à saúde dos povos indígenas. Foi então que, em 1999, o SUS passou a assumir a responsabilidade da saúde indígena junto com a Sesai, ambos vinculados ao Ministério da Saúde.

A Sesai coordena e executa a política de atenção à saúde indígena, estabelecida para garantir o acesso desses povos aos serviços de saúde de qualidade, respeitando as comunidades e suas particularidades.

Para compreender de forma sucinta e entender melhor o quanto foram necessárias as mudanças para superar as barreiras existentes, aprimorar e fortalecer as políticas de saúde voltadas para essas comunidades, a seguir, esclarecemos essa dinâmica de alterações.

Com essas mudanças, fez-se uma maior integração com o SUS, em contrapartida, como descrito por Garnelo (2012, p. 23): “[n]a forma original como o SUS foi concebido, a população indígena não representava uma de suas prioridades, posto que, à época, a prestação de cuidados à saúde desses grupos ainda estava sob a responsabilidade do órgão indigenista”.

Essa integração entre o SUS e Sesai depois que assumiram o controle da saúde dos povos indígenas, apesar dos contratemplos, como descrito por Garnelo (2012), quando diz que o SUS tem como uma de suas tendências que influencia de forma negativa a saúde dos povos indígenas é a prioridade em ações de saúde nas áreas urbanas, longe da maior parte populacional das comunidades indígenas, posto que estão, em sua maioria, em regiões de áreas rurais e municipais.

No entanto, ainda para explicar sobre essa integração, houve mais ações de saúde indígena dentro do SUS junto com Ministério da Saúde, as quais buscaram viabilizar e atender às necessidades de cada comunidade em relação à saúde:

Uma das conquistas históricas do movimento de apoio à causa indígena foi o consenso de que a política indigenista deveria ser executada pelo governo federal. Os defensores dessa ideia entendem que o preconceito e a hostilidade contra os indígenas costumam se expressar de forma mais aguda nos territórios municipais, onde tensões e disputas entre índios e não índios eclodem de forma aberta e cotidiana (Garnelo, 2012, p. 24).

Entende-se que houve uma dinâmica para que ocorresse a interação dos órgãos que trabalham com a saúde indígena, como Garnelo (2012, p. 25) afirma: “[n]o ano de 2010 foi publicado o Decreto nº 7.336/MS que formalizou a decisão governamental de repassar a gestão

do subsistema de saúde indígena para a recém-criada Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) que recebeu as atribuições anteriormente desenvolvidas pela FUNASA”.

Há duas décadas, a Funasa (2002, p. 10) informava que:

Não se dispõe de dados globais fidedignos sobre a situação de saúde dessa população, mas sim de dados parciais, gerados pela FUNAI, pela FUNASA e diversas organizações não-governamentais ou ainda por missões religiosas que, por meio de projetos especiais, têm prestado serviços de atenção à saúde aos povos indígenas. Embora precários, os dados disponíveis indicam, em diversas situações, taxas de morbidade e mortalidade três a quatro vezes maiores que aquelas encontradas na população brasileira em geral. O alto número de óbitos sem registro ou indexados sem causas definidas confirmam a pouca cobertura e a baixa capacidade de resolução dos serviços disponíveis.

Conforme a afirmativa da Funasa (2002), a coleta de dados sobre a saúde indígena no Brasil era precária e desafiadora, pois a falta de informações precisas tornava ainda mais difícil a compreensão ampla das necessidades da saúde dessas comunidades, bem como o que impactava no desenvolvimento e nas implementações das políticas e dos programas em saúde eficazes para suprir essa população. Além disso, a coleta de dados fidedignos é fundamental para compreender e lidar de forma adequada com os desafios enfrentados pelos povos indígenas no âmbito da saúde. Os desafios atuais significativos mais evidentes que exigem uma atenção sensível aos povos indígenas são:

- ✓ A falta de informação em saúde (um problema relevante, quando se trata de populações desprovidas de recursos educacionais);
- ✓ Acesso limitado a serviços de saúde (obstáculo geográfico);
- ✓ Falta de infraestrutura (carências em educação, serviços de telecomunicação, serviços médicos adequados, energia elétrica, abastecimento de água potável);
- ✓ Entraves linguísticos e culturais (preconceito, falta de respeito e rejeição da cultura indígena e seus costumes originários);
- ✓ Desnutrição (causada pela falta de recursos e alimentos nutritivos, pobreza extrema);
- ✓ Taxas elevadas de doenças infecciosas, respiratórias, crônicas, cardiovasculares, Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), doenças mentais (diversos tipos de doenças causadas por essas condições);
- ✓ A preservação das práticas tradicionais de cura de cada etnia e suas comunidades (de fundamental importância para manter as tradições antigas, proporcionando bem-estar e saúde a essas populações, respeitando o conhecimento ancestral, mantendo a identidade cultural, fortalecendo as origens desses povos).

Considerando todos esses desafios listados, as comunidades indígenas do Brasil enfrentam uma série de desafios em relação à saúde que estão integrados com as questões

culturais, sociais e ambientais. Entre essas populações indígenas, temos como exemplo uma das maiores do país, a dos Yanomamis, a qual recebeu uma atenção midiática, em 2023, devido ao genocídio desses povos que se destacam com as invasões do seu território, o garimpo ilegal e os conflitos causados pela exploração ambiental e mineral, trazendo a violência e causando mortes, doenças, entre outros graves problemas.

A informação disseminada com responsabilidade e ética é de extrema importância para chamar a atenção e aumentar a conscientização sobre a saúde desses povos. Como descrito por Ramos, Oliveira e Rodrigues (2020, p. 2):

A garimpagem na Amazônia, enquanto atividade extrativa mineral, implica, necessariamente, na transformação da paisagem e da natureza, bem como em uma série de problemas sociais. Os conflitos sociais decorrentes da invasão de terras indígenas e os impactos ambientais são evidentes. Dentre eles, desmatamento, assoreamento e a contaminação por mercúrio, dos rios, animais silvestres e do homem.

Toda essa problemática dos povos Yanomamis se apresenta como grande exemplo do descaso, da falta de atenção e proteção não só na saúde, mas também em diversos âmbitos, para se ter uma ideia da gravidade da exploração ambiental que vem como consequência as doenças e mortes. Ramos, Oliveira e Rodrigues (2020, p. 16) argumentam:

Confirmou-se a hipótese, já apontada na literatura científica, antropológica e nas cosmovisões Yanomami, acerca do intenso uso de mercúrio e das consequências extremamente danosas da extração criminosa de ouro na Terra Indígena Yanomami, Amazônia brasileira. Ademais, observou-se insuficiência da atuação do Estado brasileiro para prevenção e repressão do uso de mercúrio na extração criminosa de ouro, havendo discrepância entre a proteção de direitos humanos de minorias indígenas e do meio ambiente no arcabouço jurídico brasileiro e as práticas ilícitas aferidas através da pesquisa, em violação às vozes indígenas, aos mandamentos constitucionais e de normas internacionais subscritas pelo Brasil.

Diante do exposto, não é apenas o irresponsável uso do mercúrio, é a consequência da falta de respeito e limites no território desses povos, pois como já descrito, trata-se de causas e efeitos da irresponsabilidade de todos os envolvidos e os atos criminosos que geram questões preocupantes, pois este metal utilizado para a extração do ouro no garimpo é altamente tóxico, causa efeitos nocivos irreversíveis para o meio ambiente e a saúde desses povos. Portanto é devastador o que ele causa no ecossistema aquático que, conseqüentemente, vai se acumulando na cadeia alimentar e como ocorre as intoxicações com o uso da água contaminada.

Como exemplifica Vitor *et al.* (2023, p. 14): “[d]entre os problemas de saúde que podem acometer a população indígena foram citados: violência, desnutrição, malária, tungíase, tracoma, oncocercose, pneumonia, tuberculose, intoxicação por mercúrio, diarreia, sarampo e

mortalidade infantil”. Dessa forma, a contaminação por mercúrio causa danos oriundos dessas explorações, representando significativa ameaça às populações que dependem dos recursos naturais como os povos indígenas.

Diante das situações emergenciais dos povos indígenas e, especificamente, as dos povos Yanomamis em relação à saúde, vem gerando aumento da mortalidade nesse território, chamando a atenção de autoridades governamentais.

De acordo com Vitor *et al.* (2023, p. 3): “[n]os últimos anos, devido às invasões por atividades de garimpo, desmatamento e abertura de pastagens, algumas dessas aldeias foram abandonadas por restrições ambientais, pressão de agentes externos, epidemias e perda de fontes de alimentos”. Além disso, é crucial que as secretarias, as entidades governamentais e os órgãos responsáveis pela saúde desempenhem um papel de fiscalização e acompanhamento nessas áreas sensíveis e marginalizadas, fortalecendo a implementação de políticas e práticas de atenção e promoção à saúde dos povos Yanomamis, como também de toda população indígena brasileira.

4.3 SISTEMAS E SUBSISTEMAS GOVERNAMENTAIS DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS DO BRASIL

No Brasil, na década de 1990, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), instituída pela portaria nº 254, de 31 de janeiro de 2002 (Brasil, 2002), obteve significativo avanço, logo após a criação dos sistemas e subsistemas de atenção à saúde desses povos. Conforme a Funasa (2002), a intenção dessa política é assegurar aos povos indígenas que, além de ter acesso total a esse benefício especial da saúde, garanta seus direitos em conformidade com as diretrizes e princípios do SUS.

Nesse sentido, o SUS possui programas que têm como objetivo principal a promoção da saúde e a prevenção de doenças, através do tratamento médico, com garantia ao acesso dos usuários aos serviços de atenção básica como: saúde da família, medicamentos, prevenção e controle de doenças e epidemias, tudo isso de forma gratuita para a população em geral, incluindo a população indígena. Fornece, também, informações pertinentes às necessidades de cada indivíduo, com a utilização de ferramentas de buscas, permitindo a acessibilidade e disponibilizando um serviço especializado.

No âmbito da saúde indígena, Pereira *et al.* (2014, p. 1088) afirmam que “a necessidade de trazer experiências de um serviço de saúde especializado no atendimento a pacientes indígenas vem ao encontro das novas propostas de organização e estruturação da política de

saúde indígena no país”. Logo, no que diz respeito à preservação cultural, diversidade social, territorial, histórica, entre outros, os serviços de saúde ajudam a superar os fatores que causam a vulnerabilidade no agravo da saúde. Como descrito pela Funasa (2002, p. 17):

Os sistemas tradicionais indígenas de saúde são baseados em uma abordagem holística de saúde, cujo princípio é a harmonia de indivíduos, famílias e comunidades com o universo que os rodeia. As práticas de cura respondem a uma lógica interna de cada comunidade indígena e são o produto de sua relação particular com o mundo espiritual e os seres do ambiente em que vivem. Essas práticas e concepções são, geralmente, recursos de saúde de eficácias empírica e simbólica, de acordo com a definição mais recente de saúde da Organização Mundial de Saúde.

Os sistemas de atenção à saúde indígena no Brasil são de fundamental importância para promover a proteção dessa população que, ao longo do tempo, luta pelos seus direitos e pelo protagonismo necessário para reivindicar políticas em saúde no país e adquirir os direitos básicos, a valorização e o respeito dos seus costumes, sobretudo, preservando sua cultura, garantindo-lhes o acesso à informação nos serviços em saúde disponíveis, fator estratégico para a redução de doenças e, conseqüentemente, das mortes.

As especificidades da cultura indígena e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde desses povos deve-se pautar por uma abordagem diferenciada, contemplando os aspectos assistenciais como saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional.

Diante disso, a importância da Lei nº 9.836 (Lei Arouca), de 23 de setembro de 1999, que estabelece diretrizes para a implementação e criação de programas e ações que promovem a saúde e a melhoria na qualidade de vida, na busca de buscando garantir o acesso aos serviços de saúde, assim como impacta na necessidade de políticas públicas, garantindo os direitos e particularidades de cada comunidade dos povos indígenas no Brasil.

Para que as informações se encontrem e sejam disseminadas, é necessário contar não apenas com os sistemas, mas também com apoio da secretaria:

A Secretaria de Saúde Indígena (SESAI) é responsável por coordenar e executar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e todo o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) no Sistema Único de Saúde (SUS) (Ministério da Saúde, 2022).

