

AÇÕES DE PREVENÇÃO AS DOENÇAS PREVALENTES NA COMUNIDADE INDÍGENA ILHA NO ESTADO DE RORAIMA

Data de aceite: 03/07/2023

Ana Paula Barbosa Alves

Instituto Insikiran de Formação Superior
Indígena/ Universidade Federal de
Roraima

Kristiane Alves Araújo

Instituto Insikiran de Formação Superior
Indígena/ Universidade Federal de
Roraima

Juliana Pontes Soares

Instituto Insikiran de Formação Superior
Indígena/ Universidade Federal de
Roraima

Maxim Repetto

Instituto Insikiran de Formação Superior
Indígena/ Universidade Federal de
Roraima

Perla Alves Martins Lima

Instituto Insikiran de Formação Superior
Indígena/ Universidade Federal de
Roraima

RESUMO: O presente trabalho é uma proposta de intervenção a ser aplicado no curso Gestão em Saúde Coletiva Indígena do Instituto Insikiran/UFRR. Trata-se de uma pesquisa-ação, cuja característica principal é a produção de novos conhecimentos a partir de uma realidade encontrada. O

mesmo traz como objetivos levantar os números de ocorrências das principais doenças que acometem os indígenas e verificar seus padrões de adoecimento, morte e cuidado bem como construir um projeto de extensão em promoção da saúde do curso de gestão em saúde coletiva indígena e contribuir para a construção e melhoria do Sistema Único de Saúde e do Subsistema de Saúde Indígena. Tendo em vista o alcance dos objetivos propostos, bem como o enfrentamento do problema citado, o percurso metodológico foi estruturado em ações baseadas em propostas de um diagnóstico situacional sobre as condições e necessidades de saúde da população estudada, estabelecimento de parcerias com o DSEI leste de Roraima, Casai e Insikiran em prol da promoção da saúde e prevenção de doenças, realização de oficinas, cursos e seminários sobre os principais problemas e agravos identificados. Propõe-se também a criação de um Projeto de Extensão em Promoção da Saúde, envolvendo os alunos do curso de gestão em saúde coletiva indígena do Insikiran/UFRR com a parceria da comunidade Ilha e CONDISI-Leste de forma a contribuir para a construção e melhoria do Sistema Único de Saúde e do Subsistema de Saúde Indígena.

1 | INTRODUÇÃO

O presente trabalho é o resultado da conclusão do curso de Especialização em Gestão em Saúde promovido pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ). Está organizado por introdução, contendo os objetivos (geral e específicos), justificativa e metodologia. Logo após encontra-se o referencial teórico destinado a explanação teórico-conceitual sobre a temática em destaque, seguido do projeto de intervenção com caracterização do contexto e do local a ser realizada a proposta de intervenção deste presente documento, bem como a descrição, explicação e análise do problema a ser enfrentado. Por fim, são apresentadas as programações das ações e a conclusão do trabalho.

Saúde indígena é uma temática complexa, e faz parte de uma das grandes preocupações para a saúde coletiva no Brasil. Atualmente, já existem alguns estudos sobre a saúde indígena, porém devido a várias circunstâncias como problemas burocráticos, geográficos, logísticos, e de escassez de pesquisas sobre esta temática, e a precariedade dos registros dos sistemas de informações sobre morbidade, mortalidade, cobertura vacinal, dados demográficos, entre outros; muito pouco se conhece sobre a saúde dos povos indígenas no Brasil, entretanto é histórico que as doenças infecciosas quase dizimaram grande parte dos povos indígenas e foram determinantes no processo de subjugação frente ao expansionismo ocidental (BASTA et al, 2012; HAYD, 2008; COIMBRA JR et al, 2003).

Segundo dados do Censo 2010, hoje no Brasil vivem mais de 800 mil índios (cerca de 0,4% da população brasileira), distribuídos em 688 terras indígenas e algumas áreas urbanas. Os números não mensuram os dados que consideram a mais recente característica dessa população: o perfil epidemiológico e nutricional dos povos indígenas vive um cenário de transição (IBGE, CENSO DEMOGRÁFICO-2010). Além das doenças infectocontagiosas, conjuntamente estão presentes nas populações indígenas no Brasil, as doenças sexualmente transmissíveis, as doenças crônicas não transmissíveis, como a diabetes mellitus, hipertensão arterial, neoplasias, alcoolismo, a violência e a obesidade (COIMBRA JR et al, 2003; FIOCRUZ, 2012).

O estado de Roraima é o estado de maior população indígena do país com 49.637 índios, que ocupam uma área de 10.370.676 hectares. As principais etnias indígenas são: Macuxi, Taurepang, Ingarikó, Yanomami, Ye'kuana, Patamona, Wapixana, Waimiri-Atroari e Wai-Wai. (IBGE, CENSO DEMOGRÁFICO-2010), as quais não foge da realidade do panorama epidemiológico nacional referente as populações indígenas.

A intervenção proposta neste trabalho refere-se ao problema de alto índice de doenças preveníveis e crônicas degenerativas em populações indígenas no estado de Roraima.

O atendimento diferenciado na assistência à saúde a população indígena em Roraima ainda não é satisfatório conforme é ratificado pela Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena (BRASIL, 2002). Apesar do progresso após a SESAI em 2010, ainda existem muitos problemas. O atendimento do SUS em geral ocorre com dificuldades, no acesso, na integralidade organizacional e na oferta de serviços e com baixa qualificação técnica. Ao mesmo tempo, existe a necessidade de ações que favoreçam uma mudança nos processos de trabalhos em saúde, especificamente que respeite as heterogeneidades, as etnodiversidade, com integração da medicina tradicional em todo processo, para realmente oferecer um modelo de atenção à saúde diferenciado aos indígenas. Desta maneira as concepções culturais e religiosas são fatores que devem ser considerados na implantação de programas de prevenção e controle, especialmente a divulgação de informações corretas sobre os meios de transmissão e prevenção que promovam atitudes e práticas coerentes com a promoção da saúde (HAYD et al, 2008). Assim, com base nos dados disponíveis, não é possível traçar de forma satisfatória o perfil epidemiológico dos povos indígenas, dado que estão ausentes os elementos quantitativos necessários para embasar análises abrangentes e sofisticadas (COIMBRA JR.; SANTOS, 2005) que possam orientar nossas ações de intervenções para proteção e promoção da saúde.

1.1 Objetivos

Em virtude do exposto acima, este projeto tem o objetivo geral levantar os números de ocorrências das principais doenças que acometem os indígenas e verificar seus padrões de adoecimento, morte e cuidado. Para tanto, traçou-se os seguintes objetivos específicos: construir um projeto de extensão em promoção da saúde do curso de gestão em saúde coletiva indígena e contribuir para a construção e melhoria do Sistema Único de Saúde e do Subsistema de Saúde Indígena.

