



Marianna Assunção Figueiredo
Holanda

Faculdade de Ceilândia e Programa
de Pós-Graduação em Bioética/
Centro Internacional de Bioética e
Humanidades/Cátedra Unesco de
Bioética, Universidade de Brasília,
Brasília, DF, Brasil
marianna.holanda@gmail.com

Fernando Pessoa de
Albuquerque

Faculdade de Medicina, Universidade
de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil
fernandopessoaalbuquerque@gmail.com

Érica Magami Yamada

Mecanismo sobre Direitos dos Povos
Indígenas, Organização das Nações
Unidas¹
erimagamiyamada@gmail.com

Crianças indígenas com deficiência e a violação dos direitos à saúde, territoriais e humanos no Brasil

Indigenous children with disabilities and the violation of healthcare, territorial and human rights in Brazil

Resumo: Este artigo tem como objetivo refletir sobre as políticas de saúde para as pessoas indígenas com deficiência no Brasil, marcadas pela falta de acesso à informação e a serviços essenciais. Em especial, quando abordamos as crianças indígenas com deficiência, somam-se novas interseccionalidades, que têm sido pautadas no Brasil por um discurso hegemônico e fortemente midiático de preconceito e criminalização dos povos indígenas. Abordamos ainda a questão da deficiência congênita entre povos indígenas como correlata a iniquidades e vulnerações de direitos territoriais, sociais e humanos – e que tem sido potencializada pelo aumento de doenças crônicas características de não indígenas. Metodologicamente, fizemos uma revisão teórica, etnográfica e de estatísticas disponíveis no sistema público de saúde. Enfatizamos a necessidade de abrir caminhos para outras estratégias de lutas pelos direitos humanos ao território livre, à autonomia, à participação social, à dignidade e ao bem viver.

Palavras-chave: Crianças Indígenas. Pessoas com Deficiência. Saúde da Criança. Saúde Indígena. Direitos Humanos.

Abstract: This article aims to reflect on health policies for indigenous people with disabilities in Brazil, featured by the lack of access to information and essential health care services. In particular, when we approach indigenous children with disabilities, new intersectionalities are added, which have been guided in Brazil by a hegemonic and strongly mediatic discourse of discrimination and criminalization of indigenous peoples. We also address the issue of congenital disability among indigenous peoples as correlated with iniquities and violations of territorial, social and human rights - and which has been potentiated by the rise in chronic diseases, characteristic of non-indigenous peoples. Methodologically, we conducted a theoretical and ethnographic review, together with an analysis of the information available in the public health system; paving the way for other strategies for human rights struggles for free territory, autonomy, social participation, dignity and well living.

Keywords: Indigenous children. Person with disabilities. Child Health. Indigenous health. Human Rights.

¹As opiniões do artigo são pessoais e não refletem o posicionamento colegiado do Mecanismo da ONU.

Deficiência é um conceito em transformação desde distintos campos de conhecimento, incluindo percepções subjetivas e coletivas de pessoas com deficiência e reflexões plurais sobre seus impactos, possibilidades e novas demandas sociais e políticas. Desde a década de 1960, a deficiência deixou de se limitar pelas abordagens estritamente biomédicas – que a caracterizam como doença ou lesão que impõe restrições à vida social de uma pessoa – e passou a ser pensada e politizada pelo modelo social da deficiência; pessoas deficientes não são apenas corpos com lesão, mas antes, vidas que denunciam a estrutura social que oprime e viola direitos. A deficiência seria, assim, um fenômeno sociocultural (Neri, 2003; CDPD, 2006; Diniz, 2007). Podemos dizer que nos últimos 50 anos observou-se no mundo uma transição da perspectiva individual, médica e predominantemente assistencialista para uma perspectiva estrutural, social, política e ambiental da deficiência (OMS/BIRD, 2012).

Se arranjos sociais pouco sensíveis à diversidade corporal, sensorial e de linguagens limitam a participação na vida social (Baggs, 2016), como a deficiência é tratada entre povos autóctones e tradicionais? Quais espaços e estratégias sociais são dispensados para pessoas com deficiência entre os povos indígenas? É possível tecer algum tipo de comparação sociocultural sem cair em generalizações preconceituosas e discriminações? Perguntas que abordam a necessidade de reformular a maneira como questionamos e julgamos culturas não ocidentais sem, contudo, refletir sobre as nossas próprias estruturas de discriminação. Assim, perdemos de vista alternativas socioculturais que podem nos ensinar novos caminhos para lidar com a diversidade. Se há contextos e culturas que respondem à deficiência de distintas maneiras, podemos observar quais as semelhanças – ao invés de focar apenas nas diferenças – permitindo tecer soluções convergentes e que se somam às lutas pelos direitos humanos à autonomia, à participação social, à dignidade e ao bem viver.

Este artigo objetiva refletir sobre as políticas de saúde para as pessoas com deficiência no Brasil e os desafios das políticas específicas voltadas para os povos indígenas, ainda marcadas pela falta de acesso à informação e a serviços essenciais e que estão sob ameaça de um governo que não privilegia as agendas indígenas, territoriais e ambientais. Em especial, quando abordamos as crianças indígenas com deficiência – e a grande lacuna de estudos específicos sobre o tema – somam-se interseccionalidades que têm sido pautadas no Brasil por um discurso hegemônico e fortemente midiático de preconceito e criminalização dos povos indígenas. É com o objetivo de dialogar com etnografias e políticas públicas que este artigo foi escrito,

orientado pelas prerrogativas de respeito à autonomia dos povos indígenas, como requer a Convenção nº 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT, 1989) e a Declaração da ONU sobre os direitos dos Povos Indígenas (2007), e de promoção de políticas públicas estruturantes para a equiparação de oportunidades, conforme propõe a Convenção da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD, 2006) incorporada à legislação brasileira em 2008.

Definições e metodologia

O presente estudo aborda casos de deficiência congênita entre os povos indígenas no Brasil que estão diretamente relacionados às iniquidades, vulnerabilidades e violações de direitos em contextos de conflito, invasão e esbulho territorial. Apontamos omissões do setor público que aumentam as vulnerabilidades dos povos indígenas, principalmente em relação à deficiência, raça e gênero.

Dentre os desafios interculturais, está o de aprender sobre outras maneiras de pensar a corporalidade, os determinantes sociais de saúde e adoecimento bem como a multiplicidade de sistemas médicos. Ressaltamos: i) deficiências não resultam necessariamente de doenças, não demandam diretamente cura, fazendo parte das múltiplas diferenças que nos compõem como humanos e, ii) muitas das deficiências atuais são consideradas pelos povos indígenas como resultantes do encontro colonial, dos impactos socioambientais, da perda de territórios e de hábitos e prescrições importantes para a produção da saúde e do bem viver.

Um breve histórico das políticas e dos cuidados das pessoas com deficiência no Brasil será trazido, com foco na infância – considerando aqui a faixa entre zero e 18 anos conforme preconiza o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF, 2011) – e abordando os cuidados pré-natais e a saúde reprodutiva de mulheres indígenas. A faixa etária descrita dialoga com a classificação da Organização Mundial da Saúde para “infância”, contudo, é fundamental enfatizar que entre os povos indígenas a experiência da infância é diversa, dialogando com diferentes transições etárias (Cohn, 2005).

Importante ressaltar que, além da lacuna de informações científicas e de dados oficiais sobre a deficiência no Brasil, somada à pouca informação comparável internacionalmente sobre incidências e distribuição (OMS; BIRD 2012), dados sobre deficiências entre povos indígenas são ainda mais raros e, muitas vezes, trazem interpretações estereotipadas e discriminatórias.