A Sesai possui mais de 22 mil profissionais de saúde, sendo 52% de indígenas, e promove a atenção primária à saúde e ações de saneamento, de maneira participativa e diferenciada, com respeito às especificidades epidemiológicas e socioculturais desses povos,

avaliando a condição de cada Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI). Como caracteriza Garnelo e Pontes (2012, p. 29): “[c]ada DSEI conta com uma rede de serviços, ou seja, com um conjunto de unidades sanitárias onde o atendimento é realizado segundo níveis diferenciados de complexidade técnica das ações de saúde ali desenvolvidos”. Os DSEIs são baseados em modelos de gestão que se organizam de acordo com a realidade e possuem autonomia sobre cada administração local.

A gestão e a organização dos recursos humanos do setor público são indispensáveis para a garantia e a segurança das políticas em saúde, sobretudo, que os órgãos responsáveis tenham estruturas estabelecidas.

Foi aprovada, recentemente, uma nova estrutura regimental pelo Ministério da Saúde, que inclui o remanejamento e a transformação de cargos em comissão e funções de confiança, conforme o Decreto nº 11.798, de 28 de novembro de 2023. O art. 46 desse decreto aborda aspectos cruciais relacionados à gestão de cargos e funções no âmbito do Ministério da Saúde. O decreto dispõe sobre a regulamentação das Secretarias de Saúde Indígenas, na qual se estabelece diretrizes, integração com o SUS, monitoramento, controle, supervisão, coordenação, entre outros, aprimorando a estrutura organizacional com mais eficiência e transparência nas atribuições dos servidores, reforçando a importância e adequação das funções sobre as demandas atuais da saúde pública, a saber:

Art. 46. À Secretaria de Saúde Indígena compete:

- I - planejar, coordenar, supervisionar, monitorar e avaliar a implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, observados os princípios e as diretrizes do SUS;
- II - fomentar a implementação de políticas de promoção à saúde para a população indígena no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, em articulação com as demais Secretarias do Ministério;
- III - desenvolver mecanismos de gestão, controle, enfrentamento, monitoramento e avaliação das ações destinadas à organização e à implementação das políticas estruturantes para o fortalecimento da atenção primária à saúde das populações indígenas no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena;
- IV - coordenar o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde dos povos indígenas e a sua integração ao SUS;
- V - estabelecer diretrizes e promover o fortalecimento da gestão nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas;
- VI – planejar, coordenar, supervisionar, monitorar e avaliar as ações de atenção integral à saúde da população indígena no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena;
- VII - orientar o desenvolvimento das ações de atenção integral à saúde indígena e de educação em saúde, de acordo com as peculiaridades, o perfil epidemiológico e a condição sanitária de cada Distrito Sanitário Especial Indígena, em consonância com as políticas e os programas do SUS, com as

práticas de saúde e com as medicinas tradicionais indígenas, e a sua integração com as instâncias assistenciais do SUS na região e nos Municípios que compõem cada Distrito Sanitário Especial Indígena;

VIII - promover o aperfeiçoamento contínuo das equipes multidisciplinares que atuam no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena;

IX - planejar, coordenar, supervisionar, monitorar e avaliar as ações referentes ao saneamento e às edificações de saúde indígena;

X - promover ações para o fortalecimento da participação dos povos indígenas no SUS;

XI - incentivar a articulação e a integração com os setores governamentais e não governamentais que possuam interface com a atenção à saúde indígena;

XII - promover e apoiar o desenvolvimento de estudos e pesquisas em saúde indígena;

XIII - identificar, organizar e disseminar conhecimentos referentes à saúde indígena;

XIV - promover e coordenar as ações de saúde digital para a população indígena no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena; e

XV – planejar e acompanhar as aquisições de bens, serviços e insumos estratégicos para a saúde no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (Brasil, 2023).

A seguridade desses direitos promove a garantia e a proteção dos povos indígenas, pois estabelece ainda mais a construção de uma sociedade inclusiva e justa. É de fundamental importância para a política do país para manter a manutenção e a preservação étnica, cultural, territorial, geográfica e a tradição secular, assegurando o respeito de acordo com as diretrizes estabelecidas para as comunidades deste país.

No Brasil, as secretarias de saúde possuem um papel fundamental em promover ações de formação dos profissionais de saúde para atuarem em parceria com os povos indígenas, além disso, promovem ações de vigilância epidemiológica e doenças endêmicas, respeitando as particularidades de cada comunidade sobre suas culturas e crenças. Conforme a Funasa (2022, p. 22-23):

As secretarias estaduais e municipais devem atuar de forma complementar na execução das ações de saúde indígena, em articulação com o Ministério da Saúde/Funasa. É indispensável a integração das ações nos programas especiais, como imunização, saúde da mulher e da criança, vigilância nutricional, controle da tuberculose, malária, doenças sexualmente transmissíveis e aids, entre outros, assim como nos serviços de vigilância epidemiológica e sanitária a cargo dos gestores estaduais e municipais do SUS. Deverá se dar atenção, também, às doenças crônico-degenerativas (como o câncer cérvico-uterino; diabetes etc.) que já afetam grande parte da população indígena no país.

As secretarias de saúde, além de fazer formação dos profissionais respeitando as tradições e os conhecimentos culturais, promovem a conexão entre diferentes níveis do sistema em saúde que incluem as secretarias municipais, estaduais e federais, colaborando com a integração na promoção da saúde. No Brasil, os principais órgãos que fazem parte da

administração pública, responsáveis por planejar e executar ações pertinentes à saúde dos povos indígenas, é a Secretaria Especial de Saúde indígena (Sesai) e a Fundação Nacional de Saúde (Funasa).

4.3.1 Fundação Nacional de Saúde (Funasa)

A Funasa é uma instituição ligada ao Ministério da Saúde que promove ações de vigilância em saúde nas áreas onde habitam as populações e comunidades indígenas. Conforme o Decreto nº 3.156, de 27 de agosto de 1999, no art. 3º, é o Ministério da Saúde que estabelecerá as políticas e diretrizes para a promoção, prevenção e recuperação da saúde dos povos indígenas, sobretudo, as ações desempenhadas pela Funasa.

Ainda no parágrafo único desse decreto, a Funai comunicará à Funasa sobre a existência de comunidades indígenas que ficam isoladas, a fim de melhor executarem o atendimento de saúde e projetos específicos. Conforme a Funasa (2012), suas atribuições são planejadas com as Secretarias de Assistência à Saúde e de Políticas de Saúde que estabelecem as diretrizes e normas para a operacionalização da Pnspi, promovendo e exercendo a responsabilidade sanitária, bem como a implementação e coordenação do sistema de informação em saúde de toda população indígena brasileira.

4.3.2 Secretaria Especial de Saúde indígena (Sesai)

A Sesai é responsável pela formulação e implementação de políticas de saúde voltadas para os povos indígenas do Brasil, pois desempenha função na conexão com os sistemas indígenas do SUS. A secretaria executa ações multidisciplinares que atuam nas Casas de Saúde Indígenas (Casai) e nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). Sobre a Sesai, Weis (2023, p. 137) afirma que foi “criada em 2010, é responsável por coordenar e executar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), e todo o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) no SUS”.

A relevância dessa secretaria impacta nas ações da promoção da saúde dos povos indígenas brasileiros. Segundo o *site* do Ministério da Saúde (2022), no Brasil, constam 34 DSEI que estão estrategicamente distribuídos com base na ocupação geográfica das comunidades indígenas. A estrutura de atendimento inclui unidades básicas de saúde indígenas, polos e as Casai.

As casas de saúde são unidades especializadas que também integram o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no país. O principal objetivo da Casai é fornecer atendimento de média e alta complexidade. Conforme o Ministério da Saúde (2022):

Atualmente no Brasil existem cerca de 66 Casais, localizadas em municípios de referência dos distritos indígenas distribuídos em todo o país. Essas casas oferecem cuidados de saúde como: alojamento e alimentação para pacientes e acompanhantes, marcação de consultas, exames e internações hospitalares. (*sic*)

Destaca-se, ainda, que cada DSEI é responsável por gerenciar e executar ações de atenção à saúde indígena, respeitando as especificidades culturais, étnicas e epidemiológicas de cada comunidade, incluindo a promoção em saúde, controle de endemias, entre outras ações. Por conseguinte, a atuação integrada dos DSEI é fundamental na participação e desenvolvimento de métodos efetivos adequados a cada comunidade. Além disso, os DSEI são unidades separadas do SasiSUS, porém vinculadas ao SUS.

A seguir, será abordada, brevemente, a dinâmica de alguns elementos fundamentais para o funcionamento, como a quantidade da população indígena brasileira por DSEI. A Sesai desempenha um papel crucial na promoção da saúde dos povos indígenas no país, operando por meio dos DSEI.

Ao analisarmos dados como a quantidade de indígenas cadastrados, representados através de gráficos em cada DSEI, todavia, nota-se uma significativa diferença em relação aos números entre alguns DSEI, como, por exemplo, Mato Grosso do Sul, com 82.302, e Kaiapó do Mato Grosso com 4.659 da população indígena (Sesai, 2024). Conforme Palheta (2015, p. 47): “[...] existem outros fatores como dimensão, tamanhos territorial e populacional, diferentes inter e intra comunidades, limites entre áreas urbanas e rurais, entre outros que podem influenciar os resultados de gestão da política indigenista de saúde”. Nesse sentido, essa diferença em números é determinante no estudo sobre a população indígena nesse contexto.

Por conseguinte, o sistema mostra o mapa da população indígena por DSEI no Brasil, em que se nota através de um quadro o mapa dos lugares, nos quais têm os DSEI distribuídos no Brasil, com algumas informações básicas que constam na Sesai sobre a população indígena. Assim, são apresentados painéis que são atualizados periodicamente sobre a saúde indígena do Brasil, com informações para uma análise da assistência fornecida aos povos indígenas, que, mesmo que sejam limitadas, serão apenas dados em números sobre a quantidade da população atendida, quantidade dos atendimentos, categoria, aldeias, terras indígenas, entre outras informações, sem especificar dados como doenças e suas causas.

A avaliação dos atendimentos à população indígena, conforme apresentado no *site* da Sesai (2024), através de gráficos disponíveis que revelam informações sobre a dinâmica e mostram significativas variação dos números de atendimentos entre janeiro e março de 2024 (atendimentos: 1.341.831, em janeiro de 2024; e 338.485, em março de 2024), com notável declínio dos serviços realizados.

Esses resultados acionam um alerta para observarmos os fatores que podem ter contribuído para essa diminuição, como possíveis dificuldades no acesso aos serviços, mudanças na política em saúde, como também na operacionalização das informações geradas. Portanto, compreender essas diferenças é essencial para esclarecer as falhas ou omissões informacionais.

Para mencionar, ainda, os sistemas referentes à saúde indígena, enfatiza-se que essa abordagem não é o foco central deste trabalho, mas é relevante, uma vez que fornece uma base para entender as condições de vida e saúde dessas populações, vale ressaltar que os dados não são sempre fidedignos, como citado anteriormente. Essa discussão contribui para um melhor entendimento do contexto em que se insere o tema da dissertação.

4.3.3 Sistema de Informações da Atenção à Saúde Indígena (Siasi)

O Siasi é uma ferramenta voltada para a saúde dos povos indígenas, pois se trata de um subsistema que contém informações relevantes dos dados epidemiológicos dos distritos sanitários pertinentes à população indígena, pois coleta informações sobre esses povos, disponibilizadas pelo Ministério da Saúde, além disso, recebe dados específicos desses boletins epidemiológicos sobre a saúde indígena, através dos DSEI, desenvolvido para o monitoramento e contribuição para a melhoria da gestão e obtenção da eficácia dos serviços nas comunidades.

O Siasi foi desenvolvido no ano 2000, fazendo parte da Pnspi e programado na *web*, pois, antes, a assistência em saúde indígena era de responsabilidade da Funai até o ano de 1999. Conforme Barros, Silva e Gugelmin (2007, p. 86), “esse sistema visa a coleta, o processamento e a análise de informações para o acompanhamento da saúde das comunidades indígenas, abrangendo óbitos, nascimentos, morbidade, imunização, produção de serviços, recursos humanos e infraestrutura”. Possui banco de dados e gerenciadores para proporcionar maior desenvolvimento e acessibilidade com inovações tecnológicas, utilizando metodologias de segurança. Controla e monitora informações sobre demografia e atenção à saúde dos povos indígenas (Coelho Neto; Chioro, 2021).

