

Uma abordagem da saúde indígena no Cerrado: os *Iny Karajá* em foco

Indigenous health in the Cerrado: The Iny Karajá in focus

Vitória Maria Oliveira¹, José Carlos de Souza¹, Roseli Tristão Martins Maciel¹, Josana de Castro Peixoto^{1,2}, Poliene Soares dos Santos Bicalho¹, Flávio Monteiro Ayres¹

DOI: 10.1590/2358-28982026E210731P

RESUMO O cenário sanitário das populações indígenas brasileiras reflete violações históricas que ainda impactam seus indicadores de saúde. Este estudo analisa os *Iny Karajá*, etnia do Cerrado goiano, com enfoque nas barreiras ao acesso à saúde. A pesquisa, de caráter interdisciplinar, evidencia obstáculos estruturais e territoriais que comprometem a efetivação de políticas públicas equitativas. Localizados em Aruanã/GO, os *Iny Karajá* enfrentam dificuldades, como a distância até os postos de atendimento e a dependência de transporte fluvial. O Distrito Sanitário Especial Indígena Araguaia, responsável pela região, possui infraestrutura limitada e alta rotatividade de profissionais, o que resulta em atendimento fragmentado. Entre os principais agravos de saúde, estão doenças respiratórias, tuberculose, hipertensão e diabetes, agravados pela covid-19, que intensificou a vulnerabilidade alimentar e sanitária. O estudo destaca a urgência de políticas públicas que integrem saberes tradicionais e medicina ocidental, garantindo cuidado territorializado e culturalmente sensível. A melhoria da infraestrutura, a presença contínua de profissionais nas aldeias e a gestão indígena no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena são essenciais para reduzir as iniquidades e fortalecer o bem-viver indígena.

PALAVRAS-CHAVE Saúde indígena. Direitos à saúde. Determinantes sociais da saúde. Medicina tradicional.

ABSTRACT *The health status of Indigenous populations in Brazil reflects historical violations that continue to affect their health indicators. This study analyzes the Iny Karajá, an Indigenous group from the Cerrado region of Goiás, focusing on barriers to healthcare access. This interdisciplinary research highlights structural and territorial obstacles that hinder the implementation of equitable public policies. Located in Aruanã/GO, the Iny Karajá face challenges such as the distance to health units and reliance on river transport. The Araguaia Special Indigenous Health District, responsible for the area, operates with limited infrastructure and high staff turnover, leading to fragmented care. Major health issues include respiratory diseases, tuberculosis, hypertension, and diabetes, all exacerbated by the COVID-19 pandemic, which deepened food and sanitary vulnerability. The study emphasizes the urgency of public policies that integrate traditional knowledge and biomedical healthcare, ensuring culturally sensitive and territorially grounded care. Improving infrastructure, ensuring continuous professional presence in villages, and strengthening Indigenous management within the Indigenous Health Care Subsystem are essential to reducing inequities and promoting Indigenous well-being.*

KEYWORDS *Indigenous health. Right to health. Social determinants of health. Traditional medicine.*

¹Universidade Estadual de Goiás (UEG) - Anápolis (GO), Brasil.
poliene.bicalho@ueg.br

²Universidade Evangélica de Goiás (UniEVANGÉLICA) - Anápolis (GO), Brasil.

Introdução

Eu acho que uma boa parte do povo das aldeias consegue tratar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena como um complexo complementar. Quando o pajé não cura, quando os rituais não curam, quando as terapêuticas indígenas não curam, você deixa os médicos brancos cuidarem. Quando se alcança esse grau de autonomia, acho que é um avanço no sentido do que visualizamos lá atrás, nos debates. Isso não acontece em todos os lugares, no país inteiro, mas dá uma sensação de vitória, de termos conseguido fazer alguma coisa para melhorar a vida das nossas famílias. [Krenak, citado por Pontes et al.⁽⁶⁴⁾].

A saúde dos povos indígenas brasileiros é um tema complexo, cuja análise, obrigatoriamente, exige considerar o contexto de opressão, violência, dominação e expropriação a que foram historicamente submetidos e que ainda se faz presente na atualidade. Para compreender essa realidade, recorre-se a uma abordagem da economia institucionalista, amplamente utilizada para abordar temáticas das políticas de saúde, saúde coletiva, entre outras. Trata-se do conceito de *path dependence* (dependência da trajetória, em português), que, segundo Bernardi², possibilita a análise e a compreensão de uma dada realidade a partir da sua trajetória histórica, uma vez que nenhum fenômeno social, cultural, econômico ou político do presente surge do vácuo, de forma repentina, mas é a materialização de vários feitos, ações e decisões tomadas em diferentes épocas, por vários governantes. A *path dependence* considera a realidade atual resultante de um processo cujas camadas foram sendo construídas e refinadas ao longo de décadas, séculos ou milênios. Compreender a saúde dos povos indígenas do Cerrado e os serviços públicos a eles destinados exige considerar sua história, trajetória e o contexto amplo das mudanças ao longo do tempo².

A abordagem proposta tem como enfoque o povo *Inỹ* Karajá, grupo indígena que habita o Brasil central – a grande área *core* do Cerrado brasileiro, nos estados de Goiás, Mato Grosso, Tocantins e Pará, um pouco mais ao norte, desde muito antes de os colonizadores portugueses e os luso-brasileiros invadirem os seus territórios. Para Fénelon Costa³, os primeiros contatos dos Karajá com os ‘civilizados’ teriam ocorrido entre ‘fins do século XVI e começos do XVII’, quando as bandeiras e entradas paulistas alcançaram o ‘vale do Araguaia-Tocantins’³, nos territórios tradicionalmente ocupados por eles. Toral⁴ reforça essa assertiva ao afirmar que os *Inỹ* ‘vieram do Norte’, tomando como referência o Rio Araguaia, ‘antes de 1500’^{5,6}. O povo *Inỹ* pertence ao tronco linguístico Macro-Jê e é falante da língua Karajá, que se divide em três línguas/grupos – Karajá, Javaé e Xambioá –, mas, de acordo com Nunes⁷, todos falam variantes do *inỹrybè*, que é exatamente a língua deles. De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁸, sua população total é de 6.123 pessoas, distribuídas da seguinte forma: Karajá, 4.326; Javaé, 1.542; Xambioá, 255. *Inỹ* significa ‘nós’, ‘gente’ na língua Karajá, e é assim que eles se autodenominam⁸; Karajá é nomação dada a eles pelos não indígenas, por ocasião dos primeiros contatos.

Entre os séculos XVII e XVIII, as ‘expedições escravagistas paulistas’ imprimiram formas sistemáticas de colonização entre os *Inỹ*, o que os levou a descer o curso do rio como estratégia de sobrevivência. Em seguida, no contexto da política pombalina de ‘pacificação dos índios’, concretizada nos Aldeamentos Indígenas, como verdadeiros campos de concentração de indígenas de diferentes etnias, onde eram submetidos a trabalhos forçados e a imposições socioculturais e sofriam agressões físicas e morais, ao que respondiam com ‘ataques e retaliações em pequena escala, da parte dos Karajá e dos nacionais, durante o século XIX’^{5,6}.

A partir do início do século XX, novas frentes pioneiras invadiram os territórios dos *Inỹ* Karajá na região do Alto Araguaia,

forçando sucessivas migrações rumo ao sul. Essas mudanças comprometeram práticas tradicionais de subsistência, como a pesca e a coleta de frutos. A expansão agropecuária e o turismo, sobretudo em Aruanã/GO, intensificaram a instabilidade territorial e afetaram diretamente a sobrevivência física e cultural desse povo^{9,10}.