1.2 Justificativa

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas fundamenta o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena que se configura por um modelo complementar diferenciado de organização dos serviços desenvolvidos para a proteção, promoção e recuperação da saúde, que defenda o direito à saúde e o exercício da cidadania para os povos indígenas. O subsistema de saúde indígena foi criado nos moldes de uma rede de serviços, nas terras indígenas, almejando superar as deficiências de cobertura, acesso e fortalecimento do Sistema Único de Saúde. Mesmo com a criação da SESAI em 2010, como resultado das lutas das lideranças indígenas; o panorama brasileiro da saúde indígena ainda é muito preocupante, quando comparado com a sociedade nacional, desta forma evidencia-se a incidência crescente de doenças respiratórias, diarreias, tuberculose, malária, tracoma, e as doenças crônico degenerativas, assim cada vez mais se torna necessário que ocorra mudanças quanto aos processos de trabalhos que prevalecem nos

serviços prestados à população indígena.

Atualmente com a contemporaneidade, em que surgem novas tecnologias, novas formas de comunicações e informações, ocorre em conjunto um aumento da complexidade dos problemas saúde, exigindo mudança de paradigma na gestão em saúde, principalmente aos serviços prestados as populações indígenas no Brasil. É indispensável, portanto, a adoção de medidas intersetoriais, institucionais que viabilizem a Política Nacional de Promoção à Saúde a qual transcende o campo restrito da biomedicina, inseri em seu contexto as ações com participação de instituições educacionais, de segurança pública, de transporte, acesso a alimentos saudáveis, acesso à terra, acesso água potável, acesso a saneamento básico etc.

Assim, criar o primeiro projeto de extensão universitária na perspectiva da prevenção e promoção da saúde pelo curso de Gestão em Saúde Coletiva Indígena pelo INSIKIRAN/UFRR tem a preposição de contribui para que ocorra mudança no panorama da saúde indígena do estado de Roraima, fortalecendo cada vez mais capacidade de empoderamento da população indígena, no que se refere aos seus direitos e cidadania. Do mesmo modo, tornando o Subsistema de Saúde Indígena factível e eficaz a aplicação dos princípios e diretrizes da descentralização, universalidade, equidade, participação comunitária e controle social.

1.3 Metodologia

Trata-se de um projeto de intervenção, corroborado na pesquisa-ação, almejando à mudança de uma realidade. Ao pesquisar a própria prática se produz novos conhecimentos, que reinseridos, produzirão uma nova realidade. Segundo Pope; Mays (2009) apud Waterman et al, a pesquisa ação é definida como:

um período de investigação que descreve, interpreta e explica situações sociais ao executar uma intervenção de mudança que objetiva a melhora e o envolvimento. É centrada no problema, específica para o contexto e orientada para o futuro. A pesquisa-ação é uma atividade em grupo com uma explícita base em valores, sendo fundada em uma parceria entre os pesquisadores que usam esta técnica e os participantes, todos os quais envolvidos no processo de mudança. O processo participativo é educativo e empoderador, envolvendo uma abordagem dinâmica na qual estão interligados a identificação de problemas, o planejamento, a ação e a avaliação. O conhecimento pode ser avançado por intermédio da reflexão e da pesquisa, sendo que os métodos qualitativos e quantitativos de pesquisa podem ser empregados para coletar dados. Diferentes tipos de conhecimento podem ser produzidos pela pesquisa-ação, inclusive práticos e propositivo. A teoria pode ser gerada e refinada, e sua aplicação geral pode ser explorada por ciclos do processo de pesquisa-ação (p.136).

Tendo em vista o alcance dos objetivos propostos, bem como o enfrentamento do problema citado, o percurso metodológico eleito foi estruturado em 5 (cinco) ações. Inicialmente, solicitou-se aos DSEI Leste e à Coordenação Geral de Vigilância em Saúde

(CGVS) do Estado de RR, dados acerca das morbidades e mortalidades mais prevalentes entre os indígenas do estado de Roraima. Essa etapa nos subsidiou acerca do diagnóstico situacional proposto como ação.

Propõe-se a articulação de parcerias entre o DSEI leste de Roraima, Casai e Insikiran, em prol da promoção da saúde na comunidade da Ilha. Tal ação foi levada para a Diretora do Instituto Insikiran Ise de Goreth Silva na busca de apoio de forma a resultar em um contrato para formalizar ações que irão ser desenvolvidas pelas três instituições.

Elegeu-se a comunidade da Ilha para a aplicabilidade do projeto de extensão, visto a equipe de trabalho apresentar um vínculo prévio com a comunidade a partir de atividades como colaboradoras no Projeto PET-Intercultural coordenado pelo professor Maxim Repetto e no Projeto Observatório da Educação Escolar Indígena (Obeduc em rede a partir de articulação interinstitucional entre UFRR-UFMG-Unirio) coordenado pela professora Maria *Bárbara* de Magalhães Bethônico, permitindo um maior acesso para a troca de saberes com a comunidade e favorecendo a aplicabilidade do Projeto de extensão.

Realizou-se uma oficina na comunidade ilha, em que foram levantados os principais agravos a partir das demandas e visibilidades dos moradores, o conceito de saúde, o processo de adoecimento, bem como o levantamento in loco sobre as demandas de palestras educativas, prevenção de doenças e cuidados sobre as suas principais necessidades de saúde. Ressalta-se que a comunidade demonstrou-se muito interessada em participar das atividades propostas e trouxeram demandas de temáticas condizentes com o perfil epidemiológico traçado.

Outra ação importante será a realização de seminário integrativo, no meio acadêmico (alunos e professores) da UFRR, especificamente do curso Gestão em Saúde Coletiva Indígena do Insikiran/UFRR sobre o perfil epidemiológico da comunidade estudada de forma a proporcionar o conhecimento dos alunos e professores do curso acerca das principais causas de morbimortalidade na comunidade da ILHA em Roraima durante o período letivo. Vale ressaltar que a Universidade Federal de Roraima encontra-se em greve, o que afetará essa etapa da proposta.

Propõe-se a criação de um projeto de extensão em Promoção da Saúde, envolvendo os alunos do curso de gestão em saúde coletiva indígena do Insikiran/UFRR com a parceria da comunidade Ilha e CONDISI-Leste. O mesmo traz como finalidade propiciar espaços de conversa, levantar percepções sobre processo saúde-doença a partir da identificação das necessidades da comunidade indígena. Com o envolvimento dos alunos do curso de gestão em saúde coletiva indígena, fomentar-se-á a formação de vínculo com a comunidade a partir de interfaces entre saúde, cultura e modo de vida.

2 | REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Considerações sobre a organização da saúde indígena no Brasil

A Portaria MS n.º 254; 31/01/2002 vem aprovar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNSPI) integrando-a a Política Nacional de Saúde, compatibilizando as determinações das leis orgânicas da saúde com as da Constituição Federal: art. 196 à 200 (BRASIL, 2013) que reconhecem aos povos indígenas suas especificidades étnicas e culturais e seus direitos territoriais. Política Nacional da Saúde - lei n.º 8.080 19/09/1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes (BRASIL, 2002).

