

**PROGRAMA MAIS MÉDICOS E AS COMUNIDADES INDÍGENAS DO NORTE DA BAHIA:
RELATO DE EXPERIÊNCIA***Manoel Pereira Guimarães^a*<https://orcid.org/0000-0001-7780-8946>*Mumtaz Ali Memon^b*<https://orcid.org/0000-0002-7877-1759>*Iara Zuleica Nobre e Silva^c*<https://orcid.org/0000-0002-0753-6364>*Anderson da Costa Armstrong^d*<https://orcid.org/0000-0003-3161-8922>**Resumo**

As ações para construção de um modelo de prestação de serviços de saúde para a população indígena só foram intensificadas em 2002, quando foi criada a Política Nacional de Saúde dos Povos Indígenas. Dessa forma, ocorreu a utilização de profissionais oriundos do Projeto Mais Médicos nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Assim, este trabalho descreve a experiência de profissionais do Projeto Mais Médicos para o Brasil em comunidades indígenas do norte da Bahia, no polo de Paulo Afonso. Essas comunidades se caracterizam por baixas condições socioeconômicas de maneira geral e os povos indígenas do sertão do nordeste brasileiro são amplamente afetados pelo processo de urbanização. Durante o programa, foi possível perceber que as comunidades indígenas já trazem consigo os efeitos psicológicos das lutas territoriais, dos históricos de repressão violenta e da persistente cultura preconceituosa por parte do não indígena. Além disso, são evidentes o empenho e a dedicação do médico bolsista do Projeto Mais Médicos, bem como seu interesse

^a Estudante de Medicina. Bolsista apoiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) na Universidade Federal do Vale do São Francisco (Univasf). Petrolina, Pernambuco, Brasil. E-mail: manoel.guimaraes@cardiol.br

^b Médico do Programa Mais Médicos. Saúde Indígena. Rodelas, Bahia, Brasil. Email: alimemon_mumtaz@yahoo.com

^c Médica Supervisora do Programa Mais Médicos no Norte da Bahia. Paulo Afonso, Bahia, Brasil. E-mail: iarazu@hotmail.com

^d Médico. Doutor. Docente na Universidade Federal do Vale do São Francisco (Univasf). Petrolina, Pernambuco, Brasil. E-mail: anderson.armstrong@univasf.edu.br

Endereço para correspondência: Universidade Federal do Vale do São Francisco (Univasf). Avenida José de Sá Maniçoba, s/n, Centro. Petrolina, Pernambuco, Brasil. CEP: 56304-917. E-mail: anderson.armstrong@univasf.edu.br

em gerar cuidados para as comunidades tradicionais indígenas de seu polo de atuação, no entanto, vale ressaltar que mesmo após tantos anos da implementação do Projeto Mais Médicos, existe uma grande dificuldade no preenchimento de vagas destinadas ao atendimento nas comunidades indígenas e os últimos editais não conseguiram um médico para preenchimento da vaga em aberto para o polo de Paulo Afonso.

Palavras-chave: Programa Mais Médicos. Saúde de populações indígenas. Distritos sanitários especiais indígenas. Política Nacional de Saúde dos Povos Indígenas.

THE MAIS MÉDICOS PROGRAM AND THE INDIGENOUS COMMUNITIES OF NORTHERN BAHIA: EXPERIENCE REPORT

Abstract

Actions for building a health service delivery model geared towards the indigenous population became more prominent only in 2002, upon creation of the National Health Policy for Indigenous Peoples. As a result, professionals from the Mais Médicos Project were included in the Special Indigenous Health Districts. Hence, this study describes the experience of professionals from the More Doctor for Brazil project within indigenous communities in northern Bahia, at the Paulo Afonso center. Overall, these communities face low socioeconomic conditions and the indigenous peoples of the Sertão are largely affected by urbanization processes. During the program, the professionals noted that indigenous communities bear the psychological effects of land struggles, the history of violent repression and the persistent prejudiced culture espoused by non-indigenous. Moreover, the commitment and dedication of Mais Médicos physicians, as well as their interest in providing care for the traditional indigenous communities in their area of activity, is evident. Importantly, however, even many years after the implementation of the Mais Médicos Project, vacancies geared towards indigenous health are difficult to fill out and the last public notices were unable to find a doctor to fill the open vacancy for the Paulo Afonso center.