O Siasi é um subsistema sem acesso livre, pois é restrito e controlado, por conter dados e informações mensuráveis sobre a saúde dos povos indígenas que não podem ser expostas. Para acessar o Siasi, é necessário um cadastro que se destina aos profissionais credenciados que atuam na atenção à saúde indígena como gestores, pesquisadores, médicos, entre outros, ou seja, precisam ser regulamentados e treinados para usar os dados com ética e responsabilidade, garantindo a privacidade e segurança dessas comunidades.

Diante disso, o Siasi apresenta um aporte necessário, mas não o suficiente para ter qualidade de busca nas fontes de informações, podendo acarretar problemas no planejamento das ações relacionadas aos povos indígenas. Apesar do Siasi ter um aspecto acessível, o perfil demográfico apresentado é controverso, pois se refere apenas à população cadastrada, que é atendida pela Funasa, e não ao total da população indígena realmente existente no país (Coelho Neto; Chioro, 2021).

É importante salientar que as informações “abertas” contidas no Siasi e em outros sistemas e subsistemas, com acessos restritos, limitam-se aos dados de domínio público, ou seja, diante dessas circunstâncias, ressalta a necessidade do cruzamento de dados para o compartilhamento de informações mais abrangentes, com o objetivo de garantir o atendimento das demandas necessárias dessas comunidades.

4.3.3.1 Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS)

O SasiSUS foi criado em 1999, e é gerido pela Sesai, atendendo os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde, que está de acordo com as diretrizes e os princípios do SUS. Ele visa atender e garantir o acesso aos serviços de saúde de qualidade, considerando as particularidades culturais, sociais e epidemiológicas de cada comunidade indígena. Segundo consta no relatório do *site* do SasiSUS (2023), esse subsistema é organizado em 34 DSEI que ficam localizados em diversas regiões do Brasil. Seu acesso é restrito e controlado como os outros subsistemas que se referem às informações relacionadas à saúde indígena e por se tratar de dados sensíveis dessa população. O acesso é realizado por profissionais credenciados que atuam na saúde e proteção indígenas.

No relatório de avaliação do SasiSUS (2022, p. 12), o objetivo do subsistema é “[...] executar ações de atenção primária e vigilância em saúde para a população indígena, bem como realizar a articulação com o SUS para atendimento em saúde especializada”. O SasiSUS possui unidade gestora que não é centralizada, pois se trata de um protótipo de organização dos serviços do DSEI.

O SasiSUS garante a participação e controle social da população através dos conselhos locais, distritais e das conferências nacionais em saúde dos povos indígenas, sendo oferecidas ações e serviços de atenção básica especializada, vigilância, promoção em saúde e na prevenção de doenças. Logo, atende a um conjunto de atividades que serve para contribuir na qualidade dos atendimentos. Constam no relatório informações esclarecedoras sobre o funcionamento do SasiSUS, e uma delas, muito relevante, é sobre a falta de transparência nas informações dos Planos Distritais de Saúde Indígena (PDSI). Segundo o relatório:

[...] para disponibilizá-los, a Secretaria de Saúde Indígena (SESAI) ponderou que as informações constantes dos PDSI se enquadrariam em “informações pessoais relativas à intimidade, vida privada, honra e imagem, detidas pelos órgãos e entidades do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS)” as quais deveriam ter seu sigilo preservado; bem como, os dados pessoais [...] (Sesai, 2022, p. 31).

Dessa maneira, a referida restrição tem o propósito de preservar a segurança dos dados confidenciais dos indivíduos, respeitando o direito à segurança dos dados registrados, conforme prevê a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) nº 13.709, de 14 de agosto de 2018, que, conforme o art. 1º, diz: “[e]sta Lei dispõe sobre o tratamento de dados pessoais, inclusive nos meios digitais, por pessoa natural ou por pessoa jurídica de direito público ou privado, com o objetivo de proteger os direitos fundamentais de liberdade e de privacidade e o livre desenvolvimento da personalidade da pessoa natural” (Brasil, 2018). No entanto, entende-se, conforme descrito no relatório do SasiSUS (2022), que as informações de interesse dos instrumentos de planejamento do SUS, geralmente, não tratam de questões individuais, mas sim de dados gerais em saúde e saneamento de cada distrito indígena.

4.3.3.2 Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)

O SIM foi criado pelo Ministério da Saúde, em 1975. No contexto nacional, o SIM é administrado pelo Ministério da Saúde por meio da Coordenação Geral de Informações e Análise Epidemiológica (CGIAE) e do Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis (DASNT).

Essas entidades são responsáveis por diversas funções como: coordenar, supervisionar e realizar a orientação técnica do SIM nacionalmente. Conforme consta no manual do usuário do Cadastro de Sistemas e Permissões de Usuários (CSPU, 2009): “O cadastramento de usuários só poderá ser feito pelos gestores dos Sistemas. A alteração do Usuário (login) no cadastro do CSPU só pode ser feita pelos administradores”.

É fundamental esclarecer sobre as ferramentas de funcionalidade do SIM, pois promovem a conscientização sobre a importância da coleta de dados tão relevantes para as estatísticas de mortalidade que contribuem para a transparência, confiabilidade das informações, entretanto, apresenta-se as limitações e lacunas dos sistemas em saúde indígena. Segundo Campos *et al.* (2013, p. 1474): “Também têm sido ressaltadas dificuldades de gestão e na utilização dos sistemas de informações em saúde em pequenos municípios. Essas condições resultam em subnotificação e baixa qualidade dos dados [...]”. Contudo, o SIM é uma fonte importante e crucial para estudos e pesquisas relacionadas à saúde da população brasileira, bem como para a população indígena.

Segundo descrito no Portal Saúde (2008), a implementação do SIM possibilitou a coleta abrangente de dados sobre mortalidade, fornecendo suporte às diferentes instâncias de gestão na saúde pública. O SIM registra e coleta dados sobre os óbitos que ocorrem no país. Seu principal objetivo é viabilizar informações atualizadas, pois é uma ferramenta fundamental que possibilita e identifica tendências e fatores relacionados às causas de mortes, bem como as informações coletadas contribuem estatisticamente na elaboração de indicadores, como também dados demográficos, região, faixa etária, cor/raça, entre outros.

Nesse sentido, o SIM é integrado ao DataSUS que é responsável por disponibilizar e gerir os dados coletados do SIM, desempenhando um importante papel na manutenção e aprimoramento das plataformas que subsidiam o SIM, que garantem a segurança e a confiabilidade das informações disponibilizadas. Auxilia na vigilância epidemiológica e na identificação dos problemas na saúde pública e na possível intervenção de políticas em saúde, no planejamento e na execução de ações voltadas para a prevenção de doenças, com o objetivo de receber informações sobre a mortalidade no país para todas as instâncias do sistema de saúde, segundo dados coletados do Manual de Procedimentos do Sistema de Informações sobre Mortalidade, disponibilizado pela Funasa (2001). Por conseguinte, o documento básico que subsidia o SIM é o atestado de óbito, pois contém informações importantes para alimentar o sistema.

Conforme o Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis (DAENT, 2024): “Possui variáveis que permitem, a partir da *causa mortis* atestada pelo médico, construir indicadores e processar análises epidemiológicas que contribuam para a eficiência da gestão em saúde”. Apesar da eficácia do SIM, existem pesquisas que mostram que o sistema ainda precisa passar por mudanças.

É importante ressaltar que apenas profissionais da área de informação e/ou saúde podem acessar o SIM através de cadastro e senha, portanto, não é disponibilizado para todos os cidadãos.

4.3.3.3 Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc)

O Sinasc é um sistema de informação sobre natalidade no Brasil, que coleta e analisa dados relacionados à saúde materno-infantil. Tem como principal objetivo registrar os nascimentos no Brasil, as características dos recém-nascidos, entre outras. Essas informações são fundamentais para avaliar e formular as políticas de saúde das gestantes, subsidiando estudos epidemiológicos e demográficos.

Conforme informações coletadas da Secretaria de Vigilância e Saúde e Ambiente (SVSA, 2024): “foi implantado oficialmente a partir de 1990, com o objetivo de coletar dados sobre os nascimentos informados em todo território nacional e fornecer dados sobre natalidade para todos os níveis do Sistema de Saúde”. É importante salientar que tanto o SIM quanto o Sinasc não tratam exclusivamente dos povos indígenas, mas de toda a população brasileira, e mencioná-los tem extrema relevância por se tratar de sistemas sobre natalidade e mortalidade, cujos dados alimentam as planilhas do DataSUS e são disponibilizados para conhecimento, os quais permitem uma compreensão abrangente e contribuem para o desenvolvimento de políticas públicas, estudos estatísticos e pesquisas científicas.

O acesso ao sistema do Sinasc, assim como o SIM, é restrito por se tratar de informações sigilosas, sendo necessário solicitar um cadastro para obter a permissão. A restrição de acesso ao Sinasc visa garantir a privacidade por se tratar de informações sensíveis sobre as mães e os recém-nascidos, bem como proteger e garantir a segurança dos dados, evitando o uso inadequado de informações e possíveis vazamentos.

Portanto, apenas profissionais da saúde e pesquisadores autorizados podem ter acesso ao sistema. Além disso, ressalta-se a importância da integração dos dados do Sinasc com outros sistemas para estabelecer conexões informacionais sobre as tendências referentes à natalidade, em especial, dos últimos três censos demográficos (2000, 2010, 2022), objeto de estudo deste trabalho.

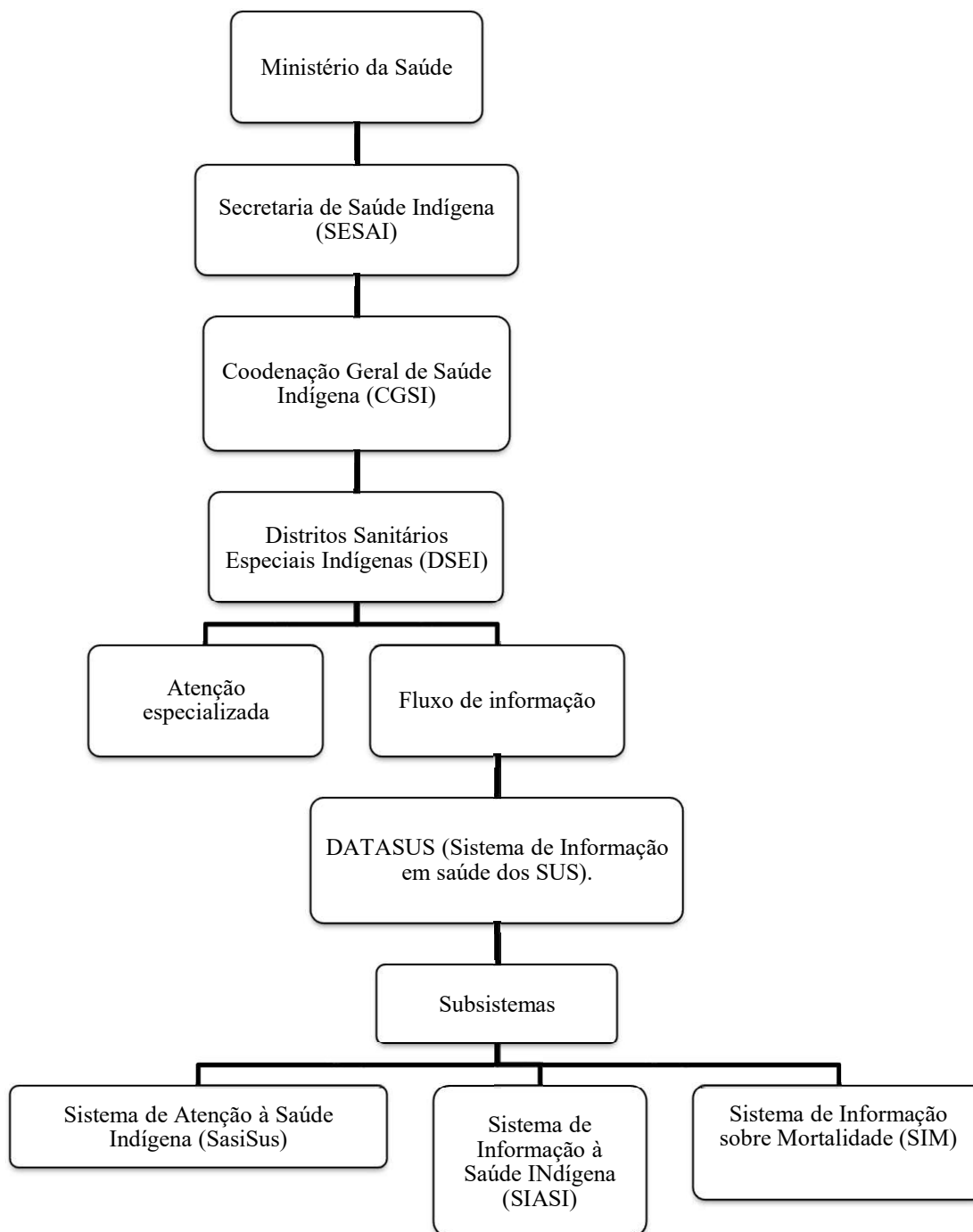
O Organograma apresentado na figura 1, representa a estrutura básica organizacional da saúde indígena no Brasil, destacando as principais entidades e os fluxos de informação que asseguram a efetividade dos serviços de saúde para as comunidades indígenas. No início, temos o Ministério da Saúde, responsável pela elaboração de políticas públicas e diretrizes que

instruem o sistema de saúde. A Sesai atua como órgão fundamental na coordenação das ações de saúde, promovendo a integração entre os diferentes níveis de atenção aos povos indígenas. A Coordenação Geral de Saúde Indígena (CGSI) e os DSEI são responsáveis por implementar essas políticas, mas setorizadas, assegurando que as necessidades específicas das comunidades sejam atendidas.

