

**Universidade Federal do Mato Grosso  
Instituto de Saúde Coletiva**

**Vulnerabilidade programática da atenção à saúde da  
criança Xavante no polo base Marãiwatsédé**

**Viviane Francischini Fagundes**

**Cuiabá  
2015**

# **Vulnerabilidade programática da atenção à saúde da criança Xavante no polo base Marãiwatsédé**

**Viviane Francischini Fagundes**

**Dissertação apresentada à banca do  
Mestrado em Saúde Coletiva do Programa  
de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, como  
parte dos requisitos necessários para  
obtenção do título de Mestre em Saúde  
Coletiva.**

**Área de concentração: Saúde Coletiva.**

**Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Angélica dos  
Santos Spinelli.**

**Co-orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Silvia Ângela  
Gugelmin.**

**Cuiabá  
2015**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

#### FICHA CATALOGRÁFICA

F156v Fagundes, Viviane Francischini.  
Vulnerabilidade programática da atenção à saúde da criança Xavante no polo base Marãiwatsédé / Viviane Francischini Fagundes. – 2015.  
160 f. : il. ; color.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Angélica dos Santos Spinelli.

Co-orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Silvia Ângela Gugelmin.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Mato Grosso, Instituto de Saúde Coletiva, Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Área de Concentração: Saúde Coletiva, 2015.

Bibliografia: 139-151.

Inclui anexos.

1. Saúde indígena – Criança. 2. Criança Xavante – Atenção à saúde. 3. Criança Xavante – Polo Marãiwatsédé. 4. Saúde indígena – Vulnerabilidade programática. 5. Índios Xavante – Brasil – Mato Grosso. I. Título.

CDU – 614:397(=87)(817.2)

Ficha elaborada por: Rosângela Aparecida Vicente Söhn – CRB-1/931



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO  
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Avenida Fernando Corrêa da Costa, 2367 - Boa Esperança - Cep: 78060900 - CUIABÁ/MT  
Tel : (65) 3615-8884 - Email : [secmsc.ufmt@gmail.com](mailto:secmsc.ufmt@gmail.com)

**FOLHA DE APROVAÇÃO**

**TÍTULO:** “Vulnerabilidade programática da atenção à saúde da criança Xavante no polo base Marãiwatsédé”.

**AUTORA:** Mestranda Viviane Francischini Fagundes.

Dissertação defendida e aprovada em 31/08/ 2015

Composição da Banca Examinadora:

---

Presidente Banca / Orientadora: Doutora MARIA ANGÉLICA DOS SANTOS SPINELLI.  
Instituição: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO

Examinador Interno: Doutora MARINA ATANAKA DOS SANTOS  
Instituição: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO

Examinador Externo: Doutora LUCIENE GUIMARÃES DE SOUZA  
Instituição: FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ

CUIABÁ, 31/07/2015

Dedico este estudo ao  
Povo Xavante de Marãiwatsédé.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço especialmente ao Povo Xavante de Marãiwatsédé, por estar aberto à realização desta pesquisa e acolhedoramente me receber na aldeia; à minha amada mãe, pelo amor, cuidado e paciência dedicada a mim em todos os momentos dos estudos; ao meu companheiro amado por sua paciência e apoio nos meus momentos ansiosos e de escrita; à minha filha amada pelo seu amor mesmo à distância e à minha irmã, constantemente presente em minha vida, me preenchendo com seu carinho e amor.

Agradeço à minha querida orientadora Maria Angélica, não somente por sua orientação e conselhos, mas principalmente por seu exemplo de força e coragem diante das dificuldades; ao professor Pignati, pelo exemplo de militância incansável em prol de um mundo livre de agrotóxicos e seu companheirismo nas atividades de campo; à querida professora Marina, pelo carinho e atenção dedicados a mim nos momentos em que precisei de apoio: foi muito bacana nossa parceria em discutir o projeto e propor novos horizontes à pesquisa! À minha co-orientadora, professora Silvia, que por várias vezes conversamos em relação aos Xavante e em especial os Xavante de Marãiwatsédé; à professora Maria Clara por suas contribuições de um olhar voltado à militância da saúde indígena e ao carinho e atenção recebidos da professora Ana Paula Muraro, que dedicadamente me auxiliou na construção dos resultados da pesquisa. Aos queridos trabalhadores da secretaria do ISC: Theóphilo, Hailton e Jurema.

Agradeço aos amigos: Marcia Montanari e Cláudia Castro (queridas amigas que muito me apoiaram), Juliano Moreno, Veracy, Franco, Samara, Vania, Marcia Rauber, Maria das Graças, Haya, Ivar Bussato e Marco Túlio; à turma do mestrado pelos bons momentos em que passamos juntos e aos meus irmãos e amigos da União do Vegetal pela compreensão, aconchego e carinho recebidos durante esta caminhada.

Agradeço aos trabalhadores do DSEI Xavante: Cheila, Sandra Pinheiro, Cleon, Flávia, Giseli, Lilian, Dilei, Cinthia, Camila Pacheco, Adélio, Ana Cristina, Zilma, Marcelo, Gianini, Elizama, Laerte, Roberto, Katiuscia, Terezinha e Cláudio Rodrigues; e à Bia, Graciela, Otacílio e Ricardo Chagas, do DSEI Cuiabá. Sou grata a então diretora da Escola de Saúde Pública de MT, Marta Bumlai e à Cecília Fortes, por me dispensarem das atividades na escola para frequentar as aulas teóricas do mestrado e à equipe da SES responsável pela liberação dos trabalhadores para qualificação profissional, em especial à Soraia.

Nós crescemos sadio. Por quê? Tinha tantos alimentos, principalmente as frutas, o peixe, a caça e inhame, e outra coisa, o mel. E hoje não tem nada! Por isso que criança nasce muito fraco e cresce muito baixinho. Eu sou cacique, mas fui criado antes do contato, porque o cacique quando era moço, alto, sadio. Então por quê? A sustentação muito boa! Tinha flores, cheiro de flor e a gente respirava bem, comia fruta. Nosso pai caçava e trazia alimento de caça e a mãe tirava fruta e mel da região toda, aqui, região, tinha fartura da natureza, e hoje só pastagem e só capim (Damião Paridzané, 2013).

## RESUMO

**Introdução** – O conceito de vulnerabilidade possibilita a superação das dificuldades e dos problemas encontrados no âmbito do processo saúde-doença, facilitando a compreensão da vida e de seus determinantes. A dimensão programática da vulnerabilidade pressupõe a existência de elementos chave para a análise de como se dá o compromisso político governamental frente às necessidades de saúde da população, à definição de políticas específicas e as condições de sua governabilidade e do controle social. **Objetivo** - Analisar a vulnerabilidade da atenção à saúde da criança Xavante menor de cinco anos, no polo base Marãiwatsédé. **Métodos** - Estudo de caso com coleta de dados em pesquisa documental (leis, portarias, livros de anotações); entrevistas semiestruturadas, com lideranças indígenas, conselheiros locais de saúde, professores, profissionais de saúde, moradores da aldeia Marãiwatsédé e trabalhadores não governamentais. As informações e observações foram registradas no diário de campo. **Resultados e Análises:** A análise da vulnerabilidade programática da atenção à saúde da criança no polo base Marãiwatsédé destacou-se com a institucionalidade da atenção à saúde dos povos indígenas respaldada pelo Subsistema de Saúde Indígena, pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e pela Secretaria Especial de Saúde Indígena. A organização da atenção no polo base evidenciou problemas como demora no agendamento e atendimento da média complexidade, baixa resolutividade nos serviços ofertados e discriminação étnica por parte das referências municipais, grave realidade vivida pelos indígenas e pelos profissionais de saúde. O planejamento distrital seguiu normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde e sua construção de maneira ascendente, contou com a participação de representantes das comunidades. Na gestão do trabalho os problemas estão voltados para vínculo empregatício terceirizado, número e categoria profissional aquém das reais necessidades e o não cumprimento da carga horária contratual, pelo profissional médico. A baixa carga horária do médico e a necessidade da enfermeira se ausentar para resolver questões relacionadas às referências municipais comprometem a resolutividade da atenção à saúde, reforçando a vulnerabilidade institucional do polo base. A qualificação profissional tem priorizado a saúde da criança, mas não tem sido trabalhada com as dimensões culturais do Povo Xavante. A atenção à saúde do recém-nascido acompanha os protocolos do Ministério da Saúde e apresenta aspectos positivos como 90,9% dos partos são naturais; 70,0% ocorreram na aldeia; 93,2% dos nascidos vivos apresentaram peso adequado para a idade. A cobertura do acompanhamento do peso das crianças < de 5 anos, em 2013 foi maior que em 2012. Do total de crianças, 79,5% apresentou peso adequado para a idade e 21,1% das crianças na faixa etária de 0 < 6 meses apresentaram muito baixo peso para a idade em 2012 e 2013, 90,0% apresentou peso adequado para a idade. Baixas coberturas vacinais em relação aos parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Vulnerabilidade individual marcada pelas altas Taxas de Mortalidade Infantil, Perinatal e em crianças de 1 a 5 anos. Vulnerabilidade social baseada no conflito territorial e na degradação ambiental comprometendo aspectos fundamentais para a manutenção da vida. **Descritores:** Saúde Indígena; Vulnerabilidade Programática; Atenção à Saúde; Criança Xavante.

## ABSTRACT

**Introduction** - The concept of vulnerability makes it possible to overcome the difficulties and problems encountered in the health-disease process, facilitating the understanding of life and its determinants. The programmatic dimension of vulnerability presupposes the existence of key elements to analyze how is the government's political commitment across the health needs of the population, the definition of specific policies and the conditions of their governance and social control. **Objective** - To assess the vulnerability of the health care of Xavante children under five years old, in the Marãiwatsédé base pole.. **Methods** - Case study with data collection in documentary research (laws, ordinances, notebooks); semi-structured interviews with indigenous leaders, local health counselors, teachers, health professionals, residents of the village Marãiwatsédé and non-governmental workers. The information and observations were recorded in the field diary. **Results and analysis:** The organization of health care at the pole base Marãiwatsédé presented low resolution and ethnic discrimination in medium complexity services by municipal references in the region; District Plan for Xavante Indigenous Health 2012-2015 followed the upward logic in its preparation; Actions to increase the value of culture and traditional healing practices not included in plan. Work management with outsourced employment and professional category number and fallen short; the medical professional performance in precarious base pole and not contractual compliance; the need of nurses to leave to meet the needs of patients in referral centers, committed to solving the health care and reinforces the institutional vulnerability of the pole base. Professional qualification gives priority attention to children's health; cultural approach and traditional healing practices not inserted in the skills; relationship of commitment observed in the base pole health professionals, who work in an atmosphere of mutual collaboration. Low resolution rates of the base pole provide the leadership with misinterpretation of the situation, transferring the cause of problems to the base pole in the village. Proper attention to newborn as provided in the district plan: 90.9% natural deliveries; 70.0% in the village; 93.2% of live births with adequate weight for age, no weight lower than expected. Newborn screening held in the village. Coverage monitoring the weight of children < 5 years, in 2013 more than in 2012. Of the children, 79.5 % had adequate weight for age and 21.1 % of children aged 0 <6 months had very low weight for age in 2012 and in 2013, 90.0 % had adequate weight for age. Low vaccination coverage regarding the parameters established by the Ministry of Health. Individual vulnerability marked by high rates of infant mortality, Perinatal and children 1-5 years. Social vulnerability based on the territorial conflict and environmental degradation compromising fundamental aspects for the maintenance of life.

**Keywords:** Indigenous Health; Programmatic Vulnerability; Health Care; Xavante Child.

# ÍNDICE

<b>APRESENTAÇÃO</b>	14
<b>1 INTRODUÇÃO</b>	16
1.1 A VULNERABILIDADE DA SAÚDE E SUAS DIMENSÕES	17
1.1.1 A vulnerabilidade programática na atenção à saúde	22
1.2 ANTECEDENTES DA ATENÇÃO À SAÚDE DAS POPULAÇÕES INDÍGENAS NO BRASIL	25
1.3 O DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA COMO GARANTIA DE UM MODELO DE ATENÇÃO DIFERENCIADA.	29
1.3.1 Atenção à saúde da criança no contexto do Subsistema de Saúde Indígena	34
1.4 O DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA XAVANTE - ASPECTOS ORGANIZACIONAIS E EPIDEMIOLÓGICOS	36
1.5 O POVO XAVANTE: CONTATO E CARACTERÍSTICAS SOCIO-CULTURAIS	39
1.6 POVO XAVANTE DE MARÃIWATSÉDÉ: 40 ANOS DE RESISTÊNCIA E LUTA EM BUSCA DO SEU TERRITÓRIO.	42
1.6.1 A Criança no Universo Xavante	47
<b>2 OBJETIVOS</b>	51
2.1 GERAL	51
2.2 ESPECÍFICOS	51
<b>3 METODOLOGIA E PROCEDIMENTOS</b>	52
3.1 TIPO DE ESTUDO	52
3.2 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO	53
3.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA, ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	54
3.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	57
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	59
4.1 ATENÇÃO À SAÚDE NO POLO BASE MARÃIWATSÉDÉ – CARACTERÍSTICAS E VULNERABILIDADES	59
4.1.1 Vulnerabilidade programática e a organização do sistema de atenção à saúde no Polo Base Marãiwatsédé	59
4.1.2 Dificuldades do Polo Base Marãiwatsédé segundo as lideranças indígenas	70
4.1.3 Vulnerabilidade programática e a prática da planificação distrital e local no Polo Base Marãiwatsédé	73
4.1.4 Gestão do trabalho - Polo Base Marãiwatsédé	79
4.1.4.1 Qualificação profissional em saúde da criança – Polo Base Marãiwatsédé.	86
4.1.4.2 Os trabalhadores de saúde no contexto da medicina tradicional Xavante – Polo Base Marãiwatsédé	88
4.1.4.3 As relações humanas e o trabalho em equipe no Polo Base Marãiwatsédé	91
4.1.4.4 Interinstitucionalidade no contexto da saúde - Polo Base Marãiwatsédé	93

4.2	ASPECTOS RELACIONADOS À VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA E INDIVIDUAL NA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA	96
4.2.1	Atenção à saúde do recém-nascido – Polo Base Marãiwatsédé	96
4.2.2	Vigilância alimentar e nutricional das crianças menores de cinco anos - Polo Base Marãiwatsédé	100
4.2.3	Visitas domiciliares na agenda da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena	109
4.2.4	Avanços e desafios nas ações de vacinação em menores de 5 anos no Polo Base Marãiwatsédé	110
4.2.5	Ações educativas no contexto da saúde bucal para as crianças de Marãiwatsédé	115
4.2.6	Mortalidade na infância – Polo Base Marãiwatsédé	116
4.3	VULNERABILIDADE SOCIAL: CONFLITO DE OCUPAÇÃO E DESINTRUSÃO DA TERRA INDÍGENA MARÃIWATSÉDÉ	120
4.3.1	Recursos hídricos na Aldeia Marãiwatsédé-aspectos da vulnerabilidade programática e impactos causados pelo agronegócio	120
4.3.2	Vulnerabilidade na produção de alimentos a partir da degradação ambiental causada pelo agronegócio	127
	<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	132
	<b>6 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	137
	<b>APÊNDICES</b>	150
1	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Pesquisa na Terra Indígena Marãiwatsédé	151
2	Roteiro para entrevista - Análise da vulnerabilidade da atenção à saúde da criança Xavante menor de cinco anos de idade no polo base Marãiwatsédé.	153
	<b>ANEXOS</b>	154
1	Autorização para a realização da pesquisa - Cacique Damião Paradzané	155
2	Parecer substanciado do CEP	156
3	Autorização da FUNAI para ingresso em Terra Indígena	158

## Siglas Utilizadas

ART	Tratamento Restaurador Atraumático
AIS	Agentes Indígenas de Saúde
AIDPI	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AISAN	Agente Indígena de Saneamento
ANSA	Associação Nossa Senhora da Assunção
AXA	Articulação Xingú Araguaia
BCG	Bacillus Calmette-Guérin
CAN	Correio Aéreo Nacional
CASAI	Casa de Apoio à Saúde do Índio
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CISI	Comissão Intersetorial de Saúde Indígena
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONDISI	Conselho Distrital de Saúde Indígena
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
COSAI	Comissão de Saúde Indígena
DANT	Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DN	Declaração de Nascimento
DSEI	Distrito Sanitário Especial Indígena
DST	Doença Sexualmente Transmissível
DSY	Distrito Sanitário Yanomami
EMSI	Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena
EVS	Equipe Volante de Saúde
FAB	Força Aérea Brasileira
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
HB	Hemoglobina
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HUJM	Hospital Universitário Julio Müller
IMC	Índice de Massa Corporal
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
INCRA	Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária
ISA	Instituto Sócio Ambiental
ISC	Instituto de Saúde Coletiva
MAPA	Ministério da Agricultura Pecuária e Abastecimento
MPF	Ministério Público Federal
MS	Ministério da Saúde
MT	Mato Grosso
NISI	Núcleo Interinstitucional de Saúde Indígena

## Siglas Utilizadas

ODM	Objetivos do Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAN	Operação Amazônia Nativa
PDSI	Plano Distrital de Saúde Indígena
PIN	Posto Indígena
PNASPI	Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
RENAME	Relação Nacional dos Medicamentos
RIPSA	Rede Interagencial de Informações para a Saúde
RN	Recém nascido
SADT	Serviço de Apoio Diagnóstico Terapia
SESAI	Secretaria Especial de Saúde Indígena
SES/SP	Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SPDM	Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina
SPI	Serviço de Proteção ao Índio
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSA	Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMP	Taxa de Mortalidade Perinatal
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil
UFMT	Universidade Federal de Mato Grosso
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WHO	World Health Organization

## Lista de Figuras

Figura 1	Distritos Sanitários Especiais Indígenas no Brasil, 2013	30
Figura 2	Organização do DSEI e Modelo Assistencial	32
Figura 3	Localização das Terras Xavante	37
Figura 4	Migrações do Povo Xavante em Mato Grosso	43
Figura 5	Acampamento do Povo Xavante de Marãiwatsédé na BR 158	45
Figura 6	Imagem satélite retirada do Google Earth da Terra Indígena Marãiwatsédé, demarcada em vermelho. 2013	46
Figura 7	Polo Base Marãiwatsédé (frente) e alojamento da EMSI.	60
Figura 8	Fluxo das referências e contra referências do polo base Marãiwatsédé.	62
Figura 9	Distribuição do Escore-z de peso para idade no mês janeiro de 2013 das crianças com até 60 meses de idade (n=166 crianças avaliadas), no polo base Marãiwatsédé.	102
Figura 10	Distribuição do Escore-z do peso para idade, no mês janeiro de 2013 das crianças com até 60 meses de idade (n=166 crianças avaliadas) segundo sexo, no polo base Marãiwatsédé.	102
Figura 11	Pulverização aérea em aldeia Xavante, 2012	123
Figura 12	Demarcação dos limites e grau de degradação da Terra Indígena Marãiwatsédé, MT.	127
Figura 13	Terras Indígenas desmatadas na Amazônia Legal em dezembro de 2012	128
Figura 14	Aldeia sendo formada após os Xavante adentrarem em parte do território Marãiwatsédé, em 2004	129

## Lista de Quadros e Tabelas

Quadro 1	Pontos de corte em Escore-z e classificação nutricional de peso para idade	55
Quadro 2	Número de entrevistados por categoria, aldeia Marãiwatsédé, 2015	57
Quadro 3	Cobertura vacinal em menores de 5 anos de idade. Polo Base Marãiwatsédé, 2012 e 2013.	111
Tabela 1	População por sexo e faixa etária. Aldeia Marãiwatsédé, 2012 e 2013	53
Tabela 2	Nascimento, estatura, peso e classificação nutricional, local do parto e tipo de parto. Aldeia Marãiwatsédé 2012 e 2013	97
Tabela 3	Classificação do estado nutricional das crianças Xavante menores de 5 anos de idade, segundo escore z de peso para idade. Polo Base Marãiwatsédé, outubro, 2012.	104
Tabela 4	Classificação do estado nutricional das crianças Xavante menores de 5 anos de idade, segundo escore z de peso para idade. Outubro, 2013	104

## APRESENTAÇÃO

Neste estudo analisamos a vulnerabilidade da atenção à saúde da criança Xavante menor de cinco anos de idade, no Polo Base Marãiwatsédé. A análise da vulnerabilidade programática foi o nosso maior desafio mesmo porque este é o objetivo principal, porém, não poderia ser trabalhada isoladamente, pois o conceito de vulnerabilidade, no campo da saúde, necessariamente deve ser respaldado por um conjunto de fatores ou elementos que o completam de modo a subjetivar a saúde como um processo além do fazer técnico.

Durante a pesquisa visualizamos que a luta e a reconquista da Terra Indígena Marãiwatsédé, pelo seu povo, está intrinsecamente ligada com as condições de saúde e de vida, sobretudo, com a fundamental relação entre as condições de vida no território e a atenção à saúde desenvolvida pelo polo base.

Poucos são os estudos relacionados de atenção à saúde da criança indígena e especialmente os de vulnerabilidade deste tipo de atenção, que nos reporta à saúde da criança como um importante e prioritário campo dentro dos cuidados à população.

Pesquisas têm demonstrado a situação precária de saúde das crianças Xavante, como o estudo de Flowers desenvolvido entre os Xavante de Pimentel Barbosa o qual indicou um Coeficiente de Mortalidade Infantil “bastante superior à cifra para a população nacional” (Flowers, 1994 apud SOUZA e SANTOS, 2001, p.363). SOUZA e SANTOS (2001) revelaram que a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) para os Xavante de Sangradouro-Volta Grande, em 1996, era mais elevada do que a média nacional brasileira e superior à da região Nordeste. São níveis que “rivalizam, ou mesmo superam, aqueles verificados nas macrorregiões socioeconomicamente mais desfavorecidas do Brasil” (SOUZA e SANTOS, 2001, p. 362), causados principalmente por gastroenterites e infecções respiratórias.

Em se tratando das condições de vida das crianças Xavante, informações do Instituto Sócio Ambiental (ISA) relataram que o percentual de crianças Xavante sobreviventes até 10 anos de idade é de 86% e as causas de morte, em muitos casos, são resultantes de doenças tratáveis aliadas às precárias condições sociais e sanitárias e pela contaminação da água. Problemas estes, possíveis de serem e até mesmo evitados com medidas básicas de saúde pública (ISA, 2013).

Como participante do processo de construção, implantação e implementação do modelo de atenção à saúde dos povos indígenas no estado de Mato Grosso, este estudo tem para mim um significado especial, que se mescla com a minha história de vida, com os valores humanos que acredito e, sobretudo, aqueles que aprendi durante toda a minha atuação com povos indígenas e em especial com o Povo Xavante de Marãiwatsédé.

Para desenvolver a presente pesquisa, foi realizado um estudo de caso envolvendo aspectos relacionados a: (1) análise da atenção à saúde no polo base como organização dos serviços, planejamento, gestão do trabalho, estrutura do polo base e atividades interinstitucionais; (2) vulnerabilidade programática e individual na atenção à saúde da criança e (3) aspectos relacionados à vulnerabilidade social do Povo Xavante de Marãiwatsédé consequente do processo conflituoso de ocupação e desintrusão de suas terras.

A dissertação inicia com a apresentação do problema, bem como o conceito de vulnerabilidade na saúde e suas três dimensões; antecedentes da atenção à saúde das populações indígenas no Brasil; Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) como garantia de um modelo de atenção diferenciada; Distrito Sanitário Especial Indígena Xavante em seus aspectos organizacionais e epidemiológicos; Povo Xavante, contato e características sócio-culturais e Povo Xavante de Marãiwatsédé e 40 anos resistência e luta em busca de seu território. Os resultados e as discussões estão organizados sob os seguintes tópicos: atenção à saúde no polo base Marãiwatsédé, suas características e vulnerabilidades; aspectos relacionados à vulnerabilidade programática e individual na atenção à saúde da criança e a vulnerabilidade social a partir do conflito de ocupação e desintrusão da Terra Indígena Marãiwatsédé.

# 1 INTRODUÇÃO

Ao conceituar a vulnerabilidade AYRES et al. (2006) analisam os caminhos percorridos pelo conceito de risco, abrangendo comportamento e grupos de risco, condições amplamente utilizados no âmbito da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, na década de 1980. Tais fatores de risco foram então utilizados como abordagem principal, no campo da saúde, promoção e de prevenção da doença (AYRES et al. 2006). A trajetória percorrida no campo da pesquisa em saúde, a época, revelou que o conceito de risco pouco colaborava para uma abordagem integral do processo saúde-doença, de modo a restringir o olhar apenas para um ser biológico, negando fatores e determinantes, que vão além de um processo individual. Os autores observaram que, mais do que individualizar, o conceito de risco promovia discussões que contribuíam para o acirramento da discriminação aos portadores do vírus e aos doentes de Aids.

A utilização do conceito vulnerabilidade é, segundo BERTOLOZZI et al. (2009), trazer elementos abstratos relacionados ao processo de adoecimento para o plano mais concreto e particularizado de modo a visualizar os nexos e as mediações nesse processo com o objeto de conhecer a “reprodutibilidade ampliada de sua fenomenologia e inferência” (p. 1.327).

O conceito de vulnerabilidade amplia os horizontes no campo da saúde permitindo incluir elementos “vivos” do cotidiano das pessoas e determinar o estado de saúde ou doença, não pelo ser indivíduo, mas, sobretudo, pelo ser coletivo em constante transformação. Este conceito possibilita a superação dos problemas e dificuldades encontrados no âmbito do processo saúde-doença e facilita a compreensão da vida e de seus determinantes.

A vulnerabilidade programática das ações de saúde pressupõe segundo AYRES (2011), a existência de elementos chave para a análise de como se dá o compromisso político governamental frente às necessidades de saúde da população, à definição de políticas específicas e as condições de sua governabilidade e do controle social. Ainda no campo da intervenção, a vulnerabilidade programática chama a atenção para as condições materiais e instrumentos tecnológicos das ações a serem executadas.

A instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) e com ele o subsistema de saúde indígena, em forma de Distritos Sanitários Especiais Indígenas, possibilitaram a organização da atenção à saúde das populações indígenas, estabelecida a partir de uma rede de atenção interna e externa aos territórios distritais. A criação, a implantação e a manutenção do modelo assistencial e da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) são os elementos que configuram compromisso de Estado, cabendo necessariamente implementá-los dentro dos princípios norteadores do SUS. O MINISTÉRIO DA SAÚDE (2002a) prevê o Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) como modelo de atenção à saúde indígena, reconhece os direitos de cidadania dos povos indígenas e define que a atenção à saúde esteja articulada nos níveis federativos: nacional, estadual e municipal.

A implantação do Polo Base Marãiwatsédé foi conquistada pelo Povo Xavante a partir da necessidade de atender a população em conflito territorial, como forma de garantir maior segurança e resolutividade local, a fim de reduzir o fluxo dos indígenas nas estradas e nos municípios circunvizinhos.

A análise da vulnerabilidade da atenção à saúde da criança menor de cinco anos de vida teve como referência três dimensões definidas por AYRES et al. (2006), que estruturam a análise da vulnerabilidade da saúde: individual, programática ou institucional e a dimensão social e cada uma destas compõe alguns aspectos que permitem sua análise.

## 1.1 A VULNERABILIDADE DA SAÚDE E SUAS DIMENSÕES

Os trabalhos da epidemiologia, ancorados no conceito de risco articularam-se com a ideia de identificação de pessoas com características que as colocam em menor ou maior grau de suscetibilidade de contaminação e de infecção da doença e como consequência o seu comprometimento físico, mental ou social (BERTOLOZZI et al. 2009). As investigações baseadas em fatores de risco utilizam procedimentos probabilísticos descrevendo as populações afetadas de acordo com determinadas características e cuja associação tem, ou não haver, com o agravo em questão (AYRES et al. 2006). Para os autores, o risco identificado nessas populações passou a ser “tratado como uma condição concreta, uma identidade que as transformou em grupos de risco” (p.3).

No caso da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) estudos epidemiológicos revelavam que certos grupos populacionais apresentavam maiores chances de contrair a doença do que a população em geral e neste caso, o risco identificado “passou a ser tratado como uma condição concreta, uma identidade” vinculada a epidemia. Ao propor o isolamento desses fatores criava-se controle da doença, acirrando preconceito e discriminação aos grupos populacionais identificados como de risco (AYRES et al. 2006, p.3).

AYRES (2011), ao descrever o conceito de risco, chama atenção dos trabalhadores e dos profissionais de programas sociais e de saúde para o uso acrítico do conceito, permanecendo práticas discriminatórias:

O conceito de risco é um “constructo” de uma inteligência coletiva com potente história de efeitos, e, como tal, é um poderoso intérprete de nós mesmos, de nossas sociedades, nossa cultura, nossos valores. É, portanto, uma base segura de onde partir para não nos descolarmos da concretude de nossas práticas sociais e de saúde. Mas, se não partirmos dele de forma crítica, inquieta, estaremos nos condenando a repetir as mesmas práticas e relações que, convenhamos, não podem, na situação atual, nos deixar satisfeitos do ponto de vista ético, moral e político (p.17).

A definição de grupo de risco, a partir da utilização do risco nos estudos epidemiológicos, antecedeu a um novo conceito, o comportamento de risco, difundido e utilizado nas ações de prevenção, durante a epidemia da Aids. O conceito foi construído a partir da interação da investigação clínica e epidemiológica com a psicologia social da educação, deslocando o risco do “pertencimento de identidade a um grupo populacional para a identificação de comportamentos que efetivamente expõem os indivíduos” a risco (AYRES et al. 2006, p.3). Como ponto positivo a utilização desse instrumental, segundo os autores, está a possibilidade de universalizar a preocupação das pessoas em relação ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e sobretudo, estimula o seu envolvimento com a prevenção, em busca da transformação de comportamentos. Por outro lado, uma limitação importante foi identificada, a culpabilização da pessoa que se infectou com o vírus da HIV, por não ter aderido ao comportamento seguro e neste caso, ocorrendo a falha na prevenção (AYRES et al. 2006).

Com a utilização dos conceitos de risco, de grupo e comportamento de risco nas ações de prevenção, a saúde pública se deparou com custos técnicos, sociais e políticos que iam além de seus benefícios. Para superar os chamados “efeitos colaterais” da utilização

desses conceitos, o autor buscou no conceito de vulnerabilidade, inserida nas práticas preventivas, inicialmente nos Estados Unidos da América, “uma síntese conceitual e prática das dimensões sociais, político-institucionais e populacionais” (AYRES 1996, p. 18).

A noção de vulnerabilidade visa não à distinção daqueles que têm alguma chance de se expor à AIDS, mas sim ao fornecimento de elementos para avaliar objetivamente as diferentes chances que todo e qualquer indivíduo tem de se contaminar, dado o conjunto formado por certas características individuais e sociais de seu cotidiano, julgadas relevantes para a maior exposição ou menor chance de proteção diante do problema (AYRES, 1996, p. 18).

A noção de vulnerabilidade é recente e se originou do campo dos Direitos Universais do Homem, voltada para as pessoas ou grupos fragilizados em relação aos seus direitos de cidadania (FIGUEIREDO e MELLO, 2007). Na área da saúde, o conceito vulnerabilidade emergiu no início dos anos de 1980, como possibilidade de interpretar a epidemia da Aids e na perspectiva de reconceituar a tendência individualizante da doença (SÁNCHEZ et al. 2007). Para AYRES et al. (2006) esse conceito responde a percepção de que a chance de exposição ao HIV e o processo de adoecimento pela Aids, não são decorrentes de somente aspectos individuais, mas de aspectos coletivos e contextuais que podem acarretar maior ou menor grau de suscetibilidade, conseqüentemente passando a exigir no trabalho, maior ou menor possibilidade de recursos, de todas as ordens, para proteger o indivíduo tanto da infecção, quanto do adoecimento.

De origem latina, a palavra vulnerabilidade deriva de *vulnus* (eris) ou “ferida” e é definida como “susceptibilidade de ser ferido”, um significado etimológico-conceitual utilizado, tanto em linguagem corrente, quanto em aspectos mais especializados (NEVES, 2006). Para ANJOS (2006) a vulnerabilidade pode ser entendida, em sua consistência, como “condição humana persistente (enquanto somos limitados e mortais) e como situação dada (nos quais limites e “feridas” se verificam concretamente)” (p.181).

O surgimento da vulnerabilidade em contextos como o da experimentação humana têm fundamentos históricos, como a utilização de “sujeitos de experimentação” nas investigações biomédicas com objetivos científicos e militares (em grande ascensão nos meados do Século XX). Esses sujeitos experimentais, considerados vulneráveis, faziam parte de grupos de pessoas desprotegidas ou institucionalizadas como os órfãos, idosos, judeus e grupos étnicos (NEVES, 2006).

Pelo Relatório de Belmont<sup>1</sup>, a inclusão de populações vulneráveis em pesquisas deveria estar plenamente justificada e seus enunciados influenciaram enormemente a consolidação da bioética na academia (COSTA, 2008). NEVES (2006) reforça a tematização da vulnerabilidade pela bioética, em experiências humanas, quando a coloca em uma posição de expressão de valores que, necessariamente estão não somente, em um plano descritivo, mas, sobretudo, em um plano prescritivo,

A vulnerabilidade, na função adjetivante com que é utilizada, apresenta-se primeiramente como um fato, num plano descritivo. Todavia, não pode ser considerada como axiologicamente neutra, mas, antes, denota já igualmente a expressão de valores, na abertura a um plano prescritivo. Com efeito, a qualificação de pessoas e populações como vulneráveis impõe a obrigatoriedade ética da sua defesa e proteção, para que não sejam “feridas”, maltratadas, abusadas [...] (NEVES 2006).

De alcance internacional, a temática da vulnerabilidade se expandiu nos contextos ético-jurídicos a partir de documentos fundamentais como o International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects, do Council for International Organizations of Medical Sciences que, em sua versão de 1993, refere-se extensamente à vulnerabilidade, em sua função adjetivante, às classes de indivíduos como, sujeitos, pessoas, grupos, populações ou comunidades (NEVES, 2006).

Com o desenvolvimento da bioética na década de 1980, principalmente no continente europeu, alterações substanciais aconteceram no entendimento da vulnerabilidade levando-a para um contexto geocultural, com base nas reflexões advindas de filósofos europeus como Emmanuel Lévinas e Hans Jonas que se dedicaram ao tema desde a década de 1970 (NEVES, 2006).

---

<sup>1</sup> O congresso estadunidense criou uma Comissão Nacional para a Proteção de Sujeitos Humanos em Pesquisas Biomédicas e Comportamentais, em 1974, que objetivava identificar os princípios éticos básicos norteadores das pesquisas com sujeitos humanos e dando origem ao Relatório de Belmont (COSTA, 2008).

(...) sendo a vulnerabilidade a condição universal do existente, a ação ética não incide apenas sobre o homem, não se restringe às relações interpessoais, mas estende-se a todos os viventes e seus habitats, num irrecusável alargamento da reflexão ética ao plano animal, vegetal e ambiental. Não obstante, a dimensão ética permanece específica do homem: para Jonas, são os que mais podem que mais devem pelo que, apesar de toda a natureza ser vulnerável, é apenas ao homem, que tem o poder para destruir todo o existente, que compete a responsabilidade de zelar pela vulnerabilidade, de responder de modo proporcional ao seu poder, de cumprir o seu dever de solicitude face à ameaça de deterioração e morte, que compete cuidar pela vulnerabilidade (NEVES, 2006, p. 164).

Portanto, para a saúde a vulnerabilidade pode ser compreendida como um conjunto de aspectos coletivos e contextuais que permeiam a suscetibilidade de infecção e adoecimento de um indivíduo e de uma população.

Mann e Tarantolla et al. (1993) apud SÁNCHEZ et al. (2007) verificando não ser suficiente o comportamento individual para o controle da epidemia da Aids, propuseram que a análise da vulnerabilidade fosse concebida sob três aspectos, o individual, o coletivo e o social.

AYRES et al. (2006) reafirmam essa estrutura de análise quando traz a proposição de três dimensões integradas e interdependentes, quais sejam, individual, programática ou institucional e social correspondendo a aspectos da vida das pessoas, de comunidades e de nações, tornando-as com maior ou menor grau de susceptibilidade às morbimortalidades.

A dimensão individual da vulnerabilidade entende que todos os indivíduos são susceptíveis à infecção e ao adoecimento, levando em consideração o modo de vida de se expor ou não ao agente causador. Para o autor este eixo está voltado particularmente para o grau e a qualidade das informações que as pessoas recebem, elaboram e as incorporam: “aos interesses e as possibilidades efetivas de transformar essas preocupações em práticas de prevenção” (AYRES et al. 2006, p.5).

A dimensão programática ou institucional da vulnerabilidade busca avaliar como as instituições, em especial, saúde, educação, bem-estar social e cultura atuam como elementos que reproduzem ou até mesmo aprofundam as condições de vulnerabilidade. O quanto estão propiciando que os contextos desfavoráveis sejam percebidos e superados pelos indivíduos e pelos grupos sociais ou então, o quanto as instituições agem para que os sujeitos transformem suas relações, seus valores e tenham interesse em emancipar-se das situações de vulnerabilidade (AYRES et al. 2006).

A dimensão social da vulnerabilidade transcende os espaços individuais para os aspectos materiais, culturais, políticos, morais, que dizem respeito à vida em sociedade. NAKAMURA et al. (2009) assinalam que os processos de saúde e doença são síntese de um conjunto de determinações que resultam em vulnerabilidades ou potencialidades e que, portanto, a vulnerabilidade social pode ser entendida como uma dimensão oriunda de processos de exclusão, discriminação, ou do enfraquecimento dos grupos sociais no que se refere a capacidade de enfrentamento dessas condições.

AYRES et al. (2006) e NUNES (2006) ressaltam que a vulnerabilidade por ser uma qualidade daquele que é vulnerável deve-se aplicá-la nos três planos analíticos relacionados entre si: o individual que normalmente está associado a comportamentos com maior ou menor condição de vulnerabilidade, intimamente ligados à consciência e a possibilidade de transformação ou não; o plano social onde estão inseridas as coletividades, o acesso às informações, as questões sociais e culturais como emprego, escolaridade, situação de equidade das mulheres e de grupos minoritários; e o programático ou institucional que se traduz no desenvolvimento de ações institucionais, compromissos oficiais, financiamento, estratégias e avaliação.

### 1.1.1 A vulnerabilidade programática na atenção à saúde

Para NICHATA et al. (2008), a dimensão programática da vulnerabilidade “é composta pelo acesso efetivo e democrático aos recursos sociais” a fim de evitar a exposição das pessoas aos agravos, possibilitando-as acesso aos meios de proteção. São elementos como o grau e a qualidade de compromisso dos serviços, os valores e competências da gestão e dos técnicos, o monitoramento, avaliação e retroalimentação das ações exercidas, que buscam estimular a participação, autonomia e a superação dos problemas por parte dos sujeitos sociais (AYRES et al. 2006).

São “fatores contextuais que definem e constroem a vulnerabilidade individual” como a estrutura jurídico-política, diretrizes governamentais dos países, possibilidade de compreender que as informações recebidas, metabolizadas e incorporadas não dependem somente das pessoas individualmente e sim, de aspectos como acesso aos meios de

comunicação, escolarização, disponibilidade de recursos materiais, poder de influenciar as questões políticas, enfrentamento das barreiras culturais entre outras (AYRES et al. 2006).

Especialmente nos serviços de saúde, a dimensão programática vem contemplar o acesso, a organização, o vínculo dos profissionais, as ações estabelecidas para a prevenção e controle dos agravos e os recursos sociais localizados na área de abrangência dos serviços de saúde (BERTOLOZZI et al. 2009).

O conceito vulnerabilidade apresenta um potencial que permite ampliar a compreensão dos fenômenos de saúde, como resultantes de entrecruzamentos de comportamentos individuais subjetivos, condições sociais, políticas, culturais com as ações de saúde voltadas para a prevenção e controle dos agravos. Outro alcance de relevância deste conceito é possibilitar maior integralidade nas ações de saúde, quando as intervenções consideram as três dimensões, individual, social e programática, “incorporando as influências exercidas pelos seus componentes” (NICHIATA et al. 2008, p. 5).

Neste sentido, BERTOLOZZI et al. (2009) consideram inovações na atenção à saúde quando, indicadores que contemplam o processo saúde-doença em sua integralidade, são apresentados, permitindo que a atenção à saúde esteja voltada às reais necessidades que vão além dos planos físico, clínico e biológico. SÁNCHEZ et al. (2007) interpreta que o conceito vulnerabilidade, para a saúde coletiva, coloca-se como potencial instrumento das práticas de saúde, possibilitando um olhar mais ampliado às necessidades dos indivíduos e incorporando práticas cuja essência está o indivíduo-coletivo como sujeito social em seus direitos.

AYRES et al. (2006) e BERTOLOZZI et al. (2009) inferem que a dimensão programática da vulnerabilidade se volta para os esforços institucionais realizados pelos serviços no sentido de produzir respostas sociais, para aqueles que necessitam se proteger dos agravos, por um processo não de reprodução, mas de superação das condições de vulnerabilidades socialmente dadas.

O conceito de vulnerabilidade quando utilizado em pesquisas no campo da saúde coletiva, auxilia os profissionais a identificarem as necessidades das pessoas, pois, em se tratando das doenças transmissíveis, por exemplo, “são marcadas pelo estigma, exclusão social e sentimentos de medo” (NICHIATA et. al. 2008, p. 1.771).