Foram inúmeras as mazelas causadas aos indígenas decorrentes dessas frentes de ocupação de caráter exploratório-capitalista, assim denominadas por Fénelon Costa: ‘grande diminuição do contingente humano’; ‘tuberculose’; ‘doenças venéreas’; ‘modificações profundas no modo de vida das sociedades indígenas’; desigualdades nas relações de trabalho com os não indígenas; desequilíbrio na ‘organização social dos Karajá’; e mudanças nas ‘atividades que se referem à prática das artes’³.

Desde o contato com os europeus, os povos indígenas foram afetados por epidemias devastadoras, devido à ausência de imunidade natural a vírus, bactérias e parasitas, resultado do isolamento geográfico em que viviam até então³. No desenrolar do processo de colonização, os povos indígenas catequizados, que dominavam o conhecimento da flora para o tratamento de doenças nativas, foram instigados a modificar seus valores e culturas originais e a adotar as crenças religiosas difundidas pelos Jesuítas. Nesse sentido, foram levados à crença de que as doenças e as mortes delas decorrentes seriam castigos divinos ante as condutas ‘inadequadas’ dos seres humanos, conforme assinala Brown¹¹.

As etnias que conseguiram manter o isolamento por mais tempo, em relação aos colonizadores, reproduziram o conhecimento ancestral da medicina indígena feita a partir da utilização da grande biodiversidade da fauna brasileira e da relação mítica com elementos da natureza. Segundo Ferreira¹², as medicinas tradicionais indígenas são caracterizadas como sistemas xamânicos, ou seja, o conjunto de práticas e saberes que geram saúde, previnem e curam doenças e que está relacionado aos aspectos culturais, religiosos e políticos.

Tal como ocorre em todos os (des)encontros de culturas, houve troca de valores e conhecimentos entre os povos indígenas brasileiros e os colonizadores portugueses. Sendo assim, é importante destacar que foram os indígenas que ensinaram os seus métodos de exploração da natureza aos primeiros europeus: a caça, a pesca, a coleta de frutos e de mel; além do uso das plantas medicinais e de tantos outros recursos naturais¹³.

Os indígenas brasileiros estão entre os grupos mais vulneráveis do País, sofrendo com doenças comuns em regiões marcadas pela pobreza, como hanseníase, tuberculose e desnutrição. Essa realidade decorre do legado do processo de colonização, e não de incapacidade de resistência, afinal, o protagonismo assumido por eles na luta por seus direitos nas últimas décadas tem suas origens nas diferentes formas de resistir, desveladas desde os tempos coloniais. Nessa perspectiva, afirmam Rocha, Porto e Pacheco¹⁴:

No campo da saúde pública estas manifestações se fortalecem no final do século XX. Em consonância com a ressignificação do direito à saúde, promovida pela Reforma Sanitária Brasileira, eles pressionaram por uma política específica para a saúde indígena. O marco desta luta foi a realização da 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, em 1986. Até então, a atuação do Estado nesse campo havia sido marcada por iniciativas pontuais e por campanhas de combate a doenças nas aldeias, que incluíam os povos indígenas como parte da população-alvo, mas sem qualquer contextualização de suas condições de vida ou especificidades socioterritoriais.

Esse marco histórico, representado pela 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, em 1986, não foi um acontecimento avulso e desligado de um processo histórico, ao contrário, é consequência de uma série de acontecimentos que foram se desenrolando como novelo ao longo de décadas. Desse processo, surgiu o Movimento Indígena no

Brasil, que, sistematicamente, começou a se organizar a partir da década de 1970, com a realização das primeiras Assembleias de Chefes Indígenas documentadas, embora suas lutas e resistências sejam seculares. As lutas indígenas, especialmente após a criação do Serviço de Proteção ao Índio – SPI (1910) e da Fundação Nacional dos Povos Indígenas – Funai (1967), buscam garantir direitos específicos à terra, educação e saúde diferenciados principalmente⁴.

Entre as décadas de 1960 e 1970, em meio a um cenário de intensos impasses nacionais e internacionais, emergiram movimentos sociais étnicos que pautaram os direitos dos povos indígenas. Esse contexto impulsionou debates e encontros governamentais e não governamentais que resultaram em documentos importantes, como as Declarações de Barbados I (1971), II (1977) e III (1993). Esses textos defendiam alternativas às políticas neoliberais; o revisionismo de práticas evangelizadoras da Igreja Católica com respeito às culturas indígenas; e apontavam que a autonomia dos povos indígenas dependeria de transformações profundas no Estado e na sociedade¹⁵.

Especialmente sobre a saúde indígena, que é o objeto central deste estudo, a Declaração de Barbados III ressaltou a importância do aproveitamento da medicina tradicional indígena, com suas características preventivas e curativas, pelos órgãos estatais responsáveis pela saúde desses povos¹⁵. Nessa perspectiva, o Movimento Indígena no Brasil foi se construindo, a partir das décadas de 1970 e 1980, no que tange à luta por uma saúde indígena verdadeiramente diferenciada^{9,15}; o direito a uma educação diferenciada e o direito à terra – que é o epicentro dos direitos coletivos dos povos.

A política de saúde indígena no Brasil foi construída a partir do fortalecimento do movimento indígena e de eventos como a 1ª Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas – CNPSI (1986), a criação do Distrito Sanitário Especial Indígena – DSEI e da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena – Cisi (1991), e a 2ª CNSPI (1993). Esses

processos culminaram na promulgação da Lei Arouca (1999), que instituiu o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), regulamentado pelo Decreto nº 3.156/99 e detalhado pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas – PNASPI (2002). A política também incorporou a participação social por meio dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena (Condisis), presentes nos 34 DSEI¹⁶.

O acesso dos Karajá às políticas públicas de saúde

O acesso à saúde pelas populações indígenas no Brasil envolve dimensões sociais, políticas e culturais. A Constituição de 1988 garantiu o direito universal à saúde, reforçado pela PNASPI, que orienta o SasiSUS e prevê atendimento respeitando as especificidades culturais indígenas¹⁷.

A efetivação dos direitos à saúde indígena ainda enfrenta barreiras estruturais e simbólicas, especialmente quanto à integração entre os saberes tradicionais e as práticas institucionais. O reconhecimento das práticas indígenas de cura resulta das lutas dos movimentos indígenas transnacionais desde o século XX¹⁸. No entanto, como apontam Montenegro e Stephens¹⁹, a tradução dessas demandas em políticas públicas enfrenta contradições e limitações, evidenciando assimetrias persistentes na saúde intercultural.

O contexto epidemiológico indígena brasileiro carrega o legado trágico de séculos de colonização: desde os impactos demográficos catastróficos causados por doenças infectocontagiosas no período colonial até as atuais iniquidades em matéria de saúde, denominadas como epistemicídio sanitário – a sistemática desvalorização dos saberes tradicionais em favor de paradigmas biomédicos eurocêntricos²⁰.

A comunidade *Iny* Karajá, localizada no município de Aruanã, no estado de Goiás, exemplifica de forma clara essa problemática. Os *Iny* são um povo de tradição milenar, cuja ocupação histórica se concentra nas margens

do Rio Araguaia, e sua relação com o território é marcada por dinâmicas socioculturais que extrapolam a dimensão física da terra e do ser humano²¹. O processo de contato com a sociedade não indígena, intensificado desde o período colonial e reconfigurado nas últimas décadas, com a consolidação das políticas indigenistas, desencadeou transformações profundas em seus modos de vida e nas formas de inserção institucional, especialmente no campo da saúde²².

