

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA MORTALIDADE INDÍGENA SEGUNDO REGISTROS DO INSTITUTO MÉDICO LEGAL DE CASCAVEL/PR.

BARROS, KauanaLiotto¹
MADUREIRA, Eduardo Miguel Prata²
BAILAK, Miguel³

RESUMO

Introdução: O conhecimento do perfil da mortalidade indígena através de dados registrados pelo Instituto Médico Legal é importante para estabelecer políticas públicas necessárias a esta população. Segundo levantamento da Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai) foi registrado que umas das principais causas de morte da população indígena são devidas causas externas (acidentes ou violência – suicídio e homicídios). Com isso esse artigo tem o objetivo de avaliar o perfil epidemiológico da mortalidade indígena através de registro dos dados do Instituto Médico Legal de Cascavel-PR, no qual será realizado um estudo retrospectivo através da análise das declarações de óbitos do banco de dados do Instituto Médico Legal de Cascavel/PR, do período de 2011 a 2016.

PALAVRAS-CHAVE: Epidemiologia, mortalidade, indígena, IML.

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF INDIGENOUS MORTALITY ACCORDING TO RECORDS OF THE LEGAL MEDICAL INSTITUTE OF CASCAVEL/PR.

ABSTRACT

Knowledge of the profile of indigenous mortality through data recorded by the Legal Medical Institute is important to establish public policies necessary for this population. According to a survey by the Special Secretariat for Indigenous Health (Sesai), one of the main causes of death of the indigenous population is due to external causes (accidents or violence - suicide and homicide). The purpose of this article is to evaluate the epidemiological profile of indigenous mortality by recording data from the Legal Medical Institute of Cascavel-PR, in which a retrospective study will be carried out through the analysis of the death certificates of the Legal Medical Institute of Cascavel / PR, from the period from 2011 to 2016.

KEYWORDS: Epidemiological, mortality, indigenous, IML.

1. INTRODUÇÃO

O quadro de saúde indígena está relacionado aos processos históricos de mudanças sociais, políticas, econômicas e ambientais vivenciados principalmente durante o pós-contato com os colonizadores e o período de expansão econômica do País^{1,2}. Esses fatores influenciaram as condições de vida e o perfil de morbidade desses povos, causada principalmente pela violência externa (guerra, genocídio, escravidão) e disseminação de doenças infecciosas (gripe, sarampo, varíola, tuberculose)³.

¹ Aluna do curso de medicina do Centro Universitário FAG. E-mail: kau.liotto@hotmail.com

² Economista. Mestre em Desenvolvimento Regional. Professor do Centro Universitário FAG e da Faculdade Dom Bosco. E-mail: eduardo@fag.edu.br

³ Médico com especialização em cirurgia plástica pelo Hospital Universitário Evangélico de Curitiba (HUEC) e membro da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP) e membro da Equipe Médica da Ares Centro Médico Hospitalar – PR. E-mail: drfabioluizdesouza@gmail.com

A Política Nacional de Saúde Indígena, a partir de 1999, trouxe mudanças no campo da saúde. Mais investimentos foram destinados para contemplar as ações em saúde conforme a sua diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política em todas as áreas da rede do Sistema Único de Saúde (SUS) ^{4,5}. A respeito dessa intensa dinâmica presente nas áreas urbanas e rurais, o perfil epidemiológico desses povos ainda continua pouco conhecido, consequência de escassos estudos, trabalhos isolados em regiões específicas, com etnias distintas, precariedade dos sistemas de informação quanto à morbidade e mortalidade, assim como aos poucos trabalhos que abordem os aspectos de saúde e doença ^{6,7}.

Assim, cabe questionar: quais os índices de mortalidade traumática na população indígena na região de Cascavel? Quais as principais causas de morte da população estudada? Qual a faixa etária mais atingida?

Fontes como registros de mortalidade adquirem particular importância para o conhecimento das demandas dessa população. Embora sejam restritos devido a sua cobertura seletiva e parcial, as informações sobre mortalidade constituem importantes indicadores da causa mais prevalente de morte dentre os indígenas, a fim de trazer resoluções para os índices elevados. Os estudos de mortalidade nos povos indígenas são recentes e de baixa cobertura, o que inviabiliza a análise generalizada das demandas desse grupo. Poucos foram os trabalhos de mortalidade que conseguiram revelar padrões desfavoráveis compatíveis a outros segmentos mais vulneráveis.