No Brasil, desde 2005 dissemina-se – especialmente entre agentes religiosos, missionários e políticos – a ideia de que os povos indígenas produzem contextos sociais pouco sensíveis e receptivos às pessoas com deficiência, afirmando-se que o abandono e até mesmo a morte de neonatos seriam uma “prática cultural”, ou ainda, uma obrigação social das mães, pais e famílias. Contudo, os dados existentes do Sistema de Saúde e as etnografias das últimas duas décadas vem apontando justamente o aumento de crianças indígenas com deficiência, bem como os esforços familiares, sociais e governamentais no aprimoramento das práticas de cuidado e das políticas públicas específicas (Holanda, 2008, 2017 e 2018).

Dados sobre deficiência e Povos Indígenas no Brasil

Segundo a OMS (2011), um bilhão de pessoas vive com alguma deficiência no mundo – isso significa uma em cada sete pessoas ou 15% da população mundial. Destas, 150 milhões são crianças e adolescentes. Apesar de não haver um estudo global que correlacione povos indígenas e deficiência, exatamente pela ausência de dados específicos nos países, a ONU propõe a seguinte correlação: se há 360 milhões de pessoas indígenas no mundo e 15% da população mundial tem ao menos alguma deficiência, teríamos uma estimativa de 54 milhões de indígenas com deficiência em todo o planeta (ONU, 2013).

A probabilidade, contudo, é de que esta proporção seja maior, considerando as diversas vulnerabilidades a que estão expostos os povos indígenas em todo o planeta. De acordo com o Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais (DESA) da ONU “os indígenas são muito mais propensos a vivenciar deficiências em comparação com a população em geral devido: ao alto nível de pobreza, à maior exposição à degradação do meio ambiente, ao alto impacto dos grandes projetos de desenvolvimento (hidrelétricas ou atividades mineradoras) e ao maior risco de serem vítimas de violência” (ONU, 2016).

No Brasil, há 190 milhões de habitantes, dos quais 45.6 milhões declararam ter ao menos um tipo de deficiência no último censo – o que corresponde a 23.9% da população brasileira (IBGE, 2010). Somadas em quatro grandes conjuntos/tipificações, temos a seguinte incidência:

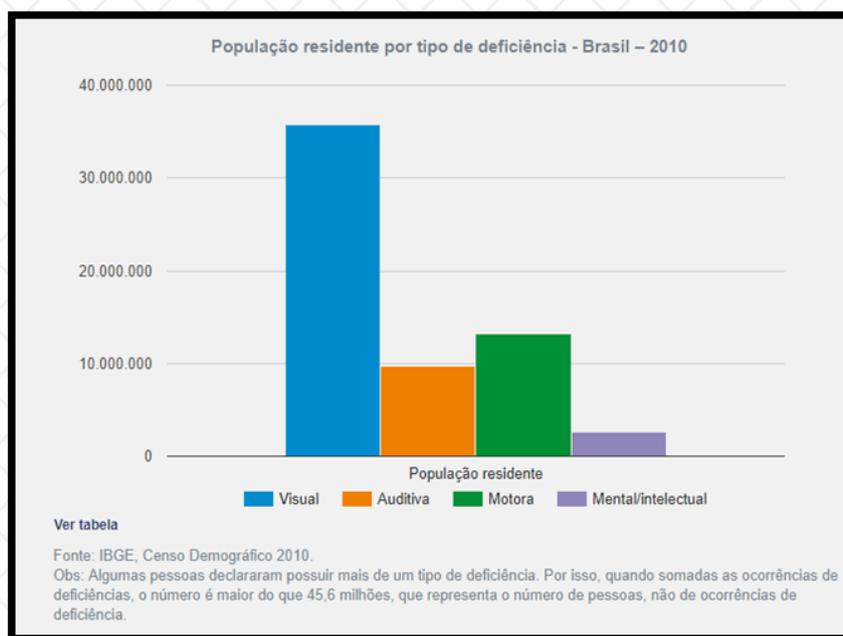


Figura 1 – População residente por tipo de deficiência no Brasil (Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010)

A população autodeclarada indígena no Brasil teve um crescimento populacional significativo nas últimas duas décadas, passando de 294 mil (IBGE, 1991) para 817,9 mil (IBGE, 2010). Estima-se que, atualmente, o número passe de um milhão de pessoas. De acordo com a Cartilha do Censo 2010 sobre Pessoas com Deficiência, os indígenas são 20,1% das pessoas com deficiência no país (Brasil, 2012).

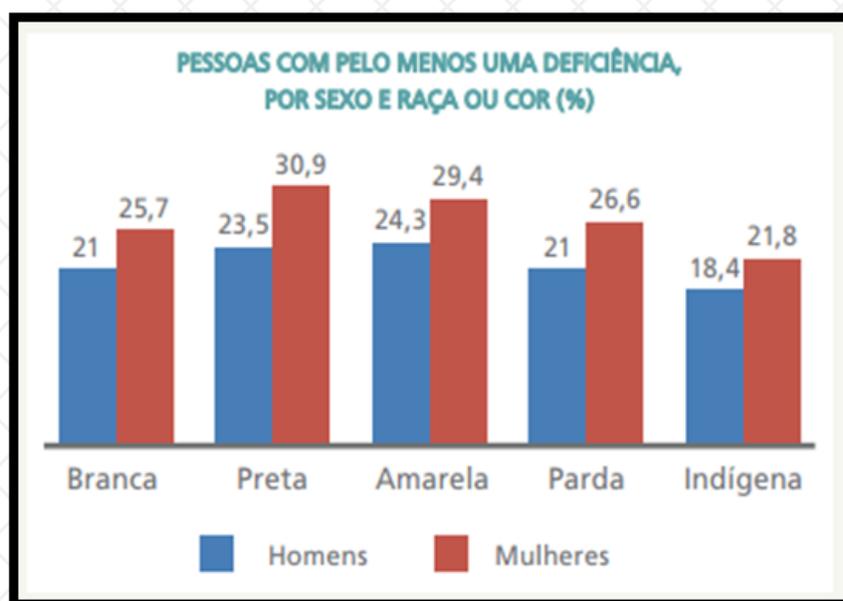


Figura 2 – Pessoas com pelo menos uma deficiência por sexo e raça/cor no Brasil. Fonte: Brasil; 2012, p. 10.

Considerando que os indígenas são 0.4% da população brasileira, haveria uma incidência muito maior de deficiência entre as pessoas indígenas do que entre as pessoas não indígenas no Brasil, o que corrobora com as análises do DESA/ONU sobre a correlação entre iniquidades, vulnerabilidades e deficiência. Se ampliarmos o escopo de observação para outros grupos, podemos observar que as mulheres apresentam mais deficiências que os homens em todos os grupos raciais e que pretos, amarelos e pardos têm mais deficiência do que a população branca, no Brasil. Contudo, entre todas as raças/etnias, a população indígena é a que apresenta a menor diferença entre os sexos, de apenas 3.4 pontos percentuais, o que pode indicar que as vulnerabilidades que acarretam ou potencializam deficiências entre os povos indígenas são uma questão política e social como um todo.

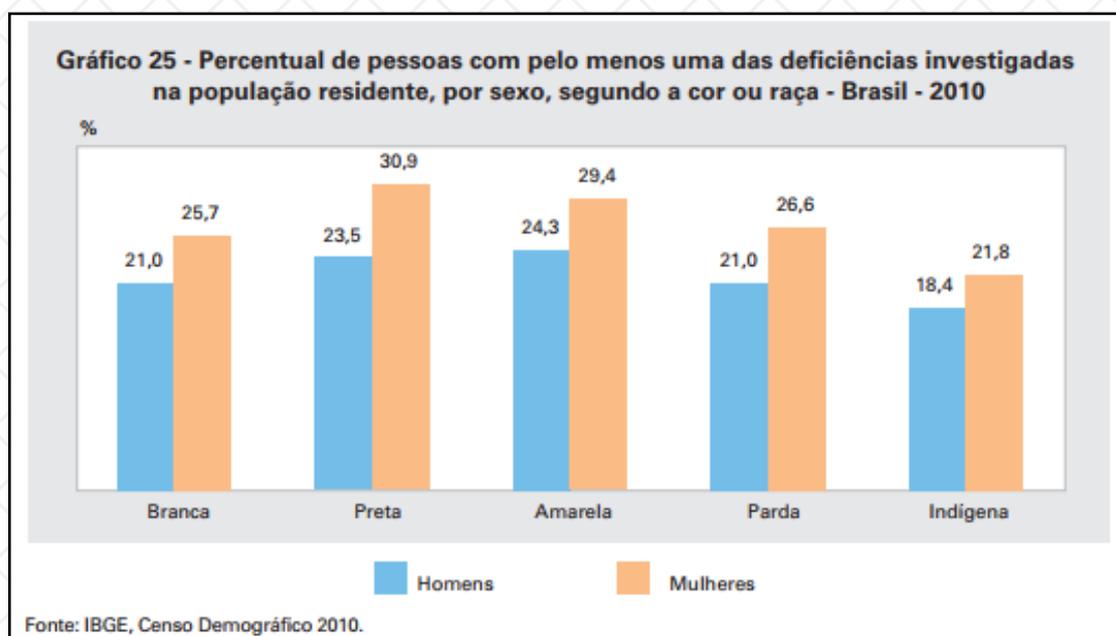


Figura 3 - Percentual de pessoas com deficiência no Brasil, por sexo e raça.

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010.

Para a Organização Mundial da Saúde e o Banco Mundial, a tendência é que os casos de deficiência aumentem nas próximas décadas, considerando-se também o envelhecimento das populações e o aumento global de doenças crônicas tais como diabetes, doenças cardiovasculares, câncer e deficiências intelectual, cognitiva e psicossocial (OMS e BIRD 2012).

Ocorre que, para garantir políticas adequadas de saúde e bem viver para os povos indígenas, é preciso que os Estados garantam a especificidade da atenção e do atendimento abstendo-se de práticas discriminatórias. No Brasil, os relatórios anuais

de gestão da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) de 2012 a 2016 indicam que, no período, houve aumento nos investimentos em saúde indígena, com reflexos específicos sobre as mulheres e crianças indígenas. Por exemplo, no acesso às consultas de crescimento e desenvolvimento – importantes para a detecção precoce de alterações no desenvolvimento infantil – que em 2016, alcançou 59,9% das crianças indígenas e também no aumento da assistência pré-natal à gestantes indígenas, que em 2016 chegou a 73,7% de puérperas. Desde 2019, contudo, o movimento indígena no Brasil tem denunciado o desmonte e o aparelhamento da Política Nacional de Atendimento à Saúde Indígena e da Fundação Nacional do Índio, responsáveis pela defesa e promoção de direitos indígenas, como aponta o Boletim do Observatório de Análise e Política em Saúde (OAPS, 2019).

Com relação a ações de prevenção de deficiências congênitas, destacamos pelo menos dois focos principais no campo da saúde: i) prevenção de eventos que causam as deficiências e ii) prevenção da progressão de uma deficiência já instalada. No primeiro caso, as principais ações de saúde para prevenção são: acompanhamento do pré-natal, especialmente às gestantes de risco, e do pós-natal, na triagem neonatal; acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança; imunização contra poliomielite, sarampo e rubéola; cuidados com relação a doenças sexualmente transmissíveis, em especial a sífilis; aconselhamento genético, com acesso a exames para descobrir doenças genéticas que causam deficiência. Para isso, são necessários assistência e exames diagnósticos para detecção precoce de deficiências durante o período do puerpério. No segundo caso, há a necessidade de profissionais especializados para oferta de tratamento médico e adequação da rotina das famílias às necessidades funcionais especiais dessas crianças. (WHO/BIRD, 2012).

Contudo, apesar do aumento das consultas de crescimento e desenvolvimento para crianças indígenas, a SESAI não garante o acesso a cuidados necessários para crianças com algum tipo de deficiência e a Secretaria não realiza monitoramento dos cuidados ofertados a crianças com deficiências. Destacamos também a ausência de políticas com ações específicas de atenção à saúde de pessoas indígenas com deficiência – sobretudo às crianças indígenas deficientes –, assim como ações preventivas na atenção à saúde reprodutiva das mulheres indígenas e ao cuidado pré-natal. O acompanhamento nutricional das gestantes indígenas também tem sido reportado como insuficiente: em 2016, apenas 49,63% (11.361 mulheres) tiveram acesso ao acompanhamento multidisciplinar.

Apesar de não haver estudos específicos sobre a incidência de sífilis entre a população indígena brasileira, destacamos o aumento substancial de casos no Brasil, em especial de sífilis congênita. Conforme Boletim Epidemiológico da Secretaria de Vigilância em Saúde, nos últimos 10 anos, houve um progressivo aumento na taxa de incidência de sífilis congênita: de 1,7 casos para cada 1.000 nascidos vivos (2004) para 4,7 casos (2013). Esse aumento dos casos de sífilis se deve ao desabastecimento de penicilina durante os anos de 2014 e 2015 e também à diminuição de investimentos em programas de prevenção a doenças sexualmente transmissíveis, na qual estes fatores de risco são agravados devido às dificuldades de acesso a exames pré-natais e neonatais e a infraestrutura precária nos municípios de pequeno porte, onde grande parte da população indígena reside (SESAI, 2017). A Sífilis é uma doença que pode causar uma série de deficiências congênitas em recém-nascidos como surdez, cegueira, problemas neurológicos (Brasil, 2016). Para Domingues et al. (2012), a sífilis é um evento sentinela para avaliação da qualidade da assistência pré-natal.

Compreende-se que as dificuldades de acesso à informação e a serviços de reabilitação, incluindo aqueles que poderiam ser realizadas no âmbito da atenção primária e por profissionais especializados que já compõem os núcleos de atenção à saúde da família, reforçam a vulnerabilidade de crianças indígenas com deficiência. A UNICEF também destaca que a oferta de informação é um importante elemento para inclusão social de crianças e adolescentes com deficiência e sugere o desenvolvimento de programas de reabilitação baseada na comunidade (RBC) que procurem “garantir que pessoas com deficiência tenham acesso equitativo a serviços e oportunidades relacionados a saúde, educação e subsistência” (UNICEF, 2013).

Vulnerabilidades sociais, ambientais e sanitárias e a deficiência entre crianças indígenas no Brasil

Desde perspectivas multicausais, que consideram as doenças resultado da interação do ambiente, do agente e do hospedeiro, modelo chamado de “tríade ecológica”, as doenças derivam de um desequilíbrio “nas auto-regulações existentes no sistema” (Batistella, 2008) ultrapassando o indivíduo e sendo pensadas a partir de uma abordagem mais ampla na qual a saúde é parte da produção social, política e econômica de uma sociedade. Entre povos indígenas, onde a gestão tradicional de seus territórios tem sido historicamente desrespeitada por não indígenas por meio do esbulho, expropriação e omissão na demarcação de suas terras – o impacto do

ambiente na saúde destes grupos é particularmente relevante. É necessário ainda acrescentar a esta vulnerabilidade territorial as questões de raça, etnia, gênero e deficiência conformando melhor os determinantes sociais de saúde.