Os povos indígenas, embora integrados ao Sistema Único de Saúde (SUS) como cidadãos brasileiros, têm direito a um atendimento diferenciado que respeite suas práticas e concepções de saúde. Essa dualidade gera tensões entre universalidade e especificidade, evidenciadas nos limites estruturais e simbólicos do sistema. No caso dos Iny Karajá, além das dificuldades logísticas, como o deslocamento até as unidades localizadas fora da Terra Indígena, há barreiras culturais que comprometem a qualidade e a efetividade do atendimento²³.

Diante desse cenário, o presente artigo propõe uma análise interdisciplinar sobre o acesso da comunidade Iny Karajá aos serviços de saúde pública em Aruanã/GO, tendo como enfoque a articulação entre políticas públicas, território e cultura. O estudo parte da compreensão de que o território não é apenas um espaço geográfico, mas, sobretudo, um elemento estruturante das relações sociais e culturais, e que a saúde, no contexto indígena, não pode ser compreendida sem considerar os saberes tradicionais e as práticas coletivas que atravessam o cotidiano dessas populações²⁴.

Além da pesquisa bibliográfica e da análise de dados secundários, o estudo incorporou a produção de produtos cartográficos elaborados por meio do *software* QGIS, com o intuito de espacializar as informações sobre território, serviços de saúde e indicadores epidemiológicos. A cartografia temática, nesse sentido, não apenas complementa a análise, mas também assume um papel metodológico central, permitindo visualizar e interpretar as relações entre espaço, acesso e políticas públicas²⁴.

Por meio desta abordagem, espera-se contribuir para o debate sobre as políticas de saúde voltadas aos povos indígenas, evidenciando as tensões, os desafios e as possibilidades de construção de práticas interculturais que respeitem as singularidades do povo Iny Karajá e garantam a efetividade do direito à saúde no contexto de um Estado pluriétnico²⁰.

Material e métodos

O presente artigo adota uma abordagem qualitativa, interdisciplinar e descritiva, centrada na análise do acesso à saúde pela comunidade indígena Iny Karajá, localizada no município de Aruanã, estado de Goiás, Brasil. A escolha metodológica se fundamenta na necessidade de analisar, de forma integrada, tanto as dimensões quantitativas – como a distribuição territorial e o acesso à infraestrutura de saúde – quanto as dinâmicas socioculturais que influenciam a relação entre os povos indígenas e os serviços públicos de saúde.

A pesquisa foi conduzida em três etapas principais: levantamento de dados secundários, construção cartográfica e análise crítica interdisciplinar. A abordagem que fundamentou esta etapa foi a da economia institucionalista e os respectivos conceitos de: I) *path dependence*², a fim de verificar as mudanças e permanências em relação à história da saúde dos povos indígenas desde a colonização até a atualidade, a partir das regras ou normas impostas institucionalmente pelo poder religioso, monárquico ou republicano no Brasil, respectivamente; II) instituições informais, conceito elaborado por North²⁵⁻²⁷ e Hodgson²⁸⁻³⁰.

Conforme os autores supracitados, as sociedades humanas constroem regras informais, de forma consensual, erigidas pela tradição e constituídas por valores, crenças, normas, hábitos e comportamentos sociais que são transmitidos pelas gerações e sobrevivem por séculos. Essa abordagem possibilitou, ao longo da investigação, identificar que a negligência dos problemas de saúde que atingem os Iny

Karajá e os demais povos indígenas brasileiros foi historicamente institucionalizada, tanto formal quanto informalmente, e isso fica muito claro quando são analisadas as perspectivas socioculturais e históricas em que eles estão circunscritos.

Na primeira etapa, reuniram-se dados de fontes oficiais, com ênfase em informações de órgãos públicos, como IBGE, Funai, Ministério da Saúde, Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai) e Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (Siasi). Também foram analisados documentos legislativos e políticas públicas, especialmente a PNASPI³¹. Dessa forma, a investigação exploratória de dados secundários incluiu a análise de literatura cinzenta, cujos critérios de inclusão, durante a seleção, foram a confiabilidade dos dados apresentados e a adesão ao tema investigado na presente pesquisa. Os dados descritivos foram extraídos das referências selecionadas, e as informações foram organizadas em um arquivo de texto, para a ordenação linear de um raciocínio lógico. Adicionalmente, o tratamento dos dados ocorreu por meio do preenchimento de uma planilha eletrônica com os valores brutos das variáveis qualitativas ordenadas previamente extraídas da literatura analisada. A elaboração da estatística descritiva desses dados numéricos foi feita pela representação gráfica dos dados, sem medidas de tendência central, medidas de dispersão ou cálculo de métricas epidemiológicas.

Na segunda etapa, os dados geoespaciais foram tratados e organizados para a elaboração de produtos cartográficos temáticos, utilizando o *software* QGIS, que possibilita a sobreposição de camadas geográficas e a construção de mapas analíticos. Foram utilizados arquivos *shapefile* disponíveis em Funai/IBGE³, com a delimitação da Terra Indígena Karajá, limites municipais, hidrografia e rede viária, além da geolocalização das unidades de saúde que prestam atendimento à comunidade. Os mapas foram produzidos por um dos pesquisadores deste estudo. O cruzamento dessas informações com dados populacionais

e de indicadores de saúde possibilitou a elaboração de um mapa temático, apresentando a delimitação territorial da comunidade, e de um gráfico, demonstrando a relação entre as aldeias e o acesso aos serviços de saúde, por meio da espacialização de dados sobre cobertura, distância e indicadores epidemiológicos.

A terceira etapa consistiu em uma análise crítica interdisciplinar, integrando geografia, antropologia e saúde pública. O território foi entendido, segundo Haesbaert, como uma construção sociocultural que influencia o acesso aos serviços de saúde. A abordagem antropológica destacou as especificidades culturais dos *Iny* Karajá e as tensões entre o saber tradicional e o modelo biomédico ocidental, conforme Langdon e Diehl²³.

Esta metodologia visa, assim, integrar dados espaciais, políticos e culturais, buscando ampliar a compreensão sobre o fenômeno analisado e contribuir para o debate acadêmico sobre as políticas públicas de saúde e sua eficácia no contexto indígena.

