



Centro Universitário de Brasília – UniCEUB

Faculdade de Ciências da Educação e Saúde

THALES FERNANDES BEZERRA

**PERFIL DE MORTALIDADE DA
POPULAÇÃO INDÍGENA BRASILEIRA EM
COMPARAÇÃO À POULAÇÃO GERAL DO
BRASIL, 2010 A 2018.**

BRASÍLIA

2020

THALES FERNANDES BEZERRA

**PERFIL DE ÓBITOS NA POPULAÇÃO INDÍGENA
DO BRASIL, 2010 A 2018.**

Monografia apresentada a
Faculdade de Ciências da
Educação e Saúde para obtenção
do grau de bacharel em Medicina.
Orientador: Prof.^a Dra. Rafaella
Albuquerque e Silva.

BRASÍLIA

2020

THALES FERNANDES BEZERRA

**PERFIL DE ÓBITOS NA POPULAÇÃO INDÍGENA
DO BRASIL, 2010 A 2018.**

Monografia apresentada a
Faculdade de Ciências da
Educação e Saúde para obtenção
do grau de bacharel em Medicina.

Brasília, _____ de _____ de 2018.

Banca examinadora

Prof.^a. Dr.^a Rafaella Albuquerque e Silva

Orientadora

Esp. Lucas Felipe Carvalho Oliveira

Esp. Fabiano dos Anjos Pereira Martins

Dedico esse trabalho aos meus pais, pilares de toda a construção; aos meus irmãos e às minhas avós, símbolos da confiança e do amor; à minha noiva, apoiadora e incentivadora em todos os momentos; e ao meu filho, princípio meio e fim de tudo.

AGRADECIMENTOS

Início agradecendo à minha orientadora Rafaella, que além de apontar sempre os melhores caminhos, se tornou uma grande amiga ao longo do processo. Também agradeço aos avaliadores, Fabiano Martins e Lucas Oliveira, por dedicarem seus tempos e seus conhecimentos a me ajudar a aprimorar esse trabalho e a crescer como pesquisador. Também agradeço ao UniCEUB e a todas as professoras e todos os professores pela formação, que sempre abriu portas para o mundo da pesquisa.

Fundamental agradecer a algumas pessoas fantásticas que contribuíram nesse percurso, seja com apoio, seja mudando o foco. São elas: Idelvane, Hunind, Bill, Raul, Ed, Miguel, Tamer, Leila, Maira, Cecília, Líbia, Amanda, Jesus, Will, Teixeira, Luís, Caetano... Além disso, agradeço às amigas e aos amigos que conquistei no período da Medicina, mais novos, porém não menos importantes: Paulo (dupla de internato e parceiro nas pesquisas), Lucas Andrade, Amanda Tondolo, Natália Mariana, Carolina, Lucas Bezerra, Mirelly, Arminda, Arthur, Clarice, Dandara, Aika, Isabella Cristina, Isabella Quetz, Juliana, Sílvia, Debona...

RESUMO

As atuais condições de vida e saúde dos povos indígenas devem ser entendidas como o resultado de histórias muitas vezes marcadas pela violência, pelo preconceito, pela desigualdade nas relações com a população não indígena e por mudanças muito importantes nos seus modos de vida. O objetivo do presente estudo é descrever o perfil dos óbitos na população indígena brasileira entre os anos de 2010 e 2018. Trata-se de um estudo descritivo, observacional, do tipo estudo de prevalência. Foram avaliadas as mortalidades proporcionais por causas básicas no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), sendo realizada estratificação por faixa etária, sexo e CID 10, tanto no grupo de indígenas, quanto na população brasileira em geral. Os principais resultados obtidos foram que no Brasil, do período de 2010 a 2018, morreram 11.129.453 pessoas. Desse total, os óbitos de indígenas representaram 0,29%. Considerando o sexo na população indígena, 56% dos óbitos ocorreram em homens e 43% em mulheres. Na população brasileira geral (indígenas e não indígenas), 56% dos óbitos também ocorreram no sexo masculino. Entre os indígenas, 17,9% dos óbitos ocorreram em menores de um ano de idade. Já se tomando o agregado das faixas etárias de menores de um ano e de 1 a 4 anos, os óbitos de indígenas representaram 24% de todos os óbitos indígenas no período. Usando o mesmo agregado de faixas etárias, os óbitos de brasileiros menores de 4 anos representaram 3,6% do total de óbitos no Brasil. Os óbitos na população idosa indígena (acima de 60 anos) representaram 40% de todas as mortes entre indígenas. Os óbitos na população idosa brasileira representaram 65% de todas as mortes em toda a população brasileira. Além disso, 28% dos óbitos na população brasileira em geral foram em decorrência de doenças do aparelho circulatório. Esse grupo de patologias respondeu por 17% dos óbitos na população indígena. As diferenças entre as principais causas de mortes entre indígenas e a população brasileira em geral refletem as diferenças sociais e em acesso aos serviços de saúde que essa população específica está submetida. Assim, a população indígena apresenta questões próprias e específicas a serem trabalhadas pelo SUS, em forma de programas e ações em saúde.

Palavras-chave: Epidemiologia social; Mortalidade; População indígena, Vulnerabilidade.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	7
OBJETIVOS.....	8
DESENVOLVIMENTO.....	9
1. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	9
1.2 A SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL, PERCURSO HISTÓRICO.....	9
2.2 DEMARCAÇÃO DE TERRAS INDÍGENAS NA ATUALIDADE.....	19
2. METODOLOGIA.....	20
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	21
3.1 DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS.....	27
3.2 NEOPLASIAS MALIGNAS.....	31
3.3 DOENÇAS ENDÓCRINAS, NUTRICIONAIS E METABÓLICAS.....	34
3.4 TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS E DOENÇAS DO SISTEMA NERVOSO.....	36
3.5 DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO.....	38
3.6 DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO.....	41
3.7 ÓBITOS RELACIONADOS COM A GRAVIDEZ, PARTO E PUERPÉRIO.....	42
3.8 CAUSAS EXTERNAS.....	45
3.9 ÓBITOS SEM ASSISTÊNCIA MÉDICA.....	49
4.0 PERSPECTIVAS.....	49
CONCLUSÃO.....	50
REFERÊNCIAS.....	51

INTRODUÇÃO

As atuais condições de vida e saúde dos povos indígenas devem ser entendidas como o resultado de histórias muitas vezes marcadas pela violência, pelo preconceito, pela desigualdade nas relações com a população não indígena e por mudanças muito importantes nos seus modos de vida. Nesse contexto, muitas etnias foram dizimadas. As pesquisas apontam que no período colonial a população indígena era de cerca de cinco milhões de pessoas residentes na Amazônia, Brasil Central e costa do Nordeste, de modo que fica evidente o impacto que esse contato com o Ocidente gerou, em termos de redução da população indígena (MAGGI, 2014; AZEVEDO, 2008). Em 2010 foi realizado último censo da população brasileira, que constatou que os indígenas brasileiros somavam nesse ano 817.963 pessoas (representando 0,4% de toda a população brasileira), entre os quais 502.783 viviam em regiões rurais e 315.180 em áreas urbanas (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010; BRASIL, 2016).

Nesse traçado histórico, houve grandes alterações dos perfis de saúde das comunidades indígenas brasileiras, seja por meio da introdução de novos patógenos, ocasionando graves epidemias; seja pela questão da perda territorial, com impactos diretos na alimentação e no modo de vida; e ainda em função das mortes nesse confronto com o Ocidente conquistador. Na atualidade, são postos novos desafios para a população indígena, que envolvem, por exemplo, o aumento das doenças crônicas não-transmissíveis e as dificuldades de garantia da sustentabilidade alimentar. No entanto, o perfil de saúde dos povos indígenas brasileiros ainda é pouco conhecido, o que decorre da pequena quantidade de trabalhos acadêmicos sobre o tema e ainda da precariedade dos sistemas de informações sobre morbimortalidade dessa população (SANTOS E COIMBRA, 2003).

Nesse sentido, um dos grandes problemas enfrentados na saúde indígena é a precarização dos dados epidemiológicos, com subnotificações e preenchimentos inadequados. Ainda assim, é possível perceber que persistem as altas taxas de morbimortalidade por doenças evitáveis, como as infectoparasitárias, o que demonstra dificuldades na garantia do acesso aos serviços da atenção primária em saúde (PAES E SILVA, 1999). Ademais, essa precarização dos dados epidemiológicos da saúde de

comunidades indígenas dificulta o estabelecimento de intervenções e o planejamento adequado das ações de saúde, bem como atrapalha o monitoramento das ações previstas.

Desse modo, o objetivo do presente estudo é descrever o perfil dos óbitos na população indígena brasileira entre os anos de 2010 e 2018. A importância da questão reside no fato de que a população indígena apresenta dificuldades de acesso ao serviço governamental de saúde, sendo necessário o entendimento de suas condições próprias e específicas, de modo a serem elaboradas políticas públicas para essa categoria. Assim, apesar da diversidade das comunidades indígenas brasileiras, existe um processo de transformação do perfil epidemiológico, no qual as doenças crônicas ganham progressivamente maior destaque. Essa transição epidemiológica necessita ser identificada e conhecida em suas peculiaridades para se orientar a organização, planejamento e melhoria da qualidade dos serviços de assistência à saúde dessas populações. Esses serviços foram construídos para o enfrentamento de patologias que historicamente tiveram maior impacto na saúde população indígena, em especial as infecciosas e parasitárias. No entanto, conforme os indígenas ampliam sua conexão com a sociedade não indígena, esse perfil de morbimortalidade vai se alterando, tendo em vista o aumento do sal e de gorduras saturadas na alimentação cotidiana, o uso abusivo de bebidas alcoólicas, associados à redução de atividade física (SANTOS E COIMBRA, 2003).

OBJETIVOS:

Objetivo Geral: Descrever e comparar o perfil da mortalidade entre a população indígena brasileira e a população brasileira, entre os anos de 2010 e 2018.

Objetivos Específicos:

- Identificar e apresentar as principais causas de óbitos na população indígena brasileira, entre os anos de 2010 e 2018.
- Estratificar a ocorrência de óbitos na população indígena e na população brasileira, por CID 10, sexo e faixa etária
- Comparar as causas de óbitos na população indígena brasileira com a população brasileira em geral entre os anos de 2010 e 2018.

DESENVOLVIMENTO

1. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

1.1 A SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL, PERCURSO HISTÓRICO

Historicamente, se estabeleceu uma relação de profunda desigualdade de forças entre os povos indígenas e os colonizadores, o que gerou uma série de determinantes sociais fundamentais no entendimento das condições de subordinação e dependência. Desde os primórdios do período colonial houve uma dizimação dos povos indígenas no Brasil, seja em função das inúmeras epidemias de doenças infectocontagiosas, como tuberculose, gripe, varíola, doenças sexualmente transmissíveis e malária; seja em função dos conflitos com os colonizadores; ou ainda pelo trabalho compulsório ao qual eram submetidos (BRASIL, 2016).

Quando a população indígena é tratada a partir da perspectiva do conjunto identitário que a uni em um grupo, ficam suprimidas as diferenças de cada parte dessa população que compõe o todo. Assim, no Brasil existe uma grande diversidade étnica em relação aos povos indígenas, os quais apresentam características próprias, além de viverem e possuírem ritos e costumes muito diferentes entre si e também diferentes dos não indígenas (AZEVEDO, 2008). Uma das consequências relevantes dessa diversidade se dá no campo da saúde, a partir da percepção de que cada povo pode entender de modos diferentes as doenças, a fisiopatologias, a etiologias e as consequências que essas morbidades geram na vida dos portadores. Da mesma forma, cada povo pode entender de modo diverso como se dá o tratamento, fatores de risco e mecanismos de proteção (CONFALONIERI, 1989).

Nesse sentido os profissionais de saúde assumem um papel importante na comunidade, uma vez que devem conhecer e dialogar com as famílias e com os especialistas tradicionais, como os pajés, rezadores, raizeiros, parteiras e outros conhecedores da cultura, de modo a promover saúde na população local. Assim como existem diferentes conhecimentos e práticas sobre saúde e doença, há também os diferentes sistemas médicos, que possuem especialistas próprios. Em geral, os sistemas médicos dos povos indígenas são chamados pelos não indígenas de “medicina tradicional”, mas cada etnia tem o seu próprio nome para seus terapeutas e práticas de cura. Cada um desses sistemas médicos obedece a uma série de regras que são

reconhecidas pela sociedade no qual está inserido, apresentando modos diferentes de pensar e lidar nos processos de adoecimento e de recuperação da saúde. Por exemplo, nas práticas para cuidar da saúde entre os indígenas é muito comum lidar com os espíritos através do uso de plantas, cantos e rapé, sendo que muitas etnias desenvolveram um vasto conhecimento sobre as plantas e como utilizá-las na cura (BRASIL, 2016).

A saúde indígena no período colonial brasileiro, em termos de assistência da medicina ocidental, ficava aos cuidados dos missionários. Esses elementos realizavam uma tarefa dual nesse sentido, tanto promovendo a ocidentalização dos povos indígenas, quanto difundindo a evangelização. Nesse contexto, se por um lado Portugal fornecia suporte ao trabalho dos missionários, por outro lado estes membros da igreja colaboravam na pacificação e na submissão dos povos indígenas. Assim, os indígenas resistentes a esse processo de dominação eram eliminados pelas epidemias, pela força das armas europeias, ou ainda escravizados (ARAÚJO, 2006).

Por todo período colonial e imperial a saúde da população indígena se manteve a margem nas decisões político-administrativas. O modelo de assistência (ou desassistência) pouco se alterou ao longo desse grande período. A assistência à saúde dos indígenas nessa época caracterizava-se por sua desorganização e descontinuidade. Com o início da República, ocorreu uma ampliação do processo de ocupação do interior brasileiro, a partir da expansão das linhas ferroviárias e telegráficas para o Centro-Oeste. Esse movimento em direção ao interior promoveu o contato, por vezes violento, com vários grupos indígenas antes isolados do Mundo Ocidental. Nesse novo contexto, os escassos momentos de prestação de assistência à saúde dos povos indígenas se dava pela limitada administração de medicamentos pelos sertanistas e mateiros (ARAÚJO, 2006).

No começo do século XX se destacou a atuação do Marechal Cândido Rondon na mudança da relação com os indígenas. A atuação política do Marechal promoveu a criação do Serviço de Proteção aos Índios (SPI), no ano de 1910. A criação dessa instituição introduziu uma nova perspectiva na atenção à saúde indígena. Se por um lado, iniciou-se uma busca governamental por olhar esses povos de modo específico, por outro lado o maior contato traria mais doenças infectocontagiosas para os indígenas. A vinda de remédios associada à vinda e à disseminação de novas doenças para as

populações indígenas acabaram por criar novas formas de dependências. Importante salientar que mesmo com a criação do SPI não foi instituída uma oferta sistemática de serviços de saúde para populações indígenas (BRASIL, 2016).

Somente na década de 1950, surgiu a primeira tentativa realmente organizada no sentido de levar ações de saúde aos indígenas e às populações rurais de difícil acesso. Neste momento foi criado o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA), no âmbito do Ministério da Saúde. Coordenado pelo médico sanitarista Noel Nutels, o SUSA desenvolveu atividades voltadas para a vacinação, atendimento odontológico, o controle de tuberculose e de outras doenças transmissíveis geradas pelo contato com os sertanistas (FUNASA, 2002).

Nesse momento o Estado brasileiro apresentou posturas opostas em sua política indigenista. Se por um lado desenvolvia uma atitude paternalista, ao propor o contato e a pacificação dos índios, intermediando a relação interétnica; por outro lado, se mostrava etnocêntrico, uma vez que considerava os índios como primitivos e selvagens, devendo ser integrados à sociedade ocidental, em um claro desrespeito às suas culturas e especificidades (BRASIL, 2016).

Na década de 1950 cresceram as denúncias de corrupção dentro do SPI e de violências de toda ordem cometidas contra os indígenas. Entre as principais denúncias se destacaram a escravização de indígenas na Amazônia pelos seringalistas durante o ciclo da borracha. Além destas, muitas denúncias envolvendo funcionários do SPI vieram à tona, inclusive falando sobre conivência destes servidores com a escravização dos indígenas e a ocupação ilegal de suas terras. Tais denúncias acabaram por gerar a extinção do SPI e a criação da Fundação Nacional do Índio (FUNAI) no ano de 1967. Assim, a FUNAI passou a ser o órgão indigenista oficial, estando ligada ao Ministério do Interior (ARAÚJO, 2006).