Em se tratando da atenção à saúde de crianças, ALMEIDA (2006) revela que muito tem se avançado na proteção deste grupo vulnerável, mas ainda assim, talvez não corresponda a uma efetiva consciência de que,

Esta é uma parte real da nossa responsabilidade e não o simples corolário de uma cândida solicitude, na mira de uma proteção dos “inhos” (coitadinho, pobrezinho e assim por diante...) atestando-lhes uma reduzida dignidade (ou seja uma dignidade medida de sua dimensão corporal e não na medida da pessoa que é) (ALMEIDA, 2006, p.244).

Para o autor mesmo que a vulnerabilidade tenha desencadeado declarações universais de proteção, seja na sociedade civil, na comunidade da saúde ou em instâncias de apoio, com recomendações necessárias e valiosas, enfatizando inclusive os devidos direitos, tais medidas ainda não se têm concretizado na prática. Neste sentido, nos orienta ir “à procura das vulnerabilidades das crianças e das nossas distrações”, enquanto “responsável por elas e corresponsável pela concretização de seus direitos. É esta a asserção ética, reclamada por uma ética prática dirigida aos mais ameaçados na sua autonomia, dignidade e integridade” (ALMEIDA, 2006, p. 246). Tais “distrações” ressaltadas por ALMEIDA (2006) estão inseridas na contribuição de ANJOS (2006) que apresenta a participação da vulnerabilidade em bioética como um “desafio para as ações éticas do sujeito autônomo diante de sujeitos vulneráveis”, entendendo a vulnerabilidade “como sendo “dos outros” e raramente do próprio agente”. A ênfase recai na exigência da ética da defesa dos vulneráveis e em contrapartida “parece deixar na sombra a vulnerabilidade do próprio sujeito da ação” (p. 174).

A busca da vulnerabilidade, neste trabalho, está principalmente voltada para o sujeito da ação, para a institucionalidade enquanto responsável pela atenção à saúde da criança Xavante, assistida no polo base Marãiwatsédé. Desvendar as “distrações” no aspecto institucional é atender a ética da responsabilidade com a autonomia, dignidade e integridade do Povo Xavante de Marãiwatsédé.

Considerando o nosso objeto a vulnerabilidade no âmbito do cuidado à saúde indígena, faremos breve apresentação dos principais marcos para a institucionalidade da política voltada para a saúde indígena.

## 1.2 ANTECEDENTES DA ATENÇÃO À SAÚDE DAS POPULAÇÕES INDÍGENAS NO BRASIL

Dos primeiros tempos da colonização do Brasil até o início do século XX, os povos indígenas eram submetidos a uma política oficial de “pacificação” e de “assistência”. Os trabalhos desenvolvidos em torno da atenção à saúde indígena estavam restritos basicamente a algumas ações complementares da catequese religiosa (VERANI, 1999).

Com a instituição do Serviço de Proteção ao Índio (SPI) em 1910, fruto da atuação de Cândido Mariano da Silva Rondon, a assistência à saúde dos povos indígenas passou a ter a participação do Estado. Na segunda metade do século XX, o Ministério da Saúde (MS), por meio do Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA), iniciou um trabalho sob a responsabilidade da Expedição Roncador-Xingú, coordenado por Noel Nutels. Nutels era sanitaria e implantou, com apoio do Correio Aéreo Nacional (CAN), um modelo de assistência (curativa e preventiva) nas aldeias, levando Equipes Volantes de Saúde (EVS) constituídas de médicos, enfermeiros e técnicos em saúde para as áreas de difícil acesso. As principais atividades realizadas pelas EVS baseavam-se no controle da tuberculose e na vacinação antivariólica. Ofereciam ainda diagnóstico, tratamento clínico e encaminhamentos médicos. As ações de saúde eram também realizadas para populações não indígenas que se localizavam em áreas de estrito acesso (VERANI, 1999).

Em 1967, foi criada a Fundação Nacional do Índio (FUNAI), substituindo o antigo Serviço de Proteção ao Índio, dando continuidade ao modelo anterior. Conforme o modelo instituído, as ações desenvolvidas mantiveram parceria com o Ministério da Saúde especialmente nos Programas de Controle da Tuberculose e da Malária. No atendimento a serviços de referência de maior complexidade, os indígenas eram encaminhados às Casas do Índio e aos hospitais universitários e de pesquisa, como o Hospital Evandro Chagas (VERANI, 1999).

Em 1980, com os problemas de ordem política e administrativa na FUNAI, os trabalhos desenvolvidos pelo setor de saúde às populações indígenas foram alterados. As viagens das equipes volantes de saúde (EVS) tornaram-se esporádicas devido a falta de manutenção da infraestrutura para os deslocamentos até as aldeias, escassez de pessoal

técnico e carência de recursos financeiros, com conseqüente desmonte das estruturas físicas locais, como os Postos Indígenas (PIN) e as Casas do Índio (VERANI, 1999).

A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foi um marco na política de saúde do país e da saúde das populações indígenas, quando aprovou a realização da I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1986). Essa Conferência, realizada oito meses depois, estabeleceu bases para o Subsistema de Saúde Indígena, sob a responsabilidade de uma agência governamental vinculada ao Ministério da Saúde, com participação dos indígenas. Discutiu o modelo de atenção a ser instituído contando com a participação de representantes de vários povos indígenas, de organizações governamentais e não governamentais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013b).

Para LANGDON (1999), até a I Conferência de Saúde para os Povos Indígenas não existia uma política específica para estas populações e não havia serviços realmente adequados para o atendimento à saúde.

Com a implantação do SUS, em 1988, a operacionalização da atenção à saúde indígena proposta foi por meio do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI). O primeiro DSEI criado foi o Distrito Sanitário Yanomami (DSY), em 1991, com características de uma estrutura orgânica da Fundação Nacional de Saúde (VERANI, 1999). Para a autora, o movimento indigenista<sup>2</sup> teve papel central no processo de construção da política de saúde para os povos indígenas. As organizações não governamentais em consonância com a opinião pública internacional, em um movimento de viés ecologista, tiveram um papel de importância significativa (VERANI, 1999). LANGDON (1999) enfatiza a garantia estabelecida pela Constituição Federal de 1988 de atenção integral e diferenciada à saúde das populações indígenas, considerando a vulnerabilidade da situação de saúde e as especificidades desses povos.

O Decreto n° 23/1991, dispondo sobre as condições para a prestação de assistência à saúde das populações indígenas, trouxe elementos importantes para um novo modelo de assistência à saúde indígena; um modelo assistencial coordenado pela Fundação Nacional de Saúde (FNS) com participação da FUNAI, organizações religiosas, universidades, centros de pesquisa e organizações indígenas e não indígenas (BRASIL, 1991).

---

<sup>2</sup> Formado por profissionais de saúde, organização do movimento de representação indígena, universidades e instituições de pesquisa.

Visando a implantação dos DSEI e atendendo uma recomendação do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a Portaria FNS nº 549/1993 criou o Núcleo Interinstitucional de Saúde Indígena (NISI), implementado em alguns estados. O NISI, como experiência inicial da Coordenação Regional da Fundação Nacional de Saúde em Mato Grosso, tinha como objetivo facilitar a integração interinstitucional com vistas à implantação dos DSEI. Ainda nessa década (1990), a Comissão de Saúde Indígena (COSAI), ligada ao Ministério da Saúde, deu início à implantação dos DSEI por meio de conferências regionais e estaduais com profissionais de saúde e comunidades indígenas (VERANI, 1999).

Em 1993, foi realizada a II Conferência Nacional de Saúde do Índio, sete anos após a I Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, precedida por várias conferências locais, estaduais e regionais nos estados com participação indígena. O principal tema abordado foi as diretrizes da Política Nacional de Saúde para os Povos Indígenas que viria a culminar na aprovação da Lei 9.836/1999 (Lei Arouca) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013b).

A X Conferência Nacional de Saúde realizada em 1996 e os delegados indígenas eleitos nos estados de Roraima, Mato Grosso e Amazonas conseguiram aprovar duas importantes recomendações: a implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) e a proposta de realização da III Conferência Nacional de Saúde do Índio (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

Em maio de 2001, realizou-se a III Conferência Nacional de Saúde Indígena em que foram propostas diretrizes para a efetivação dos DSEI. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013b). A IV Conferência Nacional de Saúde Indígena, em 2006, avaliou o Subsistema de Saúde Indígena e propôs diretrizes para sua autonomia administrativa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013b). A V Conferência Nacional de Saúde Indígena, realizada em dezembro de 2013, teve como temas: direito, acesso, diversidade e atenção diferenciada, controle social e gestão participativa, etnodesenvolvimento, segurança alimentar e nutricional, saneamento e edificações (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2013).

Necessário lembrar que o Programa Nacional de Prevenção às Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS trouxe contribuições para a construção da política de saúde indígena no país, pois em 1996, foram iniciados trabalhos com enfoque nas populações indígenas. Em sua primeira fase, a coordenação do programa realizou conferências e desenvolveu projetos para capacitação de multiplicadores nas comunidades indígenas e em

seguida, centrou esforços em projetos ligados ao problema de alcoolismo existente nas comunidades indígenas (LANGDON, 1999).

Frente às dificuldades da FUNAI em responder às demandas indígenas por saúde e as recomendações das Conferências Nacionais de Saúde Indígena para a implantação dos DSEI, a Lei nº 9.836/1999, conhecida como “Lei Arouca”, foi responsável por transferir as ações da saúde indígena para a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA).

A Portaria do MS nº 254/2002 instituiu a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) garantindo acesso integral à saúde, conforme os princípios e as diretrizes do SUS:

O seu propósito é garantir aos povos indígenas o acesso integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002a, p. 13).

A definição dos instrumentos de planejamento, de implementação, de avaliação e de controle das ações de atenção à saúde dos povos indígenas, mediante a aprovação e regulamentação da PNASPI, é norteada pelas seguintes diretrizes:

Organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas na forma de Distritos Sanitários Especiais e Pólos Base, no nível local, onde a atenção primária e os serviços de referência se situam; preparação de recursos humanos para a atuação no contexto intercultural; monitoramento das ações de saúde dirigidas aos povos indígenas; articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde; promoção do uso adequado e racional de medicamentos; promoção de ações específicas em situações especiais; promoção da ética na pesquisa e nas ações de atenção à saúde envolvendo comunidades indígenas; promoção de ambientes saudáveis e proteção da saúde indígena e controle social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002a).

No ano 2010, o governo federal estabeleceu novas regras para a política de saúde indígena e conferiu mais autonomia para os DSEI ao criar a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) pela Lei nº 12.314/2010 (BRASIL, 2010). A SESAI é uma antiga reivindicação dos povos indígenas e está vinculada ao Ministério da Saúde e tem como responsabilidade a gestão, o planejamento, a programação, a execução e o monitoramento/avaliação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas,

mediante gestão democrática e participativa (BRASIL, 2013). Compete ainda a SESAI coordenar o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. As ações de atenção integral e de educação em saúde devem garantir e respeitar as especificidades, o perfil epidemiológico, a condição sanitária de cada DSEI valorizando e considerando as ações de saúde e as práticas terapêuticas tradicionais (BRASIL, 2013).

### 1.3 O DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA COMO GARANTIA DE UM MODELO DE ATENÇÃO DIFERENCIADA.

Conforme ATHIAS e MACHADO (2001) o Distrito Sanitário Especial Indígena(DSEI) como modelo de atenção à saúde deve estar pautado na

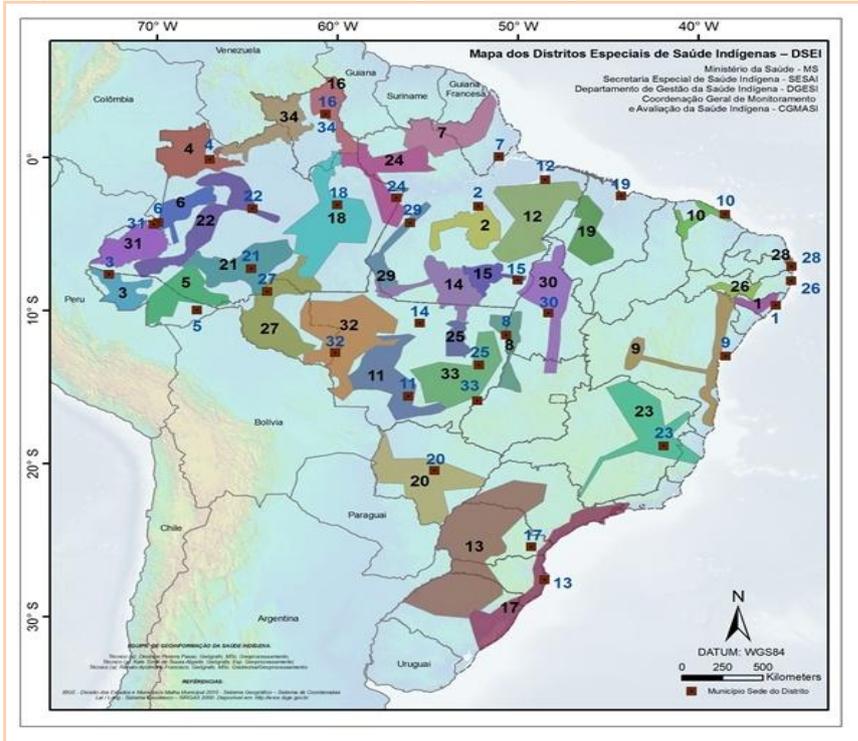
organização de prestação de serviços de saúde, pertinentes a cada realidade étnica, de forma que as ações decorrentes sejam eficazes para cada população, sendo fundamental a participação das diversas instâncias organizativas indígenas na formulação das políticas do setor (p.427).

O DSEI como modelo de atenção à saúde indígena deve ainda reconhecer os direitos de cidadania dos povos indígenas, os quais necessitam estar articulados nos três níveis de atenção, municipal, estadual e nacional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002b). Para WEISS (2005) a consolidação deste direito se dará quando a lógica da intervenção do modelo possibilitar aos povos indígenas a reafirmação de seus direitos à diferenciação étnica, à autonomia e à participação no controle social sobre as ações que afetam suas vidas nas aldeias e no contato com a sociedade não indígena. Tornando-os sujeitos sociais participantes na transformação das práticas de atenção à saúde.

A estruturação do DSEI deve obedecer a lógica da atenção às necessidades de saúde das populações indígenas com concepção ampliada do processo saúde-doença e da técnica, com tecnologias e conhecimentos culturais necessários à sua implementação. Teve por inspiração o modelo de Distrito Sanitário proposto por MENDES (1995), que o define como processo social em busca de mudanças nas práticas sanitárias, devendo ser implementado, promovendo sua operacionalização no nível local e garantindo em sua dimensão política, poderes compartilhados.

O Ministério da Saúde, em 1999, implantou 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas em todo o país, oficializando um novo modelo de atenção à saúde para os Povos Indígenas (Figura 1).

**Figura 1** Distritos Sanitários Especiais Indígenas no Brasil, 2013



Fonte: Site do MINISTÉRIO DA SAÚDE, (2013c).

**LEGENDA:**

1. Alagoas/Sergipe, 2. Altamira, 3. Alto Rio Negro, 4. Alto Rio Purus, 5. Alto Rio Solimões, 6. Alto Rio Solimões, 7. Amapá e Norte do Pará, 8. Araguaia, 9. Bahia, 10. Ceará, 11. Cuiabá, 12. Guatamá/Tocantins, 13. Interior Sul, 14. Kaiapó Mato Grosso, 15. Kaiapó – Pará, 16. Leste de Roraima, 17. Litoral Sul, 18. Manaus, 19. Maranhão, 20. Mato Grosso do Sul, 21. Médio Purus, 22. Médio Solimões, 23. Minas Gerais e Espírito Santo, 24. Parintins, 25. Xingú, 26. Pernambuco, 27. Porto Velho, 28. Potiguara, 29. Rio Tapajós, 30. Tocantins, 31. Vale do Rio Javari, 32. Vilhena, 33. Xavante, 34. Yanomami.

Os DSEI organizam os serviços orientados para ser espaço etnocultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado. São responsáveis por conjunto de ações técnicas e qualificadas com o objetivo de promover a atenção à saúde e as práticas sanitárias adequadas e com controle social (BRASIL, 1999). Suas ações são norteadas pelo Plano Distrital de Saúde Indígena (PDSI), um instrumento de planejamento, orçamento e gestão dos DSEI, que deve estar de acordo com o Plano Nacional de Saúde/ Plano Plurianual

e com o Planejamento Estratégico da Secretaria Especial de Saúde Indígena (BRASIL, 1999). A divisão dos DSEI no território nacional foi estabelecida estrategicamente por área territorial, tendo como base, a ocupação geográfica das comunidades indígenas (BRASIL, 1999).

Para MARQUES (2003), o processo de proposição de qualquer política de saúde para povos indígenas, deve considerar o espaço etnocultural dinâmico, caso contrário, torna-se passível de erros. WEISS (2005) discute a importância de estar atento ao desenvolvimento da atenção à saúde, aos conhecimentos sobre relações simbólicas que envolvem o adoecer e o morrer e um aprofundamento sobre os determinantes ambientais, contribuindo para a melhor atuação de gestores e de profissionais. Seguindo a mesma linha de reflexão, LANGDON e WIIK (2010) discorrem sobre como as noções e os comportamentos ligados aos processos de saúde e doença integram a cultura de grupos sociais, sistemas médicos e as respostas dadas às doenças. São sistemas culturais voltados para os grupos ou realidades sociais que o produzem. Compreender essa relação, por parte dos profissionais de saúde e gestores, é de fundamental importância.

Em se tratando da organização de uma rede assistencial de saúde, o território distrital deve compor uma rede de serviços de atenção básica de saúde nas terras indígenas de forma integrada, com complexidade crescente e articulada com a rede do Sistema Único de Saúde (SUS). Deve dispor de Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) compostas por médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem e agentes indígenas de saúde e de saneamento, complementadas por antropólogos, educadores, engenheiros sanitários entre outros quando necessário (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002b).

As unidades de saúde existentes nas terras indígenas representam a porta de entrada na rede dos serviços de atenção à saúde, devendo ter disponível infraestrutura física necessária para o desenvolvimento das ações realizadas pelos profissionais de saúde e funcionam como apoio aos Polos Base, que devem atender um conjunto de aldeias e são a primeira referência para os Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e para a rede de serviços do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002b).

Os polos base classificam-se de acordo com a complexidade de suas ações, são caracterizados em tipo I e tipo II. O polo base tipo I, localizado nas aldeias, além de apoiar as equipes técnica e administrativamente, objetiva prestar a assistência à saúde e capacitar os profissionais das EMSI. O tipo II localiza-se em um município de referência e sua estrutura

física objetiva apoiar técnica e administrativamente as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014a).

De acordo com cada realidade distrital, as demandas não atendidas nas aldeias devem ser encaminhadas a serviços de referência garantindo o acesso à média e alta complexidade, mediante a definição de procedimentos de referência, contra referência e incentivo às unidades de saúde pela oferta de serviços diferenciados (Figura 2) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002b).

**Figura 2** Organização do DSEI e Modelo Assistencial



Fonte: Site do MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013a.

A EMSI, além do atendimento à população, tem a responsabilidade de acompanhar e monitorar o desenvolvimento do trabalho dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002b). A definição e a composição das equipes de saúde são respaldadas pela situação epidemiológica, necessidades de saúde, características geográficas, acesso e nível de organização dos serviços, respeitando as especificidades étnicas e culturais de cada povo indígena. Deverão ser compostas por enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem, médico, odontólogo, auxiliar de consultório dentário, técnico de higiene dental, agente indígena de saúde, agente indígena de saneamento, técnico em saneamento, agente de endemia e microscopista (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

A mediação e adequação das ações e dos serviços de saúde prestados ocorrem por meio dos Conselhos Locais e Distritais de Saúde Indígena (CONDISI). O controle social é um dos eixos da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas efetivado por meio dos Conselhos Locais, Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI), em reuniões Macrorregionais, Conferências Locais, Distritais e Nacionais, Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002b).

A organização do controle social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena é normatizado pela Portaria do MS nº 755/2012 (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2012a). Os Conselhos Locais de Saúde Indígena são órgãos de caráter permanente e consultivo, constituídos no âmbito de cada DSEI e compostos por representantes eleitos por sua comunidade. Para FERREIRA LB (2012) o CONDISI “é o espaço destinado ao estabelecimento de uma relação intercultural e/ou interétnica para a construção de entendimentos comuns sobre o sistema de saúde e para a adequação das ações e dos serviços de saúde destinados aos povos indígenas”.

O Fórum de Presidente dos CONDISI é mais uma instância de controle social e suas competências estão voltadas para a participação na formulação e no acompanhamento da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a). FERREIRA LB (2012) ressalta que a criação do Fórum Permanente de Presidente de Conselhos Distritais de Saúde Indígena aconteceu para “preencher uma lacuna existente entre os CONDISI e as instâncias de decisão do governo” (p.55), pois, até o ano de 2010 os DSEI não tinham autonomia administrativa, que era delegada à Presidência da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA).

Além dessas instâncias, existe a Comissão Intersetorial de Saúde indígena (CISI), instituída pela Resolução nº 11/1991 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), é mais uma instância de controle social que tem como responsabilidade assessorar o CNS no acompanhamento da saúde dos povos indígenas por meio da articulação intersetorial com governos e com a sociedade civil organizada (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2013).

### 1.3.1 Atenção à saúde da criança no contexto do Subsistema de Saúde Indígena

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 tem como marco a garantia dos direitos sociais que em seu Título II “Dos Direitos e Garantias Fundamentais”, preconiza no Artigo 6º que “São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma da constituição”. No Título VIII “Da Ordem Social”, Capítulo II “Da Seguridade Social” e Seção II – “Da Saúde” o Artigo 196 determina que “A Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, p.7 e 33).

Na década de 1990, outro marco na garantia dos direitos foi promulgado, o Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei 8.069/1990, que reafirma as conquistas já adquiridas e estabelece direitos como o disposto no artigo 7º, do Título II, Capítulo I: “A criança e o adolescente têm o direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento em condições dignas de existência” (BRASIL, 1990a, p.1). O Artigo 11 trata do atendimento integral à saúde da criança e do adolescente garantido pelo Sistema Único de Saúde, com ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Esses direitos culminaram na formatação da Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, lançada em 2004, pelo Ministério da Saúde voltada à Atenção à Saúde da Criança. A agenda contempla princípios norteadores: planejamento e desenvolvimento das ações intersetoriais, visando as interfaces e articulações com os diferentes órgãos públicos que direta ou indiretamente são responsáveis pela garantia da saúde da criança. Acesso universal, como previsto no SUS, assegura o direito de toda criança receber assistência de saúde. Acolhimento, garantindo toda criança tenha direito a uma escuta qualificada, traduzida em uma relação cidadã e humanizada entre o profissional de saúde e o usuário e a responsabilização que define a responsabilidade da equipe de saúde, sob uma determinada população, garantindo assistência integral e resolutiva

e contemplando ações de saúde adequadas e a disponibilização de diversos saberes e recursos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a).

Outros princípios são contemplados na Agenda, como a equidade que estabelece critérios na definição das prioridades para a atuação do processo organizacional, a atuação em equipe de modo a articular os diversos saberes e intervenções nas unidades de saúde e o desenvolvimento de ações coletivas com ênfase nas ações de promoção da saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a).

A partir da agenda, o Ministério da Saúde e a Sociedade Brasileira de Pediatria definiram em 2004, o “Manual de Atenção à Saúde da Criança Indígena Brasileira” visando subsidiar a organização da atenção à saúde da criança nas unidades de saúde localizadas nas aldeias e nos polos base, considerando como fundamental “a humanização, o atendimento diferenciado e a valorização da família indígena” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004b, p. 3).

Um dos aspectos significativos das orientações é o contexto pluriétnico da saúde indígena, evidenciando os diferentes olhares sobre saúde e doença, as associações existentes entre as doenças e os cotidianos espirituais e sociais de cada povo. Desta forma, a medicina indígena (relativa a cada povo) deve ser considerada, pela equipe de saúde, como prática milenar que deve ser respeitada e preservada (YAMAMOTO, 2004).

Dentre as orientações voltadas para a Promoção de Saúde e Prevenção, o Ministério da Saúde chama a atenção para o AIS, como um ator fundamental para o incentivo, segurança da manutenção e resgate dos sistemas tradicionais de cura e “não apenas um multiplicador de informações” (PRIMO, 2004, p.33).

Na perspectiva do Subsistema de Saúde Indígena, orientações são difundidas sobre a relação profissional-paciente, mais especificamente relação médico-paciente, valorizando os aspectos culturais e a medicina tradicional. Trazem reflexões acerca da formação dos diversos profissionais de saúde e sua convivência com os diferentes sistemas de cura (MENDONÇA, 2004). Segundo a autora, tais reflexões demandam “um olhar que transcende o momento da relação médico-paciente e se estende ao contexto sociocultural em que ela se estabelece” indagando: “Quais são as regras sociais, as etiquetas, que serão construídas e permitirão o diálogo”? (p.11).

A partir de então, as orientações acerca da atenção à saúde da criança indígena apresentam rumos diversos enfatizando sua singularidade no contexto sociocultural, quando

assistida pela equipe de saúde. Dentre essas orientações, encontram-se aquelas relacionadas à classificação de risco das crianças indígenas e seu acompanhamento a partir do nascimento.

Em se tratando das especificidades voltadas à criança indígena, a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), pela Portaria nº 984/2006 instituiu o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN – Indígena), baseando-se nas recomendações da PNASPI (2002), para os DSEI, como estratégia a ser utilizada na atenção à saúde para o desenvolvimento adequado de ações de prevenção e recuperação bem como para a detecção e acompanhamento dos grupos de risco com prioridade no direcionamento de políticas públicas (FUNASA, 2006).

#### 1.4 O DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA XAVANTE - ASPECTOS ORGANIZACIONAIS E EPIDEMIOLÓGICOS

Em Mato Grosso foram implantados, em 1999, quatro Distritos Sanitários Especiais Indígenas: Cuiabá, Kaiapó – Colider, Xavante e Xingu. O DSEI Xavante localiza-se na parte leste do estado de Mato Grosso, com uma extensão territorial de 1.327.186 ha e abrange quinze municípios mato-grossenses: Água Boa, Alto da Boa Vista, Barra do Garças, Gaúcha do Norte, General Carneiro, Campinápolis, Canarana, Nova Nazaré, Nova Xavantina, Novo São Joaquim, Paranatinga, Poxoréo, Primavera do Leste, Ribeirão Cascalheira e Santo Antonio do Leste (DSEI XAVANTE, 2012).

A população indígena assistida pelo DSEI Xavante totaliza 17.383 pessoas, distribuídas em 234 aldeias, localizadas nas Terras Indígenas (Figura 3): Areões, Chão Preto, Marãiwatsédé, Marechal Rondon, Parabubu, Pimentel Barbosa, Sangradouro-Volta Grande, São Marcos, Ubawawê e Wedezé (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014b).



nos serviços de apoio aos pacientes indígenas encaminhados das aldeias, pelas equipes de saúde e polos base à rede de atenção à saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002b).

Estudo realizado em 1997 com os Xavante da Terra Indígena Sangradouro/Volta Grande apontou uma significativa heterogeneidade no perfil epidemiológico desse povo, decorrente do contato e interação com outras sociedades. Tal situação se dá pela precariedade das condições de saúde, cujos determinantes são as más condições ecológicas, socioeconômicas, sanitárias e ambiental, além das dificuldades de sustentabilidade alimentar (LEITE et al., 2005). Segundo os autores, os dados revelaram elevada prevalência das doenças infecciosas e parasitárias e a rápida ascensão das doenças crônicas não transmissíveis. A diversidade epidemiológica encontrada vem reforçar as particularidades e as macro-tendências de transformação epidemiológica no perfil dos povos indígenas, se tornando um desafio para o processo de distritalização da saúde indígena no Brasil.

Comparando as Taxas de Mortalidade Infantil (TMI) dos 34 DSEI em relação aos valores da média brasileira de 23,7/1000 nascidos vivos, somente o DSEI Ceará apresentou valor inferior (11,3/1.000 nascidos vivos), os demais apresentaram valores muito mais elevados no ano 2001. O DSEI Xavante apresentou a segunda maior TMI, de 133,6/1000 nascidos vivos, a primeira ficou para o DSEI Kayapó-Pará, de 161,3/1000 nascidos vivos. A TMI média dos 34 DSEI foi maior que o dobro da média nacional (SOUZA et al., 2004).

Neste mesmo período, comparando a TMI do DSEI Xavante com a taxa média dos municípios, onde as Terras Indígenas estão localizadas, que foi de 25,5/1000 nascidos vivos, verificou-se um valor quase seis vezes maior para o DSEI Xavante (SOUZA et al, 2004).

Foram registrados, no período de 1999 a 2002, 517 óbitos entre os Xavante, destes 77,7% foram óbitos nos primeiros anos de vida; mortalidade considerada por SOUZA et. al. (2004) alta para essa faixa etária. Nesse período 46,6% do total de óbitos deram-se em menores de 1 ano de idade (SOUZA et al. 2004). Segundo os autores,

Quaisquer análises sobre a demografia e a epidemiologia dos povos indígenas no Brasil precisam levar em consideração a enorme sociodiversidade existente, já que as centenas de sociedades apresentam trajetórias sócio-históricas e políticas particulares. Nesse bojo, os resultados para os Xavante apontam para níveis de mortalidade (e taxas de mortalidade infantil, em particular) que os diferenciam do conjunto dos povos indígenas. As taxas de mortalidade infantil para os Xavante estão entre as mais elevadas registradas no país (SOUZA et al., 2004, p.1.472 ).

Dados de morbidade relativos aos anos 2009 a 2011, extraídos do Plano Distrital de Saúde Xavante – 2012 a 2015, revelam que as Doenças do Aparelho Respiratório ocupam o primeiro lugar entre as principais morbidades elencadas, seguidas pelas Doenças Infecciosas e Parasitárias e pelas Doenças do Sistema Nervoso e do Sistema Osteomuscular (DSEI XAVANTE, 2012).

Entre as principais causas de Mortalidade Geral estão as doenças respiratórias (pneumonias e broncopneumonias) em valores registrados de 31,8/10.000 em 2009, de 19,72/10.000 em 2010 e 19,46/10.000 em 2011. Quanto a Mortalidade Infantil também se destacam as doenças do aparelho respiratório em valores de 28,45/1.000, 26,24/1.000 e 27,67/1.000 (DSEI XAVANTE, 2012).

## 1.5 O POVO XAVANTE: CONTATO E CARACTERÍSTICAS SOCIO-CULTURAIS

Os Xavante vieram do “HOYWANA’RADA, OPÓRÉ”, “que significa oriente do mar. (...) têm uma lembrança muito viva do mar que se encontra em algumas de suas lendas” (GIACCARIA e HEIDE, 1984, p.27).

Até início do século XIX, os Xavante viviam no norte de Goiás entre os Rios Tocantins e Araguaia, no Planalto Central do Brasil (MAYBURY-LEWIS, 1984). Dos grupos pertencentes à família linguística Jê, habitantes desta mesma região, os Xavante e os Xerente eram os mais próximos, senão o mesmo povo. A separação dos “dois ramos” dos Akwen<sup>3</sup>, Xavante e Xerente, ocorreu na década de 1840, quando lutavam com os colonos que entravam em Goiás em números cada vez maiores, para ocupar as terras ao longo do rio Tocantins. Para MAYBURY-LEWIS (1984) provavelmente “os Xerente atuais tenham sido empurrados para leste, longe do rio, enquanto que os Xavante tenham igualmente sido pressionados para oeste (p.40).

Durante as três últimas décadas do século XIX permaneceram relativamente isolados dos não indígenas na região do Rio das Mortes. Seu território, localizado em parte da

---

<sup>3</sup> Para Maybury-Lewis (1984) Akuen é um qualificativo indicando tanto os Xavante quanto os Xerente. É um termo corrente utilizado entre os estudiosos dos Povos Indígenas no Brasil.

porção ocidental do Planalto Central, configurava-se em uma região de campos e cerrados há 600 metros acima do nível do mar. O clima se apresentava com uma estação de seca bem definida, no período de maio a setembro, com chegada das chuvas a partir de outubro permanecendo até os meses de janeiro e fevereiro (MAYBURY-LEWIS, 1984).

Mostraram-se constantemente hostis aos missionários, aventureiros e agentes do governo brasileiro, que por meio da Força Aérea Brasileira (FAB) reconhecia o Povo Xavante por suas aldeias em forma de ferraduras encontradas no cerrado, na região do Rio das Mortes MAYBURY-LEWIS (1984).

As primeiras tentativas de contato com este povo aconteceram na década de 1930, por dois padres salesianos que foram mortos. Os Xavante expressavam bem o desejo de que os deixassem em paz. Em 1941 o SPI, responsável pela proteção dos direitos indígenas em território brasileiro, enviou sua própria expedição em busca de estabelecer contato com o Povo Xavante, sem resultado e em 1946 os integrantes do SPI conseguiram convencer um grupo de Xavante, com a troca de presentes (MAYBURY-LEWIS, 1984).

A partir de então, muitas foram as tentativas de contato, até que em 1951 os Xavante começaram a visitar o Posto de São Domingos. Este foi considerado o primeiro contato amigável, desde o final do século XVIII (MAYBURY-LEWIS, 1984).

Durante as situações de contato, havia grupos vivendo em “aldeamentos oficiais” e outros vivendo livres em seus territórios tradicionais, podendo estar ou não, em conflito com os colonizadores, em defesa de seus territórios, que é o caso do povo da terra indígena Marãiwatsédé como veremos mais adiante, ou então, “arredios” a todo tipo de contato com setores da frente de expansão - garimpeiros e ou agropecuaristas (SOUZA, 2008).

MAYBURY-LEWIS (1984) infere que raramente (àquela época) suas comunidades estariam separadas por uma distância menor que 50 km. Considerados seminômades, localizavam-se em grandes casas cobertas com folhas de palmeira, por volta de 1960.

Considerando sua organização social, os Xavante constituem-se em três clãs Poredza’ono, Ö Wawe e Topdató (MAYBURY-LEWIS, 1984, p. 220). Formam um povo no sentido de que partilham uma língua, instituições e padrões culturais distintos de outros povos (SOUZA, 2008).

A sociedade Xavante, para os seus membros, está permanentemente dividida em classes de idade, organizadas hierarquicamente com pessoas de mais idade até os mais jovens.

Cada classe de idade é constituída por todos os membros que viveram juntos na casa dos solteiros, foram iniciados e se casaram em cerimônia coletiva. Esses homens distinguem-se de outros que também compartilharam as mesmas experiências em outras épocas, anteriores ou posteriores (MAYBURY-LEWIS, 1984).

LEEUWENBERG e SALIMON (1999) afirmam a importância da classificação etária para a sociedade Xavante e classificam-na em dois tipos. O primeiro diz respeito às fases da vida, em que a idade da pessoa será definida com um nome específico, para cada faixa etária e distinção entre os sexos. Ao completar certas idades, a criança entra em uma nova fase com diferentes características, obrigações e responsabilidades.

Pessoas do sexo masculino quando ainda crianças passam para a fase Wapté e adquirem uma identidade comum, entrando no Hö (casa dos solteiros) passarão a viver seus próximos cinco anos. Nesta fase da vida, receberão nova denominação para indicar um conjunto de pessoas que nasceram aproximadamente no mesmo período de tempo (podendo variar de um a cinco anos). Ao saírem do Hö passam a ser Riteiwá, mas continuam com o mesmo nome da classe de idade, obedecendo a uma dinâmica cíclica entre as oito classes existentes no universo xavante. Nos outros momentos de sua vida participarão de cerimônias, de caçadas, na corrida de Buritis<sup>4</sup>, no Warã<sup>5</sup> e de outras formas comunitárias de socialização, como um grupo (LEEUWENBERG e SALIMON, 1999).

“A casa dos solteiros, é, pois, a pedra fundamental do sistema de classes de idade”. É no Hö que os meninos sentem pela primeira vez o que é pertencer a uma classe de idade, pois aprendem a participar do companheirismo “que caracteriza o sistema e supera distinções de clã e linhagem” (MAYBURY-LEWIS, 1998, p. 153).

As mulheres também estão incluídas nas classes de idade. Não chegam a viver na casa dos solteiros ou algo parecido e também não participam das cerimônias de iniciação (MAYBURY-LEWIS, 1998, p. 153).

Ainda em se tratando da importância da classe de idade para a cultura Xavante é relevante registrar que os Xavante respeitam seus idosos, pois são eles os guardiões da

---

<sup>4</sup> Chamada de Uiwede, a corrida de buritis é considerada a mais destacada cerimônia Xavante e a prova máxima da importância com que os Xavante dão à resistência física (LEEUWENBERG e SALIMON, 1999).

<sup>5</sup> Warã segundo LEEUWENBERG e SALIMON (1999) é o nome dado ao conselho dos homens adultos, que se reúne diariamente ao amanhecer e ao final da tarde. Decisões são tomadas após as falas dos cidadãos e são discutidas as pendências do dia, as atividades políticas e sociais e planejam as caçadas.

tradição e dos conhecimentos considerados cruciais para a sobrevivência da cultura Xavante (LEEUWENBERG e SALIMON, 1999).

## 1.6 POVO XAVANTE DE MARÃIWATSÉDÉ: 40 ANOS DE RESISTÊNCIA E LUTA EM BUSCA DO SEU TERRITÓRIO.

MAYBURY-LEWIS (1984) em seu trabalho de pesquisa desenvolvido a partir da década de 1950 caracterizou os Xavante em Ocidentais e Orientais. Os Xavante Ocidentais tem suas aldeias localizadas na região do Xingú (na época aldeias Batovi e Simão Lopes) e no alto do Rio das Mortes, a oeste de Nova Xavantina (na época aldeias Sangradouro e São Marcos). Os Xavante Orientais habitam a região do baixo do Rio das Mortes (na época aldeias Areões, Capitariquara, Santa Terezinha, São Domingos, O Tõ e Maraiwatsédé).

A primeira aldeia a se constituir, por volta de 1860 a 1870 foi a Wede'u, abandonada pelos Xavante em virtude de uma epidemia que exterminou todos os idosos, depois mudaram-se para Tsõrepré onde permaneceram por 30 anos. A definição destes anos teve como base os ritos de passagem de iniciação (GIACCARIA e HEIDE, 1984). Da aldeia Tsõrepré organizados em vários grupos que partiram em direções diferentes para o leste mato-grossense (Figura 4).



e representantes da Força Aérea Brasileira, da Missão Salesiana e do Serviço de Proteção aos Índios (SPI) houve nesta mesma época a transferência do Povo Xavante para a Missão Salesiana localizada na terra indígena São Marcos (ANSA-OPAN, 2012). Assim que chegaram em São Marcos, uma epidemia de sarampo provocou a morte de 80 Xavante de Marãiwatsédé (ANSA-OPAN, 2012).

Para GARFIELD (2011) o “golpe final” aos Xavante de Marãiwatsédé foi a instalação da empresa pecuarista Fazenda Suiá-Missú, que oferecia aos Xavante “a princípio, comida e bugigangas em troca de prestação de serviços, entre elas, abertura de trilhas e pista de pouso” (p.163). (...) à medida que as tensões cresceram, os Xavante de Marãiwatsede em 1966 foram colocados em aviões da Força Aérea Brasileira e deportados para a Missão Salesiana há centenas de quilômetros ao sul (Ferraz e Mampieri, 1993, apud GARFIELD, 2011, p. 163). Lá permaneceram até o início da década de 1970 quando parte desse grupo foi para a terra indígena Sangradouro e outra parte para a terra indígena Couto Magalhães, permanecendo por cerca de dez anos. Em 1980 esse mesmo grupo, mudou-se para a terra indígena Areões permanecendo até 1984 e de lá, foi habitar a terra indígena Pimentel Barbosa por 20 anos, na aldeia Água Branca (DELUCI, 2013).

A terra indígena Marãiwatséde foi reconhecida pela FUNAI somente em janeiro de 1992 e, neste mesmo ano, por pressões internacionais, durante a Eco 92, a Holding italiana que controlava a Agip Petrolí do Brasil prometeu a devolução da área da Fazenda Suiá - Missú aos Xavante.

A bancada ambientalista, no parlamento italiano, demonstrou, neste período, apoio aos Xavante de Marãiwatsédé (AXA, 2012). Mas, entre 1992 e 1998, pequenos posseiros, estimulados por grileiros, fazendeiros e respaldados por políticos influentes da região, invadiram o território de Marãiwatsédé (ANSA-OPAN, 2012). Em agosto de 1998, a conclusão dos trabalhos da demarcação da Terra Indígena Marãiwatsédé foi pactuada entre o Ministério da Justiça, FUNAI e governo do Estado de Mato Grosso. A Terra Indígena Marãiwatsédé foi homologada em 1998, com uma extensão de 165.241 hectares. Nesse período, com o objetivo de impedir o processo de demarcação, posseiros e fazendeiros interditaram a BR-158 (principal rodovia de acesso à região sul do estado), dificultando os trabalhos da FUNAI e do INCRA (AXA, 2012).

Infelizmente a demarcação e homologação foram demoradas, vindo a acontecer somente sete anos depois da identificação, em 11 de dezembro de 1998, ocasião em que foram demarcados 165.241 hectares, por Decreto do Presidente da República, Fernando Henrique Cardoso. A demora permitiu que a terra de Marãiwatsédé fosse invadida por pequenos posseiros, militantes do movimento sem-terra e grileiros, incentivados por políticos e fazendeiros da região. Estes últimos permaneciam como posseiros de terras imensas em plena terra indígena homologada (DELUCI, 2013, p.64).

Os Xavante em outubro de 2003 organizaram-se para o retorno à sua terra permanecendo acampados às margens da BR-158 (Figura 4) por dez meses (novembro de 2003 à agosto de 2004) aguardando a autorização para a entrada em área indígena. Foi um período de grandes problemas desde a carência na subsistência alimentar, de insegurança à possíveis agressões físicas e psicológicas em que a população estava sujeita.