Keywords: More Doctors Program. Health of indigenous populations. Special indigenous health districts. National Health Policy for Indigenous Peoples.

Resumen

Las acciones para construir un modelo de prestación de servicios de salud a la población indígena recién se intensificaron en el año 2002 cuando se creó la Política Nacional de Salud para los Pueblos Indígenas. De esta forma, se incluyó a profesionales en el Proyecto Más Médicos en los Distritos Sanitarios Especiales de Salud Indígena. Así, este trabajo describe la experiencia de profesionales del Proyecto Más Médicos para Brasil en comunidades indígenas del Norte de Bahía, en el polo Paulo Afonso. Estas comunidades se caracterizan por tener condiciones socioeconómicas bajas en general, y los pueblos indígenas del sertão del Nordeste Brasileño son en gran medida afectados por el proceso de urbanización. Durante el programa se pudo percibir que las comunidades indígenas traen consigo los efectos psicológicos de las luchas territoriales, la historia de represión violenta y la cultura prejuiciosa persistente por parte de los no indígenas. Además, es notorio el compromiso y dedicación del médico becario del Proyecto Más Médicos, así como su interés por brindar atención a las comunidades indígenas tradicionales de su zona de actuación; sin embargo, vale mencionar que aún después de tantos años de implementación del Proyecto Más Médicos, existe una gran dificultad para cubrir las vacantes destinadas a la atención de las comunidades indígenas y los últimos avisos públicos no encontraron a médicos para llenar la vacante abierta para el polo Paulo Afonso.

Palabras clave: Programa Más Médicos. Salud de los pueblos indígenas. Distritos sanitarios especiales indígenas. Política Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas.

INTRODUÇÃO

No Brasil, os povos indígenas são marcados por buscas coletivas para a conquista de direitos de igualdade social à terra, à saúde e à preservação de sua cultura¹, porém, a vasta pluralidade cultural entre as etnias, que faz com que as ideologias e os modos de gerir os sentimentos variem em cada população, é um dos motivos por essa conquista não ser plena². Soma-se a isso a mudança de condição de vida de muitas etnias indígenas após a colonização das terras brasileiras³. Essa colonização aconteceu primeiro no estado da Bahia, onde os impactos iniciais foram ainda maiores⁴.

Diante dos primeiros contatos com colonizadores europeus, a população indígena da Bahia e do restante das Américas foi dizimada por conta de inúmeras doenças

infectocontagiosas para as quais não haviam ainda desenvolvido imunidade efetiva, como coqueluche, difteria, gripe, malária, sarampo, sífilis, entre tantas outras³. Mais recentemente, as doenças infectocontagiosas vêm dando lugar às doenças crônicas não transmissíveis como causas principais de morbimortalidade nessa população. Mudanças para hábitos de vida mais sedentários e consumo de alimentos industrializados, tipicamente relacionados à urbanização, vêm aumentando a prevalência de hipertensão arterial, diabetes e dislipidemia, levando ao aumento da prevalência de doenças cardiovasculares.

Nesse contexto, é nítido que medidas especiais de atenção à saúde dos povos indígenas são necessárias⁵, porém, no Brasil, as ações para construção de um modelo de prestação de serviços de saúde para a população indígena só foram intensificadas no ano de 2002, quando foi criada a Política Nacional de Saúde dos Povos Indígenas⁶. Atualmente, tem-se em funcionamento os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), uma unidade gestora descentralizada do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), criada em 2002⁶. Os DSEI atuam a nível estadual, diretamente vinculados à Secretaria Especial de Atenção à Saúde Indígena, no Ministério da Saúde. Analogamente às Unidades Básicas de Saúde presentes no contexto urbano, os polos-base são as unidades descentralizadas nas aldeias que oferecem atendimento multiprofissional em nível primário às comunidades indígenas no país.