Devido à ampla diversidade política, cultural e social existente, além da dispersão geográfica na qual se encontram, são necessários mais estudos sobre a mortalidade indígena, a fim de compreender a complexa situação de saúde desses povos ⁸.

2. DEMOGRAFIA INDÍGENA

O contingente populacional dos indígenas no Brasil em 1500 variava de 800 mil a cinco milhões, com cerca de mil etnias ^{9,10}. A ausência de registros demográficos confiáveis antes e após o contato constitui um dos principais motivos para explicar essa escassez de estudos e a discrepância numérica ^{11,12}.

Entre a chegada dos europeus no Brasil e o início do século XX, a população indígena se reduziu drasticamente a cerca de 100 mil indivíduos distribuídos em 230 grupos tribais ^{13,14}. Essa diminuição ocorreu com maior intensidade com o pós-contato, impulsionada pelas epidemias, escravidão, guerras e conflitos inter étnicos decorrentes da expansão da colonização e do processo de pacificação ^{1,2,15,16,17,18}. Os conhecimentos sobre as diversas dimensões da dinâmica demográfica

dos povos indígenas no Brasil são limitados^{1,19,20}. Por outro lado, inexistem, em grande parte das comunidades indígenas, documentos históricos quanto aos nascimentos, óbitos e migração. Existe, ainda, a dificuldade no cálculo e interpretação dos indicadores diante do reduzido contingente de alguns grupos, que dificulta discernir se as mudanças decorreram do comportamento demográfico ou das variações devido ao pequeno número^{20,21,22}. Mesmo assim, levantamentos de campo realizados por antropólogos e etnólogos em comunidades específicas em um determinado período de tempo continuam sendo fontes importantes de dados demográficos²⁰. Além disso, a questão indígena teve pouco interesse específico para a comunidade de demógrafos do país, por considerar provável o seu desaparecimento tendo em vista a sua integração à sociedade nacional^{13,14,18,20,23,24}.

Assim, é possível perceber a precariedade das informações demográficas referente aos indígenas. Além dos históricos recenseamentos pouco confiáveis dos governos provinciais, censos periódicos e registros de eventos vitais do Serviço de Proteção Índio do (SPI), contava-se com dados sobre algumas populações, levantadas pela Fundação Nacional do Índio (Funai), os levantamentos realizados em laudos antropológicos ou por missões religiosas. Essas informações apresentavam oscilações, ao longo do tempo, de acordo com os interesses políticos dos governos provinciais e do SPI/Funai e com a existência de postos indígenas em diferentes regiões do Brasil^{20,25}.

Nos Postos Indígenas mais antigos (década de 30 e 60), havia a prática de preencher os livros oficiais como certidão de nascimento, casamento e óbito, todavia, nem todos os eventos demográficos eram registrados e parte deles foi perdida, havendo uma lacuna das informações dos períodos mais remotos^{20,26}. Além das fontes de dados oficiais, mencionam-se várias iniciativas de sistematização de dados referente à demografia por parte das instituições religiosas, de saúde e Organização Não Governamental (ONG) e organizações indígenas existentes²⁰.

Diferentemente das previsões feitas na década de 50 e 70 sobre a possibilidade de desaparecimento desses povos^{1,18,24} esse panorama sofreu mudanças a partir da época do milagre brasileiro e da expansão da fronteira econômica do país^{20,27}. Nessas últimas três décadas o crescimento dos povos indígenas caracterizou um evento de grande importância histórica que surpreenderam os estudiosos^{13,28,29}.

A reversão dessa tendência tem várias causas e vem sendo explorada em muitos estudos na área da antropologia e da demografia indígena do País seja por meio de pesquisas específicas feitas em várias regiões ou por análise de dados censitários^{20,23,26}. A interlocução de demógrafos e antropólogos acerca do comportamento demográfico indígena constituem ferramentas importantes para conhecer e interpretar os processos envolvidos na ampla sócio diversidade existente assim

como refletir sobre a situação atual para que sirvam como auxílio na elaboração e implementação de políticas públicas²⁹.