A política atual da saúde indígena foi fruto de uma mobilização de diversos atores e instituições, indígenas e indigenistas, no mesmo período da reforma sanitária brasileira e com interlocuções com a mesma. Os princípios e diretrizes que vão conformar o Sistema Único de Saúde (SUS), também integram a política de saúde indígena. (ATHIAS; MACHADO, 2001).

A implementação da P.N.S.P.I. requer a adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde. O Subsistema é um componente do SUS. A Lei no. 9836/99, conhecida como Lei Arouca, institui o “Subsistema de Atenção à Saúde Indígena” (SASISUS), na verdade, acrescenta o Capítulo V ao Título II da Lei 8.080. Seguindo os princípios e diretrizes da descentralização, universalidade, equidade, participação comunitária e controle social como rege as leis n.º 8.080 19/09/1990, lei n.º 8142 28/12/1990 (BRASIL, 2002).

A proposta de criação do Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) vem refutar o tipo de assistência médica que a população indígena vinha recebendo historicamente, um atendimento com características emergenciais ou pelo modelo campanhista sanitário, como exemplo das Equipes Volantes de Saúde (EVSs), ou dos atendimentos ofertados pelas conveniadas mantidas pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI), destinadas ao controle de epidemias. Com a sua incorporação ao SUS, busca considerar a especificidade cultural desses povos e a necessidade de um “subsistema” de saúde diferenciado, que ainda para sua organização, considere as áreas territoriais indígenas sob sua responsabilidade, assim como as necessidades de infraestruturais e de recursos humanos para a otimização das ações em saúde, por meio da criação das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), lotadas em cada Unidade Básica de Saúde e da promoção do programa de formação dos Agentes Indígenas de Saúde (AISs) como uma das principais estratégias para a execução desse projeto, por meio da capacitação de agentes nativos para atuarem nesse âmbito e em suas próprias comunidades (BRASIL, 2000; CARDOSO, 2015).

Foram criadas 34 DSEIs, atualmente potencialmente Unidades Gestoras “autônomas”, instituídas de acordo com áreas territoriais indígenas diferenciadas. Foram criados ainda, 4 escritórios locais; 354 polos base e 62 casas de saúde indígena (CASAI), as quais são unidades de apoio ao atendimento aos povos indígenas; 751 postos de saúde; 9.021 profissionais-EMSI e NASI; 4.132 AIS (Agente Indígena de Saúde); 1.387 AISAN (Agente Indígena de Saneamento) (SESAI, 2011).

A partir do final de 2010, o SASISUS passou a ser subordinado ao Ministério da Saúde, por meio do Decreto nº 7.336, de 19 de outubro de 2010, publicado no Diário Oficial da União (DUO) de 20 de outubro de 2010, em que oficializa a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). As principais funções da SESAI é coordenar e executar o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena em todo território nacional, tendo como missão a proteção, a promoção e a recuperação da saúde dos povos indígenas e cumprir com a gestão de saúde indígena, bem como orientar o desenvolvimento das ações de atenção integral à saúde indígena e de educação em saúde de acordo com as especificidades, o perfil epidemiológico e a condição sanitária de cada DSEI, em consonância com as políticas e programas do SUS (BRASIL, 2011).

Segundo Cardoso (2015) um dos problemas principais da saúde indígena é de ordem de gestão a qual reflete-se no campo assistencial, observados na baixa resolutividade das ações em saúde nos distritos locais, marcada por carências de profissionais habilitados para atender a população indígena, alta rotatividade de profissionais em área, falta de recursos de infraestrutura e equipamentos para determinados procedimentos e ações operados pelos DSEIs, assim como a relativa falta de integração e um sistema de comunicação eficaz com o sistema de referência do sus.

Um dos grandes desafios para o SASISUS são a atenção diferenciada que contempla as noções de respeito às concepções, valores e práticas em saúde dos povos indígenas e da integração entre os saberes indígenas e os biomédicos (FUNASA, 2002); e a integralidade da atenção, que diz respeito as ações para a promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos e assistência aos doentes [...] (TEXEIRA, 2011).

2.2 Perfil de morbimortalidade da população indígena no Brasil

Os povos indígenas sobrevivem após séculos de conflitos, e ainda lutam para não serem dizimadas definitivamente, epidemias como as de malária, hepatites virais são uma ameaça constante. (COIMBRA JR; SANTOS, 2005).

Segundo o último censo realizado em 2010 (ISA, 2011, IBGE, 2010), no Brasil vivem mais 896,9 mil indígenas (36,2% em área urbana e 63,8% em terras indígenas); 305 etnias (a maior etnia é a Tikúna); 274 línguas, sendo a Tikúna a mais falada (34,1 mil pessoas) dos 786,7 mil indígenas de 5 anos ou mais, 37,4% falam uma língua indígena e 76,9% falam português. Entre as regiões, o maior contingente está na região Norte

(342,8 mil indígenas), e o menor, no Sul (78,8 mil). O País tem 505 terras indígenas, que representam 12,5% do território brasileiro (106,7 milhões de hectares), onde residem 517,4 mil indígenas (57,7%), dos quais 251,9 mil (48,7%) estão na região Norte. A terra com maior população indígena é Yanomami, no Amazonas e em Roraima, com 25,7 mil indígenas. Foi observado equilíbrio entre os sexos para o total de indígenas, para cada 100,5 homens, há 100 mulheres. Há mais mulheres nas áreas urbanas e mais homens, nas rurais. Percebe-se, porém, um declínio no predomínio masculino nas áreas rurais entre 1991 e 2010, especialmente: no Sudeste (de 117,5 para 106,9), Norte (de 113,2 para 108,1) e no Centro-Oeste (de 107,4 para 103,4). Entre 2000 e 2010 observa-se que há mais jovens índios do que idosos o que reflete a alta taxa de fecundidade e mortalidade entre indígenas, principalmente na área rural.

No Brasil os povos indígenas perpassam por um contínuo processo de transformação histórico, em consequência da interação com a sociedade envolvente não indígena. Essas transformações ecoam nas diferentes esferas do universo indígena. Podemos destacar as modificações nas estratégias de subsistência, nas formas de ocupação do território, na exploração dos recursos naturais, nas relações políticas travadas no âmbito interno e externo às aldeias e na inserção no mercado de trabalho regional, com marcantes impactos na maneira como essas sociedades se organizam. (BASTA, 2012).

Os determinantes do processo saúde-doença dos povos indígenas são altamente diversificados, o perfil epidemiológico pode variar substancialmente de um grupo para outro, e muitas vezes dentro de uma mesma etnia. Desta forma, é praticamente impossível definir padrões epidemiológicos generalizáveis ou construir indicadores de saúde que consigam englobar a enorme diversidade existente entre as populações nativas brasileiras (BRASIL, 2006).