Mesmo após a criação da FUNAI, novas denúncias de genocídio de povos indígenas surgiram, já na década de 1970. Em paralelo a isso, a ocupação do Norte e do Centro-Oeste brasileiros prosseguiu, sendo incentivada pela construção de um sistema rodoviário na região Amazônica (Rodovias Transamazônica, Cuiabá-Santarém à Perimetral Norte, e vias de interligação). Também foram desenvolvidas obras de infraestrutura nessas regiões, como usinas hidrelétricas e parques de exploração mineral.

Essas mudanças na infraestrutura local acabaram por afetar inúmeros povos indígenas habitantes originários desses locais (ARAÚJO, 2006).

O período em que a FUNAI esteve a frente da organização e da implementação de atividades voltadas para a saúde indígena foi marcado pela prestação de serviços de caráter campanhista e eventual. Foram estabelecidas as Equipes Volantes de Saúde (EVS), que possuíam a função de se deslocar para as áreas indígenas, onde realizavam atividades voltadas para a saúde dessa população (BRASIL, 2016).

O modelo de atenção baseado nas Equipes Volantes de Saúde se mostrou de pouca eficácia ao longo do tempo. Este serviço acabou por se mostrar predominantemente curativo e medicalizante, sem atuar na prevenção e promoção em saúde. Além disso, as ações dessa entidade eram fragmentadas, carecendo de impacto significativo, uma vez que possuíam deficiências importantes em termos de planejamento e de integralidade das ações. As EVS contavam com uma pequena equipe, que sofria com a falta de infraestrutura e recursos, além de não possuírem articulação com outros níveis de atenção (BRASIL, 2016).

Outro entrave para a consolidação de uma ação efetiva na saúde indígena era o fato de não existir um sistema de registro de informações em saúde que pudesse ser utilizado de modo a preparar e avaliar as atividades em saúde. Além disso, os trabalhadores da EVS não possuíam preparo adequado para atuação em situações de interculturalidade. Tentando resolver os déficits nos setores, a FUNAI celebrou vários convênios com entidades governamentais e não governamentais, de modo a atuarem complementarmente as ações das Equipes Volantes em Saúde. Apesar disso, a maior parte dos recursos destinados ao cuidado com saúde de populações indígenas era gasto na compra de medicamentos, diárias, transporte e remoções de pacientes, bem como o pagamento de serviços médicos e ambulatoriais em hospitais que, em sua maioria, eram privados (CONFALONIERI, 1989).

Tendo em vista todos os problemas apresentados, o modelo de atenção à saúde indígena baseado nas EVS foi se deteriorando. Os poucos profissionais de saúde que a FUNAI possuía foram sendo progressivamente fixados nos grandes centros urbanos, cada vez mais se estabelecendo a forma de cuidado baseada exclusivamente na assistência médico-hospitalar. As ações em saúde realizadas nas localidades, nas

próprias comunidades, tornaram-se cada vez mais esporádicas (FUNASA, 2002). No início dos anos 80, a FUNAI mantinha apenas alguns poucos profissionais de saúde em algumas poucas áreas indígenas, sendo a maioria deles atendentes e auxiliares de enfermagem (BRASIL, 2016).

Importante destacar que no Governo Militar ocorreu um marco legislativo em relação à saúde indígena, uma vez que nesse momento pela primeira vez houve a afirmação da responsabilidade estatal pela saúde indígena, elemento que foi redigido na lei 6001 de 1973 (legislação conhecida como Estatuto do Índio). Nos artigos 54 e 55 desta norma ficava assegurada aos índios "o regime geral da Previdência Social", "os meios de proteção à saúde facultados à comunhão nacional" e "especial assistência dos poderes públicos em estabelecimentos a esse fim destinados" (BRASIL, 1973). Apesar de marcos importantes, são elementos vagos, sem especificações claras de como se dariam essas ações.

Nos anos seguintes, o governo militar foi perdendo força, desgastado e enfraquecido com a questão das limitações às liberdades individuais, pelas sucessivas acusações de corrupção e função da redução do ritmo de crescimento. Em meio a essas questões, já na década de 1970 surgiu o Movimento pela Reforma Sanitária, com apoio e participação da sociedade civil, inclusive de profissionais de saúde e pessoas ligadas às questões de busca por melhorias na saúde das populações indígenas (BRASIL, 2016).

A partir da década de 1980, vários foram os fóruns de discussão para a construção da política de saúde indígena. Entre esses espaços, se destacaram os Encontros de Saúde do Conselho Indigenista Missionário (CIMI); os encontros anuais de Antropologia Médica na Escola Paulista de Medicina/UNIFESP; os encontros promovidos pela FUNAI; e ainda o "Encontro de Saúde Indígena" realizado em Brasília, em 1985 (BRASIL, 2016).

No ano de 1986 ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), que referendou a proposta da Reforma Sanitária, iniciando a definição de um Sistema Único de Saúde. Tal Sistema seria o gestor nacional da saúde. A participação marcante de profissionais envolvidos com a saúde indígena, bem como de representantes do movimento indígena na VIII CNS criou meios para que a plenária final decidisse pela realização da Primeira Conferência Nacional de Proteção à Saúde Indígena (I CNSPI).

A I CNSPI foi um marco por ter estabelecido as bases para a organização dos serviços de atenção à saúde indígena propondo a criação de um subsistema específico para atenção à saúde dos indígenas, que seria parte integrante do Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2016; LANGDON, 2004).

A Carta de 1988 respondeu aos anseios do movimento indígena e indigenista, uma vez que reconheceu o direito dos indígenas em terem sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições preservados. Além disso, determinou que em cinco anos deveria estar concluída a demarcação das terras indígenas em todo o território nacional. Infelizmente até o momento atual esse preceito constitucional ainda não foi cumprido. Além disso, a Carta Constitucional criou os meios necessários para a mobilização visando o estabelecimento de atenção específica à saúde indígena no contexto do SUS. No entanto, as leis orgânicas da saúde publicadas em 1990 não trabalharam com a especificidade da saúde dos povos indígenas, de modo que as ações nesse campo permaneceram sob o domínio da FUNAI (LANGDON, 2004).

Em seguida houve uma importante alteração em termos competência para tratar da atenção à saúde indígena, o que gerou um conflito entre as instituições do governo. Por um lado havia a FUNAI, possuindo orçamento progressivamente menor, que se coloca contra a alteração, resistindo à perda da gestão da saúde indígena, e por outro lado se colocava a recém-criada FUNASA, sem experiência nessas questões e com uma estrutura extremamente centralizada. Nesse contexto, houve uma dificuldade em garantir à assistência, pois a FUNAI vinha desativando sua estrutura assistencial. Embora precária, era justamente essa atuação da FUNAI que garantia condições mínimas de assistência em algumas áreas indígenas. Já a FUNASA nesse momento encontrava dificuldade para realizar a demanda de prover o acesso a serviços de saúde nas áreas indígenas (ARAÚJO, 2006).

Dada a situação conflituosa e de desassistência, no final do ano de 1991 foi criada a Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (CISI), que passou a atuar no assessoramento do Conselho Nacional de Saúde, de modo a acompanhar o estado da saúde dos povos indígenas. A CISI atuava por meio da articulação intersetorial no governo e com a sociedade civil organizada. Além disso, esta instituição atuou em dois âmbitos: se por um lado recebia informações das mais diversas regiões do país, dando-lhes visibilidade, por outro lado elaborava recomendações ao Conselho Nacional de

Saúde, com o objetivo de criar um grupo de trabalho para o estabelecimento de um plano de ações pactuado entre a FUNAI e a FUNASA. Esse plano pactuado nunca se efetivou (LANGDON, 2004).

No ano de 1992 foi realizada a IX Conferência Nacional de Saúde, que reafirmou a importância de garantia à atenção integral à saúde do índio. Assim, mais uma vez se propunha que os povos indígenas fossem abordados em termos de suas especificidades socioculturais, bem como de sua situação sanitária específica, de modo a que fossem considerados seus sistemas tradicionais de cura. Nessa perspectiva, criou-se a rede de Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), estando estes ligados ao Ministério da Saúde. Além disso, promoveu-se a participação indígena mais efetiva na tomada de decisões, por meio de Conselhos de Saúde Indígena. Neste mesmo ano foi aprovada a realização da Segunda Conferência Nacional de Saúde dos Povos Indígenas (II CNSPI), sendo que esta aconteceu em 1993, na cidade de Luziânia/GO (LANGDON, 2004).

A grande relevância da II Conferência Nacional de Saúde dos Povos Indígenas em termos políticos foi a definição das diretrizes e dos princípios que deveriam orientar a política indigenista de saúde. Esse evento também foi um marco por ter sido nela que, pela primeira vez, ocorreu uma participação paritária de delegados indígenas e não indígenas. Além disso, esta conferência apresentou enfaticamente a necessidade da criação de uma política setorial específica para tratar da saúde dos povos indígenas, seguindo os princípios básicos do SUS. A II CNSPI também reafirmou as bases do modelo de atenção à saúde indígena, organizado a partir dos DSEI. A Conferência também advogou pela responsabilização do Ministério da Saúde enquanto órgão responsável pela saúde indígena. Nesse modelo se vislumbrou a construção de níveis de gerência federal, regional e distrital, com autonomia de gestão administrativa, orçamentária e financeira, tal qual o modelo previsto para organização do SUS (LANGDON, 2004).

No ano de 1994 a FUNAI recupera a função de gerir a saúde indígena, a partir do Decreto Presidencial nº1141/94. A partir de tal Decreto também foi gerada uma Comissão Intersetorial, que contava com a participação de vários ministérios relacionados com a questão indígena. A Comissão aprova neste mesmo ano o "Modelo de Atenção Integral à Saúde do Índio (MAISI)". Além disso, a CIS dividiu as

atribuições do cuidado com a população indígena entre as instituições, delegando à FUNAI a responsabilidade pela assistência à saúde, que se estendia desde a aldeia até as referências de maior complexidade, e delegando à FUNASA as ações de promoção da saúde, englobando questões como o saneamento, a imunização, a formação de recursos humanos e o controle de endemias (FUNASA, 2002). Assim, a disputa de poder e funções entre a FUNASA e a FUNAI gerou a separação entre as ações preventivas e curativas, o que aumentou a ineficiência do atendimento.

O processo de mudança se iniciou no ano de 1994, com a liderança em âmbito legislativo do deputado e médico sanitário Sérgio Arouca. Este político, levando as pautas e as demandas do movimento indígena ao Congresso Nacional, propôs Projeto de Lei na Câmara dos Deputados sobre o assunto. Tal Projeto de Lei tratava sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde indígena, bem como lidava com a organização e o funcionamento de tais serviços (LANGDON, 2004).

No período de cinco anos, nos quais a Lei Arouca tramitou no Congresso Nacional, a situação de descaso com a saúde indígena gerou o acionamento da Procuradoria Geral da República (PGR) pela CISI, que expôs tanto a distorção da divisão de atribuições entre FUNAI e FUNASA, quanto a falta de definição da política indigenista de saúde pelo governo federal. Em seguida a PGR emite um parecer apontando a ilegalidade do Decreto Presidencial nº 1141. Com isso, se reafirmou a responsabilidade do âmbito federal em relação à saúde indígena, apontando que o Ministério da Saúde, enquanto gestor do SUS, é o responsável pelo estabelecimento da política indigenista, sempre tendo em vista a articulação com o órgão específico de assistência dessa população (LANGDON, 2004).

A Lei Arouca (Lei nº 9.836/99) é aprovada no Congresso Nacional no ano de 1999, sendo de importância por tratar-se do marco legal para a criação do subsistema de saúde indígena. Inicialmente, a gestão do subsistema de saúde indígena (SASI-SUS) ficou a cargo da FUNASA, que instalou um Departamento de Saúde Indígena. A partir daí foram criados 34 Distritos Especiais de Saúde Indígena (DSEI), movimento realizado após um processo nacional de territorialização e distritalização sanitária (LANGDON, 2004).

Integrada ao Ministério da Saúde, foi criada a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) no ano de 2010. Esta Secretaria possui como atribuições centrais a gestão e a execução das ações de atenção primária para os povos indígenas que vivem em terras demarcadas, em todo o território brasileiro. A transição das funções da FUNASA para a SESAI foi concluída no ano de 2011 (JUNIOR, 2015).

Desse modo, as atividades do SASI-SUS foram estipuladas pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Tal Política faz parte da Política Nacional de Saúde. Seguindo os preceitos Constituição Federal, bem como da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/1990), ficou garantido legalmente o direito das populações indígenas no Brasil a um atendimento diferenciado à saúde, prevendo o respeito às especificidades culturais de cada povo. Esse atendimento específico deve ficar a cargo do próprio Sistema Único de Saúde, garantindo o princípio da equidade (CARDOSO, 2014).

Com isso, tem-se verificado graves problemas seja na gestão, seja na operacionalização do subsistema de atenção à saúde indígena. O modelo de terceirização da contratação da força de trabalho para a saúde indígena não tem se mostrado efetivo em relação à resolução das necessidades dessa população, tendo entre seus principais entraves (CARDOSO, 2014):

- 1) Conflituoso modelo organizacional, com falta de integração entre as instâncias operacionais;
- 2) Cobertura das indígenas é deficiente;
- 3) Pouco vínculo entre usuários e equipe de saúde;
- 4) Falta de uma política de educação permanente para os profissionais de saúde indígena, tendo como consequência uma baixa qualificação dos profissionais que atuam no nível local;
- 5) Deficiências na infraestrutura física e de recursos humanos para a formação das equipes gestoras e multiprofissionais locais, com dificuldade em articulação efetiva com o complexo médico-hospitalar da rede assistencial do SUS.

Apesar dos indicadores de saúde da população indígena terem apresentado uma significativa melhora inicial, após a implantação do SASI-SUS, esse avanço diminuiu

de velocidade e estabilizou-se em um patamar bastante aquém do necessário. Mesmo após a implantação do SASI-SUS em 2015, ainda se verificavam níveis duas a três vezes piores nos indicadores básicos em saúde da população indígena se comparados com os mesmos indicadores na população brasileira em geral. Exemplo disso é a discrepância nas taxas de mortalidade infantil entre indígenas em relação à população brasileira como um todo (JUNIOR, 2015).

Até o momento, o SASI-SUS não conseguiu se estabelecer plenamente, no sentido de desenvolver um modelo de assistência baseado na prevenção de patologias e promoção em saúde, atuando inclusive nos determinantes sociais que envolvem a questão. Assim, as ações governamentais de assistência em saúde permanecem voltadas apenas para os aspectos curativo e individualista. O modo de atuação fundamental desse modelo atual é baseado na remoção dos indígenas adoecido para os centros urbanos (principalmente em situações de emergência). Desse modo, a ação se faz quase que exclusivamente em quadros agudos e emergenciais ou na agudização de condições crônicas (CARDOSO, 2014).

A SASI-SUS promoveu o aumento da efetividade da cobertura das ações de saúde voltadas para a população indígena, bem como instalou uma rede de cuidados, que se mostrava inexistente em vários locais, e ainda acarretou um aumento significativo na quantidade de profissionais voltados para a assistência em saúde das populações indígena. Outro ponto importante é a implantação de instâncias de controle social, sendo estes os Conselhos Distritais e os Conselhos Locais de Saúde Indígena (BRASIL, 2016).

1.2 DEMARCAÇÃO DE TERRAS INDÍGENAS NA ATUALIDADE

Os dados mais atuais apontam que em 2020 há no Brasil 487 terras indígenas homologadas e definidas como reservas indígenas. Dentre os territórios, 724 estão em diferentes fases de demarcação, sendo que destas: 120 estão na fase de identificação por grupo de trabalho nomeado pela FUNAI; 43 são "identificadas", pois possuem relatório de estudo aprovado pela presidência da FUNAI; e 74 encontram-se na situação de "Declaradas", que são as terras declaradas pelo Ministro da Justiça (TERRAS INDÍGENAS NO BRASIL, 2020).