Em todo o mundo, as pessoas com deficiência apresentam as piores perspectivas de saúde, níveis mais baixos de escolaridade e taxas de pobreza mais elevadas em comparação às pessoas sem deficiência, dado relacionado às barreiras no acesso a serviços como saúde, educação, emprego, transporte e informação (OMS/BIRD, 2012). Acrescido a esta desigualdade de distribuição de benefícios e de acessos a direitos fundamentais, temos o dado de que 80% das pessoas com deficiência vivem em países em desenvolvimento (World Report on Disability, 2011) e que têm em comum o histórico de colonização de seus territórios.

Nos países membros da Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Econômico (OCDE), a proporção das pessoas com deficiência é nitidamente mais elevada nos grupos com menos instrução e a incidência das deficiências é mais elevada entre as mulheres do que entre os homens (ONU, 2013). Se qualquer pessoa está exposta a fatores que podem causar algum tipo de deficiência, temporária ou permanente, por que as taxas de pessoa com deficiência são maiores nos países com pior distribuição de renda e de acesso aos direitos humanos essenciais? Por que estas taxas se elevam em proporção inversa ao acesso à moradia, educação e saúde – atingindo as parcelas ainda mais vulneráveis destas populações?

Sugerimos que as respostas estão relacionadas a questões como racismo institucional e racismo ambiental, às discriminações de raça, etnia, gênero e classe, a interesses econômicos e políticos sobre as terras tradicionais, indígenas e unidades de conservação e a um ciclo de omissões e violações por parte dos governos. No contexto da Amazônia brasileira, algumas pesquisas têm indicado uma relação causal direta entre as taxas de deficiência da população indígena e a proximidade ou incidência de atividades de mineração em suas terras.

Desafios e avanços para combater o racismo institucional identificados na ação do Estado

No Brasil, assim como a demarcação e a proteção das terras indígenas está a cargo do órgão indigenista (FUNAI), a atenção à saúde dos povos indígenas é dever do governo federal. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena foi criado para de-

envolver ações de atenção primária à saúde em territórios indígenas, executadas pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI, 2017).

A SESAI é estruturada por 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas-DSEIs, destinados ao apoio e à prestação de assistência à saúde das populações indígenas, incluindo a responsabilidade sanitária, e são representados territorialmente pelos Pólos-Base e unidades básicas de saúde. Nessas unidades são realizadas as ações de atenção primária à saúde pelas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena, em sua maioria compostas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, odontólogos, auxiliares de saúde bucal, agentes indígenas de saúde e de saneamento. O Brasil também conta com uma política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas que traz diretrizes para a realização de ações integrais de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indígenas, além reconhecer o valor e eficácia das práticas de cuidado indígenas (PNASPI, 2002).

Apesar disto, muitas equipes multidisciplinares de saúde indígena não contam com profissionais especializados em reabilitação, como terapeutas ocupacionais ou fisioterapeutas, que poderiam ofertar cuidados de reabilitação no nível da atenção primária. Essa ausência enfraquece substancialmente a integralidade do cuidado ofertado pelas equipes de atenção primária à saúde das populações indígenas, impossibilitando ações de reabilitação contínuas, regulares e próximas das residências. Sem a composição desses profissionais nas equipes da saúde indígena, os cuidados com as pessoas com deficiência ficam limitados aos serviços estaduais e/ou municipais, distantes da maioria das comunidades indígenas, localizados majoritariamente em cidades de médio e grande porte. Ao deslocarem-se de suas aldeias ou municípios para buscarem atenção especializada, muitos indígenas relatam sofrer racismo e diversos tipos de discriminação, fator que limita ainda mais o acesso a tratamentos e acompanhamentos.

Ressalta-se as questões relativas ao necessário ajuste e adequação das políticas públicas aos contextos e perspectivas indígenas, que sem os cuidados multidisciplinares incorram em uma série de violações de direitos. Em Relatório solicitado pela 4ª Vara da Justiça Federal do Estado do Maranhão ao Conselho Indigenista Missionário (CIMI) sobre a Saúde Indígena no estado, o CIMI informou que a criação da SESAI com Polos Bases e os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI's) não garantiu aos povos indígenas do Maranhão – com destaque para os Awá Guajá e Ka'apor – melhorias consideráveis no atendimento e acesso à saúde diferenciada. Sobre as crianças nascidas com algum tipo de deficiência, o relatório informa:

Em 2015, ouvimos queixas dos Awá relacionadas a possíveis comentários de que o pessoal da saúde estaria atribuindo má formação ou deficiências das crianças por eles casarem entre irmãos. Isso gerou uma revolta grande internamente. Segundo eles mesmos, desautoriza as mulheres/mães mais velhas que sabem com quem os filhos devem casar. De fato, alguns casamentos foram modificados por isso. Aqui se percebe a influência dos técnicos de saúde na cultura, e a dispensa dos conhecimentos de nossa medicina para ajudar. (CIMI 2016, s/p).

É direito dos povos indígenas que as políticas públicas de saúde sejam diferenciadas e específicas, devendo primar por uma escuta qualificada sobre os sentidos e significados culturais da saúde por parte dos agentes de saúde. Relatos como o trazido acima são comuns e apontam para uma lacuna estrutural no atendimento à saúde indígena no Brasil. A maioria desses serviços especializados estão concentrados nas grandes capitais, em especial na região sudeste do país, o que dificulta o acesso da população indígena, levando-se em consideração que mais de um terço dessa população está na região norte, especialmente concentrada em município de pequeno porte (IBGE, 2010). A baixa cobertura de serviços especializados nas regiões com maior percentual de indígenas, a ausência de profissionais de reabilitação nas equipes de atenção primária e as dificuldades de acesso a consultas de especialistas, tornam a deficiência um grave problema de saúde pública na população indígena. Ainda que a rede de serviços públicos tenha se ampliado nas últimas décadas, a assistência às pessoas com deficiência no Brasil continua associada à esfera filantrópica, com o modelo médico prevalecendo, com foco nos aspectos orgânicos e individuais da deficiência (Othero & Ayres, 2012).

Nesta esfera, tem crescido a atuação de instituições religiosas e missionárias entre os povos indígenas, sobretudo os amazônicos, e que atuam em contradição aos preceitos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Indígena (PNASPI) e são alvos de dezenas de denúncias e processos judiciais justamente porque atuam sem o reconhecimento e o respeito às organizações socioculturais indígenas. Ressalta-se que estas instituições compõem um coletivo que atua junto às bancadas ruralista e evangélica no Congresso Nacional e que tem produzido uma gama de projetos de lei que violam direitos constitucionais e humanos dos povos indígenas, em um retrocesso democrático inédito desde a promulgação da Constituição de 1988.

As dificuldades de acesso aos serviços especializados e lacunas das políticas públicas em saúde específicas para os povos indígenas abrem caminho a interven-

ções políticas e legislativas pautadas em racismo institucional, tornando as crianças indígenas com deficiência ainda mais vulneráveis. Suas famílias ou são forçadas a se deslocarem para cidades de maior porte em busca de tratamento ou desenvolvem estratégias precárias de cuidado. Considera-se aqui duas grandes vulnerabilidades, uma social, que diz respeito ao acesso à informação sobre deficiências e seus tratamentos, e outra programática, que diz respeito ao acesso contínuo e regular à assistência à saúde, levando-se em considerações os aspectos biomédicos, psicológicos, familiares e funcionais da pessoa com deficiência. (Othero & Ayres, 2012).

Racismo ambiental identificado na exposição a rejeitos de Mineração

Após diversos ciclos econômicos, a mineração vem somar-se como co-responsável pelos impactos socioambientais provocados pelo desmatamento, poluição do ar, do solo e das águas – superficiais e subterrâneas – de impacto direto na saúde humana e não-humana. Ao longo das décadas de 1980 e 1990, diversos povos indígenas brasileiros tiveram as suas terras invadidas por levas de garimpeiros, que na década de 2000 foram sendo substituídos pelas grandes empresas de mineração, detentoras de boa parte dos títulos minerários expedidos pelo Departamento Nacional de Produção Mineral (DNPM); territórios públicos e privados concessionados a empresas nacionais e transnacionais.

Somente na região do Tapajós e com o surgimento de Serra Pelada no início dos anos 1980, estima-se que o garimpo atraiu cerca de 116 mil pessoas. Nos seus 12 anos de vigência entre 300 e 500 garimpeiros foram mortos devido às condições insalubres e desumanas de trabalho. Ao longo deste período, a produção total de ouro – inclusive uma estimativa sobre o contrabando – deve ter alcançado 56,7 toneladas e, estima-se, que os garimpos do leito do Tapajós tenham despejado 600 toneladas de mercúrio nas águas dos rios (Meirelles Filho, 2000). O mercúrio é utilizado para separar o minério de suas impurezas. Ao ser jogado na água, “ele forma uma amálgama com os grãos finos de ouro e permite coletá-los com facilidade. Para recuperar o ouro, a amálgama é queimada, liberando para o ambiente o mercúrio, que então contamina a água e os peixes” (Santos et al., 2003). De acordo com o Portal da Saúde do Ministério do Meio Ambiente:

Os micro-organismos presentes nas áreas contaminadas convertem os resíduos de mercúrio inorgânico em metilmercúrio, que é capaz de se acumular ao longo das

cadeias alimentares. Desse modo, os animais do topo da cadeia alimentar, entre eles o homem, acumulam altos teores de metilmercúrio à medida que se alimentam de seres contaminados, podendo vir a desenvolver problemas de saúde (Brasil, 2015, s/p).

Informação que coincide com a “Avaliação da exposição ambiental ao mercúrio proveniente de atividade garimpeira de ouro na Terra Indígena Yanomami, Roraima, Amazônia, Brasil” elaborada pela Escola Nacional de Saúde Pública e Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz, 2016) que aponta vulnerabilidade dos povos indígenas Yanomami e Ye'kuana diante da mineração ilegal em suas terras, seja ela garimpeira (setor informal) ou industrial (setor empresarial). A avaliação apontou concentrações alarmantes de mercúrio registradas na região do Papiú, na aldeia de Aracaçá (Yanomami) e na região de Waikás (Ye'kuana): cerca de 92,3% dos indígenas avaliados apresentaram níveis elevados de mercúrio no cabelo, com taxas ainda maiores nas crianças menores de 5 anos e nas mulheres em idade reprodutiva.

O mercúrio e seus compostos têm como alvos primários de toxicidade nos seres humanos os sistemas nervoso central, urinário e cardiovascular. Além disso, os sistemas respiratório, gastrointestinal, hematopoiético, imunológico e reprodutivo também podem ser afetados. O metilmercúrio também é capaz de atravessar as barreiras hematoencefálica e placentária, convertendo mulheres em idade reprodutiva, fetos e crianças menores de dois anos em grupos mais vulneráveis aos efeitos deletérios do metilmercúrio (Atsdr, 1999; Who, 2008 apud Basta 2016, p.2).

Outro povo amazônico que registra dados de presença de mercúrio elevado é o Wari' – outrora chamados de Pakaánova. Um estudo publicado no Caderno de Saúde Pública em 2003, aponta que o teor de mercúrio em amostras de cabelo dos “Pakaánova” era elevado, destacando de forma semelhante aos Yanomami e Ye'kuana, que a exposição ao mercúrio é mais grave em crianças menores de cinco anos (Santos et. al., 2003).

Enquanto os garimpeiros fazem uso do mercúrio na coleta de partículas de ouro, a mineração industrial emprega outra(s) substância(s) com maior capacidade de retenção de partículas finas de ouro, principalmente os cianetos. Na prática, muitas mineradoras recorrem às duas formas de produção num mesmo local. Para cada onça de ouro minerada, estima-se que cerca de 20 toneladas de rocha são escavadas, 4 kg de cianureto são usados e 28 mil litros de água por segundo são utilizados. São necessários dois ou três gramas de mercúrio para cada grama de ouro minerada (Secretaria de Indústria, Comércio e Mineração/SEICOM, 2013).

Não temos ainda pesquisas específicas que abordem a intoxicação de povos indígenas e/ou tradicionais por cianetos, mas é importante destacar seus efeitos no organismo humano. De acordo com a Ficha de Informação Toxicológica (FIT) elaborada pela Divisão de Toxicologia Humana e Saúde Ambiental/Companhia Ambiental do Estado de São Paulo (2014), cianetos são uma família de compostos formada pelo cianeto de hidrogênio (um líquido ou um gás) e os cianetos de sódio e de potássio (sólidos solúveis em água), compondo complexos com vários metais. Enquanto o cianeto não é bioacumulado, os complexos formados podem se acumular em organismos vivos, inibindo a atividade de diversas enzimas. A consequência direta mais importante é o bloqueio da cadeia respiratória e a inibição do metabolismo do oxigênio. Os efeitos da exposição aguda ao composto são observados sobretudo no sistema nervoso central e cardiovascular (TIF/CETESB, 2014).

Nos dados do SUS que correlacionam deficiências congênitas e anomalias cromossômicas entre povos indígenas com os locais de residência no Brasil, com foco na faixa etária entre 0 e 9 anos, observamos que na região norte/amazônica concentra 44% dos casos de morbidade hospitalar.

Morbidade Hospitalar do SUS - por local de residência - Brasil	
Internações por Região	
Capítulo CID-10: XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	
Faixa Etária 1: Menor 1 ano, 1 a 4 anos, 5 a 9 anos	
Cor/raça: Indígena	
Período:2014-2016	
Região	Internações
1 Região Norte	105
2 Região Nordeste	10
3 Região Sudeste	7
4 Região Sul	42
5 Região Centro-Oeste	75
Total	239

Figura 4 – Morbidade Hospitalar do SUS por local de residência.

Fonte: Ministério da Saúde. Sistema de Informação Hospitalares/SUS, 2016.

Estes dados, coletados de janeiro de 2015 a março de 2016, apontam para uma vinculação entre os efeitos diretos da intoxicação por rejeitos de mineração e a predominância desta exploração na Amazônia brasileira.

Podemos afirmar que a doença é uma manifestação do indivíduo e a situação de saúde é uma manifestação do lugar, pois os lugares e seus diversos contextos sociais, dentro de uma cidade ou região, são resultado de uma acumulação de situações históricas, ambientais, sociais, que promovem condições particulares para a produção de doenças (Monken e Barcellos 2008, p.181).

Desde um perspectiva de conflito territorial e socioambiental, temos vulnerabilidades que resultam não apenas da distribuição desigual de recursos, políticas e estruturas de saúde entre estas populações, mas da exploração econômica dos territórios indígenas e das dificuldades que o órgão indigenista enfrenta nas ações de proteção e regularização territorial.

Para os movimentos ambientalistas e a medicina social latino-americana a noção de problemas ambientais e de problemas de saúde é ampliada, trazendo questões sociais e políticas. No projeto da saúde coletiva não só a saúde surge como uma conquista social e um direito universal associados à qualidade e à proteção da vida, como afirma Minayo (1997), mas também o ambiente. Nesta perspectiva, o desenvolvimento da ciência e da tecnologia para a compreensão dos problemas ambientais, que são simultaneamente problemas de saúde, deverá, como considera Minayo (1997), estar ao serviço do sentido social, político e de direito universal, o que inclui a equidade. (Freitas, 2003, p.137).

Diversidade de contextos para orientar soluções – O que é deficiência para os povos indígenas?

Nos últimos dez anos, foram elaborados um conjunto de pesquisas relacionando povos indígenas e deficiência no Brasil, uma parte significativa realizada junto aos povos Guarani e/ou Kaiowá, havendo ainda alguns estudos no Sul, na Amazônia e no Nordeste brasileiros. De maneira geral, os dados apontam que há uma maior inclusão das crianças indígenas com deficiência nos programas de atendimento à saúde e um aumento do número de matrículas na Educação Especial Indígena, sobretudo na educação básica. Há uma expectativa comum por parte de muitas famílias indígenas de que a adoção de práticas biomédicas e a inclusão no sistema educacional possam

fornecer uma mudança qualitativa na vida de uma criança/pessoa deficiente (Venere, 2005; Souza, 2011; Bruno e Souza, 2014; Jesus 2015; Mattoso 2015; Araújo 2015, entre outros).

Este é um condutor de significado importante sobre como os povos indígenas vivem o fenômeno que costumamos denominar deficiência; o que nos leva a refletir que a deficiência é muito mais do que uma experiência somática, como também é mais do que uma experiência puramente individual, levantando questões específicas e diversificadas que perpassam a formação da personalidade e da corporalidade indígenas. Fundamental, portanto, é “desnaturalizar a(s) ideia(s) de deficiência, como se tal conceito, como tomado pela sociedade não indígena, fosse diretamente aplicável, sem mediações, a outros contextos” (Araújo 2015, p. 142). De fato, pessoa, corpo e humanidade ameríndias não são representados pelo indivíduo ocidental e nem pelo sujeito de direitos moderno sem, no mínimo, passar pela sua compreensão de territorialidade e pelas demandas como sujeito coletivo de direitos.

Na dissertação “Políticas públicas para populações indígenas com necessidades especiais em Rondônia: o duplo desafio da diferença”, Mario Roberto Venere (2005) aborda a maneira como as políticas públicas de saúde estão interligadas às políticas de educação e de regularização fundiária das terras indígenas, refletindo também sobre como as políticas públicas interferem nas práticas cotidianas das pessoas deficientes e em que medida trazem ganhos e novos obstáculos/desafios aos povos indígenas; “o número de indivíduos que se beneficiam das práticas da especificidade, notadamente se considerar a inclusão escolar, é tão baixo que não permite qualquer confronto com o contingente geral” (Venere, 2005, p. 60). O texto marca as dificuldades de acesso à informação e a serviços públicos, contexto em que muitas das medidas e políticas que são anunciadas oficialmente pelo governo encontram uma série de obstáculos práticos para serem aplicadas. As distâncias e dificuldades de acesso aos polos de saúde são importantes neste contexto, bem como um trabalho mais sensível de compreensão por parte dos agentes de saúde do que significa a deficiência para cada família o que requer a adaptação não apenas dos povos indígenas diante da medicina e das novas tecnologias, como das políticas públicas: “Apenas a utilização de uma cadeira de rodas, um óculos, um aparelho de prótese auditiva, não serão suficientes para interagir seja na sua relação pessoal e familiar, seja principalmente no aspecto comunitário e cultural.” (Venere, 2005, p. 120).

Conforme estamos argumentando, a deficiência não está restrita a uma lesão ou diferença corporal, ela abrange aspectos relacionados a observação de ritos, cos-

tumes, tabus, à espiritualidade e utilização de medicinas tradicionais, à ruptura dos vínculos territoriais, em muitos casos está relacionada a questões de ordem mítica. No artigo “Enigmas do Corpo e soluções dos Pano”, Julio Cesar Melatti (1992), fala da figura mítica Mariwin, narrada pelos Matis que teria “um andar agachado” que o diferenciava dos demais. Contudo, este andar “é tomado pelos Matis, não como uma deficiência, mas como um sinal de perfeição, pois é nessa posição que um homem deixa seu banco para distribuir carne, gesto valorizado e sociável por excelência” (Melatti, 1992, p.4). A distribuição de carne implica antes uma caçada de sucesso; uma condição física apropriada para conquistá-la é o que faz dos bons caçadores os melhores maridos e cunhados, daí advém parte do prestígio social de um homem Matis. Há uma ambiguidade que também compõe essas corporalidades, assim como a cadeia de relações e processos que elaboram suas cosmologias, seu mundo, seu território (Holanda, 2008).

Melatti (1992) também etnografa a figura mítica do Inkanchasho, recolhida junto ao povo Huni Kuin (Kaxinawá). Inkanchasho “era rígido da cintura aos joelhos, caminhava com passos curtos e arrastados (...) não falava, comunicando-se por monossílabos” (Melatti, 1992, p.5). Quando os irmãos saíam para longas caçadas, ele ficava em casa, com as cunhadas e a mãe. Um dia Inkanchasho tomou uma iniciativa de sair para caçar: confeccionou utensílios, construiu um esconderijo e matou uma perdiz. Diante da alegria das cunhadas, Inkanchasho se sentiu estimulado a caçar novamente no dia seguinte, matou muitos animais e os dividiu por todas as mulheres do grupo local.

Após tal sucesso, as cunhadas lhe pediram para lhes cortar lenha, o que fez de modo tão eficiente que levou as outras mulheres a pedir-lhe o mesmo, sendo também atendidas. Quando os caçadores regressaram, souberam de tudo o que acontecera através das mulheres, e lhes recomendaram que Inkanchasho deveria ser respeitado como um verdadeiro homem. E ele continuou a caçar e prestar serviços às cunhadas e à mãe na ausência de seus irmãos (Melatti, 1992, p.6).

Os mitos são estruturas simbólicas presentes em todas as culturas que adquirem significado sobretudo pela maneira como seus elementos são relacionados, em como são combinados nas narrativas; “a substância do mito não se encontra nem no estilo, nem no modo de narração, nem na sintaxe, mas na história que é relatada (Lévi-Strauss, 2003, p. 242 – ênfase do autor). Mais do que isso, o pensamento mítico traz

elementos importantes da vida social que são colocados em relação, buscando uma “mediação progressiva”, dando significado ao cotidiano. As histórias de Mariwin e Inkanchasho importam não porque narram uma “perfeição” ou um “exemplo de superação” – como bem gostaria a narrativa ocidental e midiática da deficiência – mas porque trazem aspectos das cosmologias ameríndias que falam menos do individual e muito mais da abertura social das culturas indígenas para lidar com o inesperado.

Corpos não ideais podem estar muito além de lesões corporais congênitas; eles podem ser representados por um choro excessivo, um apetite moderado, por um comportamento egoísta. Segundo Manuela Carneiro da Cunha, para o povo Krahó, aqueles que negam a importância das trocas e da reciprocidade nas relações sociais cotidianas são considerados “sovinas”, uma característica que fere a sociabilidade (Carneiro da Cunha, 1978). Algo parecido com a filosofia da chefia indígena descrita por Pierre Clastres (1974), um bom chefe seria aquele que distribui, que harmoniza a vida social, que ensina a importância da generosidade; avareza e poder não coexistem. O que nos dá um retrato de como a deficiência é um fenômeno multifacetado que requer relacionar diferentes elementos capazes de elaborar identidades sociais envolvendo raça, gênero, etnia, sexualidade, espiritualidade e etc.

Parte deste entendimento, está relacionada também às pedagogias e aos cuidados tradicionalmente sob responsabilidade das mulheres indígenas visando a saúde do bebê e das crianças. Um dos reflexos da introdução das políticas de Saúde Indígena nas aldeias e da educação escolar foi a mudança e o abandono de práticas de saúde tradicionais e de prevenção de doenças.

Para alguns Koiwá, por exemplo, a manipulação de determinadas substâncias e sua adequada utilização sempre foi a garantia de crianças consideradas saudáveis. Seu abandono está relacionado, na percepção dos anciãos deste povo, ao surgimento do que compreendemos como “deficiências”. Segundo Seu Dorival, um rezador (Ñande Ru), um articulador entre o mundo espiritual e o mundo material, no passado os anciãos manipulavam remédios preventivos, como o mel colocado nos olhos das crianças pequenas “para que não fiquem cegas; aquela doença chamada catarata, nunca chegava. Isso era o modo de agir dos antigos”. Ele conta que executavam também práticas de sopros nos dois lados do ouvido das crianças “para que não fiquem surdas ao crescer” (Souza, 2011, p. 53 apud Araújo, 2015, p. 143). Quando abordamos aqui as práticas de cuidado e prevenção tradicionais dos Kaiowá junto aos seus rebentos é fundamental destacar que elas não são fruto de um “diagnóstico” ou da ideia de que existe uma lesão ou um distúrbio.

O pressuposto não é aquele que rege a biomedicina ocidental, pautada pela detecção de uma causa orgânica que afeta o corpo sadio. O rezador, Sr. Dorival, comenta uma ação que deve ser realizada por quaisquer progenitores em todos os bebês. Isso parece ser melhor compreendido se tivermos em conta a concepção de humanidade disseminada entre os povos ameríndios (Araújo, 2015, p. 144).

Entre os povos indígenas “o indivíduo é periferia e o social é o centro” (McCallum, 1998), as concepções de humanidade falam mais de relações entre humanos e também entre não humanos (animais, vegetais e espíritos) do que de uma condição inata adquirida pela concepção ou pelo nascimento. A humanidade, a saúde e o bem viver são elaborações cotidianas promovidas pelos vínculos social, territorial e espiritual (Holanda, 2015).

Reside nessas diferenças um dos grandes desafios das políticas públicas de saúde para povos indígenas. A instalação dos pólos da FUNASA e a formação de agentes de saúde indígenas são uma conquista importante. Na última década, houve uma melhoria significativa na prevenção da saúde e na identificação de pessoas que necessitam de assistência médica ou hospitalar diminuindo o índice de óbitos. A presença de equipes multidisciplinares nas aldeias permitiu também o monitoramento e o acompanhamento de diversas situações. Contudo, apesar de muitas destas equipes contarem com a participação de indígenas, constata-se uma imposição do sistema de saúde externo às comunidades aliado a uma desvalorização das medicinas tradicionais (Souza, 2011). Há uma desconfiança dos indígenas com os órgãos responsáveis pela saúde e muitos avaliam que sem o tratamento tradicional, a presença de um rezador e o uso de plantas medicinais tradicionais, o tratamento biomédico é ineficaz. Reside aqui uma larga distância entre o discurso oficial das políticas públicas – que se pretende multidisciplinar e multiétnico – com a prática dos profissionais de saúde nas aldeias. Todas as políticas públicas incidentes em comunidades indígenas “merecem análise crítica, pois embora vistas como aparentemente coerentes, estão transpassadas pelas contradições, seja pelo olhar pragmático utilitarista, seja principalmente pelas dificuldades do diálogo interétnico.” (Venere, 2005, p. 67).

Aconteceram inúmeros casos em que a família retirou sua criança doente do hospital e levou-a para um rezador, ou pastor, para que estes cuidassem da criança. Assim, destaca-se a existência de várias situações em que os indígenas não confiam, não acreditam na medicina e nos processos de

cura de não-indígenas, e eles querem ter a oportunidade de procurar a ajuda de seus “profissionais” da saúde. Assim, novas formas de colonialismo são criadas ou mesmo inventadas e antigas são consolidadas por meio das políticas e práticas de saúde indígenas e ações como as dirigidas pelo órgão responsável pela saúde indígena (Venere, 2005, p. 67).

Perspectivas de futuro desde o Pluralismo Bioético e os Direitos Humanos

De acordo com o Relatório do Desenvolvimento Humano (PNUD, 2017), nos últimos 25 anos, o mundo registrou progressos importantes no desenvolvimento humano mas os ganhos não têm sido universais: mulheres, grupos étnicos e raciais, populações rurais e cidadãos de alguns países não têm se beneficiado desses avanços” – o que a Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos chama de “compartilhamento de benefícios” (DUBDH, 2005). As desigualdades de gênero, raça/etnia e classe requerem políticas e estratégias nacionais e globais que, de fato, impactem na realidade das populações atualmente excluídas.

Iniciamos este artigo questionando se seria legítimo comparar graus de sensibilidade e sociabilidade entre povos indígenas e não indígenas no que se refere às pessoas com deficiência. Questionamos também se seria possível tecer esta comparação sem cair em discriminações e refletimos sobre a necessidade de evitar julgamentos a partir de critérios etnocêntricos. Qualquer esforço para melhorar os meios de vida das pessoas indígenas com deficiência requer abordar múltiplas barreiras estruturais, um enfoque inter-geracional e de gênero, sensibilizar e capacitar os formuladores de política nas áreas de saúde, educação e trabalho (Declaração das Nações Unidas sobre os direitos dos Povos Indígenas/DNUDPI – 2007).

Para além de uma maneira individual e social de viver a vida – que muitas vezes envolvem processos de transição e reconhecimento – a deficiência é uma pauta de Justiça Social. Abordar deficiência entre os povos indígenas não é apenas delinear como estas diferentes culturas devem se adaptar aos princípios éticos dos Direitos Humanos e tratados internacionais, o que muitos povos vem fazendo a partir de reflexões muito próprias e originais, mas também demonstra a necessidade de não indígenas se sensibilizarem e valorizarem o que os indígenas podem nos ensinar sobre saúde, sociabilidade, bem viver e humanidade.

Referências

1. Araújo IM. Osikirip: os 'especiais' Karitiana e a noção de pessoa ameríndia. Tese de Doutorado em Antropologia Social, Universidade de São Paulo/USP; 2014. Acessível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8134/tde-05082015-142648/pt-br.php>
2. Baggs A. Minha linguagem /In my language (Vídeo). Legendado em português do Brasil por Amanda Paschoal. In: Autismo em Evidências. 2016. 8m30s. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?feature=youtu.be&v=CNTjoLhwKtk&app=desktop>
3. Basta PC (Coord.). Avaliação da exposição ambiental ao mercúrio proveniente de atividade garimpeira de ouro na Terra Indígena Yanomami, Roraima, Amazônia, Brasil. Relatório parcial. ENSP/Fiocruz; 2016. Disponível em: https://www.socioambiental.org/sites/blog.socioambiental.org/files/diagnostico_contaminacao_mercurio_terra_indigena_yanomami.pdf.
4. Batistella C. Saúde, Doença e Cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In: Fonseca, AF. e Corbo, ADA. (Orgs.). O território e o processo saúde-doença. Coleção Educação Profissional e Docência na Saúde: a formação e o trabalho do Agente Comunitário de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2008.
5. Brasil. Cartilha do Censo 2010: Pessoas com Deficiência. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR) / Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD) / Coordenação-Geral do Sistema de Informações sobre a Pessoa com Deficiência; Brasília-DF: SDH-PR/SNPD; 2012.
6. Brasil. Boletim Epidemiológico - Sífilis Ano IV- nº 1. Ministério da Saúde /Secretaria de Vigilância em Saúde /Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais; 2015.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais. 2016. Acessível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv>
8. Brasil. Ministério da Saúde - Sala de apoio à gestão estratégica do Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://sage.saude.gov.br/>.
9. Bruno MG, Souza VP. Crianças indígenas Kaiowá e Guarani: um estudo sobre as representações sociais da deficiência. Revista de Educação Pública 2014; 23(53-1): 425-440.
10. Cohn C. Antropologia da Criança. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.; 2005. 60p.
11. DUBDH. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), 2005. Revisão: Garrafa, Volnei. Acessível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_univ_bioetica_dir_hum.pdf

12. Diniz D. O que é deficiência? São Paulo: Brasiliense, 2007.
13. Domingues RSM, Saracen V, Hartz Z, Leal MDC. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. Rev. Saúde Pública 2013; 47(1): 147-157. Acessível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000100019&lng=en.
14. Freitas CM. Problemas ambientais, saúde coletiva e ciências sociais. Ciência e Saúde coletiva [online] 2003; 8(1):137-150. Acessível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000100011&lng=en.
15. Holanda MAF. Quem são os humanos dos direitos? Sobre a criminalização do infanticídio indígena. Dissertação de mestrado, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social/PPGAS, Universidade de Brasília – UnB, 2008. Acessível em: <https://www.repositorio.unb.br/handle/10482/5515>.
16. Holanda MAF. O falso dilema do “infanticídio indígena”: por que o PL 119/2015 não defende a vida de crianças, mulheres e idosos indígenas. In: Combate Racismo Ambiental, de 29 de janeiro de 2017. Acessível em: <https://racismoambiental.net.br/2017/01/29/o-falso-dilema-do-infanticidio-indigena-por-que-o-pl-1192015-nao-defende-a-vida-de-criancas-mulheres-e-idosos-indigenas/>
17. Holanda MAF. Os ecos sem voz: Uma década de falas sem escuta no Congresso Nacional Ainda sobre o “infanticídio indígena”. In: Anuário Antropológico, 2018; 43(1):155. Acessível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/anuarioantropologico/article/view/9315>
18. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico Brasileiro 2010. Acessível em: www.ibge.gov.br
19. Jesus AC. Relato de experiência em sala de recursos multifuncionais em Dourados/MS. In: Bruno, MG. e Oliveira, OV (Orgs.). Educação escolar indígena, diferença e deficiência: (re)pensando práticas pedagógicas. Campo Grande, MS: Editora UFMS; 2015.
20. Lévi-Strauss C. Antropologia Estrutural. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 2013.
21. Mattoso MG. Experiência como professora de sala de recursos multifuncionais na Escola Municipal Francisco Meireles (Dourados/MS) com crianças indígenas Kaiowá, Guarani e Terena. In: Bruno, MG., Oliveira, OV. (Orgs.). Educação escolar indígena, diferença e deficiência: (re)pensando práticas pedagógicas. Campo Grande, MS: Editora UFMS; 2015.
22. McCallum C. O corpo que sabe: da epistemologia Kaxinawá para uma antropologia médica das terras baixas sul-americanas. In: Alves, PC. e Rabelo, MC. (Orgs.). Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ/ Editora Relume Dumará; 1998. 248 p.
23. Melatti JC. Enigmas do corpo e soluções dos Panos. In: Página do Melatti; 1992. Acessível em: <http://www.juliomelatti.pro.br/artigos/a-enigmas.pdf>.

24. Monken M. e Barcellos, C. O território na promoção e vigilância em saúde. In: Fonseca AF, Corbo ADA. (Orgs.). O território e o processo saúde-doença. Coleção Educação Profissional e Docência na Saúde: a formação e o trabalho do Agente Comunitário de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2008.
25. Neri M. Retratos da deficiência no Brasil. Rio de Janeiro: FGV/IBRE/CPS; 2003.
26. OAPS. Observatório de Análise Política em Saúde. Boletim “Saúde Indígena na Mira”. Ano 4, Edição Nº 21. Janeiro/Fevereiro de 2019. Acessível em: <https://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/boletim/edicao/21/>
27. OMS, BIRD. Relatório mundial sobre a deficiência. São Paulo: SEDPcD; 2012.
28. ONU. Rights of Indigenous Peoples / Persons with Disabilities – Thematic Paper towards the preparation of the World Conference on Indigenous Peoples. 2014. Acessível em: http://www.un.org/en/ga/president/68/pdf/wcip/IASG%20Thematic%20Paper_Disabilities.pdf
29. ONU. Indigenous persons with disabilities: achieving rights and inclusion in development. A call to action. Department of Economic and Social Affairs; 2013. Acessível em: <https://www.un.org/development/desa/disabilities/issues/indigenous-persons-with-disabilities-achieving-rights-and-inclusion-in-development-a-call-to-action.html>
30. Othero MB, Ayres JRCM. Healthcare needs of people with disabilities: subjects perspectives through their life histories. Interface-Comunicação, Saúde, Educação 2012; 16(40): 219-33.
31. Santos EC, Camara VM, Brabo ES. Avaliação dos níveis de exposição ao mercúrio entre índios Pakaanóva, Amazônia, Brasil. In: Caderno de Saúde Pública 2003;19(1): 199-206.
32. SESAI. Relatório Anual de Gestão- 2016. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Ministério da Saúde; 2017. Acessível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2019/janeiro/09/Relatorio-de-Gestao-da-SESAI-2016.pdf>
33. SESAI. Relatório Anual de Gestão – 2015. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Ministério da Saúde; 2016. Acessível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/abril/26/RG-SESAI-2016-Versao-Final.pdf>.
34. SESAI. Relatório Anual de Gestão – 2014. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Ministério da Saúde; 2015. Acessível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/abril/26/RG-SESAI-2016-Versao-Final.pdf>.
35. Souza VPS. Crianças indígenas Kaiowá e Guarani: um estudo sobre as representações da deficiência e o acesso às políticas de saúde e educação em aldeias da região da Grande Dourados. Dissertação (Mestrado em Educação). Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal da Grande Dourados; 2011.

36. Venere MR. Políticas públicas para populações indígenas com necessidades especiais em Rondônia: o duplo desafio da diferença. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente) - Universidade Federal de Rondônia, Porto Velho, Rondônia; 2005.
37. WHO, BIRD. Relatório Mundial sobre a deficiência. São Paulo: SEDPcD; 2012. Acessível em: https://www.unicef.org/brazil/pt/PT_SOWC2013ResumoExecutivo.pdf

Recebido: 12/09/2019. Aprovado: 30/10/2019.