Uma das principais dificuldades para se conhecer os perfis de saúde dos indígenas no Brasil diz respeito à falta de informações disponíveis, confiáveis, sobre eventos vitais (nascimentos e mortes) e sobre as principais causas de adoecimento. (COIMBRA JR; SANTOS, 2005). Felizmente, com a criação do Subsistema, no âmbito do SUS, e o desenvolvimento do SIASI, algumas informações demográficas e de morbidade passaram a ser coletadas de forma mais abrangente e com certa regularidade, em todo o território nacional. Fato que tem contribuído para um melhor dimensionamento do problema. (BASTA, 2012).

As principais causas de morte na população indígena brasileira são: as doenças infecciosas (tuberculose, malária, hepatites virais); as diarreias, desenvolvimento humano comprometido, a desnutrição, as doenças carências, as doenças do aparelho respiratório, circulatório, e doenças consideradas comportamentais (alcoolismo, suicídio, violência externa) permanecem como importante causa de morbimortalidade (COIMBRA JR; SANTOS, 2000; BASTA, 2012).

Atualmente observa-se um processo de transição das doenças infectoparasitárias para as Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT); os transtornos mentais e comportamentais; as causas externas de adoecimento e morte. Entre as principais doenças DCNT, estão a hipertensão arterial, a diabetes mellitus tipo II, e as neoplasias, a obesidade; entre os indivíduos maiores de 30 anos de idade; e à desidratação e à desnutrição, a anemia, a tem maior incidência em crianças menores de cinco anos de idade (CASTRO, 2008, BASTA 2012).

De acordo com o censo 2010 ao abordar a questão das crianças, a desnutrição, avaliada por meio do indicador baixa estatura para idade, traduz-se como um problema de enorme magnitude no Brasil, atingindo uma em cada três crianças indígena. Na população residente na macrorregião Norte, as prevalências foram de mais de 40%. Considerando os outros parâmetros nutricionais, como anemia, fica evidente a precária situação nutricional das crianças indígenas, que alcança mais de 50%. (ENSP, 2012).

O grande número de atendimentos por pneumonias, diarreias e parasitoses intestinais, principalmente entre as crianças menores de cinco anos, associados ao crescente aumento nas ocorrências de obesidade, hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo II, neoplasias e doenças cardiovasculares, somados ainda à desnutrição infantil, às doenças carências e à deterioração da arcada dentária, principalmente devido à cárie, produzem impactos negativos e vultosos na sustentabilidade e nas condições de vida e saúde destas populações, desenhando um cenário que coloca os indígenas em situação de extrema vulnerabilidade (BASTA, 2012).

2.3 Saúde indígena em Roraima

Em Roraima o perfil epidemiológico observado nos anos 2000, 2002, 2005 mostram a predominância das doenças infectocontagiosas, destacando-se as Infecções Respiratórias Agudas (IRA), Doenças Diarreicas, Parasitoses Intestinais e Malária. Destacam-se ainda os ferimentos, acidentes por causas violentas e acidentes ofídicos. As doenças sexualmente transmissíveis tiveram incidência elevada em algumas regiões, tendo sido diagnosticados onze casos de AIDS nos últimos anos, com três óbitos registrados (HAYD et al, 2008).

Conforme dados coletados pela Coordenação Geral de Vigilância em Saúde (CGVS) do estado de Roraima, em 2014 os principais agravos notificados em números absolutos em todas as faixas etárias em indígenas foram: a aids com 20 casos; a candidíase com 30 casos, toxoplasmose congênita com 31 casos; a tuberculose com 37 casos; a varicela com 47 casos; outras doenças inflamatórias pélvicas femininas com 57 casos; a violência interpessoal/autoprovocada com 65 casos; a leishmaniose visceral com 66 casos; a leishmaniose tegumentar americana com 84 casos; síndrome do corrimento cervical em mulheres com 105 casos; as hepatites virais com 171 casos; acidente por animais peçonhentos com 237 casos. (SESAU, 2015).

Segundo HAYD et al (2008) afirmam que é fato o aumento nas taxas de mortalidade causados por doenças degenerativas, relacionados a problemas nutricionais, na gestação e no período perinatal em Roraima. Entre as principais causas de óbitos permanecem as Infecções Respiratórias Agudas, as Doenças Diarreicas e as Causas Externas. O grupo das causas mal definidas inclui os óbitos atribuídos a Doenças Indígenas.

Assim, os padrões de morbimortalidade da população indígena em Roraima não contrapõe o cenário epidemiológico nacional que se encontra em transição, no qual incluem-se as doenças crônicas não transmissíveis; as “doenças sociais” como o alcoolismo, os transtornos psiquiátricos, o suicídio e as mortes por causas externas vêm sendo reportadas como as causas de mortalidade crescentes entre os indígenas no Brasil. O alcoolismo e o suicídio, entre os grupos indígenas no Brasil, são problemas complexos, potencializados pelo processo de interação com a sociedade envolvente, que muitas vezes promove a desestruturação sociocultural e econômica dos grupos nativos. As chamadas doenças sociais necessitam de uma abordagem interdisciplinar (HAYD et al,2008; BASTA, 2012).

As condições sanitárias da população indígena demandam de atenção e esforços redobrados das instituições governamentais responsáveis pela atenção à saúde dos povos indígenas, para que se faça frente à magnitude dos problemas nos últimos anos. Também se exige o auxílio de instituições de ensino e pesquisa, de organizações da sociedade civil, além do profundo envolvimento das próprias comunidades indígenas.

2.4 A promoção da saúde e sua articulação com o processo ensino-aprendizagem

A palavra prevenir em Ferreira (2003) significa “preparar, chegar antes de, dispor de maneira que evite (dano, mal); impedir que se realize”. No caso da saúde, especificamente, relaciona-se a evitar doenças. As ações de prevenção se orientam, portanto, para o “controle e enfraquecimento dos fatores de risco ou fatores causais de grupos de enfermidades ou de enfermidades específica, sendo seu foco a doença” (BUSS, 2009, p.33).

O termo promover traz como significado dar impulso a, fomentar, originar, gerar (FERREIRA, 2003), e tratando-se da saúde refere-se ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo. (...). Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. “Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global” (CARTA DE OTTAWA, 1986).

Segundo Rabello (2010) a promoção da saúde atualmente exige que os cuidados em saúde transcendam as concepções da biomedicina, tanto no âmbito clínico como na saúde pública, buscando continuamente sua construção e reconstrução de acordo com

as perspectivas dos pacientes, do sentido de suas experiências as quais condicionam e situam sua realidade, e através do ponto de vista da gestão do Estado implica em levar em conta a contribuição política da sociedade civil organizada.