A atenção especializada é crucial do sistema que permite o acesso aos serviços complexos e às demandas da população. O fluxo informacional serve para garantir a comunicação com eficiência entre os diversos sistemas e subsistemas relacionados à saúde indígena como, por exemplo, o SasiSUS e o SIM. Todos os sistemas e subsistemas supracitados são interligados ao departamento de informática do SUS, o DataSUS.

Esse organograma serve para ter uma compreensão da interconexão entre as diversas funcionalidades das informações, enfatizando a importância da articulação para promover a assistência às necessidades sanitárias dos povos indígenas no Brasil. Organograma é apresentado na Figura 1 a seguir.

Figura 1 – Organograma institucional da saúde indígena com sistemas e subsistemas do SUS associados à saúde indígena



4.4 OPERACIONALIZAÇÃO DAS BASES DE DADOS DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA DO BRASIL

Em 1910, foi criado o SPI, com o propósito de lidar com situações de interesse dos indígenas no Brasil. Conforme Barros, Silva e Gugelmin (2007, p. 75), “somente décadas depois foram feitas as primeiras tentativas de proporcionar aos povos indígenas serviços de saúde de forma sistemática”. Trabalhos foram iniciados na década de 1940, e através de uma expedição realizada, um médico chamado Noel Nutels, envolvido no projeto da Fundação Brasil Central (FBC), percebeu a necessidade de mais atenção à saúde indígena, pois havia um grande índice de doenças contagiosas, virais, entre outras, assim como a falta de saneamento básico. Restritas condições de higiene e a demasiada pobreza presente entre aqueles povos favoreciam os baixos índices de saúde dessas populações.

Em 1952, foram elaboradas estratégias para conter essas doenças através do Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (Susa). Segundo Barros, Silva e Gugelmin (2007, p. 76): “Embora o plano de Nutels tenha sido bem recebido pelo Ministério da Saúde, somente foi posto em ação em 1956, com o nome de Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (Susa), vinculado administrativamente ao Serviço Nacional de Tuberculose”.

A falta de recursos, despontencializou o projeto que, até então, estava indo bem, visto ter diminuído a mortalidade daquela população. Em 1967, o SPI foi eliminado e surgiu a Funai. Para Barros, Silva e Gugelmin (2007, p. 76): “[o]s serviços de saúde da Funai foram organizados em torno do conceito que surgiu com o Susa, o de Equipes Volantes de Saúde (EVS), instaladas em pontos estratégicos do país e vinculadas aos escritórios regionais da Funai”. Houve no início, empenho da Funai, mas a falta de suporte, atenção do governo e a crise que nele existia, como a falta de profissionais qualificados, medicamentos e suprimentos para dar seguimento aos atendimentos restringiram a atuação do órgão.

Ligadas aos postos da Funai nas aldeias, havia pequenas estruturas, designadas de “enfermarias”, que, salvo exceções, na prática não passavam de precárias “farmácias” com estoque irregular de medicamentos, sob a responsabilidade de um auxiliar de enfermagem ou raramente de um enfermeiro (Barros; Silva; Gugelmin, 2007, p. 77).

Entre a década de 1980 e 1990, a Funai enfrentou grandes problemas (de ordem política), desencadeando uma crise no setor e afetando diretamente a saúde dos indígenas, pois a falta de recursos e estabilidade nos serviços acarretaram a crise. Segundo Barros, Silva e Gugelmin (2007, p. 77): “[c]om base nessa breve sistematização da trajetória da saúde indígena

no século XX, fica evidente que não houve propriamente uma política de saúde indígena no país”. Outros setores existentes no ministério da saúde, não davam suporte à saúde indígena no país, deixando-os desamparados.

Em 1986, houve uma modificação na saúde através do SUS. Conforme Barros, Silva e Gugelmin (2007, p. 80): “A 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS), realizada em 1986, foi um evento fundamental para a reformulação da Política Nacional de Saúde ao aprovar as diretrizes básicas da reforma sanitária a ser implementada com o SUS”. Através dessas mudanças foram surgindo outras conferências e diversos setores se envolveram nesse processo.

Especialmente no início do século XX, a relação entre a sociedade e os povos indígenas passou por transformações e, ao longo dos anos, foram marcados por períodos de mudanças que impactaram a forma que os indígenas eram percebidos e tratados. No entanto, ainda existem lacunas nas pesquisas sobre esse tema.

É necessária uma história crítica das grandes agências indigenistas do século XX, como o SPI e a Funai, mas para isso é fundamental ter acesso aos arquivos que são poucos disponíveis aos pesquisadores (Cunha, 2012). Essa afirmação prevalece até os dias atuais, pois é importante que pesquisadores, ativistas e historiadores possam acessar arquivos.

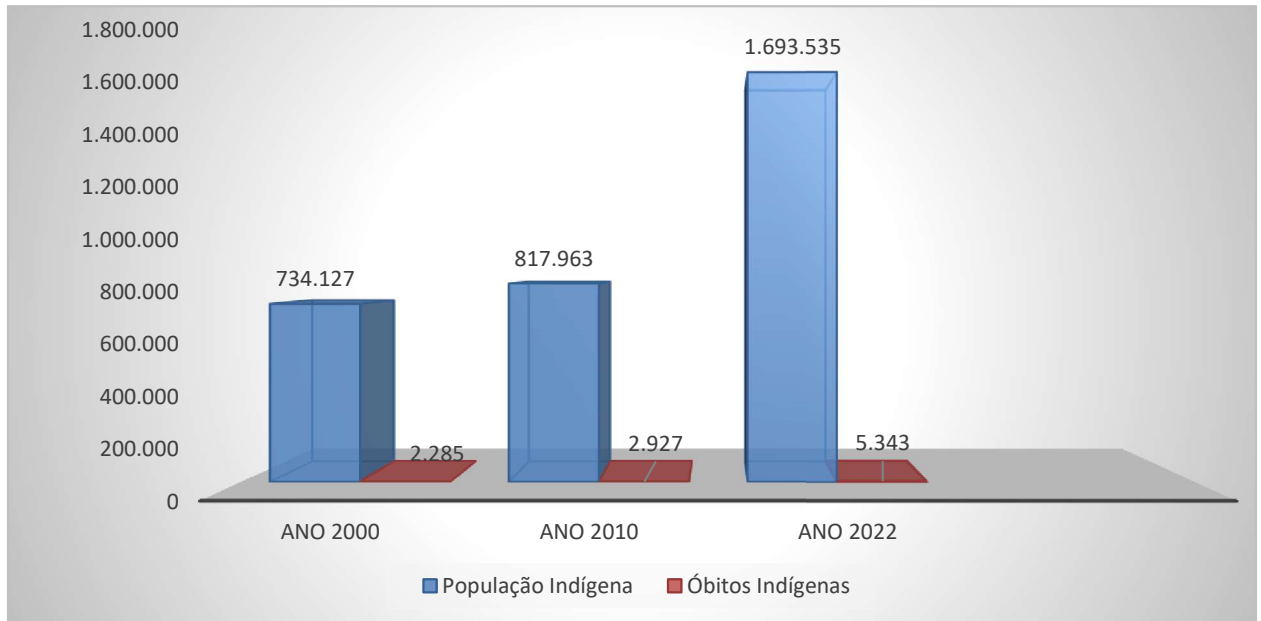
Após a análise das questões levantadas no escopo da literatura, apresenta-se a seguir os resultados do trabalho, sob a ótica da Pesquisa Bibliográfica.

5 ANÁLISE DOS DADOS E OS RESULTADOS DA PESQUISA

Os resultados da pesquisa são apresentados a seguir, por meio de tabelas e gráficos, sobre a população e a mortalidade indígena no Brasil, nos anos 2000, 2010 e 2022, respectivamente. Adicionalmente, são demonstrados os quatro principais grupos de causas de óbitos nos respectivos anos.

A análise detalhada permitiu identificar os números absolutos da população indígena brasileira em cada período censitário, extraídos do IBGE, da mesma forma em que foram identificados os números absolutos de óbitos, bem como os principais grupos causadores de óbitos nessa população, dados extraídos do DataSUS/TABNET. Por meio dessa análise, foi revelada uma macrovisão da situação dos povos indígenas existente nos censos demográficos estudados, comparando-os entre si. Essas representações gráficas facilitam a compreensão, a melhor visualização desses dados informativos e suas mudanças ocorridas ao longo do tempo.

O gráfico 1 representa de forma ilustrativa os dados informativos sobre os números de óbitos indígenas retirados do DataSUS/TABNET, e os dados informativos da população indígena extraídos do IBGE, tendo como objetivo correlacionar e analisar esses números correlacionando-os. Na ilustração, as cores azuis representam a população indígena e vermelha indica o número de óbitos. Verifica-se um aumento significativo da população indígena ao longo do período censitário analisado. No ano 2000, a população era de 734.127 habitantes, em 2010 eram 817.963 indígenas, enquanto no ano de 2022 essa população chegou a 1.693.535 indivíduos. Verificou-se que o número de óbitos também aumentou, porém não na mesma proporção do crescimento populacional. Esses dados embasaram o cálculo do coeficiente de mortalidade indígena, conforme exposto na metodologia.

Gráfico 1 – População Indígena x Óbitos Indígenas – 2024

Fonte: IBGE e DataSUS/TABNET, 2024.

Na Tabela 1 estão demonstrados os coeficientes de mortalidade da população indígena no Brasil nos anos 2000, 2010 e 2022 baseados em dados do DataSUS/TABNET e da população indígena fornecida nos censos demográficos do IBGE nos respectivos anos.

Para obter esses resultados, foi realizado um cálculo por 1.000 habitantes, dividindo-se o número de óbitos indígenas daquele ano, pela população indígena existente nos respectivos censos. Com isso verificamos, ainda, que o coeficiente teve um leve aumento no ano de 2010, posto que, no ano 2000 foi de 3,11; em 2010 chegou a 3,57 e em 2022 diminuiu para 3,15.