Resultados e discussão

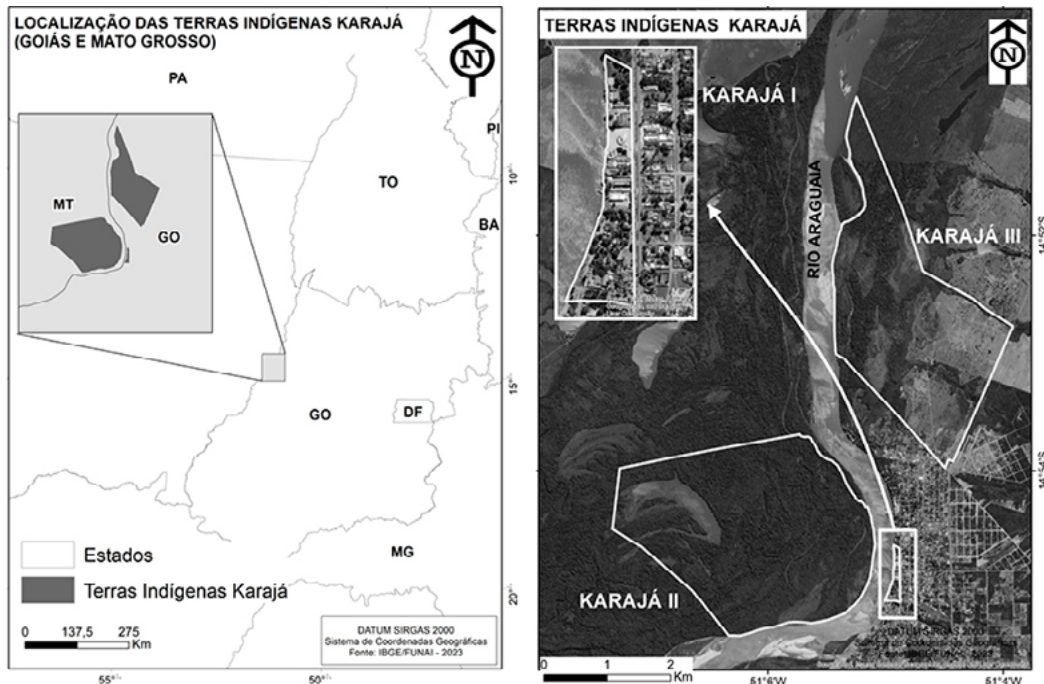
Estima-se que aproximadamente 100 mil indígenas residem atualmente no bioma Cerrado, distribuídos em 42 povos distintos, com maior concentração nos estados do Maranhão, do Tocantins, de Mato Grosso, de Mato Grosso do Sul e de Goiás¹⁴. Entre esses povos, estão os *Iny* Karajá. Eles vivem em 13 terras indígenas localizadas às margens do Rio Araguaia, nos estados de Goiás, Mato Grosso, Pará e Tocantins³². Algumas dessas terras indígenas incluem a Karajá I (14 hectares), a Karajá III (705 hectares), ambas em Goiás, e a Karajá II, no estado de Mato Grosso, com 893 hectares^{33,34}.

Os mapas da *figura 1* destacam três terras indígenas *Iny* Karajá, localizadas nos estados de Goiás (I e III) e Mato Grosso (II). Dentre estas, destaca-se aqui a Karajá I, onde vive o povo *Iny* Karajá denominado de ‘os Karajá propriamente ditos’⁷, situada no município de Aruanã, em Goiás. Na construção dos mapas,

foram utilizados: as bases cartográficas contínuas do IBGE, os dados vetoriais das terras indígenas disponibilizados pela Funai e imagens

do Google Satellite, hospedadas no *software* de geoprocessamento QGIS, versão 3.22.

Figura 1. Localização das Terras Indígenas Iny Karajá de Goiás e Mato Grosso



Fonte: elaboração própria.

A compreensão do acesso à saúde pela comunidade Iny Karajá exige o reconhecimento do seu território e da sua inserção geográfica no município de Aruanã/GO. A delimitação territorial é uma etapa fundamental para a compreensão dos fatores que influenciam o acesso à saúde pela comunidade indígena em análise. O município de Aruanã/GO abriga a referida comunidade em uma área que, embora esteja geograficamente próxima ao centro urbano, apresenta especificidades sociais, culturais e ambientais que impactam diretamente as políticas públicas de saúde¹⁶.

Embora o município de Aruanã tenha Unidades Básicas de Saúde (UBS) e hospital municipal, a efetivação das políticas públicas de saúde voltadas à comunidade Iny Karajá

enfrenta barreiras significativas, relacionadas às distâncias geográficas e às condições de acesso. A distribuição das aldeias ao longo das margens do Rio Araguaia exige deslocamentos por vias terrestres precárias e, frequentemente, por transporte fluvial, o que dificulta o acesso regular e emergencial aos serviços de saúde³⁵.

A logística de transporte, muitas vezes dependente de embarcações particulares ou da Sesai, evidencia fragilidades no sistema de atenção à saúde indígena, comprometendo a continuidade do cuidado, principalmente em situações que demandam atendimento imediato. Além disso, a vulnerabilidade é agravada em períodos de cheia do rio, quando as rotas terrestres se tornam intransitáveis³⁶.

A PNASPI, instituída pelo Ministério da Saúde, estabelece a garantia de cuidado integral, intercultural e territorialmente adequado, por meio da Estratégia Saúde da Família e dos DSEI³⁵. Entretanto, estudos apontam lacunas entre as diretrizes normativas e sua implementação prática, sobretudo pela insuficiência de profissionais fixos nas aldeias e pela precariedade da infraestrutura local³⁷. Assim, o acesso à saúde para os povos indígenas vai além da mera distância física, envolvendo dimensões socioculturais e institucionais que afetam a autonomia e o direito ao cuidado adequado. Outrossim, a distância territorial configura uma barreira que se manifesta como exclusão institucional e descontinuidade dos serviços³⁸.

Para que as políticas públicas sejam efetivas, é imprescindível considerar as especificidades territoriais, culturais e ambientais da população *Iny Karajá*, adotando estratégias de atenção que ultrapassem o modelo urbano e hospitalar e promovam ações itinerantes, contínuas e mediadas pelo diálogo intercultural^{34,38}. O acesso à saúde pela comunidade *Iny Karajá* em Aruanã é dificultado por barreiras estruturais, culturais e logísticas. As aldeias, situadas em áreas ribeirinhas do Rio Araguaia, enfrentam desafios de transporte devido à dependência de vias fluviais e estradas precárias^{39,40}.

Conforme relatório da Sesai⁴⁰, as comunidades indígenas ribeirinhas do entorno do Rio Araguaia dependem, predominantemente, do transporte por embarcações pequenas para chegar às UBS localizadas em Aruanã ou nas aldeias com postos de saúde. Em períodos de cheia, as rotas terrestres ficam inacessíveis, e as embarcações se tornam o único meio de transporte, porém, limitado, irregular e inseguro, afetando os casos de urgência⁴⁰.

Além disso, estudos como o de Santos e Pereira³⁶ indicam que a precariedade das estradas dificulta o acesso de ambulâncias e veículos oficiais de transporte sanitário, o que prolonga o tempo de resposta em situações emergenciais. Esse fator resulta, por vezes, na

necessidade de deslocamento improvisado por meio de canoas ou transporte particular, que não possuem equipamentos adequados para atendimento durante o trajeto³⁶.

A infraestrutura das unidades de saúde também apresenta limitações. De acordo com Souza³⁷, os postos localizados próximos às aldeias não contam com estrutura mínima para atender adequadamente os indígenas, carecendo de salas de observação, equipamentos básicos e insumos específicos para os tratamentos requeridos. A ausência de abastecimento constante de medicamentos e materiais de primeiros socorros agrava ainda mais o problema³⁹.

Em Aruanã, a falta de energia elétrica e de água potável nos postos de saúde compromete o atendimento e o funcionamento dos equipamentos, agravando a exclusão estrutural dos povos indígenas. A precariedade da infraestrutura, somada às condições geográficas, dificulta a efetivação de políticas públicas que garantam o acesso universal e equitativo à saúde³².

A política de saúde indígena no Brasil é executada por meio dos 34 DSEI, criados para garantir atendimento diferenciado e contínuo, respeitando a diversidade socio-cultural. Embora essa divisão favoreça a descentralização, fatores como a grande extensão territorial, os desafios logísticos, a falta de infraestrutura e a alta rotatividade de profissionais comprometem a efetividade do atendimento em algumas regiões^{35,41}.