Corroborando com esses conceitos Czeresnia (2009) enfatiza que a ideia de promoção envolve o fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com a multiplicidade dos condicionantes da saúde. A mesma vai além de uma aplicação técnica e normativa, pois não basta conhecer o funcionamento das doenças e encontrar mecanismos para seu controle.

Buss (2000) discute a contribuição da promoção da saúde como campo de conhecimento e de prática para a qualidade de vida. Trazendo como essência da discussão os conceitos que aproximam promoção da saúde e qualidade de vida, bem como algumas estratégias e iniciativas capazes de operacionalizar sua interação. Demonstra de forma incisiva a inter-relação entre saúde e qualidade de vida, trazendo a importância das políticas públicas saudáveis, reafirmando o papel do Estado de assegurar a qualidade de vida através da integralidade e gestão social. Enfatizando o compromisso duplo do Estado, não só na priorização da saúde como dando ênfase nos fatores determinantes do processo saúde-doença.

Para o autor, a nova concepção de saúde que a identifica com bem-estar e qualidade de vida ultrapassam as barreiras estáticas do conceito de doença, sendo importante a sua construção separadamente, pois a saúde atual é compreendida como um estado dinâmico, produzida pelos determinantes sociais. Daí o conceito ampliado de saúde como resultante das condições de moradia, educação, transporte, acesso a bens e serviços essenciais, lazer, entre outros. Contrariando o conceito anterior da saúde como mera ausência de doenças, ou como a visão utópica do completo bem-estar físico, mental e social da OMS.

A promoção da saúde, portanto, insere-se no debate da transformação social e no desenho de políticas e ações integrais que possibilitem alternativas de desenvolvimento, o que enfatiza a importância do Estado e da sociedade civil na consecução de suas propostas (RABELLO, 2010).

Inserindo a Promoção da saúde no campo de discussão do processo educacional verifica-se que há um reconhecimento internacional da necessidade de mudança na educação de profissionais de saúde frente à inadequação do aparelho formador em responder às demandas sociais (CIRYNO; PEREIRA, 2004). O que reflete essencialmente nos processos de trabalho dos profissionais na sua atuação. Tal fato tem estimulado as instituições a transformarem-se na direção de um ensino que, dentre outros atributos, valoriza a equidade e a qualidade da assistência e a eficiência e relevância do trabalho em saúde.

O processo de mudança da educação traz inúmeros desafios, entre os quais romperem com as estruturas cristalizadas e modelos de ensino tradicional e formar

profissionais de saúde com competências que lhes permitam recuperar a dimensão essencial do cuidado: a relação entre humanos (CIRYNO; PEREIRA, 2004).

Barba, Martinez e Carrasco (2003) defendem que uma visão intersetorial poderá se constituir em um caminho, quando se objetiva a promoção da saúde e educação no Brasil. Saúde, educação e desenvolvimento são conceitos que não podem caminhar sozinhos.

Buss (1999) ressalta que no Brasil, a transição demográfico-epidemiológica caracteriza-se pela prevalência cada vez mais elevada de doenças e fatores de risco relacionados com os estilos de vida, exigindo a transformação do modelo assistencial, com a maior oferta de serviços e ações preventivas e de promoção da saúde baseadas em evidências, o que inclui iniciativas inovadoras de informação, educação e comunicação.

Trazendo para a realidade local, enquanto docentes de um curso específico da Saúde Indígena, e participando de algumas discussões do Controle Social, percebe-se que os gestores não trazem como foco a preocupação com os determinantes sociais, com a oferta de serviços de qualidade, com a priorização das reais necessidades das comunidades, do padrão de bem-estar valorizados socialmente pelas culturas específicas, bem como a valorização da representação social de saúde e doença. Observa-se a cobrança maior na instituição e operacionalização do serviço assistencial, o que permite refletir o quanto essa discussão de promoção da Saúde é pertinente e permeia o enfrentamento de vários desafios na saúde indígena, face as suas especificidades na dimensão do processo saúde-doença-cuidado.

3 | O PROJETO DE INTERVENÇÃO

A Terra Indígena São Marcos, no estado de Roraima foi homologada em 1991, com um total de 654.110 mil hectares; e são banhadas pelos rios Uraricoera, Surumu, Tacutu, e Parimé; possui uma população indígena atual aproximada de 5 mil pessoas, que pertencem aos povos indígenas Sapará, Macuxi, Wapichana e Taurepang. Na T.I. São Marcos existem 32 comunidades, sendo esta, organizada em três regiões, contando com três polos bases destinados ao atendimento à saúde gerenciados pelo Distrito Sanitário Especial Indígena leste. Os três polos bases são os seguintes: no Baixo São Marcos, comunidade Vista Alegre, no Médio São Marcos, comunidade Maruwai e Alto São Marcos, na comunidade Boca da Mata. A porção norte desta terra indígena pertence ao Município de Pacaraima, fronteira com a República Bolivariana da Venezuela, sendo que a porção sul se encontra administrativamente dentro do Município de Boa Vista (capital de Roraima). O limite leste é a Terra Indígena Raposa Serra do Sol, estando próxima do país vizinho República Cooperativista da Guiana.

Em termos geográficos a TISM é ocupada na porção norte por serras e floresta tropical densa, sendo as porções central e sul áreas de savanas naturais, com matas apenas nos rios e igarapés. As principais atividades de subsistência da população são

agricultura, com cultivo principalmente de mandioca, milho, feijão e abóbora. A pecuária familiar com criação de gado bovino é a principal fonte acesso a proteína animal, embora há atividades cada vez menos rentáveis de caça e pesca, devido à escassez e a extinção progressiva da fauna nativa.

O presente projeto de intervenção será executado na comunidade indígena Ilha com 125 habitantes, a qual pertence ao município de Boa Vista, e está adstrita ao polo base Vista Alegre, possui escola municipal e estadual, possui luz elétrica, o acesso a água é por meio de poço cartesiano, existe uma igreja evangélica, a comunidade possui um Agente Indígena de Saúde, e um Agente Indígena de Saneamento Básico e Ambiental, tem uma pequena estrutura de posto de saúde.

3.1 Descrição da situação-problema

Alto índice de doenças preveníveis e crônicas-degenerativas em populações indígenas no estado de Roraima. Que problemas contribuem para a existência dessas doenças e agravos à saúde nesta comunidade especificamente?