2.2 DEMOGRAFIA RECENTE

Apesar da diversidade metodológica dos estudos e da realização de pesquisas em grupos específicos foi possível observar o crescimento populacional de 3% a 5% nos diferentes grupos indígenas^{29,30,31,32,33,34,35,36}. Outros estudos^{37,38} encontraram um crescimento um pouco menor de 2,8% e 2,4% respectivamente. Assim, os dados demográficos se mostram heterogêneos, por vezes fragmentados, específicos (grupos e período) ou pontuais, o que dificulta a interpretação e a extrapolação dos dados para outras áreas por não apresentar representatividade nacional³⁹.

Para diminuir essas lacunas, a partir de 1991 o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) acrescentou a categoria indígena no requisito raça/cor que passou a ser classificadas em branco, preto, amarelo, pardo e indígena. Apesar de alvo de críticas quanto à metodologia adotada pelo critério de auto identificação, os levantamentos censitários periódicos subsidiaram como fonte sócio demográfica espacialmente mais abrangente da população indígena, permitindo delinear e aprimorar as principais características demográficas e sociais dos autodeclarados nos últimos censos^{20,40,41}. Muitos estudiosos atribuíram esse aumento a um momento benéfico para os indígenas, que vem se conscientizando e buscam procurar pelos direitos conquistados como as demarcações de terras indígenas, revalorização cultural (etnogênese), incentivos governamentais, políticas públicas diferenciadas, estabilização das relações inter étnicas e fortalecimento do movimento indígena^{10,20,27,42,43}.

Outros fatores como a elevada taxa de natalidade e fecundidade que superaram os índices de mortalidade, favoreceram o aumento do crescimento vegetativo, assim como a melhoria nas condições de saúde, imunidade adquirida (vacinação), movimento migratório, menor exposição às epidemias, garantia de território, crescimento intencional, mudanças socioculturais. O censo de 2010 inseriu na investigação aspectos quanto à filiação étnica, língua falada e localização geográfica dos indígenas residentes nas terras indígenas; os urbanizados com pertencimento étnico a povos indígenas específicos; e as pessoas que se classificam como indígenas, mas que não possuíam identificação da etnia. Assim, os resultados do censo de 2010 foram de 896.917, distribuídas em 505 terras indígenas (TI's) reconhecidas e regularizadas com 305 etnias distintas, sendo 235 com populações de pequeno porte e composta por 274 línguas falantes.

Contudo, alguns estudos apontaram a alta mortalidade como causa da redução demográfica, consequência das precárias condições de saneamento, baixa cobertura de saúde e elevados índices de violência ocorrida com maior frequência no sexo masculino.

A Associação Brasileira de Estudos Populacionais (Abep) também é uma das instituições que vem contribuindo para o levantamento demográfico dos indígenas desde a década de 80, com a realização de estudos transversais e longitudinais que abordam as tendências de mortalidade, fecundidade, uniões, imigração, recenseamentos oficiais e sistemas de informação.

A dinâmica demográfica de uma população resulta da relação múltipla de fatores históricos, antropológicos, sociais e econômicos. Assim sendo, em vista da diversidade indígena no país, ao se abordar a demografia desses povos, há necessidade de nos remeter a dimensões plurais²⁰.

Estas limitações podem ser minimizadas com a realização de estudos sobre a saúde, migração, deslocamentos e aos aspectos socioculturais dos indígenas nas aldeias de origem. Para complementar as informações de saúde, existe também como fontes de dados oficiais, os sistemas de informação que ampliam a compreensão da situação de saúde quanto aos aspectos da mortalidade, nascimentos, morbidades entre outros. O acesso a essas informações auxilia no início da compreensão das iniquidades em saúde desse segmento⁴⁴.

Mesmo que tenham ocorrido melhorias e avanços, os registros retrataram a precariedade das informações com os preenchimentos irregulares e descontínuos, com informações pouco confiáveis, inconsistentes, divergentes entre as fontes de dados oficiais e de qualidade discutível^{31,34}.

Sendo assim, o Brasil apresenta uma população indígena caracterizada por uma estrutura social, política, econômica, cultural complexa imersa em sua pluridimensionalidade que se encontra distribuída por todo território brasileiro.

No Estado do Paraná existem atualmente três etnias indígenas: Guarani, Kaingang e Xetá. A grande maioria vive nas 17 terras indígenas demarcadas pelo Governo Federal, onde recebe assistência médica, odontológica e educação diferenciada bilíngüe. Contudo, a região que abrange o IML de Cascavel é constituída por 2 terras indígenas diferentes, no qual inclui a terra indígena Rio das Cobras localizada na região de Espigão Alto do Iguaçu e Nova Laranjeiras, povoada pelos Guarani, Guarani Mbya e Kaingang e com 325 moradores (2014, Siasi/Sesai) e a reserva Indígena Tekohá Añetete localizada na região de Diamante D'Oeste, povoada pelos Guarani e Guarani Ñandeva com 510 moradores (2014, Siasi/Sesai).

2.3 MORTALIDADE POR CAUSAS EXTERNAS NA POPULAÇÃO INDÍGENA

As condições desfavoráveis de saúde das populações indígenas no Brasil são evidenciadas pela desigualdade nas taxas de mortalidade entre esses povos e a população em geral. O perfil de morbidade e mortalidade dos povos indígenas no Brasil, historicamente, era conhecido pela predominância das doenças infecciosas e parasitárias¹. Atualmente, juntamente com as doenças infecciosas, devido às mudanças intensas em sua relação com a terra, o trabalho, a urbanização e a incorporação de novos hábitos culturais, como o consumo de alimentos industrializados e diminuição das atividades físicas, as doenças crônicas não transmissíveis, tais como a obesidade, hipertensão e diabetes mellitus, tornam-se cada vez mais importantes nessas populações^{1,45}. Somam-se a essas causas os transtornos mentais e comportamentais como o alcoolismo, a violência, os suicídios e os acidentes de trânsito⁴⁶.

As causas externas corresponderam à principal causa de mortalidade na população indígena, no triênio 2004-2006 (22,4%), seguidas pelas doenças do aparelho respiratório (14,9%), doenças do aparelho circulatório (14,3%) e doenças infecciosas e parasitárias (11,7%). A proporção de óbitos por causas mal definidas (12%) na população indígena foi bem mais elevada que a da população total (1,7%)³⁰ no estado do Mato Grosso do Sul.

Estas altas taxas de mortalidade por causas externas estão relacionadas a fortes mudanças nos hábitos dos indígenas, há uma forte relação entre alcoolismo e morte por causas externas nessas populações. Em muitas comunidades indígenas, o álcool foi introduzido pelos próprios colonizadores como arma de dominação e estudos mostram elevada prevalência de uso abusivo e até mesmo de dependência nesta população⁴⁶.

Ainda em relação às causas externas, chamam atenção as altas taxas de suicídio na população indígena, já constatadas também em outras populações^{47,48}. A prática do suicídio tem sido atribuída, por alguns autores, à destruição da cultura causada pela perda de seus antigos territórios e aos problemas gerados pelo confinamento compulsório em pequenas áreas de terra em que se encontram atualmente⁴⁹. A alta taxa de mortalidade de jovens por suicídio é um problema que vem se agravando ao longo do tempo em comunidades indígenas. Na população indígena Kaiowá foi verificada uma taxa 40 vezes maior que a brasileira, mas é entre os Suruwahá do Estado do Amazonas que a situação é pior, com uma taxa estimada de 1.922 casos por 100 mil habitantes⁴⁷, sendo mais precoce em mulheres (12 a 17 anos)⁴⁸. Além disso, discute-se a dificuldade da manutenção da antiga organização social e religiosa com a quantidade reduzida de terras. Os impasses na ampliação dos territórios, os conflitos inter étnicos, o preconceito, a interferência excessiva de vários órgãos externos e o impacto destruturante do trabalho assalariado nas usinas de álcool e fazendas de gado têm contribuído para o aumento do clima de desespero entre essa população⁴⁹. Aliado a isso, ainda há os conflitos internos relacionados à disputa pelo domínio do

espaço e autoridade política que têm causado a quebra dos relacionamentos familiares e afetivos e consequentemente levado ao suicídio^{49,50}.

Cabe assim destacar que a melhoria do acesso às ações assistenciais com a criação do subsistema de saúde específico para esta população constitui importante avanço na assistência à saúde indígena. Na continuidade do processo, há que se implementar efetivamente as políticas públicas inclusivas na redução das desigualdade, pelo qual as condições de saúde da população indígena ser piores que a da população total. Em destaque para a relação da taxa de mortalidade indígena ser maior ou igual a de outras raças/etnias em vários estados do Brasil⁵¹, e por essas taxas elevadas estar fortemente associadas as mortes por causa externas.

3. MATERIAL E MÉTODOS

Este trabalho por tratar de pesquisa com seres humanos está em cumprimento com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e, antes de sua realização, foi enviado para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos do Centro Universitário FAG e aprovado através do CAAE nº 62579516.2.0000.5219.

Realiza um estudo retrospectivo através da coleta de dados provenientes de formulários obtidos das vítimas fatais que deram entrada no Instituto Médico Legal (IML) de Cascavel/PR. Foram analisados os formulários durante o período de janeiro de 2011 a dezembro de 2016, no qual foi separada a população indígena, de acordo com as características físicas relatadas pelo Médico Legista que está registrado na declaração de óbito, da população não indígena (não será considerada a características físicas nestes casos). A identidade das vítimas estudadas, alvo da pesquisa, foi mantida em sigilo.

Foi aplicada a análise descritiva dos dados do formulário como número da ficha, data nascimento, data ocorrido, horário, idade, nacionalidade, profissão, estado civil, nascido em, residente em, sexo, cor ou raça, tipo do local (via pública, residência, trabalho, via rural), tipo de acidente (acidente de trânsito rural, acidente transito urbano, acidente de trânsito rodovia, atropelamento, capotamento, colisão), tipo do veículo (automóvel, moto, caminhão, ônibus), situação da vítima (condutor, passageiro, pedestre); vítima de: suicídio, agressão física, projétil de arma de fogo, ferimento por arma branca, ferimento por arma contundente, queda, acidente de trabalho, veneno, fogo, meio cruel, ignorado, outros(meio, ação ou instrumento), causa da morte e toxicológico.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

De acordo com os resultados, deram entrada no IML no período de 01 janeiro de 2011 à 31 dezembro de 2016 , 2.972 vítimas fatais, no qual 53 (1,78%) eram indígenas. Destes indígenas 39 são do sexo masculino (73,58%) e 15 são do sexo feminino (28,30%); 36 são solteiros (67,92), 11 casados (20,75), 3 amasiados (5,66%), 1 com união estável (1,89%), 2 ignorados (3,77%). Constatou-se que 56,60% das fatalidades ocorreram em via pública, 9,43% em suas residências e 32,08% na via rural.

As vítimas de acidente de trânsito foram 26 (49,06%), 100% foram vítimas de atropelamento e as que foram submetidas ao teste toxicológico tiveram seu testes positivos para dosagem alcoólica no sangue. Com relação aos testes, testes começaram a ser feitos a partir do ano de 2012, já que antes, as condições eram precárias para a sua realização. Os dados coletados apontam que 1,89% foram vítimas de suicídio, 7,55% de agressão física, 5,66% de ferimento por arma branca, 1,89% de queda e 5,66% de fogo.

Classificando pelo tipo de meio, ação ou instrumento, a ação contundente por atropelamento foi meio de fatalidade para 27 pessoas (50,94%), já a ação contundente por si só foi meio de óbito para 5 pessoas (9,43%); ação contundente por agressão física vitimou 4 pessoas, fogo 3 (5,66%), meio liquido por afogamento foram 5 (9,43%); instrumento perfuro-cortante 3 (5,66%); 1 (1,89%) por instrumento constritivo, 1 (1,89%) por estrangulamento e 1 (1,89%) por desnutrição crônica. Além desses meios 3 (5,66%) tiveram sua forma de ação prejudicada pela deterioração dos corpos.

Outros resultados importantes obtidos foram que 26 dos óbitos (49,06%) aconteceram em finais de semana (sexta, sábado ou domingo), já em dias de semana (segunda, terça, quarta e quinta) 27 óbitos ocorreram (50,94%). Ainda foi constatado que 7 das ocorrências (13%) eram com crianças, 41 com adultos (77%) e 5 era com idosos (9%).

Com base nesses dados pode-se analisar que, os homens indígenas são a maioria dos óbitos na região do IML de Cascavel/PR., assim como são maioria as vítimas de atropelamento associado à positividade do toxicológico para álcool.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Baseando-se nos resultados obtidos e nos dados sobre a epidemiologia da mortalidade indígena na região do IML de Cascavel/PR, pode-se concluir que a mortalidade indígena desta

região tem como motivo principal, as causas externas, sendo que, a maior evidência, está nos acidentes de trânsito/atropelamento induzido pelo alto consumo de álcool, hábitos que tem influenciado de maneira negativa na vida dos indígenas e aumentando assim a mortalidade da população. Além disso, existe um fator agravante nas terras indígenas que estão no perímetro do IML de Cascavel/PR., no qual a comunidade fica às margens da estrada, elevando a taxas de atropelamento.

Outra situação observada é que o alcoolismo não elevada apenas as mortes por acidente de trânsito, como também eleva as mortes violentas em geral, incluindo agressões físicas e suicídio, além dos cuidados individuais e com suas famílias, como em afogamento, quedas, negligência com os filhos.

De todas essas análises, cabe destacar que é necessário que ocorra a melhoria do acesso às ações assistenciais com a criação do subsistema de saúde específico para esta população, no qual constitui importante avanço na assistência à saúde indígena. Há que se implementar efetivamente políticas públicas inclusivas na redução das desigualdade, pelo qual as condições de saúde da população indígena são piores que a da população total. Cabe destaque ao fato da taxa de mortalidade indígena ser maior ou igual a de outras raças/etnias em vários estados do Brasil, e por essas taxas elevadas estar fortemente associadas as mortes por causa externas.

REFERÊNCIAS

1. Santos RV, Coimbra Júnior, CEA. Cenários e tendência da saúde e da epidemiologia dos povos indígenas no Brasil. In: Coimbra Júnior CEA, Santos RV, Escobar AL, organizadores. Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco; 2003. p.13-47.
2. Santos RV, Cardoso AM, Garnelo L, Coimbra Júnior CEA, Chaves MBG. Saúde dos povos indígenas e políticas públicas no Brasil. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p.1035-1056.
3. Basta PC, Orellana JDY, Arantes R. Perfil epidemiológico dos povos indígenas no Brasil: nota sobre agravos selecionados. In: Garnelo L, Pontes AL, organizadores. Saúde Indígena: uma introdução ao tema. Brasília: MEC-SECADI; 2012. p.61-106.
4. Garnelo L, Pontes AL. Saúde Indígena: uma introdução ao tema. Brasília: MEC-SECADI; 2012.
5. Paula LR, Vianna FLB. Mapeando Políticas Públicas para povos indígenas. Guia de pesquisa de ações federais. Rio de Janeiro: Contracapa/Laced; 2011.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
7. Souza LG, Santos RV, Coimbra Júnior CEA. Demografia e saúde dos povos indígenas no Brasil: considerações a partir dos Xavante de Mato Grosso (1999-2002) [documento de trabalho n.10]. Porto Velho: Centro de Estudos em Saúde do Índio de Rondônia (CESIR); 2004. p.1-18.

8. Escobar AL, Rodrigues AF, Alves CLM, Orellana JDY, Santos RV, Coimbra Júnior CEA. Causas de internação hospitalar indígena em Rondônia. O Distrito Sanitário Especial Indígena Porto Velho (1998-2001). In: Coimbra Júnior CEA, Santos RV Escobar AL, organizadores. Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco; 2003. p.127-147.
9. Kennedy DP, Perz SG. Who are Brazil's Indígenas? Contributions of census data analysis to anthropological demography of indigenous populations. Human Organization 2000; 59:311-324.
10. Luciano GS. O Índio Brasileiro: o que você precisa saber sobre os povos indígenas no Brasil de hoje. [Coleção educação para todos - séries vias dos saberes]. Brasília: LACED/Museu Nacional; 2006.
11. Santos RV, Flowers NM, Coimbra Júnior CEA. Demografias, epidemias e organização social: Os Xavante de Pimentel Barbosa (Etéñitépa), Mato Grosso. In: Pagliaro H, Azevedo MM, Santos RV, organizadores. Demografia dos povos indígenas no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p.59-78.
12. Ubelaker DH. Patterns of Demographic Change in the Americas. Human Biology 1992;64:361-379.
13. Melatti JC. Índios do Brasil. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2007.
14. Ribeiro D. Culturas e línguas indígenas do Brasil. Educação e ciências sociais 1957; 2:5-102.
15. Bacci ML. 500 anos de demografia brasileira: uma resenha. Rev Bras Estud Popul 2002; 19:141-159.
16. Fundação Nacional do Índio. A chegada do europeu 2013. [site na internet] [acessado 2013 jul 19]. Disponível em: http://www.funai.gov.br/indios/fr_conteudo.htm
17. Ravagnani OM. Os primeiros aldeamentos na província de Goiás: Bororo e Kaiapó na estrada do Anhangüera. Revista de Antropologia 1996; 39:222-244.
18. Ribeiro D. Os índios e a civilização: a integração das populações indígenas no Brasil moderno. Rio de Janeiro: Vozes; 1977.
19. McSweeney K, Arps S. A "demographic turnaround": the rapid growth of the indigenous populations in Lowland Latin America. Latin American Research Review 2005; 40:3-29.
20. Pagliaro H, Azevedo MM, Santos RV. Demografia dos povos indígenas no Brasil: um panorama crítico. In: Pagliaro H, Azevedo MM, Santos RV, organizadores. Demografia dos povos indígenas no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abep; 2005. p.11-32.
21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Tendências demográficas: uma análise dos indígenas com base nos resultados da amostra do Censo Demográfico 1991 e 2000. Rio de Janeiro: IBGE; 2005.
22. Silva MF. Demografia e os povos indígenas no Brasil. Rev Bras Estud Popul 1994; 11:261-264.
23. Associação brasileira de estudos populacionais. Demografia dos povos indígenas no Brasil 2013. [site na internet] [acessado 2013 jul 19]. Disponível em: <http://www.abep.org.br/?q=gt/internas/ementa-1>.
24. Ribeiro D. Convívio e contaminação. Efeitos dissociativos da depopulação provocada por epidemias em grupos indígenas. Sociologia 1956; 18:3-50.
25. Pagliaro H. Povos Indígenas do Brasil. Caderno CRH 2009; 22:447-450.
26. Pagliaro H. Revolução demográfica dos povos indígenas no Brasil: a experiência dos Kaiabi do Parque Indígena do Xingu-Mato Grosso- 1970-1999. 2002 [doutorado]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública; 2002.
27. Pagliaro H. A revolução demográfica dos povos indígenas: a experiência dos Kaiabi do Parque Indígena do Xingu, Mato Grosso. In: Pagliaro H, Azevedo MM, Santos RV, organizadores. Demografia dos povos indígenas no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abep; 2005. p.79-102.
28. Azevedo MM. Povos indígenas na América Latina estão em processo de crescimento. In: Ricardo CA, Ricardo F, organizadores. Povos Indígenas no Brasil 2001/2005. São Paulo: Instituto Socioambiental; 2006. p.55-58.
29. Santos RV, Teixeira P. O "indígena" que emerge do Censo Demográfico de 2010. Cad Saude Publica 2011; 27:1048-1049.

30. Ferreira MEV, Matsuo T, Souza RKT. Aspectos demográficos e mortalidade de populações indígenas do Estado do Mato Grosso do Sul, Brasil. *Cad Saude Publica* 2011; 27:2327-2339.
31. Pagliaro H. A revolução demográfica dos povos indígenas no Brasil: a experiência dos Kayabí do Parque Indígena do Xingu, Mato Grosso, Brasil, 1970-2007. *Cad Saude Publica*; 2010; 26:579-590.
32. Pagliaro H, Junqueira C. Recuperação populacional e fecundidade dos Kamaiurá, povo Tupi do Alto Xingu, Brasil Central, 1970-2003. *Saúde e sociedade* 2007; 16:37-47.
33. Pagliaro H, Junqueira C, Mendaña LGS, Mendonça SB, Baruzzi RG. Dinâmica demográfica dos Kamiurá, povo Tupi do parque Indígena do Xingu, Mato Grosso, Brasil, 1970-1999. *Rev Bras Estud Popul* 2008; 25:377-388.
34. Pena JL, Heller L, Dias Júnior CS. A população Xakriabá, Minas Gerais: aspectos demográficos, políticos, sociais e econômicos. *Rev Bras Estud Popul* 2009; 26:51-59.
35. Souza LG, Santos RV, Pagliaro H, Carvalho MS, Flowers NM.; Coimbra Júnior CEA. Demography and health of the Xavante Indians of Central Brazil. *Cad Saude Publica* 2011; 27:1891-1905.
36. Souza LG, Santos RV. Perfil demográfico da população indígena Xavante de Sangradouro-Volta Grande, Mato Grosso (1993-1997), Brasil. *Cad Saude Publica* 2001; 17:355-365.
37. Mainbourg EM, Teixeira P, Soares E, Araújo MI, Silva EJ. População indígena da cidade de Manaus: demografia e SUS. In: Almeida AWB, Santos GS. Estigmatização e território: mapeamento situacional dos indígenas em Manaus [projeto nova cartografia social da Amazônia]. Manaus: Universidade Federal do Amazonas; 2009. p.177-185.
38. Souza LG, Pagliaro H, Santos RV. Perfil demográfico dos índios Boróro de Mato Grosso, Brasil, 1993-1996. *Cad Saude Publica* 2009; 25:328-336.
39. Souza LG. Demografia e saúde dos índios Xavante do Brasil Central [doutorado]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2008.
40. Azevedo MM. Censos demográficos e “os índios: dificuldades para reconhecer e contar”. In: Ricardo CA, organizador. Povos Indígenas no Brasil 1996/2000. São Paulo: Instituto Socioambiental; 2000. p.79-83.
41. Mitchell MJ, Wood CH. Ironies of citizenship: skin color, police brutality, and the challenge to democracy in Brazil. *Social Forces* 1999; 77:1001-1020.
42. Wong LLR, Morell MGG, Carvalho RL. Notas do comportamento reprodutivo da população autodeclarada indígena- Censos Demográficos 1991 e 2000. *Rev Bras Estud Popul* 2009; 26:61-75.
43. Garnelo L, Macedo G, Brandão LC. Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde no Brasil. Brasília: Organização Panamericana da Saúde (OPAS); 2003.
44. Marinho GL. A classificação dos domicílios “indígenas” no Censo Demográfico 2000: subsídios para análise das condições de saúde [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2010.
45. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet* 2011; 377:1949-61.
46. Guimarães LAM, Grubits S. Alcoolismo e violência em etnias indígenas: uma visão crítica da situação brasileira. *Psicol Soc* 2007; 19:45-51
47. Oliveira CS, Lotufo-Neto F. Suicídio entre povos indígenas: um panorama estatístico brasileiro. *Rev Psiquiatr Clín* 2003; 30:4-10. 43.
48. Poz JD. Crônica de uma morte anunciada. *Rev Antropol (São Paulo)* 2000; 43:89-144
49. Brand A, Vietta K. Análise gráfica das ocorrências de suicídios entre os Kaiowá/Guarani, no Mato Grosso do Sul, entre 1981 e 2000. *Tellus* 2001; 1:119-32.
50. Brand A. Os complexos caminhos da luta pela terra entre os Kaiowá e Guarani no MS. *Tellus* 2004; 4:137-50.
51. Caldas, A.D.R.; et al. Comparação de taxas de mortalidade geral entre “indígenas” e não “indígenas” a partir do Censo Demográfico de 2010*. 2012. 9 f. fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro,

2012. “Trabalho apresentado no XVIII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em Águas de Lindóia/SP – Brasil, de 19 a 23 de novembro de 2012.”