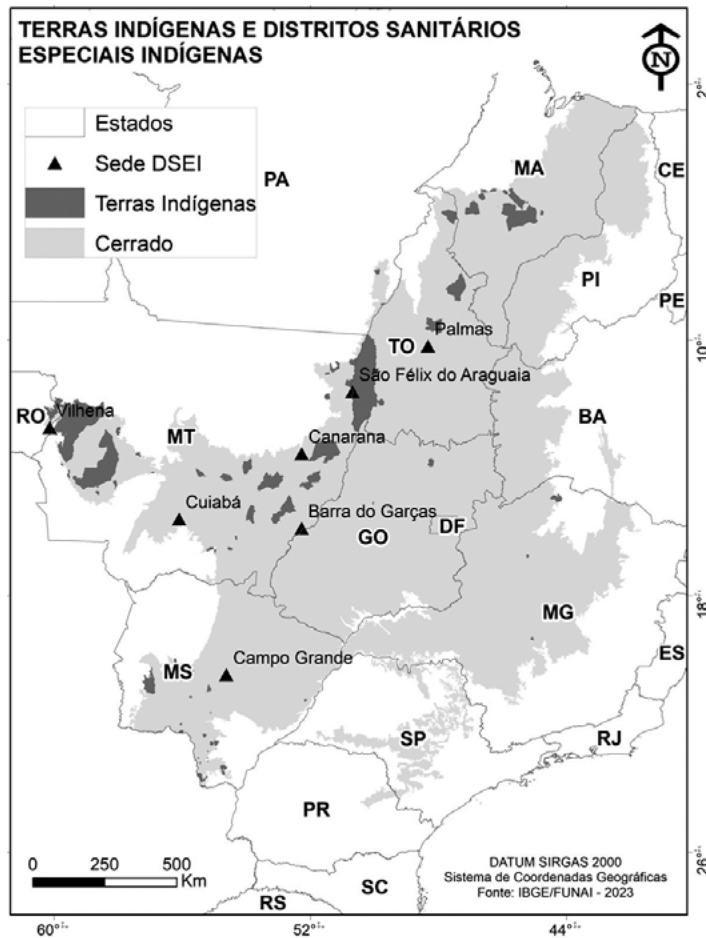
No caso da comunidade *Iny Karajá*, localizada no estado de Goiás, o atendimento à saúde está sob responsabilidade do DSEI Araguaia, sediado em São Félix do Araguaia/MT, e que cobre um território de 15.375 km². Uma vez que o DSEI ultrapassa os limites estaduais e abrange povos com diferentes línguas, culturas e realidades sociais, a jurisdição desse DSEI comporta populações indígenas compostas por 5.505 habitantes de 53 aldeias e 977 desaldeados das etnias Karajá, Tapirapé, Tapuia, Avá-Canoeiro, Krenak, Maxacali e Kanela, em 13 municípios assim distribuídos: a) em Goiás – Aruanã, Minaçu, Nova América e Rubiataba;

b) em Mato Grosso – Canabrava do Norte, Confresa, Luciara, Porto Alegre do Norte, Santa Terezinha e São Félix do Araguaia; e c) no Tocantins – Formoso do Araguaia, Lagoa da Confusão e Pium^{23,34}.

O DSEI conta com Polo Base nas cidades de Goiás/GO, Confresa/MT, Santa Terezinha/MT e São Félix do Araguaia/MT; destes, os dois últimos são onde há predomínio da etnia Iny Karajá⁴⁰. Essa abrangência territorial implica desafios operacionais significativos, como o deslocamento das equipes de saúde, a oferta contínua de serviços e o diálogo intercultural entre profissionais não indígenas e as comunidades atendidas⁴⁰.

Cabe ressaltar que a estrutura de assistência à saúde indígena no Brasil é setorizada em DSEI, que são unidades descentralizadas e que realizam os atendimentos aos povos indígenas de forma regional. Há, no domínio Cerrado, 216 terras indígenas, que são atendidas por sete DSEI, sendo elas: Xavante, Xingu, Araguaia e Cuiabá, em Mato Grosso; Tocantins, no estado do Tocantins; Vilhena, em Rondônia e Mato Grosso do Sul. Na *figura 2*, observa-se a distribuição espacial das terras indígenas no Cerrado, com base em dados vetoriais disponibilizados pela Funai e pelo IBGE, bem como a localização das sedes dos DSEI, conforme informações do Ministério da Saúde⁴².

Figura 2. Terras indígenas no domínio do Cerrado e sede das DSEI



Fonte: elaboração própria.

A visualização espacial permite identificar a amplitude dos desafios enfrentados pelo subsistema de saúde indígena, sobretudo em territórios extensos e de difícil acesso, como é o caso do DSEI Araguaia. Esse distrito, que inclui a Terra Indígena Karajá I, revela a complexidade de prover assistência contínua e culturalmente adequada a populações dispersas, em áreas marcadas por desigualdade de acesso aos serviços públicos. O Mapa 2, portanto, não apenas localiza os DSEI e as Terras Indígenas, mas também reforça a necessidade de políticas territorialistas e sensíveis às realidades específicas de cada povo indígena⁴⁰.

Apesar dos esforços do DSEI, a comunidade *Iny* Karajá enfrenta sérias barreiras no acesso à saúde, especialmente pela escassez e alta rotatividade de profissionais nas Unidades Básicas de Saúde Indígenas (UBSI). Essa descontinuidade compromete o acompanhamento dos tratamentos e a construção de vínculos com a comunidade. O problema resulta da dificuldade em atrair profissionais para áreas remotas e das condições precárias de trabalho e moradia oferecidas⁴².

A infraestrutura inadequada dos postos de saúde e a falta de recursos básicos, como equipamentos, insumos e suporte logístico, dificultam o desempenho das atividades. Isso gera frustração e desgaste profissional, reduzindo o interesse pela permanência no território. Ademais, a ausência de moradia adequada, alimentação e saneamento também impacta negativamente a qualidade de vida dos profissionais, que, frequentemente, precisam viver em condições austeras³⁷.

O isolamento geográfico limita o acesso a serviços essenciais e afeta a vida social, dificultando a escolha e permanência dos profissionais na região. A falta de políticas de suporte, como acolhimento, capacitação e incentivos financeiros, em conjunto com a ausência de reconhecimento profissional e valorização cultural, contribui para a alta rotatividade e baixa fixação desses trabalhadores em contextos indígenas^{24,38}. Nesse sentido, o Programa Mais Médicos buscou

suprir a carência de profissionais em áreas remotas, mas enfrentou limitações quanto à continuidade do atendimento e à integração cultural. Além disso, a alta rotatividade desses trabalhadores compromete vínculos com as comunidades e dificulta a compreensão das especificidades culturais, afetando a confiança no serviço^{35,43}.

O diálogo intercultural é essencial para o acesso à saúde indígena. A ausência de profissionais que compreendam a língua e os costumes dos *Iny* Karajá dificulta a comunicação e gera desconfiança. Nesse contexto, a negligência às práticas tradicionais pelos serviços formais pode causar resistência da comunidade, uma vez que, para esse povo, a saúde envolve equilíbrio espiritual, comunitário e ambiental; perspectiva distinta da abordagem biomédica, centrada em diagnósticos e tratamentos clínicos^{35,36}.

Profissionais de saúde, muitas vezes, não reconhecem ou desvalorizam as práticas tradicionais de cura, como é o uso de plantas medicinais, rituais e o papel dos pajés (líderes espirituais indígenas). Isso cria distanciamento e desconfiança da comunidade em relação aos serviços públicos^{34,44}. O estudo de Santos e Pereira³⁶ mostrou que, na comunidade *Iny* Karajá, a falta de diálogo entre a equipe de saúde e os líderes indígenas compromete a implementação de programas preventivos, pois as ações não são alinhadas com os calendários e rituais locais, reduzindo a participação comunitária.