3.2 Explicação ou análise da situação-problema

As doenças que acometem as populações indígenas do leste de Roraima estão as doenças respiratórias, as diarreias, o tracoma, a hiv/aids, tuberculose, malária, a diabetes mellitus, hipertensão arterial, neoplasias, alcoolismo e obesidade são extremamente preocupantes, devido a sua patogênese e conseqüentes sequelas. Vale destacar que em 2010 a incidência de tuberculose do estado foi de 28 por 100.000 habitantes. Sendo a capital a cidade de Boa Vista com uma incidência de 27,1 por 100.000 habitantes. A taxa de mortalidade por diabetes em Roraima, no período de 1996 a 2009 foi superior à apresentada pelo Brasil e pela região Norte. Nos anos 2008 a 2010, foram realizadas atividades de busca ativa de casos de Tracoma em áreas com piores condições socioeconômicas em alguns municípios e registradas prevalências acima de 10% em Boa Vista, Bonfim e São João da Baliza. Em áreas indígenas foram detectados casos de tracoma ativo no Distrito Sanitário Especial Indígena Leste, nos anos 2007 e 2008, com aldeias apresentando prevalência de até 45% (BRASIL, 2011).

Conforme Coordenação Geral da Vigilância em Saúde-CGVS do Estado de RR, a partir do Sistema de Informações de Agravos Notificados-SINAN, foram notificados 1.199 casos de doenças/agravos sendo que as de maior prevalência na população indígena no ano de 2014 em ambos os sexos foram: Acidentes por animais peçonhentos, representando 19,8 % dos casos , principalmente na população com faixas etárias entre 10 a 14 anos (16,9%); Hepatites Virais 14,3% dos casos concentradas principalmente nas faixas etárias 20-29 anos (12,2%); Síndrome do corrimento cervical em mulheres 8,8% dos casos acometendo principalmente as faixas etárias 30 a 39 anos (32,4%), Leishmaniose Tegumentar Americana 7% dos casos com maior prevalência nas faixas etárias 20-29

anos (26,2%), Leishmaniose Visceral 5,5% dos casos principalmente em crianças de 1-4 anos (27,3%); Violência Interpessoal Autoprovocada 5,4% dos casos principalmente nas faixas etárias 20 -29 anos e 30-39 anos ambas com 21,5% e Tuberculose com 3,1% dos casos principalmente nas faixas etárias 20 a 29 anos (21,6%) (SESAU/RR, 2015).

Já o total de casos notificados de mortalidade em indígenas em ambos os sexos por faixa etária, foram de 332 casos, e as principais causas em ordem crescente respectivamente são: o Infarto agudo do miocárdio representando 2,4% dos casos com maior prevalência na faixa etária dos 50-59 anos; as diarreias e gastroenterite de origem infecciosa presumida com 4,5%, sendo maior em menores de 1 ano; outras causas mal definidas representam 4,8% dos casos, sendo maior entre os indivíduos com 50-59 anos; agressão por meio não especificados com 7.3% dos casos, com maior evidência entre os menores de 1 ano; e as Pneumonias com 11.1%, principalmente em menores de 1 ano (SESAU/RR, 2015). Essas altas e médias prevalências de doenças negligenciadas em municípios do estado de Roraima reforçam a necessidade de implementação e fortalecimento das ações de vigilância epidemiológica e controle com objetivo de melhorar a qualidade de vida dos povos indígenas.

A universidade Federal de Roraima tem um importante papel a desempenhar no estado e deve servir a sua comunidade. O curso de graduação em Gestão em Saúde Coletiva Indígena regido pelo INSIKIRAN da UFRR foi criado em 2013, e foi uma conquista do movimento indígena que historicamente vem buscando fortalecer a formação do profissional indígena, para atender as necessidades das próprias comunidades, no caso da gestão em saúde coletiva para assistir adequadamente a saúde no subsistema. Desta forma o curso conta com um quadro de 6 professoras nas seguintes áreas de estudo: Política, Planejamento, Financiamento e Gestão em Saúde; em Saúde Coletiva, Vigilância em Saúde, Epidemiologia; Morfofuncional Humano, em Etnologia Indígena, Sociedade e Cultura; e em Informática em Educação. Almejamos formar profissionais de saúde que possam contribuir para a construção e melhoria do Sistema Único de Saúde e do Subsistema de Saúde Indígena.

O curso pretende reunir conhecimentos necessários às transformações das práticas em saúde e formar profissionais que se tornem agentes transformadores do perfil sanitário e da consolidação de práticas mais adequadas às necessidades de saúde da população indígena. Como professoras do curso de graduação em Gestão em Saúde Coletiva Indígena do Insikiran observamos a falta de cursos de extensão que se preocupe com a temática da saúde indígena, em que se estabeleça parcerias solidificadas com as instituições responsáveis pela saúde indígena do estado de Roraima.

As causas críticas seriam a ausência de ações que favoreçam um diagnóstico situacional fidedigno; e ações que priorizem a equidade e o empoderamento individual e comunitário das populações indígenas; promoção de mudanças na cultura organizacional; a falta de parcerias pactuadas com as instituições DSEI leste, e DSEI Yanomami, CASAI,

Secretaria Estadual de Saúde, Secretarias Municipais de Saúde; Universidades e as comunidades e lideranças indígenas; a falta de uma educação permanente de profissionais de saúde dos DSEIs para atuação no contexto intercultural; e a inexistência de ações de extensão e pesquisa específicas do curso de graduação Gestão em Saúde Coletiva Indígena do Insikiran/UFRR de forma a subsidiar a articulação de ensino, serviço e comunidade em que se priorize ações e saberes voltados para a promoção, proteção e recuperação da saúde das populações, respeitando suas diversidades, entendendo saúde como um processo que envolve questões epidemiológicas, socioeconômicas, ambientais, demográficas e culturais.

Diante do exposto acima, segue abaixo a seguinte descrição do problema a ser enfrentado:

Problema a ser enfrentado: Alto índice de doenças preveníveis e crônicas-degenerativas em populações indígenas no estado de Roraima.

Causas:

- A falta de um perfil epidemiológico confiável que possa fundamentar os planejamentos em saúde.
- A falta de ações que priorizem a equidade e o empoderamento individual e comunitário das populações indígenas;

Descritores:

- As principais doenças que acometem as populações indígenas do leste de Roraima são as doenças respiratórias, as diarreias, o tracoma, a Hiv/aids, tuberculose, malária, a diabetes mellitus, hipertensão arterial, neoplasias, alcoolismo e obesidade (SESAU/RR, 2015).
- A assistência à saúde indígena em Boa Vista não apresenta ainda um nível de qualidade nem o atendimento diferenciado minimamente razoáveis. Apesar do progresso após a SESA em 2010, ainda existem muitos problemas. O atendimento do SUS em geral ocorre de maneira lenta e com baixa qualificação técnica.

Indicador:

- % da população indígena de 0 a mais de 75 anos notificadas sobre as principais causas de morbimortalidade. Fonte de verificação: Sistema de Informação da Saúde Indígena (SIASE).
- % da participação da população indígena desta comunidade nas ações, atividades interdisciplinares, favorecendo assim um diálogo com os saberes indígenas no processo de saúde e doença e cuidado.

Meta:

- Diminuição de 30% da incidência das principais morbimortalidades na população de referência (Comunidade da ILHA).