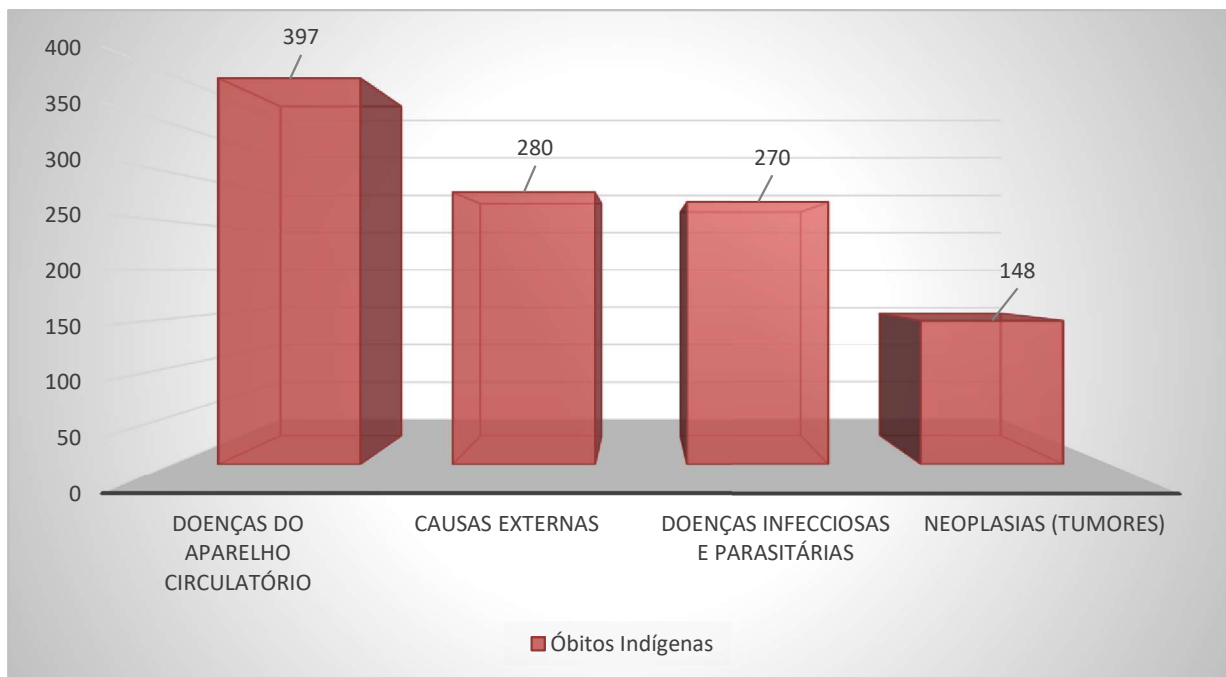
Tabela 1 – Coeficientes de Mortalidade Indígena no Brasil – 2024

PERÍODO/ANO	COEFICIENTES DE MORTALIDADE INDÍGENA
2000	3,11
2010	3,57
2022	3,15

Fonte: IBGE e DataSUS/TABNET, 2024.

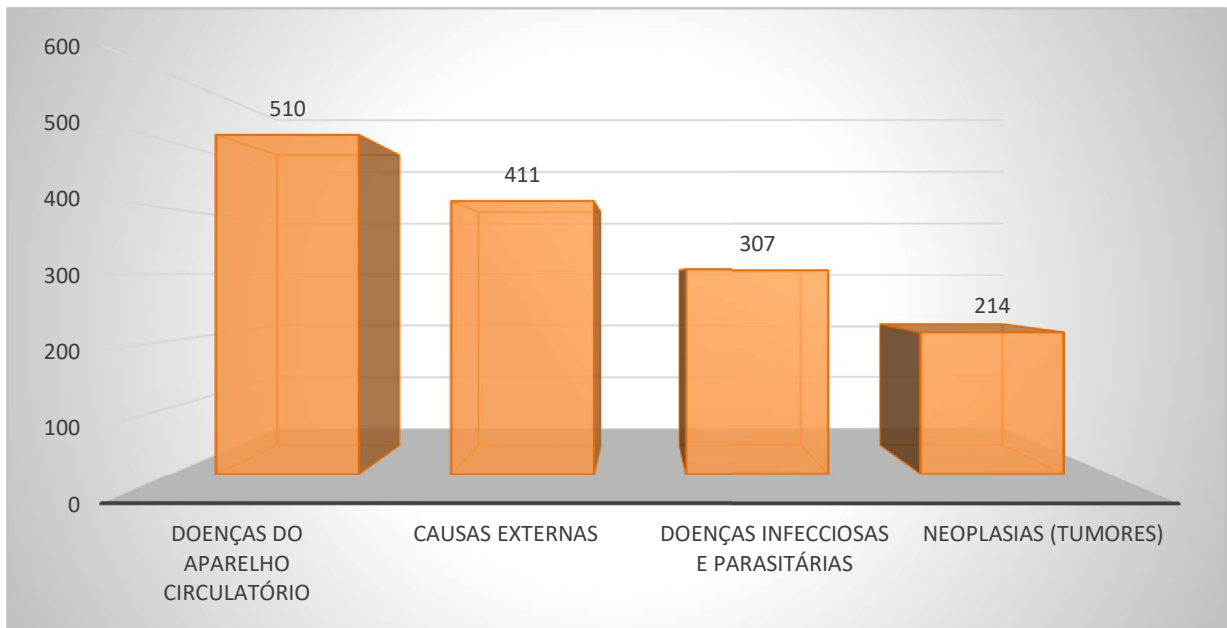
O Gráfico 2 apresenta as principais causas de óbitos indígenas no Brasil no ano 2000. Essas informações foram retiradas do DataSUS/TABNET. Notamos que as principais causas de óbitos foram as doenças do aparelho circulatório responsáveis por 397 mortes (representando o maior número), seguido de causas externas com 280 óbitos, doenças infecciosas e parasitárias com 270 e, para concluir, as neoplasias (tumores) com 148 mortes. Essas informações contribuíram significativamente para a compreensão das disparidades sobre a saúde dos povos indígenas no Brasil.

Gráfico 2 – Principais Doenças Causadoras de Óbitos indígenas – Ano 2000



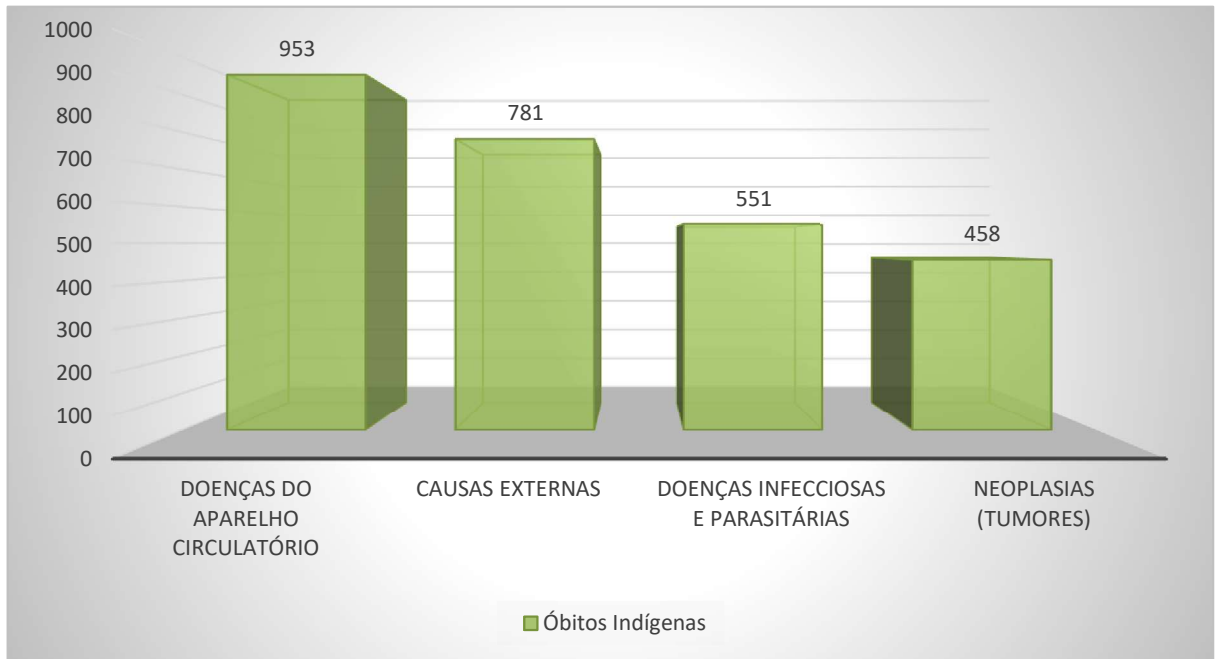
Fonte: DataSUS/TABNET, 2024.

O Gráfico 3 apresenta as principais doenças causadoras de óbitos indígenas no Brasil em 2010. O cenário demonstra que as doenças do aparelho circulatório se destacam como a primeira e principal causa com 510 óbitos, em seguida, as causas externas com 411 óbitos, depois as doenças infecciosas e parasitárias com 307 óbitos e, por fim, as 214 mortes causadas por neoplasias (tumores).

Gráfico 3 – Principais Doenças Causadoras de Óbitos Indígenas – Ano 2010

Fonte: DataSUS/TABNET, 2024.

O Gráfico 4 a seguir apresenta as principais causas de óbitos indígenas no Brasil, no ano de 2022, esses dados são representados de forma objetiva e clara sobre o número absoluto de óbitos nesse período. Assim como nos anos 2000 e 2010, em 2022, o principal capítulo de doenças causadoras de óbitos encontrado foi o das doenças do aparelho circulatório com 953 mortes, o segundo capítulo de doenças causadoras foram as causas externas com 781 óbitos, sucedidas pelas doenças infecciosas e parasitárias com 551 óbitos e as neoplasias (tumores) com 458 óbitos.

Gráfico 4 – Principais Doenças Causadoras de Óbitos Indígenas – Ano 2022

Fonte: DataSUS/TABNET, 2024

A tabela 2 a seguir apresenta um comparativo entre as principais doenças ou capítulos de doenças causadoras de óbitos indígenas no Brasil, extraídas de dados do DATASUS/TABNET, nos anos de 2000, 2010 e 2022. Esses dados mostram que as quatro principais doenças se repetem ao longo dos anos, embora tenham aumentado em números absolutos. Mostra ainda que esses óbitos causados por essas patologias, seguem o mesmo padrão.

Tabela 2 – Principais Doenças Causadoras de Óbitos Indígenas – Anos 2000, 2010, 2022

CAUSAS	ÓBITOS- Ano 2000	ÓBITOS Ano 2010	ÓBITOS Ano 2022
Doenças do Aparelho Circulatório	397	510	953
Causas Externas	280	411	781
Doenças Infecciosas e Parasitárias	270	307	551
Neoplasias (Tumores)	148	214	458

Fonte: DataSUS/TABNET, 2024.

A seguir, apresenta-se a análise dos dados levantados à luz dos registros na base de dados do IBGE e do levantamento bibliográfico nas bases de dados na área da saúde e da CI.

5.1 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Muito se discute na literatura sobre os acontecimentos que marcaram a história dos indígenas no Brasil e sua ancestralidade, que ainda vivem realidades de iniquidade e precariedade sociais e em saúde.

Com base no que foi observado durante a construção desta dissertação e conforme as bases de dados que foram analisadas, evidenciamos um aumento da população indígena brasileira, assim como do número absoluto de óbitos ao longo do período estudado. Além disso, os dados revelaram que os principais capítulos da Classificação Internacional de Doenças - CID, causadores de óbitos nessa população, são as doenças do aparelho circulatório, as causas externas, doenças infecciosas e parasitárias e neoplasias. Ainda baseado nos resultados encontrados verificou-se que, nas últimas três décadas, essas quatro principais causas ou capítulos de doenças, têm se mantido e repetido inclusive na sequência de ordem, sempre prevalecendo as doenças do aparelho circulatório.

O quadro 1 mostra os principais capítulos que abordam as categorias/causas de óbitos indígenas destacando as doenças mais prevalentes que constam registradas na base de dados DataSUS/Tabnet, conforme CID-10.

Quadro 2 – Principais capítulos de causas de óbitos indígenas no Brasil

CAPÍTULOS CID-10	CATEGORIA/CAUSA CID-10
DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO	Doenças hipertensivas, doenças isquêmicas do coração, outras doenças cardíacas, doenças cérebro vasculares, entre outras.
CAUSAS EXTERNAS	Agressões, acidentes de transporte, quedas, lesões autoprovocadas voluntariamente, afogamento e submersões acidentais, entre outras.
DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS	Doenças infecciosas parasitárias, tuberculose, doenças virais, diarreia doenças infecciosas intestinais, tétano, hanseníase, doença de Chagas, sarampo, hepatite viral, malária, doenças transmitidas por protozoários etc.
NEOPLASIAS TUMORES	Neoplasia maligna do esôfago, estômago, pâncreas, laringe, pele, traqueia, brônquios e pulmões, neoplasia maligna da mama, do colo do útero, ovário, próstata, bexiga, leucemia, entre outras.