Neste período, três crianças indígenas foram a óbito no acampamento devido a problemas sanitários e doenças. Uma comitiva da Organização das Nações Unidas (ONU) veio ao Brasil para verificar denúncias de violação de direitos humanos contra os Xavante (AXA, 2012).

**Figura 5** Acampamento do Povo Xavante de Marãiwatsédé na BR 158, 2004.

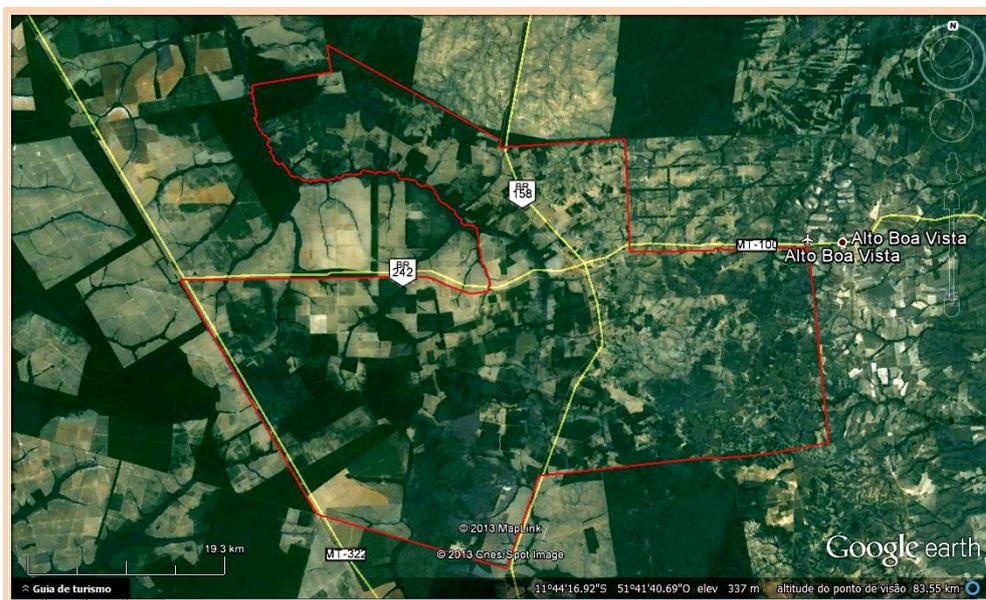


Fonte: FUNAI apud DELUCI (2013, p.65).

Finalmente amparados por uma sentença do Supremo Tribunal Federal (STF), em agosto de 2004 os Xavante de Marãiwatsédé decidiram entrar definitivamente para a terra indígena ocupando a fazenda Karu, situada dentro de seu território (ANSA-OPAN, 2012).

Quando os Xavante de Marãiwatsédé retornaram à sua terra, se depararam com a área territorial totalmente degradada, onde dos 66% de vegetação primária existente em 1992, apenas 13% estavam presentes, o restante totalmente derrubado. Em 17 anos foram derrubados 103.628 hectares de mata e cerrado (figura 6), (ANSA-OPAN, 2012).

**Figura 6** Imagem satélite retirada do Google Earth da Terra Indígena Marãiwatsédé, demarcada em vermelho. 2013.



Fonte: Arquivo do ISC-UFMT

Mais uma tentativa de evitar que a Terra Indígena Marãiwatsédé retornasse para o seu povo foi a aprovação da Lei Estadual de 27 de junho de 2011, que propunha a permuta da Terra Indígena Marãiwatsédé pelo Parque Estadual do Araguaia consequência de uma “articulação política das autoridades do estado e dos interesses econômicos que incidiam sobre a área, com o plantio de grãos, pecuária e especulação imobiliária e processos associados, como o asfaltamento da BR 158” (DELUCI, 2013).

A decisão do Tribunal Regional Federal, em 2012, revogou a decisão anterior que suspendia a desintrusão da área e, em junho do mesmo ano, o Ministério Público Federal protocolou um pedido à Justiça Federal de Mato Grosso que providenciasse o cumprimento

das decisões acerca da retirada dos não indígenas da Terra Indígena Marãiwatsédé, o que aconteceu durante os meses de dezembro de 2012 a janeiro de 2013 (MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, s/d). Após um ano da retirada dos não indígenas, nova invasão ocorreu na Terra Marãiwatsédé e nova desintrusão teve que ser realizada (MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, s/d). No processo de retirada dos não indígenas da Terra Indígena Marãiwatsédé, pela Justiça Federal, em 2012, ficou definido o impedimento de quaisquer tipos de exploração da área (extrativismo, agricultura e pecuária) bem como, o reflorestamento das áreas ocupadas de forma irregular (AXA, 2012).

### 1.6.1 A Criança no Universo Xavante

A infância é uma fase de aprendizado social. Buscando, imitando os pais, ouvindo as histórias que os mais velhos contam, participando das atividades cotidianas e rituais do grupo é que as crianças crescem e se tornam adultas. Muito raramente as crianças indígenas são punidas; quase nunca fisicamente. A atitude dos pais e dos mais velhos é sempre de grande tolerância, paciência, atenção e respeito às suas peculiaridades. Desde cedo as crianças aprendem as regras do jogo social. E, embora os pais sejam os responsáveis mais diretos pela criação dos filhos, o processo mais amplo de socialização, de transformar as crianças em completos membros de suas sociedades, é efetuado também pelos parentes mais próximos e até pela comunidade inteira. As crianças são assim, completamente integradas na vida comunitária, aprendendo, desde cedo, o que pode ou não ser feito (MONTEIRO, 1995, p. 229).

MAYBURY-LEWIS (1984) considera que os Xavante apreciam ter filhos, cuja importância vincula-se ao processo de formação política da sociedade: “As patrinhagens formam o cerne das facções Xavante, de modo que os filhos constituem a base do esteio político de um homem” (p.108). Assim, não utilizam alternativas contraceptivas, ao contrário, são várias as formas de concepção entre eles estabelecidas como as relações sexuais em repetidas vezes. A formação da criança na visão Xavante, segundo o autor, é fruto de um processo induzido por repetidas relações sexuais, acreditando portanto, que um homem forma a criança durante os primeiros meses de gestação e por volta do quinto mês “a criança está totalmente feita” (MAYBURY-LEWIS, 1984, p.109).

Quando o nascimento se aproxima, o futuro pai deve se restringir de atividades que podem causar problemas para a mãe, para o nascimento e a saúde da criança. Ao contrário, a mãe consegue realizar suas atividades cotidianas até alguns dias antes do parto. No parto, a mãe é assistida por mulheres, parentas próximas e geralmente são auxiliadas pelas mais idosas (consideradas parteiras experientes). Em seguida ao nascimento, a criança é levada pela parteira às pessoas da comunidade que se reúnem para conhecê-la. O marido, após o parto, costuma fazer companhia a sua esposa e ao filho (MAYBURY-LEWIS, 1984).

Os Xavante acreditam que, pela criança ser vulnerável nesta fase da vida, o pai deve tomar precauções especiais para não lhe causar mal algum e que as atividades da mãe não são tão vitais para a criança, quanto às do pai: “Por isso, a mãe de um recém-nascido pode sair á procura de comida (geralmente o faz) enquanto seu marido permanece recostado em casa, cuidando do nenê” (MAYBURY-LEWIS, 1984, p.111).

O bebê passa a maior parte do tempo em uma cesta com a mãe e ou com as irmãs da mãe (as quais podem ser coesposas). Se a mãe não está presente, o aleitamento materno é oferecido por qualquer uma das parentas, tendo ou não leite. Até os cinco anos as crianças choram muito, mas segundo MAYBURY-LEWIS (1984), isto ocorre mais por indignação (não aceitam ser contrariadas) do que por outras causas, e os adultos tendem a ignorá-las ou se divertem com as atitudes das mesmas:

O caso mais cômico de todos que presenciei, no entanto, talvez seja o de um menininho que, sentindo-se ofendido por alguma coisa, apoiou-se em um arquinho de brinquedo, tal qual os homens maduros que ele vira fazendo discursos importantes ao conselho dos homens, e chorou meia hora seguida (MAYBURY-LEWIS, 1984, p.114).

Entre o Povo Xavante não existe uma categoria de idade genérica equivalente à criança, ou seja, para saber como as crianças são classificadas socialmente, se reportam às categorias de idade para cada um dos gêneros (NUNES, 2011). Para a autora os membros da sociedade Xavante, as crianças “podem não saber quantos anos têm, mas todos sabem à que categoria de idade pertencem” (p.344).

Aiuté é a primeira das categorias e comum ao gênero masculino e feminino e equivale aos bebês recém-nascidos e de colo. O tempo limite desta categoria é a partir de quando a criança começa a se deslocar, a se comunicar, até o final da amamentação. A partir desta categoria as demais passam a ser diferenciadas para meninos e meninas: watebreimi (de

2 a 3 anos até 9 a 10 anos) e airepudu (de 9 a 12 anos) são as categorias de idade masculinas. Na categoria airepudu, os meninos ainda continuam sendo observados pelos mais velhos, brincam com as meninas, mas já são chamados para as atividades junto aos homens. Wapté é a categoria de idade em que os meninos iniciam à vida adulta, nesta fase deixam suas casas e passam a morar em grupo em uma nova casa (casa dos solteiros) especificamente para este fim (NUNES, 2011).

No gênero feminino, após a categoria de idade aiuté, vem a b'aono até os 10 anos. Entre os 4 e 5 anos há uma subcategoria ba'õtöre (diminutivo de b'aono) e em seguida a categoria de idade adzarudu, quando a menina está entrando na puberdade (entre os 10 e 12 anos). A passagem de b'aono para adzarudu representa o tempo limite da infância para as meninas e nesta fase fazem as tarefas juntamente com as suas mães (na roça, em casa, no rio e cuidam das crianças pequenas) (NUNES, 2011).

Quando as crianças brincam de imitar os adultos fazendo corridas de buriti com paus substituindo os troncos, apostando corridas simples (como os meninos em cerimônia de iniciação), lutando de mentira e dançando como os mais velhos, estão vivenciando a fase em que tomam consciência das distinções importantes na vida dos Xavante como, meninos e meninas, pessoas da mesma idade e mais velhas, consanguíneos e afins (MELCHIOR, 2008).

MELCHIOR (2008) interpreta as brincadeiras das crianças como uma forma de interação entre elas que continuamente estão “(...) relacionando entre si, aprendendo e ensinando mutuamente, que é transmitido de um modo extremamente espontâneo e de forma singular” (p.41).

O espaço da criança dentro da aldeia não é delimitado porque sua inserção é um processo que se dá por ela mesma, espontaneamente. A sua participação na vida adulta se dá pelo processo oferecido no meio interno da aldeia e o saber e o ouvir são praticados cotidianamente entre as crianças Xavante, que sempre estão ao lado dos adultos...

(...) mesmo quando os anciãos se reúnem no centro da aldeia, “Warã”, para discutirem assuntos próprios do grupo, ou até mesmo para dar conselhos ou tomar decisões. (...) A criança cresce participando de uma forma simples, sem obrigações determinadas, só pelo simples fato de estar próxima dos mais velhos da aldeia (MELCHIOR, 2008, p.49).

O nome é dado aos watebreimi e b'aono no primeiro ou segundo ano de vida não é problema algum, pois durante este tempo, são chamados por um termo de parentesco ou por

“menino” ou “menina”. Nomes que, fora do sistema de nomeação<sup>6</sup>, normalmente são transferidos do tio materno para a criança, não têm um significado maior. Já as meninas recebem o nome em cerimônia pública pelos representantes da comunidade (MAYBURY-LEWIS, 1984).

A proposta de analisar a vulnerabilidade programática da atenção à saúde da criança Xavante no polo base Marãiwatsédé, suscita questões fundamentais para a condução deste estudo, são elas: (1) de que forma está organizada a atenção à saúde no polo base Marãiwatsédé? (2) quais são as dificuldades ou limitações encontradas durante a realização das ações de saúde, especialmente no que se refere à atenção à criança Xavante, problemas que podem caracterizar condições de vulnerabilidade programática e individual? (3) o contexto social evidenciado, reflete condição de vulnerabilidade social? (4) que elementos do contexto social podem interferir nas condições de saúde do Povo Xavante de Marãiwatsédé?, e (5) considerando o conflito vivido pelos Xavante de Marãiwatsédé no processo de ocupação/desintrusão de suas terras, quais são as repercussões na saúde e na vulnerabilidade social?

---

<sup>6</sup> MAYBURY-LEWIS (1984) explica que há certos nomes que têm “conexão com cargos especiais” ou quando assim os que recebem o nome devem a partir de então, desempenhar suas respectivas funções.

## **2 OBJETIVOS:**

### **2.1 GERAL:**

Analisar a vulnerabilidade programática da atenção à saúde da criança Xavante menor de cinco anos, no polo base Marãiwatsédé, em 2012 e 2013.

### **2.2 ESPECÍFICOS:**

2.2.1 Caracterizar a atenção à saúde realizada no polo base Marãiwatsédé;

2.2.2 Identificar aspectos relacionados à vulnerabilidade programática e individual na atenção à saúde da criança;

2.2.3 Caracterizar a vulnerabilidade social do Povo Xavante de Marãiwatsédé segundo o processo de ocupação/desintrusão na Terra Indígena Marãiwatsédé.

### 3 METODOLOGIA E PROCEDIMENTOS

O estudo “Vulnerabilidade programática da atenção à saúde da criança Xavante no polo base Marãiwatsédé” faz parte de uma pesquisa mais ampla intitulada “Avaliação de saúde e do nível de contaminação ambiental por agrotóxicos na população, em águas e solos da Terra Indígena Marãiwatsédé, Mato Grosso” desenvolvida pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso (ISC/UFMT) e coordenada pelo Professor Drº Wanderlei Antonio Pignati.

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

Esta pesquisa pretendeu se aprofundar em questões pertinentes à atenção à saúde de crianças Xavante menores de 5 anos no polo base Marãiwatsédé, identificando aspectos relacionados à vulnerabilidade programática, individual e social a partir do processo de ocupação e desintrusão de terra indígena.

Utilizamos o estudo de caso por se tratar de um delineamento de pesquisa que preserva o caráter unitário do fenômeno pesquisado, investiga um fenômeno contemporâneo, não separa o fenômeno de seu contexto (GIL, 2009).

Segundo GIL (2009), o estudo de caso possibilita estudar o fenômeno em profundidade requerendo a utilização de múltiplos procedimentos de coleta de dados e, estabelecendo ligações causais entre intervenções e situações da vida real. Permite ainda, verificar a coerência estrutural e/ou temporal das relações no contexto em que uma situação ocorre, observando as maneiras de interpretá-lo no sentido e na relevância de algumas situações-chave resultantes de uma dada intervenção.

Para YIN (2005), o estudo de caso é uma estratégia de pesquisa que contribui para o conhecimento dos fenômenos individuais, organizacionais, políticos e de grupos. São fenômenos intrínsecos em contextos da vida real estudados por este tipo de pesquisa o que para o autor, favorece a compreensão dos fenômenos sociais.

### 3.2 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO

O estudo foi realizado no polo base Marãiwatsédé localizado na aldeia e terra indígena do mesmo nome, localizada a 1.010 km de Cuiabá, na região Leste do estado de Mato Grosso, Amazônia Legal. Com uma área estimada em 165.241 ha, a Terra Indígena Marãiwatsédé faz divisa com os municípios Alto Boa Vista, Bom Jesus do Araguaia e São Felix do Araguaia, localizados no estado de Mato Grosso (ISA, 2015).

Habitavam a aldeia Marãiwatsédé em 2012, 781 e em 2013, 766 indígenas do Povo Xavante (Tabela 1).

**Tabela 1** População por sexo e faixa etária. Aldeia Marãiwatsédé, 2012 e 2013.

Faixa etária/Sexo Ano	0-4 a		5-9 a		10-14a		15-19a		20-59a		60-79a		80+		Total	
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
2012	73	66	84	66	64	63	49	37	114	129	3	2	19	12	406	375
2013	88	85	76	61	55	59	44	28	111	125	2	1	19	12	395	371

Fonte: Relatório de Cobertura Vacinal/ SIASI/DSEI Xavante (2013).

O polo base Marãiwatsédé é parte integrante da estrutura organizacional do DSEI Xavante, juntamente com mais cinco polos base, duas Casas de Saúde do Índio e 24 unidades de saúde, distribuídos no território distrital. O DSEI abrange uma extensão territorial de 1.327.186 ha. No geral as terras indígenas pertencentes ao Povo Xavante estão situadas em 10 áreas distintas, englobando 234 aldeias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014b). A população Xavante totalizava, em 2013, 17.388 habitantes (SESAI, 2015).

As informações citadas acima fazem parte de um estudo realizado no período de 2012 e 2013, período durante o qual se efetivou a retirada dos não indígenas da Terra Indígena Marãiwatsédé. Tal operação foi realizada pela Força Nacional de Segurança nos meses de dezembro de 2012 e janeiro de 2013, considerado, portanto, um período crítico para o Povo de Marãiwatsédé (MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, s/d).

### 3.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA, ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Três reuniões foram realizadas na aldeia Marãiwatsédé, em 2013 e uma delas objetivou a apresentação do projeto em questão. Os depoimentos dos participantes das reuniões foram gravados (mediante a autorização dos participantes) e transcritos pela autora. Informações e observações foram registradas no diário de campo que, após a autorização do comitê de ética, contribuíram sobremaneira com o presente estudo.

Para alcançar o objetivo específico 1 “Caracterizar a atenção à saúde realizada no polo base Marãiwatsédé” procuramos analisar (1) a organização do sistema de atenção à saúde; (2) planificação distrital e local da atenção à saúde; (3) gestão do trabalho (3.1) qualificação dos trabalhadores, (3.2) trabalhadores no contexto da medicina tradicional Xavante, (3.3) relações humanas e trabalho em equipe; (4) localização do polo base e os desafios para a sua implementação e (5) articulação interinstitucional. Os procedimentos adotados envolveram a coleta e análise documental: Relatório de gestão do DSEI Xavante para a área programática de saúde da criança, Plano Distrital de Saúde Indígena Xavante 2012-2015; Plano Local de Saúde Indígena de Marãiwatsédé, escala de trabalho dos profissionais da equipe de saúde e relatório de capacitações realizadas no DSEI em 2012 e 2013. Utilizamos entrevistas semiestruturadas com moradores da aldeia, lideranças indígenas, trabalhadores da saúde, representantes de organizações não governamentais e conselheiro local de saúde indígena. Anotações foram feitas em um diário de campo. As ações de saúde inseridas no Plano Distrital de Saúde Indígena Xavante para o período 2012 a 2015, em relação à Área Programática de Atenção à Saúde da Criança foram analisadas com base no Manual de Atenção à Saúde da Criança Indígena Brasileira (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Este manual trouxe orientações específicas para o cuidado com crianças indígenas especialmente no que se refere ao nascimento e acompanhamento da criança em seu crescimento e desenvolvimento.

Para o alcance do objetivo 2 “Identificar aspectos relacionados à vulnerabilidade programática e individual na atenção à saúde da criança”, os elementos analisados foram: (1) atenção à

saúde do recém-nascido; (2) vigilância alimentar e nutricional das crianças menores de cinco anos; (3) visitas domiciliares; (4) vacinação em menores de 5 anos de idade; (5) ações educativas no contexto da saúde bucal e outros temas; e no item (6) a mortalidade perinatal, infantil e em menores de cinco anos. Os procedimentos adotados foram: análise dos dados secundários como indicadores de cobertura vacinal para o período estudado; relatórios de atividades educativas e de visitas domiciliares; planilhas (sexo, peso e idade) do Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena (SIASI), complementados com as anotações da equipe de saúde do polo base Marãiwatsédé.

Em se tratando das coberturas vacinais, as mesmas foram extraídas dos relatórios de cobertura vacinal 2012 e 2013 do SIASI/DSEI Xavante, porém, para as vacinas Influenza, Rotavírus humano e Varicela, novo cálculo de cobertura vacinal para a população menor de cinco anos foi refeito, visando a somas de todas as faixas etárias menores de cinco anos estratificadas, como também para as doses administradas.

No que se refere a análise da vigilância alimentar e nutricional das crianças < de 5 anos foram calculados os escores-z para o índice antropométrico peso-para-idade (P/I) que expressa a relação entre a massa corporal e a idade cronológica da criança, como o recomendado pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 1995) e adotado pelo Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2011c, p. 14).

A classificação do peso-para-idade foi realizada com base nas curvas da OMS para crianças menores de cinco anos de idade (WHO, 2006) nos pontos de corte adotados (Quadro 1).

**Quadro 1** Pontos de corte em Escore-z e classificação nutricional de peso para idade.

Pontos de corte em Escore-z	Classificação nutricional
< Escore-z -3	Muito baixo peso para a idade
≥ Escore-z -3 e < Escore-z -2	Baixo peso para a idade
≥ Escore-z -2 e ≤ Escore-z +2	Peso adequado para a idade
> Escore-z +2	Peso elevado para a idade

Fonte: WHO (2006).

Para a conversão dos valores antropométricos (peso-idade) em Escores-z utilizou-se o programa WHO – Anthro, software desenvolvido pela World Health Organization (WHO, 2015). Elegemos o mês de outubro para os dois anos de estudo (2012 e 2013), por ser

um dos meses que apresentou maior número de crianças acompanhadas. Em se tratando da sazonalidade, a escolha do referido mês foi mais um ponto considerado para a análise nutricional, pois, é em outubro que as chuvas estão se iniciando naquela região, o que pode contribuir para o aumento de agravos de veiculação hídrica.

A taxa de mortalidade perinatal (TMP) e de menores de 5 anos (TM<5anos) foi calculada em bloco bianual (2012 e 2013) e a taxa de mortalidade infantil (TMI) em bloco quadrienal (2010 a 2013) e bianual (2012 e 2013), seguindo orientações de SOUZA E SANTOS, 2001, que ressaltaram a necessidade de agrupar os valores em blocos maiores, visando à redução da volatilidade demográfica.

Os dados de óbitos e de nascidos vivos para a TMI foram coletados em agosto de 2013 em um arquivo com planilhas do SIASI, digitalizadas, e nos arquivos do polo base.

Ressaltamos que a limitada disponibilidade de equipamentos adequados como balança e régua antropométrica para a verificação das medidas peso/idade, pode ter comprometido a qualidade dos dados analisados.

Para o alcance do objetivo específico 3 “Caracterizar a vulnerabilidade social do Povo Xavante de Marãiwatsédé consequente ao processo de ocupação/desintrusão de suas terras”, procuramos obter informações nos seguintes aspectos, oferta hídrica por meio do sistema de distribuição de água e córrego; da oferta de alimentos, por meio da produção na própria aldeia e cestas básicas disponibilizadas pelo Governo Federal. Os procedimentos adotados incluíram: entrevistas semiestruturadas, registro fotográfico, resultado de análise para resíduo de agrotóxico na água.

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas pela própria autora, em domicílios localizados na aldeia e no polo base. Foram realizadas dezessete entrevistas. As categorias dos entrevistados foram selecionadas anteriormente, porém a participação dos entrevistados só foi possível por sua disponibilidade e presença na aldeia, no período em que lá permanecemos (Quadro 2). Limitações durante os trabalhos estão relacionadas à pequena participação das mulheres Xavante nas entrevistas.

Depoimentos de quatro participantes incluindo, um gestor municipal, um morador da aldeia, um profissional de saúde e uma liderança indígena, foram gravados pela equipe do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) e transcritas pela autora, por ocasião das reuniões realizadas na aldeia para a apresentação do projeto à comunidade e lideranças indígenas.

**Quadro 2** Número de entrevistados por categoria, aldeia Marãiwatsédé, 2015.

<b>Categoria</b>	<b>Número</b>
Conselheiro local de saúde indígena	1
Liderança indígena	4
Morador da aldeia Marãiwatsédé	4
Professor indígena	1
Representante ONG e Igreja	2
Trabalhador da saúde	5
Coordenador da pesquisa <sup>7</sup> – ISC - UFMT	1

Fonte: Elaborado pela autora, 2015.

Ao inserirmos os depoimentos no texto, utilizamos uma codificação segundo categorias e número, apresentadas no quadro acima.

As entrevistas foram gravadas em gravador digital, transcritas e estão mantidas, a princípio, sob a guarda da pesquisadora e após a conclusão do mestrado serão guardadas sob a responsabilidade do projeto “Avaliação de saúde e do nível de contaminação ambiental por agrotóxicos na população, em águas e solos da Terra Indígena Marãiwatsédé, Mato Grosso”, no ISC/UFMT.

### 3.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto foi aprovado e autorizado, inicialmente, em 2013, pela Liderança Damião Paridzané, representante do Povo Xavante de Marãiwastédé. Além da autorização da liderança indígena o projeto foi autorizado pelo coordenador do DSEI Xavante da época, Sr. Luiz Soares.

O projeto “Avaliação de saúde e do nível de contaminação ambiental por agrotóxicos na população, em águas e solos da Terra Indígena Marãiwatsédé, Mato Grosso” foi enviado em janeiro de 2014 ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário

<sup>7</sup> “Avaliação de saúde e do nível de contaminação ambiental por agrotóxicos na população, em águas e solos da Terra Indígena Marãiwatsédé, Mato Grosso” – ISC- UFMT.

Júlio Müller (HUJM)/UFMT e à FUNAI, conforme a Instrução Normativa nº 01 da Presidência da FUNAI de 1995, que aprova as normas que disciplinam o ingresso em terras indígenas com a finalidade de desenvolver pesquisa científica.

Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Müller (CEP-HUJM) conforme Parecer nº 939.030 de 27/01/2015 (incluída a aprovação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP), iniciamos as entrevistas semiestruturadas, utilizando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para cada um dos participantes.

## **4 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **4.1 ATENÇÃO À SAÚDE NO POLO BASE MARÃIWATSÉDÉ – CARACTERÍSTICAS E VULNERABILIDADES**

#### **4.1.1 Vulnerabilidade programática e a organização do sistema de atenção à saúde no Polo Base Marãiwatsédé**

O polo base é responsável pela implementação da atenção à saúde da população local, na aldeia, pela articulação com as referências municipais do SUS daquela região e pelos trabalhos administrativos e operacionais necessários para a realização das atividades da equipe de saúde local. O polo base Marãiwatsédé caracteriza-se como polo base tipo I que, em sua estrutura física instalada na aldeia, deve apoiar técnica e administrativamente a equipe de saúde e executar as atividades de assistência à saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014a).

Foi instituído pelo DSEI Xavante em 2004, quando o Povo Xavante de Marãiwatsédé retornou a terra de origem e a partir de então, passou a ser o local da atenção prestada à saúde. Até 2013 suas instalações eram precárias e foram alvo de denúncia em jornais da região, quando a SESAI, então construiu uma nova estrutura física (Figura 7).

**Figura 7** Polo Base Marãiwatsédé (frente) e alojamento da EMSI, 2013.



Fonte: Acervo do Instituto de Saúde Coletiva – UFMT  
Autora: Viviane Francischini Fagundes

A atenção à saúde desenvolvida pelo polo base tem como referência as determinações elencadas no plano distrital e local de saúde indígena. São ações de vigilância alimentar e nutricional, saúde da mulher, imunização, controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Hepatites Virais, HIV e Aids, vigilância ambiental, atenção à saúde mental, ações de saúde bucal, controle da Leishmaniose, Tuberculose e Hanseníase e ao paciente portador de Doenças e Agravos não Transmissíveis (DSEI XAVANTE, 2012).

As atividades administrativas realizadas no polo estão voltadas para a garantia e operacionalização das ações de saúde como planejamento das ações de saúde, gerenciamento de material médico, odontológico e de enfermagem, elaboração de relatórios referentes ao sistema de informação com coleta, sistematização e análise dos dados e agendamento das consultas e dos exames especializados, nas referências municipais, entre outros.

Os trabalhos administrativos desenvolvidos pela equipe de saúde, guarda suas especificidades e, cada profissional, realiza as demandas necessárias às ações sob sua responsabilidade. Os documentos oficiais são elaborados e encaminhados pelos profissionais da enfermagem e AIS e as atividades específicas de atenção à saúde no polo base são previamente definidas e agendadas pela equipe.

O atendimento ambulatorial é realizado pela equipe de saúde que permanece diariamente na unidade, com carga horária trabalhada superior a 40 horas semanais. Além da demanda espontânea o atendimento ambulatorial se traduz no acompanhamento da

enfermagem ao pré-natal, acompanhamento nutricional das crianças com até 60 meses de vida com atenção especial àquelas de peso baixo e aqueles em tratamento de Leishmaniose Tegumentar Americana, no atendimento dos exames de prevenção do câncer e mama, entre outros.

Segundo a PNASPI, é nos polos base que a maioria dos agravos de saúde é resolvida pela equipe multidisciplinar de saúde, como consultas médicas e de enfermagem, coleta de material para exames laboratoriais, investigação epidemiológica, entre outras (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014a).

Em se tratando da atenção diferenciada, para LANGDON E DIEHL (2007) o agente indígena, ganhou destaque, como membro da comunidade, ao exercer o papel de mediador entre os saberes tradicionais e os conhecimentos da medicina ocidental. As ações do agente indígena no polo base Marãiwatsédé tem se pautado em exercer funções como o acompanhamento do peso das crianças, elaboração de relatórios, visitas domiciliares entre outras atividades de sua competência.

Entre os agravos atendidos ocorrem os encaminhamentos às referências do SUS localizadas nas regiões de Água Boa e Barra do Garças,

principalmente em busca de outras intervenções que vão além dos trabalhos desenvolvidos no polo base. Estas ações estão vinculadas à agendamentos com as centrais de regulação municipais, regionais e estadual, como é o caso das consultas especializadas, exames laboratoriais, de radiodiagnóstico nas referências municipais de saúde (Trabalhador da saúde 6, 2015).

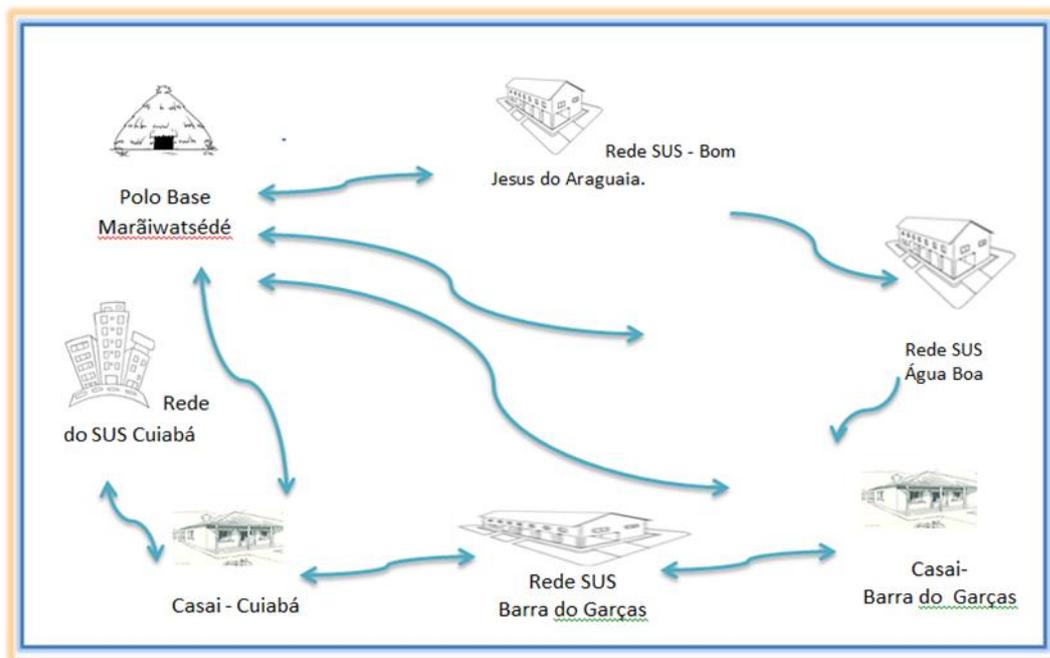
Os atendimentos realizados nas referências requer o agendamento nos municípios e compete ao profissional da enfermagem viabilizar consultas especializadas, exames laboratoriais e de radiodiagnóstico, na rede SUS.

A equipe de saúde local conta com o apoio dos profissionais de saúde das Casas de Saúde do Índio localizadas em Barra do Garças e em Cuiabá (470 e 1.010 km respectivamente, da aldeia Marãiwatsédé), no que se refere aos agendamentos de outros procedimentos como: cirurgias eletivas, atendimentos hospitalares e atendimentos hospitalares de média ou alta complexidade. “As casas de apoio à saúde indígena localizadas em Barra do Garças e Cuiabá dão suporte técnico e operacional aos usuários e familiares, quando os pacientes estão em tratamento na rede SUS, dos municípios onde elas estão

localizadas” (Trabalhador da Saúde 2, 2015). O deslocamento dos pacientes e acompanhantes é via terrestre, geralmente com o carro utilizado pela equipe de saúde e/ou ônibus.

Desde os primeiros atendimentos, o fluxo de referência e contra referência do polo base Marãiwatsédé às redes municipais de saúde é o formalmente indicado pelos trabalhadores de saúde ou “fluxo formal” que segundo WEISS e BORDIN (2013), tem como ponto de partida a rede de atenção básica, obedecendo aos processos de agendamento de consultas, exames e procedimentos (Figura 8).

**Figura 8** Fluxo das referências e contra referências do polo base Marãiwatsédé.



Fonte: Trabalhador de Saúde 2 (2015)

O território de Marãiwatsédé abrange as áreas dos municípios de Alto da Boa Vista, Bom Jesus do Araguaia e São Félix do Araguaia na microrregião Norte Araguaia, no estado de Mato Grosso. Mas é o município de Bom Jesus do Araguaia (há 50 km da aldeia) uma das primeiras e principais referências na atenção à saúde daquela população, que oferece consultas médicas, exames laboratoriais e exames de radiodiagnóstico, em especial, ultrassonografia. O atendimento em Bom Jesus do Araguaia é particular e o município paga por ele, “Bom Jesus não tem um laboratório municipal, eles têm um laboratório que é licitado, particular e o próprio município paga” (Trabalhador da saúde 6, 2015).

Para os atendimentos de média e alta complexidade, as referências utilizadas são do SUS de Água Boa (250 km da aldeia), especificamente o seu Hospital Regional, e de Barra do Garças, o Complexo Hospitalar Garças-Araguaia, laboratórios e clínicas de radiologia conveniadas ao SUS. Em Cuiabá são hospitais, ambulatórios especializados e clínicas de radiologia. Outras referências são utilizadas fora dos limites do estado, como Goiânia e Brasília que respondem também pelo atendimento de média e alta complexidade (DSEI XAVANTE, 2012).

Problemas em relação à baixa resolutividade da rede SUS, na média complexidade e nos serviços especializados e de apoio diagnóstico e terapia na região de Água Boa, Barra do Garças e Cuiabá, tais como: demora no agendamento e realização dos procedimentos referentes a exames de ultrassonografia e consultas especializadas, e contribuem para o aprofundamento dos problemas de saúde dos Xavante de Marãiwatsédé.

Em se tratando da alta complexidade o problema está no difícil acesso da família ao paciente internado na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e informações relacionadas ao seu quadro clínico, devido à distância entre o município em que o paciente foi regulado e a aldeia de residência. Há precariedade no processo de comunicação entre o serviço e a família, seja por parte da gestão estadual do SUS, seja pela distrital de saúde indígena.

No atendimento referem a discriminação étnica, por parte dos profissionais e gestores dos serviços de referência da região. Este fato tem sido evidenciado por Xavante de Marãiwatsédé e por profissionais da equipe local de saúde, principalmente após o retorno em sua terra, em 2004, acirrado pelo processo de desintrusão dos não indígenas, em 2012. Foram inúmeras as situações ocorridas na época em que os indígenas adentraram em território, no ano de 2004. Em 2012 houve um maior acirramento do problema devido à desintrusão, discriminação étnica que persiste até os dias atuais. Talvez este seja o maior dos desafios a ser vencido pelos Xavante de Marãiwatsédé.

Nos primeiros meses de 2012, os Xavante de Marãiwatsédé enfrentaram muitos problemas em relação aos encaminhamentos e atendimentos de pacientes nas referências municipais, em decorrência do processo de desintrusão instalado na terra indígena. Alguns municípios à época, não aceitavam receber e atender os pacientes procedentes de Marãiwatsédé, conseqüentemente muitas crianças deixaram de ser atendidas e até mesmo removidas, para a referência mais próxima. Recorrentemente a própria família preferia manter a criança na aldeia, por questão de segurança, temendo pela sua vida, seja pelos riscos nas

estradas da região, até mesmo pelo atendimento em hospitais e unidades de saúde próximas à aldeia. Tais atitudes decorrem da desconfiança sobre os não indígenas, moradores daquela região, os quais demonstravam-se contrários a devolução da Terra Marãiwatsédé aos indígenas.

Notícias circularam na Internet acerca do descaso e hostilidade dos profissionais, que recusavam atender o Povo de Marãiwatsédé,

Em maio de 2012, os Xavantes denunciaram ao Ministério Público Federal em Mato Grosso (MPF-MT) que as unidades de saúde dos municípios mais próximos à aldeia, como São Félix do Araguaia, Alto Boa Vista, Bom Jesus do Araguaia, Ribeirão Cascalheira, Canarana e Água Boa frequentemente boicotam o atendimento aos indígenas. Denúncia reforçada recentemente pelas técnicas de enfermagem em carta enviada ao MPF (PERES, 2013).

Além dos usuários, os profissionais de saúde do polo base Marãiwatsédé sofreram restrições ao referenciar os pacientes para serviços de média complexidade, naqueles municípios,

Só conseguimos vaga de internação para os Xavante em Água Boa. Outro dia tive que pedir uma ambulância para a prefeitura de Bom Jesus do Araguaia e como resposta a Secretaria Municipal de Saúde me disse que seria ‘a primeira e a última vez que mandaria uma ambulância’, pois o município não recebe nenhum recurso para cuidar de índio. Os índios são discriminados e nós, como profissionais de saúde, também, relata Lucia Nunes, técnica de enfermagem que trabalha no Polo Base Marãiwatsédé (PERES, 2013)

A mesma preocupação com a insegurança, devido ao processo de desintração foi relatada pela liderança indígena,

Tá acontecendo isso [...] mês de maio ou junho, mês da desintração da área, por causa dos fazendeiros, eu perdi três minhas netas, então eu senti bem naquele ano que eu sou ameaçado de morte. Por causa disso eu perdi no mesmo mês três minha netas”. (Liderança indígena 1, 2013).

Estas dificuldades são recorrentes no presente, pois alguns municípios insistem em dificultar o atendimento, na média complexidade, à população Xavante de Marãiwatsédé, como é o caso de:

(...) Ribeirão Cascalheira, às vezes quando eu to saindo com paciente aqui, principalmente gestante em trabalho de parto, entro com ela lá, porque eu quero saber como que ela tá, se dá tempo pra chegar com ela em Água Boa né? Muitas das vezes, o médico nem olha essa paciente, sabe. Doutor, mas eu preciso que o senhor olhe essa paciente pra mim, eu tenho uma hora e pouco pra chegar em Água Boa. Não, mas eu não tenho como eu olhar, nem adianta eu olhar porque eu não vou fazer o parto dela. E ai eu tenho que descer dez e meia, onze horas, meia noite, uma hora da manhã com ela para Água Boa, mas eu passo todas as vezes lá, porque se acontecer alguma coisa, é lógico que eu tenho como me justificar, porque eu acho que o certo é a gente entrar no próximo hospital que tem (...) (Trabalhador da saúde 6, 2015).

No município de Água Boa, no hospital regional a hostilidade é observada:

Então, uma vez eu cheguei lá duas horas da manhã com uma gestante passando mal. Ai eu falei: ó eu estou com uma gestante em trabalho de parto, eu preciso que o médico nos atenda, ela está ganhando neném. O médico veio, falou assim, “mas só podia ser índio e da aldeia né de Marãiwatsédé porque me atrapalha, cara eu tava dormindo”. (...) Ai, atendeu a nossa gestante, ela ganhou neném deitada na maca, não chegou nem a passar para a cama ginecológica. Eu acompanhei, eu entrei com ela, não deu tempo nem...mal a médica pôs uma luva para conseguir pegar a criança. Porque o bonito do médico não podia levantar para atender a emergência. Eles falam isso, é índio, é... veio da aldeia, uma hora dessa. Eles acham que eu tenho que esperar amanhecer o dia para tirar minha gestante daqui? Porque eu falei: doutor eu ando trezentos quilômetros, são trezentos quilômetros de lá até aqui. Não tem que esperar (Trabalhador da saúde 6, 2015).

Diante da situação foi realizada uma reunião entre a Promotoria de Justiça e o Hospital Regional de Água Boa com a finalidade de coibir tais discriminações. “Teve uma reunião lá com o doutor, o promotor de justiça, o doutor Wilson, e diz que, a reunião foi uma reunião assim, bem pesada. Ele deu assim mesmo, um parecer, ou vocês tratam os índios como gente, ou que as coisas teriam que mudar porque estava demais” (Trabalhador da saúde 6, 2015).

O ambiente de hostilidade por parte de comunidades vizinhas da terra indígena ainda tem sido uma constante nos dias atuais, dificultando, para o Povo de Marãiwatsédé, o trânsito fora de seu território, restringindo o acesso aos locais como banco, estabelecimentos de venda de alimentos, entre outros. No âmbito da atenção à saúde, referências municipais se mostram indiferentes aos pacientes encaminhados pela equipe de saúde, quando não omissas à atenção que obrigatoriamente deveriam prestar.