Diferente da maioria dos estudos que relatam a experiência dos DSEI localizados na região norte do Brasil⁷⁻⁹, o estudo de Mota de Nunes¹⁰ utilizou como local de estudo um DSEI localizado na região nordeste, mais especificamente no DSEI Bahia¹⁰. Esse distrito foi criado para atender 71 aldeias que estão localizadas em 27 municípios⁶ e hoje abrange 135 aldeias localizadas em 30 municípios¹⁰, inclusive as comunidades Truká e Fulni-ô, que estão espalhadas pelo Vale do Rio São Francisco entre o norte do estado da Bahia e o sul do estado de Pernambuco¹¹⁻¹³.

Há inúmeros desafios na prestação de serviços de saúde às comunidades indígenas, tanto referentes às particularidades de seus modos e costumes quanto relativas à infraestrutura, muitas vezes precária e remota em que se instalam suas comunidades. Talvez em decorrência disso, outro ponto crucial para a não plenitude dos serviços de saúde para esses povos é a carência e a alta rotatividade de profissionais de saúde dedicados aos cuidados médicos nas diversas aldeias¹⁴.

Nessa situação, a utilização de profissionais oriundos do Projeto Mais Médicos (PMM) nos DSEI, muitas vezes assumindo polos-base, é uma das formas de sanar essa problemática^{15,16}. A implementação do PMM nos DSEI resulta em uma percepção positiva quanto à satisfação tanto por parte da equipe de saúde quanto dos usuários. Além disso,

outro ponto positivo está na redução da rotatividade médica que corrobora para um maior entendimento cultural da população indígena local e, conseqüentemente, propicia uma relação não excludente entre o acesso aos serviços biomédicos e o uso de práticas terapêuticas indígenas¹⁵. Ademais, de maneira prática, o PMM impactou de forma positiva nos indicadores de procedimentos e de saúde materno-infantil das populações atendidas¹⁶.

Em total consonância com os princípios norteadores do Programa Mais Médicos, outros aspectos importantes para a prestação de cuidados em saúde para os povos indígenas são os projetos de pesquisa e extensão. Neste relato, ressaltaremos nossa experiência de assistência à saúde para as comunidades tradicionais indígenas por meio de pesquisa e extensão no Projeto de Aterosclerose em Indígenas (PAI). O PAI foi idealizado em 2013 com a intenção de investigar o impacto da urbanização sobre as doenças cardiovasculares nas comunidades indígenas do Vale do São Francisco, que inclui a região norte da Bahia. Adicionalmente, desde 2016, o projeto conta com um braço extensionista que leva cuidados de saúde a povos tradicionais indígenas das etnias Fulni-ô e Truká. O PAI vem então demonstrando de forma pioneira os problemas de saúde enfrentados por essas populações indígena, integrando estudantes da área da saúde, equipe multiprofissional e acadêmicos de diversas formações¹⁷⁻²⁰.

Diante do exposto, o objetivo deste trabalho é descrever a experiência de profissionais do Projeto Mais Médicos para o Brasil em comunidades indígenas do norte da Bahia, envolvendo médico bolsista do programa, supervisora e tutor.

SÍNTESE DE DADOS

Estudo qualitativo, descritivo, tipo relato de experiência. Nosso relato se encontra focado na região norte da Bahia, em especial as que compõem o Vale do Rio São Francisco. São experiências do PMM no polo de Paulo Afonso, além do estudo e extensão do PAI, que atinge as comunidades Truká e Fulni-ô na mesma região.