Os atendimentos de média e alta complexidade, entre 2020 e 2022, descritos pelo DSEI (*gráfico 1A*) incluem cardiopatias (n = 20), catarata (n = 64), fraturas (n = 38), infecções das vias aéreas superiores (n = 101), pneumonia (n = 20), transtornos intestinais (n = 73), transtorno mental (n = 15), transtornos renais (n = 13) e outros diversos somados (n = 37). Esses pacientes foram inicialmente encaminhados, pelo serviço médico da atenção básica, para posterior direcionamento aos estabelecimentos de saúde em área de abrangência do Polo Base⁴².

A Casa de Apoio à Saúde Indígena (Casai) em Goiânia representa um importante desafio no acesso aos serviços de saúde especializados. A Casai, vinculada à Sesai, tem como função oferecer acolhimento e suporte aos indígenas que necessitam de tratamentos médicos fora de seus territórios tradicionais. Um total de 58 morbidades diferentes foi referenciado para a Casai nos anos de 2020, 2021 e 2022, com subtotais de 53, 90 e 100 casos respectivamente. Ou seja, 243 casos ao longo do triênio, dos quais as principais morbidades foram: transtorno mental, pênfigo, glaucoma, câncer do colo uterino, gestação de alto risco, psoríase, hipertensão arterial e diabetes, HIV, insuficiência renal crônica e esquizofrenia (*gráfico 1B*)⁴².

A distância significativa entre Aruanã e Goiânia impõe longos períodos de viagem, predominantemente realizados por transporte rodoviário. Tal deslocamento é permeado por dificuldades relacionadas à infraestrutura precária das estradas, às condições climáticas adversas e à limitada disponibilidade de transporte adequado e acessível. Além disso, os custos financeiros associados ao transporte, alimentação e estadia na capital representam barreiras adicionais para muitas famílias indígenas, que dependem frequentemente de recursos públicos ou de apoio governamental para custear essas despesas^{16,35}. Diante dessas dificuldades, a coordenação e o suporte institucional desempenham papel crucial para garantir a continuidade e a efetividade do atendimento em saúde. O DSEI Araguaia, em parceria com a Funai e outras instituições, organiza o transporte e oferece apoio logístico e financeiro a pacientes indígenas e seus acompanhantes, buscando reduzir os impactos do deslocamento. Esse suporte inclui acolhimento emocional e auxílio no acesso aos serviços de saúde durante a permanência em Goiânia^{16,35}.

Assim, o deslocamento para a Casai, embora fundamental para o acesso a tratamentos especializados, evidencia as vulnerabilidades enfrentadas pelas comunidades indígenas em contextos urbanos e reforça a necessidade de políticas públicas que considerem as especificidades

culturais e territoriais, promovendo a equidade no acesso à saúde¹⁷. Entre 2022 e 2024, os dados epidemiológicos de Aruanã evidenciam a persistência de doenças respiratórias como os principais agravos à saúde notificados entre os povos indígenas da região, especialmente o povo Iny Karajá. A síndrome gripal e as infecções respiratórias agudas figuram entre os quadros mais frequentes, com picos registrados em 2024, indicando possíveis fragilidades no acesso a medidas preventivas, saneamento básico e infraestrutura de saúde adequada^{42,43}.

A covid-19 impactou os Iny Karajá com perdas humanas e agravou a vulnerabilidade alimentar, devido à entrega tardia e insuficiente de cestas básicas, evidenciando o distanciamento dos jovens das práticas tradicionais de produção de alimentos. Embora os casos de covid-19 tenham caído após 2022, doenças como diarreia aguda e tuberculose ainda persistem, refletindo condições precárias de água, alimentação e moradia^{42,43,45}.

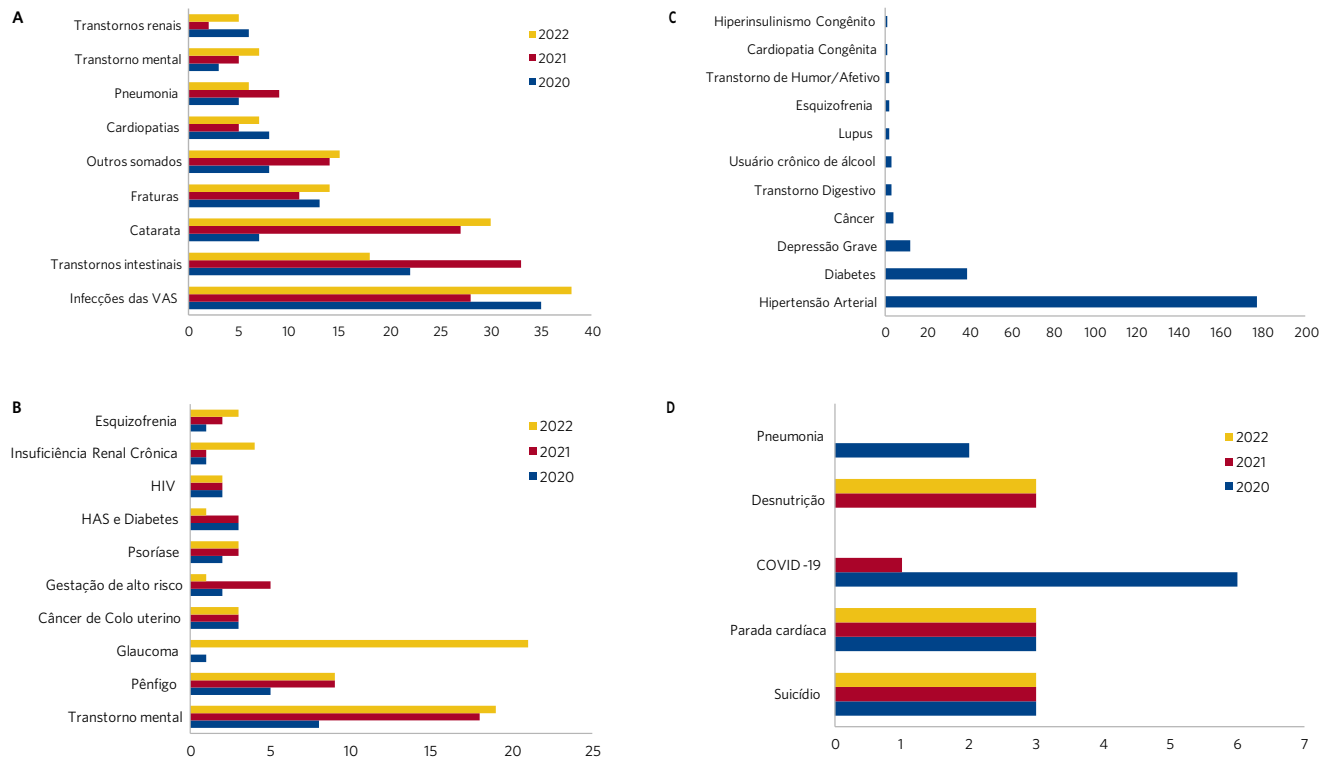
Esses dados reforçam a importância da atuação do SasiSUS no território e apontam para a necessidade de políticas públicas intersetoriais voltadas à promoção da saúde e prevenção de doenças em contextos indígenas³⁵. O DSEI Araguaia tem como uma de suas áreas prioritárias a prevenção e o controle de doenças crônicas, além da redução da mortalidade infantil e materna, da melhoria do acesso à vacinação e da promoção à saúde e bem-estar. Nesse sentido, 72% dos usuários com doenças crônicas não transmissíveis, atendidos em 2022, sofriam de hipertensão arterial sistêmica (n = 177), seguida de diabetes e depressão, com aproximadamente 16% e 5% desses usuários respectivamente (*gráfico 1C*)⁴⁶.