Para a OMS (2001) a discriminação no sistema de saúde é um efeito de segregação contra as minorias e este tipo de situação pouco é discutido nas referências de saúde disponíveis. Segundo o organismo internacional, “sin embargo, es posible que en algunos casos los sistemas de salud también caigan en el mismo estereotipo que existe en el conjunto de la sociedad, reforzando así, cuando no agravando, la discriminación” (p.10). Neste sentido existe reconhecimento da necessidade de sensibilizar e capacitar os profissionais de saúde sobre os direitos humanos, enfatizando a necessidade de eliminar atos de discriminação, abordando este assunto em todas as dimensões das práticas de saúde desenvolvidas (OMS, 2001).

A OMS (2011) confere aos Direitos Humanos o princípio da ausência de discriminação e à responsabilidade governamental, a garantia da igualdade de proteção, conforme o estabelecido pela legislação:

El respeto de los derechos humanos se distingue y caracteriza por el principio de la ausencia de discriminación. La responsabilidad gubernamental encuan to a la no discriminación incluye el asegurar la igualdad de protección y de oportunidades de conformidad con la ley, y el goce efectivo de derechos como el de la salud pública, la atención médica, el seguro social y los servicios sociales (OMS, 2001, p.6).

Em relação ao fluxo de referência para o atendimento de crianças, havia insatisfação por parte da comunidade indígena em 2013. Anteriormente a organização do Subsistema de Saúde Indígena as crianças eram encaminhadas da aldeia para as CASAIS e dependendo da gravidade do quadro clínico, eram encaminhadas aos serviços de referência de Goiânia e Brasília. As condições do atendimento de média e alta complexidade destes municípios eram mais favoráveis aos indígenas, do que aquelas de Cuiabá e Cáceres, como observa um líder indígena:

(...) o que a gente tá também achando ruim, que não fica bom pra mim e não fica bom pra comunidade, tem três lugares pra encaminhar paciente: a Barra sim, porque lá é central, se não conseguir recuperar a saúde do índio, principalmente no regional de Água Boa, aí vai paciente ser encaminhado para Barra do Garças, lá tem parente nosso, então tá bom. O que não gostei de dois lugares, dois caminhos Cuiabá, em Marãiwatsédé não aceitamos encaminhar pacientes para Cuiabá, a segunda preferência nossa é Goiânia ou Brasília, porque Brasília tem recurso lá, o que não dá certo é encaminhar para Cuiabá e Cáceres (...) (Liderança indígena 1, 2013).

A distância entre a aldeia Marãiwatsédé e o município de Cáceres é de aproximadamente 1.300 km, o que dificulta consideravelmente a família visitar e acompanhar a evolução do paciente internado na alta complexidade. Como expressa o conselheiro local de saúde:

(...) para o nosso paciente é difícil, é longe, muito longe, não tem como que a gente ir, porque o paciente, que a gente fala, encaminha pra Cáceres, você encaminha pra Cáceres, cidade não conhece, é fronteira de Bolívia, né? Então pra nós é difícil não tem como a gente ir pra encaminhar. Pode ser Cuiabá, pode ser Brasília, a gente quer o pai quer, mas é o doutor, o próprio médico que encaminha (Liderança indígena 1, 2015).

O fluxo estabelecido obedece pactuações municipais, regionais e estadual no que se refere à média e alta complexidade. Neste caso, o município de Cáceres é uma das referências do SUS, no Mato Grosso, para os pacientes com necessidades de internação em UTI.

Por Água Boa não ter UTI e todos pacientes que eu recebo em acompanhamento foi na UTI pediátrica e neonatal de Cáceres. Aí quando tem um paciente muito grave Água Boa chama UTI aérea ai a gente vai pra Cáceres ou Cuiabá. (...) É, ai vai pela regulação, onde tiver a vaga, até Tangará da Serra eu já vi. Eles não gostam porque sabem que quando vão pra lá está grave, aí o que eles alegam, quando vai pra lá vai morrer. Mas quando vão pra lá é porque está grave (Trabalhador da saúde 2, 2015).

No caso específico da UTI pediátrica e neonatal, em Cuiabá e Brasília é importante lembrar, a existência de Casa de Saúde do Índio, um local em que as famílias podem ficar alojadas e acompanhar a evolução do paciente. Diferente de Cáceres e Tangará da Serra que inexistente tal espaço.

Em novembro de 2013, o município de Bom Jesus do Araguaia foi considerado, pela comunidade, importante referência municipal utilizada. Reivindicações de apoio financeiro da SESAI ao município de Bom Jesus do Araguaia para ampliar e melhorar a qualidade dos atendimentos prestados aos Xavante de Marãiwatsédé foi reiterada por liderança local e até o momento da reunião, nenhuma resposta havia sido pronunciada pela SESAI ou DSEI, conforme relato do morador:

[...] quero também recordar o pedido do meu irmão cacique Damião ao Antonio Alves, quando ele esteve aqui na aldeia: “nós queremos atendimento e o recurso de saúde da SESAI de Brasília para o nosso município que seria Bom Jesus do Araguaia, recurso para atendimento como, por exemplo, comprar medicamentos, atender no município mesmo, levar paciente doente, porque ir até Barra do Garças é longe daqui. Para a emergência, Água Boa é distante daqui. Agora o resultado, vou insistir nesta palavra o resultado, o repasse não voltou para Marãiwatsédé, não veio a resposta dessa fala do meu irmão cacique de Marãiwatsédé, né? E seria talvez a solução imediata para a comunidade daqui de Marãiwatsédé. (Morador da aldeia Marãiwatsédé 1, 2013).

A aproximação da gestão municipal de saúde de Bom Jesus do Araguaia com o Povo de Marãiwatsédé reforça a assistência prestada pela equipe de saúde do município. Para a gestora municipal o atendimento prestado ao Povo de Marãiwatsédé tem um significado importante e até histórico,

Hoje, eu estou como gestora, e me sinto muito honrada de poder estar contribuindo com Marãiwatsédé de alguma forma. Eu me criei aqui, cacique conhece meu pai, moro aqui há muitos anos desde 2003. Quando ele mudou aqui, no posto aqui, antes do Posto da Mata a gente já morava, eu aprendi a andar na Suiámissú. Eu vejo uma oportunidade histórica para minha vida de poder contribuir com Marãiwatsédé hoje como gestora, só que sozinha a gente não faz [...]. Nossa primeira porta de entrada é o distrito, é o único contato que a gente tem e eu quero contar com um laço estreito de comunicação para isto, para facilitar os serviços da população indígena. (Gestora municipal de saúde, 2013).

Em se tratando dos problemas na média e alta complexidade, segundo estudos realizados por SCATENA et al. (2014) sobre a saúde ofertada pelas referências municipais do SUS, verificaram que a assistência especializada em 2010 no estado de Mato Grosso, concentrou 41,4% dos serviços de saúde e deste percentual, 88,1% eram públicos. Para os autores estes valores eram maiores que os da região Centro Oeste (64,8%) e Brasil (59,8%). No entanto, existe na oferta dos serviços especializados pelo SUS grande variação entre as regiões mato-grossenses, que vai de 0,7% em Água Boa, uma das principais referências dos Xavante de Marãiwatsédé, até 125,8% em Sinop, traduzida pelos autores como “uma desigualdade regional dessa oferta” (p.153).

Os Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapia (SADT) no mesmo ano apresentou, para o estado, o percentual de 42,4% da oferta existente, este valor é superior à região Centro Oeste (32,8%) e ao país (32,3%). Das dezesseis regiões do estado de Mato Grosso, Água Boa

é a que apresentou o terceiro menor percentual (25%) de estabelecimentos públicos com oferta deste tipo de atendimento, seguida da Baixada Cuiabana (12,5%) e Cáceres (10,0%) (SCATENA et al., 2014).

Essas informações demonstram que as dificuldades encontradas no atendimento das especialidades e SADT da região de Água Boa é uma realidade não só para os indígenas, mas também, para os demais usuários da região.

AYRES et al. (2003) defende que a análise da vulnerabilidade programática volta-se para os recursos sociais que as pessoas necessitam para não estarem expostas aos agravos, mas, protegidas de forma efetiva e democrática. Para o autor essa dimensão da vulnerabilidade deve se colocar alerta e preocupada com os problemas e com o modo de enfrentá-los nas diversas questões que os envolvem: planejamento, recursos, capacidade, gerência e avaliação, de modo a garantir intervenção nas razões sociais que expõem os indivíduos aos agravos.

Em se tratando dos direitos adquiridos à integralidade e acesso aos serviços de média e alta complexidade, LANGDON (1999) considerando a vulnerabilidade da situação de saúde dos povos indígenas e suas especificidades, recorre a garantia estabelecida pela Constituição Federal de 1988 a respeito da atenção integral e diferenciada à saúde destes povos.

A Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, em seu artigo 2º estabeleceu que “saúde é um direito fundamental do ser humano devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”. Em se tratando do atendimento prestado pelas referências municipais da região de Água Boa, há muito a avançar na garantia de resolutividade com equidade e, sobretudo respeito às diferenças sociais e culturais existentes no estado de Mato Grosso (BRASIL, 1990b).

A lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999 assegura aos povos indígenas a retaguarda e referência do SUS aos DSEI com garantia do direito ao atendimento, sem discriminações. Para isso prevê adaptações na estrutura e organização dos serviços do SUS nas regiões com populações indígenas residentes (BRASIL, 1999).

Sob o olhar constitucional a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, instituída pela Portaria nº 254/2002 /MS, garante acesso integral à saúde conforme princípios e diretrizes do SUS, contemplando a diversidade cultural, histórica, social e

geográfica de modo a superar os fatores determinantes à vulnerabilidade desses povos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002a).

Para SANCHEZ (2007) o conceito ampliado de vulnerabilidade na saúde coletiva infere que as práticas do cuidado não devem estar somente voltadas para o contexto individual, mas, sobretudo, ao aspecto coletivo, no qual é possível apoiar os sujeitos sociais quanto aos seus direitos e os desafios a serem enfrentados e concretizados.

#### 4.1.2 Dificuldades do Polo Base Marãiwatsédé segundo as lideranças indígenas

A ausência de infraestrutura do polo base, a ausência de diálogo entre a gestão distrital e lideranças no sentido de tomada de decisões e a dupla função do profissional enfermeiro, são problemas fundamentais relacionados ao polo base Marãiwatsédé, conforme a posição de uma das lideranças,

(...) acho que isso é um desrespeito né? Isso é um desrespeito para a comunidade, porque a nossa intenção era funcionar na cidade, porque lá tem internet, porque lá tem computador e equipamento, e aqui nós estamos sem energia, sem equipamento, ainda foi criado o polo base junto com a unidade de saúde, então isso, é injustiça. Porque nós edifica vê se polo base é criado na aldeia, porque ali tem força, o que é a força? É articulação. No hospital, a parte de logística, o polo base é pra isso, e aqui? O chefe coloca como enfermeira e ao mesmo tempo como chefe do polo base, nem consultado nós, nem sabemos que a enfermeira tá como chefe do polo base e no mesmo tempo ela é enfermeira. (...) não vai avançar porque não ta sendo respeitado da nossa maneira que nós queremos funcionamento do polo base, por isso ta, estamos em retrocesso do atendimento da nossa saúde. Isso é a minha resposta. (Liderança indígena 4, 2015).

O mesmo descontentamento acerca das deficiências estruturais encontrada no polo base trouxe a reflexões sobre o sentimento de “vergonha”, por parte de uma das lideranças, quando os problemas não conseguem ser resolvidos in loco:

olha, eu.... eu quero dizer sobre isso, polo base, porque eu tenho muito vergonha com isso, polo base, porque se eu, se tá aqui, tudo na nossa aldeia, se fica aqui dentro da nossa aldeia, o que o polo vai resolver? Então pra mim, portanto, tem que ficar dentro da cidade (Liderança indígena 2, 2015).

A afirmação seguinte revela que o polo base Marãiwatsédé já esteve sediado na cidade de Ribeirão Cascalheira, fato que levou o conselheiro local de saúde solicitar ao coordenador distrital seu retorno para a cidade,

É assim, eu já falei com o Cláudio que polo base tem que fazer reativar, tem que reabrir de novo lá em nosso ponto (...) lá em Ribeirão Cascalheira, já fez documento. Então aqui na aldeia, tem nada a vê pra mim, não tem, se polo base é fundado aqui na aldeia não tem nada, é bom pra... na cidade (...) é assim, precisa reativar, pode ser reabrir lá de novo em Ribeirão Cascalheira (Conselheiro local de saúde, 2015).

Problemas como a falta de energia tem dificultado a operacionalização das ações de atenção à saúde, “A estrutura é nova, desde que eu cheguei não falta medicação, a gente tem problema com falta de energia, que não tem aqui na comunidade, então em relação à estrutura acho que é só isso mesmo” (Trabalhador da Saúde 2, 2015).

Em visita realizada à aldeia em outubro de 2014 observamos que o polo base dispunha de alguns equipamentos básicos, aparelho de aerossol, balanças, equipamento odontológico, escrivaninha, cadeiras entre outros e segundo informações colhidas junto à equipe multidisciplinar de saúde, estavam no aguardo de novos equipamentos solicitados em agosto do mesmo ano.

A falta de energia no polo base é determinante para a resolutividade de suas ações como esterilização dos materiais odontológicos, médicos e de enfermagem, entre outras necessidades. A sua implantação é uma importante conquista a ser enfrentada pela liderança e pela comunidade. Tal afirmação demonstra a necessidade do polo base alcançar os objetivos de atenção à saúde do Povo de Marãiwatsédé,

Bom, eu vejo que esse polo base é abandonado, não tem estrutura nenhuma, é ai que tá. A gente estamos vendo e acompanhando isso, e até a gente tá cobrando, quer melhorar a estrutura do polo base né, quando que vai melhorar? Por isso que, pra melhorar to tentando e lutando, e negociando, pra puxar energia, vez que a gente melhorar esse atendimento, mas tá atendendo né, mas falta muita coisa, muita coisa, pra melhorar falta material, falta equipamento né, por isso reclamamos que eu falo SESAI não sei pra quem que tá gastando recurso (Liderança indígena 5, 2015).

Os problemas encontrados como infraestrutura deficiente, dupla função do enfermeiro, insuficiência de trabalhadores, principalmente àqueles relacionados às questões

administrativas do polo base e a ausência de diálogo entre os gestores distritais e lideranças indígenas, conseqüentemente interferem no desenvolvimento das funções do polo base e nas ações previstas no plano distrital de saúde.

Em se tratando da análise da vulnerabilidade programática é possível sinalizarmos que a situação descrita reflete as fragilidades do polo base em relação ao desempenho de suas funções, não respondendo as perspectivas do Povo de Marãiwatsédé no que se refere às respostas diante dos problemas existentes e resultando numa situação de descredito perante a comunidade.

O componente programático apoia a perspectiva social e individual, diante das necessidades materiais do polo base Marãiwatsédé, chamando para a realidade os esforços programáticos, de modo efetivo e democrático inferindo que, quanto maior for o grau de qualidade e de compromisso no que se refere aos recursos, gerência e monitoramento, maiores serão as chances de conduzir recursos sociais já existentes e fortalecer os indivíduos diante dos problemas de saúde encontrados (AYRES et al. 2003).

As dificuldades encontradas no desenvolvimento da atenção à saúde propicia às lideranças uma interpretação equivocada da situação, quando transfere a causa dos problemas à permanência do polo base na aldeia, quando, a nosso ver, o problema está na insuficiência do cuidado à saúde oferecido no polo base, na perspectiva de uma Atenção Primária em Saúde resolutiva.

O polo base Marãiwatsédé, a nosso ver, assume o papel de polo base tipo I, porém com uma estrutura operacional reduzida. Outro ponto identificado na pesquisa é a necessidade de maior comunicação entre gestão distrital e lideranças indígenas para as tomadas de decisões sobre os assuntos referentes ao polo base. Prerrogativa que deve ser respeitada uma vez que são assuntos fundamentais para a saúde e para a vida da população de Marãiwatsédé.

Um conjunto de preocupações atinge as lideranças e profissionais de saúde do polo base Marãiwatsédé, em virtude das dificuldades encontradas na resolutividade da atenção à saúde prestada à população indígena local: (I) infraestrutura deficiente; (II) dupla função exercida por uma das enfermeiras que além da responsabilidade de enfermeira desempenha a função de chefe do polo base, (III) carência de trabalhadores da saúde para a execução dos trabalhos administrativos do polo base e (IV) ausência de diálogo entre gestores do DSEI e lideranças indígenas de Marãiwatsédé no que tange à permanência do polo base na aldeia.

A vulnerabilidade programática encontrada possui relação, também, com as questões que envolvem as referências localizadas na região e no estado. Entre os problemas levantados estão: a demora no agendamento e no atendimento de média complexidade e baixa resolutividade dos serviços ofertados no âmbito regional. Quanto aos atendimentos de alta complexidade, especificamente as internações nas UTI, identificamos que a distância entre o local de atendimento e a aldeia, aliada à falta de comunicação dos pacientes internados para os familiares, são motivos de insatisfação da comunidade indígena.

Quanto aos serviços de agendamento nas ações de média complexidade, em muitos casos, são realizados de forma concomitante pela equipe local, pela equipe distrital, pelas centrais de regulação municipal e estadual. Situação que demonstra a persistência de desencontro entre os níveis de atenção dentro do subsistema de atenção à saúde e entre este e a rede SUS.

A discriminação étnica, por parte dos gestores e profissionais de saúde das unidades referenciadas localizadas nos municípios próximos do entorno da Terra Indígena Marãiwatsédé, constantemente vivenciada pelos indígenas e pelos profissionais do polo base é fator potencializador de vulnerabilidade.

#### 4.1.3 Vulnerabilidade Programática e a prática da planificação distrital e local no Polo Base Marãiwatsédé

Esta seção analisa a dinâmica de construção do Plano Distrital de Saúde Indígena Xavante 2012 a 2015, seus resultados e metas a serem alcançados.

O Plano Distrital de Saúde Indígena é o instrumento que norteia a definição das ações e serviços de saúde prestada, assim como a gestão do SUS, a partir da análise situacional e o seu planejamento é uma ação compulsória para os 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas. No DSEI Xavante a sua prática tem possibilitado as equipes de saúde e gestores estabelecerem eixos importantes para a definição de ações que visam à redução dos principais agravos à saúde do Povo Xavante.

A PNASPI quando aprovada e regulamentada definiu os instrumentos de planejamento, implementação e avaliação no controle das ações de saúde para os povos

indígenas como uma das diretrizes de sua competência a ser implementada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002b). A planificação da saúde contemplada na PNASPI representa uma conquista para o Povo Xavante e dos trabalhadores do DSEI. Quando elaborado sob o olhar das pessoas que vivenciam os problemas de saúde e o contexto em que estão inseridas, possibilita a compreensão da importância de participar da construção de um projeto de saúde e se reconhecer como parte deste processo.

Por ser um processo participativo, o planejamento distrital é um instrumento impactante na vulnerabilidade social dessa população, pois, possibilita a participação da comunidade contribuindo para sua autonomia nas decisões e propostas elaboradas e neste sentido, possível superação das dificuldades encontradas.

O DSEI Xavante, a partir da implantação do Subsistema de Saúde Indígena, vem executando suas atribuições de elaborar o Plano Distrital de Saúde Indígena (PDSI), definindo os resultados a serem alcançados por meio de estratégias e metas estabelecidas (DSEI XAVANTE, 2012).

Para os gestores, trabalhadores e usuários que elaboraram o PDSI Xavante 2012 a 2015, para o território distrital, este é um instrumento significativo de gestão, pois, em sua elaboração define-se diretrizes, objetivos e metas a serem alcançados na implementação da atenção à saúde desse povo, com especial atenção ao seu monitoramento e avaliação (DSEI XAVANTE, 2012).

Esta dinâmica acompanha as diretrizes do processo de Planejamento Estratégico Nacional do SUS que preconiza sua construção coletiva do nível local até o nacional (DSEI XAVANTE, 2012).

No DSEI Xavante, o plano foi elaborado a partir de reuniões dos Conselhos Locais de Saúde Indígena, com a participação dos usuários, conselheiros de saúde locais, profissionais de saúde e gestores e, consolidado por uma equipe de trabalhadores na sede do DSEI. Após a sua consolidação foi analisado, aprovado pelo Conselho Distrital de Saúde Indígena Xavante (CONDISI) e homologado pela SESAI (DSEI XAVANTE, 2012).

O sistema de planejamento do SUS, PlanejaSus, define o conceito de plano de saúde a partir de elementos fundamentais, inclusive as diretrizes e metas:

No âmbito do Sistema de Planejamento do SUS, define-se como Plano de Saúde o instrumento que, a partir de uma análise situacional, apresenta as intenções e os resultados a

serem buscados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

A construção coletiva com a participação das comunidades indígenas por meio dos conselhos locais e distrital é um ponto positivo para a análise da vulnerabilidade programática e deve ser destacada. A mesma está ancorada pela Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990 que estabelece que o processo de planejamento e orçamento do SUS deve ser “ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos municípios, dos estados, do Distrito Federal e da União” (BRASIL, 1990b, Art. 36).

Para o MINISTÉRIO DA SAÚDE (2009), a lógica de formulação ascendente do plano de saúde é um dos mecanismos relevantes para a legitimação do princípio de unicidade do SUS por considerar as realidades e as diversidades locais e regionais do País.

O Regimento Interno da SESAI, aprovado pela Portaria MS nº 3.965, de 14 de dezembro de 2010 que “Aprova os Regimentos Internos dos Órgãos do Ministério da Saúde”, orienta que uma das competências dessa secretaria é o planejamento das ações desenvolvidas pelos DSEI, nos territórios distritais, através da Coordenação Geral de Planejamento e Orçamento. Orientação que está relacionada com a elaboração do Plano Distrital de Saúde Indígena (PDSI) e de acordo com os Planos Anuais de Trabalho e com o Plano Plurianual, elaborados pela SESAI em articulação com a Subsecretaria de Planejamento e Orçamento do MS (BRASIL, 2010).

O PDSI Xavante 2012 a 2015 quando elaborado sob a análise situacional, por meio de informações socioeconômicas, epidemiológicas e de gestão, com previsão de objetivos, diretrizes e metas para o período, atende as orientações da Portaria MS nº 3.332/2006 que prevê “a elaboração do Plano de Saúde a partir de dois momentos: I – o da análise situacional; e II o da definição dos objetivos, diretrizes e metas para o período de quatro anos” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, Art. 2º, §5º).

Em se tratando da análise da vulnerabilidade programática o planejamento distrital de saúde Xavante é relevante porque está entre as principais prerrogativas desta dimensão e se insere no processo de construção de políticas voltadas às necessidades humanas no trabalho com comunidades, como apontado por SANCHES et al. (2007).

Para a elaboração dos objetivos, diretrizes e metas no PDSI Xavante 2012 – 2015, as demandas para a atenção a saúde do Povo Xavante, oriundas das aldeias e polos base, foram estruturadas em planos de trabalho por programa e área programática, partindo das metas alcançadas em 2011 e os resultados esperados para o período de 2012 a 2015. Estão incluídos nos planos de trabalho, os recursos necessários com os custos (em reais) estimados para cada ação estabelecida (DSEI XAVANTE, 2012).

Especificamente para a Atenção Integral à Saúde da Criança, alvo deste estudo, a equipe distrital estabeleceu os seguintes resultados esperados:

Resultado 1 - Redução da mortalidade infantil de 10% para 2013; 15% em 2014 e 20% em 2015. Como parâmetro de referência a equipe do DSEI utilizou-se da Taxa de Mortalidade Infantil de 2011, ou seja, 70,4/1000 nascidos vivos. Priorizou para o alcance das metas (I) a capacitação das EMSI em Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) e (II) garantia de referência e contra referência ambulatorial, hospitalar e laboratorial.

Resultado 2 - Ampliação do percentual de crianças acompanhadas pela enfermeira ou médico na primeira semana de vida no período. Não foi quantificada uma meta. Priorizou no planejamento (I) capacitação dos agentes indígenas de saúde para identificação e captação oportuna das crianças à puericultura; (II) garantia de condições adequadas para realização das ações pelas equipes de saúde, com suficiência de equipamentos, vacinas, insumos, entre outros; (III) elaboração de um instrumento para o registro adequado dos dados de crescimento e desenvolvimento e (IV) consulta na 1ª semana de vida, a fim de colaborar com o mapeamento e planejamento das ações.

Resultado 3 - Ampliação do percentual de equipe multidisciplinar de saúde indígena para o Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento dos menores de cinco anos. Não foi quantificada uma meta. Foi priorizada como estratégia (I) realização do Exame de Triagem Neonatal – Teste do Pezinho nas aldeias e pactuação com os municípios para a realização de capacitação em Teste do Pezinho (enfermeiros e técnicos de enfermagem); (II) monitoramento do estado nutricional (inclusive o acompanhamento da criança que faz uso de sulfato ferroso e vitamina A), (III) realização das atividades educativas na comunidade e na escola e (IV) a garantia de aquisição de viaturas para a realização das atividades assistenciais.

Resultado 4 – Redução do número de casos de doenças prevalentes na infância em especial as doenças respiratórias e infecto parasitárias em 10%, 15% e 20%, para o ano 2013, 2014 e 2015, respectivamente. Em 2011 foram notificados 6.356 casos de Doenças do Aparelho Respiratório e 3.522 casos de Doenças Infecciosas e Parasitárias servindo como parâmetros para os anos planejados. As atividades referem-se ao (I) monitoramento das doenças diarreicas agudas com a integração efetiva entre a Vigilância Epidemiológica e demais áreas assistenciais, especialmente a área do saneamento e mobilização social; (II) intensificar a vacinação com as vacinas Pneumococos 10 Valente, Influenza e Rotavírus; (III) monitoramento e avaliação do desenvolvimento das ações de Atenção Integral à Saúde da Criança e (IV) melhoria das condições sanitárias na aldeia.

O trabalho de planificação distrital realizado na aldeia Marãiwatsédé contou com a participação de outras lideranças Xavante, representantes do Conselho Distrital de Saúde Indígena residentes em outras terras Xavante.

O fato de haver entre os Xavante grupos com diferenças políticas, merece especial atenção a condução de atividades que requerem envolvimento de participantes moradores de outras aldeias em discussões relacionadas aos problemas locais, possivelmente considerados privados ao grupo. Tal situação pode interferir nos resultados alcançados, além de causar insatisfação dos participantes,

Eu acho que equipe, já veio aqui né. Então estive aqui na sala, sala daqui né. Na escola. Ai fizemos tudo isso, pra não faltar alguma coisa. Ai colocamos tudo... a relação, assim, promove né, nossa saúde. (...) veio, muito bem, só que eu acho, dentro deles já tá adotando com político, e esse é indígena, que veio aqui . (...) veio só indígena. (...) pra nós tá muito pior, porque se, se trazem político dentro da saúde nunca vai melhora. Nunca vai parar morrer de gente. (...) não é daqui, é de Barra do Garças, São Marcos, aqui ainda sobrevivemos junto com cacique né (Conselheiro local de saúde indígena, 2015).

Há prioridades que são comuns aos resultados esperados como o fortalecimento da EMSI por meio de cursos de capacitação voltados para a atenção à saúde da criança encontrados nos resultado 1, 2 e 3, ou a garantia da atenção de média e alta complexidade nas referências municipais por meio da articulação entre gestão distrital e municipais, nos resultados 1 e 3. Já a atenção à criança em seus primeiros dias de vida está presente em todos os resultados esperados e o acompanhamento da criança em seu crescimento e

desenvolvimento permeia grande parte das atividades propostas nos resultados 1, 2, 3 e 4; a vigilância epidemiológica dos principais agravos da infância se apresenta no monitoramento das doenças diarreicas (resultado 4) e as atividades educativas voltadas para um exercício coletivo com a comunidade está presente nos resultados 3 e 4. O processo de avaliação, proposto no resultado 4, é mais um dos eixos a ser trabalhado na área programática da saúde da criança.

Comparando as ações previstas para a criança recém-nascida no PDSI 2012 – 2014 com as encontradas no Manual de Saúde da Criança Indígena Brasileira, observa-se que as prioridades elencadas no primeiro: estímulo ao aleitamento materno exclusivo nos seis primeiros meses, capacitação dos AIS para identificar e captar precocemente as crianças, iniciando de forma oportuna a puericultura, consulta na 1ª semana de vida, implantação e implementação de instrumento para registro adequado dos dados de crescimento e desenvolvimento da criança e a realização do Teste do Pezinho, se aproximam das recomendações do manual, isto é, trazem as mesmas perspectivas de atuação, exceto que o plano não especifica a avaliação da criança de risco conforme os fatores de risco, uma das prioridades elencadas nas orientações do manual.

O mesmo aspecto positivo pode-se atribuir ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, visto que tanto o manual quanto o plano distrital em questão, contemplam ações voltadas para a capacitação de profissionais, atendimentos ambulatoriais, garantia de referência para a média e alta complexidade, vigilância nutricional e dos principais agravos da infância, incentivo ao aleitamento materno e atividades educativas.

No que se refere a Atenção à Saúde Bucal prevista no Manual de Saúde da Criança Indígena, o plano distrital não apresenta ações voltadas para a criança e sim, trabalha o planejamento a partir de uma visão geral da população na Área Programática Atenção à Saúde Bucal.

Em se tratando da valorização e respeito à cultura e às práticas tradicionais de cura, enfatizadas no Manual de Saúde da Criança Indígena Brasileira e na PNASPI, observa-se que o PDSI em estudo não apresentou na área programática de saúde da criança, resultado esperado ou ações, que pudessem valorizar a medicina tradicional do povo em questão. Nota-se que as práticas evidenciadas são basicamente as da biomedicina. Maior valorização deste campo de atuação pode ser consequência de sua ênfase na formação dos profissionais, inclusive na formação dos Agentes Indígenas de Saúde. Não consta no planejamento este

aspecto de relevância para a análise da vulnerabilidade programática e está voltado para a garantia do respeito às práticas tradicionais de cura desse Povo, através de ações que promovam a proximidade e trocas de experiências com a biomedicina.

WEISS (2005) nos alerta que ao elaborarmos políticas voltadas às populações tradicionais devemos estar atentos às questões que envolvam relações simbólicas no adoecer e morrer, contribuindo para a melhor atuação de gestores e de profissionais.

Considerando a dinâmica do planejamento distrital no DSEI Xavante podemos afirmar que este seguiu a lógica do planejamento estabelecido em âmbito nacional, que prevê a participação dos membros da comunidade por meio das reuniões dos conselhos locais de saúde indígena. A área programática de saúde integral da criança se apresentou de forma detalhada, contendo os resultados esperados, as atividades e as metas pretendidas para o período de 2012 a 2015. A ausência de metas e parâmetros em 50% dos resultados esperados é um ponto importante para a análise da vulnerabilidade da planificação distrital, pois pode dificultar a programação financeira, a organização e a realização dos trabalhos cotidianos na aldeia.

A elaboração do Plano Local de Saúde Indígena de Marãiwatsédé é uma tentativa positiva no que se refere à melhoria na organização dos serviços em âmbito local. Porém, a partir dos resultados encontrados, o planejamento local configurou-se de forma verticalizada sem a participação dos indígenas, usuários principais dos serviços de saúde e também dos profissionais que compõem a equipe de saúde. Ainda, em relação ao planejamento local, vemos que os resultados esperados, as atividades previstas, as metas e os indicadores, parecem ser os mesmos elaborados na planificação distrital.

#### 4.1.4 Gestão do trabalho - Polo Base Marãiwatsédé

O vínculo empregatício dos profissionais, em 2012 e 2013, estava sob a responsabilidade da Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM), entidade filantrópica de saúde. Já os motoristas, trabalhadores da limpeza e da área administrativa tinham vínculo empregatício com o Sul América Prestadora de Serviços LTDA. Trata-se de uma condição de trabalho terceirizada.

A equipe de saúde constituída até abril de 2012 compunha-se de dois enfermeiros e dois técnicos de enfermagem. A partir de maio foram inseridos à equipe um médico, um técnico de enfermagem e um cirurgião dentista (DSEI XAVANTE, 2013).

O regime de trabalho dos profissionais baseou-se em escalas de 20 dias trabalhados por 10 dias de folga. A cada 20 dias uma equipe composta por um enfermeiro, um a dois técnicos de enfermagem e um cirurgião dentista, respondiam pelo atendimento no polo base (DSEI XAVANTE, 2013). Quanto ao profissional médico, as escalas cobriam dois dias de trabalho às sextas-feiras e aos sábados. As escalas de trabalho não informaram a carga horária diária dos trabalhadores (DSEI XAVANTE, 2013).

Foram incluídos na equipe de saúde mais dois profissionais, no ano de 2013, um agente indígena de saúde (AIS) e um agente indígena de saneamento (AISAN) (DSEI XAVANTE, 2013). Para os trabalhadores indígenas residentes na aldeia, a carga horária de trabalho contava 40 horas semanais, de segunda e sexta feira, já para os trabalhadores não indígenas que moravam fora do território distrital a carga horária e a organização da escala eram as mesmas que a do ano de 2012 (DSEI XAVANTE, 2013). Outros trabalhadores integravam a equipe do polo base em 2012 e 2013, quatro motoristas em uma escala de 15 dias trabalhados para 15 dias de folga e um responsável pela limpeza do polo base com regime de 40 horas semanais (DSEI XAVANTE, 2013).

Nos vinte dias trabalhados a carga horária de trabalho era integral, diurna e noturna. A equipe fica disponível para a assistência à saúde da população, para as ações previstas e/ou para o atendimento de urgência ambulatorial.

A não garantia da manutenção do vínculo empregatício, por parte do DSEI, configura-se em um problema. O profissional de saúde sente-se inseguro a cada renovação de contrato com a terceirizada. O regime de trabalho do médico compromete o trabalho em equipe e a resolutividade de uma atenção integral no polo base Marãiwatsédé. Demonstra uma vulnerabilidade programática de atenção prestada pelo polo base. A ausência de um trabalho diário, sistematizado e construtor de ações que possam impactar na qualidade da saúde da população local, afeta o potencial da equipe de saúde. O médico complementa o seu trabalho de consultas ambulatoriais na aldeia, no seu consultório localizado em Bom Jesus do Araguaia, realizando exames de ultrassonografia e encaminhamentos para outras unidades de saúde nas referências da região.

Além disso, várias situações atingiram pacientes e trabalhadores da saúde durante o conflito instalado na região, por conta da desintrusão Terra Indígena Marãiwatsédé em 2012, quando profissionais da equipe de saúde e pacientes sofreram perseguições na estrada, por parte de posseiros e fazendeiros.

(...) eles (posseiros e fazendeiros) estavam muito próximos aqui da reserva né, e a gente tinha que sair com eles (pacientes indígenas) pra Água Boa, Bom Jesus. Bom Jesus nem ia mais, porque estávamos correndo risco, porque eles iam muito pra Bom Jesus, os posseiros, né. Então às vezes a gente saía daqui e ia direto pra Água Boa, levava em Bom Jesus pra fazer ultrassonografia, com o doutor, mas o atendimento era em Água Boa. Então, quando a gente precisava levar, eles não queriam ir, eles tinham medo. Porque a gente, nós, equipe de saúde fomos perseguidos né, motorista nosso foi perseguido, colega de trabalho foi perseguido com indígena dentro do carro (Trabalhador da Saúde 6, 2015).

A fragilidade instalada no atendimento prestado pelas referências municipais de saúde da região, seja pela situação do conflito territorial ou pela condição insuficiente da rede SUS na região, contribui para que o atendimento realizado no polo base Marãiwatsédé, configura-se centrado na doença, sem perspectiva de uma prática ampliada de saúde, como previsto na 8ª Conferência nacional de Saúde:

Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1986).

Em relação ao médico, do seu atendimento no polo base e no consultório, encontramos algumas opiniões que entendem a necessidade deste profissional realizar uma carga horária reduzida na aldeia, visto que, é benéfico o suporte na cidade por meio de consultas ambulatoriais e exames de ultrassonografia.

A atuação do profissional médico tem a anuência da própria instituição gestora a atenção à saúde do povo indígena e da liderança indígena, como relata um dos trabalhadores da saúde,

Quando ele entrou aqui, o que eu fiquei sabendo é que ele teve um acordo junto com a SESAI, sobre essa carga horária dele. Que ele faz, ele entra... antes ele entrava duas vezes na semana. Ele entra uma vez na semana. Ele complementa essa carga horária, dele, com as ultrassonografias que ele faz. O município não dá as ultrassonografias. Complementa com eletrocardiograma, que ele que faz também e assim que ele complementa a carga horária que era se fosse feito vinte dias em área. Diz que foi assim um acordo e o acordo dele foi aceito dessa forma. A unidade... o pessoal da aldeia sabe né, seu Damião sabe desse acordo deles (Trabalhador da saúde 6, 2015).

O coordenador atual do DSEI e o presidente do CONDISI foram até a aldeia com a finalidade de rever o acordo anteriormente instalado e rever a carga horária desse profissional, em virtude do não cumprimento de seu contrato de forma integral na aldeia. Assunto que não foi bem recebido pelas lideranças e conselheiro,

(...) porque as pessoas que trabalham no distrito não consulta a aldeia, é isso que nós sentimos também. Perguntar é pra aceitar ou não aceitar. Olha é, pra lá já diminuiu cargo do médico. O médico trabalha vinte e quatro horas né, das quarenta horas né. Mas aqui temos, nós temos também no Bom Jesus, que tá atendendo os nosso paciente (...). Ai veio Agnelo Xavante e Claudio Rodrigues e Leandro do SPDM (...) então a proposta deles é pra metade né, de cargo, pro nosso médico. Então, como o cacique disse pra eles, ele não vai aceitar proposta deles, porque tá faltando consulta antes de fazer a proposta (...) ele (o médico) faz assim ó. Veio aqui uma... veio um dia aqui na aldeia, fez consulta aqui no postinho, a equipe, indígena e não indígena também acompanha (...). Ai, depois, foi pra Bom Jesus e a equipe de saúde leva paciente pra lá, ai atende lá também (...) (Conselheiro local de saúde, 2015).

A própria comunidade acentua a estabilidade da abordagem biomédica na atenção à saúde, uma vez que acostumada a esta prática há décadas. Não consegue visualizar outras dimensões para a abordagem dos problemas e implementar um programa de cuidados com a saúde na organização dos trabalhos locais. Confirma-se que existe considerável cobrança dos usuários à equipe de saúde, para que a medicalização seja efetuada.

O trabalho do médico que está sendo realizado na aldeia e na cidade, segundo liderança indígena é um bom trabalho aliado à utilização de medicamentos e equipamentos, “[...] a fonte do trabalho é o medicamento e o equipamento e o médico, mas o médico tá, ele está fazendo bem o trabalho, muito bom eu posso falar, porque ele atende nós na cidade

mesmo, vem pra aldeia uma vez por semana, de emergência ele nos atende” (Liderança indígena 4, 2015).

O número de profissionais que compõe a equipe de saúde é considerado insuficiente

Ah, o que eu estou com mais dificuldade aqui é profissionais. Então assim na minha escala sou eu e mais dois técnicos de enfermagem. Como tem muita viagem para acompanhar paciente ai fica muito ausente ou eu, ou o técnico. Uma pessoa acaba exercendo todo o serviço, sozinha. Isso dificulta em tudo relatórios, ações, atendimento, visitas, consultas. Há falta de recurso humano, sem contar que a gente está com profissional em férias, profissional de atestado, eu cheguei a ficar sozinha na aldeia[...] com a comunidade (Trabalhador de saúde 2, 2015).

Um dos grandes “nós” encontrados na implementação da PNASPI é a ausência de uma política de gestão do trabalho que priorize a efetivação do trabalhador da saúde indígena e com isso a estabilidade profissional, como trouxe a IV Conferência Nacional de Saúde Indígena em seu documento base,

(...) apesar do aumento da quantidade de profissionais que atuam na saúde indígena, o número é ainda insuficiente para garantir o atendimento contínuo e a implantação dos programas de saúde. Outra dificuldade para o estabelecimento de um quadro permanente de profissionais é a baixa disponibilidade de profissionais indígenas nas diversas áreas de saúde, a falta de uma política de gestão do trabalho e estabilidade dos profissionais, e processos seletivos estáveis diferenciados que garantam a contratação prioritária do trabalhador indígena, organizados a partir das necessidades de cada realidade gerando alta rotatividade e precarização das relações de trabalho (MINISTERIO DA SAÚDE, 2005, p. 10).

A instabilidade e a rotatividade profissional comprometem o vínculo entre as equipes de saúde e as comunidades e dificulta um processo de educação permanente das equipes de saúde.

Isso prejudica muito porque tem uma rotatividade muito grande, você tem que começar o trabalho do zero, conhecer a comunidade, fazer um diagnóstico situacional da comunidade, quais suas ações e isso leva tempo então quando você começa um trabalho você já é transferido. Eu mesmo ano passado eu passei por quatro áreas, não só eu, várias outras pessoas, então a gente sente muito isso não só nós como a comunidade também (Trabalhador da saúde 2, 2015).

O vínculo precário desfavorece a continuidade da atuação dos profissionais no DSEI e não permite o acúmulo de conhecimentos sobre as culturas diferenciadas:

“sensibilidade cultural do cuidado passa pelo entendimento das singularidades da população atendida, assim sendo, a estabilidade das equipes torna-se elemento fundamental para buscar o adequado cumprimento desse princípio da política de saúde indígena” (GARNELO, 2012, p. 55).