Fonte: DataSUS/TABNET, 2024.

Observou-se que na categoria CID-10, está registrada a síndrome respiratória aguda grave (SARS). No entanto, ao acessar para verificar se há informações relacionadas à Covid-19, não se encontra nenhuma menção sobre o SARS-CoV-2. Isso é preocupante, especialmente considerando o ano censitário entre 2010 e 2022, período em que houve a pandemia iniciada em 2020. Mesmo assim não constam dados especificando detalhadamente sobre o vírus, na base de dados DataSUS. Essa lacuna nas informações prejudica uma análise mais aprofundada da situação epidemiológica.

A análise dos últimos três censos demográficos do IBGE, ocorridos nos anos 2000, 2010 e 2022, mostraram que, mesmo com o aumento da população indígena, e aumento de números absolutos dos óbitos conforme informações contidas no DataSUS/TABNET, os principais capítulos CID de doenças causadoras de óbitos se repetiram nos três anos pesquisados.

A CID vem sendo construída há mais de um século com o propósito de reconhecer as causas de mortes e, com o passar do tempo, foi sendo codificado. No entanto, é uma publicação oficial da Organização Mundial de Saúde (OMS), em que os países que fazem parte como membros devem utilizá-la com objetivo principal de apresentar as causas de doenças que levam a internações e atendimentos ambulatoriais hospitalares e morbidades (Nubila; Buchalla, 2008).

A décima revisão da CID-10, nomeada como Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, é uma classificação de epidemiologia geral que analisa situações de saúde e grupos populacionais, na qual inclui diversas categorias que abrangem doenças infecciosas, condições crônicas e lesões. Cada uma das categorias recebe um código específico que facilita a comunicação médica sobre a saúde e pesquisas epidemiológicas em serviços de saúde.

Nesta pesquisa não se investigou as causas específicas dos óbitos, mas os capítulos representativos dessas doenças, contidas na CID-10 e retiradas dos dados informativos fornecidos no DataSUS, como sendo doenças causadoras de óbitos indígenas nas últimas três décadas. Adicionalmente, para responder a problemática da pesquisa e refletir sobre o assunto, foram selecionadas e revisadas as principais pesquisas pertinentes ao tema, em que autores contribuíram para um debate mais reflexivo.

Partindo dessa perspectiva, essa discussão propõe explicitar não apenas os dados apresentados sobre a quantidade de indígenas existentes no Brasil e respectivos óbitos, mas também as implicações dos sistemas informacionais em saúde indígena no Brasil, para se compreender as principais causas de mortalidade.

Percebemos que os sistemas de saúde indígena no Brasil enfrentam significativas dificuldades de acesso e alimentação de dados, que, possivelmente, conflitam com a realidade das comunidades.

As causas de mortalidade indígena no país provocam-nos a refletir sobre a complexidade do cenário com diversos fatores como o social, ambiental, econômico, entre outros, que repercutem na saúde dos indígenas.

Cunha *et al.* (2022) investigaram as taxas de mortalidade geral indígena nas Unidades Federativas (UF) e se existia correlação com os indicadores sociais, econômicos e de saúde. Durante a pesquisa dos anos 2000 e 2010, relacionada com os dados do IBGE, detectaram um aumento de óbitos nesse período.

No entanto, os autores identificaram a dificuldade de acesso à saúde que implicou nesse crescimento da mortalidade, assim como a expansão da exploração ilegal dos territórios, dos recursos naturais e da contaminação dos rios. Os assassinatos de lideranças nativas em conflitos contribuíram também para as causas externas de óbitos, resultando em outros conflitos violentos.

Cunha *et al.* (2022) também chamaram a atenção para as más condições de vida das comunidades, fato que resulta no deslocamento de indígenas para áreas urbanas em busca de uma melhor condição de vida, acarretando a exposição para o aumento de óbitos por causas externas, como o suicídio. Foi identificado, também, que a situação de saúde continua precária com importantes disparidades estaduais e regionais no acesso à saúde, bem como nos aspectos socioeconômicos. E esses fatores refletem no aumento de morbidades como as doenças infecciosas, parasitárias, crônicas e cardiovasculares.

Alves *et al.* (2021) pontuam em sua pesquisa baseada nos anos 2000, 2010 e 2018, a persistência das desigualdades socioeconômicas e as dificuldades de acesso à saúde, demonstrando uma complexa situação que caracteriza um cenário crítico que contribui para o aumento da mortalidade indígena no Brasil, citando as doenças do aparelho circulatório, doenças infecciosas e parasitárias, causas externas e neoplasias, provenientes das mudanças no hábito de vida de cada comunidade.

Basta (2012) oferece uma contribuição relevante quando evidencia que as causas de óbitos e os fatores relacionados à mortalidade indígena, sobretudo nas últimas quatro décadas, vêm de um conjunto de doenças infecciosas e parasitárias, dos aparelhos respiratório e circulatório e as neoplasias, que são provenientes da forma de vida dos indígenas, inclusive os problemas sociais que geram situações complexas, como as doenças devido ao alcoolismo, às

violências causadas pela desestrutura social e à falta de firmeza nas políticas públicas direcionadas à população indígena.

O autor destaca, ainda, a precariedade de informações da demografia e da saúde no país, que dificulta o acesso a dados mais precisos levando os autores a buscarem formas alternativas, como em locais que oferecem tratamentos aos indígenas, como exemplo, os hospitais, entre outros, no intuito de gerar novas informações. Esse autor enfatiza a necessidade de formulação de políticas públicas em saúde e melhoria dos sistemas informacionais.

Diante do exposto, revelado pelos autores acima e, em concordância com os achados desta pesquisa, é possível verificarmos que as principais causas de mortalidade estudadas nos períodos analisados são recorrentes, persistindo ao longo do tempo e permanecendo em evidência conforme os períodos analisados. Além disso, os autores identificam que, apesar da principal causa ser as doenças do aparelho circulatório, as causas externas preocupam ainda mais, necessitando de intervenções de políticas públicas de proteção e preservação ao meio ambiente e atenção à saúde dos povos indígenas.

Após discutir as principais causas de mortalidade dessa população, é fundamental analisar os dados percentuais que ilustram essa realidade. Marinho (2010), em concordância com os outros autores acima, também destaca a carência de informações relativas aos principais grupos de doenças causadoras de óbitos nos indígenas. O autor faz um estudo de diversos domicílios indígenas em todo o país, mostrando os percentuais, e aponta que a morbimortalidade é intrinsecamente decorrente das condições socioeconômicas e da marginalização. Ele pondera que o censo do ano 2000 teve equívocos na classificação dos domicílios e que uma preparação e treinamento adequados para os recenseadores podem contribuir e muito para a precisão dos dados coletados.

Campos *et al.* (2017) entram na discussão, destacando as probabilidades de mortes entre indígenas e não indígenas, apesar de não termos investigado a população não indígena, as revelações desses autores chamam a atenção para a extrema vulnerabilidade em condições de vida e saúde em que os povos indígenas se encontram, cujo cenário não é inédito no país.

Os autores apontam, ainda, a importância dos censos enfatizando a fragilidade de algumas informações sobre óbitos e a necessidade de ajustes na coleta de dados. Os estudos revelaram, nos seus resultados, a especificação da população indígena e não indígena dos domicílios analisados e fez a análise comparativa, na qual apresenta significativas diferenças entre esses povos, relatando que as taxas percentuais de óbitos dos indígenas são maiores que os do não indígenas. Isso forneceu uma visão clara da necessidade de estratégia de saúde efetiva para os povos indígenas do Brasil.

Coimbra Jr., Santos e Escobar (2005) destacavam as condições precárias dos povos Xavantes, especificamente, que há muito tempo sofrem com as grilagens e invasões de seus territórios, o que agrava a situação socioeconômica e cultural, refletindo na saúde das famílias indígenas. Os autores refletem sobre o cenário nacional da saúde indígena, o surgimento dos grupos de doenças com maiores causas de adoecimento, de mortes, as epidemias, causas externas como o suicídio, violência, entre outras.

Assim, como mencionado por outros autores, Caldas (2014) analisou as principais causas de mortalidade, porém com foco na mortalidade infantil. Esse autor também observa lacunas na coleta de dados sobre a mortalidade dos indígenas no Brasil. Embora ele sinalize que tenha melhorado o questionário com perguntas específicas nos censos, ainda há dificuldades para obter dados mais completos para uma melhor análise de resultados.

Outro ponto analisado pela autora é a ênfase nas desigualdades em saúde da população indígena, a falta de acesso a serviços de saúde, as disparidades socioeconômicas e culturais, a falta de conexão dos sistemas e a comparação das diferentes fontes de informação em saúde indígena, como o DataSUS. Além disso, Caldas (2014) chama a atenção para as taxas elevadas de mortalidade infantil indígena. Essa autora estudou as diversas regiões do Brasil e sua pesquisa específica, focalizada na faixa etária e na cor/raça, discute sobre as autodeclarações, essa abordagem tem refletido de forma precisa na necessidade de uma análise mais procedente.

Ao longo dos anos, os estudos vêm mostrando que a mortalidade indígena aumentou, no entanto, no contexto atual e de acordo com os dados encontrados nesta pesquisa existem diversos fatores a serem observados, não só os percentuais analisados, mas as causas de óbitos e todo o cenário que engloba a saúde dos povos indígenas, existindo uma série de fatores que ocasionam o aumento da população proveniente da autodeclaração.

A literatura mostra uma realidade bastante preocupante no contexto atual, pois retrata uma população indígena desproporcionalmente afetada por altas taxas de mortalidade, trazendo reflexões sobre as injustiças sociais e a necessidade urgente de políticas públicas, além de uma reformulação nas pesquisas censitárias. Essas situações expõem as falhas nas coletas de dados e a vulnerabilidade das comunidades diante dos fatores apresentados.

Além disso, a preocupante questão das subnotificações de doenças que podem estar relacionadas aos dados registrados de forma inadequada, proporcionando interpretações equivocadas por, aparentemente, a mortalidade não está em aumento, tendo em vista que registros das bases de dados governamentais e do IBGE, não apresentam percentuais alarmantes. Essas subnotificações podem ser um reflexo do excesso de burocracia e fichários a

serem preenchidos por profissionais muitas vezes sem treinamento e conscientização inadequada.

Esta dissertação buscou analisar e expor as consequências geradas pela falta de supervisão da gestão direcionada aos povos indígenas no quesito saúde que ocasiona problemas substanciais. Informações relevantes devem ser consideradas, como as autodeclarações que integram um processo que precisa de reflexão e aperfeiçoamento, pois altera resultados na identificação indígena prejudicando os números da população existente. É preciso estabelecer critérios mais eficazes para a identificação desses povos autodeclarados. Após se discutir a importância da autodeclaração na identificação dos povos indígenas e as implicações decorrentes, é fundamental conectar as informações no quesito raça/cor presentes nas pesquisas censitárias.

Entre 2010 e 2022 houve aumento da população indígena no Brasil, devido a mudança de método do IBGE, onde acrescentou em seu formulário a pergunta “você se considera indígena? Isso possibilita os indígenas que moram fora de terras demarcadas e que residem em área urbana se autoidentifique.

Em 2022, houve a extensão dessa pergunta de cobertura para outras localidades indígenas, que incluem, além desses territórios oficialmente delimitados pela Funai, os agrupamentos indígenas identificados pelo IBGE e as outras localidades indígenas, que são ocupações domiciliares dispersas em áreas urbanas ou rurais com presença comprovada ou potencial de pessoas indígenas. No Censo 2022, cerca de 27,6% da população indígena do país assim se declararam por meio dessa pergunta de cobertura (IBGE, 2023).

Esse método adotado pelo IBGE, permite a extensão da pergunta de autoidentificação, justificando o aumento significativo da população indígena no Censo 2022. Essa abordagem de inclusão, permite que muitos indivíduos que antes não se sentiam representados pudessem se autodeclarar.

Em 2024 a Funai solicitou o apoio as instituições através do Ofício nº 1381/2024 /PRES/FUNAI, no intuito de facilitar a autodeclaração e garantir a autonomia dos povos originários. A Funai argumenta que não é seu papel intervir no direito pleno desses povos, onde usa como base a Constituição Federal de 1988 que garante esses direitos do autorreconhecimento e possibilita melhor entendimento sobre os processos individuais, sociais e respeito de identidades étnicas e pertencimento aos povos indígenas do Brasil (Funai, 2024).