Entre 2022 e 2024, foram registrados três óbitos na comunidade indígena de Aruanã atribuídos a causas consideradas evitáveis ou infecciosas, como infecções respiratórias, diarreias e complicações perinatais. Esses eventos, embora numericamente limitados, representam indicadores sensíveis das condições estruturais do sistema de saúde e refletem desigualdades persistentes nos determinantes sociais da saúde

indígena. A evitabilidade desses óbitos aponta para lacunas na assistência básica, incluindo acesso tardio a unidades de saúde, ausência de profissionais especializados e fragilidade das ações de vigilância em saúde no território^{42,43,46}.

No DSEI, um total de 33 óbitos foi registrado entre 2020 e 2022 (*gráfico 1D*), cujas causas de mortalidade foram: suicídio (n = 9), parada cardíaca (n = 9), covid-19 (n = 7), desnutrição (n = 6) e pneumonia (n = 2)^{42,46}.

Gráfico 1. Quantitativo de casos atendidos no DSEI Araguaia



Fonte: Plano Distrital de Saúde Indígena (2024-2027) - Distrito Sanitário Especial Indígena Araguaia⁴².

A) Principais especialidades que geram referência para a média e alta complexidade; B) Principais especialidades que geram referência para a Casai; C) Quantitativo de usuários com doenças crônicas não transmissíveis e que necessitam de intervenção/cuidados específicos em 2022; D) Causas de mortalidade geral.

A literatura indica que mortes evitáveis podem ser prevenidas por meio de intervenções no pré-natal, imunização, acesso à água potável e atenção primária eficaz. Assim, o monitoramento desses óbitos é essencial para avaliar políticas públicas e elaborar estratégias intersetoriais adequadas às particularidades socioculturais do povo *Iny Karajá*⁴⁷.

A análise dos dados epidemiológicos de Aruanã, no período de 2022 a 2024, revela um cenário complexo e desafiador no que diz respeito à saúde indígena, especialmente

para o povo *Iny Karajá*. A alta incidência de doenças respiratórias, como síndrome gripal e infecções respiratórias agudas, somada à persistência de agravos como diarreia aguda e tuberculose, expõe fragilidades estruturais nos serviços de atenção básica e nas ações de prevenção^{11,18}. A redução dos casos de covid-19 é um indicativo positivo, reflexo de estratégias de imunização e da resiliência das comunidades indígenas diante das adversidades, mas não apaga a vulnerabilidade que permanece diante de outros agravos⁴⁵⁻⁴⁷.

Os registros de óbitos por causas evitáveis ou infecciosas, ainda que em número reduzido, reforçam a necessidade de uma atenção mais qualificada, contínua e culturalmente adequada, alinhada às particularidades sociais, territoriais e cosmológicas do povo Iny Karajá^{23,46}. Nesse contexto, o DSEI Araguaia desempenha um papel essencial, mas enfrenta desafios, como a rotatividade de profissionais, a escassez de recursos e a dificuldade de acesso às áreas mais isoladas²³.

Conclui-se, portanto, que os dados discutidos não apenas informam sobre o perfil de saúde da população indígena de Aruanã, mas também apontam para a urgência de fortalecer políticas públicas intersetoriais, capazes de articular saúde, saneamento, educação e valorização dos saberes tradicionais⁴⁷. Dessa forma, a produção e o uso crítico de informações epidemiológicas constituem uma ferramenta estratégica tanto para o planejamento em saúde quanto para o exercício da autonomia e do protagonismo das comunidades indígenas na construção de caminhos próprios de cuidado e bem-viver⁴⁷.

Considerações finais

Este estudo evidenciou os desafios estruturais e históricos que impactam o acesso à saúde pública pelos Iny Karajá, povo indígena do Cerrado goiano. A análise demonstrou que as barreiras geográficas, a precariedade da infraestrutura sanitária e a alta rotatividade de profissionais nos DSEI perpetuam desigualdades no atendimento, o que se reflete na prevalência de doenças respiratórias, crônicas e infectocontagiosas nessa população. A pandemia da covid-19 exacerbou vulnerabilidades preexistentes, expondo falhas nas

políticas de assistência alimentar e sanitária. Os dados indicam que a efetividade do SasiSUS depende da territorialização dos serviços, com adaptações logísticas para as comunidades ribeirinhas; da valorização da medicina tradicional, integrando saberes indígenas às práticas biomédicas; e da estabilidade de profissionais da saúde por meio de incentivos estruturais e formação intercultural.

Garantir a saúde dos Iny Karajá requer ações intersetoriais que integrem gestão participativa indígena, investimentos em infraestrutura adequada e políticas para enfrentar determinantes sociais, visando transformar a exclusão em um cuidado que respeite a autonomia e promova o bem-estar dessas comunidades.

A pesquisa buscou contribuir para o debate sobre políticas de saúde indígena ao abordar, de forma multidimensional, os desafios na implementação de modelos interculturais sensíveis. Outrossim, enfatizou as tensões entre a universalidade do SUS e as especificidades socioculturais, sistematizando as barreiras enfrentadas pelo povo Iny Karajá, especialmente as geográficas, culturais e organizacionais; e indicando caminhos para práticas que integrem saberes tradicionais e biomedicina de forma equitativa, promovendo o direito à saúde em contextos pluriétnicos.