Além das dificuldades estruturais, outros desafios têm sido enfrentados no cotidiano de trabalho da equipe, como o desenvolvimento de trabalhos administrativos referentes à manutenção da estrutura física e material, articulação com as referências municipais de saúde no que se refere ao atendimento do paciente na média e alta complexidade,

(...) assim, toda essa burocracia... teria que ter uma enfermeira responsável pra isso, seria a enfermeira do polo que eles falam né, que a gente não tem. Então tudo fica sob a responsabilidade da enfermeira que está de plantão. Ai eu tenho que fazer o atendimento da aldeia né, como enfermeira, tenho que ir pra fora, pra onde há o referencial dos pacientes. Eu que faço ou a outra enfermeira que tá de plantão, a gente não tem todo aquele tempo pra ficar aqui dentro da unidade fazendo todo o trabalho nosso não. Porque esse negócio de burocracia realmente pega muito e pesa pra gente (...) (Trabalhador da saúde 6, 2015).

A ausência de recursos humanos específicos para o desenvolvimento das responsabilidades de polo base como, por exemplo, demandas relacionadas aos atendimentos de média complexidade (articulação com os gestores municipais, agendamentos, retornos de pacientes, acompanhamento de problemas relacionados à hospitalização, entre outros), têm exigido dos profissionais da equipe de saúde, especialmente o enfermeiro, visitas constantes aos municípios, que interferem no desenvolvimento das ações básicas de saúde realizadas na aldeia:

(...) o DSEI alega que é porque é uma aldeia só, então a gente tem mais facilidade. Mas com certeza, seria mais fácil se a gente tivesse o profissional do serviço social, porque a gente viaja muito pra fazer agendamento principalmente nos municípios de referência Bom Jesus e Água Boa. Todas as outras regiões tem polo base de referencia, com o profissional mesmo sendo o enfermeiro ou o assistente social, pra fazer essa parte social e aqui, nós os enfermeiros e técnicos é que exercemos essa função. (...) dificulta porque às vezes a gente tem que deixar só o técnico ou só o enfermeiro pra poder fazer esse serviço e fica mais difícil porque envolve as ações. Então assim se eu não tenho muito tempo, então eu não tenho tempo pra desenvolver as ações. Eu fico muito ausente (Trabalhador da saúde 2, 2015).

PORTO (2012) analisa a vulnerabilidade nas relações de trabalho precárias em sociedades com desenvolvimento econômico insuficiente e acentuadas desigualdades sociais,

relacionando a precarização à sobrecarga de trabalho para os profissionais que permanecem em seu local de trabalho integralmente por 20 dias consecutivos.

Para BARALDI et al. (2008) o conceito de vulnerabilidade para a saúde do trabalhador poderia “traduzir-se como ferramenta para elaboração de diagnósticos que possam orientar ações e processos decisórios na formulação e implementação de políticas públicas” e no desenvolvimento de metodologias que pudessem caracterizar diferentes graus de proteção social (p.4).

A PNASPI estabeleceu que o número, a qualificação e o perfil dos profissionais das equipes deverão estar de acordo com o planejamento de atividades, tendo como parâmetros o número e a dispersão populacional, condições de acesso, perfil epidemiológico e das necessidades específicas para controle das principais endemias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002b).

No sentido de proporcionar equidade nos trabalhos desenvolvidos pela equipe de saúde, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas garante que as equipes de saúde deverão ser compostas de agentes indígenas de saúde, auxiliares de enfermagem, enfermeiros, médicos e odontólogos, além da participação sistemática de antropólogos, educadores engenheiros sanitaristas e outros especialistas e técnicos considerados necessários (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002b). O conceito de vulnerabilidade tem importância central neste sentido, porque contribui para a identificação de políticas públicas que tornem os profissionais mais ou menos vulneráveis. Para BARALDI et al., (2008) são políticas “pró ou antivulneração” (p.5). No polo base Marãiwatsédé a sobrecarga de trabalho traduz uma política pró vulneração aos trabalhadores da saúde.

Em se tratando da importância dos profissionais de saúde para ampliar a articulação das diretrizes políticas com as práticas e se tornarem agentes públicos “imbuídos de observação e intervenção para respeitar, proteger e efetivar direitos humanos”, FIGUEIREDO E MELLO (2007) registram que “é preciso repensar a ação profissional levando em conta a importância do seu papel transformador”. Para os autores “o que se espera é que as transformações de si e da realidade, após o encontro com pessoas, encontrem espaços de cuidado em saúde” (s/p.).

Quanto à integralização das ações voltadas para a superação da dicotomia preventivo-curativo na atenção à saúde indígena, a política de recursos humanos do Ministério da Saúde prevê a existência de uma composição multiprofissional das equipes, considerando

as necessidades de atendimento de cada região e em consonância com os critérios estabelecidos pelos padrões mínimos de cobertura assistencial, para que não aconteça a sobrecarga dos outros profissionais que compõem a equipe multidisciplinar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1986). No entanto, no polo base em estudo, observa-se o oposto: ocorre a sobrecarga.

Considerando a gestão do trabalho no polo base Marãiwatsédé no que se refere ao vínculo empregatício estabelecido pela gestão da saúde indígena nacional e distrital, este ainda se mantém na forma contratual, não oferecendo as mesmas garantias e segurança que um vínculo pelo concurso público pode proporcionar. Em se tratando do número e categoria profissional, estes estão aquém do que realmente o polo base necessita para efetivamente ofertar um serviço de qualidade capaz de ultrapassar os limites da prática curativa. A atuação do profissional médico no polo base se revelou precária, não conseguindo superar a lógica assistencial curativa. Há sobrecarga nos trabalhos dos profissionais da enfermagem no que se refere aos atendimentos de demanda espontânea e nos encaminhamentos para as referências do SUS.

#### 4.1.4.1 Qualificação profissional em saúde da criança – Polo Base Marãiwatsédé.

O Plano Distrital de Saúde Indígena contemplou em sua Área Programática de Educação Permanente 31 atividades de cursos de capacitação e oficinas para o período de 2012 a 2015. Dentre elas: seis (19,35%) voltadas para a saúde da criança, seis (19,35%) para a capacitação em vigilância epidemiológica de endemias e doenças em eliminação, quatro (12,9%) para a saúde bucal, três (9,67%) para as DST/Aids, três (9,67%) para assistência farmacêutica, plantas medicinais e fitoterapia, dois (6,45%) alimentos regionais e culturais. Outras como capacitação em saúde mental, atendimento do homem, cobertura vacinal, conselheiros locais de saúde, atendimento ao idoso, doenças e agravos não transmissíveis e terapia comunitária, contaram com uma capacitação para cada tema, totalizando sete (22,58%). Até agosto de 2013 do total de atividades previstas, sete foram realizadas com participação de profissionais da equipe de saúde do polo base Marãiwatsédé e destas, três

tiveram como enfoque principal para saúde da criança. Do total de capacitações previstas com o enfoque em saúde da criança, 50% foram atendidas pelo DSEI Xavante.

Totalizaram 19 capacitações realizadas pelo DSEI Xavante no ano de 2013 e todas de importância na implementação da atenção à saúde no território distrital. Parte considerável destas atividades (73,7%) abordou a saúde da criança, tais capacitações provavelmente contribuem, mas não superam as dificuldades que marcam as fragilidades já apontadas no trabalho da equipe de saúde local. Nota-se ser um processo de qualificação profissional contrário ao proposto pelo Ministério da Saúde que recomenda a Educação Permanente em Saúde. Para CECCIM (2005) a Educação Permanente é uma estratégia fundamental às transformações no trabalho para que este venha a ser um local de atuação crítica, reflexiva, propositiva comprometida, e tecnicamente competente. Para o autor, há a necessidade ainda de descentralizar e disseminar a capacidade pedagógica entre os trabalhadores, gestores de ações, serviços e sistemas de saúde, entre os trabalhos e gestores com os formadores e estes com o controle social.

O conceito de Educação Permanente em Saúde foi adotado para dimensionar não o prolongamento do tempo de carreira dos trabalhadores, mas sim “ampla intimidade entre formação, gestão, atenção, e participação, nesta área específica de saberes e práticas, mediante intercessões promovidas pela educação na saúde (a educação intercede pela saúde, ofertando suas tecnologias construtivistas e de ensino-aprendizagem)” (CECCIM, 2005, p. 976).

Situação relevante é a ausência, no PDSI Xavante, de capacitações que envolvam a abordagem cultural voltada aos profissionais e trabalhadores da saúde indígena. A não inclusão desta dimensão no processo de qualificação dos trabalhadores pressupõe a homogeneização de práticas sanitárias baseadas do modelo biomédico.

A dimensão cultural e o respeito às práticas tradicionais de cura são questões fundamentais para a análise da vulnerabilidade programática, visto que o trabalhador de saúde compreendendo o contexto cultural em que está inserido encontra oportunidades que facilitam o alcance dos objetivos e metas pretendidos. Caso contrário, é possível continuar desenvolvendo ações que se traduzem em pouco impacto na redução da morbimortalidade infantil. A PNASPI garante que a capacitação dos profissionais que trabalham com saúde indígena deve ser priorizada como um instrumento capaz de adequar as ações e os serviços às especificidades das populações indígenas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002b).

O sistema de saúde, ao se relacionar com povos indígenas, se depara com a dimensão intercultural e neste sentido, é válido possibilitar discussões que possam desenvolver reflexões sobre a adequação ética e cultural das práticas sanitárias ocidentais e as relações com os sistemas de saúde indígenas (DIEHL e PELLEGRINI, 2014).

Para ATHIAS e MACHADO (2001) as dificuldades entre os profissionais de saúde em não aceitar outros modelos de saúde, deriva de uma lacuna existente em seu processo de formação acadêmica onde, possivelmente, não foram inseridas disciplinas das Ciências Sociais e da Antropologia da Saúde em seus currículos, dificultando a organização dos serviços, uma vez que a própria especificidade requer uma atenção diferenciada.

A IV Conferência Nacional de Saúde Indígena aprovou resoluções que tratam da avaliação do processo de formação das equipes multidisciplinares de saúde indígena dos AIS e demais trabalhadores. Além da deliberação de concurso público e do estabelecimento de um plano de carreira, deliberou a inclusão da disciplina saúde indígena nas grades curriculares de cursos de graduação e pós-graduação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

A qualificação profissional voltada para o respeito à cultura e a valorização da medicina tradicional Xavante não foi prevista no plano distrital. Para a análise da vulnerabilidade programática o não conhecimento da diversidade cultural, pelos profissionais limita o alcance dos objetivos e metas propostos para a saúde da criança no DSEI Xavante.

#### 4.1.4.2 Os trabalhadores de saúde no contexto da medicina tradicional Xavante – Polo Base Marãiwatsédé

Quanto à abordagem da equipe de saúde voltada para um contexto cultural específico, observamos que os profissionais não indígenas que dispõem mais tempo de atuação e convivência com a população local mostram maior interação especialmente no que se refere à língua falada, pelo Povo Xavante.

No entanto, quando indagado sobre as dificuldades encontradas na atenção à saúde da criança, o profissional de saúde chama as dificuldades para o atendimento da medicina tradicional,

Ai é o tal do negócio, igual eu falei pra você, pegam as crianças e levam pra outras aldeias, porque lá eles falam que tem, mas eu não estou vendo resultado, entendeu? O resultado que eu estou vendo é prejudicial. Não está conseguindo tirar essas crianças do risco, pelo contrário, essas crianças estão indo a óbito quando sai daqui para fazer o tratamento medicinal deles(...) o problema mesmo é esse, a desnutrição, que a gente não consegue tirar as crianças daqui pra ir pra Água Boa e Barra, eles não deixam levar... quando você tem uma mãe que é bem orientada e que quer, você leva, em duas três semanas ela está recuperada, ela volta pra aldeia ótima. Quando você tem aquela mãe que não quer e quer ir pra outra aldeia porque o pajé vai cuidar, você acaba perdendo aquela criança, muitas das vezes a gente perde mesmo, ela vai a óbito porque a gente não consegue. Então essa... é um dos problemas graves que a gente tem dentro da aldeia, não é problema de medicação não, é problema da família toda que não deixa a gente tirar (Trabalhador da saúde 6, 2015).

Para casos como este a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas é muito clara quando trata da articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde. Suas bases alicerçadas em uma “abordagem holística de saúde, cujo princípio é a harmonia de indivíduos, famílias e comunidades com o universo que os rodeias”, fundamenta que “a melhoria do estado de saúde dos povos indígenas não ocorre pela simples transferência de conhecimentos e tecnologias da biomedicina, considerando-os como receptores passivos, despossuídos de saberes e práticas ligadas ao processo saúde-doença” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002b, p. 17).

No entanto, verificamos que não estão previstas no PDSI Xavante 2012-2015 atividades de capacitação antropológica para os trabalhadores. O mesmo para as atividades de capacitação profissional realizadas no ano de 2013. PONTES e al. (2014) confirmam que situação como esta é uma realidade da “maioria dos profissionais que atuam nos distritos” (p.342).

Em alguns momentos, os profissionais expondo suas ideias acerca do uso da medicina tradicional Xavante, pelos indígenas, relatam a ausência das plantas no território e demonstram suas fragilidades perceptivas com as questões culturais que envolvem o adoecer ou morrer para aquele povo.

Eles mesmos, poucas vezes eu vejo uma mulher falar que fez alguma coisa da raiz deles ou das coisas deles aqui da aldeia. (...) Muito pouco a gente vê falar. Muito pouco (...) eu acho que eles não usam muito. E eles sabem usar, porque muitas delas falam para mim que faz chá de tal... que tem chá de tal

coisa, mas então por que não faz? Porque não tem a raiz (Trabalhador da saúde 6, 2015).

Indagado se existe uma proximidade entre os procedimentos da medicina tradicional Xavante e a prática da biomedicina, no polo base Marãiwatsédé, a afirmação é de que não existe e a distância entre as duas formas de tratamento ainda é uma realidade: “Não, não existe. A gente não tem nada com eles assim pra trabalho conjunto, não temos. Eles fazem separado, a (...) as raízes no pescoço são poucas que eu conheço e eles fazem em casa mesmo” (Trabalhador da saúde 6, 2015).

Quando nos deparamos com o desconhecimento de outras formas de tratamento e de cura, podemos nos apoiar em LANGDON (1999) que afirma ser “perigoso caracterizar os dois sistemas como opostos”, pois, na prática os indígenas seguem um processo terapêutico não distinto do nosso, ou seja, procuram identificar sintomas, fazem também um diagnóstico temporário e uma terapia que depois é avaliada se teve o êxito esperado, ou não. Segundo a autora, a grande diferença está no sistema de cura indígena, mais abrangente, que não considera a cura como a ausência de sintomas. E adverte que ambas podem ser vistas como complementares: “a procura da biomedicina para sua eficácia técnica nos processos biológicos do corpo e a medicina indígena para dar uma explicação sobre o porquê da doença” (LANGDON, 1999, p.7 e 8).

No entanto, existe certa consciência, por parte dos profissionais, da necessidade de desenvolver trabalho voltado para o respeito às práticas tradicionais de cura. Quando questionado o motivo do desconhecimento da cultura indígena (Xavante), a resposta é “disposição, tempo e o próprio interesse em estar buscando o conhecimento deles” e mais, quando indagado por que não busca? “Porque talvez a gente não acredite” e não acredita por quê? “cultura, eu creio, que pela cultura ser diferente” (Trabalhador de saúde 2, 2015).

Para FERREIRA OL (2012), o princípio da integralidade da atenção à saúde, poderá ser efetivado se houver articulação do sistema oficial de saúde com os saberes, as práticas e os praticantes tradicionais indígenas, constituindo “uma estratégia fundamental para instituir a integralidade na atenção à saúde dos povos indígenas”.

O trabalho da equipe de saúde quando emanado pelas relações interculturais e a troca de saberes segundo AYRES et al. (2006), a dimensão social da vulnerabilidade revela o olhar voltado para o processo saúde doença como processos sociais, de modo a transcender os

aspectos individualizados e alcançar aqueles relativos à vida em sociedade, por exemplo, os culturais, os políticos e os morais.

PORTO (2012) refletindo sobre a vulnerabilidade na perspectiva biomédica destaca que o conceito de saúde e a forma como compreendemos a doença nas várias fases da vida e nos ciclos de vida e morte, podem oportunizar distintas estratégias de intervenção. A medicina alopática, por exemplo, centra-se no conceito de doença e nas ferramentas para evitar a morte. A homeopatia e/ou outras visões holísticas, compreendem certas manifestações, não como doenças a serem combatidas, mas “expressões adaptativas de busca de equilíbrio por parte do conjunto corpo mente que constitui cada ser humano dentro de seu ambiente físico, interpessoal, social e cultural” (PORTO, 2012, p.172).

PONTES et al. (2014) discutindo a perspectiva indígena de questões morais, na relação com os serviços de saúde, na região do Alto Rio Negro - Amazonas, verificaram que, nos grupos estudados, existe conflito entre as prioridades sociais, rituais e ou familiares, que não são levadas em consideração pelos profissionais de saúde. Conseqüentemente desencadeia-se em um processo competitivo na oferta dos cuidados à saúde. Esta situação segundo os autores “tem levado experiências negativas e desrespeitosas nos serviços, falhas de comunicação, insatisfação, baixa aderência aos tratamentos e desconfiança na relação com os profissionais (...)” (PONTES et al. 2014, p.344).

AYRES et al. (2006) mostram a possibilidade de mudanças nas práticas não por caberem somente ao plano individual, mas, sobretudo, aos contextos coletivos, nos quais as individualidades tendem a se conformar e ou se manifestar. Para os autores é clara a necessidade de que as pessoas busquem as transformações das práticas como sujeitos sociais e agentes da esfera pública da vida social e não somente no plano estrito da esfera privada.

Os profissionais de saúde em Marãiwatsédé tendem em não acreditar que outro sistema de cura possa ser viável e necessário. A ausência de um trabalho voltado para este sentido é uma realidade no DSEI Xavante e o desenvolvimento de práticas articuladas despontam como possibilidade de redução de vulnerabilidades.

#### 4.1.4.3 As relações humanas e o trabalho em equipe no Polo Base Marãiwatsédé.

Compromisso, responsabilidade dos profissionais e o trabalho em equipe, segundo AYRES (2006) são elementos a serem acrescentados para a análise da vulnerabilidade programática e, neste contexto, os trabalhadores que compõem a equipe multidisciplinar de saúde indígena, mesmo diante das adversidades, são profissionais que estão presentes em suas escalas, desenvolvendo trabalhos conjuntos, diante das necessidades encontradas,

(...) a gente faz um trabalho em equipe, a equipe é bastante unida, aqui a gente está com um pouco de dificuldade de profissionais pra desenvolver ações de, por exemplo, palestras, orientações. A gente reúne dois pelo menos, uma vez na semana, faz umas visitas nas casas, quando o médico vem atender o trabalho é conjunto também. Amanhã é o encontro de hipertenso, aí todos que estiverem no plantão, ajudam, a gente auxilia a dentista em alguma ação que ela faz (Trabalhador da saúde 2, 2015).

A fragilidade, no contexto da vulnerabilidade programática voltada para a atuação em equipe, está na ausência de resolutividade que necessariamente deveria contar com a presença do profissional médico,

Olha o papel do médico é importante é fundamental, tanto que tem bastante resolutividade as ações dele, tudo o que ele faz. Mas a gente sente falta da presença. Em campo. (...). Ah um exemplo um trabalho de parto né que pode ocorrer e ele não está presente, uma emergência. Certo, a gente poderia levar até ele, mas talvez se ele estivesse aqui a resolutividade seria maior (Trabalhador de saúde 2, 2015).

A união da equipe no desenvolvimento das atividades demonstra o seu compromisso frente à realização das atividades, estabelecendo seu fortalecimento diante das vulnerabilidades institucionais,

É, olha, a equipe, assim, a gente tem uma equipe boa (...), apesar de ser pouco o número de profissionais a gente se dá super bem, a equipe, a gente consegue falar a mesma língua uma da outra, quando uma equipe tá a outra folga. Quando a gente sai e deixa as coisas pra outra equipe fazer eles conseguem realizar direitinho. A gente tem um relacionamento muito bom entre a equipe aqui. Tanto da equipe de enfermagem, como médico, da dentista, os meninos que são agentes indígenas né. A gente tem, nossa! Uma comunicação muito boa com os meninos aqui (Trabalhador da saúde 6, 2015).

No que se refere ao trabalho em equipe, este deve ser desenvolvido com a finalidade de transformar os perfis epidemiológicos em desenvolvimento de vida saudável.

Para BERTOLOZZI et al. (2009, p. 1.329) a atuação em equipe, neste contexto, chama para a necessidade de conjugar os saberes disciplinares de cada um dos participantes. Ressaltam ainda, por ser a saúde um “processo complexo, que envolve toda a trama de constituição da sociedade, com suas contradições e tensões constitutivas”, a atuação dos profissionais deve primar por competências e habilidades, no compartilhamento dos saberes, possibilitando o “entendimento da realidade de vida das pessoas sob sua responsabilidade institucional”.

Além da positiva relação entre os trabalhadores da equipe, observamos que a relação entre estes e a comunidade expressa carinho e atenção,

Ah eu sou apaixonada, eu apaixonei por Marãiwatsédé porque é uma comunidade diferente das outras que eu já tinha trabalhado. Porque a gente vê que o alcoolismo não existe aqui, se tem é muito pouco, a comunidade é educada não destrata a gente. Entre os profissionais, existe um vínculo muito bom, um bom respeito e eu gosto muito daqui. Espero não sair daqui, já tive propostas, me chamaram mês passado falei que não quero sair daqui (Trabalhador da saúde 2, 2015).

Por parte da comunidade observamos que os idosos, as mulheres e as crianças, têm um carinho especial pela equipe de saúde, visto que, constantemente estão fazendo visitas, não apenas no polo base, mas inclusive, no alojamento onde os profissionais residem.

FIGUEIREDO e MELLO (2007) assinalam que a expressão de compromisso, um dos aspectos ligados à análise da vulnerabilidade programática, se traduz nas iniciativas de transformação do compromisso em ação, por parte do modelo de saúde, adotando medidas e incorporando-as na atenção à saúde da criança, adequando às estruturas técnico-administrativas, com normas técnicas e instrumentos operacionais.

A relação de compromisso observada nos profissionais de saúde que atuam no polo base é parte integrante da análise da vulnerabilidade programática, visto que propicia a busca e o alcance dos objetivos propostos. Neste sentido a atenção à saúde é uma prioridade para a equipe de saúde. Outro aspecto positivo identificado no trabalho do polo base é a sinergia e o clima de colaboração entre os profissionais.

#### 4.1.4.4 Interinstitucionalidade no contexto da saúde - Polo Base Marãiwatsédé

Nessa sessão apresentamos a participação dos profissionais do polo base Marãiwatsédé em trabalhos de parceria com instituições governamentais e não governamentais.

Em relação aos trabalhos desenvolvidos pela escola na comunidade, não tem havido participação da equipe de saúde, “não há interação da saúde com a educação, fizemos na semana passada um mutirão de limpeza do lixo da aldeia e não apareceu nenhum técnico da saúde para ajudar” (Depoimento da professora na ocasião da reunião realizada na aldeia Marãiwatsédé, 2013).

Os trabalhos desenvolvidos em conjunto restringem a vinda das crianças ao polo base para a administração de medicamentos contra parasitose intestinal e orientações.

A Organização Não Governamental Amazônia Nativa (OPAN) desenvolve ações voltadas para a sustentabilidade social e alimentar com o Povo de Marãiwatsédé. Nas ações integradas com o polo base, houve a realização de uma oficina de capacitação antropológica promovida pela OPAN e pelo DSEI em 2014,

Teve essa tentativa de aproximação nossa, porque estava, nos anos anteriores, sinalizado que não havia diálogo algum. Era importante que a gente fizesse uma aproximação, porque a OPAN estava querendo entender mais sobre a desnutrição infantil, então a gente falou: não tem como trabalhar sem se aproximar da SESAI. Ai surgiu a ideia dessa capacitação no DSEI né, em junho do ano passado, mas ai também uma atividade pontual, nada sistemático foi pensado. Nem tem ocorrido não. Por parte da SESAI, depois do curso, eles gostaram muito, ficaram falando: tem que ter mais, tem que expandir para mais profissionais (...) (Trabalhador organização não governamental, 2015).

A Pastoral da Criança, situada no município de Bom Jesus do Araguaia, mensalmente vai até a aldeia para desenvolver a ação de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças na aldeia. Este trabalho propicia uma dinâmica interessante na vida daquele povo, quatro moradores da aldeia participam da atividade da Pastoral da Criança. Além do acompanhamento do crescimento, fazem a detecção precoce das gestantes. Apesar do pouco envolvimento da equipe de saúde na rotina dos trabalhos da pastoral eles a valorizam, sobretudo, bem vindos à operacionalização das atividades de pré-natal realizadas no polo base,

(...) com a Pastoral da Criança a gente consegue pegar as gestantes com menos tempo de gravidez, porque elas descobrem e avisam pra gente, sabe? Ai tem os colaboradores, que falam: tal fulana está grávida, tem que fazer pré-natal. Isso já facilitou muito pra nós, ajudou. É uma parceira boa... (Trabalhador da saúde 6, 2015).

O trabalho integrado entre a Pastoral da Criança, moradores da aldeia e a equipe de saúde, traduz, a nosso ver uma relação que vai além da assistência, mas, sobretudo trazendo um enfoque educacional que, segundo AYRES (2006), é tão “fundamental nos processos de promoção de saúde e prevenção de agravos que não pode ficar preso às tendências modeladoras, fortemente difundidas a partir de paradigmas comportamentalistas”.

Para o autor, a atitude construtivista neste contexto, nasce dos saberes e das experiências, sendo uma das melhores alternativas para que “as pessoas possam de fato buscar e se apropriar de informações que façam sentido para elas se mobilizarem autenticamente e acharem alternativas práticas que permitam superar as situações que as vulnerabilizam” (p.9).

Ainda em se tratando de parcerias, existe ao lado do polo base uma estrutura construída pela Prelazia de São Felix do Araguaia, mas que não está sendo utilizada pela equipe de saúde, uma vez que a carência de profissionais limita a utilização desta unidade,

(...) você viu a estrutura que ela tem, ela é perfeita né? Nós não temos profissional pra ficar assim... a gente até gostaria de usar ela sabe, mas nós não temos uma pessoa pra fazer a limpeza dela, (...) Então, eu... a gente não tem equipe pra atender lá sabe, até gostaria de usar aquele ambulatório. Até já usamos, já coloquei paciente internado lá, que o doutor às vezes passa soro, a gente interna lá. Mas é difícil, não tem nem condições de usar, porque nós não temos profissionais. Se tivesse uma pessoa pelo menos pra fazer a limpeza dele seria mais fácil da gente usar (Trabalhador da saúde 6, 2015).

É um espaço que poderia estar sendo bem aproveitado, não somente pensando no atendimento ambulatorial, que é uma necessidade, mas, inclusive, em se tratando de um ambiente voltado para trabalhos educativos, de estudos com os profissionais de saúde, de interação da saúde com outras áreas do conhecimento. Neste caso, atividades educativas foram registradas pela equipe de saúde em 2012, como rodas de conversa com membros da comunidade sobre aleitamento materno, desnutrição, verminose, escabiose, higiene corporal, preparo de alimentos. Algumas ações, tais como palestra sobre Leishmaniose Visceral foram realizadas em parceria com os professores da Escola Municipal Marãiwatsédé. (DSEI, 2013).

Mesmo tendo sido realizadas, não houve programação prévia da Equipe, como também, não foram encontrados registros de atividades de Educação em Saúde durante o ano de 2013.

A equipe de saúde local em 2012 e 2013 não desenvolveu trabalhos em parceria com outros organismos governamentais e não governamentais. Existiu disposição para auxiliar em alguns momentos, porém, não se mostrou envolvida com os trabalhos desenvolvidos pela equipe da pastoral e comunidade.

## 4.2 ASPECTOS RELACIONADOS À VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA E INDIVIDUAL NA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA

### 4.2.1 Atenção à saúde do recém-nascido – Polo Base Marãiwatsédé

Quando nascidos na aldeia, os recém-nascidos contam com o cuidado da avó materna ou paterna, que além de auxiliar no parto também se dedicam aos primeiros cuidados com a criança. Esta prática de cuidado é tradicional na cultura Xavante e se revela como um importante elemento para a redução da vulnerabilidade individual da criança. Os profissionais da enfermagem também podem ser solicitados no momento do parto, ao nascimento da criança e acompanhando a avó, nos primeiros cuidados,

Às vezes tem família que chama pra gente participar, outras não. Você fica sabendo que nasceu porque são feitos pelas parteiras. Muitos chamam a gente sim, pra orientar, orientar mesmo e ficar só em observação. Você só fica sentadinho ali observando, dando um apoio pra família, mas você não pode interferir. São elas que fazem o parto (Trabalhador da saúde 6, 2015).

As ações básicas realizadas na atenção à saúde dos recém-nascidos se pautam na verificação do peso, estatura, perímetro cefálico e torácico, visitas domiciliares, orientações aos pais e à família e registro dos dados de nascimento (data, local do parto, tipo de parto, peso, estatura, perímetros cefálico e torácico) no livro denominado “registros de nascimento” (Tabela 2).

(...) a criança, quando ela nasce aqui na aldeia né, a gente tem aqui o caderno, que é pesado, eu já te mostrei, a gente faz as primeiras vacinas, eu não tenho a vacina dentro da aldeia, mas ai a gente pega a criança vai até Bom Jesus faz a primeira vacina né, lá. Ai faz esse acompanhamento do teste do pezinho, a gente leva para o pediatra, (...) encaminha pro pediatra de Água Boa. Quando o pediatra de Água Boa acha que tem uma necessidade de fazer o acompanhamento todo mês, ele passa todo mês o retorno, a gente leva a criança pra ele, ai a criança é pesada aqui né, verifica a estatura todo mês. Tem a suplementação de sulfato ferroso que a gente faz (Trabalhador da saúde 6, 2015).

**Tabela 2** Nascimento, estatura, peso ao nascer e classificação nutricional, local do parto e tipo de parto. Aldeia Marãiwatsédé 2012 e 2013.

Nascimentos	2012			2013			Total
	M	F	Total	M	F	Total	
Número de nascidos vivos	26	17	43	20	25	45	88
Número de parto/local do parto							
Aldeia	14	15	29	16	18	34	63
Referência SUS*	11	1	12	3	7	10	22
Outros locais	0	1	1	1	0	1	2
Não Informado	1	0	1	0	0	0	1
Número de parto/tipo de parto							
Normal	21	17	38	19	23	42	80
Cesáreo	4	0	4	1	2	3	7
Não informado	1	0	1	0	0	0	1
Número de crianças/Classificação nutricional (peso/idade)							
Peso adequado para a idade	23	16	39	19	24	43	82
Baixo peso para a idade	0	0	0	0	0	0	0
Peso elevado para a idade	1	1	2	1	1	2	4
Peso não informado	2	0	2	0	0	0	2

\*Hospitais localizados nos municípios de Água Boa, Barra do Garças e Ribeirão Cascalheira.

Fonte: Livro de nascimentos – Polo Base Marãiwatsédé.

Do total de 88 nascidos vivos, no período de 2012 e 2013, 46 (82,2%) pertencem ao sexo masculino e 42 (47,7%) ao sexo feminino. Dos partos, 63 equivalendo a 71,5% aconteceram na aldeia, 22 (25%) nos hospitais de referência do SUS localizados nos municípios de Água Boa, Barra do Garças e Ribeirão Cascalheira. Partos ocorridos em outros locais somaram 2 (2,2%) e não informado, 1 (1,1%). Quanto ao tipo de parto, o parto normal foi registrado em maior número 80, perfazendo 90,9%, seguido do parto cesáreo com sete (7,9%) e não informado 1 (1,1%).

Para fins comparativos, no Brasil o percentual de parto cesáreo, em 2009, foi de 50,10%. Na Região Centro Oeste e no estado de Mato Grosso os indicadores foram ainda maiores, 55,83% e 54,85% respectivamente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008a). Assim, o percentual encontrado em Marãiwatsédé está de acordo com o que preconiza a OMS, ou seja, abaixo dos 10%.

Estudos realizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2014, concluíram que as taxas de parto cesáreo, maior que 10%, não estão relacionadas, com a redução da mortalidade materna e neonatal. Quando realizadas em locais sem infraestrutura segura para tratar suas complicações, pode causar problemas, tanto para a mãe, quanto para o bebê. Por ser uma intervenção específica para salvar a vida de mães e bebês deve ser indicada apenas por motivos médicos (OMS, 2015).

A OMS entende que esforços devem estar concentrados não em conseguir atingir uma taxa específica de parto cesárea, mas, sobretudo garantir que sejam realizadas em caso de necessidade, e reforça: que ainda não estão claros quais os efeitos das taxas de cesáreas sobre outros além da mortalidade, tais como morbidade materna e perinatal, problemas pediátricos, bem-estar social ou psicológico. “São necessários mais estudos para entender quais são os efeitos imediatos e em longo prazo do parto cesáreo sobre a saúde”. (OMS, 2015, p.4).

O acompanhamento do peso das crianças ao nascimento é uma das condutas realizada pela equipe de saúde e revelou que a maioria dos recém-nascidos em 2012 e 2013 apresentou peso adequado para a idade. Do total de 88 crianças nascidas vivas, 86 (97,7%) tiveram o peso registrado, destas, 82 (95,3%) estavam nos padrões de classificação de peso/idade, estabelecidos pela OMS. Quatro crianças nascidas vivas (4,6%) foram registradas com peso elevado para a idade. Ressaltamos que não foi encontrado recém-nascido com peso baixo para a idade, aspecto importante para a análise da vulnerabilidade individual.

Estudo realizado com crianças indígenas Kaingáng da Terra Indígena Mangueirinha no estado do Paraná, revelou que o peso ao nascer apresentou uma distribuição com média e mediana em torno de 3.000g (desvio-padrão – DP = 669), “próxima da normal”, e a prevalência de baixo peso ao nascer atingiu 18,4% das menores de cinco anos de idade, “um percentual bastante elevado se comparado aos resultados da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, de 8,2%, e com a prevalência observada na Região Sul do país, de 8,5% para crianças não indígenas” (KÜHL et al. 2009, p.414).

Outro estudo realizado com crianças Kaiowá e Guarani, residentes na Área Indígena de Caarapó, Mato Grosso do Sul, concluiu ser significativo o número de baixo peso ao nascer (30,4%), revelando que possivelmente, este é um valor subestimado visto que, 64,4% das crianças não dispunham de registro de peso ao nascer (PÍCOLI et al., 2006).

A triagem neonatal, conhecida como teste do pezinho, é mais uma das ações estabelecidas no Plano Distrital de Saúde Indígena Xavante 2012 a 2015 e está sendo realizada no polo base Marãiwatsédé. Teve início em fevereiro de 2014 e até o mês de outubro do mesmo ano, treze crianças haviam sido acompanhadas por este exame, perfazendo 26% dos nascidos vivos neste período. Percentual abaixo do esperado pelo Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) que prevê a cobertura de 100% de todos os recém-nascidos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001). Porém, em se tratando da organização dos serviços e acesso, um dos elementos elencados por AYRES et al. (2006) necessários para a análise da vulnerabilidade institucional, podemos considerar como um avanço a realização da coleta do material para a realização deste teste, na aldeia: “agora faz (...) colhe aqui dentro da aldeia, né, e as meninas mandam pra... Cuiabá. Então, todo mês tem essa rotina, certinho” (Trabalhador da saúde 6, 2015). Principalmente por ser um exame que requer cuidados especiais antes, durante e depois da coleta, bem como a articulação interinstitucional para a sua realização em laboratórios conveniados com o SUS.

Desde a década de 1960 a OMS preconizou a realização da Triagem Neonatal, principalmente para os países em desenvolvimento. No Brasil o programa teve início em 1976 na cidade de São Paulo, mas somente em 1990, a Lei Federal nº 8.069/1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente) formalizou sua obrigatoriedade em todo o território nacional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002b).

Considerando a análise da vulnerabilidade programática para a atenção à saúde do recém-nascido no polo base, esta se apresentou adequada aos padrões do Ministério da Saúde. Situações positivas traduzem esta afirmação como a prática do cuidado tradicional Xavante à criança recém-nascida, revelando como um importante elemento para a redução da vulnerabilidade individual da criança. Do total geral de partos ocorridos no período estudado, 90,9% foram partos normais, destes 70% foram realizados na aldeia. Quanto aos nascidos vivos, 93,2% apresentou peso adequado ao nascer. O teste do pezinho, um direito adquirido pela equipe de saúde e pelo Povo de Marãiwatsédé, tem sido realizado na própria aldeia. Após

o nascimento, todas as medidas da criança são verificadas pela equipe de saúde e/ou no âmbito hospitalar e registradas no “livro de registro nascimentos”.

#### 4.2.2 Vigilância alimentar e nutricional das crianças menores de cinco anos - Polo Base Marãiwatsédé

O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional Indígena – SISVAN-I foi regulamentado pela Portaria nº 984/2006, reconhecendo a magnitude dos problemas de alimentação, nutrição e saúde entre os povos indígenas no Brasil (FUNASA, 2006). As discussões sobre a implementação de uma proposta do SISVAN, adaptada à realidade social e cultural das populações indígenas brasileiras, com base nos protocolos já recomendados pela OMS, colocaram o SISVAN-I como uma das principais estratégias para o enfrentamento da questão (FUNASA, 2006).

Desde sua regulamentação, o SISVAN-I é considerado como importante fonte de dados relativos à alimentação e nutrição dos povos indígenas no Brasil. Entretanto, a escassez de dados sobre o tema continua sendo um desafio para os formuladores de políticas públicas (PANTOJA et al. 2014).

As recomendações do SISVAN Indígena colocam a faixa etária de crianças menores de 60 meses como prioritária devido às altas taxas de mortalidade infantil e mortalidade proporcional por faixa etária que atingem estas crianças, evidenciando que a problemática da alimentação e nutrição entre os povos indígenas é determinante do seu estado de saúde.

A pesagem das crianças menores de cinco anos, no período de 2012 e 2013 foi realizada por um técnico de enfermagem ou pelo enfermeiro. Em relação à média de pesagem por criança no polo base, observamos que houve diferença significativa entre o ano de 2012 e 2013. No primeiro ano foram acompanhadas 194 crianças e a média esteve em 3,9 pesagens por criança. Em 2013, para um total de 218 crianças acompanhadas, a média foi de 9 pesagens por criança. Este é um importante elemento para a análise de vulnerabilidade programática no sentido de verificar a organização dos serviços de saúde ofertados, o acesso, a continuidade das ações e a participação dos usuários nos trabalhos da equipe. Também para a

vulnerabilidade individual no sentido de acompanhar o crescimento dessa criança e em momentos oportunos evidenciar problemas.

O aumento da média de pesagem em 2013 possivelmente está relacionado à inclusão de mais profissionais na equipe de saúde, a partir do segundo semestre de 2012, sobretudo o Agente Indígena de Saúde.

A cobertura do SISVAN Indígena é um dos elementos chave para a análise da vulnerabilidade programática em nosso estudo. Conhecendo a sua cobertura, é possível verificar a continuidade das ações em área indígena, o planejamento, o acompanhamento e a avaliação das possíveis medidas de intervenção (PANTOJA, 2014).

Até o final de 2013 somente os recém-nascidos contavam com o acompanhamento da estatura além do peso, para as outras crianças o monitoramento centrava-se na classificação peso/idade, inviabilizando assim, a avaliação de indicadores como Estatura/Idade, Peso/Estatura e IMC/Idade, importantes preditores de possíveis déficits estaturais.

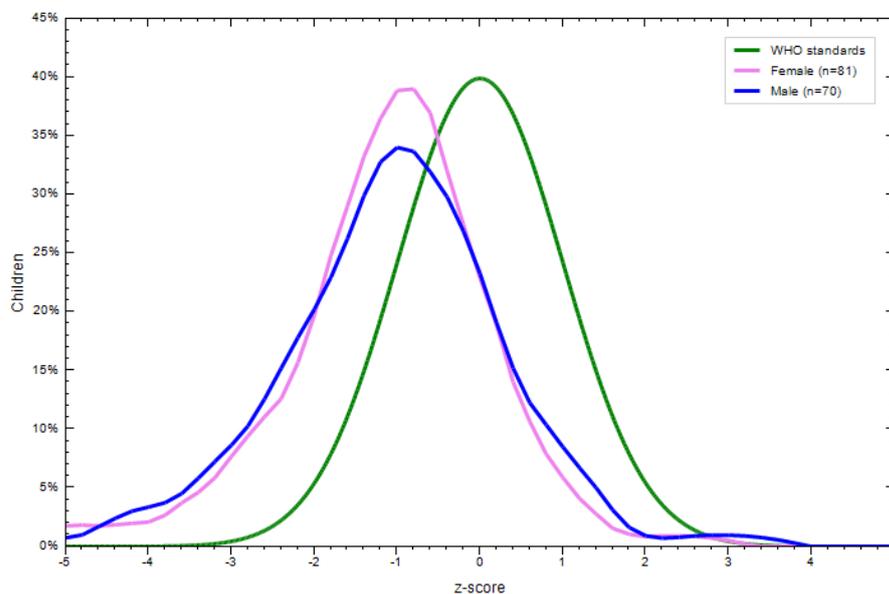
Em se tratando do acompanhamento do peso das crianças, os procedimentos de pesagem, a partir do segundo semestre de 2013, ficaram sob a responsabilidade do agente indígena de saúde, “(...) assim, eu vou chamar primeiro a criança, mãe dele, mãe dela, e leva lá no postinho, pra eu pesar e medir” (Trabalhador da saúde 4, 2015).

Após os trabalhos de pesagem, a classificação nutricional foi realizada pelo enfermeiro ou técnico de enfermagem, conforme descrito abaixo:

O AIS traz a pesagem pra nós enfermeiros ou técnicos e a gente faz a classificação. O peso que a gente tem dúvida e que a gente conhece a criança, a gente refaz, depois da pesagem. A gente faz o informativo pro DSEI, da relação e do suplemento lácteo e eu faço uma cópia. Deixo pra todo mundo ter acesso (Trabalhador da saúde 2, 2015).