Segundo Caldas (2014, p.7): “Quanto aos resultados segundo as informações do Censo 2010, 817.963 pessoas se autodeclararam indígenas”. As pessoas autodeclaradas das áreas urbanas, podem ser indígenas que saíram de suas comunidades em busca de uma vida melhor.

Caldas (2014) enfatiza que a autoidentificação como indígena se dar devido à história familiar de cada um e de pessoas que, antes do quesito raça/cor adicionado no formulário do IBGE, declaravam-se pardas.

A análise constatou que baseado nos dados dos censos estudados e do DataSUS, a população indígena aumentou significativamente, porém os coeficientes percentuais de mortalidade indígena não tiveram aumento significativo, o que, a princípio, pode ser uma excelente informação, no entanto, é questionável justamente pelo excessivo aumento da população indígena autodeclarada, que dobrou seu tamanho entre o censo de 2010 e 2022.

Nesta pesquisa foram encontrados coeficientes de mortalidade indígena, calculados a partir do número de óbitos naquele ano fornecidos pelo DataSUS e divididos pela população indígena daquele ano fornecida pelo IBGE, sendo multiplicados por 1.000 habitantes. Esses resultados podem ser verificados e repetidos por qualquer pesquisador, pois estão disponíveis para conferência. Os resultados encontrados estão na tabela 2 e gráfico 2, e demonstram uma leve diminuição da mortalidade indígena em 2022.

Portanto, essa estrutura foi necessária porque não há, nos órgãos oficiais específicos, publicação desses coeficientes sobre a mortalidade indígena. Decidimos, então, por uma forma de busca de dados acessíveis, que permitam ser revisados por qualquer outro pesquisador, e que possam ser facilmente calculados. Portanto, fica demonstrado de acordo com os achados, que esses coeficientes praticamente se mantiveram estáveis nas três últimas décadas, com pouquíssima variação.

Embora os coeficientes de mortalidade indígena tenham se mantido relativamente estáveis, a literatura indica que os óbitos são significativamente altos. Nesse cenário brasileiro, existe uma grande lacuna entre o que se tem de dados oficiais e o que se publica em vários desses artigos. Porém, todos são unânimes em relatar a necessidade de aperfeiçoamento dos sistemas de informação em saúde indígena.

De acordo com o DataSUS e IBGE, que são as bases de dados oficiais e acessíveis que fornecem essas informações no Brasil, os dados registrados em seus sistemas divergem dos relatos presentes nas bibliografias disponíveis. Somente dados precisos e confiáveis podem desenvolver políticas públicas efetivas para promover igualdade na saúde e na vida dos povos indígenas do Brasil.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando os resultados encontrados nesta pesquisa, em acordo com a questão central do problema (quais as principais causas e percentuais de mortalidade indígena, identificados nos últimos três censos demográficos brasileiros – 2000, 2010 e 2022?) e dos objetivos delineados, podemos inferir que a mortalidade indígena no Brasil, em termos percentuais, tem se mostrado estável ao longo das três últimas décadas, sem declínio ou aumento aparente, tendo inclusive um leve decréscimo no último censo demográfico (IBGE, 2022). Sendo assim, as principais causas de mortalidade indígena encontradas nas três últimas décadas, foram as doenças cardiovasculares, seguidas pelas causas externas.

A partir desses dados e de acordo com os autores que embasaram esta pesquisa, no Brasil, os sistemas de informação sobre saúde indígena são variados, desatualizados, obscuros e de difícil acesso aos pesquisadores e à população em geral, sendo que muitos desses autores relatam que a mortalidade indígena tem aumentado.

Observamos que as principais bases de dados informativos e acessíveis sobre o tema estudado são o DataSUS e o IBGE. No entanto, essas plataformas poderiam oferecer maior clareza, facilidade de acesso e sincronização de dados informativos oficiais, em especial, com referência à população indígena.

A pesquisa alcançou os objetivos propostos delineados, porém lança novas ideias e questões a serem respondidas em futuros estudos, quais sejam o aperfeiçoamento e a unificação das plataformas de dados informativos sobre saúde indígena, e propõe uma reflexão sobre o cadastramento/auto-reconhecimento de pessoas como sendo indígenas, necessitando de critérios mais específicos e claros.

Esperamos que esta pesquisa contribua para o conhecimento acadêmico, que incentive outros novos estudos na área da Ciência da Informação e possibilite uma compreensão mais abrangente das questões e das realidades enfrentadas em relação à saúde pelas comunidades indígenas no Brasil. Além disso, os resultados obtidos neste trabalho servem como base para futuras pesquisas que visem melhorar a qualidade das informações em saúde das populações indígenas no país.

Por fim, esta pesquisa sugere que as informações oficiais sobre saúde indígena no Brasil sejam centralizadas em uma única base de dados, atualizadas com maior regularidade e de acesso livre. Certamente, essa diretriz facilitará as tomadas de decisões, inclusive no âmbito das políticas públicas em saúde, educação e socioeconomia.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. R. C. **Os índios na história do Brasil**. 5. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2012.

ALVES, F. T. A. *et al.* Mortalidade proporcional nos povos indígenas no Brasil nos anos 2000, 2010 e 2018. **Saúde em Debate**, FapUnifesp, Rio de Janeiro, v. 45, n. 130, p. 691-706, set. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/DjX5mjjj5GjMVrHnMsnvKVx/>. Acesso em: 21 nov. 2024.

AMORIM, Siloé Soares de. **Os kalanco, karuazu, koipanka, katokinn resistência e resurgência indígena no alto sertão alagoano**. 2010. 426 f. Tese (Doutorado) - Curso de Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Instituto de Filosofia e Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010. Disponível em: www.lume.ufrgs.br/handle/10183/25528. Acesso em: 12 dez. 2024.

BAHIA. Secretaria de Saúde do estado da Bahia. **Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)**. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/suvisa/vigilancia-epidemiologica/sistema-de-informacoes-sobre-mortalidade-sim/pdf>. Acesso em: 20 de maio 2024.

BANKHEAD, C. R.; SPENCER, E.; NUNAN, D. Catálogo de colaboração tendenciosa, 2019. Viés de informação. **Catálogo Sackett de Vieses**. Disponível em: <https://catalogofbias.org/biases/information-bias/>. Acesso em: 10 set. 2023.

BARROS, D. C.; SILVA, D. O.; GUGELMIN, S. Â. (org.). **Vigilância alimentar e nutricional para a saúde indígena**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007. v. 1. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/livro/vigilancia-alimentar-e-nutricional-para-saude-indigena-volumes-i-e-ii>. Acesso em: 15 ago. 2023.

BASTA, P. C.; ORELLANA, J. D. Y.; ARANTES, R. Perfil epidemiológico dos povos indígenas no Brasil: notas sobre agravos selecionados. *In*: GARNELO, L.; PONTES, A. L. (org.). **Saúde Indígena: uma introdução ao tema**. Brasília: MEC-Secadi, 2012. p. 60-93. (Coleção Educação Para Todos). Disponível em: <https://api.saudeindigena.icict.fiocruz.br/api/core/bitstreams/24105cfa-c330-4213-a149-a3354b8c4cdd/content>. Acesso em: 21 nov. 2024.

BÍBLIA. Salmo 23. *In*: **Bíblia Sagrada**. Tradução de Fernando. 3. ed. São Paulo: NVI, 2023.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 5.540 de 02 de junho de 1943**. Considera “Dia do Índio” a data de 19 de abril. Brasília, **Diário Oficial da União**, 08 jul. 1943, p. 6. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=DEL&numero=5540&ano=1943&ato=57a0TSE5ENjpmT931>. Acesso em: 27 ago. 2024.

BRASIL. Lei nº 2.889, de 01 de outubro de 1956. Define e pune o crime de genocídio. Brasília, **Diário Oficial da União**, 02 out. 1956. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L2889.htm. Acesso em: 10 set. 2024.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**, de 05 de outubro de 1988. Brasília. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/topicos/10643688/artigo-231-da-contituicao-federal-de-1988>. Acesso em: 25 mar. 2023.

BRASIL. Lei nº 14.408, de 08 de julho de 2022. Institui o Dia dos Povos Indígenas e revoga o Decreto-Lei nº 5.540, de 2 de junho de 1943. Brasília, **Diário Oficial da União**, 08 jul. 2022, edição extra. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2022/Lei/L14402.htm. Acesso em: 27 ago. 2024.

BRASIL. Decreto nº 3.156 de 27 de agosto de 1999. Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, pelo Ministério da Saúde, altera dispositivos dos Decretos nºs 564, de 8 de junho de 1992, e 1.141, de 19 de maio de 1994, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 28 ago. 1999. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3156.htm. Acesso em: 16 abr. 2024.

BRASIL. Decreto nº 11.798, de 11 de novembro de 2023. Art. 46. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde e remaneja e transforma cargos em comissão e funções de confiança. Brasília, **Diário Oficial da União**, 28 nov. 2023. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=DEC&numero=11798&ano=2023&ato=9dfETRE90MZpWT9e6>. Acesso em: 12 mar. 2024.

BRASIL. Lei 9.836, de 23 de setembro de 1999. Acrescenta dispositivos à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Brasília, **Diário Oficial da União**, 1999. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19836.htm. Acesso em: 21 fev. 2024.

BRASIL. Lei 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Brasília, **Diário Oficial da União**, 15 ago. 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/113709.htm. Acesso em: 16 de mai. 2024.

BRASIL. Lei 14.600, de 19 de junho de 2023. Estabelece a organização básica dos órgãos da Presidência da República e dos Ministérios. Brasília, **Diário Oficial da União**, 20 jun. 2023. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2023-2026/2023/Lei/L14600.htm. Acesso em: 26 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Análise Epidemiológica de Doenças não Transmissíveis (DAENT)**. Disponível em: <https://svs.aids.gov.br/daent/cgiae/sim/apresentacao/>. Acesso em: 17 mai. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **E-Gestor APS**. 2024. Suporte_08. Disponível em: <https://sisapsdoc.saude.gov.br/pt-br/egestor/gestor-sesai-dsei>. Acesso em: 16 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Saúde- PNS**. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/inqueritos-de-saude/pns>. Acesso em: 08 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portal Saúde**. Disponível em: <http://siab.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060701>. Acesso em: 17 mai. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DataSUS**. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/>. Acesso em: 23 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2. ed. Brasília: FUNASA, 2002. Disponível em: Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (saude.gov.br). Acesso em: 11 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Saúde Indígena – SESAI**. Brasília, 2010. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sesai>. Acesso em: 07 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atendimento à População Indígena 2024 – SESAI**. Disponível em: https://infoms.saude.gov.br/extensions/atendimentos_sesai/atendimentos_sesai.html. Acesso em: 05 maio 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM. **Consolidação da base de dados de 2011**. Coordenação Geral de Informações e Análise Epidemiológica – CGIAE. Brasília, 2013. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sim/Consolida_Sim_2011.pdf. Acesso em: 16 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Sistema de Acompanhamento da Gestante – Sisprenatal**. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/epidemiologicos/sisprenatal>. Acesso em: 13 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Vigilância Nutricional e Alimentar – Sisvan**. 2024. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/documentos/index>. Acesso em: 16 nov. 2024.

BRASIL. Ministério do planejamento e Orçamento. Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS). **Relatório de avaliação**, CMAP, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/planejamento/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/cmap/politicas/2022/avaliacoes-conduzidas-pelo-cmag/sasisus_relatorio-de-avaliacao.pdf. Acesso em: 13 mar. 2024.

BRASIL. **Pesquisa Nacional em Saúde**. O que é PNS? Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <https://www.pns.icict.fiocruz.br/>. Acesso em: 02 mai. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 254**, de 31 de janeiro de 2002. Disponível em: https://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/Pm_254_2002.pdf. Acesso em: 30 ago. 2024.

CALDAS, A. D. R. **Mortalidade por cor ou raça, com foco nos indígenas**: perspectivas comparativas entre o censo demográfico de 2010 e sistemas nacionais de informação em saúde. 2014. 143 f. Tese (Doutorado) – Curso de Ciências na Área de Epidemiologia em Saúde Pública, Fiocruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <https://api.saudeindigena.icict.fiocruz.br/api/core/bitstreams/15c3fbda-7b4f-4905-b8f6-9a5d35a5cdd9/content>. Acesso em: 28 nov. 2024

CAMPOS, D. *et al.* Sistema de Informações sobre Mortalidade em municípios de pequeno porte de Minas Gerais: concepções dos profissionais de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, n. 18, v. 5, maio 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000500033>. Acesso em: 21 mai. 2024.

CAMPOS, M.B. de *et al.* Diferenciais de mortalidade entre indígenas e não indígenas no Brasil com base no Censo Demográfico de 2010. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p. 1-6, 25 abr. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/49bL4GKGxQGQ9K9rdtxMHFP/>. Acesso em: 27 nov. 2024.

CID 10. Busca de CID10. [Site]. Disponível em: <https://cid10.com.br/>. Acesso em: 02 mar. 2025.

COELHO NETO, G. C; CHIRO, A. Afinal, quantos Sistemas de Informação em Saúde de base nacional existem no Brasil? **Cad. Saúde Pública**, n. 37, v. 7, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/RzNmVjHqmLhPHZp6gfcDC6H/?lang=pt>. Acesso em: 20 ago. 2023.

COIMBRA JUNIOR, C.E.A.; SANTOS, R.V.; ESCOBAR, A. L. Cenários e tendências da saúde e da epidemiologia dos povos indígenas no Brasil. *In*: SANTOS, R. V.; COIMBRA JUNIOR, C. E. A. (org.). **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 1-36. Disponível em: https://www.academia.edu/31414715/Cen%C3%A1rios_e_tend%C3%A2ncias_da_sa%C3%BAde_e_da_epidemiologia_dos_povos_ind%C3%ADgenas_no_Brasil. Acesso em: 19 out. 2024.

CUNHA, A. A. da *et al.* Taxas de mortalidade geral indígena nas unidades federativas do Brasil e sua (não) correlação com indicadores socioeconômicos e de saúde nos anos de 2000 e 2010. **O Mundo da Saúde**, Macapá, v. 46, p. 514-526, 21 dez. 2022. Disponível em: <https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br/mundodasaude/article/view/1466/1263>. Acesso em: 15 dez. 2024.

CUNHA, M. C. Índios no Brasil: história, direitos e cidadania. *In*: **História dos índios no Brasil**. São Paulo: Cia. das Letras, 2012.

CUNHA, M. C. **Cultura com aspas e outros ensaios**. São Paulo: Cosac Nayf, 2009.

CSPUWEB. **Cadastro de Sistemas e Permissões aos Usuários**. Disponível em: <http://cspuweb.saude.gov.br/>. Acesso em: 21 maio 2024.

FERREIRA, S. M. G. **Sistema de Informação em Saúde: conceitos fundamentais e organização**. Nescon/FM, [UFMG, Minas Gerais], 1999. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2249.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2023.

FUNAI. **Funai pede fim da exigência de comprovação estatal de reconhecimento étnico para acesso de indígenas a direitos básicos**. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/funai/pt-br/assuntos/noticias/2024/funai-pede-fim-da-exigencia-de-comprovacao-de-reconhecimento-etnico-para-acesso-de-indigenas-a-direitos-basicos>. Acesso em: 08 abr. 2025.

GARNELO, L. Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde. *In*: GARNELO, L. *et al.* (org.). **Saúde Indígena**: uma introdução ao tema. 22. ed. Brasília: Coleção Educação Para Todos, 2012. Cap. 1. p. 19-58. v. 5. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_indigena_uma_introducao_tema.pdf. Acesso em: 14 mar. 24.

GUIMARÃES, S. Povos indígenas e a legislação sobre ética em pesquisa no Brasil: relatos de uma pesquisa em saúde indígena. **Revista Mundaú**, Brasília, n. 2, p. 80-95, 12 abr. 2017. Disponível em: <https://repositorio.bvspovosindigenas.fiocruz.br/items/6669b1e9-08cf-4924-af38-34efdcdd2a26>. Acesso em: 04 nov. 2024.

GURGEL, C. B. F. M. **Índios, jesuítas e bandeirantes. medicina e doenças no Brasil dos séculos XVI e XVII**. Campinas, 2009. p. 103. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/309188/1/Gurgel_CristinaBrandtFriedrichMartin_D.pdf Acesso em: 03 fev. 2018.

GRONDIN, M; VIEZZER, M. **Abya Yala!**: genocídio, resistência e sobrevivência dos povos originários das Américas. Rio de Janeiro: Bambual, 2021.

IBGE. **Sistemas de estatísticas vitais**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/26176-estimativa-do-sub-registro.html>. Acesso em: 13 set. 2023.

IBGE. **Brasil tem 1,7 milhão de indígenas e mais da metade deles vive na Amazônia Legal**. 2023. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/noticias-por-estado/37565-brasil-tem-1-7-milhao-de-indigenas-e-mais-da-metade-deles-vive-na-amazonia-legal>. Acesso em: 08 abr. 2025.

KÖCHE, José Carlos. **Fundamentos da metodologia científica**: teoria da ciência e iniciação à pesquisa. Petrópolis, Rj: Vozes, 2011. 182 p. Disponível em: PDF. Acesso em: 12 dez. 2024.

KOSHIBA. L. **O índio e a conquista portuguesa**. 5. ed. São Paulo: Atual, 1994.

KRENAK, A. Entrevista. **Ciência hoje**, ed. 272, dez. 2020. Disponível em: <https://cienciahoje.org.br/artigo/genocidio-indigena-e-ecocidio-no-brasil/>. Acesso em: 2 mar. 2025.

LÖSCH, S.; RAMBO, C. A.; FERREIRA, J. L. A pesquisa exploratória na abordagem qualitativa em educação. **Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação**, n. 18, p. 1-18, 19 dez. 2023. Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/iberoamericana/article/view/17958>. Acesso em: 19 nov. 2024.

MARIN, H. F. Sistemas de informação em saúde: considerações gerais. **J. Health Inform.** São Paulo, n. 2, v. 1, p. 20-4, jan-mar. 2010. Disponível em: <https://jhi.sbis.org.br/index.php/jhi-sbis/article/view/4/52>. Acesso em: 03 dez. 2023.

MARINHO, G. L. **A classificação dos domicílios “indígenas” no Censo Demográfico 2000**: subsídios para análise das condições de saúde. 2010. 92 f. Dissertação (Mestrado) –

Curso de Mestrado em Epidemiologia em Saúde Pública, subárea em Epidemiologia, Etnicidade e Saúde, Departamento de Endemias Samuel Pessoa, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepop/a/J9gYQGrCTdMnFQjjDyWgcMh/>. Acesso em: 10 nov. 2024.

MELATTI, J.C. **Índios do Brasil**. São Paulo: Edusp, 2007. p. 244-245.

MONTEIRO, J. M. **Negros da terra: índios e bandeirantes nas origens de São Paulo**. São Paulo: Cia. das Letras, 1994.

NUBILA, H. B.V.; BUCHALLA, C. M. O papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 324-335, jun. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/gSPFtVnbyDzptD5BkzrT9Db/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 dez. 2024.

OLIVEIRA, J.P. Uma etnologia dos “Índios Misturados”? Situação colonial, territorialização e fluxos culturais. **Mana**, n. 4, v. 1, p. 47-77, abr. 1998. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/mana/a/LXbFMZgsrbyVpZfbdjy6zm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 31 de mar. 2024.

PAIM, J. S. Os sistemas universais de saúde e o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS). **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 5, p. 15-28, dez. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042019s502>. Disponível em: cielo.org/article/sdeb/2019.v43nspe5/15-28/#. Acesso em: 08 abr. 2025.

PAIVA, E. B. Conceituando fonte de informação indígena. **Inf. & Soc.: Est.**, João Pessoa, v. 24, n.1, p. 61-70, jan./abr. 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/ies/article/view/16472/10876>. Acesso em: 03 dez. 2023.

PALHETA, R.P. **Política indigenista de saúde no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2015. v. 55.

PEREIRA, E. R. *et al.* A experiência de um serviço de saúde especializado no atendimento a pacientes indígenas. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 1077-1090, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/9JQFrKm83b7SM6FLMwzVXXG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 05 fev. 2024.

RAFAEL, W. **E-SUS e outros**. 2017. Blog voltado para dúvidas sobre o sistema e-SUS e outros sistemas da Atenção Básica. Disponível em: <https://e-suseoutros.blogspot.com/2017/08/e-gestor-acesso-e-cadastro-de-perfil.html>. Acesso em: 16 nov. 2024.

RAMOS, A. R; OLIVEIRA, K. A; RODRIGUES, F. S. Mercúrio nos Garimpos da Terra Indígena Yanomami e Responsabilidades. **Ambiente & Sociedade**, São Paulo, v. 23, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/asoc/a/Kbrq95pYDnwGD8DVVxYqtsm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 nov. 2024.

RIOS, O. **Alagoas, 200**. Maceió: CBA, 2017.

REGISTRO CIVIL. **Portal Oficial do Registro Civil**. Associação dos Registradores de Pessoas Naturais do Brasil (ARPEN Brasil). Disponível em: <https://registrocivil.org.br/about>. Acesso em: 17 set. 2023.

RIBEIRO, D. **O povo brasileiro: a formação e o sentido do Brasil**. 2. ed. São Paulo: Cia. das Letras, 1995.

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R.M. Conceitos de acesso à saúde. **Rev. Panam Salud Publica**, n. 31, v. 3, 2012. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v31n3/12.pdf>. Acesso em: 27 nov. 2023.

SANTOS, R. V. *et al.* Demografia, epidemias e organização social: os xavante de pimentel barbosa (etéñitépa), Mato Grosso. In: PAGLIARO, H.; AZEVEDO, MM.; SANTOS, RV. (org.). **Demografia dos povos indígenas no Brasil [online]**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. p. 59-78. (Coleção Saúde dos Povos Indígenas. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/qdqt/pdf/pagliaro-8575410563-04.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2024.

SARACEVIC, T. Ciência da informação: origem, evolução e relações. **Perspec. Ci. Inf.**, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 41-62, jan./jun. 1996. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/pci/article/view/22308/17916>. Acesso em: 20 ago. 2023.

VAINFAS, R. História indígena: 500 de despovoamento. In: **Brasil 500 anos de povoamento**. Rio de Janeiro: IBGE, 2007. Disponível em: <https://brasil500anos.ibge.gov.br/territorio-brasileiro-e-povoamento/historia-indigena/os-numeros-da-populacao-indigena>. Acesso em: 03 dez. 2023.

VITOR, A. C. R. *et al.* (org.). Cenários de impacto para direcionamento de intervenções na crise da Terra Indígena Yanomami. Uma abordagem das geotecnologias. **Nota Técnica do Grupo Geo-Yanomami**. [Rio de Janeiro/São Paulo], p. 1-43, 12 jun. 2023. Disponível em: https://revistacenarium.com.br/wp-content/uploads/2023/06/Yanomami-Resultados-analise-preliminar_12_06_AR.pdf. Acesso em: 16 abr. 2024.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. São Paulo: Cortez, 2014.
SOUZA, M.C; SCATENA, J. G; SANTOS, R.V. O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI): criação, estrutura e funcionamento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 23, v. 4, p. 853-861, abr. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/RsfQ5HXFP8SF3Gkwmc6qbFk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 07 mar. 2024.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS. Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação. Linhas de Pesquisa. [Maceió: Site da Ufal], [20--]. Disponível em: <https://ichca.ufal.br/pt-br/pos-graduacao/ciencia-da-informacao/area-de-concentracao-e-linhas-de-pesquisa>. Acesso em: 02 mar. 2025.

WEISS, M.C. Direitos Indígenas e Políticas Públicas no Brasil: passivo social ou “ninguendade?”. **READ – Rev. eletrôn. adm.**, Porto Alegre, n. 29, v. 01, jan.-abr. 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/read/a/xJLCWSczsgwj9MKcKKFgW5v/?lang=pt>. Acesso em: 13 mar. 2024.

WWF-BRASIL. Sônia Guajajara assume como a primeira-ministra dos Povos Indígenas prometendo “aldear a política”. **Rede WWF-Brasil**, [online], 12 jan. 2023. Disponível em: <https://www.wwf.org.br/?84700/Sonia-Guajajara-assume-como-ministra-dos-Povos-Indigenas>. Acesso em: 02 mar. 2025.