- Fornecer conhecimentos necessários para o favorecimento de transformações das práticas em saúde, empoeirando a comunidade para que possam ser agentes transformadores do perfil sanitário e da consolidação de práticas mais adequadas às necessidades de saúde de sua população.

Impacto a ser Gerado (resultado):

- Diminuição da ocorrência de doenças preveníveis e crônicas-degenerativas na população indígena na comunidade da ILHA, região leste de Roraima.
- Indígenas instrumentalizados com ferramentas teórico-metodológicas para a prática da promoção e prevenção a saúde nas comunidades indígenas, visando à qualidade de vida e bem-estar biopsicossocial, cultural, e ambiental.

3.3 Programação das ações

Ação	Recursos	Produtos	Impactos/ Resultados	Indicador	Meta	Prazos	Responsável
Realizar um diagnóstico situacional sobre as condições e necessidades de saúde da população indígena da comunidade Ilha em Roraima.	Recursos Humanos e financeiros.	Um perfil epidemiológico da população da comunidade ILHA em Roraima.	Diminuição da ocorrência de doenças preveníveis e crônicas-degenerativas na população indígenas na comunidade ILHA, região leste de Roraima.	% da população indígena de 0 a mais de 75 anos notificadas sobre as principais causas de morbimortalidade. Fonte de verificação: Sistema de Informação da Saúde Indígena (SIASE).	Diminuição de 30% da incidência das principais morbimortalidades na população de referência (Comunidade ILHA).	3 meses	Ana Paula Barbosa Alves
Realizar oficinas e cursos sobre os principais problemas, agravos identificados.	Recursos Humanos e financeiros	Maior empoderamento da população indígena da comunidade da ilha em relação as principais as formas de transmissão e prevenção e cuidados sobre as suas principais necessidades de saúde.	Indígenas instrumentalizados com ferramentas teórico-metodológicas para a prática da promoção e prevenção a saúde nas comunidades indígenas, visando à qualidade de vida e bem-estar biopsicossocial, cultural, e ambiental	% da participação da população indígena desta comunidade nas ações, atividades interdisciplinares, favorecendo assim um diálogo com os saberes indígenas no processo de saúde e doença e cuidado.	Fornecer conhecimentos necessários para o favorecimento de transformações das práticas em saúde, empoeirando a comunidade para que possam ser agentes transformadores do perfil sanitário e da consolidação de práticas mais adequadas às necessidades de saúde de sua população.	3 meses	Ana Paula Barbosa Alves

3.4 Gestão do projeto

A gestão do projeto dar-se-á através do acompanhamento dos treinamentos, oficinas, seminários e entrevistas com os acompanhamentos do número de indicadores implantados e através da análise dos dados por um Comitê composto por professores

coordenadores do Insikiran/UFRR.

A avaliação do projeto será de forma formativa, ou seja, durante a execução de todo o projeto, baseado nas informações obtidas através dos indicadores e propostas de possíveis intervenções no campo de extensão.

Os recursos empregados no projeto são em sua maioria de caráter humano, sendo necessários pequenos recursos financeiros para a impressão de material de treinamento, compra de materiais de escritório, e alimentação para as oficinas. Os recursos audiovisuais bem como sala de treinamento serão disponibilizados pelo Insikiran. Nossa meta foi colocada como um parâmetro a ser atingido. E nosso maior objetivo é criar nosso Projeto de extensão universitária para que possamos fomentar a reflexão dos alunos a respeito do processo de saúde e doença dessa comunidade; propiciar comparações da realidade observada dessa comunidade, e com tudo isso almejamos mudar a realidade das condições sanitária na comunidade indígena Ilha, baseado nos indicadores implantados, oferecendo cursos, seminário e materiais de qualidade sobre o SUS e subsídios para instrumentalizar e empondera-los no âmbito da cidadania e direito a saúde.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A fim de atingir os objetivos do presente projeto de intervenção, no primeiro semestre de 2015 iniciamos o desenvolvimento das ações de forma a conhecer a comunidade, iniciar um processo de escuta, e construção de vínculo. E nesse contato inicial identificamos o interesse sobre alguns assuntos que a comunidade expressou, e daí surgiram as primeiras ideias para construção do nosso primeiro projeto de extensão do curso de gestão em saúde coletiva indígena. Foram também desenvolvidas as ações referentes à definição de parâmetros sobre o projeto através da realização de reuniões com a coordenação do curso.

A escuta qualificada com os alunos e com a comunidade vem proporcionando o repensar sobre os tipos de projetos que o curso de Gestão em Saúde Coletiva Indígena do Insikiran/UFRR pode oferecer para a população, na perspectiva de ser um processo com parcerias intersetoriais e interinstitucionais, com uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, em que o saber será compartilhado entre os sujeitos, favorecendo o tão almejado empoderamento na defesa de seus direitos.

Vale ressaltar a importância de incorporar os aspectos epidemiológicos, com os indicadores adequados para orientar uma reforma que reorganize os serviços de saúde nos eixos norteadores da atenção primária buscando a resolutividade.

Temos que dar mais atenção ao perfil epidemiológico real dessa população, que historicamente é muito carente de registros sobre o seu processo saúde e doença. Como docente, minha atuação está diretamente dedicada às disciplinas de Saúde Coletiva, Vigilância da Saúde, Epidemiologia, e pretendo assim aproximar a comunidade e os alunos, futuros profissionais de saúde, de sua prática profissional, criando a oportunidade para que

os mesmos integrem a teoria e a ação, buscando incluir o conhecimento para fundamentar a tomada de decisão de todos os sujeitos interessados na saúde.

Atualmente desejamos um novo modelo de atenção à saúde em detrimento da demanda curativa-individual que vêm prevalecendo antes da reforma sanitária. Advogamos pela perspectiva da promoção da saúde e da atenção primária com integração de políticas públicas saudáveis em todos os setores articulados a um processo de trabalho da ESF, e assim alcançar uma adequada gerência dos serviços de saúde, um cuidar coletivo, uma assistência à saúde humanizada, da amenização e prevenção de riscos à saúde da população em geral. Queremos assim contribuir para o alcance de uma sociedade mais justa, de uma equidade sanitária, vencendo os desafios do se obter o acesso universal e à proteção em saúde.

Na verdade este intento configura-se em um grande desafio, pois um projeto de extensão na perspectiva da promoção da saúde não é tarefa fácil, pois devemos entender os desiguais em suas desigualdades, portanto é desafiador analisar, validar parâmetros que expressem no íntimo as necessidades locais específicas de um território em que os sujeitos em que lá vivem e há séculos vêm sofrendo com o descaso por parte do estado nacional.

Ao final da aplicação deste projeto de intervenção, espera-se que os cidadãos desta comunidade obtenham novas perspectivas sobre suas condições sanitárias, proporcionando condições para que possam dialogar e debater sobre qualidade em saúde em seu território. Assim espera-se que possamos todos aprender com essa experiência, professores, alunos, cidadãos, no sentido de conhecer a estrutura social, econômica e cultural da comunidade (serviços de saúde, escola, saneamento, luz, água encanada, etc.); observar as características do território; e da população etc.; refletir sobre as dimensões, potencialidades, limitações e necessidades e problemas de saúde da comunidade.

REFERÊNCIAS

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**, Rio de Janeiro, 17(2):425-431, mar-abr, 2001.

BASTA, P C; ORELLANA, J D Y; ARANTES, R. Perfil epidemiológico dos povos indígenas no Brasil: notas sobre agravos selecionados. In: Garnelo, Luiza; Pontes, Ana Lúcia (Org.). *Saúde Indígena: uma introdução ao tema*. Brasília: MEC-SECADI, p. 60-108. 2012.

BARBA, P; MARTINEZ, C; CARRASCO, B. **Promoção da saúde e educação infantil: caminhos para o desenvolvimento**. 2003. Disponível em: <<http://sites.flclrp.usp.br/paideia/artigos/26/01>>. Acesso em: 18 de agosto de 2015.

BRASIL. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS**. - 2ª edição - Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002. 40 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 60p. ISBN:978-85-334-1639-0. ACESSO: 24/08/2015. DISPONÍVEL: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf.

BRASIL. SESAI. DISPONÍVEL em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/secretaria-sesai/mais-sobre-sesai/9864-destaques>. Acesso:22/072015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema Nacional de Vigilância em Saúde: **Relatório de Situação: Roraima**/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – 5. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 35 p. ISBN 978-85-334-1868-4 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O Índio Brasileiro: o que você precisa saber sobre os povos indígenas no Brasil de hoje**. (Org.) GERSEM, S L. Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de educação continuada, Alfabetização e Diversidade. LACED/Museu Nacional, 2006. 224 p. ISBN 85-98171-.57-3.

BRASIL. PRINCIPAIS LEGISLAÇÕES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. Belo Horizonte, Janeiro 2013.

BUSS, P. M. Promoção e educação em saúde no âmbito da Escola de Governo em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, sup. 2, p. 177-185, 1999

BUSS, P M. **Uma introdução ao conceito de promoção a saúde**. In: CZERESNIA, D. e FREITAS, C.M. (orgs). Rio de Janeiro: Fiocruz, pp.15-38,2003.

BUSS, P M. **Promoção da saúde e qualidade de vida**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2000, vol.5, n.1, pp. 163-177. ISSN 1678-4561.

CARTA DE OTTAWA. Primeira Conferência Internacional sobre promoção da saúde; novembro de 1986; Ottawa; Ca. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde**. Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santafé de Bogotá; Declaração de Jacarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001. p. 19.

CARDOSO, M D. **Políticas de saúde indígena no Brasil: do modelo assistencial à representação política**. In: LANGDON, E J; CARDOSO, M D (Org.). Saúde Indígena: políticas comparadas na América latina. Florianópolis: Ed. Da UFSC, 2015. p. 83-106. ISBN978-85-328-0735-9.

CASTRO, R F M. ATENÇÃO À SAÚDE DO INDÍGENA NO ESTADO DE RONDÔNIA, BRASIL: REVISÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE SABER CIENTÍFICO, Porto Velho, 1 (1): 209 - 231, jan./jun.,2008.

COIMBRA JR., C E A., SANTOS, R V; ESCOBAR, A L (organ.). **Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco; 2003. p. 13-47, pp. 2327-2339. ISSN 0102-311X.

COIMBRA JR., C E A., SANTOS, R V ; ESCOBAR, A L., orgs. **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil [online]**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005.260 p. ISBN: 85-7541-022-9. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

CYRINO, E G; TORALLES-PEREIRA, M L. Trabalhando com estratégias de ensino aprendizagem por descoberta na área de saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 782, maio/jun. 2004.

CZERESNIA, D. **O Conceito de saúde e a diferença entre Prevenção e Promoção.** In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M.de (org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.* 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.p.43-57.

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA. Mudança no perfil epidemiológico alerta indígenas. Disponível: <http://www.ensp.fiocruz.br/portalenp/informe/site/materia/detalhe/30058>. Acesso: 16/10/2014.

FERREIRA, A B H. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa.** 5. ed. Curitiba: Positivo, 2010. 2222 p.

FERREIRA, M E V; MATSUO, T; SOUZA, R K T. Aspectos demográficos e mortalidade de populações indígenas do Estado do Mato Grosso do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública [online].* 2011, vol.27, n.12, pp. 2327-2339. ISSN 0102-311X.

FIOCRUZ. **Mudança no Perfil Epidemiológico Alerta Indígenas.** 2012. Disponível em:<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/30058>. Acesso em: 16/10/2014.

HAYD, R L N; OLIVARES, A I O; FERREIRA, M L S; LUITGARDS-MOURA, J F. Um Olhar sobre a Saúde Indígena no Estado de Roraima. *Mens Agitat.* Volume III, Número 1, 2008, p. 89-98. ISSN 1809-4791.

http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_gerais_indigenas/default_caracteristicas_gerais_indigenas.shtml

<http://www.brasil.gov.br/governo/2012/08/brasil-tem-quase-900-mil-indios-de-305-etnias-e-274-idiomas>.

IBGE INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **CENSO DEMOGRAFICO2010.** Disponível em:http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=rr&tema=resultuniverso_censo2010/. ACESSO: 06/02/2015.

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL (ISA). Povos indígenas no Brasil, -2006/2010. Carlos Alberto Ricardo; Fany Ricardo (org.). São Paulo: Instituto Socioambiental, 2011.778 pg.ISBN: 978-85-85994-3.

NETO, A L R. EPIDEMIOLOGIA SOCIAL E SAÚDE INDÍGENA: UMA VISÃO DA SAÚDE COLETIVA. *Boletim da Saúde.* Porto Alegre. Volume 21. Número Jan-Jun. pp. 27-38, 2007. Acesso: 31/07/2014. Disponível: [Documentos/Gest%20em%20saude%20Coletiva/saude%20indigena/v21n1Epidemiologia%20Soc.pdf](http://documentos/gest%20em%20saude%20Coletiva/saude%20indigena/v21n1Epidemiologia%20Soc.pdf)

PAGLIARO, 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 [online].* 2010, vol.26, n.3, pp. 579-590. ISSN 0102-311X.

RABELLO, L S. **Promoção da saúde: a construção social de um conceito em perspectiva comparada.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.228p.

SESAU. Coordenação Geral de Vigilância em Saúde. Planilha de Informações sobre as causas de óbitos mais prevalentes por faixa etária, em todos os sexos, em populações indígenas no período de 2008 a 2014. 2015.

TEIXEIRA, C. **Os princípios do sistema único de saúde.** Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, Bahia, 2011.