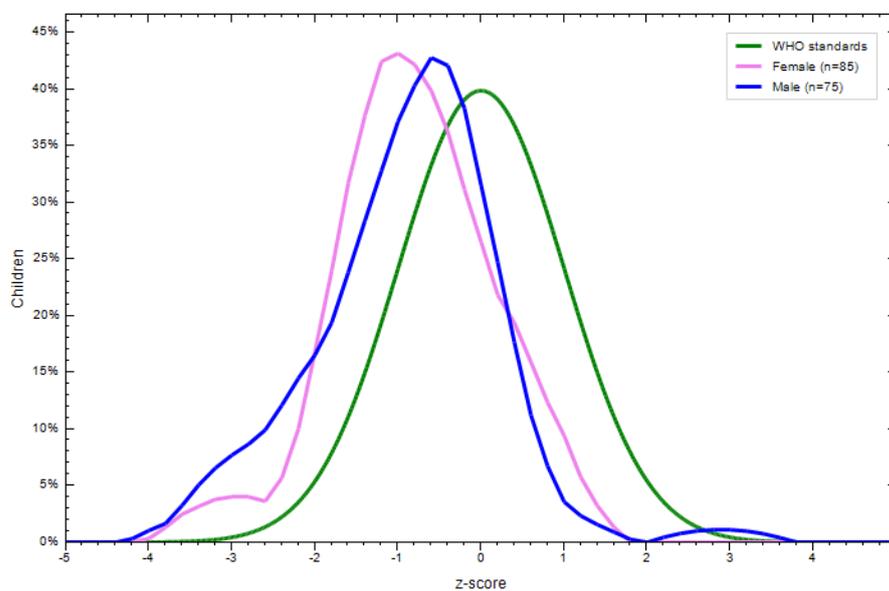
Em se tratando do estado nutricional avaliado pelo peso para a idade das crianças menores de cinco anos acompanhadas no polo base Marãiwatsédé, os gráficos com a distribuição do escore-z deste indicador, por sexo, no período de 2012 e 2013, trouxe-nos a possibilidade de um olhar coletivo para a análise da vulnerabilidade individual da população estudada (Figuras 9 e 10).

**Figura 9** Distribuição do escore-z de peso para idade, por sexo, de crianças menores de 5 anos de idade. Polo Base Marãiwatsédé, outubro 2012 (n= 151).



Fonte: Livro de anotações do peso das crianças - polo base Marãiwatsédé, 2015.

**Figura 10** Distribuição do escore-z de peso para idade, por sexo, de crianças menores de 5 anos de idade. Polo Base Marãiwatsédé, outubro 2013 (n= 160).



Fonte: Livro de anotações do peso das crianças - polo base Marãiwatsédé, 2015.

A comparação das curvas de distribuição do escore-z de peso para idade (P/I) dos dois anos de estudo, para ambos os sexos, com a curva padrão de referência da Organização Mundial da Saúde (OMS), mostra um deslocamento à esquerda, ou seja, grande proporção de crianças com valores abaixo do considerado padrão para uma população com adequadas condições de vida e saúde nesta fase da vida. Em ambos os sexos, foi observado redução na proporção de crianças com escore-z de peso para idade menor que -3 entre os anos de 2012 e 2013.

Em uma população saudável, a prevalência esperada pelo Ministério da Saúde, de peso para idade abaixo de 2 escore-z (classificadas como baixo peso ou muito baixo peso para idade) seria de apenas 2,3%. Entretanto, observando os valores percentuais da classificação nutricional das crianças de Marãiwatsédé verificamos que, nos dois anos, os valores de baixo peso ou muito baixo peso extrapolam esse percentual (Tabelas 3 e 4) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011c).

Do total de 151 crianças acompanhadas em 2012, 79,5% estavam com peso adequado para a idade, às demais, 12,6% apresentaram baixo peso, 6,6%, muito baixo peso e 1,3%, índice acima do Escore-z +2. Pouco mais da metade das crianças pertencentes à faixa etária  $0 < 6$  meses apresentavam peso adequado para a idade (68,4%). No indicador  $< \text{Escore-z} - 3$  estavam 21,1% das crianças da faixa etária  $0 < 6$  meses. É importante, considerar que nesta fase da vida as crianças, em geral, são amamentadas com o leite materno, o que lhes garantiria a classificação nutricional de peso adequado para a idade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011c). Alta proporção de crianças de 6 meses a 12 meses com baixo peso para a idade (23,3%). As crianças entre 36 meses  $< 60$  meses de idade não apresentaram alterações significativas de peso para a idade, ou seja, somente 1,7% estavam com baixo peso para a idade (Tabela 3).

**Tabela 3** Classificação do estado nutricional das crianças Xavante menores de 5 anos de idade, segundo escore z de peso para idade\*. Polo base Marãiwatsédé, outubro, 2012.

Faixa Etária (meses)	Muito Baixo peso para idade		Baixo peso para idade		Peso adequado para idade		Peso elevado para idade <sup>#</sup>		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
0 < 6	4	21,1	1	5,3	13	68,4	1	5,3	19	100
6 < 12	0	0	3	21,4	10	71,4	1	7,1	14	100
12 < 36	6	10,0	14	23,3	40	66,7	0	0	60	100
36 < 60	0	0	1	1,7	57	98,3	0	0	58	100
Total	10	6,6	19	12,6	120	79,5	2	1,3	151	100

Fonte: Arquivos do polo base Marãiwatsédé.

\*Classificação segundo pontos de corte da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2006): muito baixo peso para idade < escore-z -3; baixo peso para idade  $\geq$  Escore-z -3 e < Escore-z -2; Peso adequado para idade  $\geq$  Escore-z -2 e  $\leq$  Escore-z +2; Peso elevado para idade > Escore-z +2.

<sup>#</sup> Este não é o índice mais adequado para avaliação de excesso de peso entre crianças.

Ao compararmos os indicadores nutricionais de 2012 e 2013, conferimos melhores resultados para o período anual 2013, em todos os indicadores (Tabela 4).

**Tabela 4** Classificação do estado nutricional das crianças Xavante menores de 5 anos de idade, segundo escore z de peso para idade\*. Outubro, 2013

Faixa Etária (meses)	Muito Baixo peso para idade		Baixo peso para idade		Peso adequado para idade		Peso elevado para idade <sup>#</sup>		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
0 < 6	1	5,0	5	25,0	14	70,0	0	0	20	100,0
6 < 12	0	0	0	0	14	100,0	0	0	14	100,0
12 < 36	4	6,3	5	7,8	54	84,4	1	1,6	64	100,0
36 < 60	0	0	0	0	62	100,0	0	0	62	100,0
Total	5	3,1	10	6,25	144	90,0	1	0,62	160	100,0

Fonte: Arquivos do polo base Marãiwatsédé.

\*Classificação segundo pontos de corte da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2006): muito baixo peso para idade < escore-z -3; baixo peso para idade  $\geq$  Escore-z -3 e < Escore-z -2; Peso adequado para idade  $\geq$  Escore-z -2 e  $\leq$  Escore-z +2; Peso elevado para idade > Escore-z +2.

<sup>#</sup> Este não é o índice mais adequado para avaliação de excesso de peso entre crianças.

No total das crianças acompanhadas em 2013 (n=160) houve redução em mais da metade dos índices de muito baixo peso para a idade, baixo peso para a idade e peso elevado para a idade. Na classificação peso adequado para a idade foram registradas 90% das crianças.

A redução de crianças menores de 6 meses de idade para a classificação muito baixo peso para a idade foi significativa, de 21,0% para 5,0% criança. Já, para as crianças

pertencentes à faixa etária de 6 meses < 12 meses, o decréscimo foi de 33,3%. Houve um acréscimo de 19,7% de crianças em idade de 0 < 6 meses no indicador baixo peso para a idade em 2013, em relação a 2012.

Quanto à vulnerabilidade individual encontrada neste aspecto da atenção à saúde das crianças, nos reportamos para a situação de vulnerabilidade social em que o Povo Xavante de Marãiwatsédé estava vivendo no período de 2012 e 2013. Em 2012, ano em que foi deflagrada a desinvasão da Terra Indígena Marãiwatsédé, os problemas se acentuaram em torno das relações entre as comunidades vizinhas localizadas ao entorno da terra indígena, com a população de Marãiwatsédé. Tal situação inevitavelmente propiciou o agravamento dos quadros de morbidade instalados durante esse período. Além da vulnerabilidade social, a vulnerabilidade programática deve ser considerada como elemento importante para a condição da vulnerabilidade individual das crianças. Os problemas encontrados na atenção à saúde restringiram consideravelmente as tomadas de decisões e as ações responsáveis por impactar no processo de superação das dificuldades, por parte da equipe de saúde e comunidade local.

Ao encontrarmos 21,1% de crianças menores de 6 meses classificadas como muito baixo peso para a idade em 2012, se faz necessário aprofundamento sobre os cuidados e vulnerabilidade nessa faixa etária em questões individuais e sociais de saúde. Muitos são os desafios no sentido de conhecer a realidade, em que a população de Marãiwatsédé vive em relação às condições de vida vivenciadas diante de problemas e cicatrizes profundas deixadas em seu território.

Estudo realizado por PANTOJA et al. (2014) em oito polos base vinculados ao DSEI Yanomami revelou que a cobertura média do SISVAN Indígena, em um ano, foi de 27,7%. Do total de crianças acompanhadas 80,5% apresentaram baixa estatura para a idade, 57,5% baixo peso para a idade, 8,4% magreza e 5,5% sobrepeso. O maior percentual de baixo peso para a idade esteve nas crianças de 36 a 59 meses de idade. Para PANTOJA et al (2014) tal condição evidencia “uma realidade precária, a qual expõe não só as desigualdades em saúde (...) mas também a necessidade de medidas de intervenções que busquem melhorar as condições de vida e a assistência à saúde” (p.59). Podemos refletir também, sobre o aspecto sociocultural, visto que é nesta fase da vida em que a criança começa a se distanciar da mãe. Possivelmente é a época de uma nova gestação.

O estudo do estado nutricional das crianças Wari', habitantes do estado de Rondônia, demonstrou significativos déficits de estatura e de peso para a idade (LEITE, 2007). Esta pesquisa revelou deslocamento importante, para a esquerda, das curvas de escores – z para estatura/idade e peso/idade. Segundo o autor, mesmo as crianças menores de 1 ano apresentaram déficits consideráveis nos indicadores de estatura e peso para a idade. Neste estudo, os indicadores só apresentaram melhora a partir dos cinco anos de idade, porém, de maneira geral, as médias permaneceram muito baixas para estatura/idade e peso/idade, entre -1 e -2 escores-z (LEITE, 2007). Em se tratando da relação sazonalidade e perfil nutricional, o autor, comparando os dados antropométricos entre as diferentes estações do ano e observou “uma franca deterioração do perfil de nutrição logo após a estação das chuvas” (p.174).

Quanto ao atendimento dispensado no polo base Marãiwatsédé às crianças com peso abaixo do adequado, os profissionais da equipe multiprofissional seguem uma rotina estabelecida pelo DSEI Xavante, baseada no protocolo do SISVAN Indígena. Além do acompanhamento da criança mensalmente pela equipe de saúde, esta é encaminhada para a cidade, em referências como a Casa de Saúde do Índio de Barra do Garças ou hospitais da rede SUS localizados principalmente na cidade de Água Boa e Barra do Garças, objetivando maior aporte profissional, diagnóstico e reforço alimentar,

(...) quando ela tem o peso muito baixo, que a gente consegue levar, a criança vai pra CASAI, fica lá com a nutricionista, lá na Barra né. Tem todo esse suporte lá, a criança fica lá o tempo que é necessário para o tratamento nutricional (...) (Trabalhador da saúde 6, 2015).

Ainda no que se refere ao tratamento das crianças com baixo ou muito baixo peso, para o trabalhador da saúde existem alguns problemas relatados, com o acompanhamento das crianças no polo base,

(...) porque nós não temos nutricionista na aldeia, né, e é uma dificuldade também você tirar uma criança daqui pra fazer um tratamento nutricional, porque a família geralmente não quer levar, não gosta de ir pra lá, reclama muito. Tem todas essas dificuldades, esse problema da cultura deles, que eles não querem ir e tal, que a gente tem que respeitar né, e que às vezes, você sabe, muitas das vezes acaba trazendo complicação até mesmo pra criança né, porque chega num peso muito baixo e a gente não consegue recuperar essa criança e muitas delas vai até a óbito né, por desnutrição (Trabalhador da saúde 6, 2015).

São situações que requerem mais atenção e investimento, por parte da SESAI e DSEI, no desenvolvimento da atenção à saúde da criança, acerca dos problemas de ordem nutricional encontrados. O fato de não haver um profissional nutricionista mais próximo das atividades diárias da equipe e com ele uma estrutura de aporte nutricional mais consistente, requer o deslocamento da criança para a cidade e que na maioria das vezes não é aceito pela família, ocasionando problemas para a criança, para a família e para a própria equipe de saúde.

Em se tratando de determinantes que vão além da assistência à saúde, a produção alimentar é um elemento indiscutível no contexto saúde de uma população, o mesmo não deve estar desvinculado da proposta de atenção à saúde. Em Marãiwatsédé, as questões relativas à subsistência alimentar não estão colocadas como um dos eixos principais no cotidiano da equipe e da atenção à saúde. Estão previstas no PDSI Xavante 2012-2015, porém, não é uma ação viva do polo base.

Em se tratando da recusa de algumas mães diante do encaminhamento de crianças para as Casas de Saúde do Índio, PONTES et al. (2014) evidenciaram que para os Baniwa, o maior incômodo estava nas condições inadequadas dessas referências. Outras situações encontradas como a desconfiança em relação aos profissionais de saúde não indígenas, a insegurança da transferência para os serviços urbanos, em se sentirem desconfortáveis, maltratados e sujeitos às condições inadequadas, também foram relatadas na pesquisa. Para os autores nas recusas pelos indígenas à transferência aos serviços em área urbana, emergem elementos conflitivos entre indígenas e profissionais de saúde que em análise, “esses relatos não se referiam à atenção biomédica propriamente dita, mas às barreiras culturais inerentes à estrutura e proposta operacional dos serviços, bem como a desconsideração, por parte dos profissionais, da perspectiva dos indígenas sobre o processo terapêutico” (p.344).

A suplementação do ferro é uma das ações prescritas pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) e para as crianças da aldeia Marãiwatsédé a indicação do profissional pediatra da referência é a partir dos três meses de vida,

Antes não fazia... eu nunca fiz antes dos seis meses, hoje os médicos estão pedindo que a gente faça, a partir do terceiro mês já é preciso entrar com sulfato ferroso por causa da anemia que está tendo aqui na aldeia. Está tendo muita anemia aqui nas crianças sabe. Aí o pediatra de Água Boa pediu pra que a gente começasse a fazer sulfato ferroso a partir do terceiro mês até os dois anos de idade, ai a gente está fazendo esse complemento, todo mês, toda semana faz o sulfato ferroso né (Trabalhador da saúde 6, 2015).

A anemia causada por deficiência de Ferro é a carência de maior magnitude no mundo e atinge principalmente as gestantes e as crianças menores de 2 anos de idade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012b).

Segundo o MINISTÉRIO DA SAÚDE (2012b), aproximadamente metade dos pré-escolares (cerca de 4,8 milhões de crianças) e 67,6% de crianças na faixa etária entre 6 e 24 meses apresentam anemia. Em gestantes a prevalência está em 30%.

Em se tratando da suplementação de ferro oferecida às crianças de Marãiwatsédé, esta é uma conduta que se encaixa nas estratégias de prevenção e controle da anemia para os primeiros seis meses de vida, quando da ocorrência de prematuridade e baixo peso ao nascer (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013d). Tais situações não foram evidenciadas, nos registros de nascimentos, no período estudado. Diante disto, a conduta de priorizar a suplementação medicamentosa de ferro em doses profiláticas, deve ser estudada e planejada, visto que o Programa Nacional de Suplementação de Ferro está voltado para a “suplementação profilática de ferro para todas as crianças de 6 a 24 meses de idade, gestantes ao iniciarem o pré-natal até o terceiro mês pós-parto” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013d).

Estudo realizado por ORELLANA et al. (2006) com crianças Suruí, habitantes da Terra Indígena Sete de Setembro na divisa dos estados de Rondônia e Mato Grosso, detectou que das 268 crianças da faixa etária de 6 a 119 meses, que se submeteram ao teste de Hemoglobina, 80,6 % apresentou anemia. Para as crianças de 6 meses a 59 meses o percentil esteve em 85%. São indicadores importantes que retratam um olhar especial, no que tange a proposta do estudo de suplementação de ferro para as crianças indígenas, em especial para as crianças Xavante de Marãiwatsédé, com base de um perfil nutricional anteriormente conhecido.

Em se tratando da atenção à saúde da criança menor de 5 anos, a Vigilância Alimentar e Nutricional é uma das atividades de atenção à saúde oferecida pelo polo base às crianças nesta faixa etária. Em relação à média de pesagem/criança no polo base, o ano de 2012 apresentou média menor de pesagens por crianças (3,9) em relação ao ano de 2013 (9). O acompanhamento da estatura não foi registrado no período estudado, apenas das crianças recém-nascidas, inviabilizando assim, a avaliação de indicadores como Estatura/Idade, Peso/Estatura e IMC/Idade.

Ressaltamos que 21,1% das crianças na faixa etária de  $0 < 6$  meses apresentaram muito baixo peso para a idade. Indicador importante considerando que nesta fase da vida as crianças, em geral, são amamentadas com o leite materno. Em 2013, o comportamento dos pesos registrados foi bem diferente do ano anterior. Houve redução em mais da metade dos índices de muito baixo peso para a idade, baixo peso para a idade e peso elevado para a idade. A vulnerabilidade individual encontrada no período de 2012 e 2013 retrata a situação de vulnerabilidade social vivida pelo Povo Xavante de Marãiwatsédé em relação ao conflito territorial instalado. Em se tratando da vulnerabilidade programática, o processo de desintrusão da terra indígena provavelmente foi um fator que afetou a oferta dos serviços de saúde na região.

#### 4.2.3 Visitas domiciliares na agenda da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena

Quanto ao planejamento das visitas domiciliares realizadas pela equipe de saúde, quase sempre não são agendadas, ficando sua execução na dependência do atendimento à demanda espontânea diária, pela equipe de saúde, “dias mais calmos é possível realizar as visitas domiciliares” (Trabalhador da saúde 6, 2015).

Assim, a visita domiciliar não é entendida como uma ação programática e sim, como um “complemento” no processo de assistência. O planejamento das ações locais no polo base para as visitas domiciliares é descontínuo, um indicador importante para a análise da vulnerabilidade programática visto que interfere na garantia da atenção integral à população local. A visita domiciliar é um instrumento com potencialidade capaz de estreitar os vínculos entre profissionais de saúde e comunidade. Possibilita ainda o conhecimento da dinâmica da vida Xavante e sua cultura.

Para NORO E TORQUATO (2014) as visitas domiciliares devem prover atividades que permitam o vínculo do profissional com a família, serem desenvolvidas na lógica da humanização do atendimento, baseada na relação afetiva, na confiança e na perspectiva de acompanhamento domiciliar e ambulatorial para aproximação aos benefícios conquistados pelos Agentes Comunitários de Saúde em suas atividades cotidianas na Estratégia de Saúde da Família.

Limitações no processo de planejamento das ações como o espaço físico inadequado e sem manutenção, irregularidades na dispensação dos materiais e medicamentos, problemas no preenchimento e utilização do sistema de informação e no processo de referência e contrarreferência dos pacientes encaminhados, impactavam consideravelmente a prática do planejar e o processo de trabalho, gerando sobrecarga de atividades (ELIA e NASCIMENTO, 2010).

A visita domiciliar pode ser uma estratégia de organização da oferta, na medida em que a equipe de saúde avalia as necessidades de saúde da população. Neste sentido é possível reduzir a demanda espontânea e ofertar uma atenção à saúde menos curativa e de controle, para mais preventiva e de promoção de saúde (ELIA e NASCIMENTO, 2010).

#### 4.2.4 Avanços e desafios nas ações de vacinação em menores de 5 anos no Polo Base Marãiwatsédé

No que se refere à imunização, ações de vacinação são realizadas mensalmente no polo base. A dispensação dos imunobiológicos é feita pelo Escritório Regional de Saúde de Água Boa à Unidade de Saúde do município de Bom Jesus do Araguaia, onde são acondicionados e monitorados por profissionais da referência municipal.

O DSEI Xavante por meio do polo base Marãiwatsédé dispõe de uma parceria com a Secretaria Municipal de Saúde cedendo geladeira e freezer para a ampliação do espaço de acondicionamento dos imunobiológicos.

Avanços em relação às pactuações com a Secretaria Municipal de Saúde de Bom Jesus do Araguaia permitiram o aumento da periodicidade da vacinação na aldeia. No período analisado os imunobiológicos ofertados às crianças menores de 1 ano foram: Vacina BCG, Pentavalente (Adsorvida difteria, tetano, pertussis, Hepatite B (recombinante) e Haemophilus influenzae), Poliomielite 1, 2, 3 (atenuada); Pneumocócica conjugada 10 valente; Rotavirus humano G1P1[8] (atenuada); Meningocócica C (conjugada) e a Febre Amarela (atenuada). Às crianças com um ano de idade, as vacinas ofertadas foram Tríplice Viral (sarampo, caxumba, rubéola) e Varicela. A Pneumocócica 23-valente (polissacarídica) está voltada para as crianças com dois anos de idade e a vacina Influenza (fracionada, inativada) em populações

indígenas, deve ser administrada a partir dos seis meses de vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014c).

Neste estudo a cobertura de vacinação enfatizou as crianças pertencentes à faixa etária de seis meses a quatro anos onze meses e 29 dias (Figura 11) (DSEI Xavante, 2013). A estratégia utilizada pelo Ministério da Saúde para conhecer a situação vacinal “de uma determinada área, em determinado tempo e por determinados imunobiológicos” é a construção de indicadores que servirão de base para a programação das atividades de imunização. A cobertura vacinal é um destes indicadores que tem como objetivo central “estimar a proporção da população-alvo vacinada e supostamente protegida para determinadas doenças” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014 d, p. 59).

Quadro 3 - Cobertura vacinal em menores de 5 anos de idade. Polo Base Marãiwatsédé, 2012 e 2013.

Vacinas	Cobertura Vacinal (%)	
	Ano 2012	Ano 2013
BCG	87,5	100,0
Febre Amarela	10,0	6,0
Influenza	58,5	61,0
Meningocócica C	0,0	75,0
Pentavalente	0,0	50,0
Pneumocócica 10 valente	0,0	100,0
Pneumocócica 23 valente	100,0	42,9
Poliomielite	6,7	8,0
Rotavírus humano	0,0	75,0
Tríplice viral	3,3	47,4
Varicela	63,0	59,4

Fonte: Arquivos SIASI-(DSEI XAVANTE, 2013).

A cobertura vacinal para o ano 2012 no polo base Marãiwatsédé revelou resultados abaixo dos parâmetros de cobertura vacinal estabelecidos pelo Ministério da Saúde (SES-SP, 2014), principalmente para as vacinas voltadas para as crianças menores de 1 ano que apresentaram cobertura vacinal de 0%. Em 2013 apresentou melhora na cobertura

vacinal, quando comparados com o ano 2012, para as vacinas BCG, Pneumocócica 10 valente, Meningocócica C, Rotavírus humano, Pentavalente e Tríplice Viral. As demais não apresentaram resultados satisfatórios.

Para efeito de comparação, no DSEI Xavante, em 2012, os indicadores de cobertura vacinal estiveram aquém dos índices esperados: Vacina Influenza 83,2%, vacina BCG (82,1%), Pneumocócica 23 valente (57,3%), Tríplice Viral (42,8%), Meningocócica C (23,1%), Varicela (23,1%), Febre Amarela (20,0%), Rotavírus humano (18,8%), Poliomielite (18,7%), Pneumocócica 10 valente (4,4%), Pentavalente (3,6%) e não muito mais elevados, em sua grande maioria, quando relacionados às coberturas encontradas no polo base Marãiwatsédé, no mesmo ano (DSEI Xavante, 2013). O DSEI Xavante alcançou a meta de cobertura vacinal da BCG (93,5%) e acréscimo na cobertura da vacina Pneumocócica 10 valente (70,0%), em 2013. Já as demais vacinas apresentaram discreto acréscimo em relação à cobertura de 2012: Vacina Pneumocócica 23 valente (72,3%), Tríplice Viral (51,5%), Meningocócica C (47,0%), Varicela (41,8%), Poliomielite (41,4%), Rotavírus humano (34,5%), Pentavalente (28,1%) e Febre Amarela (26,9%) (DSEI Xavante, 2013).

Mato Grosso apresentou cobertura vacinal da BCG (107,4%), Poliomielite (99,5%), Tríplice Viral (99,3%), Meningococo C (98,5%) e Febre Amarela (97,6%). Outras vacinas como a Rotavírus humano (90%), Pneumocócica 10 valente (88,6%) e Pentavalente (22,58) não conseguiram alcançar os parâmetros nacionais de cobertura vacinal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008a). Ainda no estado, o destaque foi para as vacinas Tríplice Viral (107,6%), BCG (105,9%), Poliomielite (101,0%), Febre Amarela (99,7%), Meningococo C (99,0%), Pentavalente (95,6%) que alcançaram as metas estabelecidas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008a).

Considerando as dificuldades que inviabilizam o estabelecimento de uma rotina diária para a ação de vacinação na aldeia, como a insuficiência de infraestrutura que colabora para as alterações dos indicadores de cobertura vacinal, a equipe de saúde tem conseguindo realizar atividades de vacinação em área indígena utilizando diversas estratégias com o objetivo de obter o aumento dos indicadores,

Hoje a gente tem que fazer igual, entra o ano né? Eu e a enfermeira vamos fazer o planejamento da vacina, agora o DSEI tá focando bastante nesta gestão, em vacina. Até que enfim deram valor à vacina! Então assim, a entrada é todo mês. (...) a partir do ano passado, todo começo de ano a gente faz planejamento, sequência, aproveita a festa que tem na aldeia, o feriado (...) as dificuldades, falta carro, não tem energia, não tem freezer, não tem [...], tudo, você faz planejamento e a entrada da vacina em área é todo mês (Trabalhador da saúde 2, 2015).

Diante dos esforços da equipe de saúde e as baixas coberturas é necessário refletirmos sobre os possíveis determinantes que interferem no processo de vacinação da população estudada, com o olhar ampliado para a cultura.

A periodicidade das ações de vacinação, por exemplo, na região Amazônica, para GARNELO (2011), ainda é uma prática voltada para o modelo campanhista, pontual e com número restrito de atuação, o que implica em coincidir as presenças da equipe e da população alvo em dias, local e horários previstos. Nem sempre a população alvo para a vacinação está à disposição, pois existem afazeres no ambiente da aldeia que requerem a participação dos membros da comunidade (caçadas, coletas de frutas entre outros) (GARNELO, 2011).

Importante situação colocada pela autora diz respeito à perspectiva indígena em relação à doença quando esta é “entendida não como um evento individual e sim como uma ameaça coletiva extensiva ao grupo de parentes”, desta mesma forma é o entendimento sobre as “estratégias terapêuticas igualmente coletivas”, como o xamanismo e outras formas de cuidado com a saúde (GARNELO, 2011, p.181). Para a autora este é um importante ponto de divergência entre as práticas tradicionais de cuidado e as diferentes modalidades de atuação da biomedicina, que expressam um atendimento mais individualizado.

Em se tratando da causalidade da doença, para os Baniwa, revela a autora, os conhecimentos biomédicos provenientes do tempo de contato interétnico não são ignorados, porém, são reinterpretados segundo a cosmologia do grupo, gerando um produto bem diferente do científico original,

Para os membros do grupo, a causa última dos problemas de saúde é algo muito complexo e não poderia ser alcançado somente por meio da introdução de substâncias químicas no corpo. Assim, o grau de importância que os Baniwa atribuem à vacina é relativamente menor que o valor de uma viagem xamânica aos mundos dos deuses em busca de uma resolução dos problemas coletivos que propiciaram a eclosão da doença (GARNELO, 2011, p. 181).

A vacinação quando periódica introduz uma ruptura do trabalho cotidiano na aldeia significando um fator determinante para a não adesão da população às programações. A afirmação justifica-se pelas práticas de saúde, em sua organização interna, que trazem um “componente de domesticação do usuário”, rejeitado pelos Baniwa. Consequentemente a não adequação destes às normas e rotinas de “um programa cuja lógica intrínseca somente é conhecida no interior do sistema de saúde”, possibilita desencontros entre as concepções dos usuários e as dos profissionais de saúde (GARNELO, 2011).

Em se tratando das atividades de vacinação, PONTES et al. (2014) analisa a vulnerabilidade programática inferindo que as ações,

são baseadas em programas nacionais de saúde, sem adequações significativas nas tecnologias, sistemas de informação ou metas. Em decorrência, as concepções universalistas dos profissionais de saúde concretizam-se em um cuidado tecnicamente padronizado aos doentes, sem quaisquer considerações em relação às suas singularidades culturais (p.342).

Neste sentido, em se tratando da ação de imunização, sob a ótica da vulnerabilidade programática, os baixos indicadores de cobertura vacinal em 2012 com melhora em 2013, das crianças menores de 5 anos em Marãiwatsede, podem estar associados ao olhar e fazer profissional limitado no sentido da compreensão dos aspectos culturais para estas interfaces. As concepções envolvidas no ato de vacinar e a própria vacina, como prática terapêutica, nem sempre são equivalentes ou coincidentes para profissionais de saúde e usuários indígenas. Este “desencontro” de percepções e a própria dificuldade em lidar com a questão no espaço da interculturalidade<sup>8</sup> pode gerar um perfil negativo quanto à adesão ao tratamento, corroborando em baixas coberturas.

---

<sup>8</sup> Para FLEURI (2003, p.31), “intercultural refere-se a um campo complexo em que se entrecruzam múltiplos sujeitos sociais, diferentes perspectivas epistemológicas e **políticas**, diversas práticas e variados contextos sociais. Enfatizar o caráter relacional e contextual (*inter*) dos processos sociais permite reconhecer a complexidade, a polissemia, a fluidez e a relacionalidade dos fenômenos humanos e culturais”.

#### 4.2.5 Ações educativas no contexto da saúde bucal para as crianças de Marãiwatsédé

Sobre as ações de saúde bucal, mais especificamente para as crianças, observa-se maior interação entre o auxiliar de saúde bucal indígena com as famílias e crianças por meio de um processo educativo visando à prevenção. A fala do profissional revela existir receptividade por parte das famílias nas atividades educativas,

Participam, por que... já falei né, que participa. Às vezes o pai ou a mãe acompanha e falando a doença que é através da boca. Então, tudo isso, já vão aprendendo a...a família. Então, isso tudo que aprendi, eu tenho que passa pra comunidade, tem que passa pra minha família também (Trabalhador da saúde 5, 2015).

A atenção à saúde bucal é desenvolvida no cotidiano da aldeia, priorizando o contato com as famílias em suas casas, como a higiene bucal assistida desenvolvida pelo profissional indígena, “(...) fio dental, escova e pasta, e então, tudo isso, quando nós passamos casa a casa, e ensinando e passando pras família o que é, como que usa” (Trabalhador da saúde 5, 2015).

O relato do auxiliar de saúde bucal indígena está preenchido de entusiasmo e compromisso no desempenho das atividades educativas realizadas,

(...) é por que... as criança tem que ser bem ensinado, tem que ensinar pras criança (...).Na escola. Ai nós traz a escova e colocamos a pasta e dando atenção pra vê...e vai olhando junto com nós...e vai fazendo assim [tantan] devagarzinho. Pode começar. E já vai começando, devagarzinho, quer que você vai olhando as criança do jeito que é, interessante, vai olhando aquele que não sabe que os outros tão fazendo que que é né, mas alguns já aprenderam, nós chega lá, já faz. Então, isso é nosso trabalho que nós estamos fazendo. A gente tem que lutar, tem que lutar pra não perde o dente, pra mim, criança prioritário pra não perde o dente, pra mim, é criança, primeira coisa criança, porque já vai crescendo, o dente inteira, então, a gente tem que trabalhar muito, então nós vamos trabalhar muito, já conversamos com a doutora (...), porque a minha preocupação é com as crianças, primeira coisa (Trabalhador da saúde 5, 2015).

Esta perspectiva de superação emanada pela fala do profissional remete-nos a importância da vulnerabilidade na saúde coletiva, visto que é na essência deste conceito que

encontramos a capacidade de luta e de recuperação dos indivíduos e dos grupos sociais para o seu próprio enfrentamento (BERTOLOZZI et al.,2009).

AYRES et. al. (2006) e BERTOLOZZI et al. (2009) apresentam dois aspectos essenciais no contexto de luta e superação, o entitlement, referente ao direito das pessoas e o empowerment, à participação das pessoas, política e institucionalmente. Para os autores tais aspectos devem ser considerados à avaliação da vulnerabilidade, pois há “um trânsito constante” entre as dimensões da vulnerabilidade, levando-nos a constatar que “a dimensão individual, inclui a trajetória social, compreendendo as subjetividades, os projetos de vida a percepção em relação ao futuro”. Inclui também “a representação subjetiva do outro e a percepção da utilização de práticas saudáveis de vida” (BERTOLOZZI et al.,2009, p.1.328).

Ao nos depararmos com a prática educativa do auxiliar de saúde bucal indígena, para um coletivo de crianças e adultos no sentido, de lhes conferir autonomia, podemos resgatar a discussão de SANCHEZ (2009) no que se refere à vulnerabilidade, quando no contexto da saúde coletiva, instrumento portador de um olhar ampliado às necessidades do indivíduo de modo a promover práticas cuja essência é de um indivíduo coletivo, de sujeitos sociais em seus direitos adquiridos.

#### 4.2.6 Mortalidade na infância – Polo Base Marãiwatsédé

Na aldeia Marãiwatsédé, a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) foi de 69/1.000 nascidos vivos para o quadriênio 2010 a 2013 e 74/1.000 nascidos vivos no biênio 2012 e 2013. A TMI possibilita estimar o risco de morte dos nascidos vivos durante o primeiro ano de vida e de maneira geral reflete as condições sociais, econômicas e ambientais de uma população. Reflete também, o acesso a recursos de atenção à saúde materna disponíveis e sua qualidade (OPAS, 2008).

São valores que mesmo com a implantação e implementação do modelo de atenção à saúde e da política nacional de saúde para os povos indígenas, ainda se revelam altos. As taxas de mortalidade infantil são classificadas como altas 50 ou mais, médias, entre 20 e 49 e baixas, quando menores de 20 óbitos por 1.000 nascidos vivos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008c). Importante lembrar que segundo a Rede Interagencial de Informações para a

Saúde (RIPSA) há uma imprecisão na estimativa quando se trata de pequenas populações (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2008c).

A média das TMI do estado de Mato Grosso no quadriênio 2010 e 2013 esteve em 14,29 para mil nascidos vivos. No Brasil a TMI foi de 13,5/1000 em 2012 e 13,1/1000 em 2013(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008c).

Em se tratando da mortalidade perinatal, período que compreende 22 semanas completas de gestação até sete dias completos após o nascimento segundo a OPAS (2008). Em Marãiwatsédé a Taxa de Mortalidade Perinatal (TMP) em 2012 e 2013, foi de 60/1.000 nascidos vivos, considerada alta em relação aos índices encontrados no estado do Rio de Janeiro (18,0), Mato Grosso do Sul (17,1) e Distrito Federal (14,1) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012c).

A TMP reflete a ocorrência de fatores vinculados à gestação e ao parto, como peso ao nascer, condições de acesso aos serviços de saúde e a qualidade prestada no pré-natal e no parto e requer ainda, maior empenho na identificação de situações de desigualdades, demandas de ações e estudos específicos (OPAS, 2008).

Quanto ao período pós-neonatal, período que compreende 28 a 364 dias completos de vida, a taxa de mortalidade para esta faixa etária, no ano de 2012 e 2013, em Marãiwatsédé, esteve em 68,18/1000 nascidos vivos. Alta taxa de mortalidade pós-neonatal como esta encontrada em Marãiwatsédé, pode, de maneira geral, demonstrar a fragilidade no desenvolvimento socioeconômico e na infraestrutura ambiental, fatores condicionantes para a ocorrência de casos de desnutrição infantil e infecções a ela associadas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008c). A mortalidade pós-neonatal também pode ser determinada pelo acesso e qualidade dos serviços ofertados para a atenção à saúde materna e infantil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008c).

Em Marãiwatsédé a Taxa de Mortalidade em menores de 5 anos (TM < 5 anos), calculada bianualmente (2012 e 2013) esteve em 96 /1.000 nascidos vivos. Alto índice se comparado com o estado do Pará (27,7); Amazonas (24,5) e Mato Grosso (21,8) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008c).

O Plano Distrital de Saúde Indígena 2012 a 2015 trouxe a meta de 10 a 15% de redução da mortalidade infantil, sobre a TMI de 2011 que estava em 70,4/1.000 nascidos vivos. Em Marãiwatsédé isto não ocorreu, ao contrário, a TMI se apresentou maior.

Segundo o Relatório dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio 2013 (ODM) elaborado pela Organização das Nações Unidas o Brasil alcançou a meta de redução de mortalidade na infância de crianças menores de cinco anos, segundo o IPEA (2014), de 53,7 em 1990 para 17,7 óbitos por mil nascidos vivos, em 2011.

Quanto ao local de ocorrência dos óbitos, em menores de 1 ano, no período 2010 a 2013, o maior registro ocorreu nas referências hospitalares da região (75,0%). Os demais locais foram aldeia, vias de acesso público e não informados, que somaram o percentual restante, de 25%. Quanto às crianças de 12 a 59 meses, mais da metade dos óbitos (57,0%) ocorreram nas referências municipais de saúde, 14,3% em vias de acesso público e 28,6% não informado.

Quanto aos índices de óbitos registrados nas referências hospitalares da região, lembramos os depoimentos de lideranças indígenas e profissionais de saúde sobre as discriminações ligadas ao conflito territorial existente na região. Considerando a realidade existente, os altos indicadores podem expressar as dificuldades encontradas pela comunidade e equipe de saúde em relação ao conflito territorial instalado à décadas em Marãiwãtséde. Conflito que acarretou problemas relacionados à produção de alimentos e à qualidade da água consumida, fatores que corroboram para os altos índices de mortalidade.

Em relação às causas básicas dos óbitos das crianças menores de 1 ano, para o quadriênio 2010 a 2013, 25% estão na categoria não informadas e 16,7% pneumonia e septicemia. As demais causas foram: desidratação e septicemia; pneumonia; insuficiência respiratória e aspiração meconial; hidrocefalia; desnutrição associada a gastroenterite, diarreia e desidratação; desnutrição e septicemia e desnutrição e broncopneumonia, com o percentual de 8,3%, cada. O total de 25% do total de óbitos em menores de 1 ano sem informação, revela vulnerabilidade programática no sistema de informação da atenção à saúde no DSEI Xavante.

A altas taxa de mortalidade em menores de 5 anos no período de 2012 e 2013, levou-nos a considerar as dificuldades encontradas pela comunidade e equipe de saúde, na época. Coincide com o processo de retomada da terra indígena para o Povo de Marãiwãtséde e retirada dos fazendeiros e posseiros que por décadas estiveram ali explorando aquele território. Como consequência, desse conflito, pode-se citar as condições de sobrevivência, sob o aspecto da produção de alimentos, qualidade da água consumida, dificuldade no uso das plantas para seus rituais de cura entre outros.

As taxas de mortalidade infantil encontradas em Marãiwatsédé, no período 2012 e 2013, quando comparadas a estudos demográficos realizados no Brasil, com populações indígenas, têm mostrado valores aproximados. Por exemplo, a Taxa Média de Mortalidade Infantil do período de 2000 a 2003 dos Hupd'äh, habitantes do Alto Rio Negro, Amazonas, revelou-se em 116,3 óbitos por mil nascidos vivos (MACHADO et al. 2009).

Contemplando uma serie de 37 anos, um estudo realizado com o Povo Kayabí, residente no Parque Indígena do Xingu, TMI no período de 1970 a 1979 e 1980 a 1989 foram as mais elevadas em todo o período estudado (1970 a 2007), contemplando valores de 45 a 52,4/1.000 nascidos vivos. Nos períodos de 1990 a 1999 as TMI decresceram significativamente (17,8/1000) e em 2000 a 2007 (17,5/1000 nascidos vivos) (PAGLIARO, 2010). Para a autora a redução da TMI no período de 1970 a 2007 (de 45 para 17,5/1000 nascidos vivos) “foi surpreendente” (p.584). Foram valores considerados baixos em relação a outras populações indígenas estudadas.

SOUZA E SANTOS (2001) ao desenvolverem um estudo de perfil demográfico com o Povo Xavante da Terra Indígena Sangradouro-Volta Grande no Mato Grosso referiram “grandes flutuações” observadas nos indicadores de mortalidade infantil do período estudado (1993-1997) (p.361). Tais valores variaram entre 62,5 e 116,3 por mil nascidos vivos, devido a possível “volatilidade demográfica” (p.361). Os dados utilizados pelos autores foram coletados no âmbito das atividades da assistência à saúde.

### 4.3 VULNERABILIDADE SOCIAL: CONFLITO DE OCUPAÇÃO E DESINTRUSÃO DA TERRA INDÍGENA MARÃIWATSÉDÉ

#### 4.3.1 Recursos hídricos na Aldeia Marãiwatsédé - aspectos da vulnerabilidade programática e impactos causados pelo agronegócio.