Esse processo de demarcação de terras tem sido ao longo da história uma das grandes lutas indígenas, bem como se mostra fundamental na atualidade, refletindo diretamente na saúde desta população. Importante destaque nesse contexto é a Amazônia Legal. Ela corresponde à região ocupada pelos rios da Bacia Amazônica e do rio Araguaia. Essa área concentra tanto a maior parte das terras (99% das Terras Indígenas estão localizadas nessa região), quanto a maior parte da população indígena do Brasil reside nesse local (é onde vivem 60% da população indígena brasileira). Os demais indígenas brasileiros, que correspondem aos 40% restantes, vivem em terras indígenas localizadas em outras regiões, correspondendo a 21% das terras demarcadas, ou ainda em regiões de terras não indígenas (ARAÚJO, 2006).

Nesse sentido, a posse da terra é elemento fundamental no entendimento das condições de saúde da população indígena, bem como para a manutenção do modo de viver e dos costumes desses povos. A Constituição Brasileira de 1988 introduziu o conceito de Terras Indígenas, as quais são definidas como todas as terras habitadas pelos indígenas em caráter permanente, sendo elas utilizadas para a produção de todos os recursos necessários para o bem-estar desses povos, incluindo a reprodução física e cultural, em consonância com os costumes e as tradições de cada povo. Assim, essa Carta Constitucional proibiu a remoção forçada desses grupos de uma região para a outra, o que foi uma prática comum do Estado brasileiro por toda a sua história. Também ficou estabelecido que a União tem a obrigação de proteger as Terras Indígenas. Além disso, foi definido nesta Constituição que no prazo de cinco anos todas as Terras Indígenas no Brasil deveriam ser demarcadas, algo que não ocorreu até os dias atuais, sendo que os conflitos em torno da questão das terras indígenas ainda são muito comuns. Atualmente, por volta de 70% das terras indígenas sofrem alguma ameaça. A mineração, o desmatamento e a concentração de terras são alguns dos aspectos que dificultam o exercício ao direito à terra pelos povos indígenas (BRASIL, 2016).

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, observacional, do tipo estudo de prevalência. Foram utilizados os dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), analisado informações no período entre os anos de 2010 e 2018. O ano inicial foi

definido por ser o período em que se realizou o último censo populacional no Brasil, o que fornece dados para os cálculos de mortalidade na população geral e da mortalidade especificamente na população indígena, permitindo comparações objetivas para o ano de 2010, exclusivamente. O ano de 2018 foi definido como final da série histórica por ser o limite temporal dos dados disponíveis nesse Sistema no presente ano de 2020, uma vez que os dados sempre são disponibilizados com dois anos de atraso.

A mortalidade no ano de 2010 foi calculada utilizando-se o número de óbitos por determinada patologia dividido pelo número de indivíduos da população (seja população indígena especificamente, seja população brasileira em geral). A mortalidade proporcional, calculada para o conjunto de anos de 2010 a 2018, é definida a partir da divisão do número de óbitos por determinada patologia sobre o número de óbitos totais de uma população.

Foram avaliadas as mortalidades proporcionais por causas básicas no SIM, considerando as seguintes causas básicas de óbitos: 1) doenças infecciosas e parasitárias; 2) neoplasias malignas; doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas; 4) transtornos mentais e comportamentais e doenças do sistema nervoso; 5) doenças do aparelho circulatório; 6) doenças do aparelho respiratório; 7) óbitos relacionados com a gravidez, parto e puerpério; 8) causas externas 9) óbitos sem assistência médica. Foi realizada estratificação por faixa etária, sexo e CID 10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, 10ª versão), tanto no grupo de indígenas, quanto na população brasileira em geral. As faixas etárias consideradas em anos foram de: menores de 1 ano; 1 a 4 anos; 5 a 9 anos; 10 a 14 anos; 15 a 19 anos; 20 a 29 anos; 30 a 39 anos; 40 a 49 anos; 50 a 59 anos; 60 a 69 anos; 70 a 79 anos; 80 anos e mais; e idade ignorada.

A produção da análise se deu considerando:

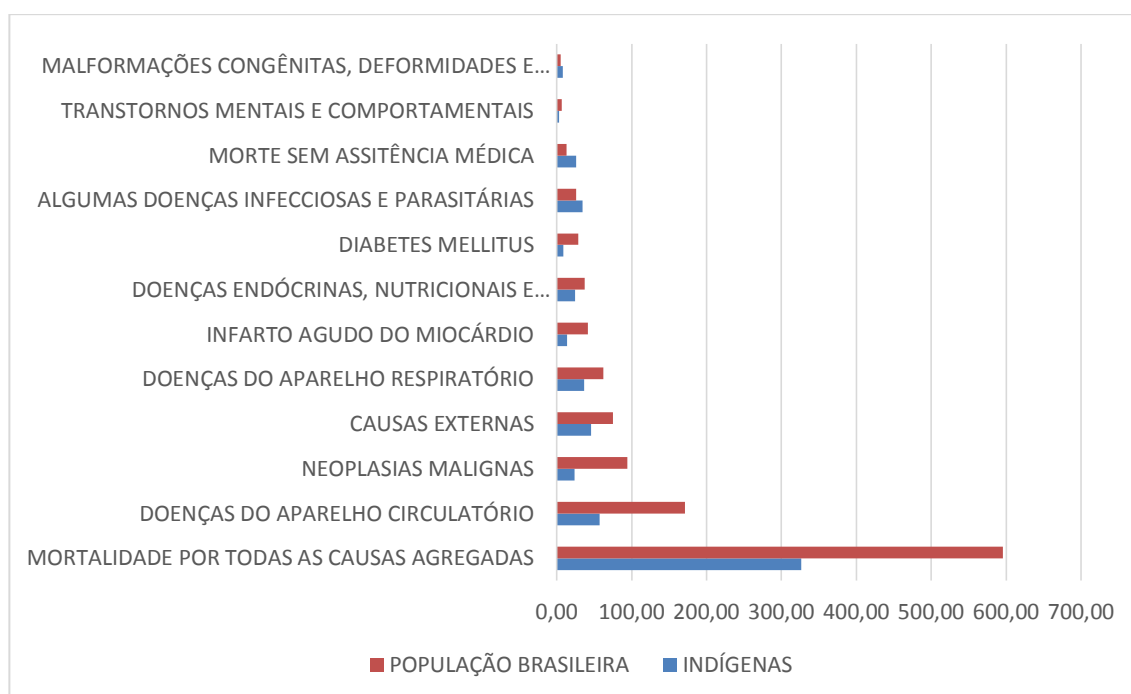
- 1- Causas de óbitos por CID 10, estratificado por faixa etária na população indígena, entre os anos de 2010 e 2018;
- 2- Causas de óbitos por CID 10, estratificado por sexo na população indígena, entre os anos de 2010 e 2018;
- 3- Causas de óbitos por CID 10, estratificado por faixa etária na população brasileira em geral, entre os anos de 2010 e 2018;

4- Causas de óbitos por CID 10, estratificado por sexo na população brasileira em geral, entre os anos de 2010 e 2018.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Analisando o coeficiente de mortalidade especificamente no ano de 2010, calculado a partir do Censo Populacional de 2010, verificou-se que os valores mais altos de coeficiente de mortalidade estão relacionados com óbitos em função de doenças do aparelho circulatório, causas externas, doenças do aparelho respiratório e doenças infecciosas e parasitárias, conforme observado na figura 5.

Figura 5: Coeficiente de mortalidade por causas básicas na população indígena e na população brasileira total, de 2010. Mortes por 100 mil habitantes.



Fonte: SIM, 2020.

Ao analisar o Censo de 2010, Campos et al. (2017) comparou as populações indígenas com não indígenas, concluindo que existia nesse período uma proporção mais elevada de óbitos nas comunidades indígenas (2,19%) se comparada com as não

indígenas (1,77%). Afirma que existem diferenças marcantes nas probabilidades de morte entre esses dois grupos em todas as faixas etárias, em especial no sexo feminino. Além disso, as diferenças entre os óbitos de indígenas e de não indígenas têm maior expressão na infância, entre 0 e 4 anos de idade, no qual se verificou que as taxas do grupo indígena são duas vezes maiores que as taxas dos não indígenas. Nos dados sobre a população adulta, essa autora percebeu que a mortalidade indígena também é superior àquela dos não indígenas, sendo 28% maior para os homens e 19% para as mulheres.

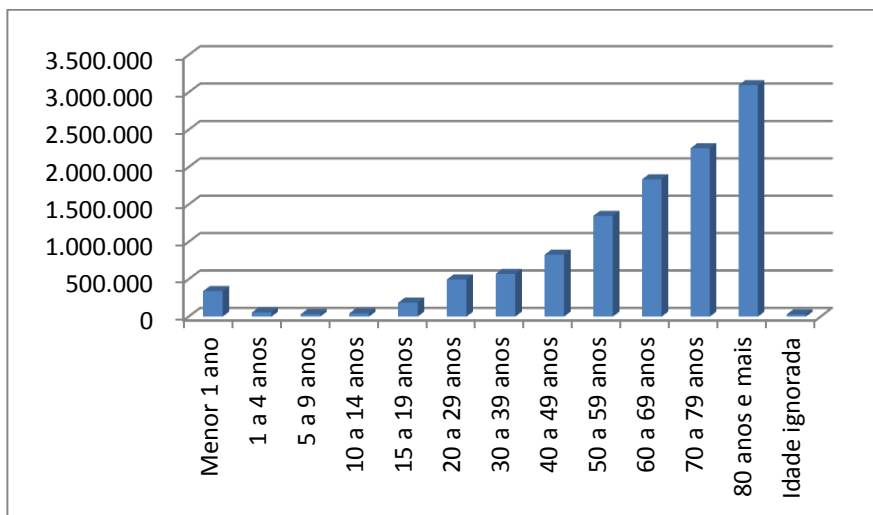
Sendo assim, esses autores concluíram neste estudo que os dados encontrados permitem afirmar que no ano de 2010 as condições de saúde da população indígena eram piores do que as condições de saúde da população em geral. Além disso, se verificou que as populações analisadas estavam em estágios diferentes no processo de transição epidemiológica. Na população indígena, os óbitos por doenças infecciosas e parasitárias permaneciam em destaque, entre as causas mais importantes de mortes. Por outro lado, as doenças crônicas degenerativas ainda apresentavam menor importância nessa população em comparação com os dados de toda a população do Brasil (CAMPOS et al., 2017).

No Brasil, do período de 2010 a 2018, morreram 11.129.453 pessoas. Desse total, 32.282 foram indígenas, representando 0,29% do total das mortes no Brasil. Considerando o sexo nesta população, 56% dos óbitos ocorreram em homens e 43% em mulheres, semelhante ao observado na população brasileira total (indígenas e não indígenas), em que a maior parte dos óbitos também ocorreu no sexo masculino (56%).

No tocante à idade, entre os indígenas constatou-se que 17,9% dos óbitos ocorreram em menores de um ano de idade (5.781 mortes), sendo o sexo masculino aquele com maior concentração de óbitos (55%). Já se tomando o agregado das faixas etárias de menores de um ano e de 1 a 4 anos, o total de mortes de indígenas somam 7.899 óbitos, representando 24% de todos os óbitos indígenas no período. Em relação aos dados tomando toda a população brasileira, as mortes de menores de um ano representaram 3% de todas as mortes no período, sendo que destes 55% foram do sexo masculino. Ao se usar o agregado das faixas etárias de menores de um ano e de 1 a 4 anos, os dados apontam que 3,6% das mortes de brasileiros se encontravam nessa faixa

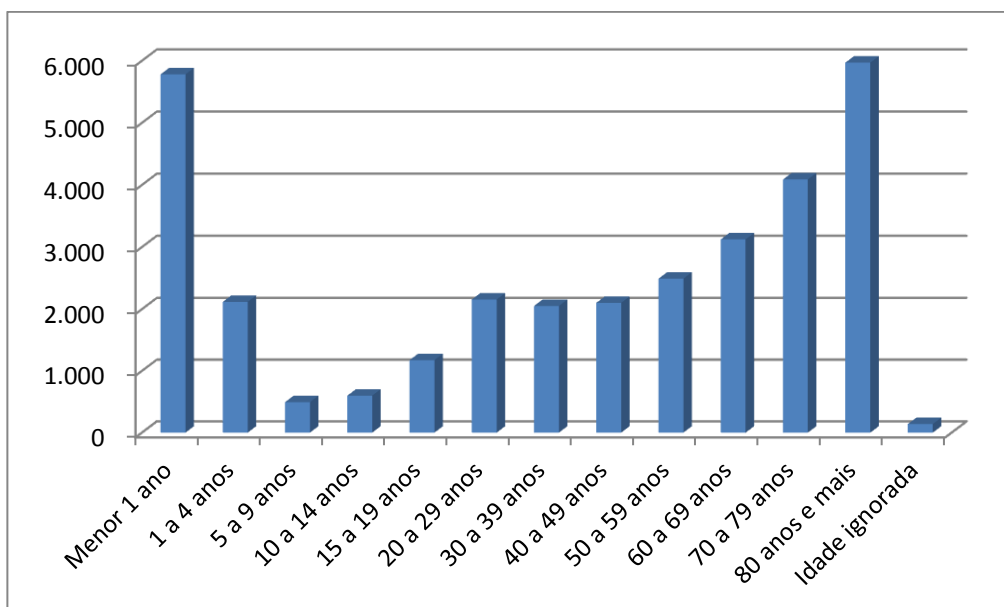
etária. As figuras 1 e 2 apresentam a estratificação por faixa etária dos óbitos na população brasileira e na população indígena, respectivamente.

Figura 1: Número de óbitos por faixa etária na população geral do Brasil, 2010 a 2018.



Fonte: SIM, 2020.

Figura 2: Número de óbitos por faixa etária na população indígena, 2010 a 2018.



Fonte: SIM, 2020.

Na população de adultos indígenas, com idades entre 20 e 59 anos, destacam-se as mortes no sexo masculino, contando com 5.657 mortes, que representam 17,5% do total de mortes no período. Esses dados apontam grande diferença em relação aos óbitos de mulheres adultas na mesma faixa etária, que conta com 3.137 mortes nos anos analisados, o que representou 9,7% de todas as mortes no período. Na população brasileira total, os óbitos de homens adultos (de 20 a 59 anos) representaram 19,8% de todas as mortes no período. Já os óbitos de mulheres adultas representaram 9,3% de todas as mortes no período.

A população idosa indígena (acima de 60 anos) tem grande impacto nos dados de óbitos do período, somando 13.180 mortes, o que representa 40% de todas as mortes entre indígenas. Foram 3.123 óbitos na faixa etária de 60 a 69 anos, 4.088 na faixa etária de 70 a 79 anos e 5.969 mortes na faixa etária de maiores de 80 anos. Nessa população idosa se verifica a aproximação do número de óbitos no sexo feminino em relação ao sexo masculino, porém somente na faixa etária de 80 anos ou mais é que se visualiza maior número de óbitos no sexo feminino, mesmo que por uma diferença pequena. Em nenhuma outra faixa etária o sexo feminino ultrapassa o masculino no número de óbitos entre indígenas. Já os mais idosos de ambos os sexos, com 80 anos ou mais, representam 18,5% dos óbitos no período. Nessa faixa etária a diferença entre os sexos é pequena em número de indivíduos falecidos (2.913 mulheres e 3.051 homens).