Interessante ressaltar o perfil de profissional médico atuante no Programa Mais Médicos. O PMM foi lançado em julho de 2013 a partir da Medida Provisória nº 621, posteriormente convertida na Lei nº 12.871, em outubro de 2013. Esse programa foi estruturado para aumentar a oferta de médicos e mitigar o número de municípios brasileiros com condições assistenciais precárias. Para isso, o PMM foi composto em três eixos de ação: (1) o investimento na melhoria da infraestrutura das redes de Atenção à Saúde; (2) a ampliação da oferta de cursos e vagas em medicina, incluindo amplas reformas educacionais na graduação e residência médicas; e (3) a implantação do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB)²¹. Com sua implementação, o PMM aumentou a quantidade e qualidade de atendimentos médicos

pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil²². Durante a pandemia de covid-19, o PMM apresentou grande impacto no manejo dos doentes no estado da Bahia²³.

Com relação à saúde indígena, médicos oriundos do PMM estão presentes em todos os 34 DSEI espalhados pelo Brasil²⁴. Na região nordeste do país, os seis DSEI presentes receberam, ao todo, 54 profissionais médicos. Entre os distritos, o DSEI Bahia recebeu 18 profissionais e, por isso, foi o que mais recebeu médicos na região²⁵. No polo de Paulo Afonso, no norte da Bahia, o profissional designado a atuar pelo PMM em 2019 enfrentou desafios.

Em nossa experiência, o PMM tem atraído como bolsistas principalmente médicos no início de carreira, bem como profissionais já mais experientes que buscam novas experiências após aposentadoria de seus empregos principais. No caso deste estudo, o jovem médico não tinha experiência ou formação específica para atendimento a comunidades indígenas, no entanto, buscou esse tipo de colocação motivado por ideais e interesses pessoais em se aprofundar na saúde indígena. A chegada do médico à atenção primária das comunidades indígenas gera, de fato, desafios adicionais para o profissional que é recebido nessas comunidades. A falta de experiência na área e a ausência de treinamento específico parecem ser mitigadas a partir do interesse pessoal, impulsionado pelo apoio acadêmico de profissional mais experiente.

O médico que adere a esse programa e que se encontra em início de carreira se beneficia de apoio institucional para enfrentar as novas atividades desafiadoras. Em sua estrutura de funcionamento, o PMM prevê a existência de um supervisor acadêmico para prestar assistência a cerca de dez médicos atuantes no programa e, como apoio a cada grupo de dez supervisores, prevê a existência de um tutor acadêmico. Supervisores e tutores advêm – geralmente – da comunidade acadêmica nas diversas universidades públicas do país, envolvidos no ensino médico e, idealmente, engajados em projetos de ensino e extensão. Além disso, o programa oferece apoios institucionais do Ministério da Educação e do Ministério da Saúde. O estado da Bahia conta ainda com uma estrutura de apoio e coordenação dedicada ao programa, o que diferencia positivamente a atuação da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia junto aos diversos atores que compõem o Programa Mais Médicos.

O médico do Programa Mais Médicos neste relato atua no polo de Paulo Afonso, região norte da Bahia, prestando assistência a nove etnias, dispostas nas aldeias Tuxá, Tuxi, Bento 1, Neo Pankararé, Nova Pankararé, Nova Esperança, Nova Vida, Nova Aliança e Atikum Rodelas. As comunidades indígenas do norte da Bahia se caracterizam por baixas condições socioeconômicas de maneira geral. Particularmente, a comunidade Tuxá, diferentemente das outras oito, tem a característica de ser uma aldeia urbana, com ainda mais precárias condições de moradia e saneamento, além de acessibilidade difícil a regiões urbanas mais estruturadas.

Os povos indígenas do sertão do nordeste brasileiro são amplamente afetados pelo processo de urbanização. De fato, essas comunidades enfrentam mudanças de estilo de vida – como sedentarismo e alimentação à base de alimentos industrializados – que as colocam em contato com problemas crônicos de saúde próprios aos centros urbanizados, como dislipidemia, diabetes e hipertensão arterial. Apesar disso, essas comunidades não têm a mesma assistência à saúde presente nos centros urbanos. Isso cria um aparente paradoxo, no qual as comunidades indígenas recebem o que há de pior na experiência da urbanização, porém, sem ter acesso ao que há de melhor em atenção e educação em saúde que a industrialização promoveu. Isso se reflete no aumento de fatores de risco, doença subclínica e mortalidade cardiovascular, mas também está presente na já citada precariedade de moradia, que favorece a proliferação de vetores e surtos devastadores de doenças infecciosas, como o recentemente enfrentado pelos Fulni-ô referente aos casos de Chikungunya¹⁷⁻²⁰.

Há ainda uma dualidade nem sempre harmônica no que se refere à gestão administrativa feita pela Fundação Nacional do Índio (Funai) e a gestão em saúde, que inicialmente era sob responsabilidade da Fundação Nacional de Saúde (Funasa) e atualmente encontra-se sob coordenação da Sesai. Os indígenas nas aldeias encontram conflitos naturalmente gerados pelo convívio, bem como com outras aldeias. Isso também é avivado pelo constante sentimento de tensão social vivido por essas comunidades tradicionais.

A experiência de enfrentar essas dificuldades foi descrita pelo médico bolsista do PMM, em suas próprias palavras:

“O ser humano tem um funcionamento fisiológico muito parecido em todos os lugares do mundo, mas as condições sociais, culturais, religiosas e econômicas em que eles estão inseridos, faz com que os desafios de entendê-los em contexto, oportunize uma clínica médica mais rica, mais particular e mais desafiadora para que seja assertiva; consequentemente requer do profissional médico atenção, responsabilidade e estudo constante, fatores que me possibilitam crescer como pessoa e como profissional. O trabalho com a população indígena está sendo um desafio interessante e constante, porque embora seja o povo originário do Brasil, ainda lutam pelo respeito a sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições. Os conflitos entre algumas tribos, impedem que se organizem e lutem por seus direitos e isso reflete nas condições de vida e saúde deles.” (Médico).

Outro aspecto importante é que as comunidades indígenas já trazem consigo os efeitos psicológicos das lutas territoriais, dos históricos de repressão violenta e da persistente

cultura preconceituosa por parte do não indígena. Isso se reflete em inúmeros problemas de saúde mental, abuso no consumo de álcool e elevados índices de suicídio nessas populações^{20,26}.

Por fim, todos os desafios encontrados são amplificados pelas dificuldades nas relações entre o profissional de saúde e as diversas comunidades indígenas. Cada etnia possui seus próprios ritos, cuidados tradicionais em saúde, estrutura social, espiritualidade e coesão. A experiência de lidar com tamanha diversidade sem dúvidas traz benefícios ao profissional que a isso se abre, mas a adaptação a essa realidade de saúde, nem sempre biomecânica, pode ser árdua ao profissional médico que se inicia^{4,12}. O bolsista do PMM atuante em área indígena terá que lidar com a multiculturalidade própria a essas comunidades, tanto no que se refere às pessoas atendidas como à própria equipe de saúde que preferencialmente possui indígenas na sua composição.

No contexto do PMM, essa adaptação à realidade de trabalho em comunidades indígenas poderia ser atenuada através de um currículo de treinamento específico, bem como de um maior direcionamento dos médicos supervisionados para supervisores e tutores experientes na área. De fato, a despeito da regulamentação da Supervisão e Tutoria no PMM ter papel essencialmente acadêmico, são comuns as demandas a esses profissionais de aspecto assistencial não necessariamente acadêmico, o que na nossa experiência vai de deficiências de infraestrutura nas unidades de saúde até conflitos interpessoais e ameaças aos profissionais bolsistas na ponta da assistência.

O bojo de dificuldades inerentes à assistência às comunidades indígenas faz com que haja carência de profissionais de saúde para esta atuação. O bolsista do PMM sente as dificuldades e busca crescer a partir das experiências já vividas, como pode ser percebido em sua fala:

“A equipe com a qual trabalho é composta por indígenas. Atuando na área técnica de saúde, temos enfermeiras, técnicas em enfermagem e agentes de saúde. Ao todo são sete profissionais e apenas um médico para atender 3.121 indígenas, in loco, nos deslocando nos veículos oficiais ou no posto Tuxá que fica na cidade de Rodelas. Mesmo já tendo morado em diversos países e conhecido outras culturas, nunca abandonei minhas raízes e minhas crenças e, assim como os indígenas e os afrodescendentes preservam dentro de si suas raízes, e seus ensinamentos e sua espiritualidade, passando de geração em geração, também seguimos firme e perseverantes, respeitando as diferenças e defendendo nossa história, que ultrapassam a cor da pele, o idioma e os limites geográficos. As dificuldades não terminaram, nem a discriminação, mesmo a xenofobia sendo

crime. Vejo diariamente o racismo do branco contra o negro, dos nativos contra os estrangeiros, do rico contra o pobre, do letrado contra o inculto, do índio contra o não índio e vice-versa, como também do índio contra o próprio índio e por aí vai. Se há uma prática que dever ser abolida é a da discriminação.” (Médico).

Vale ressaltar que, mesmo após tantos anos de PMM, existe uma grande dificuldade no preenchimento das vagas para médicos que atuem em comunidades indígenas. Além disso, há aspectos burocráticos que dificultam a reposição de profissionais que se afastam do programa. Como consequência, um outro bolsista do PMM na mesma localidade pediu afastamento, sendo que essa vaga na região persiste em aberto já por período superior a um ano. Enquanto isso, o profissional aqui relatado trabalha sobrecarregado e enfrentando sozinho a demanda de duas equipes, tentando suprir a necessidade de sua região. Isso nos mostra que, mesmo com todo incentivo do PMMB em trazer médicos para regiões tão necessitadas, ainda temos uma grande dificuldade que envolve tanto a motivação da participação de médicos em comunidades indígenas quanto as barreiras para reposição rápida de profissionais que se desligam do programa.

Ao todo, o Brasil conta com 34 DSEI⁶. Na literatura nacional há poucos relatos sobre os DSEI. Mendonça et al.⁹ mostram que na região norte do país o DSEI Xingu pode ter impactado na redução da mortalidade infantil. Além disso, esse distrito conta com o auxílio do Projeto Xingu, uma ação extensionista implementada desde 1965, que atua no Parque indígena do Xingu com pesquisa, ensino e cuidados em saúde⁹. No DSEI Yanomami, distrito que abrange populações indígenas dos estados de Roraima e Amazonas, é evidente a importância da equipe multidisciplinar no cuidado com as comunidades tradicionais indígenas. Nesse sentido, Melo et al.⁸ destacam a atuação da equipe de enfermagem na realização da visita domiciliar e da vigilância epidemiológica⁸. No DSEI Rio Negro, um ponto abordado é o princípio de interculturalidade em saúde. O estudo, que envolveu 24 comunidades tradicionais indígenas da região norte, investigou a relação entre as práticas xamânicas e rituais e a atenção à saúde. Nesse contexto, Ferreira et al.⁷ relatam que as práticas relacionadas à medicina tradicional são cada vez menos frequentes, apesar de isso ser um ponto de abordagem importante nos cuidados com os povos indígenas⁷.

Nessa mesma linha de abordagem intercultural, Mota e Nunes¹⁰ utilizaram um estudo qualitativo para conhecer como o conceito de “atenção diferenciada”, que leva em conta as especificidades socioculturais dos povos indígenas e sua medicina tradicional, impacta na atenção à saúde indígena. Nesse aspecto, as autoras concluem que a abordagem de saúde com respeito e

inserção dos valores culturais dos povos indígenas é benéfica para ampliação dos cuidados. Ademais, elas indicam que a presença de indígenas na gestão contribuiu para a produção de práticas mais contextualizadas e orientadas para os problemas vivenciados pelas comunidades¹⁰.