O agronegócio é um modelo de agricultura caracterizado por “latifúndios, monocultura, mecanização de alta tecnologia e intensiva utilização de agrotóxico” (NASRALA NETO et al. 2014, p.4.716). Tem como base a política de globalização de mercados, política mundial representada por conjuntos de empresas multinacionais e seus respectivos interesses (NASRALA NETO et al. 2014). Em ritmo acelerado, a Região Centro Oeste e em especial o estado de Mato Grosso tem se apresentado como o principal polo de produção agrícola do Brasil (FIGUEIREDO et al. 2005).

O conflito agrário iniciado pela ocupação da terra indígena de Marãiwatsédé pelo empreendimento agropecuário Suiá-Missú na década de 1960, e, posteriormente, pela invasão do referido território por posseiros, grileiros e fazendeiros trouxe como consequências o êxodo da população Xavante, de suas terras para outros territórios Xavante. A descaracterização do território original propiciada pela destruição dos recursos naturais, a exposição da população Xavante de Marãiwatsédé à situação de instabilidade agrária, social e sanitária atingiram diretamente a qualidade de vida desse povo. São consequências oriundas do agronegócio, considerado como um dos setores mais importantes da economia nacional (NASRALA NETO et al. 2014).

Em se tratando do abastecimento de água na aldeia, este é disponibilizado pelo DSEI Xavante às residências, por meio de encanamentos ligados a um poço artesiano com capacidade para 150 mil litros, localizado aproximadamente a 3.000 metros da aldeia. Este poço foi construído pela organização não governamental Aliança da Terra que mantém parceria de cooperação com a comunidade Xavante.

Problemas de abastecimento relacionados à manutenção do sistema de distribuição de água como a falta de combustível para a bomba, torneiras e encanamento

danificados, têm obrigado a comunidade a utilizar a água do córrego principal que corta a aldeia. O manancial possui água imprópria para o consumo, uma vez que recebe dejetos fecais dos moradores da aldeia, de maneira especial no período chuvoso. A baixa qualidade das águas do manancial está também associada à sua provável contaminação por agrotóxicos utilizados nos pastos e plantações de soja das fazendas localizadas no entorno da terra indígena. Nestas propriedades, está localizada a maioria das nascentes que formam o corrente principal que abastece a terra de Marãiwatsédé (Coordenador da pesquisa).

O Agente Indígena de Saneamento (AISAN) embora capacitado, não dispõem de ferramentas necessárias ao conserto do sistema, como não há combustível suficiente para o funcionamento contínuo da bomba.

Então o DSEI colocou umas torneiras na porta das casas, mas nem todas funcionam, as crianças quebram, não teve mais manutenção. Tem o AISAN que fez a capacitação, mas ele não recebeu o material, ele trabalha sem ferramenta ou com a de uso particular dele. O distrito prometeu, mas ele não tem como fazer manutenção, conserto... Ou eles buscam nas outras torneiras ou vão ao rio (...) (Trabalhador da saúde 2, 2015).

Tal situação revela que questões de promoção à saúde como a garantia do abastecimento de água com qualidade sanitária à população local não tem sido priorizada pelo DSEI. Além da precariedade do sistema de abastecimento, a contaminação das águas do córrego da aldeia é um problema para os moradores de Marãiwatsédé,

(...) pra beber tem poço artesiano, agora, falta, não sai todo dia pra gente . Bomba não tem combustível é...tem combustível só pra uns dias, agora vai chover. É perigoso porque plantou soja com agrotóxico. (...) agora esse problema da saúde porque esse... os brancos é, perto da nossa terra, plantou a soja, com veneno. As chuvas levam pro rio, pra os índios buscar a água ficar doentes, as meninas com diarreia, agora é só isso (...) (Professor 1, 2015).

Situações como a ausência de uma tecnologia sanitária adaptada ao contexto cultural existente, com capacidade de minimizar a ação dos dejetos humanos depositados no solo e levados para as águas do córrego, é um fator de vulnerabilidade social do Povo Xavante de Marãiwatsédé.

Em se tratando da morbidade infantil foram registrados, no ano de 2012, pela equipe de saúde, 237 casos de doença diarreica aguda em crianças menores de cinco anos. Número que representava, na época, 6,7% do total geral de ocorrência do mesmo agravo. Em

2013 houve uma diminuição de 13% no total de registro desta morbidade em menores de cinco anos de idade, na aldeia Marãiwatsédé. Porém, ao compararmos este percentual com o total de registros do mesmo agravo, envolvendo a mesma faixa etária, em todo o território distrital Xavante encontramos um acréscimo de 10,3%, em 2013(DSEI XAVANTE, 2013).

Os agrotóxicos utilizados nas plantações e pastos do entorno da aldeia, em especial aqueles aplicados por meio da pulverização agrícola, já são reconhecidos como fator de impacto direto sobre a saúde do Povo Xavante de Marãiwatsédé, onde as crianças são as atingidas,

Tá tendo muito bem água do poço, tá bem, tá funcionando bem. Eu gosto de beber nossa água que vem do poço, mas as minhas companheiras, as mulheres, quando faltava água aí pega no rio, depois dá diarreia. (...) tá contaminada (...) os vento trás o agrotóxico e joga no rio, já tá passando o avião. Só. Só com veneno. (...) antigamente num contamina o rio. Então (...) os fazendeiros tá prejudicando nossa saúde com agrotóxico que vem trazer do vento pra cá, contamina nas crianças... e começando diarréia, vômito, febre, gripe... (Morador da aldeia Marãiwatsédé 2, 2015).

Outros relatos contemplam informações sobre a utilização de agrotóxicos no entorno da Terra Indígena Marãiwatsédé e as possíveis consequências dessa prática.

Quando chove, enxurrada leva para o rio e por ai também inicia sintoma de doença, diarreia, vômito e sobre a contaminação de água, solo (...) contaminação vem das fazendas próximas da nossa área, esse é um pequeno exemplo, não sei se vocês viram bem aqui, do lado oeste da nossa aldeia, produtor não se preocupa com a nossa comunidade, já fomos várias vezes pressionar ele para parar de jogar veneno, no avião, que todo vento vem de lá, trás pra cá e dá muita doença, gripe, dá dor de cabeça (Liderança indígena 2, 2013).

Outras aldeias do Povo Xavante, como a Batovi localizada na Terra Indígena Marechal Rondon, no município de Paranatinga-MT, vem sendo atingida pelo mesmo problema (Figura 11).

**Figura 11** Pulverização aérea na aldeia Batovi, Xavante, 2012.



Fonte: FUNAI XAVANTINA (2013).

Fazer cumprir as legislações que regulam a utilização dos venenos nas culturas agrícolas, por meio de fiscalização e penalidades previstas, é responsabilidade do poder público, como a Instrução Normativa nº2/2008 do Ministério da Agricultura Pecuária e Abastecimento (MAPA), “que aprova normas de trabalho da aviação agrícola em conformidade com os padrões técnico, operacionais e de segurança (...)” (MAPA, 2008, p.1). Em se tratando das pulverizações aéreas a referida instrução normativa determinou:

Art. 10. Para o efeito de segurança operacional, a aplicação aeroagrícola fica restrita à área a ser tratada, observando as seguintes regras: I - não é permitida a aplicação aérea de agrotóxicos em áreas situadas a uma distância mínima de: a) quinhentos metros de povoações, cidades, vilas, bairros, de mananciais de captação de água para abastecimento de população; b) duzentos e cinquenta metros de mananciais de água, moradias isoladas e agrupamentos de animais (p.5).

Em MT, o Decreto Estadual nº 1.651 de 11/03/2013, que regulamenta a Lei nº 8.588 de 27/11/2006, diminuiu drasticamente a distância estabelecida anteriormente pelo Decreto Estadual 2.283/2009 (de 300 metros para 90 metros), uma medida criada pelo executivo estadual para favorecer o agronegócio e que expõe de forma ainda mais perigosa as populações, mananciais hídricos e o ambiente as contaminações provocadas pelos agrotóxicos,

I - não é permitida a aplicação terrestre mecanizada de agrotóxicos e afins em áreas situadas a uma distância mínima de 90 (noventa) metros de povoações, cidades, vilas bairros, e mananciais de captação de água, moradia isolada agrupamento de animais e nascentes ainda que intermitentes (MATO GROSSO, 2013, p.3).

A redução da distância de aplicação de agrotóxicos para 90 metros “poderá vir associada a um aumento da exposição/contaminação por agrotóxicos nos componentes humano ocupacional e residencial, alimentar e ambiental três vezes maior” (ISC, 201, p. 10).

PIGNATI et al. (2007) destacam que as névoas de agrotóxicos resultantes da técnica de pulverização, seja por tratores e/ou aviões, não só atinge o alvo, plantas e pragas, como também os trabalhadores, o ar, o solo, a água, os moradores e outras plantas e animais que estão localizados ao entorno das áreas que diretamente foram pulverizadas.

O Rio Tenente Fontoura, por exemplo, é um rio caudaloso utilizado pelos Xavante. No rio os índios fazem sua pesca, inclusive em festividades uma vez por ano, pescam neste rio que provavelmente deve estar todo contaminado. Todas as nascentes nascem fora da terra indígena, dentro das fazendas. Inclusive o córrego que passa na aldeia que eles estão morando, que os mil indígenas estão morando, ele nasce dentro da fazenda de soja, de milho e de cana, que fica fora, na parte sul da reserva, fica ali, nasce ali (Coordenador da pesquisa, 2015).

Os diversos fluxos d’água em contato com as áreas produtoras de culturas como soja, milho e cana, ultrapassam os limites das fazendas adentrando na área indígena, banhando-a e alimentando a população, a flora e a fauna.

É clara a observação da liderança indígena, quando relaciona as doenças instaladas nas crianças com a agressão ao ambiente pelos agrotóxicos utilizados nas culturas do entorno da terra indígena:

(...) os fazendeiro que tá jogando veneno ai aparece a doença, tosse, febre, diarreia. É problema, porque criança, você viu bem sadio. Quando começa a plantar, joga veneno, começa a doença, porque os vento, sempre está ventando né, então é assim (Liderança indígena 2, 2015).

PIGNATI et al. (2007) refere este tipo de acidente, relacionado a exposição provocada pela aplicação aérea de agrotóxico, como “acidente rural ampliado”, pois “a

gravidade e a extensão ultrapassam o local de trabalho”, indo além da área produtiva rural “com provável contaminação do ar, dos mananciais de água, do solo e das plantas”, dos animais e da população. “Além de o agrotóxico ter colocado a comunidade em situação de risco à saúde no momento do acidente, supôs-se também que outros efeitos conhecidos e/ou imprevisíveis poderiam aparecer tardiamente, ultrapassando os limites temporais” (PIGNATI et al. 2007, p.106).

Um estudo desenvolvido por MOREIRA et al. (2012), numa área exposta constantemente ao contato dos venenos utilizados na lavoura, revelou que do universo de 34 amostras de água de córregos e rios localizados no município de Lucas do Rio Verde – MT, 81% apresentou resíduos, de pelo menos um dos agrotóxicos avaliados, sendo os mais frequentes: endosulfan, flutriafol e metolacoloro. No município de Campo Verde – MT das 16 amostras de água coletadas em córregos e rios, no período de novembro de 2007 a maio de 2008, os resultados apresentaram a presença de atrazina e seu produto de degradação DEA e endosulfan alfa e beta. Para os autores,

Um primeiro aspecto a ser destacado é a concentração em que tais agentes químicos foram detectados nas amostras de água superficial. Mesmo que a maioria das amostras coletadas tenham apresentado concentrações abaixo dos limites estabelecidos pela legislação brasileira vigente, não se pode excluir a possibilidade de que algumas destas substâncias, principalmente aquelas com capacidade de serem bioacumuladas ou as com propriedades mutagênicas e teratogênicas, possam estar causando impacto sobre a qualidade do ambiente, da biota local e, em último caso, a saúde humana (MOREIRA et al. 2012, p. 1.564).

Seguindo as orientações do Laboratório de Análises de Resíduos de Biocidas (LARB) do Instituto de Química da UFMT, sete pontos de águas superficiais, localizados na terra indígena, foram analisados. Durante o estudo foi detectada a presença de agrotóxico em um dos pontos analisados. Dos 12 princípios ativos de agrotóxicos investigados nas análises de Cromatografia Gasosa (CG) acoplada com Espectrômetro de Massas (EM), a Permetrina foi detectada com o valor de 0.19 µg/l no ponto P01 (lagoa de uma futura aldeia, no centro da TI, antiga fazenda Bocaina). A Permetrina é um inseticida e formicida do grupo químico Piretróide, com classificação toxicológica III. Sua aplicação é foliar em culturas de algodão, arroz, café, citros, couve, couve-flor, feijão, fumo, milho, repolho, soja, tomate, trigo e uva (EXTONET, 1996). Em estudos realizados com animais a Permetrina apresentou irritação ocular e dermatológica, além de danos no fígado, nervos e sistema imunológico. Os

ecossistemas aquáticos são extremamente vulneráveis a essa substância e para as abelhas ela é consideravelmente tóxica (EXTONET, 1996).

Outras análises estão em andamento, como relata o coordenador do projeto Professor Dr. Wanderlei Antonio Pignati,

nós estamos fazendo vários tipos de levantamentos, colhemos peixes, eles estão sendo analisados ainda no laboratório, outra pesquisadora colheu tartaruga, no entorno, que é uma hipótese, contaminação de peixe e tartaruga pelo agrotóxico, né, metal pesado, porque os fertilizantes químicos tem muito metal pesado, eles são micro mas em grande quantidade, em tempos, eles vão se concentrando na terra, no solo e sai na água; além de toda questão da poluição por coliformes fecais (...) (Coordenador da pesquisa, 2015).

Dentre as diretrizes da PNASPI, “a promoção de ambientes saudáveis e proteção da saúde indígena” é a que define as prioridades ambientais necessárias à garantia da integralidade da atenção à saúde, trazendo a importância do equilíbrio das condições ambientais para a saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002a, p. 20). São prioridades ambientais para PNASPI,

(...) preservação das fontes de água limpa; construção de poços ou captação à distância nas comunidades que não dispõem de água potável; a construção de sistema de esgotamento sanitário e destinação final do lixo nas comunidades mais populosas; a reposição das espécies utilizadas pela medicina tradicional; e o controle de poluição de nascentes e cursos d’água situados acima das terras indígenas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p.20).

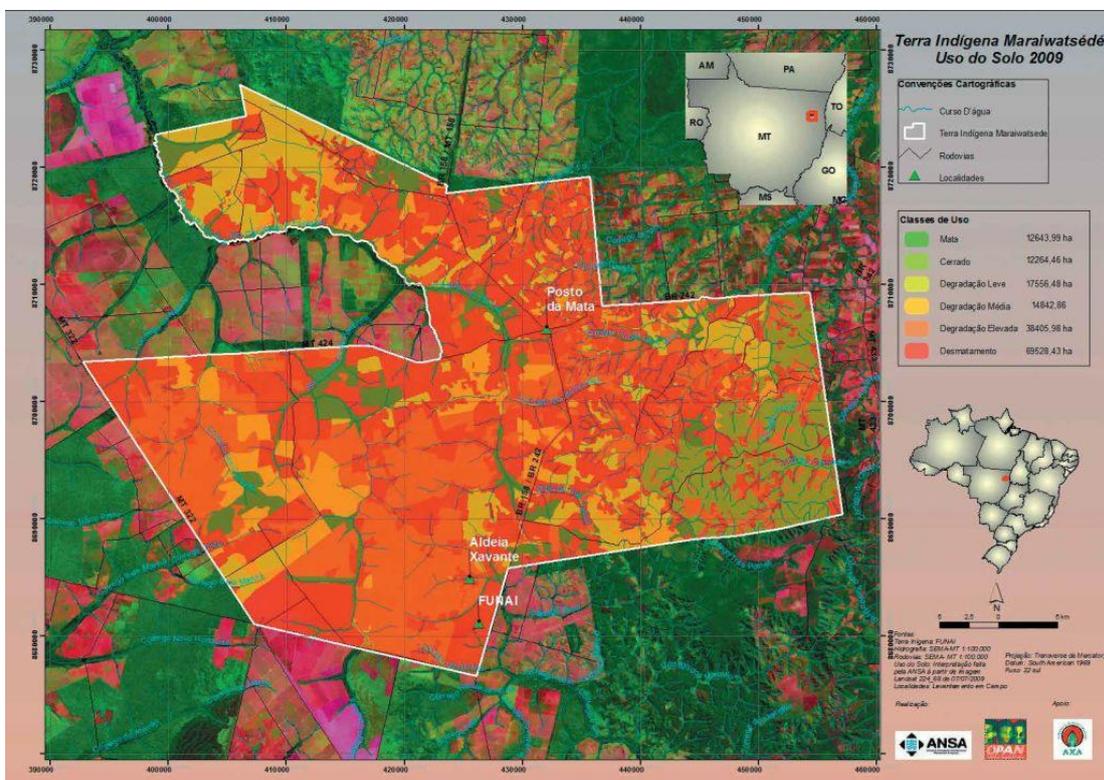
Vinculada ao Ministério da Saúde a SESAI é responsável pela gestão (planejamento, programação, execução e monitoramento/avaliação) da PNASPI e como competência ainda, a coordenação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena nas ações de saneamento e edificações voltadas para a saúde indígena.

### 4.3.2 Vulnerabilidade na produção de alimentos devido a degradação ambiental causada pelo agronegócio.

No período em que os Xavante de Marãiwatsédé retornaram à sua terra, se depararam com uma área territorial totalmente degradada, na ocasião enfrentaram grandes dificuldades para a construção de suas casas uma vez que, a matéria prima encontrava-se a muitas horas de caminhada da aldeia.

Em dezembro de 2012, ano da desintrusão da terra indígena, estavam plantados cerca de 60.000 hectares de soja, 20.000 hectares de milho e 40.000 hectares de pastagens. Dos 66% de vegetação primária em 1992, havia apenas 13%, o restante totalmente derrubado. Em 17 anos totalizaram 103.628 hectares de mata e cerrado, derrubados (ANSA-OPAN, 2012) (Figura 12).

**Figura 12** Demarcação dos limites e grau de degradação da Terra Indígena Marãiwatsédé, MT.

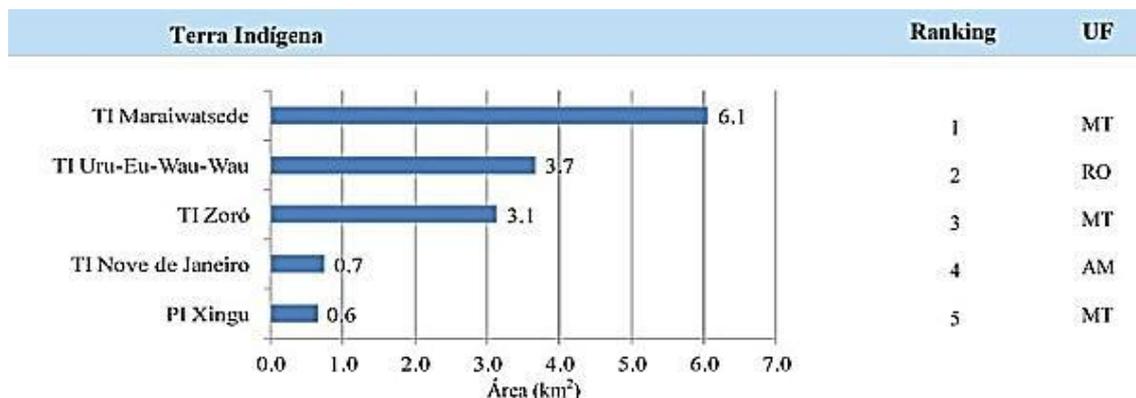


Fonte: (ANSA-OPAN, 2012).

No mapa acima as cores nos apresentam os níveis de degradação ambiental ocorrida na Terra Indígena Marãiwatséde ao longo de quase meio século de exploração pelo agronegócio. Muito reduzidas são as áreas verdes dentro da terra indígena, identificadas como mata no mapa, em comparação à grande extensão de degradação ambiental configurada pela cor laranja e vermelha. Quantidade pequena de cerrado está presente na região leste da terra indígena. Quanto a localização vemos que a aldeia Marãiwatsédé se situa em uma parte da terra indígena em que a degradação ambiental está mais elevada.

Marãiwatsédé, em 2012, foi considerada pelo Instituto de Pesquisa Ambiental da Amazônia como a terra indígena mais desmatada da Amazônia Legal. “O tamanho da devastação nesta Terra Indígena entre janeiro e outubro do ano passado foi de 88,5 km<sup>2</sup>, colocando Marãiwatsédé no 1º lugar do ranking de alertas de desmatamento em 2012” (IPAM, 2013) (Figura 13).

**Figura 13** Terras Indígenas desmatadas na Amazônia Legal em dezembro de 2012



Fonte: (IPAM, 2013).

Ao retornarem para a sua terra, os Xavante de Marãiwatsédé se depararam com a inexistência de roças, um dos grandes obstáculos a ser vencido, sendo necessário iniciar o plantio e aguardar o tempo necessário para a colheita dos alimentos, o que não foi tão fácil, pela exploração ambiental que deixou severas sequelas no solo degradado (Figura 14),

É... quando nós chegamos pra cá é, tinha só gado, gado e pasto. No início nós começamos a fazer roça, aqui perto, perto do córrego daqui, pertinho. Ai ali quando alguém planta, nasce, cresce, morre. Por que isso? A terra já está

contaminada. Com veneno, assim, né. Por isso não tá crescendo bem não (Liderança indígena 2, 2015).

**Figura 14** Aldeia sendo formada após os Xavante adentrarem em parte do território Marãiwatsédé, em 2004.



Fonte: Acervo FUNAI (2004) apud SILVA (2013).

Diante de tal situação, a alimentação baseara-se em cestas básicas disponibilizadas pelo governo federal através da FUNAI e FUNASA e até o início do ano de 2015, as cestas básicas ainda eram entregues para as famílias, conforme relato abaixo:

Têm as cestas básicas, elas são dadas sim. Vem da FUNAI e da SESAI. A da SESAI a gente recebe aqui no postinho. É assim (...) vão até o centro aqui da aldeia, ai chama o pessoal, como a gente só tem uma aldeia é fácil estar distribuindo, faz-se a fila ali no Warã e vai entregando a cesta pra cada pessoa de cada casa recebe se for duas cestas se for três cestas, ai pega a documentação e entrega as cestas pra eles. Todas as casas recebem. Ai quando sobram cestas, geralmente são duas para cada família, a gente divide as que sobraram para as famílias com idosos e as crianças com baixo peso, as vezes tem família que acaba recebendo três cestas (Trabalhador da saúde 6, 2015).

Para as crianças, que na época do retorno à terra apresentavam deficiências nutricionais, a alternativa viável, naquele momento, era a oferta de sopa, pelo serviço de saúde, na tentativa de evitar o aumento da mortalidade por desnutrição. Muitas crianças e até adultos dependiam única e exclusivamente deste alimento<sup>9</sup>.

<sup>9</sup> Memórias da autora desta dissertação que esteve *in loco* na época em que o Povo de Marãiwatsédé retornou para sua terra.

Mesmo diante de tantos esforços e superação do Povo de Marãiwatsédé em relação às questões territoriais e de sustentabilidade, a manutenção adequada da subsistência alimentar em relação à produção de alimentos, é um desafio a se vencer:

(...) assim, a roça que eles fazem atrás das casas, aqueles quintais de área de plantio ali né, são muito pequeninhas né, é mais uma fruta ou outra quando é época, planta um arroz um milho, mas não dá pro consumo pro ano não, mas esse ano a FUNAI quase que dobrou a área de lavoura mecanizada né, ai é plantio, monocultura mesmo, nos moldes do projeto Xavante dos anos 1980 (...) (Representante de ONG, 2015).

As dificuldades relacionadas às roças têm sido superadas, porém a degradação ambiental limitou sobremaneira a presença de animais silvestres em locais próximos à aldeia, dificultando as caçadas e conseqüentemente colaborando para a restrição de proteína na dieta alimentar,

Tem roça de toco, cada família, tem sim, agora você viu lá, beira da estrada tem muito milho, tem muito.... frente da aldeia tem mandiocal, tem muito.(...) Falta caça, carne, carne de bicho né (...) caça e assim bichos, peixes, aqui não tem peixes. Quando acha caça, acha caititu, tatu, anta, pode ser... (...) aqui é difícil... anda muito, porque aqui é difícil (...) não tem mato, agora muito pastagem, cheio de capim, então não tem como, que a gente anda muito, mas a gente anda pra conseguir essa nossa alimentação (Conselheiro local de saúde indígena, 2015).

A efetivação da sustentabilidade ambiental e alimentar na terra indígena são aspectos fundamentais, para a liderança indígena, a fim de garantir a vida e a qualidade do viver. Políticas institucionais devem ser garantidas no sentido de preservar e cultivar a terra,

(...) eu não posso ficar em cima só sentado, dormindo em cima da terra, nós tem que produzir, ninguém sabe que o governo novo vai ser a favor do povo, do povo indígena (...) pode cortar raiz da FUNAI então e ai? Se acontecer isso vai ser difícil para as geração, então, enquanto antes de acontecer, enquanto o governo está apoiando a favor do índio, precisamos procurar cultivar terra, mexer com criação, preservar a natureza correto e reflorestamento também, isso que é certo. Antes de sessenta e seis nós vivemos aqui cheio de arara, tucano cantando, os passarinhos cantando, o tempo das chuva, cheio de flor até setembro, cheio de flor nas matas e hoje não tem mais, vamos tentar é... projeto para reflorestar também”(Liderança indígena 5, 2013).

A fala expressa o olhar respeitoso voltado para a biodiversidade, para a sustentabilidade ambiental, por meio do reflorestamento da terra até então degradada pelos que ali a exploraram por mais de quarenta anos, mas também, nos permite observar uma considerável preocupação em ocupar a terra de modo a possibilitar condições viáveis para o sustento de quem ali vive e para as futuras gerações.

A dimensão social da vulnerabilidade para AYRES (2011) é um componente analítico que objetiva focar nos fatores contextuais “que definem e constroem a vulnerabilidade individual”; são aspectos que oportunizam a compreensão acerca dos comportamentos e das práticas relacionados à exposição dos indivíduos, por exemplo, aos agravos na saúde (p.6).

Desta maneira podemos entender na perspectiva da vulnerabilidade social relacionada à degradação ambiental provocada pela ação do agronegócio, que o modelo de exploração implantado nas fazendas de gado e nas lavouras agroquímicas da região atingiu e vem atingindo diretamente o Povo Xavante de Marãiwatsédé, comprometendo aspectos fundamentais para a manutenção da vida como a utilização dos recursos hídricos e a produção de alimentos voltada para a garantia de segurança alimentar. Consta-se que o modelo de desenvolvimento e o avanço da fronteira agrícola na região do Araguaia têm gerado impactos e conflitos socioambientais e sanitários que atingem de maneira incisiva, porque não dizer violenta, às populações mais vulneráveis. Aliada a esses fatores percebemos, ainda, a vulnerabilidade institucional ocasionada pela ineficiência do sistema de distribuição de água na aldeia, problema que contribui significativamente para a ocorrência de agravos relacionados à má qualidade da água consumida pela população. Altos indicadores de mortalidade levam-nos a considerar as dificuldades encontradas pela comunidade e equipe de saúde, durante o processo de desintrusão da terra indígena e o conflito territorial instalado na região. A produção de alimentos e a qualidade da água consumida são fatores que corroboram para os altos índices de mortalidade entre os menores de cinco anos de idade, consequências graves advindas da degradação ambiental de Marãiwatsédé causada pelo agronegócio.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar a vulnerabilidade da atenção à saúde da criança Xavante no polo base Marãiwatsédé, sob as dimensões da vulnerabilidade programática, individual e social, no contexto de intenso conflito de luta do Povo Xavante pela Terra Indígena Marãiwatséde, destacamos os principais achados. No que se refere à vulnerabilidade programática, sob o ponto de vista da dimensão da sua institucionalidade, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas foi editada pelo Ministério da Saúde em 2002, a SESAI como instituição de coordenação e o DSEI como instância gestora e operacional, a qual o polo base encontra-se vinculado. As relações entre as instâncias federadas também estão previstas, assim como a participação social das lideranças indígenas e membros das comunidades nos respectivos conselhos de saúde. Ao caracterizar a organização da atenção à saúde indígena, evidenciou-se problemas no atendimento em municípios da região e no estado como: demora no agendamento e no atendimento da média complexidade e baixa resolutividade dos serviços ofertados no âmbito regional e estadual. Nos atendimentos de alta complexidade especificamente às internações nas UTI, a distância entre este atendimento aliada à falta de informação sobre a evolução do paciente são fontes de algumas insatisfações dos indígenas. A hostilidade e discriminação étnica, por parte de gestores e profissionais de saúde dos serviços municipais da região é citada como comumente vivenciada pelos indígenas e pelos profissionais do polo base.

O processo de planejamento distrital, no DSEI Xavante seguiu a lógica do planejamento estabelecido na política de saúde nacional. A Área Programática de Saúde Integral da Criança se apresentou de forma detalhada, contendo os resultados esperados, as atividades descritas que, comparadas às orientações previstas no Manual de Atenção à Saúde da Criança Indígena Brasileira, não divergiu e nem se distanciou do referido manual. No atendimento ao recém-nascido verificamos que o plano não contemplou a avaliação de risco prevista no manual. As atividades de saúde bucal não estavam inseridas especificamente na área programática da saúde da criança, mas, sim, no contexto de atendimento geral da população. A valorização da cultura e das práticas tradicionais de cura não estiveram presentes nas práticas dos profissionais ou nas ações estabelecidas. A elaboração do Plano Local de Saúde Indígena de Marãiwatsédé foi uma tentativa positiva no que se refere à

melhoria na organização dos serviços em âmbito local. Porém, o planejamento local no polo base configurou-se de forma verticalizada sem a plena participação dos indígenas, usuários principais dos serviços de saúde e também, dos profissionais que compõem a equipe de saúde.

Considerando a gestão do trabalho, o vínculo empregatício estabelecido se dá de forma terceirizada, por meio de agências como a Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina e a Sul América Prestadora de Serviços LTDA, não oferecendo as mesmas garantias e segurança que um vínculo pelo concurso público pode proporcionar. Em se tratando do número e categoria profissional, a equipe de saúde do polo base esteve incompleta em 2012 sem a presença do agente indígena de saúde e do agente indígena de saneamento. A atuação do profissional médico se revelou precária com o não cumprimento da carga horária estabelecida presencialmente no pólo base. A baixa carga horária do médico e a necessidade da enfermeira em se ausentar para atender as necessidades dos pacientes nos serviços de referência, têm comprometido os trabalhos da atenção à saúde, o que reforça a vulnerabilidade institucional do polo base.

Quanto ao processo de qualificação profissional para os membros da equipe multidisciplinar de saúde indígena, o DSEI Xavante tem priorizado a atenção saúde da criança, uma das áreas prioritárias na atenção à saúde. A vulnerabilidade programática atinge a organização dos serviços pela não completude da equipe de saúde indígena, pela forma de inserção do profissional médico na equipe multidisciplinar e pela não qualificação profissional em abordagem intercultural e práticas tradicionais de cura. Destaca-se a relação de compromisso observada nos profissionais de saúde que atuam no polo base, a sinergia e o clima de colaboração entre os profissionais.

As dificuldades encontradas na atenção à saúde ofertada pelo polo base, principalmente às de ordem estrutural, como energia e equipamentos, propicia às lideranças uma interpretação equivocada da situação, transferindo a causa dos problemas à permanência do polo base na aldeia. Problemas também foram encontrados na organização do trabalho da equipe e na ausência de preparo desta quanto às dimensões culturais do Povo Xavante. Registra-se a necessidade de maior comunicação entre gestão distrital e lideranças indígenas para as tomadas de decisões sobre os assuntos referentes ao polo base. Prerrogativa que deve ser respeitada, uma vez que, são assuntos fundamentais para a saúde e para a vida da população de Marãiwatsédé.

Quanto às ações interinstitucionais, observou-se que a equipe de saúde local não tem desenvolvido trabalhos em parceria com outros organismos governamentais e não governamentais. Existe disposição para auxiliar, por exemplo, a realização do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, pela Pastoral da Criança, no entanto, com o número reduzido de profissionais, fica difícil assumir mais estas atividades.

Em se tratando da atenção à saúde da criança no polo base Marãiwatsédé, a atenção ao recém-nascido se apresentou adequada aos padrões do Ministério da Saúde. Situações positivas como, a prática do cuidado tradicional Xavante à criança recém-nascida, revela um importante elemento para a redução da vulnerabilidade individual da criança. Do total geral de partos ocorridos no período estudado, 90,9% aconteceu de forma natural e 70,0% ocorreu na aldeia. Quanto aos nascidos vivos, 93,2% apresentaram peso adequado ao nascer. Nenhuma das crianças nascidas vivas apresentou peso abaixo do esperado. O teste do pezinho foi um direito adquirido pela equipe de saúde e pelo Povo de Marãiwatsédé e tem sido realizado na própria aldeia. Após o nascimento, todas as medidas da criança são verificadas pela equipe de saúde no “livro de registro nascimentos”. Em relação à saúde da criança menor de 5 anos, a Vigilância Alimentar e Nutricional é uma das principais atividades de atenção oferecida nesta faixa etária. A média de pesagens por criança no polo base em 2013 (9 pesagens/crianças) foi superior a 2012, de 3,9 pesagens por criança. Para a análise da vulnerabilidade individual, das 151 crianças < 5 anos em 2012, 79,5% apresentaram peso adequado para a idade; peso abaixo do adequado para a idade (12,6%) e muito baixo peso para a idade (6,6%). Ressaltamos que 21,1% das crianças na faixa etária de 0 < 6 meses apresentaram muito baixo peso para a idade, numa importante fase em que as crianças, em geral, são amamentadas com o leite materno. Em 2013, no total de 160 crianças acompanhadas, menores de 5 anos de idade, observou-se redução em mais da metade dos índices de muito baixo peso para a idade, baixo peso para a idade e peso elevado para a idade. Das crianças menores de 6 meses, 5,0% apresentaram muito baixo peso em 2013. A vulnerabilidade individual das crianças encontrada principalmente em 2012 retrata a situação de vulnerabilidade social vivida pelo Povo Xavante de Marãiwatsédé em relação ao conflito territorial instalado.

As atividades de vacinação são realizadas uma vez ao mês. No polo base Marãiwatsédé, os indicadores encontrados se apresentaram bem aquém dos parâmetros de cobertura vacinal estabelecidos pelo Ministério da Saúde. As coberturas vacinais em 2012

variaram entre nenhuma criança menor de 1 ano vacinada contra Febre Amarela, Meningocócica C, Pentavalente, Pneumocócica 10 valente e Rotavírus até a cobertura vacinal de 100% para a vacina BCG em crianças na mesma faixa etária. Indicadores melhores foram verificados em 2013, porém apenas duas vacinas apresentaram cobertura acima do esperado: BCG (100%) e Pneumocócica 10 valente (100%).

Ações educativas tiveram maior ênfase na Atenção à Saúde Bucal ofertada para as crianças. Outras atividades educativas foram desenvolvidas pela equipe, no período estudado, e tiveram como temas abordados: aleitamento materno, desnutrição, verminose, escabiose, higiene corporal, preparo de alimentos.

No tocante à mortalidade perinatal, infantil e em menores de cinco anos os indicadores encontrados são considerados altos, em patamares acima dos níveis mundiais, nacionais e estaduais. A Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) do quadriênio 2010 a 2013 foi de 69/1.000 e do biênio 2012 e 2013, estiveram em 74/1000. A Taxa de Mortalidade Perinatal (TMP) foi de 60/1.000 e a de mortalidade em menores de 5 anos (TM < 5 anos), 96 /1.000 nascidos vivos. A vulnerabilidade individual tem se expressado nas taxas de mortalidade na infância no polo base Marãiwatsédé.

A dimensão social da vulnerabilidade relacionada ao conflito territorial instalado e como consequência a degradação ambiental, provocada pelo modelo de exploração implantado nas fazendas de gado e nas lavouras agroquímicas da região, atinge diretamente o Povo Xavante de Marãiwatsédé, comprometendo aspectos fundamentais para a manutenção da vida como a utilização dos recursos hídricos e a produção de alimentos para a garantia de segurança alimentar.

A dimensão programática da vulnerabilidade encontrou, ao longo do estudo, elementos que podem reproduzir ou até aprofundar as condições de vulnerabilidade individual das crianças Xavante de Marãiwatsédé. Neste sentido tais elementos, quando existentes, não possibilita que contextos desfavoráveis sejam percebidos pela própria comunidade e pelos profissionais de saúde impedindo com isto, sua superação e a emancipação das situações de vulnerabilidade.

Neste sentido, a superação das vulnerabilidades encontradas ao longo da pesquisa pode nascer a partir de uma relação dialógica entre a equipe do DSEI, equipe de saúde local e comunidade. Um diálogo em que oportunidades de aprender e ensinar estejam constantemente permeando os momentos que compõem o fazer saúde; em que as pessoas se reconheçam

como sujeitos autônomos e capazes de construir alternativas que abordem os reais problemas existentes. Um diálogo em que a coparticipação nas decisões seja de fato exercida pelas lideranças e atores que representam o Povo de Marãiwatsédé.

## 6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida FNAS. Vulnerabilidade na prática clínica da saúde da criança. *Rev Bras Bioética*. 2006; 2 (2): p. 237-247.

Anjos MF. A vulnerabilidade como parceira da autonomia. *Rev Bras Bioética*. 2006; 2 (2): 173-186

ANSA-OPAN. Associação Nossa Senhora da Assunção - Operação Amazônia Nativa. Marãiwatsédé Terra de Esperança. Paret, C.G.; Fanzeres, A. (Org.). Cuiabá: Creative Commons, 2012.

Ayres JRCM. O jovem que buscamos e o encontro que queremos ser: a vulnerabilidade como eixo da avaliação das ações preventivas do abuso de drogas, DST/Aids entre jovens e adolescentes. In: TOZZI D et. al. (Orgs.) *Papel da Educação na Ação Preventiva ao Abuso de Droga e às DST/Aids*. São Paulo: Fundação para o Desenvolvimento da Educação, 1996. (Série Idéias, 29)

Ayres JRCM, França JÚNIOR I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

Ayres JRCM, Calazans GJ, Saletti Filho HC, França-Júnior I. *Leitura Sugerida: O risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção de saúde. Sesi*. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM. *Tratado de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz: 2006. Acesso em 06 jan 2014.

Disponível

em: [http://sesi.webensino.com.br/sistema/webensino/aulas/12442\\_1777/risco\\_vul.pdf](http://sesi.webensino.com.br/sistema/webensino/aulas/12442_1777/risco_vul.pdf)

Ayres JRCM. Entrevista: Um poderoso intérprete de nós mesmos. *Radis*. 2011; 106: 17

Athias R, Machado M. A saúde indígena no processo de implantação dos Distritos Sanitários: temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar. *Cad Saúde Pública*. 2001; 17: 425-431.

Articulação Xingu Araguaia – AXA. Marãiwatsédé Terra dos Xavante. Histórico da retomada da TI. 2012. [acesso em 17 junh.2015]. Disponível em: <http://maraiwatsede.org.br/node?page=1>

Baraldi S, Días MYP, Martins WJ, Carvalho Júnior DA. Globalização e seus impactos na vulnerabilidade e flexibilização das relações do trabalho em saúde. *Trab. Educ. Saúde*. 2008; 6: 1-8.

Bertolozzi MR, Nichiata LYI, Takahashi RF, Ciosak SI, Hino P, Val LF do, Guanillo MCLTU. Os conceitos de Vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. Rev Esc Enferm. 2009; 43: 1.326 – 1330. Acesso em 08 dez 2014.  
Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reecusp/v43nspe2/a31v43s2.pdf>

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado; 1988.

Brasil. Lei 8.067, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União. 16 de jul 1990a; Seção I:1.

Brasil. Lei nº 8.080 de 10 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. DOU, 20 set 1990b.

Brasil. Decreto nº 23, de 04 de fevereiro de 1991. Dispõe sobre as condições para a prestação da assistência à saúde das populações indígenas. Presidência da República, 2014. [acesso em 20 de mai de 2014]. Disponível em: [www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1990-1994/d00023.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d00023.htm)

Brasil. Lei nº 9.836 de 23 de setembro de 1999. Acrescenta dispositivos à Lei nº 8080 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. DOU, 23 de set 1999; Seção 1.

Brasil. Lei 12.314, de 19 de agosto de 2010. Altera as Leis n 10.683, de 28 de maio de 2003, que dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, 8.745, de 9 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a contratação por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público, e 8.029, de 12 de abril de 1990, que dispõe sobre a extinção e dissolução de entidades da administração pública federal; revoga dispositivos da Lei nº 10.678, de 23 de maio de 2003; e dá outras providências. Presidência da República, Brasília, DF, 2010. [acesso em 20 de mai de 2014]. Disponível em: [www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/lei/112314.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/lei/112314.htm)

Brasil. Decreto 8.065, de 7 de agosto de 2013. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde e remaneja cargos em comissão. DOU, 2013; Sessão 1; p.1 [DOU na internet], 2013. [acesso em 12 de dezembro de 2013].

Disponível em:

<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=08/08/2013>

Caldas ADR, Santos RV. Vigilância Alimentar e Nutricional para os povos indígenas no Brasil: análise da construção de uma política pública em saúde. Physis Rev de Saúd Coletiva [periódico na internet]. 2012 [acesso em 05 jun 2015]; Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312012000200008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000200008)

Castro TG, Schuch I, Conde WL, Veiga J, Leite MS, Dutra CLC, Zuchinali P, Barufaldi LA. Estado nutricional dos indígenas Kaingáng matriculados em escolas indígenas do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúd Públ.* [periódico na internet]. 2010 set [acesso em 05 de junho de 2015]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2010000900010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2010000900010&script=sci_arttext)

Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciê e Saúd Coletiva.* 2005; 10 (4): 975 – 986.

Coimbra Jr. CEA, Santos RV. Avaliação do Estado Nutricional num Contexto de Mudança Sócio-Econômica: o Grupo Indígena Suruí do Estado de Rondônia, Brasil. *Cad Saúd Pública.* [periódico na internet]. 1991 out/dez [acesso em 05 de junho 2015]; 7 (4). Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1991000400006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1991000400006)

Conselho Nacional de Saúde. Comissões CNS Comissão Intersetorial de Saúde Indígena. 2013 [acesso em 08 abr 2014]. Disponível em: [conselho.saude.gov.br/web/comissoes/cisi/index/html](http://conselho.saude.gov.br/web/comissoes/cisi/index/html)

Costa S. O desafio da ética em pesquisa e da bioética. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. *Ética em Pesquisa – Temas Globais.* Brasília: 2008. p.25-52. [acesso em 24 fev 2015]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/etica\\_pesquisa\\_temas\\_globais\\_p1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/etica_pesquisa_temas_globais_p1.pdf)

Deluci LASM. Ti'a roptsimani'õ: Os Auwe Marãiwatsédé tecem saberes para a construção de uma proposta curricular intercultural [dissertação de mestrado na internet]. Brasília: Universidade de Brasília; 2013 [acesso em 19 abr 2014]. Disponível em: [repositorio.unb.br/handle/10482/13907](http://repositorio.unb.br/handle/10482/13907)

Diehl EE, Pellegrini MA. Saúde e povos indígenas no Brasil: o desafio da formação e educação permanente de trabalhadores para atuação em contextos culturais. *Cad. Saúde Pública.* 2014; 30 (4): 867-874.

DSEI Xavante. Plano Distrital de Saúde Indígena Xavante, 2012-2015. Barra do Garças, 2012.

DSEI Xavante – Sistemas de Informação da Atenção à Saúde Indígena – SIASI. DSEI Xavante. Barra do Garças, 2013.

DSEI Xavante. Plano Local de Saúde Indígena – Marãiwatsédé, 2014. Bom Jesus do Araguaia, 2014.

Elia PC, Nascimento MC. A construção do plano local como atribuição das equipes de Saúde da Família: a experiência de três áreas programáticas do Município do Rio de Janeiro. *Physis Rev de Saúde Coletiva.* 2011; 21 [ 2 ]: 745-765.

Embrapa. Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária. Documentos 113 – Probabilidade de ocorrência de períodos sem chuva no Estado de Mato Grosso. Embrapa Agropecuária Oeste; Dourados – MS: 2011. Versão eletrônica. [acesso em 01.06.2015]. Disponível em: <http://www.infoteca.cnptia.embrapa.br/infoteca/bitstream/doc/912295/4/DOC2011113.pdf>

EXTONET - Extension Toxicology Network. Pesticide Information Profiles – Permethrin [internet]. Wilmington (DE): 1996 [acessado em 15 maio 2015]. Disponível em <http://extoxnet.orst.edu/pips/permethr.htm>

Ferreira LB. O Controle Social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena: uma reflexão bioética. O Controle Social do Subsistema de Saúde Indígena. [tese de doutorado]. Brasília; 2012.

Ferreira OL. O Desenvolvimento Participativo da Área de Medicina Tradicional Indígena, Projeto Vigisus II/Funasa. Saúde Soc., v.21, supl.1, 2012; p.265-277.

Figueiredo GLA, Mello DF. Atenção à saúde da criança no Brasil: Aspectos da Vulnerabilidade Programática e dos Direitos Humanos. Rev. lat am enf. 2007; 15: s/p. [acesso em 8 dez 2014]. Disponível em: [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)

Figueiredo MG, Barros ALM, Guilhoto JJM. Relação econômica dos setores agrícolas do Estado do Mato Grosso com os demais setores pertencentes tanto ao Estado quanto ao restante do Brasil. Rev. Sociol. Rural [internet]. 2005, [acesso em 19 julho 2015]; 43 (3): [18 telas]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-20032005000300008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-20032005000300008).

Fleuri RM. Intercultura e educação. Rev. Bras. Educ. 2003; (23): 23-35.

FUNAI XAVANTINA. Agrotóxicos no ar das aldeias. [website na internet] 8 março 2013. [acesso em 12 jun 2015]. Disponível em: <https://funaixavantina.wordpress.com/2013/03/08/agrotoxicos-no-ar-das-aldeias/>

FUNASA. Fundação Nacional de Saúde. Portaria nº 984, de 6 de julho de 2006. Institui o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional para os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (SISVAN-Indígena). Diário Oficial da União. 10 de jul de 2006;

FUNASA. Fundação Nacional de Saúde. Portaria nº 840, de 15 de agosto de 2007. Estabelece as diretrizes para projetos físicos de estabelecimentos de saúde para povos indígenas. FUNASA: 2007. [acesso em 17 jun 2015]. Disponível em: [http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/uploads/2011/10/Port\\_840\\_2007.pdf](http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/uploads/2011/10/Port_840_2007.pdf)

Garfield S. A luta indígena no coração do Brasil. Política Indigenista, a marcha para o oeste e os Índios Xavante (1937-1988). São Paulo: Editora da Unesp; 2011. A “pacificação” dos Xavante, 1941-1966. (capítulo 2). p. 97.

Garnelo L. Aspectos socioculturais de vacinação em área indígena. História, Ciências, Saúde – Manguinhos. 2011. p.175-190.

Garnelo L. Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do Subsistema de Atenção à Saúde. In: Garnelo L, Pontes AL. Saúde Indígena: Uma introdução ao tema. Brasília: MEC-SECADI, 2012. p. 18-58.

Giaccaria B, Heide B. Xavante (Auwe Uptabi: Povo Autêntico) – Pesquisa histórico-etnográfica. 2ª edição. São Paulo: Editora Salesiana Dom Bosco; 1984.

Gil AC. Estudo de Caso. São Paulo: Atlas; 2009.

Gugelmin SA, Santos RV, Leite MS. Crescimento físico de crianças indígenas Xavantes de 5 a 10 anos de idade em Mato Grosso. J Pediatr. 2001; 77(1): 17-22.

Instituto de Pesquisa Ambiental da Amazônia – IPAM. Notícias: Desmatamento aumenta pelo quarto mês consecutivo. [homepage na internet]. Belém: 2013; [ acesso em 11 de jun 2015] Disponível em:  
<http://www.ipam.org.br/noticias/Desmatamento-aumenta-pelo-quarto-mes-consecutivo-diz-Imazon/2606>

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento. Brasília: 2014.

Instituto de Saúde Coletiva – ISC. Programa de Pós-Graduação em saúde Coletiva. Nota Técnica contra a diminuição da distância de aplicação de agrotóxicos por pulverização terrestre (tratos e costal) do Decreto Estadual nº 1.651, de março de 2013. Cuiabá; 2013. Acesso em 13 jun 2015]. Disponível em:  
<http://www.contraosagrototoxicos.org/index.php/noticias/40-campanha/378-nota-tecnica-de-mato-grosso-sobre-pulverizacao-terrestre>

Instituto Sócio Ambiental (ISA). Povos Indígenas no Brasil. [homepage na internet]. 2013 [atualização s/d; acesso em 29 mar 2014]. Disponível em:  
<http://pib.socioambiental.org/pt/povo/xavante/1165>

Instituto Sócio Ambiental (ISA). Povos Indígenas no Brasil. [homepage na internet]. 2015 [atualização s/d; acesso em 31.05.2015]. Disponível em:  
<http://ti.socioambiental.org/pt-br/#!/pt-br/terras-indigenas/4019>

Koettker JG, Brüggemann OM, Dufloth RM, Knobel R, Monticelli M. Resultado de partos domiciliares atendidos por enfermeiras de 2005 a 2009 em Florianópolis, SC. Rev Saúde Pública. 2012; 46(4):747-50

Kühl AM, Corso ACT, Leite MS, Bastos JL. Perfil nutricional e fatores associados à ocorrência de desnutrição entre crianças indígenas Kaingáng da Terra Indígena de Mangueirinha, Paraná, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2009; 25 (2): 409-420.

Langdon EJ. Saúde e Povos Indígenas: Os desafios na virada do século. Universidade Federal de Santa Catarina. Trabalho apresentado no V Congresso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina, 7-11 de Junio de 1999, Isla de Margarita, Venezuela.

Langdon EJ, Wiik FB. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. *Rev Latino-Am. Enfermagem*. 2010; 18: 173-181.

Leeuwenberg F; Salimon M. Para Sempre A'uwê – Os Xavante na Balança das civilizações. Brasília,DF: UNICEF, 1999.

Leite MS, Gugelmin AS, Santos RV, Coimbra Jr. CEA. Perfis de Saúde Indígena Tendências Nacionais e Contextos Locais: Reflexões a partir do caso Xavante, Mato Grosso. In: Coimbra Jr. Santos RV Escobar AL, organizadores. *Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; [artigo na internet] 2005; [acesso em 14 nov 2013]. Disponível em [http:// books.scielo.org](http://books.scielo.org)

Leite MS. Transformação e persistência: antropologia da alimentação e nutrição em uma sociedade indígena amazônica. *Perfil Nutricional*. Rio de Janeiro; Editora: FIOCRUZ, 2007. [acesso em 06 jun 2015]. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/q/pdf/leite-9788575412930-08.pdf>

Machado M, Pagliaro H, Baruzi RG. Perfil demográfico dos Hupd'äh, povo Maku da região do Alto Rio Negro, Amazonas (2000-2003). *Rev. Bras. Est. Pop.* 2009; 26: 37-50.

Maybury-Lewis, D. *A Sociedade Xavante*. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1984.

Marques IMSF. *A Política de Atenção à Saúde Indígena: Implementação do Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá – Mato Grosso* [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2003.

Mato Grosso. DECRETO Nº 1.651, DE 11 DE MARÇO DE 2013. Regulamenta a Lei nº 8.588, de 27 de novembro de 2006, que dispõe sobre o uso, a produção, o comércio, o armazenamento, o transporte, a aplicação, o destino final de embalagens vazias e resíduos e a fiscalização de agrotóxicos, seus componentes e afins no Estado de Mato Grosso, e dá outras providências. DOE Mato Grosso. 11 març 2013. nº 2602. p.3 [acesso em 11 jun 2015]. Disponível em: <https://www.iomat.mt.gov.br/busca#/p=1&q=%22DECRETO%20N%C2%BA%201.651,%20DE%2011%20DE%20MAR%C3%87O%20DE%202013.%22&f=true>

Melchior MN. "Watébrémi Xavante: uma aproximação ao mundo da criança indígena [dissertação de mestrado]. Campo Grande: Universidade Católica Dom Bosco; 2008. [acesso em 15 abr 2014]. Disponível em [http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select\\_action=&co\\_obra=137897](http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=137897)

Mendes EV. *Distrito Sanitário: O processo de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Editora HUCITEC- ABRASCO; 1995.

Mendonça SBM de. *Relação médico-paciente: valorizando os aspectos culturais x medicina tradicional*. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *Manual de Atenção à Saúde da Criança Indígena Brasileira*. Brasília: FUNASA, 2004. p.11.

Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento – MAPA. Instrução Normativa nº 2 de 3 de janeiro de 2008. Aprova as normas de trabalho da aviação agrícola, em conformidade com os padrões técnicos operacionais e de segurança para aeronaves agrícolas (...). MAPA: 2008. [acesso em 11 de jun de 2015]. Disponível em:  
[http://www.agricultura.gov.br/arq\\_editor/file/Agrot%C3%B3xicos/IN2.pdf](http://www.agricultura.gov.br/arq_editor/file/Agrot%C3%B3xicos/IN2.pdf)

Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde, Relatório Final. Brasília, DF; 1986.

Ministério da Saúde. 10ª Conferência Nacional de Saúde – Relatório Final. [relatório na internet]. Brasília; 1998. [acesso em: 07 abr 2014]. Disponível em:  
[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio\\_10.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_10.pdf)

Ministério da Saúde. Portaria nº 822, de 06 de junho de 2001. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Triagem Neonatal / PNTN. [acesso em 14 de jul de 2015]. Disponível em:  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0822\\_06\\_06\\_2001.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0822_06_06_2001.html)

Ministério da Saúde. Portaria nº 254, de 31 de janeiro de 2002a. Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Diário Oficial da União. 6 de fevereiro de 2002a. Seção 1:46.

Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Brasília, 2002b.

Ministério da Saúde. Agenda de Compromissos para Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. [manual técnico]. Brasília; 2004a [acesso em 25 mar 2014]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda-compro-crianca.pdf>

Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Manual de Atenção à Saúde da Criança Indígena Brasileira. Brasília: FUNASA, 2004b.

Ministério da Saúde. IV Conferência Nacional de Saúde Indígena. Documento Base. Brasília; DF: 2005. [acesso em 4 de jan 2015]. Disponível em:  
[http://www.ipea.gov.br/participacao/images/pdfs/conferencias/saude\\_indigena\\_IV/texto\\_base\\_4\\_conferencia\\_saude\\_indigena.pdf](http://www.ipea.gov.br/participacao/images/pdfs/conferencias/saude_indigena_IV/texto_base_4_conferencia_saude_indigena.pdf)

Ministério da Saúde. Portaria 3.332, de 28 de dezembro de 2006. Aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS. Brasília: 2006.  
Disponível em:  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt3332\\_28\\_12\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt3332_28_12_2006.html)

Ministério da Saúde. Portaria nº 2.656 de 17 de outubro de 2007. Dispõe sobre as responsabilidades na prestação da atenção à saúde dos povos indígenas, no Ministério da Saúde e regulamentação dos Incentivos de Atenção Básica e especializada aos Povos Indígenas. Diário Oficial da União. 18 de outubro 2007. Seção 1: 31-35. [acesso em 12 maio 2015].  
Disponível em:  
<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=18/10/2007&jornal=1&pagina=34&totalArquivos=96>

Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica. Departamento de Informática do SUS - DATASUS. Brasília: 2008a. [acesso em 19 mai 2015].

Disponível em:

<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN na assistência à saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: 2008b. [acesso em 20 mai 2015].

Disponível em:

[http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/protocolo\\_sisvan.pdf](http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/protocolo_sisvan.pdf)

Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica. Departamento de Informática do SUS - DATASUS. Brasília: 2008c. [acesso em 09 de jun 2015].

Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2000/fqc01.htm>

Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva: instrumentos básicos / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. 2. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

Ministério da Saúde. Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história [livro na internet]. Brasília; 2011a [acesso em 22 mar 2014] Disponível em: [bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/70anos-historia-saudecrianca.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/70anos-historia-saudecrianca.pdf)

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde. Norma técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. Brasília; DF: 2011c. [acesso em 10 nov 2014].

Disponível

em:

[http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/orientacoes\\_coleta\\_analise\\_dados\\_antropometricos.pdf](http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf)

Ministério da Saúde. Portaria nº 755 de 18 de abril de 2012a. Dispõe sobre a organização do controle social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Diário Oficial da União. 20 abr 2012a, sessão 1:47. [acesso em 08 abr 2014]. Disponível em [www.jusbrasil.com.br/diarios/36298626/dou\\_secao\\_1\\_20\\_04\\_2012\\_pg\\_47](http://www.jusbrasil.com.br/diarios/36298626/dou_secao_1_20_04_2012_pg_47)

Ministério da Saúde. Portal da Saúde – SUS. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Suplementação de Ferro 2012b. [acesso em 06 jun 2015]. Disponível em:

[http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_pcan.php?conteudo=conheca\\_o\\_programa](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pcan.php?conteudo=conheca_o_programa)

Ministério da Saúde. Rede Interagencial de Informações para a Saúde RIPSa. Indicadores e Dados Básicos – Brasil. 2012c. [acesso em 17 jun 2015]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm>

Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. [homepage na internet]. 2013a. [acesso em 09 jul 2013]. Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/images/jpg/2014/fevereiro/13/org-dsei-2012.jpg>

Ministério da Saúde. Conferências Nacionais de Saúde. [homepage na internet]. 2013b. [acesso em 08 de abr de 2014]. Disponível em [www.ccms.saude.gov.br/conferências nacionais de saúde/créditos.php](http://www.ccms.saude.gov.br/conferencias_nacionais_de_saude/créditos.php)

Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. [homepage na internet]. 2013c. [acesso em 09 jul 2013]. Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/secretaria-sesai/mais-sobre-sesai/9540-destaques>

Ministério da Saúde. Programa Nacional de Suplementação de Ferro. Manual de condutas gerais. Brasília; DF: 2013d.

Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. [homepage na internet]. 2014a. [acesso em jun 2014]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/secretaria-sesai/mais-sobre-sesai>

Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. [homepage na internet]. 2014b. [acesso em dez 2014]. Disponível em: [http://dw.saude.gov.br/gsid/servlet/mstrWeb;jsessionid=80E7B430FCEE50590F82D99ED138AD8A?evt=2048001&src=mstrWeb.2048001&visMode=0&currentViewMedia=2&documentID=5DECC34E11E3629D00000080EF2535D4&server=SRVBIPDF03&Project=DMSIASI\\_4&port=0&share=1&hiddensections=header,path,dockLeft,footer&uid=convidado.siasi&pwd=siasi2o13](http://dw.saude.gov.br/gsid/servlet/mstrWeb;jsessionid=80E7B430FCEE50590F82D99ED138AD8A?evt=2048001&src=mstrWeb.2048001&visMode=0&currentViewMedia=2&documentID=5DECC34E11E3629D00000080EF2535D4&server=SRVBIPDF03&Project=DMSIASI_4&port=0&share=1&hiddensections=header,path,dockLeft,footer&uid=convidado.siasi&pwd=siasi2o13)

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação. Brasília: 2014c.

Ministério Público Federal. Procuradoria Geral da República. Histórico da ação judicial para desintrusão da Terra Indígena Marãiwatsédé. s/d. [acesso em 01 jun 2015]. Disponível em: [http://www.prmt.mpf.mp.br/documentos/historico\\_mrww.pdf](http://www.prmt.mpf.mp.br/documentos/historico_mrww.pdf)

Monteiro JM. O desafio da História Indígena no Brasil. In: Silva AL, Grupioni LDB (orgs). A temática indígena na escola – novos subsídios para professores de 1º e 2º graus. Brasília; 1995. p. 229. [acesso em 01 abr 2014]. Disponível em: [http://www.pineb.ffch.ufba.br/downloads/1244392794Atematicaindigena\\_naEscola\\_Aracy.pdf](http://www.pineb.ffch.ufba.br/downloads/1244392794Atematicaindigena_naEscola_Aracy.pdf)

Moreira JC, Peres F, Simões AC, Pignati WA, Dores EC, Vieira SN, Strüssmann C, Mott T. Contaminação de águas superficiais e de chuva por agrotóxicos em uma região do estado do Mato Grosso. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012; 17 (6):1557-1568.

Nakamura E, Egry EY, Campos CMS, Nichiata LYI, Chiesa AM, Takahashi RF. O potencial de um instrumento para o reconhecimento de vulnerabilidades sociais e necessidades de saúde: saberes e práticas em saúde coletiva. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2009; s/p.

Nasrala Neto E, Lacaz FAC, Pignati WA. Vigilância em saúde e agronegócio: os impactos dos agrotóxicos na saúde e no ambiente. *Perigo à vista! Ciênc e Saúde Coletiva*. 2014; 19 (12): 4709-4718.

Neves MP. Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição, princípio [artigo especial] *Rev Bras de Bioética* 2006; 2 (2): 157-172.

Nichiata LYI, Bertolozzi MR, Takahashi RF, Fracolli LA. A utilização do conceito “vulnerabilidade” pela enfermagem. *Rev lat am Enf*. 2008; 16: 5. [acesso em 08 dez 2014]. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n5/pt\\_20](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n5/pt_20)

Noro RLA, Torquato SM. Visita domiciliar: estratégia de aproximação à realidade social? *Trab. Educ. Saúde* [internet]. 2015 jan-abr [acesso em 12 agosto 2015]; 13 (1): [13 telas]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00027>

Nunes A. A sociedade das crianças A’uwe-Xavante: revisitando um estudo antropológico sobre a infância. *Poiésis, Rev. Pós Graduação em Educação*. [periódico na internet]. 2011. [acesso em 01 abr 2014] 342-359. Disponível em: <http://www.portaldeperiódicos.unisul.br/index.php/poesis/article/viewFile/798/741>

OMS. Organización Mundial de la Salud. Departamento de Salud y Desarrollo y el Grupo Orgánico de Desarrollo Sostenible y Entornos Saludables. Documento de la OMS para la Conferencia mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas Intoleranci. Organización Mundial de la Salud Salud y ausencia de discriminación. 2001. [acesso em 14 de jun 2015]. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/68363/1/WHO\\_SDE\\_HDE\\_HHR\\_01.2\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/68363/1/WHO_SDE_HDE_HHR_01.2_spa.pdf?ua=1)

OMS. Organização Mundial da Saúde. Human reproduction program (hrp). Research for impact. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. Suíça: 2015. [acesso em 19.05.2015]. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO\\_RHR\\_15.02\\_por.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf?ua=1)

OMS. Organización Mundial de la Salud. Patrones de crecimiento infantil. OMS Anthro (versión 3.2.2, enero de 2011) y macros. [homepage na internet]. 2015 [atualização s/d; acesso em 25 abr 2014]. Disponível em: <http://www.who.int/childgrowth/software/es/>

OPAS – Organização Pan Americana de Saúde. Rede Interagencial de Informação para a Saúde – RIPSAs. Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2ª edição. Brasília: 2008. [acesso em 17 de jun de 2015]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>

Orellana JDY, Coimbra Jr. CEA, Lourenço AEP, Santos RV. Estado nutricional e anemia em crianças Suruí, Amazônia, Brasil. *Jorn. Ped*. [periódico na internet]. 2006. [acesso em 17 jun 2015]. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572006000600013&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572006000600013&script=sci_arttext)

Pagliario H. A revolução demográfica dos povos indígenas no Brasil: a experiência dos Kayabí do Parque Indígena do Xingu, Mato Grosso, Brasil, 1970-2007. *Cad. Saúde Pública*. 2010; 26 (3): 579-590.

Pantoja LN, Orellana JDY, Leite MS, Basta PC. Cobertura do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional Indígena (SISVAN-I) e prevalência de desvios nutricionais em crianças Yanomami menores de 60 meses, Amazônia, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* [periódico na internet]. 2014 mar [acesso em 05.06.2015]; 14 (1). Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292014000100053](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292014000100053)

Peres C. Governo faz entrega simbólica de terra aos Xavante de Marãiwatsédé em meio a luto na aldeia por morte de crianças. Blog no WordPress.com: 2013. [acesso em 12 de jan de 2015]. Disponível em <https://christianeperes.wordpress.com/category/saude>

Pícoli RP, Carandina L, Ribas DLB. Saúde materno-infantil e nutrição de crianças Kaiowá e Guaraní, Área Indígena de Caarapó, Mato Grosso do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2006; 22 (1):223-227.

Pignati WA, Machado JMH, Cabral JF. Acidente rural ampliado: o caso das “chuvas” de agrotóxicos sobre a cidade de Lucas do Rio Verde – MT. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2007; 12 (1): 105 a 114.

Pontes ALM, Garnelo L, Rego S. Reflexões sobre questões morais na relação de indígenas com os serviços de saúde. *Rev. Bioét.* 2014. 22 (2): 337-46.

Porto MFS. Uma Ecologia Política dos Riscos: princípios para integrarmos o local e o local na promoção da saúde e da justiça ambiental. *Cad. Saúde Pública*. 2014; 30 (1).

Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. O Conceito Transdisciplinar de Vulnerabilidade (capítulo 4). p. 189;

Presidência da República. Secretaria Nacional de Articulação Social. [homepage na internet]. 2013 [acesso em 03 mai 2014]. Disponível em: [www.secretariageral.gov.br/art\\_social/conselhos-e-conferencias/conferencias-previstas/5a-conferencia-nacional-de-saude-indigena](http://www.secretariageral.gov.br/art_social/conselhos-e-conferencias/conferencias-previstas/5a-conferencia-nacional-de-saude-indigena)

Primo E. O Agente de saúde indígena. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Manual de Atenção à Saúde da Criança Indígena Brasileira. Brasília: FUNASA, 2004. p.33.

Sánchez M, Idaly A, Bertolozzi MR. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? *Redalyc. Org. Ciência e Saúde Coletiva*. 2007. 12: 319 – 324. [acesso em 10 dez 2014].

Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000200007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200007)

Scatena JHG, Oliveira LR, Galvão ND, Neves MAB. Caracterização das Regiões de Saúde de Mato Grosso. In: Scatena JHG, Kehrig RT, Spinelli MAS. (Org). Regiões de Saúde. Diversidade e Processo de Regionalização em Mato Grosso. São Paulo: HUCITEC; 2014.

SESAI – Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena – SIASI. [homepage na internet]. 2015 [atualização s/d; acesso em 31 mai 2015]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/secretaria-sesai/mais-sobre-sesai/9518-destaques>

SES-SP. Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo. Coordenadoria de Controle de Doenças. Caderno de diretrizes, objetivos, metas e indicadores 2013-2015. Vigilância em Saúde – Pactuação Municipal. São Paulo: 2014. p. 14-15.

Silva SMO. Alimentos, Restrições e Reciprocidade no Ritual Xavante do Wapté mnhõmo (Terra Indígena Marãiwatsédé, Mato Grosso) [dissertação de mestrado]. Brasília: Universidade de Brasília; 2013.

Souza LG, Santos RV. Perfil demográfico da população indígena Xavante de Sangradouro-Volta Grande, Mato Grosso (1993-1997), Brasil. Cad. Saúde Pública. 2001; 17 (2): 355-365.

Souza LG, Santos RV, Coimbra Jr CEA. Demografia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil: Considerações a Partir dos Xavante de Mato Grosso (1999-2002). Documento de Trabalho n. 10. Porto Velho: Universidade Federal de Rondônia, Centro de Estudos em Saúde do Índio de Rondônia, 2004.

Souza, L G. Demografia e Saúde dos Índios Xavante do Brasil Central [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2008.

Souza LG, Pagliaro H, Santos RV. Perfil demográfico dos índios Boróro de Mato Grosso, Brasil, 1993-1996. Cad. Saúde Pública. 2009; 25 (2): 328-336.

Weiss MCV. Contato Interétnico, Perfil Saúde-Doença e Modelos de Intervenção em Saúde Indígena: O Caso Enawenê- Nawê, Mato Grosso. In: Coimbra Jr. Santos RV Escobar AL, organizadores. Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; [artigo na internet] 2005; [acesso em 14 nov 2013]. Disponível em <http://books.scielo.org/id/bsmtd/pdf/coimbra-9788575412619-10.pdf>

Weiss MCV, Bordin R. (Org). Estratégias de Atenção à Saúde no Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá – MT. Porto Alegre: DaCasaEditora; 2013.

WHO – World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva, 1995. (WHO Technical Report Series, 854). [Acesso em 06 out 2010]. Disponível em: [http://www.who.int/childgrowth/publications/physical\\_status/en/index.html](http://www.who.int/childgrowth/publications/physical_status/en/index.html)

WHO – World Health Organization. Multicentre Growth Reference Study Group. WHO child growth standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height

and body mass index-for-age: methods and development. Geneva, 2006. [Acesso em 08 out 2010]. Disponível em: [http://www.who.int/childgrowth/standards/Technical\\_report.pdf](http://www.who.int/childgrowth/standards/Technical_report.pdf)

Yamamoto RM. Povos indígenas brasileiros: sua explicação para as doenças e a lógica do tratamento realizado. In: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Manual de Atenção à Saúde da Criança Indígena Brasileira. Brasília: FUNASA, 2004.p.9.

Yin, R. K. Estudo de caso: planejamento e métodos. 3ª. ed. Porto Alegre: Bookman; 2005.

Universidade Federal de Mato Grosso – UFMT. Instituto de Saúde Coletiva. Avaliação de saúde e do nível de contaminação ambiental por agrotóxicos na população, em águas e solos da Terra Indígena Marãiwatsédé, Mato Grosso. Projeto de Pesquisa. 2013

Verani CBL. A política de saúde do índio e a organização dos serviços no Brasil. Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi 1999; 15:171-192.

## **APÊNDICES**

## Apêndice 1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
Pesquisa na Terra Indígena Marãiwatsédé

Titulo do estudo: “Avaliação da saúde e do nível de contaminação ambiental por agrotóxicos na população, em águas e solos da Terra Indígena de Marãiwatsédé, Mato Grosso”.

Prezado (a) Senhor(a):

Este formulário contém dados relacionados ao consentimento para utilização de informações coletadas durante a realização da pesquisa “Avaliação da saúde e do nível de contaminação ambiental por agrotóxicos na população, em águas e solos da Terra Indígena de Marãiwatsédé, MT” coordenada pelo Dr. Wanderlei Pignati da UFMT.

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar deste estudo que tem como objetivo avaliar a contaminação por agrotóxicos em crianças, animais (peixes e tartarugas) e no ambiente (água e terra do fundo de rio) da Terra Indígena Marãiwatsédé e sobre injustiça ambiental. Este estudo está sendo realizado por um grupo de pesquisadores pertencente ao Instituto de Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Mato Grosso, em conjunto com o Ministério da Saúde, FUNAI e OPAN.

A sua participação é muito importante porque irá contribuir com a análise da situação de saúde do povo e do ambiente de Marãiwatsédé e dos conflitos existentes neste território. O senhor (a) foi escolhido porque é morador da terra indígena e vivencia os possíveis problemas encontrados na alimentação, no saneamento e nos conflitos relacionados a terra indígena Marãiwatsédé.

Explicamos que sua participação não é obrigatória, podendo o (a) senhor(a) participar ou não participar e também desistir a qualquer momento mesmo que tenha concordado inicialmente, sem que isto traga problemas à sua pessoa ou à sua família. Durante e após esta pesquisa, o senhor (a) poderá receber acompanhamento dos profissionais de saúde que estão no polo base da aldeia Marãiwatséde. Informamos que o (a) senhor(a) não pagará e nem será pago por sua participação. Contudo é importante saber que o senhor tem direito a indenização de possíveis gastos ou despesas ocorridas nesta etapa da pesquisa. Sua participação se dará da seguinte forma: O senhor(a) responderá perguntas feitas pelos entrevistadores sobre produção de alimentos na terra indígena (roças), alimentos consumidos, internações hospitalares de crianças, doenças, atendimento de saúde realizado no polo base localizado na aldeia e nas cidades onde os pacientes são encaminhados, renda, tamanho familiar e injustiça socioambiental (conflitos com posseiros e com o governo). Esta conversa será feita na sua casa ou no posto de saúde da aldeia e contamos com cerca de cinquenta minutos da sua atenção.

Para as coletas de sangue, urina e medidas das crianças de até 10 anos de idade, as informações, procedimentos, sigilo dos dados, armazenamento e análises estarão em um termo de assentimento específico onde os pais ou responsáveis junto com a criança decidirão ou não participar da pesquisa.

Suas respostas serão gravadas, anotadas e fotografias poderão ser tiradas. Explicamos também que o que for falado será usado somente para este estudo e será tratado em segredo, para preservar a sua identidade. No entanto, é importante ressaltar que seu nome não será revelado nas gravações e fotografias tiradas (de adultos e crianças).

As perguntas que forem anotadas, gravadas e as fotos que forem tiradas, ficarão guardadas em lugar seguro sob a responsabilidade do coordenador desse projeto Professor Dr. Wanderlei

Pignati da Universidade Federal de Mato Grosso, com a garantia da manutenção do segredo. Informamos que a qualquer momento o (a) Senhor (a) terá acesso gratuito à suas informações, ou resultados obtidos por esta pesquisa.

As informações coletadas como parte deste estudo serão reveladas a outros pesquisadores, que vão fazer as análises. Mas que também será mantido em segredo absoluto e o senhor (a) não será identificado pelo nome em nenhum dos dados.

Esperamos que os resultados deste estudo ajudem a resolver problemas de saúde e saneamento básico da população da aldeia.

Caso o (a) senhor(a) tenha dúvidas ou necessite de maiores informações pode procurar o Coordenador do estudo: Dr. Wanderlei Pignati na UFMT/ISC, e-mail: pignatimt@gmail.com, telefone: (65)3615-8897 ramal 207.

Caso preferir o (a) senhor (a) pode procurar o CEP - Comitê de Ética em Pesquisa que é um órgão público responsável por avaliar os projetos de pesquisa com seres humanos além de desempenhar atividades educativas no esclarecimento sobre a ética na pesquisa. Em Mato Grosso existe um CEP na Universidade Federal de Mato Grosso, coordenado pela Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Shirley F. Pereira, localizado na rua Fernando Correa da Costa nº 2367, UFMT, CCBS I - 1º Andar; telefone: 65-3615-8254.

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida, assinada e entregue ao (a) senhor(a).

Dia: \_\_\_\_\_ Mês \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_.

Pesquisador Responsável: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_, tendo sido devidamente informado sobre os procedimentos do estudo, concordo em participar voluntariamente do estudo descrita acima.

Assinatura (ou impressão digital): \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Apêndice 2  
Roteiro para entrevista

Análise da vulnerabilidade da atenção à saúde da criança Xavante até 5 anos de idade no polo base Marãiwatsédé.

Roteiro para a entrevista:

Território Marãiwatsédé:

História do conflito;  
Problemas com a degradação ambiental;

Polo base:

Relação DSEI e polo base;  
Trabalho em equipe;  
Condições materiais;  
Operacionalização das ações;  
Participações institucionais;  
Relação interinstitucional;

Atenção à saúde da criança menor de cinco anos:

Programas/atividades/dificuldades;  
Rede de atenção: referências municipais/ dificuldades/ conflitos e referências;

Práticas tradicionais de cura:

Existentes? Relação entre as práticas tradicionais de cura com a medicinal ocidental?

Planejamento das ações de saúde: distrital, local, participação da comunidade;

Saneamento básico: existente, origem da água consumida pela comunidade, qualidade da água, problemas existentes;

Alimentação: roças, distribuição das roças, cultivo, problemas encontrados? Caça, existência, tipo de animais, dificuldades encontradas;

Programas governamentais para a subsistência alimentar: cesta básica, bolsa família, aposentadoria, distribuição de leite, entre outros.

**ANEXOS**

## Anexo 1

Aldeia Marãiwatsede, 01 de novembro de 2013

Ao Comitê de Ética em Pesquisa/HUJM - Universidade Federal de Mato Grosso – UFMT.

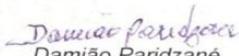
A/C: Shirley Ferreira Pereira

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa/HUJM

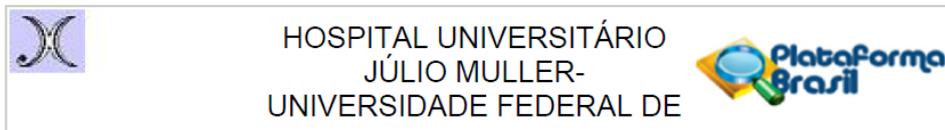
### AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Eu, Damião Paridzané, Cacique da Aldeia Marãiwatsédé, venho por meio desta informar V.Sa que autorizo a pesquisadora **Viviane Francischini Fagundes** aluna do curso de Mestrado do Instituto de Saúde Coletiva a realizar/desenvolver a pesquisa intitulada "Análise das ações de saúde desenvolvidas pelo DSEI Xavante no Pólo Base Marãiwatsede" sob a orientação do Professor Dr. Wanderlei Antonio Pignati, do Instituto de Saúde Coletiva – ISC/UFMT.

Declaro de minhas responsabilidades como também participante desta pesquisa o compromisso no resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados.

  
Damião Paridzané  
Cacique da aldeia Marãiwatsédé

## Anexo 2



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Avaliação de saúde e do nível de contaminação ambiental por agrotóxicos na população, em águas e solos da Terra Indígena Marãiwatsédé, Mato Grosso.

**Pesquisador:** Wanderlei Antonio Pignati

**Área Temática:** Estudos com populações indígenas;

**Versão:** 5

**CAAE:** 26177314.0.0000.5541

**Instituição Proponente:** Instituto de Saúde Coletiva da UFMT

**Patrocinador Principal:** FUNDAÇÃO DE APOIO E DESENVOLVIMENTO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 939.030

**Data da Relatoria:** 11/02/2015

#### Apresentação do Projeto:

O Brasil é o maior consumidor de agrotóxicos no mundo, sendo Mato Grosso o maior consumidor nacional. Durante o processo de desinstituição dos ocupantes não indígenas em Marãiwatsédé, nenhuma avaliação sanitária foi realizada para o retorno dos indígenas a TI. Recentemente a morte de quatro crianças indígenas que ocorreram no final de 2012 a começo de 2013 dentro da TI Marãiwatsédé, pode estar relacionada com intoxicação provocada por contaminação de agrotóxicos na água. O objetivo desse estudo é avaliar a situação de saúde e o nível de exposição e contaminação por agrotóxicos em matrizes biológicas humana, animal (bioindicadores) e ambiental (águas, sedimento de rio) na Terra Indígena Marãiwatsédé, Mato Grosso - MT. Para a realização desta pesquisa será utilizada a combinação de diferentes técnicas e métodos, conforme a fase desenvolvida, incluindo: revisão da literatura, análise documental, observação direta, entrevistas, coleta de amostras biológicas e ambientais, observação participante, mapeamento geoquímico de áreas específicas da Terra Indígena. Durante o trabalho de campo serão coligidas variáveis demográficas, sociais, ambientais (incluindo contaminação do solo, água e bioindicadores), de morbidade e mortalidade. Método: Visita de reconhecimento da TI Marãiwatsédé; Quantificação e classificação da produção agropecuária e os tipos de agrotóxicos utilizados nas lavouras da TI; Investigar a contaminação humana (sangue e urina) por agrotóxicos

**Endereço:** Rua Femado Correa da Costa nº 2367

**Bairro:** Boa Esperança

**CEP:** 78.060-900

**UF:** MT

**Município:** CUIABA

**Telefone:** (63)3615-8254

**E-mail:** shirleyfp@bol.com.br



Continuação do Parecer: 939.030

**Benefícios:** Os benefícios dessa pesquisa é conhecer a situação da saúde da população e do ambiente da Terra Indígena Marãiwatsédé, onde os resultados podem servir para tomadas de ações que garantam, promovam e mantenham a saúde da população, do ambiente (fonte de recursos) permitindo a sobrevivência cultural e soberania dos Indígenas que vivem na Terra Indígena Marãiwatsédé. No caso de ser detectado algum problema nos exames a criança será referenciada para o serviço de saúde da aldeia.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Estudo de relevância para a área. Nota-se que o estudo envolverá várias pesquisas possivelmente utilizadas como dissertação de mestrado, como observado nos roteiros de entrevistas com títulos diferentes. Cita que os exames serão realizados no Instituto Evandro Chagas (IEC) em Belém-PA, por sugestão do Ministério da Saúde, solicitante da pesquisa. O IEC é vinculado ao ministério da Saúde e arcará com as despesas das análises de água, sedimento de rio, peixe, quelônios e de sangue e urina das crianças. Cita pesquisa em conjunto com o Ministério da Saúde, Fiocruz, Funai e OPAN. Declara que o coordenador do projeto coordenará todas as ações de coleta de sangue e entrevista, quando perguntado pela equipe participante.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Folha de rosto adequada.

Incluiu portaria da UFMT criando comissão para pesquisar o assunto por demanda do MS.

Incluiu a autorização do cacique para a realização da pesquisa.

Incluiu autorização do DSEI/Xavante - SESAI/MS.

Incluiu documentos de solicitação de financiamento.

TCLE para gestores e indígenas: adequados.

Incluiu aprovação da CONEP.

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Propomos a aprovação do projeto.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Endereço:** Rua Femado Correa da Costa nº 2367  
**Bairro:** Boa Esperança **CEP:** 78.060-900  
**UF:** MT **Município:** CUIABA  
**Telefone:** (63)3615-8254 **E-mail:** shirleyfp@bol.com.br

## Anexo 3



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO  
PRESIDÊNCIA

Setor Bancário Sul, quadra 02, lote 14 – Edifício Cleto Meireles, 13º andar  
CEP: 70070-120 Brasília/DF  
Telefone: (61) 3247.6013/6014 – E-mail: [presidencia@funai.gov.br](mailto:presidencia@funai.gov.br)



Ofício nº 55 /2015/GAB/PRES/FUNAI-MJ

Brasília, 30 de janeiro de 2015.

A Sua Senhoria a Senhora  
**VIVIANE FRANCISCHINI**  
Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso  
Escola de Saúde Pública de Mato Grosso  
Rua Adalberto Botelho 552, Coxipó Sul  
78085200 Cuiabá - MT

Assunto: **Ingresso em terra indígena/ Proc. 08620.089010/2013-13.**

Senhora Viviane Francischini,

1. Cumprimentando-o cordialmente, encaminhamos anexa a Autorização para Ingresso em Terra Indígena nº 13/AAEP/PRES/2015, que concede à senhora o ingresso na Terra Indígena Marãiwatsédé, povo Xavante, com o objetivo de desenvolver o projeto de pesquisa intitulado “Avaliação de saúde e do nível de contaminação ambiental por agrotóxicos na população, em águas e solos da Terra Indígena Marãiwatsédé, Mato Grosso”, sob a coordenação do Prof. Dr. Wanderlei Antônio Pignati.
2. Colocamo-nos à disposição para eventuais esclarecimentos pelos telefones (61) 3247- 6039 e e-mail [aaep@funai.gov.br](mailto:aaep@funai.gov.br).

Atenciosamente,

*Luciana Nogueira Nobrega*  
**LUCIANA NOGUEIRA NÓBREGA**  
Chefe de Gabinete