Contribuições de autoria

Oliveira VM (0009-0003-3000-5259)*, Souza JC (0000-0001-9760-6559)*, Maciel RTM (0000-0002-9879-7630)*, Peixoto JC (0000-0002-3496-1315)*, Bicalho PSS (0000-0002-8324-8743)* e Ayres FM (0000-0003-1170-6933)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Krenak A. Por outras histórias da saúde indígena. In: Pontes ALM, Hacon V, Terena LE, et al., editores. *Vozes indígenas na saúde: trajetórias, memórias e protagonismos*. Belo Horizonte: Piseagrama; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2022. p. 36-69. DOI: <https://doi.org/10.7476/9786557081709>
2. Bernardi BB. O conceito de dependência da trajetória (*path dependence*): definição e controvérsias teóricas. *Perspectiva*. 2012;41:137-67.
3. Fénelon Costa MH. *A arte e o artista na sociedade Karajá*. Brasília, DF: Fundação Nacional do Índio; 1978.
4. Toral A. Pintura corporal Karajá contemporânea. In: Vidal L, editor. *Grafismo indígena: estudos de antropologia estética*. São Paulo: Studio Nobel; Edusp; Fapesp; 1992. p. 191-208.
5. Silva AC, Santana LM. Defesa das comunidades indígenas enquanto meio de proteção ao Cerrado brasileiro. In: Souza Filho CFM, Ferreira HS, Silva LAL, et al., organizadores. *Biodiversidade, espaços protegidos e povos tradicionais*. Curitiba (PR): Cepedis; 2022. p. 41-59.
6. Toral A. História e história Karajá. In: Silva AL, Grupioni LDB, organizadores. *A temática indígena na escola: novos subsídios para professores de 1º e 2º graus*. Brasília, DF: MEC/Mari/Unesco; 1995. p. 451-59.
7. Nunes ES. O povo do rio: variações míticas e variações antropológicas sobre a origem e a diferenciação dos grupos in . *Tellus*. 2018;18(36):9-38. DOI: <https://doi.org/10.20435/tellus.v18i36.489>
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. [Rio de Janeiro]: IBGE; © 2026. *Indígenas: Macro-Jê; [2025] [acesso em 2025 maio 31]*. Disponível em: <https://indigenas.ibge.gov.br/estudos-especiais-3/o-brasil-indigena/povos-etnias>
9. Bicalho PSS. A pintura corporal e a arte plumária: aproximações entre os In -Karajá e a descrição de Fernão de Cardim na obra *Tratados da Terra e Gente do Brasil*. In: Souza AM, Nascimento RCS, organizadoras. *Confluências entre o Mediterrâneo e Atlântico*. Goiânia: Tempestiva; 2022. p. 529-51
10. Mondardo RM, Santos CAG. Frente de expansão e frente pioneira no Brasil: espaços e tempos da migração, do conflito e da alteridade. *Okara*. 2007;1(2):38-61.
11. Browne GS. *Lepra na Bíblia: estigma e realidade*. Viçosa: Ultimato; 2003.
12. Ministério da Saúde (BR), Fundação Nacional de Saúde. *Medicina Tradicional Indígena em Contextos: Anais da I Reunião de Monitoramento*. Ferreira LO, Osório OS, organizadoras. *Projeto Vigisus II/Funasa*. Brasília, DF: Fundação Nacional de Saúde; 2007.
13. Costa MHF. *Índios do Brasil: passado e presente*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Ministério da Educação e Cultura; 1978.
14. Rocha DF, Porto MFS, Pacheco T. A luta dos povos indígenas por saúde em contextos de conflitos ambientais no Brasil (1999–2014). *Ciênc saúde coletiva*. 2019;24(2):383-92. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018242.27972016>
15. Bicalho PSS. *Protagonismo indígena no Brasil: movimento, cidadania e direitos (1970–2009) [tese]*. Brasília, DF: Programa de Pós-Graduação em História Social, Universidade de Brasília; 2010.
16. Distrito Sanitário Especial Indígena Araguaia (MT). *Relatório situacional anual*. São Félix do Araguaia: DSEI Araguaia; 2022.
17. Ministério da Saúde (BR). *Saúde indígena: uma política em construção*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2022.
18. World Health Organization. *WHO Traditional Medicine Strategy 2002–2005*. Geneva: WHO; 2005.
19. Montenegro RA, Stephens C. Indigenous health in Latin America and the Caribbean. *Lancet*.

- 2006;367(9525):1859-69. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(06\)68808-9](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(06)68808-9)
20. Andrade JT, Sousa CKS. Práticas indígenas de cura no nordeste brasileiro: discutindo políticas públicas e intermedialidade. *Anu Antropol.* 2018;41(2):179-204. DOI: <https://doi.org/10.4000/aa.2581>
 21. Ribeiro D. Os índios e a civilização: a integração das populações indígenas no Brasil moderno. 3ª ed. São Paulo: Companhia das Letras; 2011.
 22. Almeida RH. Os índios na história do Brasil. 3ª ed. São Paulo: Contexto; 2013.
 23. Langdon EJ, Diehl EE. Participação e autonomia nos espaços interculturais de Saúde Indígena: reflexões a partir do sul do Brasil. *Saude Soc.* 2007;16(2):19-36. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902007000200004>
 24. Haesbaert R. O mito da desterritorialização: do “fim dos territórios” à multiterritorialidade. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2004.
 25. North D. Understanding the process of economic change. Princeton: Princeton University Press; 2005.
 26. North D. Entrevista: Douglass North. *Rev Veja.* 2003 nov 26;1830.
 27. North D. Economic performance through time. *Am Econ Rev.* 1994;84(3):359-68.
 28. Hodgson GM. Institutional economics into the twenty-first century. *Stud Note Econ.* 2009;14(1):3-26.
 29. Hodgson GM. What are institutions. *J Econ Issues.* 2006;40(1):1-25 DOI: <https://doi.org/10.1080/00213624.2006.11506879>
 30. Hodgson GM. The approach of institutional economics. *J Econ Lit.* 1998;(36):166-92.
 31. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Brasília, DF: Funasa; 2002.
 32. Medrado JS. Povo Karajá de Aruanã/GO: território e vida indígena [dissertação]. Goiás (GO): Programa de Pós-Graduação em Geografia, Universidade Estadual de Goiás; 2021.
 33. Silva LG, Lima SC. O povo indígena Karajá de Aruanã/GO: ressignificações socioculturais. *Ateliê Geogr.* 2017;11(3):155-69. DOI: <https://doi.org/10.5216/ag.v11i3.46907>
 34. Marques IV. Cerrado e grafismo do povo Iny Karajá: ambiente, natureza e cultura [dissertação na Internet]. Anápolis (GO): Universidade Estadual de Goiás; 2017 [acesso em 2025 maio 31]. Disponível em: <http://www.bdttd.ueg.br/handle/tede/1167>
 35. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013 [acesso em 2025 maio 31]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_povos_indigenas.pdf
 36. Scalco N, Aith F, Louvison M. A relação interferativa e a integralidade no subsistema de saúde indígena: uma história fragmentada. *Saúde Debate.* 2020;44(127):1189-1205. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012601>
 37. Langdon EJ, Diehl EE, Wiik FB, et al. A participação dos agentes indígenas de saúde nos serviços de atenção à saúde: a experiência em Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2006;22(12):2637-46. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006001200013>
 38. Silva AC, Santana LM. Defesa das comunidades indígenas enquanto meio de proteção ao Cerrado brasileiro. In: Souza Filho CFM, Ferreira HS, Silva LAL, et al., organizadores. Biodiversidade, espaços protegidos e povos tradicionais. Curitiba (PR): Cepe-dis; 2022. p. 38.
 39. Sousa MLT, Caprara A. Saúde indígena potyguara: por outras configurações políticas e estéticas na Saúde Coletiva. *Revista de Saúde Coletiva. Physis.* 2019;29(02):1-18. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290210>

40. Ministério da Saúde (BR), Secretaria Especial de Saúde Indígena. Manual de procedimentos para Casas de Apoio à Saúde Indígena. Brasília, DF: Sesai; 2020.
41. Coimbra Jr CEA, Santos RV, Welch JR, et al. The first national survey of Indigenous people's health and nutrition in Brazil: rationale, methodology, and overview of results. *BMC Public Health*. 2013;13:52. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-52>
42. Ministério da Saúde (BR). Plano Distrital de Saúde Indígena (2024–2027) – Distrito Sanitário Especial Indígena Araguaia. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2024.
43. Organização Pan-Americana da Saúde. Relatório Técnico de Imunização nos Povos Indígenas – Brasil, 2023 [Internet]. Brasília, DF: Opas; 2023 [acesso em 2025 maio 31]. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/64454>
44. Teixeira CC. Autonomia em saúde indígena: sobre o que estamos falando? *Anu Antropol*. 2010;35(1):99-128. DOI: <https://doi.org/10.4000/aa.789>
45. Carvalho SMP. Direito à alimentação saudável do povo Iny (Karajá) no período da pandemia de Covid-19. *Revista Alembra*. 2013;5(10):198-217. DOI: <https://doi.org/10.47270/ra.v5i10.661>
46. Ministério da Saúde (BR), Secretaria Especial de Saúde Indígena. Relatório Situacional do DSEI Araguaia – 2023. Brasília, DF: Sesai; 2023.
47. Casagrande F, Luz VG, