



Revista da Universidade Vale do Rio Verde
ISSN: 1517-0276 / EISSN: 2236-5362
Vol. 16 | n. 2 | Ano 2018

Eliene Mendes de Oliveira

Universidade Federal de Roraima
Faculdade Roraimense de Ensino Superior
mendeseliene@hotmail.com

Estácio Cleber de Melo

Universidade Federal de Roraima
estaciocleberdemelo@hotmail.com

Gabriela Santana da Cruz

Universidade Federal de Roraima
gabrielascruz@gmail.com

Layele Martins Dias de Oliveira

Universidade Federal de Roraima
layeledias@gmail.com

GESTÃO DE POLÍTICAS DE SAÚDE: O CASO DA POLÍTICA DE SAÚDE INDÍGENA EM RORAIMA

RESUMO

O estudo objetivou descrever como ocorre a Política de Saúde Indígena no Estado de Roraima; A pesquisa foi do tipo bibliográfica, descritiva- exploratória de caráter qualitativo, baseada em artigos, livros, dissertações e relatórios da FUNASA que tratam da Política de Saúde Indígena. Foram avaliados os autores que abordam a política no Estado de Roraima, os autores são unânimes em apontar que o Estado tem suas especificidades, 1) Por ocupar cerca da metade do seu território por indígenas; 2) Encontrar-se em região de fronteira com outros países; 3) Um dos DSEI além de atender indígenas do Estado atende também indígenas vindos do Amazonas; 4) O acesso e recursos para prestação dos serviços são limitados, apesar da grande demanda de indígenas que carecem de cuidados. Assim, conclui-se com este estudo que os desafios encontrados na atenção à saúde dos povos indígenas em Roraima são muitos, levando-se em consideração a territorialidade, as várias etnias e povos e o difícil acesso à maior parte delas. Tornando-se necessário estudos mais aprofundados que tratem sobre o destino dos recursos destinados à saúde indígena em Roraima e proponha proposta para a melhoria da assistência à saúde destes povos.

Palavras-chave: Povos indígenas. Política de Saúde Indígena em Roraima. DSEI

HEALTH POLICY MANAGEMENT: THE CASE OF INDIGENOUS HEALTH POLICY IN RORAIMA

ABSTRACT

The study aimed to describe how the Indian Health Policy takes place in the State of Roraima; The research was bibliographical and qualitative, based on articles, books and reports Funasa that address Indigenous Health Policy, and more specifically in the state of Roraima which was the focus of the study. We evaluated the authors addresses the policy in the state of Roraima, the authors are unanimous in pointing out that the state has its specific features, 1) For occupy about half of its territory for indigenous people; 2) Find yourself in the border region with other countries; 3) One of DSEI addition to meeting Indian state meets also coming from Amazon indigenous; 4) Access and resources to provide services are limited, despite the great demand of indigenous people who need care. Thus, it is concluded from this study that the challenges in the health care of indigenous peoples in Roraima are many, taking into account the territoriality, the various ethnic groups and peoples and the difficult access to most

Keywords: Indian people. Indigenous Health Policy in Roraima. DSEI.

INTRODUÇÃO

Entende-se como política de saúde a resposta social (ação ou omissão) de uma organização (como o estado) diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes, bem como em relação à produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e o ambiente (PAIM e TEIXEIRA, 2006).

Nesse sentido a política envolve ações do estado, como políticas sociais e econômicas que tenham como foco a diminuição dos agravos à saúde da população, isso implica em planejamento das ações em serviços de saúde. Com base neste contexto o estudo teve como objetivo descrever como a política de saúde indígena ocorre no estado de Roraima. A pesquisa foi do tipo bibliográfico, fundamentado em fontes que tratam dos desafios, objetivos e execução da política de saúde como: artigos científicos de base da scielo, política de atenção à saúde indígena, relatórios, dados do IBGE, dissertação, capítulos de livros etc.

BREVE RECUPERAÇÃO HISTÓRICA DA SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL

A saúde para os povos indígenas ultrapassa a concepção de bem estar físico e mental da Organização Mundial da Saúde. Ela engloba as construções culturais dos povos e a sua organização coletiva (ALTINI et al, 2013).

Ainda para os autores, ao se pensar em saúde para a sociedade indígena, deve-se levar em consideração seu modelo de atenção à saúde tradicional, que se diferencia do biomédico, mas que mantém igualmente sua relevância.

Nos anos 50, a partir dos movimentos de estabelecimento de ações para os cuidados com a saúde das populações indígenas e rurais em locais de difícil acesso, criou-se o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA), no Ministério da Saúde (BRASIL, 2002).

Em 1967 foi criada a Fundação Nacional do Índio (FUNAI), baseada no modelo de atenção do SUSA e trabalhava com equipes volantes, que realizavam atendimentos esporádicos nas comunidades (BRASIL, 2002).

Em 1978, a partir dos primeiros encontros nacionais de saúde indígena e por meio da participação de lideranças indígenas e parceiros ligados a universidades e centros de pesquisa foi proposto em 1986 a criação de um modelo assistencial baseado nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEIs (ALTINI et al., 2013).

Assim, como princípios desta política diferenciada estão a reciprocidade, eficácia simbólica, integralidade e autonomia (ALTINI et al., 2013).

A necessidade desta atenção diferenciada se deve a história da população indígena no Brasil, que por anos tiveram seus direitos negados ou negligenciados. Visto que as iniciativas de atenção à saúde geralmente ignoravam suas representações simbólicas, valores, práticas e a “voz” dos próprios

especialistas das comunidades visitadas (BRASIL, 2002).

POVOS INDÍGENAS

No Brasil, os povos indígenas compõem 305 etnias, falam 274 línguas e totalizam aproximadamente 897 mil indivíduos (IBGE, 2010); Tais povos são culturalmente diferenciados em relação à sociedade nacional envolvente e também entre si, com cosmologias, línguas, formas de subsistência, organização social e sistemas políticos próprios. Em contraste com essa notável sociodiversidade, os indígenas no Brasil constituem menos de 1% do contingente populacional total do país, mas se encontram em franco crescimento demográfico na maioria dos estados (PAGLIARO, AZEVEDO & SANTOS, 2005).

Apesar da carência e fragmentação de registros históricos sobre a trajetória de contato dos povos indígenas com outros grupos populacionais no Brasil, sabe-se que os reflexos dessa interação sobre os perfis de adoecimento e morte foram significativos e resultaram em importante redução numérica dos grupos nativos que vivem no país. Nesse contexto, houve grave desestruturação sociodemográfica que, não raro, provocou o desaparecimento de um número expressivo de etnias (COIMBRA, 2005).

No Brasil existe uma grande incerteza quanto ao tamanho da população indígena que vive atualmente no país, pois os órgãos públicos divergem sobre o modo de coletar informações a esse respeito. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) utiliza o critério de autodesignação para efetuar o registro de uma

pessoa como indígena nos censos demográficos (AZEVEDO, 2000).

A saúde dos povos indígenas vem atravessando uma fase singular no Brasil. Os últimos anos se caracterizaram por alterações profundas, que englobam desde aceleradas transformações em perfis epidemiológicos até a reestruturação do modelo de atenção à saúde (COIMBRA et al., 2002; GARNELO et al., 2003; SANTOS & COIMBRA JR., 2003).

O perfil epidemiológico dos povos indígenas no Brasil é bastante complexo. As doenças infecciosas e parasitárias permanecem como importante causa de morbimortalidade. Ao mesmo tempo, vem ocorrendo um variado processo de transição, no qual novos agravos passam a exercer forte pressão sobre os perfis de adoecimento e morte preexistentes. É o caso das doenças crônicas não transmissíveis, dos transtornos mentais e comportamentais e das causas externas de adoecimento e morte (GARNELO et al., 2003).

Eles afirmam ainda que dentro do cenário epidemiológico em transição no qual se inserem as comunidades indígenas, as doenças crônicas não transmissíveis têm merecido cada vez mais destaque entre as causas de morbimortalidade. Dentre elas, as chamadas “doenças sociais” como o alcoolismo, os transtornos psiquiátricos, o suicídio e as mortes por causas externas vêm sendo reportadas de forma crescente entre os indígenas no Brasil.

No intuito de destacar a política de saúde indígena no Estado de Roraima, é importante frisar que de acordo com o conselho indígena, o Estado, possui 32 terras indígenas. Totalizam aproximadamente 63 mil indígenas, divididos em aproximadamente 19 mil indígenas, sob a responsabilidade do DSEI Yanomami compreendendo as etnias Yanomami e Ye'kuana e apro-

ximadamente 44 mil indígenas sob a responsabilidade do DSEI Leste, compreendendo as etnias Ingaricó, Macuxi, Patamona, Taurepang, Wapixana, Wai Wai, Saporá (SIASI, 2015).

A atenção à saúde dos indígenas em Roraima é realizada através dos DSEI's com o apoio de uma equipe multidisciplinar que conta com o trabalho do agente indígena de saúde (AIS) e do agente indígena de saneamento (Aisan); pelos Pólos-Base com equipes multidisciplinares de saúde indígena (médico, enfermeiro, dentistas, entre outros) e pela Casa de Apoio à Saúde do Índio (CASAI) que apoia as atividades de referência para o atendimento de média e alta complexidade;

A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas integra a Política Nacional de Saúde, compatibilizando as determinações das Leis Orgânicas da Saúde com as da Constituição Federal, que reconhecem aos povos indígenas suas especificidades étnicas e culturais e seus direitos territoriais (BRASIL, 2002).

A proposta originou-se por meio do Decreto n.º 3.156, de 27 de agosto de 1999, que dispõe sobre as condições de assistência à saúde dos povos indígenas, e pela Medida Provisória n.º 1.911-8, que trata da organização da Presidência da República e dos Ministérios, onde está incluída a transferência de recursos humanos e outros bens destinados às atividades de assistência à saúde da FUNAI para a FUNASA, e pela Lei n.º 9.836/99, de 23 de setembro de 1999, que estabelece o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do SUS.

A efetivação desta política implicaria na adoção de um modelo diferenciado de organização dos serviços, que visassem a proteção, promoção e recuperação da saúde, garantindo aos indígenas o exercício de sua cidadania no campo da saúde. Tornando-se necessário a criação de uma rede de serviços nas terras indígenas, de forma a superar as deficiências de cobertura, acesso e aceitabilidade do Sistema Único de Saúde para essa população.

Nesse contexto nasceram os Distritos Sanitários Especiais Indígenas – (DSEI), distribuídos em diversas regiões do território Nacional, em um total de 34 unidades. Definido como um modelo de organização de serviços orientado para ser um espaço etnocultural dinâmico, com foco na eficiência e na celeridade, bem de acordo com as especificidades dos povos indígenas (FUNASA, 2005).

Além deles, unidades como os postos de saúde, pólos base e as Casas de Apoio à Saúde do Índio (Casais) estão à disposição das comunidades indígenas, como abordaremos cada um deles a seguir.

Os postos de saúde são unidades que funcionam como apoio estratégico aos pólos base e são construídos de acordo com as necessidades de cada região. Podem ter uma estrutura simplificada, representando a porta de entrada na rede hierarquizada de serviços de saúde, e possuem infraestrutura física necessária para o desenvolvimento das atividades dos profissionais da área de saúde (FUNASA, 2005).

Os pólos base representam outra importante instância de atendimento aos índios brasileiros. Eles são a primeira referência para os Agentes Indígenas de Saúde (AISs) que atuam nas aldeias, tanto na atenção primária como nos serviços de referência. Cada pólo base cobre um

conjunto de aldeias. Sua equipe, além de prestar assistência à saúde, realiza a capacitação e supervisão dos AIs. Esses pólos estão estruturados como Unidades Básicas de Saúde e contam com a atuação das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) compostas, principalmente, por médicos, enfermeiros, nutricionistas, dentistas e técnicos de enfermagem, entre outros profissionais (FUNASA, 2005).

As Casas de Apoio à Saúde do Índio (Casais) estão localizadas em diversos municípios brasileiros. Nelas, são executados os serviços de apoio aos pacientes indígenas encaminhados à rede do Sistema Único de Saúde (SUS). As Casais foram instaladas e multiplicadas a partir da readequação das antigas (FUNASA, 2005).

O CASO DA POLÍTICA DE SAÚDE EM RORAIMA

O Estado de Roraima está localizado no extremo Norte do Brasil, fronteira com a República Bolivariana da Venezuela e a República Cooperativista da Guayana, onde se encontra uma grande parte da população indígena, que de acordo com o censo do IBGE de 2010 somavam-se um total de 55.922 indígenas, dos quais 46.505 moram em terras indígenas (REPETO, 2010). Roraima tem cerca de 50% dos seus poucos mais de 220 mil km² reservados exclusivamente aos indígenas, que totalizam cerca de 18% da população estadual, ocupando ao todo 32 terras indígenas (FRANK e CIRINO, 2010).

No tocante a saúde dos povos indígenas que habitam o Estado, contamos com dois Distritos Sanitários Espaciais Indígenas, Dsei Yanomami e Dsei Leste de Roraima, o primeiro

além de atender as etnias Yanomami e YE"kuana, atende os municípios de São Gabriel da Cachoeira, Santa Isabel e Bacelos que fazem parte do Amazonas. Já o Dsei Leste atende as etnias, Macuxi, Wapixana, Wai-Wai, Ingaricó, Patamona e Taurepang.

Os serviços oferecidos dentro de área aos indígenas são limitados, os serviços mais complexos são referenciados para as unidades hospitalares em Boa Vista da capital de Roraima, no Hospital Geral de Roraima, Hospital Materno Infantil Nossa Senhora Nazaré e Hospital Santo Antônio.

DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA YANOMAMI

A população estimada do Dsei Yanomami é de 20.385 indígenas, destas 19.863 Yanomami e 522 Ye"kuana. O distrito está organizado em 03 subdistritos, um em cada município do Amazonas, onde há população Yanomami (São Gabriel da Cachoeira, Santa Isabel e Bacelos); 37 pólos base, dos quais 23 encontram-se em Roraima e 14 no Amazonas e; 297 comunidades (SIASI/DSEI/ YANOMAMI, 2013).

A operacionalização da assistência à saúde desta população é realizada por meio dos 37 polos base, todos localizados dentro da Terra Indígena Yanomami. Em Roraima o acesso a estes pólos base desta região se dá quase que exclusivamente por via aérea, em aviões de pequeno porte a partir de Boa Vista e em helicópteros a partir do polo base para as comunidades de difícil acesso (CALDART, 2014). Já no Amazonas o acesso ocorre na maioria das vezes por via fluvial. Diante deste contexto podemos

entender que a assistência prestada aos Yanomami e Ye'kuanas, oferecem muitos desafios como difícil acesso, manutenção de profissionais dentro de área e recursos limitados para prestação de serviços.

DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA LESTE DE RORAIMA

A população estimada do DSEI Leste é de aproximadamente 44.671 (Quarenta e quatro mil, seiscentos e setenta e uma) pessoas. Conta ainda com 34 (trinta e quatro) Polos-base, 38 (trinta e oito) Postos de Saúde e 01 (uma) Casa de Apoio à Saúde do Índio.

O acesso às comunidades se dá por meio aéreo, terrestre e fluvial. (SIASI/DSEI-LESTE, 2016).

O Distrito Leste de Roraima assiste as etnias, Macuxi, Wapixana, Taurepang, Saporá, Ingaricó, Patamona e Wai Wai. Ocupam uma extensão territorial de cerca de 3.942.873 ha (três milhões novecentos e quarenta e dois mil oitocentos e setenta e três hectares), abrangem 11 municípios.

As etnias Macuxi, Taurepang, Ingaricó, Patamona e Wai-Wai pertencem à família lingüística Karib, enquanto que as etnias Wapichana pertencem a família lingüística Aruak. A população das etnias Macuxi, Wapichana e Taurepang, em sua grande maioria, possui bom domínio da língua portuguesa. Em algumas aldeias mais próximas aos centros urbanos, existem pessoas que já não falam a língua materna (indígena) e nas aldeias mais

afastadas existe dificuldade no uso da língua portuguesa.

CASA DE SAÚDE DO ÍNDIO EM RORAIMA

A Casa do Índio é um estabelecimento de apoio, localizado em municípios estratégicos, inclusive nas capitais dos estados. Sua atribuição é receber e apoiar o índio que vem referenciado de sua aldeia, em busca de assistência na rede do SUS (BRASIL 2002; CIR 2003; PAHO 1997).

Em Roraima, os casos de maior complexidade ou gravidade, que não podem ser resolvidos na área indígena, são removidos para a cidade de Boa Vista. Os casos mais graves são encaminhados do aeroporto diretamente para as unidades de pronto atendimento (Hospital Infantil, Maternidade, Hospital Geral de Roraima, entre outros). Os casos que não são graves, mas exigem maior complexidade para seu diagnóstico, são removidos para a Casa de Saúde do Índio onde são assistidos ou encaminhados para outras unidades de referências para o atendimento especializado. A assistência na cidade não apresenta ainda um nível de qualidade nem o atendimento diferenciado minimamente razoáveis. Apesar do progresso indiscutível da Casa de Saúde do Índio de Roraima, ainda existem problemas de recursos humanos. O atendimento do SUS em geral ocorre de maneira lenta e com baixa qualificação técnica. Ao mesmo tempo, não há nenhuma adaptação do sistema que proporcione uma assistência diferenciada aos índios (BRASIL 2004; CASAI 2005; CIR 2003; FARAGE 1997).

A Casa de Saúde do Índio de Roraima (CASAI/RR) foi criada em 13/06/76 e funcionava somente com atendimento médico de

enfermagem, cozinha e limpeza. Os indígenas que chegavam na casa do Índio em horário que não havia médico eram levados aos hospitais para atendimento, onde recebiam receitas e as medicações eram feitas na CASAI (CASAI 2005; CIR 2003).

Em 29/06/82, foi transferida para o Monte Cristo. No período compreendido entre os anos de 82 a 91 houve várias reformas. Em 96 foi feita a reforma das malocas dos Yanomami e cozinha, fazendo coberturas com telhas; a FUNASA também promoveu concurso para cargo efetivo para todos os níveis naquele ano. Em 97 a CASAI recebeu servidores concursados da FUNASA e em 98 iniciou-se a reforma atual da CASAI, sendo esta concluída em 99. Em setembro de 99 a FUNASA assumiu a Administração da CASAI, até então administrada pela FUNAI. Em janeiro de 2002, iniciou-se a construção do bloco de isolamento os casos de doenças infecto contagiosas. Em fevereiro de 2005, a construção de centro de nutrição de dietética, refeitórios e lavanderia industrial, em fase de acabamento. Após o término desta construção dar-se-á início à construção dos novos blocos de enfermaria para os dois distritos: leste e Yanomami, o setor de centro social, o centro cultural, o necrotério e as passarelas de acesso aos blocos (CASAI 2005; CIR 2003).

A prestação de serviço de saúde está focada na atenção básica, primária e secundária. Houve grandes avanços nas seguintes áreas: Programa da Saúde da Mulher, Imunização, Tuberculose, Saúde Bucal, Análises Clínicas, UVES, Doenças Crônicas Degenerativas, Educação em Saúde. (CASAI 2005; CIR 2003).

A CASAI poderá melhorar seu desempenho, qualificando as equipes multidisciplinares,

incrementando o sistema de gerenciamento e informação (informatização), e aquisições de equipamentos para áreas afins, buscando aumento da resolutividade, criando-se uma independência da rede do SUS (CASAI 2005; CIR 2003).

A Casa de Saúde do Índio tem capacidade para receber 150 pacientes das diversas etnias do Estado de Roraima. De 2000 a 2005 o número de leitos da enfermaria aumentou de 40 para 60. (CASAI 2005; CIR 2003).

A unidade era atendida por três intensivistas pediátricos assistentes, responsáveis pelas admissões e altas. Além dos médicos assistentes, a unidade possui um corpo de doze plantonistas com habilitação em terapia intensiva pediátrica, que atende às normas nacionais e internacionais de atendimento crítico. É desenvolvido, paralelamente para residentes de terceiro, segundo e primeiro ano, um programa educacional e de treinamento em serviço (CASAI 2005; CIR 2003).

DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Política de Saúde Indígena, e mais especificamente no estado de Roraima tem suas peculiaridades. Atualmente residentes em 32 Terras Indígenas demarcadas pelo Governo Federal, representando 46,3% do território de Roraima, dividido em dois Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), O DSEI Leste com 6 etnias e 309 aldeias em 10 municípios de abrangência no estado de Roraima com uma População Geral de 44.mil indígenas e o DSEI Yanomami com 2 etnias e 285 aldeias em 8 municípios de abrangência nos estados de Roraima e Amazonas com uma População Geral 19 mil, estes encontram-se em região de fronteira com outros países como a Venezuela e a Guiana.

Dentre as CASAIS do Brasil a CASAI/RR é um referencial visto que a mesma oferece uma gama de serviços, como: Ambulatório, laboratório de análises clínicas, atendimento a saúde da mulher, saúde da criança, SAME, Serviço Social, nutrição, enfermagem especial e isolamento para paciente infecto contágios, farmácia, postos médicos, consultórios e outros. O atendimento de alta e média complexidade obedece ao sistema de agendamento na rede do SUS. Nos hospitais da rede pública, a CASAI/RR, conta com uma coordenação indígena para orientar e acompanhar os pacientes indígenas que necessitam de atendimento nessas unidades de saúde (HERMANO, 2012).

Atualmente, a Casa de Saúde do Índio funciona como unidade mista e recebe indígenas referenciados dos distritos Yanomami e Leste, parte do Amazonas além de pacientes oriundos da Venezuela e Guiana. A prestação de serviço de saúde está focada na atenção básica, primária e secundária. Sua atribuição é receber, acolher e apoiar o índio que vem de sua aldeia, em busca de assistência na rede do SUS.

Logo, a Casa de Saúde do índio mostra-se necessária e de extrema importância como apoio e referência para possibilitar a continuidade da assistência à saúde dos povos indígenas do estado de Roraima.

Destacamos que estado conta com hospitais que atendem aos indígenas referenciados de área, de modo a garantir a assistência às suas necessidades, para então retornarem para Casa de Apoio à Saúde do índio. No entanto os desafios ainda são inúmeros.

Dentre eles, estão às limitações de recursos, as dificuldades na comunicação entre profissionais e pacientes, fatores culturais, o grande número de etnias e suas diversidades, dentre outros fatores que influenciam para que os desafios só aumentem a cada dia.

Percebe-se então, que o modelo atual de atenção diferenciada à saúde indígena foi sendo pensado, discutido e consolidado pelos movimentos indígenas, juntamente com os mais variados órgãos não governamentais que, apesar das conquistas, as lutas ainda continuam no que se refere a implementação da política dentro do contexto indígena respeitando suas especificidades. As dificuldades estruturais, o difícil acesso às comunidades, a grande mudança de profissionais em área indígena em conjunto com as dificuldades na gestão da saúde fazem com que os desafios se tornem ainda maiores.

A saúde indígena deve ser pensada de maneira singular, levando em consideração todas as situações de vulnerabilidades desses povos. Desta forma, o campo das políticas públicas de atenção à saúde indígena constitui-se em um espaço de constantes mudanças no que tende ao planejamento e melhoria na oferta e prestação de assistência à saúde dos povos indígenas.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, M.M. Censos demográficos e os “índios”: Dificuldades para reconhecer e contar. In: RICARDO, C.A. (Org.). Povos indígenas no Brasil 1996/2000. São Paulo: Instituto Socioambiental, pp. 79-83, 2000.

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.

BRASIL, 2002. **Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Fundação Nacional de Saúde–FUNASA, 2ªEd.,** Brasília – DF, 2002; pp. 06-12, 13,17, 15.

BRASIL, 2004. **Projetos Físicos de Estabelecimento de Saúde, Água, Esgotamento Sanitário e melhorias Sanitárias em Áreas Indígenas. Fundação Nacional de Saúde – FUNASA, 1ª Reimpressão.** Brasília, DF, 2004; pp. 11, 12, 13, 14, 16.

CALDART, V.R. **Morbidade Hospitalar Materno-Infantil Yanomami, Brasil (2008-2012)**. 2014. 38p. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de Roraima, Boa Vista, 2014.

CASAI/RR, Casa de Saúde do Índio de Roraima, 2005.

CONSELHO INDÍGENA DE RORAIMA, 2003. Disponível em: <http://www.cir.org.br>

COIMBRA JR., CEA., SANTOS, RV and ESCOBAR, AL., 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.

COIMBRA Jr., C.E.A. e SANTOS, R.V. **Saúde, minorias e desigualdades: Algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5:125-132, 2000.

CONSELHO INDÍGENISTA DE RORAIMA MISSIONÁRIO. Altini, E. et.al. (Coord). **A política de atenção a saúde indígena no Brasil - Breve recuperação histórica sobre a política de assistência à saúde nas comunidades indígenas**. 2013.

FARAGE, Nádia., 1997. Os Wapishana nas fontes escritas: histórico de um preconceito In: **Homem, Ambiente e Ecologia no Estado de Roraima** (R. I. Barbosa, E. J. Ferreira & E.G. Castellón, orgs), pp 25-46. Manaus – AM: Instituto Nacional de Pesquisas da Amazônia.

FRANK, E. H.; CIRINO, A. C. **Desteritorialização e Re-territorialização dos Povos Indígenas de Roraima: Uma Revisão Crítica**. In: BARBOSA, I. R.; MELO, F. V. (Org.). **Roraima: Homem, Ambiente e Ecologia**. Boa Vista: FEMACT, 2010. (p.11-31).

FUNASA. **Lei Arouca 10 anos de Saúde Indígena**. Disponível em: http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/livro-lei-arouca-10anos.pdf

GARNELO, L.; SAMPAIO, S. Bases sócio-culturais do controle social em saúde indígena: problemas e questões na região Norte do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 311-318, 2003.

GARNELO, L.; MACEDO, G. & BRANDÃO, L. C. Os Povos Indígenas e a Construção das Políticas de Saúde Indígena no Brasil. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

HERMANO, B; Contato e Suas Consequências Caso Yanomami: I Seminário Internacional: as Fronteiras da Interdisciplinaridade e a Interdisciplinaridade das Fronteiras. Universidade Federal de Roraima, Boa Vista, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Tendências Demográficas: uma análise dos indígenas com base nos resultados da amostra dos censos demográficos 2001 a 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

PAGLIARO, H.; AZEVEDO, M. M. & SANTOS, R. V. (Orgs.) **Demografia dos Povos Indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fio-cruz, Abep, 2005.

SIASI. Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br>.

PAHO (Pan American Health Organization), 1997. *Health of indigenous people*. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2:357-362.

PAIM, S. J.; & TEIXEIRA, C. FONTES. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. *Rev Saúde Pública* 2006; 40(N Esp):73-8. Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. Salvador, BA, 2006.

Eliene Mendes de Oliveira

Aluna do Mestrado em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Roraima. Enfermeira, Especialista em Saúde Coletiva com Ênfase para Saúde Indígena, Professora do curso de Enfermagem da Faculdade Roraimense de Ensino Superior.

Estácio Cleber de Melo

Aluno do Mestrado em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Roraima. Enfermeiro, Especialista em Urgência e Emergência, Enfermeiro do Hospital Geral de Roraima da Secretaria de Estado da Saúde de Roraima - SESA/RR.

Gabriela Santana da Cruz

Aluna do Mestrado em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Roraima. Psicóloga. Professora substituta do curso de Psicologia da Universidade Federal de Roraima.

Layele Martins Dias de Oliveira

Aluna do Mestrado em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Roraima. Biomédica no Laboratório Central de Saúde Pública do Estado de Roraima.