O PMM pode ser de grande valia para mitigar a precariedade da estrutura de saúde voltada às comunidades tradicionais indígenas⁵, porém, a qualidade assistencial aos povos indígenas parece longe do ideal. Há quem aponte a falta de objetividade das responsabilizações institucionais voltada aos cuidados dos povos indígenas e a falta de discussão quanto à participação nos espaços de pactuação como importantes mecanismos que corroboram com a fragilidade dos cuidados em saúde indígena²⁷. Também as próprias limitações de pessoal, no caso relatado de uma equipe multiprofissional composta de apenas oito pessoas, sendo apenas uma delas médico do PMM, prestando atendimento para mais de três mil indígenas em diversas aldeias.

Dessa maneira, conclui-se que no norte da Bahia a inserção de profissionais oriundos do PMM mitigou um pouco a realidade de precarização do acesso à saúde para os povos indígenas. Também se percebe a grande dificuldade com que médicos são inseridos na realidade da atenção primária nas aldeias indígenas, incluindo múltiplos desafios tanto de natureza pessoal quanto estruturais. Fica claro que muito mais investimentos são necessários para ampliar a quantidade e qualidade dos serviços prestados a esses povos. Além disso, fica evidente o potencial benefício no âmbito do PMM da implementação de mecanismos de treinamento e supervisão que incluam as particularidades da assistência às comunidades indígenas.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos aos médicos, supervisores, tutores, gestores e apoiadores do Programa Mais Médicos. Também agradecemos ao DSEI Bahia e Pernambuco. Por fim, nosso muito obrigado às comunidades indígenas mencionadas neste relato.

COLABORADORES

1. Concepção do projeto, análise e interpretação dos dados: Iara Zuleica Nobre e Silva e Anderson da Costa Armstrong.
2. Redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Manoel Pereira Guimarães, Mumtaz Ali Memon, Iara Zuleica Nobre e Silva e Anderson da Costa Armstrong.
3. Revisão e/ou aprovação final da versão a ser publicada: Iara Zuleica Nobre e Silva e Anderson da Costa Armstrong.
4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra: Anderson da Costa Armstrong.

REFERÊNCIAS

1. Silva ECA. Povos indígenas e o direito à terra na realidade brasileira. *Serv Soc Soc.* 2018;(133):480-500.
2. Wayhs ACD, Bento BAR, Quadros FAA. Políticas públicas em saúde mental indígena no Brasil. *TraHs.* 2019;(4):68-78.
3. Wenczenovicz TJ. Saúde Indígena: reflexões contemporâneas. *Cad Ibero Am Direito Sanit.* 2018;7(1):63-82.
4. Etchevarne C. A história da Bahia antes da colonização portuguesa. *Rev Nord História do Bras.* 2021;2(4):62-83.
5. Landgraf J, Imazu NE, Rosado RM. Desafios para a Educação Permanente em Saúde Indígena: adequando o atendimento do Sistema Único de Saúde no sul do Brasil. *Interface.* 2020;24:e190166.
6. Brasil. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.
7. Benevides FL, Paiva RD, Shankland A. Gestão, política e movimentos sociais no Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto Rio Negro. *Novos Estud.* 2019;38(2):351-69.
8. Melo JS, Freitas NO, Apostolico MR. The work of a Brazilian nursing team of collective health in the special indigenous health district. *Rev Bras Enferm.* 2021;74(2):e20200116.
9. de Mendonça SBM, Rodrigues D, Pereira PPG. Modelo de atenção à saúde indígena: o caso do DSEI Xingu. *Cad Saúde Pública.* 2019;35(supl 3):e00008119.
10. Mota SEC, Nunes M. Por uma atenção diferenciada e menos desigual: o caso do Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia. *Saúde Soc.* 2018;27(1):11-25.
11. Silva E. Os Fulni-ô: múltiplos olhares e uma contribuição para o reconhecimento das sociodiversidades indígenas no Brasil. 2012;7(2):609-12.
12. Santos JM. Cultura, matéria e etnicidade dos povos indígenas do São Francisco afetados por barragens: um estudo de caso dos Tuxá de Rodelas, Bahia, Brasil. Salvador (BA). Tese [Doutorado em Cultura e Sociedade] – Universidade Federal da Bahia; 2008.
13. IMIP. DSEI Bahia [Internet]. 2022 [citado em 2022 fev 2]. Disponível em: <http://www1.imip.org.br/imip/assistenciaesaude/saudeindigena/dseibahia.html>
14. Mendes AM, Leite MS, Langdon EJ, Grisotti M. O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil. *Rev Panam Salud Pública.* 2018;42:1-6.
15. Fontão MAB, Pereira ÉL. Projeto Mais Médicos na saúde indígena: reflexões a partir de uma pesquisa de opinião. *Interface.* 2017;21(supl.1):1169-80.

16. Schweickardt JC, Ferla AA, Lima RTS, Amorim JSC. O Programa Mais Médicos na saúde indígena: o caso do Alto Solimões, Amazonas, Brasil. *Rev Panam Salud Pública*. 2020;44:1-8.
17. Nicacio JM et al. Anti-chikungunya virus seroprevalence in Indigenous groups in the São Francisco Valley, Brazil. *PLoS Negl Trop Dis*. 2021;15(6):e0009468.
18. Armstrong AC et al. Urbanization is Associated with Increased Trends in Cardiovascular Mortality Among Indigenous Populations: the PAI Study. *Arq Bras Cardiol*. 2018;110(3):240-5.
19. Patriota PVAM, Ladeia AMT, Marques J, Khoury R, Barral A, Cruz AA, et al. Ecocardiografia e análise de doenças cardiovasculares subclínicas em povos indígenas que vivem em diferentes graus de urbanização: projeto de aterosclerose nas populações indígenas (PAI). *ABC Imagem Cardiovasc*. 2020;33(4):1-8.
20. Carmo TR, Santos LG, Farias AVSG, Cavalcanti MPL, Dias GS, Nunes BEBR, et al. Can urbanisation influence alcohol consumption by Indigenous groups? A brief analysis of Brazilian data. *Drug Alcohol Rev*. 2021;41(4):890-4.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1.369, de 8 de julho de 2013. Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Brasília (DF); 2013.
22. Girardi SN, Stralen ACS, Cella JN, Wan Der Maas L, Carvalho CL, Faria EO. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. *Ciênc Saúde Colet*. 2016;21(9):2675-84.
23. Souza JP, Garcia EG, Nascimento AS, Brito RS, Greszgorz Júnior IL, Bonfim JM. Relato de experiência contribuições do Programa Mais Médicos no enfrentamento da pandemia de covid-19 na Bahia. *Rev Bras Saúde Públ*. 2021;45(esp.2):108-19.
24. Facchini LA, Batista SR, Silva Jr AG, Giovanella L. O Programa Mais Médicos: análises e perspectivas. *Ciênc Saúde Colet*. 2016;21(9):2652.
25. Nogueira PTA, Bezerra AFB, Leite AFB, Carvalho IMS, Gonçalves RF, Brito-Silva KS. Características da distribuição de profissionais do Programa Mais Médicos nos estados do Nordeste, Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2016;21(9):2889-98.
26. Santos CAB, Silva HE, Oliveira EGS. História ambiental, história indígena e relações socioambientais no Semiárido brasileiro. In: Marques J, Armstrong AC, Negreiros CLN. *Genocídio no Brasil: reflexões sobre a depressão e o suicídio entre os povos indígenas*. Paulo Afonso (BA): SABEH; 2018. p. 156-63.
27. Scalco N, Aith F, Louvison M. A relação interfederativa e a integralidade no subsistema de saúde indígena: uma história fragmentada. *Saúde Debate*. 2020;44(126):593-606.

Recebido: 3.2.2022. Aprovado: 16.2.2022. Publicado: 7.7.2022.