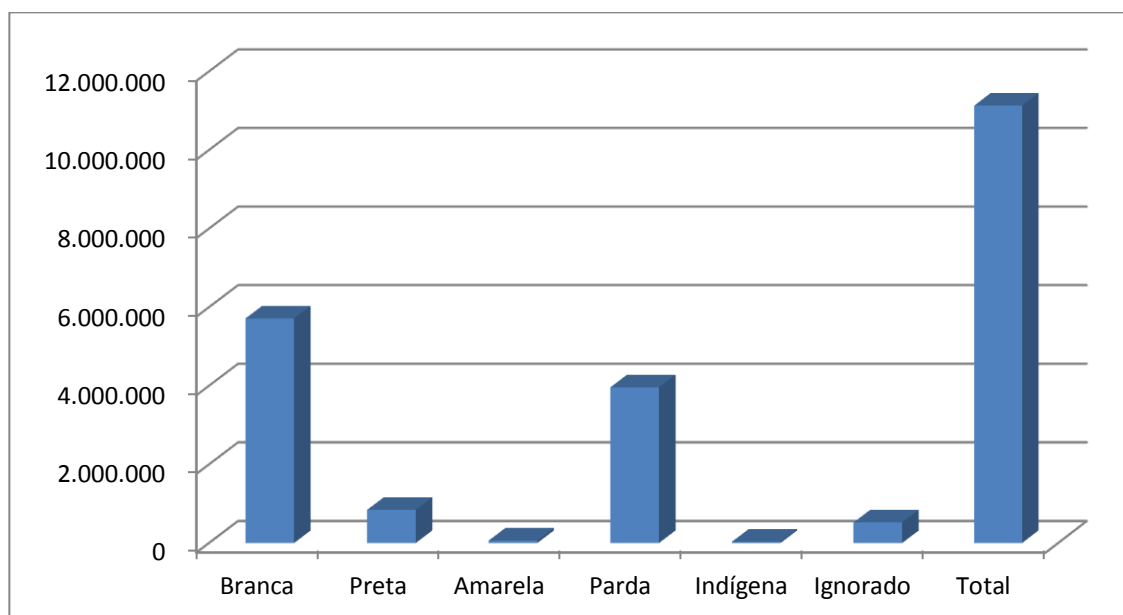
Na população idosa (acima de 60 anos) do Brasil como um todo houve 7.186.506 mortes entre os anos de 2010 e 2018, o que representou 65% de todas as mortes entre brasileiros no período. Nesta faixa etária não houve diferença entre os sexos. Na faixa etária de 80 anos ou mais é o único momento em que se visualiza maior número de óbitos no sexo feminino em relação ao masculino no Brasil, respectivamente 1.776.909 e 1.319.045 de óbitos. Tal qual verificado entre os indígenas, na população brasileira com um todo, em nenhuma outra faixa etária o sexo feminino ultrapassa o masculino no número de óbitos. Entre os idosos com 80 anos ou mais houve 3.096.298 mortes no Brasil, que representaram 27,8% de todos os óbitos no período.

Os dados de óbitos em indígenas apontam que houve 138 mortes de pessoas com a idade ignorada e 84 com o sexo ignorado na descrição do óbito, representando 427 a

cada 100.000 óbitos com idade ignorada e 260 a cada 100.000 óbitos com sexo ignorado. Além disso, 44 pessoas não tem descrição seja de idade, seja de sexo, ou seja, 136 a cada 100.000 mortes. Já os dados de óbitos na população brasileira em geral mostram que houve 31.532 mortes de pessoas com a idade ignorada e 5.383 pessoas tem o sexo ignorado na descrição do óbito, que representa que para cada 100.000 mortes, 283 tiveram a idade ignorada e 48 tiveram o sexo ignorado (figura 4). Além disso, 2.431 pessoas que morreram não têm descrição seja de idade, seja de sexo, representando 22 a cada 100 mil óbitos.

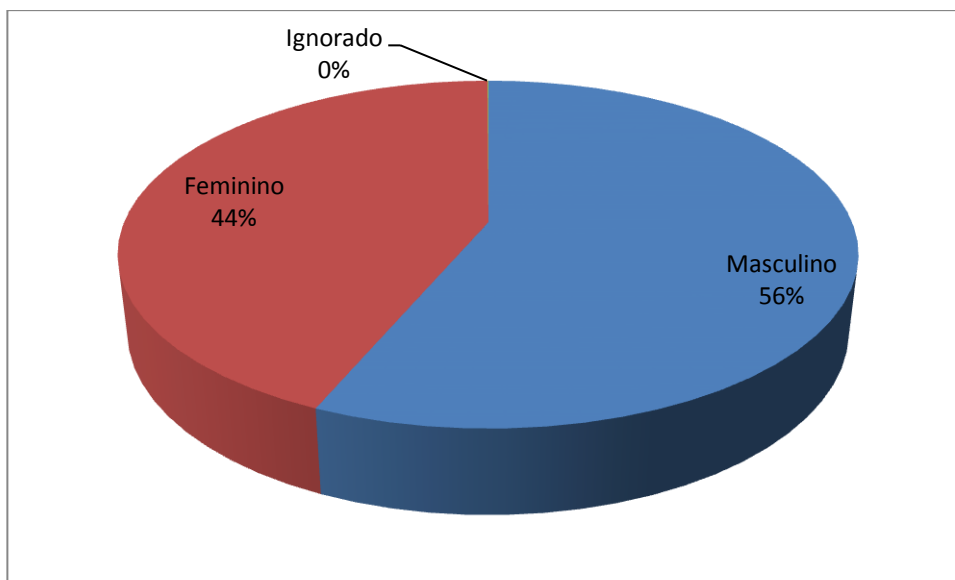
Os dados do SIM também apontam que de todos os óbitos na população brasileira, a maioria está descrita na categoria dos brancos, que responderam por 51,3%. Os pardos responderam por 35% das mortes no período e pessoas de pele cor preta por 7,5%. Indígenas responderam por 0,29% de todas as mortes no Brasil entre os anos de 2010 e 2018 (figura 3). As pessoas que morreram e tiveram a cor da pele ignorada na descrição do óbito responderam por 4,6% de todos os óbitos, valor mais de 20 vezes superior ao descrito para os óbitos indígenas, o que reflete precariedade na produção dos dados.

Figura 3: Óbitos na população brasileira divididos por raça/cor, 2010 a 2018.



Fonte: SIM, 2020.

Figura 4: Proporção de mortes no Brasil por sexo, 2010 a 2018.



Fonte: SIM, 2020.

Analisando os dados epidemiológicos do estado do Mato Grosso do Sul entre os anos de 2001 e 2007, Ferreira et al. (2011) afirmam que as taxas de mortalidade eram mais elevadas na população indígena do que na população total do estado. O padrão de mortalidade encontrado no estudo foi caracterizado pela maior concentração dos óbitos em menores de cinco anos, representando nesta faixa etária mais de duas vezes o valor verificado na população geral do estado. Para os autores esses dados refletem as precárias condições de vida das populações indígenas nessa região, com alta prevalência de desnutrição infantil e condições ambientais insatisfatórias. Além disso, os dados evidenciam as precárias condições de acesso aos serviços de saúde da população indígena local, uma vez que as altas taxas de mortalidade infantil (em especial pós-natal, que respondeu por 62,8% dos óbitos de indígenas), bem como o impacto elevado dos óbitos por doenças do aparelho respiratório e pelas doenças infecciosas e parasitárias são elementos passíveis de prevenção com a utilização de tecnologias simples e de custo relativamente baixo. Além disso, percebeu-se que a mortalidade na população indígena do Mato Grosso do Sul no período analisado foi maior no sexo masculino em quase todas as faixas etárias, exceto nas faixas etárias de 10-14 e 55-59 anos (FERREIRA et al., 2011).

Os autores do estudo citado afirmam que as causas externas corresponderam à principal causa de mortalidade na população indígena da região, entre os anos de 2004 e

2006, respondendo por 22,4% dos óbitos. Em seguida, as principais causas de óbitos nessa população indígena são as doenças do aparelho respiratório, com 14,9%; as doenças do aparelho circulatório, com 14,3%; e as doenças infecciosas e parasitárias com 11,7% dos óbitos. No estudo em questão também se verificou que a proporção de óbitos por causas mal definidas na população indígena foi bem mais elevada que a da população total, sendo de 12% e 1,7%, respectivamente (FERREIRA et al., 2011).

Descrevendo o perfil de óbitos no Brasil nas décadas de 1980, Paes e Silva (1999) afirmam que as doenças infectoparasitárias ocupavam o quarto lugar entre as causas de morte no sexo masculino e o terceiro lugar no feminino. Em 1990, houve uma redução da proporção de mortes indígenas em decorrência dessas patologias. No entanto, a mortalidade por tais morbidades permaneceu elevada no país. Outro ponto de destaque apresentado no estudo foi o maior número de óbitos por doenças infecciosas e parasitárias ocorrendo na população menor de 1 ano e no grupo de 1 a 4 anos, em ambos os sexos. Os autores associam esses achados ao fato desses dois grupos etários, principalmente os menores de 1 ano, serem altamente susceptíveis ao meio externo, refletindo problemas sociais como a pobreza, as condições de habitação inadequadas, déficits na alimentação e a higiene precária (PAES E SILVA, 1999).

3.1 DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS

Entre os indígenas brasileiros, as doenças infecciosas e parasitárias responderam por 2.916 óbitos no período, sendo que 56% ocorreram no sexo masculino. Assim, estas patologias responderam por 9% de todos os óbitos de indígenas no período analisado (figura 7). Destacaram-se nesse âmbito as doenças infecciosas intestinais, com 1.250 óbitos (42% de todas as doenças infecciosas e parasitárias) e a diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível com 1.108 óbitos (38% das mortes por todas as doenças infecciosas e parasitárias). Juntas elas respondem por 81% de todas as doenças infecciosas e parasitárias e representam 7% de todos os óbitos indígenas no período.

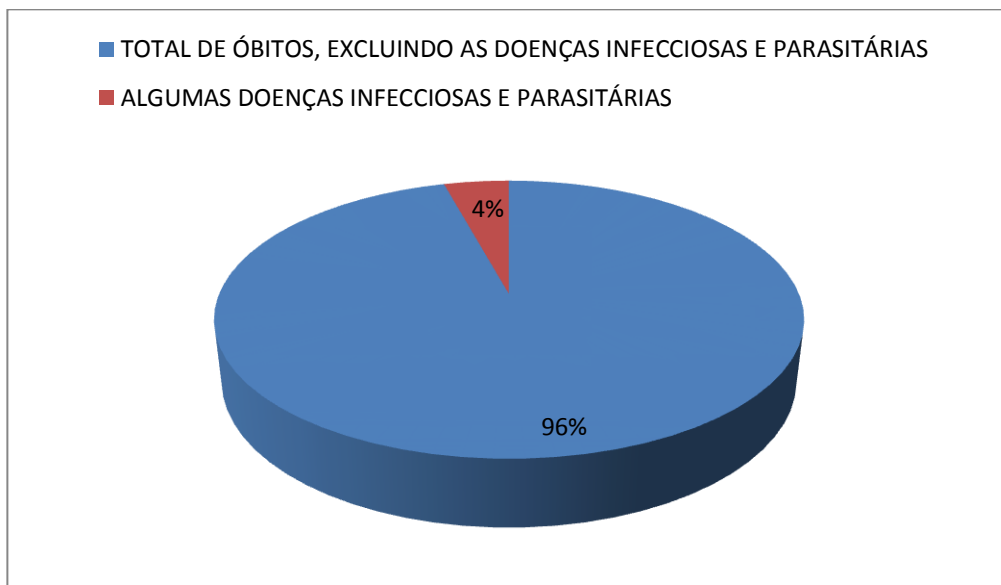
Entre todas as doenças infecciosas e parasitárias avaliadas neste trabalho há pequena prevalência de óbitos no sexo masculino, que representou 56% do total de óbitos por esses tipos de patologias. Nesse período, 417 indígenas morreram devido a tuberculose (TB), sendo 278 no sexo masculino, ou seja 66%. A maior parte dos casos

de óbitos por tuberculose foi na forma respiratória, com 370 dos 417 óbitos por tuberculose. Entre as mortes por TB respiratória, 249 foram no sexo masculino (67% das mortes por TB respiratória). Outras formas de tuberculose responderam por 47 óbitos. Outras doenças de destaque no contexto Brasileiro são a dengue e a infecção pelo HIV. Os dados mostram que nesse período só houve um caso registrado de falecimento por dengue entre indígenas, sendo no sexo masculino, o que possivelmente também reflete fragilidade na descrição dessa informação. Já em se tratando de HIV/AIDS, foram registrados 255 óbitos de indígenas, 145 em homens (56%).

Já na população brasileira em geral, as doenças infecciosas e parasitárias responderam por 4% de todos os óbitos no período (figura 6), sendo que 57% ocorreram no sexo masculino. Nesse grupo de patologias se destacaram o HIV com 109.678 mortes no período (23% das mortes por todas as doenças infecciosas e parasitárias), a doença de Chagas com 41.122 óbitos (9% de todas as doenças infecciosas e parasitárias) e a tuberculose com 40.965 (9%) mortes, sendo 37.346 na forma de tuberculose pulmonar. Juntas elas respondem por 40% de todas as mortes por doenças infecciosas e parasitárias nos brasileiros e representam 1,7% de todos os óbitos de brasileiros no período. As doenças infecciosas intestinais com 40.577 mortes e a diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível com 34.583 mortes, que são tão relevantes na realidade indígena, representaram 0,67% de todas as mortes de brasileiros no período.

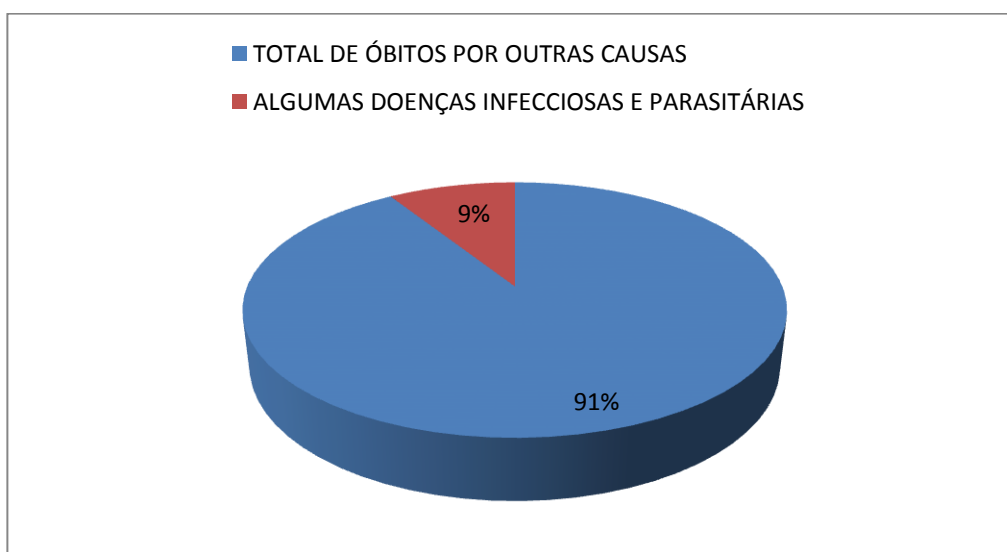
Entre todas as doenças infecciosas e parasitárias em brasileiros no geral há pequena prevalência de óbitos no sexo masculino, que representou 56,8% do total de óbitos por esses tipos de patologias. Em relação à tuberculose, essa patologia gerou mais mortes em homens, com 74% das mortes ocorrendo nesse sexo. A maior parte dos casos de óbitos por tuberculose de fato ocorreu na forma respiratória, representando 91% dos óbitos por tuberculose no Brasil. Os dados mostram que nesse período houve 2.685 casos registrado de falecimento por dengue entre brasileiros, sendo 53% no sexo masculino. Já a AIDS foi mais prevalente em homens como causa de óbitos, atingindo a marca de 66% no sexo masculino.

Figura 6: Mortalidade proporcional por doenças infecciosas e parasitárias na população geral do Brasil, 2010 a 2018.



Fonte: SIM, 2020.

Figura 7: Mortalidade proporcional em decorrência de doenças infecciosas e parasitárias na população indígena, de 2010 a 2018.



Fonte: SIM, 2020.

Por toda história do Brasil, as doenças infectoparasitárias dominam o perfil de morbimortalidade indígena. Nesse percurso, as epidemias de viroses, em especial de gripe e de sarampo, matavam milhares de indígenas em um curto intervalo de tempo, exterminando aldeias inteiras ou reduzindo drasticamente a população, o que acabava por comprometer a continuidade cultural e social dessas etnias. Até um passado recente esse quadro não sofreu alterações, porém na atualidade é raro tal nível de comprometimento, mesmo que tais patologias ainda possuam alto impacto no cotidiano da grande maioria dos povos indígenas brasileiros (SANTOS E COIMBRA, 2003).

Nesse contexto, é importante ressaltar que maioria das áreas indígenas possui precárias condições de saneamento básico. Além disso, raramente os serviços de saúde indígenas dispõem de infraestrutura sanitária adequada. Também é comum a ausência de infraestrutura relacionada com a coleta dos dejetos, bem como a deficiência de acesso à água potável nas aldeias. Nesse cenário, as parasitoses intestinais são amplamente disseminadas (SANTOS E COIMBRA, 2003).

No trabalho de Ferreira et al (2011) já mencionado, as doenças infecciosas e parasitárias apresentaram taxas significativamente mais elevadas para as mulheres e homens indígenas em comparação com o grupo controle não indígena. Mulheres e homens indígenas apresentaram maiores riscos de morte por doenças infecciosas intestinais e tuberculose. Neste estudo, as doenças infecciosas intestinais responderam por 64,5% das mortes deste grupo de causa entre as mulheres e 64,7% entre os homens. Para a tuberculose, estes percentuais foram de 13,1% e 17,6%, respectivamente (FERREIRA, 2011).

A persistência do elevado percentual de óbitos por doenças infecciosas e parasitárias na população indígena indica, segundo os autores, um contraste entre estes povos e a população brasileira, uma vez que nesta os óbitos por doenças infectoparasitárias vêm declinando desde a década de 1930. Refletindo sobre esse dados os autores apresentam que as doenças intestinais, principalmente a diarreia, são comuns em áreas com precárias condições de saneamento. Além disso, a qualidade da água, a mudança nos hábitos de higiene, assim como a adequação do esgotamento sanitário, foram fatores importantes no controle dessas doenças na população brasileira. Outro ponto de destaque foi a ampliação da educação em saúde e a introdução da terapia de

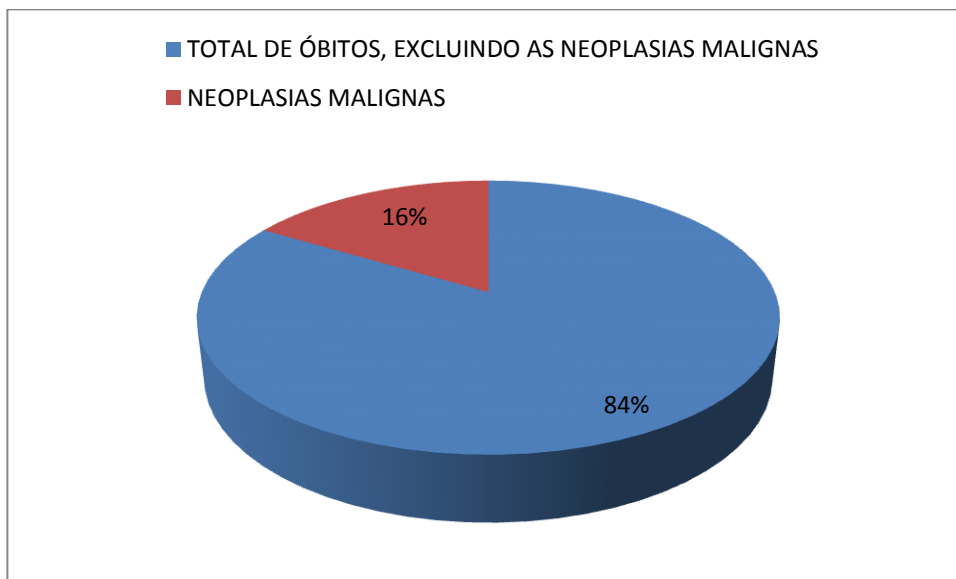
reidratação oral, o que também contribuíram significativamente para a diminuição da mortalidade por essas doenças (FERREIRA, 2011).

3.2 NEOPLASIAS MALIGNAS

Em relação às neoplasias malignas na população indígena, os dados apontam que essas patologias responderam pela morte de 2.838 pessoas no período analisado, que representam 8,8% das mortes de indígenas no período (figura 9). Destas, 51% ocorreram no grupo feminino, ou seja, não há diferença expressiva entre os sexos. Há bastante diluição das mortes pelos diversos tipos de neoplasias (figura 10), porém as mais prevalentes em ordem decrescente são a neoplasia maligna do estômago (9,0% dos óbitos por neoplasias malignas), do colo de útero (8,9%), da árvore respiratória (8,4%) e do fígado e vias biliares (7,6%). Duas importantes neoplasias em termos de óbitos no contexto brasileiro são as neoplasias malignas de mamas e as neoplasias malignas de próstata. A neoplasia maligna de mama representou 3,9% dos óbitos por neoplasias e 0,35% de todos os óbitos de indígenas no período. Já a neoplasia maligna de próstata representou 6,2% dos óbitos por neoplasias e 0,55% de todos os óbitos de indígenas.

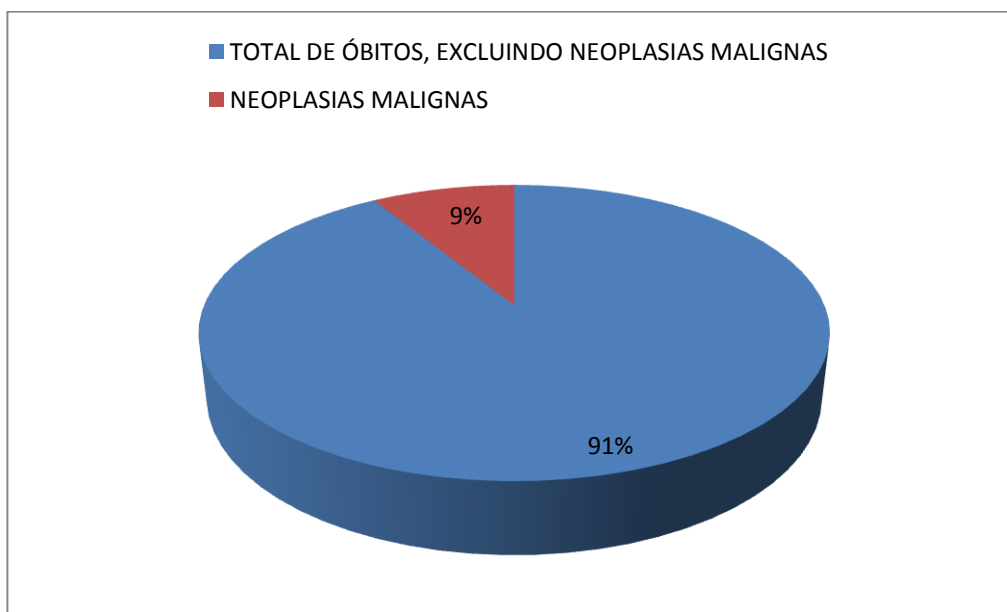
Na população brasileira em geral, essas patologias responderam por 16% de todos os óbitos no período (figura 8), sendo óbitos por essas patologias mais prevalentes no sexo masculino (56%). Há bastante diluição das mortes pelos diversos tipos de neoplasias, assim como nos resultados de neoplasias como causa de óbito em indígenas. As causas de óbitos por neoplasias malignas mais prevalentes na população brasileira em geral, em ordem decrescente, são a neoplasia maligna da traqueia, brônquios e pulmões (12% dos óbitos por neoplasias), seguida por neoplasias do colón, reto e anus (8% dos óbitos por neoplasias), e neoplasias de próstata (7%) e neoplasias malignas do estômago (também 7% dos óbitos por neoplasias). A neoplasia maligna de mama representou 7,4% dos óbitos por neoplasias e 1,2% de todos os óbitos de brasileiros no período.

Figura 8: Mortalidade proporcional por neoplasias malignas na população geral do Brasil, de 2010 a 2018.



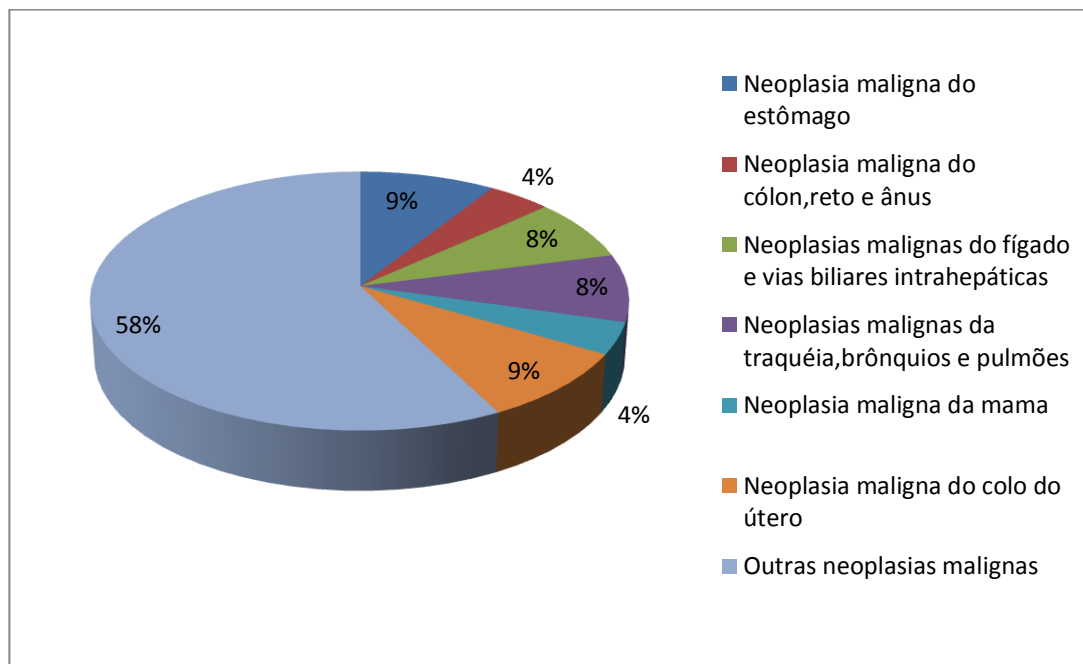
Fonte: SIM, 2020.

Figura 9: Mortalidade proporcional por neoplasias malignas na população indígena do Brasil, de 2010 a 2018.



Fonte: SIM, 2020.

Figura 10: Proporção das neoplasias malignas descritas como causa básica nos óbitos de indígenas, 2010 a 2018.



Fonte: SIM, 2020.

Em relação às neoplasias malignas na população indígena no estado do Acre entre os anos de 2000 e 2012, Borges et al. (2019) descrevem que as cinco principais causas de óbitos por neoplasias malignas em homens foram as de estômago, respondendo por 25,5% dos óbitos por neoplasias malignas em indígenas, seguida das de fígado (19,1%), cólon e reto (8,5%), leucemia (8,5%) e próstata (8,5%). Entre as mulheres indígenas, as neoplasias mais implicadas em óbitos foram o câncer do colo do útero, respondendo por 36,4% dos óbitos, seguido de neoplasias de estômago (12,1%), fígado (6,1%), leucemia (6,1%), neoplasia secundária de órgãos digestivos (6,1%) e útero (6,1%). Além disso, os autores afirmam que a carga de câncer de estômago entre indígenas quando comparados aos não indígenas é aumentada, sendo favorecida por aspectos comuns à realidade indígena, tais como elevada aglomeração intradomiciliar, inadequada conservação dos alimentos e precariedade na infraestrutura e nas condições

de saneamento básico, o que contribuem para a disseminação da *Helicobacter pylori*, principal fator associado à etiologia desta neoplasia.

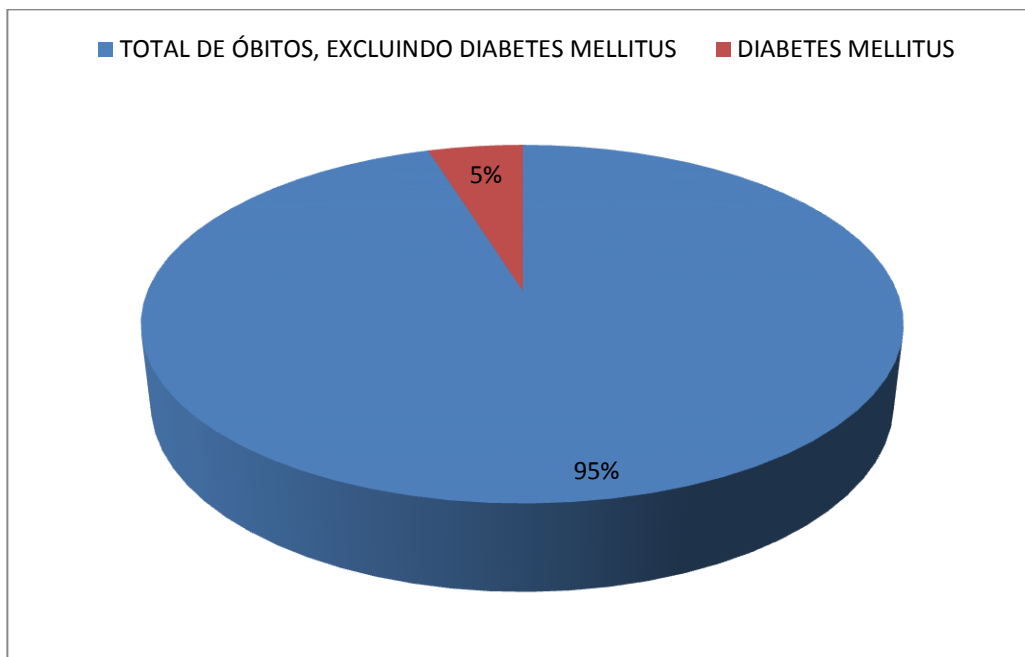
Desse modo, o trabalho citado aponta que as dificuldades de acesso aos serviços de diagnósticos e de tratamento precoce, podem ter implicações relevantes para uma maior mortalidade, algo que foi observado na população indígena do Acre estudada. Assim, a relevância de neoplasias passíveis de prevenção como causas importantes de óbitos indígenas, em especial as de colo uterino, bem como àquelas neoplasias relacionadas ao subdesenvolvimento, como as de estômago e as de fígado, ambas em magnitudes superiores ao esperado quando comparadas a população não indígena do Acre, apontam para a necessidade de estruturação dos programas de controle do câncer cervical, além do diagnóstico e tratamento oportuno para o conjunto das neoplasias observadas. Desse modo, os autores afirmam a importância da adequação dos serviços às necessidades das populações indígenas, envolvendo programas de educação em saúde, com foco no rastreamento, no diagnóstico e no tratamento oncológico oportuno, sempre tendo em vista os aspectos culturais dos grupos e sendo estabelecido um trabalho de parceria com as comunidades (BORGES, 2019).

3.3 DOENÇAS ENDÓCRINAS, NUTRICIONAIS E METABÓLICAS

Doenças deste grupo corresponderam a cerca de 3% dos óbitos na população indígena (figura 12). Diabetes mellitus esteve envolvido na morte de 986 indígenas, (619 mulheres indígenas, ou seja 63% no sexo feminino), representando 3% das mortes de indígenas entre os anos de 2010 e 2018. As anemias foram descritas em 210 falecimentos de indígenas no período, respondendo por 0,6% dos óbitos de indígenas no período, e a desnutrição causou a morte de 842 indígenas, sendo ambas divididas aproximadamente de modo igual entre os sexos. A desnutrição representou 2% do total de óbitos de indígenas no período.

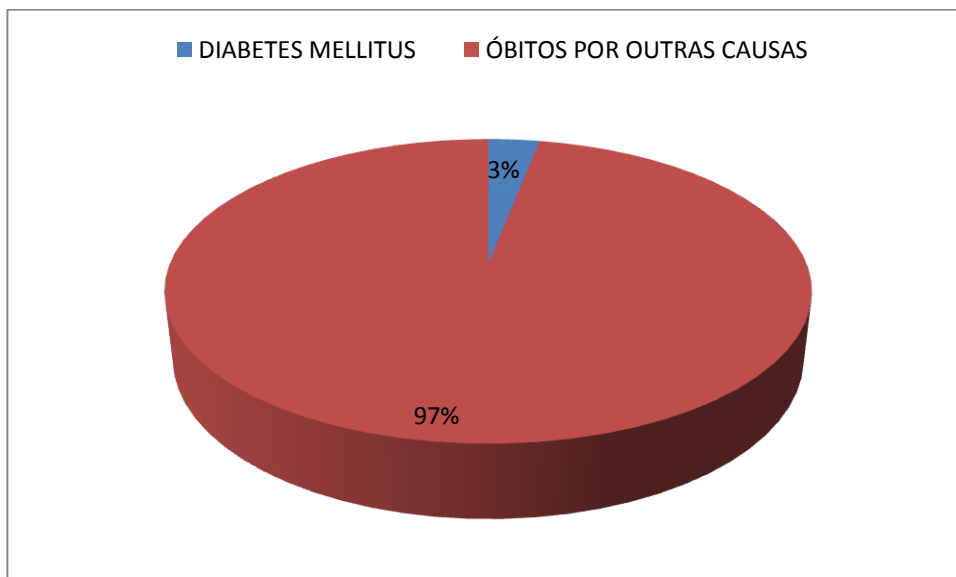
Na população brasileira em geral, o diabetes mellitus representou aproximadamente 5% de todos os óbitos de brasileiros no período analisado (figura 11), sendo mais incidente como causa de morte no sexo feminino, com 55%. Já as anemias responderam por 0,3% dos óbitos de brasileiros no período e a desnutrição, por 0,5%, sendo praticamente igualmente dividido entre os sexos.

Figura 11: Mortalidade proporcional por Diabetes Mellitus na população brasileira em geral, 2010 a 2018.



Fonte: SIM, 2020.

Figura 12: Mortalidade proporcional por Diabetes Mellitus na população indígena, de 2010 a 2018.



Fonte: SIM, 2020.

Santos e Coimbra (2003) relatam o impacto da emergência de doenças crônicas não-transmissíveis nos povos indígenas do Brasil, com destaque para a obesidade, a hipertensão arterial, e o diabetes mellitus tipo II. Para esses autores, as modificações na subsistência, na dieta e na atividade física em conjunto com as mudanças socioculturais e econômicas resultantes da interação com a população não indígena têm gerado o surgimento e a disseminação dessas doenças crônicas como elementos importantes no perfil de morbidade e mortalidade indígena.

Segundo esses autores citados, nas décadas de 1970 e 1980, a imagem de índios obesos sofrendo de diabetes era estranha para a maioria dos antropólogos e médicos que visitavam as comunidades. Em um passado próximo, os povos indígenas dependiam de atividades corporais cotidianamente para garantirem a subsistência, como a agricultura, a caça, a pesca e a coleta. A mudança vem ocorrendo a partir da interação com os não indígenas, o que tem provocado tanto a redução dos territórios indígenas, quanto a modificação da economia e modos de produção. Esses aspectos têm gerado importantes alterações nos sistemas de subsistência, ocasionando o empobrecimento e a carência alimentar. Além disso, várias etnias indígenas possuem parcelas significativas de suas populações vivendo em áreas urbanas precárias, de modo que já não mais produzem diretamente os seus alimentos e comprometem a manutenção da sua segurança alimentar (SANTOS E COIMBRA, 2003).

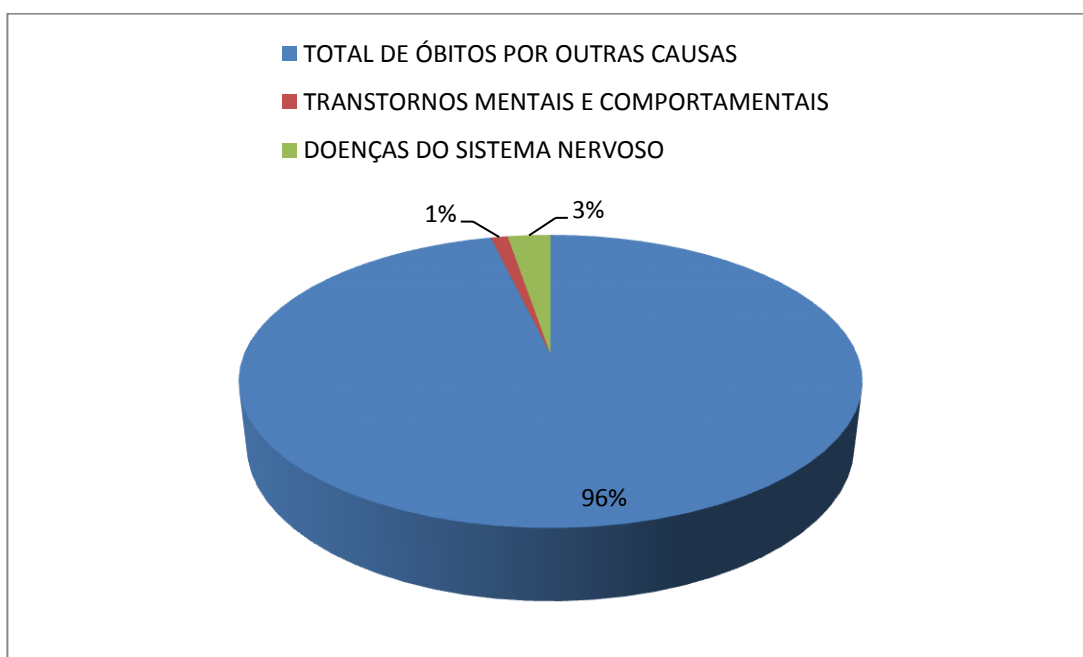
3.4 TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS E DOENÇAS DO SISTEMA NERVOSO

Os transtornos mentais e comportamentais responderam 310 mortes de indígenas, sendo mais prevalentes no sexo masculino. Assim, 0,96% das mortes de indígenas no período decorreram de transtornos mentais. Destas, 205 ocorreram em homens em função de transtornos associados ao uso de substâncias, representando 77% dos óbitos associados a esse grupo de patologias. A principal causa desses óbitos estava relacionada com uso de álcool, sendo que entre os 266 óbitos por substâncias psicoativas, 230 estavam associadas ao uso do álcool. As doenças do sistema nervoso, que englobam patologias como Alzheimer e epilepsia, foram relevantes no período, levando ao óbito 66 e 103 indígenas, respectivamente. Dessa maneira, 533 indígenas

vieram a óbito devido a doenças do sistema nervoso, sendo 292 do sexo masculino (54%). Essas doenças representaram 1,6% de todos os óbitos de indígenas no período analisado (figura 14).

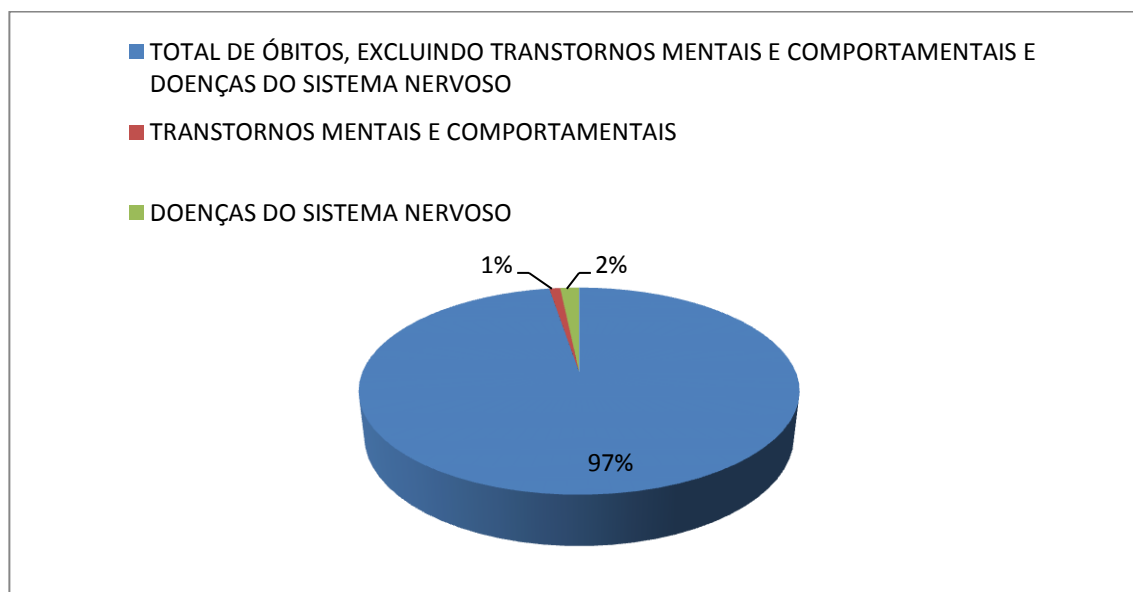
Na população brasileira em geral, os transtornos mentais responderam 1,0% das mortes no período, sendo mais prevalentes no sexo masculino, com 71%. Houve mais óbitos no sexo masculino em função de transtornos associados ao uso de substâncias, representando 66% dos óbitos associados aos transtornos mentais e 0,7% de todos os óbitos de brasileiros no período. A principal causa desses óbitos estava relacionada com uso de álcool, que respondeu por 77% de todos os óbitos por substâncias psicoativas. 2,6% de todas as mortes de brasileiros ocorreram em função de doenças do sistema nervoso, sendo mais incidente no sexo feminino. Entre essas patologias se destacam como mais incidentes em causas básicas de óbitos o Alzheimer, representando 48% dos óbitos por doenças do sistema nervoso e 1,2% de todos os óbitos de brasileiros no período, sendo mais prevalente como causa de óbito no sexo feminino (64%), e a epilepsia, com 7% dos óbitos por doenças do sistema nervoso (figura 13).

Figura 13: Mortalidade proporcional por transtornos mentais e comportamentais e em decorrência de doenças do sistema nervoso na população brasileira em geral, 2010 a 2018.



Fonte: SIM, 2020.

Figura 14: Mortalidade proporcional por transtornos mentais e comportamentais e em decorrência de doenças do sistema nervoso na população indígena, 2010 a 2018.



Fonte: SIM, 2020.

Em relação ainda a essa mudança do perfil epidemiológico, em paralelo à emergência de doenças crônicas não-transmissíveis nas populações indígenas como principais causas de óbitos, há um crescente número de relatos sobre a ocorrência de transtornos psiquiátricos causando mortes. Essas patologias impactam sobre as comunidades de forma disseminada, afetando jovens e adultos de ambos os sexos. Nesse sentido, a ocorrência de suicídio, de alcoolismo e de drogadição está em crescimento nas mais diferentes etnias indígenas, bem como na população brasileira em geral. (SANTOS E COIMBRA, 2003)

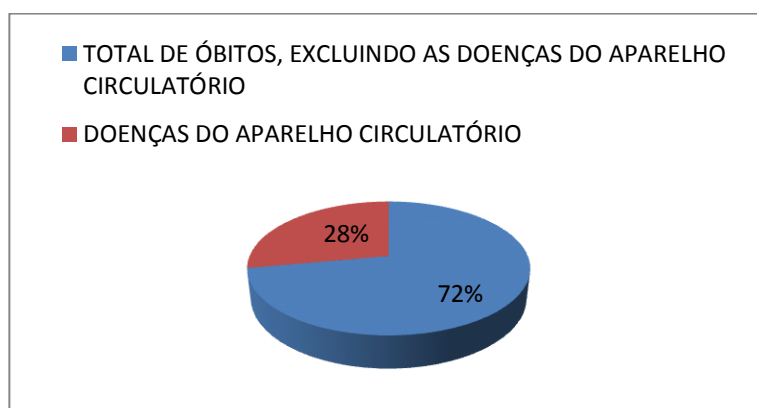
3.5 DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATORIO

Doenças do aparelho circulatório concentraram 5.419 óbitos em indígenas no período, sendo as principais causas de óbitos de indígenas no período de 2010 a 2018, representando 16,7% de todas as mortes de indígenas (figura 16). Doenças isquêmicas

do coração causaram 1.549 mortes, 913 no sexo masculino (60%), de modo que essa patologia representou 4,7% de todas as mortes de indígenas no período e 28,5% todas as mortes de indígenas em decorrência de problemas no aparelho circulatório. A doença hipertensiva gerou 995 mortes, destas 498 eram mulheres (50%). A doença hipertensiva 3% de todas as mortes de indígenas no período e 18,4% todas as mortes de indígenas em decorrência de problemas no aparelho circulatório. Doença cerebrovascular gerou 1.654 mortes, 850 no sexo masculino (51%), ou seja, 5 % de todas as mortes de indígenas no período e 30% todas as mortes de indígenas em decorrência de problemas no aparelho circulatório.

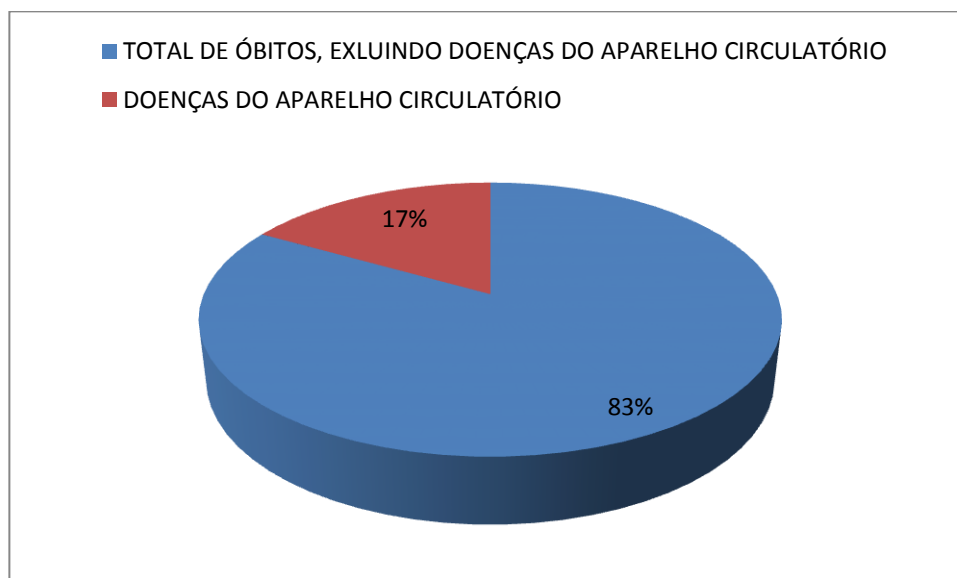
Na população brasileira em geral, as doenças do aparelho circulatório foram as principais causas de óbitos no período de 2010 a 2018, representando 27,9% de todas as mortes de brasileiros (figura 15). Doenças isquêmicas do coração causaram mais mortes no sexo masculino (58%), sendo que essa patologia representou 8,8% de todas as mortes de brasileiros no período e 31,6% em decorrência de problemas no aparelho circulatório. A doença hipertensiva gerou mais mortes no sexo feminino (53%), sendo que essa patologia representou 3,8% de todas as mortes de brasileiros no período e 14% em decorrência de problemas no aparelho circulatório. Por fim, a doença cerebrovascular teve praticamente a mesma incidência como causa de óbitos nos sexo masculino e feminino, sendo que essa patologia representou 8% de todas as mortes de brasileiros no período e 29% das mortes em decorrência de problemas no aparelho circulatório na população brasileira.

Figura 15: Mortalidade proporcional por doenças do aparelho circulatório na população brasileira em geral, 2010 a 2018.



Fonte: SIM, 2020.

Figura 16: Mortalidade proporcional por doenças do aparelho circulatório na população indígena, 2010 a 2018.



Fonte: SIM, 2020.

Em trabalho sobre a mortalidade cardiovascular de populações indígenas do Vale do São Francisco (Bahia e Pernambuco), no período de 2007-2011, Armstrong et al. (2018) constataram que a mortalidade cardiovascular foi de 24% no grupo de comunidades indígenas menos urbanizadas e de 37% no grupo de comunidades indígenas mais urbanizadas. Assim, os autores concluíram que a urbanização pareceu influenciar os aumentos de mortalidade por eventos cardiovasculares dos povos indígenas, sugerindo que mudanças no estilo de vida e mudanças ambientais, ambas relacionadas com a urbanização, somadas à precariedade da atenção à saúde dessas populações podem estar implicadas no aumento do risco cardiovascular nos povos indígenas.

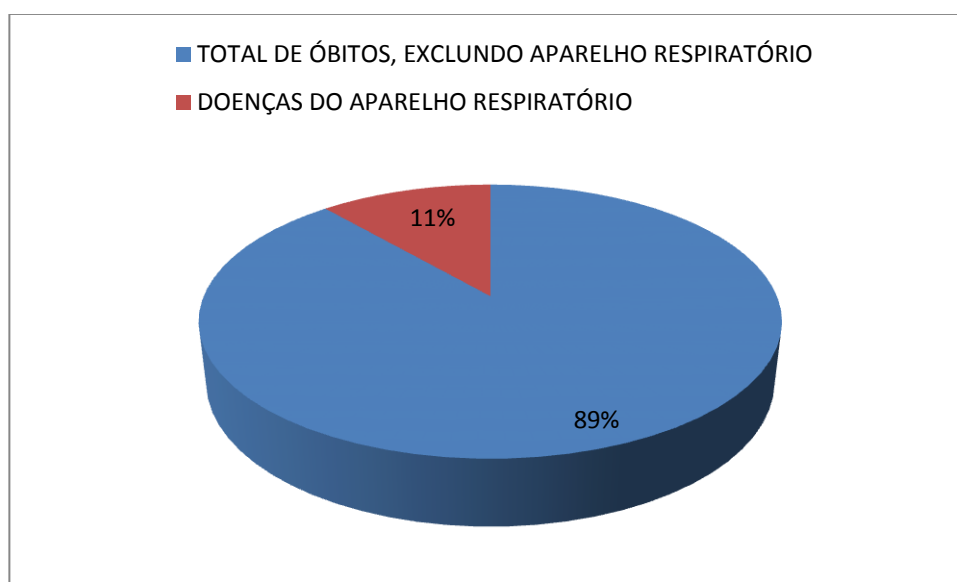
3.6 DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO

As doenças do aparelho respiratório geraram 3.814 mortes em indígenas entre 2010 e 2018, sendo 2.017 em homens (53%). Este grupo de patologias representou 11,8% de todas as mortes de indígenas no período (figura 18). A principal causa de

óbitos nesse grupo de doenças foi a pneumonia, que matou 2.377 indígenas, representando 62,3% das mortes relacionadas com o aparelho respiratório e 7,3% todas as mortes de indígenas no período analisado. Assim, essa é a patologia isolada associada ao maior número de mortes entre os indígenas.

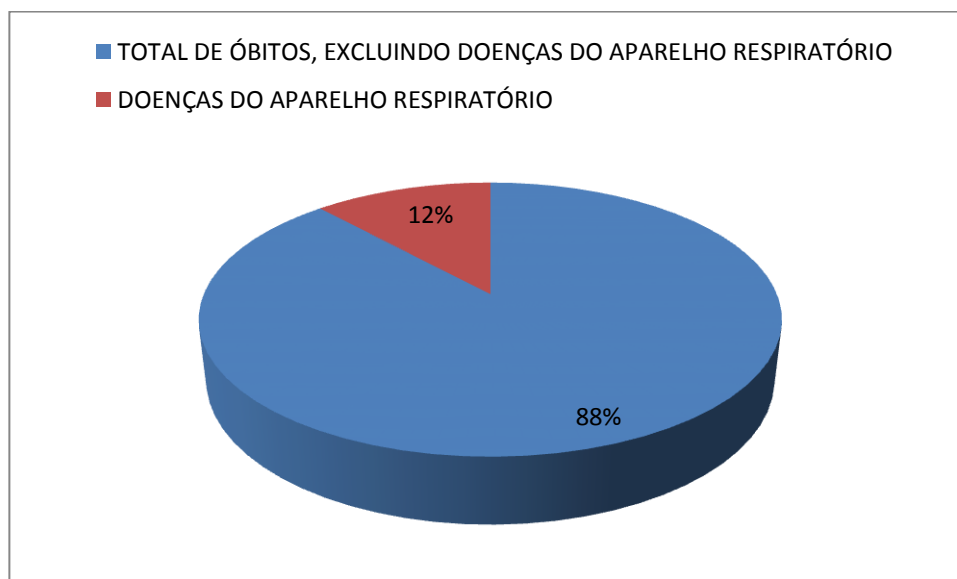
Entre os brasileiros em geral, as doenças do aparelho respiratório responderam por 11,3% de todas as mortes entre 2010 e 2018 (figura 17), sendo mais incidentes como causa de óbitos no sexo masculino (51%). A principal causa de óbitos nesse grupo de patologias foi a pneumonia como 633.400 mortes, que representou 50% das mortes em decorrência de problemas no aparelho respiratório e 5,6% de todas as mortes de brasileiros no período analisado. Assim, essa é a terceira patologia isolada associada ao maior número de mortes entre os brasileiros, ficando atrás de infarto agudo do miocárdio com 790.621 (7,1% de todas as mortes de brasileiros) e das doenças cerebrovasculares com 904.600 mortes (8% de todas as mortes de brasileiros).

Figura 17: Mortalidade proporcional por doenças do aparelho respiratório na população brasileira em geral, 2010 a 2018.



Fonte: SIM, 2020.

Figura 18: Mortalidade proporcional por doenças do aparelho respiratório na população indígena, 2010 a 2018.



Fonte: SIM, 2020.

Em relação às doenças do aparelho respiratório na população indígena do Mato Grosso, Ferreira, Matsuo e Souza (2011) afirmam que as taxas nessa população foram mais altas do que as da população total. Assim, a taxa de óbitos por doenças do aparelho respiratório na população indígena foi 1,20 vez maior do que a da população comparada. Entre os homens essa taxa chegou a 1,47 vez maior que a da população total. Ao agrupar as patologias, a influenza, a gripe e a pneumonia representaram 72,2% dos óbitos femininos e 78,6% das mortes masculinas por doenças do aparelho respiratório (FERREIRA, 2011).

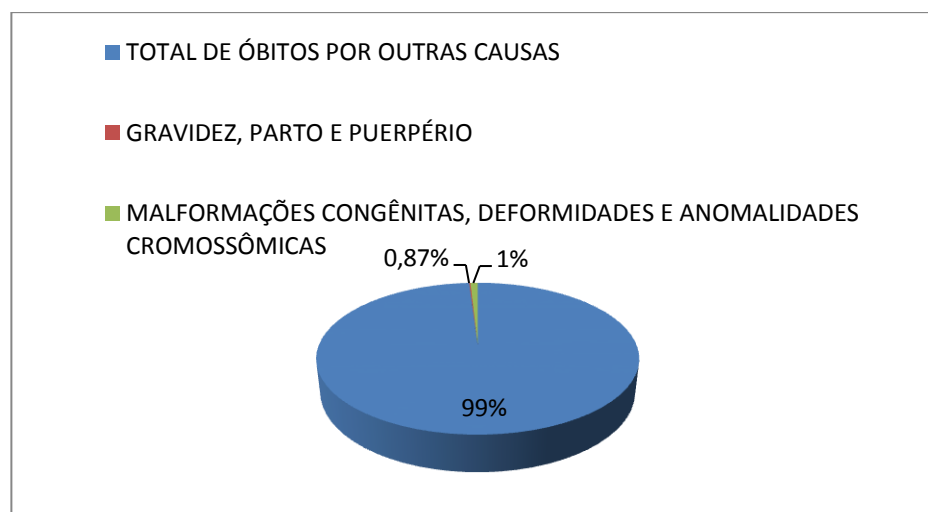
3.7 ÓBITOS RELACIONADOS COM A GRAVIDEZ, PARTO E PUERPÉRIO

Entre os indígenas, as mortes em decorrência da gravidez, do parto e do puerpério totalizaram 234, respondendo por 0,7% do total de mortes no período que se estende do ano de 2010 a 2018. Causas obstétricas diretas responderam por 165 mortes

e causas obstétricas indiretas geraram 32 óbitos. As causas maternas tardias e sequelas foram responsáveis por 9 óbitos de indígenas. Gravidez que termina em aborto respondeu por 19 óbitos de mulheres. Já as afecções originárias do período perinatal causaram 2.002 mortes, o que representou 6,2% de todas as mortes de indígenas no período (figura 20). As malformações congênicas, deformidades e anormalidades cromossômicas foram responsáveis por 776 mortes de indígenas nesse período, ou seja, 2,4% do total de mortes (figura 21). Neste grupo de patologias, 221 mortes tiveram relação com problemas no aparelho nervoso e 284 com o aparelho circulatório, respectivamente 0,6% e 0,8% de todas as mortes de indígenas.

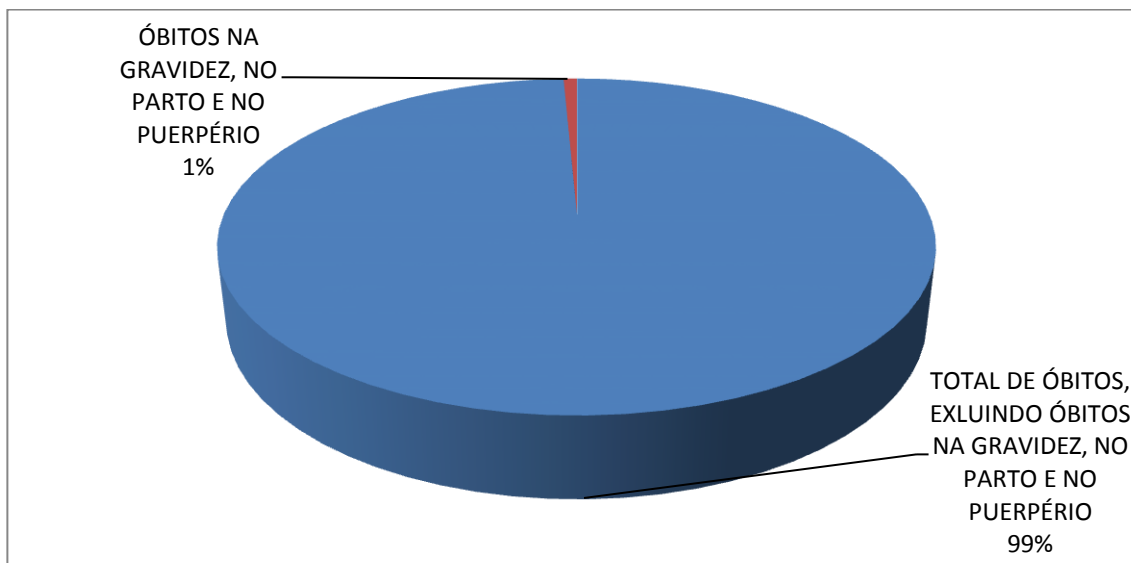
Na população brasileira em geral, as mortes em decorrência da gravidez, do parto e do puerpério responderam por 0,14% do total de mortes no período. Gravidez que termina em aborto respondeu por 0,01% das mortes de brasileiros. As causas maternas tardias e sequelas foram responsáveis por 0,012% dos óbitos no período. As afecções originárias do período perinatal causaram 1,8% mortes. As malformações congênicas, deformidades e anormalidades cromossômicas foram responsáveis por 0,87% do total de mortes de brasileiros nesse período (figura 19). Neste último grupo de patologias, 0,14% das mortes de brasileiros tiveram relação com problemas no aparelho nervoso e 0,34% com o aparelho circulatório.

Figura 19: Mortalidade proporcional por doenças da gravidez, parto e puerpério e de malformações congênicas, deformidades e anormalidades cromossômicas na população brasileira em geral, 2010 a 2018.



Fonte: SIM, 2020.

Figura 20: Mortalidade proporcional por doenças da gravidez, parto e puerpério na população indígena, 2010 a 2018.



Fonte: SIM, 2020.

Figura 21: Mortalidade proporcional por malformações congênicas, deformidades e anormalidades cromossômicas na população indígena, 2010 a 2018.



Fonte: SIM, 2020.

Na literatura consultada, em relação às causas de mortes maternas, há a divisão em causas obstétricas diretas, que representam aquelas que ocorrem por complicações obstétricas durante a gestação, o parto ou o puerpério, ou ainda devido a intervenções, a omissões ou ao tratamento incorreto; e causas obstétricas indiretas, nas quais os fatores agravantes já estão presentes na mulher antes da gravidez. Assim, na população não indígena 86,2% tiveram registro de morte obstétrica direta e 12,8%, morte obstétrica indireta. Já na população indígena, a totalidade de óbitos correspondeu às causas obstétricas diretas. Desse modo, pode-se perceber que a mulher indígena, por estar em piores condições socioeconômicas, ter elevadas taxas de fecundidade, prematuro início da vida reprodutiva e períodos intergestacionais curtos está sujeita a maiores dificuldades durante a gestação, sendo necessário o acompanhamento efetivo no pré-natal, de modo a identificar e monitorar os casos de gravidez de médio e alto risco, reduzindo as complicações na hora do parto e, conseqüentemente, a mortalidade materna e fetal (DOS SANTOS et al., 2017).

Por outro lado, Teixeira et al. (2019) em seu estudo relataram que a mortalidade infantil continua sendo prevalente e grave problema de saúde pública no estado do Pará, em especial na população indígena, demonstrando o problema de acesso aos serviços básicos de saúde nessa localidade. A mortalidade infantil tem como causas aspectos que em geral são evitáveis a partir de medidas preventivas, tais como: pré-natal de qualidade, qualificação profissional, melhoria da estrutura assistencial e de cobertura e implementação das ações na atenção primária em saúde, no período gestacional. As altas taxas de mortalidade infantil encontradas no trabalho refletem deficiências nesses aspectos citados (TEXEIRA et al., 2019).

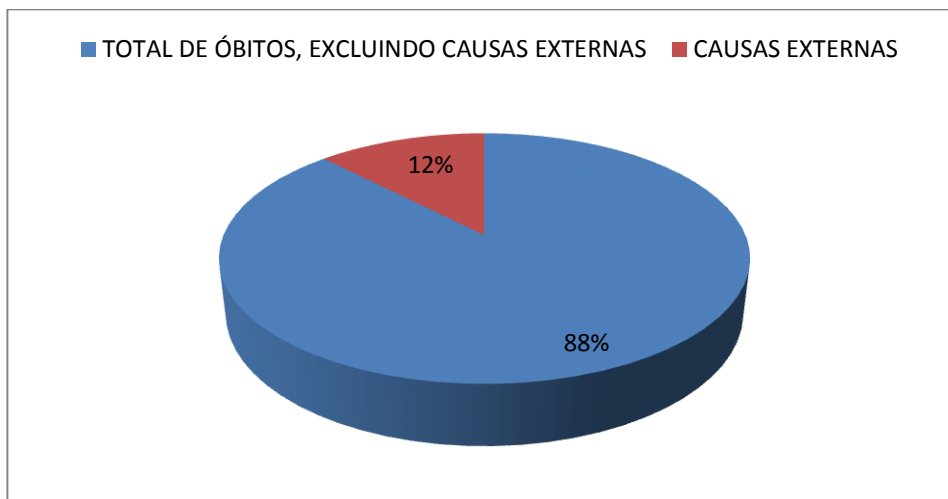
3.8 CAUSAS EXTERNAS

As causas externas responderam por 5.333 mortes de indígenas entre os anos de 2010 e 2018, o que representou 16,5% do total na população indígena no período (figura 23). Nesse grupo de patologias, as mais incidentes como causas de mortes são as agressões, que contaram com 1.749 mortes, sendo 79% em homens. Desse modo, as agressões representam 5,4% do total de óbitos em indígenas e 32,8% das mortes por

causas externas no período analisado. Lesões autoprovocadas voluntariamente vêm em segundo lugar na lista de mortes por causas externas, com 1.050 óbitos, que representam 3,2% do total de óbitos em indígenas por todas as causas no período analisado e 19,6% do total de mortes por causas externas. 72% das mortes por lesões autoprovocadas voluntariamente ocorreram em homens. Os acidentes de transporte foram a terceira causa de mortes por causas externas em indígenas, respondendo por 962 óbitos, ou seja 2,9% de todas as causas de óbitos em indígenas, ocorrendo 78% em homens. As quedas foram a quarta causa de morte por causas externas, gerando 211 óbitos em indígenas, sendo 60% em homens. Afogamento e submersões acidentais foram a quinta causa de morte por causas externas, matando 462 indígenas, sendo 83% em homens (figura 24).

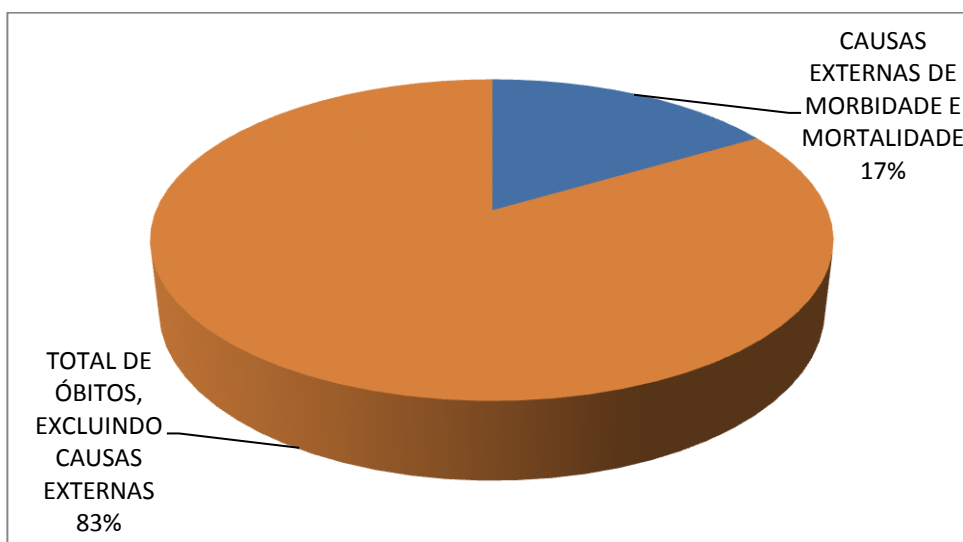
No Brasil como um todo, as causas externas responderam por 12,2% do total de mortes no período (figura 22). Nesse grupo de patologias, as mais incidentes como causas de mortes de brasileiros são as agressões, que representam 4,6% do total de mortes de brasileiros e 37,7% das mortes por causas externas. 91,7% das mortes por agressões ocorreram em homens. Lesões autoprovocadas voluntariamente vêm em quarto lugar na lista de mortes por causas externas, que representando 0,88% do total das mortes no Brasil e 7% das mortes de brasileiros por causas externas no período analisado. 78,6% das mortes por lesões autoprovocadas voluntariamente ocorreram em homens. Os acidentes de transporte foram a segunda causa de morte por causas externas, respondendo por 3,3% das mortes de brasileiros, sendo 82% em homens. As quedas foram a terceira causa de morte por causas externas, respondendo por 1% das mortes no Brasil, sendo 58,7% em homens. Afogamento e submersões acidentais são a sexta causa de mortes por causas externas, em 87% dos casos ocorrendo em homens, e respondendo por 0,42% das mortes de brasileiros.

Figura 22: Mortalidade proporcional por causas externas na população brasileira em geral, 2010 a 2018.



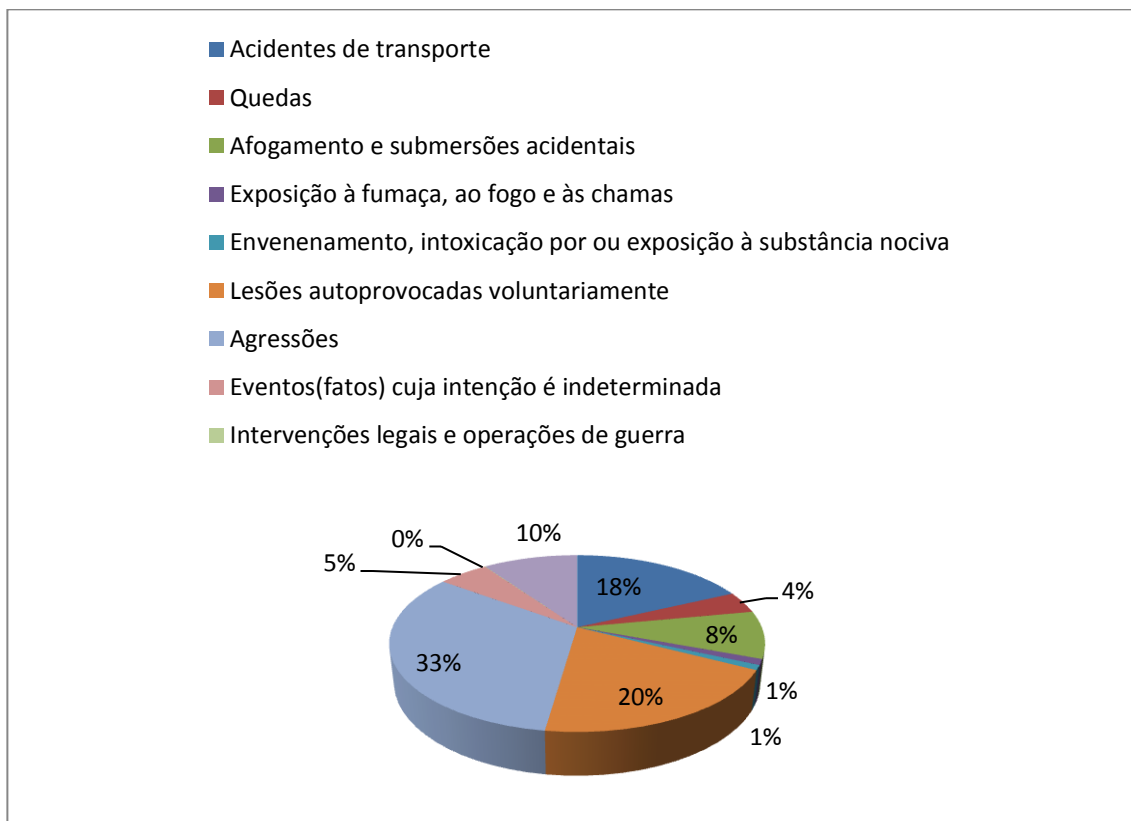
Fonte: SIM, 2020.

Figura 23: Mortalidade proporcional por causas externas na população indígena brasileira, 2010 a 2018.



Fonte: SIM, 2020.

Figura 24: Proporção de mortes em decorrência de cada subtipo de Causa Externa na população indígena, 2010 a 2018.



Fonte: SIM, 2020.

Em trabalho realizado sobre a população indígena do estado do Amazonas, tomando os anos de 2006 a 2010, Souza e Orellana (2013) demonstraram que a maior incidência de suicídio nas comunidades indígenas ocorreu em pessoas do sexo masculino, solteiras, na faixa etária de 15 a 24 anos, em finais de semana, tendo como principal método utilizado o enforcamento. Os principais fatores de risco para o suicídio foram pobreza, desvantagem socioeconômica, fatores históricos e culturais, baixos indicadores de bem estar, desintegração das famílias, vulnerabilidade social e falta de sentido de vida e de futuro. Os autores concluíram que tanto em indígenas como em não indígenas o suicídio predominou em homens, em solteiros, em indivíduos com 4 a 11 anos de escolaridade e por meio de enforcamento (SOUZA E ORELLANA, 2013).

Ainda em relação aos óbitos por causas externas, Assis et al. (2018) pesquisando sobre a população indígena em Mato Grosso, de 2010 a 2016, afirmam que mais de

38% dos óbitos são por acidentes de trânsito. A segunda maior causa de óbitos são lesões autoprovocadas voluntariamente, respondendo por 15,38% dos óbitos. As agressões foram relatadas como causa básica em 11,19% dos óbitos de indígenas no período analisado e as quedas em 3,50%. Outro dado relevante da pesquisa é que percentual de óbitos foi maior no sexo masculino na proporção de 81,82%, com destaque para a faixa etária de 20 a 39 anos, que representou 39,16% das mortes, seguida da faixa etária 10 a 19 anos, com 21,68% dos óbitos de indígenas e da faixa etária de 0 a 09 anos, que respondeu por 17,48% dos óbitos no período (ASSIS et al., 2018). Na mesma perspectiva, Ferreira et al. (2011) encontrou em seu trabalho sobre indígenas do Mato Grosso do Sul que o coeficiente de mortalidade por causas externas, em ambos os sexos, era superior ao observado na população geral, sendo 3 vezes maior entre as mulheres e 1,87 vez maior entre os homens. Nesse estudo se evidenciou que o maior risco de morte por causas externas na população indígena ocorreu na faixa etária de 15 a 19 anos, sendo o suicídio a principal causa externa. Os autores afirmam que existe uma forte relação entre alcoolismo e morte por causas externas nessas populações (FERREIRA, 2011).

3.9 ÓBITOS SEM ASSISTÊNCIA MÉDICA

Mortes de indígenas sem assistência médica ocorreram em 1.213 casos, o que representou 3,7% do total de óbitos em indígenas no período. Na população brasileira em geral, a desassistência ocorreu em 1,5% das mortes. Esses dados estão de acordo com o quadro de precária assistência em saúde descrito ao longo do texto.

4. PERSPECTIVAS

Os passos seguintes dessa pesquisa se iniciarão com o cruzamento dos dados de óbitos do SIM com os dados obtidos na SESAI, de modo a entender as possíveis discrepâncias entre as duas bases de dados. Esse cruzamento de dados trará informações sobre a confiabilidade desses dados nos sistemas nacionais, bem como propiciará o entendimento da real dimensão dos óbitos na população indígena e de suas principais causas.

Outro ponto que será objeto de pesquisa na continuação desse trabalho é o cálculo da mortalidade a partir dos dados gerados pelo censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), com previsão para ser realizado no ano de 2021. A comparação desses dados de 2021 com os de 2010 propiciará o melhor entendimento de como se deu a evolução da mortalidade da população indígena entre esses anos, comparando-a com a população brasileira em geral.

Por fim, no contexto da pandemia pelo novo coronavírus, iniciada em 2019 e alastrada em 2020, houve um grande aumento das mortes de indígenas por causas respiratórias, segundo os dados preliminares (BRITO, 2020). Desse modo, o conhecimento desse percurso histórico desde 2010 vai gerar uma melhor base de comparação para o entendimento dos impactos em mortalidade na população indígena a partir dessa pandemia.

CONCLUSÃO

A partir da pesquisa realizada e dos dados apresentados, fica claro que a população indígena apresenta questões próprias e específicas a serem trabalhadas pelo SUS, em forma de programas e ações em saúde, de modo a propiciar a equidade, um dos princípios centrais do Sistema Único de Saúde. A diferença entre as principais causas de mortes entre indígenas e a população brasileira em geral refletem as diferenças sociais e em acesso aos serviços de saúde que essa população específica está submetida.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Ana Valéria et al. *Povos indígenas e a Lei dos "Branços": o direito à diferença*. Ministério da Educação, 2006. Disponível em: <http://pronacampo.mec.gov.br/images/pdf/bib_volume14_povos_indigenas_e_a_lei_dos_branços_o_direito_a_diferenca.pdf>. Acessado em: 07 de setembro de 2020.

ARMSTRONG, Anderson da Costa et al. *Urbanização Associa-se com Tendência a Maior Mortalidade Cardiovascular em Populações Indígenas: o Estudo PAI*. Arq. Bras. Cardiol., São Paulo, v. 110, n. 3, p. 240-245, Mar. 2018. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2018000300240&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 out. 2020.

ASSIS, Julia Maria Vicente et al. *Mortalidade por causas externas em indígenas de Mato Grosso, Brasil, de 2010 a 2016*. Connection line- revista eletrônica do univag, n. 19, 2018.

AZEVEDO, Marta Maria. *Diagnóstico da população indígena no Brasil*. Cienc. Cult., São Paulo, v. 60, n. 4, p. 19-22, 2008. Disponível em: <http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252008000400010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 ago. de 2020.

BORGES, Maria Fernanda de Sousa Oliveira et al. *Mortalidade por câncer em populações indígenas no Estado do Acre, Brasil*. Cadernos de Saúde Pública, v. 35, p. e00143818, 2019.

BRASIL, Leis. Lei 6001 de 15 de janeiro de 1973. **Dispõe sobre o Estatuto do Índio**, 1973.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Programa de Qualificação de Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN). V.1**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politicas_saude_primaria_brasil_saude_indigena.pdf>. Acesso em: 07 set. de 2020

BRITO, Carolina Arouca. *A história da saúde indígena no Brasil e os desafios da pandemia de Covid-19*. Casa de Oswaldo Cruz. FIOCRUS, 2020. Disponível em: <<http://coc.fiocruz.br/index.php/pt/todas-as-noticias/1779-a-historia-da-saude-indigena-no-brasil-e-os-desafios-da-pandemia-de-covid-19.html#.X4xP0dVKjIU>>. Acesso em: 07 set. de 2020

CARDOSO, Marina Denise. **Saúde e povos indígenas no Brasil: notas sobre alguns temas equívocos na política atual**. Cadernos de Saúde Pública, v. 30, p. 860-866, 2014.

CAMPOS, Marden Barbosa de et al. *Diferenciais de mortalidade entre indígenas e não indígenas no Brasil com base no Censo Demográfico de 2010*. Cadernos de Saúde Pública, v. 33, p. e00015017, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo 2010*. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br>>. Acesso em: 17 out. de 2020.

CONFALONIERI, Ulisses E. C.. *O Sistema Único de Saúde e as populações indígenas: por uma integração diferenciada*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 5, n. 4, p. 441-450, 1989. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1989000400008&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 30 ago. de 2020.

DOS SANTOS, Deivid Ramos et al. *Mortalidade materna na população indígena e não indígena no Pará: contribuição para a vigilância de óbitos*. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, v. 21, n. 4, p. 1-9, 2017.

FERREIRA, Maria Evanir Vicente et al. *Aspectos demográficos e mortalidade de populações indígenas do Estado do Mato Grosso do Sul, Brasil*. Cadernos de Saúde Pública, v. 27, p. 2327-2339, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011001200005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acessado em: 30 ago. de 2020.

FUNASA. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde, 2002. Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf>. Acesso em: 30 ago. de 2020.

JUNIOR, Julio José Araujo. *O despertar de uma política: as dificuldades de concretização do subsistema de saúde indígena entre 1999 e 2015*. 2015. Disponível em: < <http://www.mpf.mp.br/atuacao-tematica/ccr6/documentos-e-publicacoes/artigos/2-o-despertar-de-uma-politica.pdf>>. Acesso em: 30 ago. 2020.

LANGDON, Esther Jean; GARNELO, Luiza. Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa. In: **Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa**. 2004. p. 247-247.

GARNELO, L; PONTES, A. L. (orgs.). *Saúde Indígena: uma introdução ao tema*. [S.I.]: MEC-SECADI, 2012. p. 19-58. (Coleção Educação para todos).

MAGGI, Ruben Schindler. *A saúde indígena no Brasil*. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 14, n. 1, p. 13-14, 2014.

PAES, Neir Antunes; SILVA, Lenine Angelo A. *Doenças infecciosas e parasitárias no Brasil: uma década de transição*. Revista Panamericana de Salud Pública, v. 6, p. 99-109, 1999.

SANTOS, Ricardo Ventura; COIMBRA JR, Carlos EA. *Cenários e tendências da saúde e da epidemiologia dos povos indígenas no Brasil*. Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 13-47, 2003.

SOUZA, Maximiliano Loiola Ponte de; ORELLANA, Jesem Douglas Yamall. *Desigualdades na mortalidade por suicídio entre indígenas e não indígenas no estado do Amazonas, Brasil*. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, v. 62, n. 4, p. 245-252, 2013.

SOUZA, Ronaldo Santhiago Bonfim de et al. *Suicídio e povos indígenas brasileiros: revisão sistemática*. Revista Panamericana de Salud Pública, v. 44, p. e58, 2020.

TEIXEIRA, Jéssica Janaina de Medeiros Bissi et al. *Aspectos étnicos da mortalidade infantil: uma contribuição para a vigilância de óbitos na população indígena e não indígena no Pará*. Pará Research Medical Journal, v. 3, n. 2, p. 0-0, 2019.

TERRAS INDÍGENAS NO BRASIL. *Situação atual das terras indígenas.*

Disponível em: < <https://terrasindigenas.org.br>>. Acessado em: 30 Ago. 2020.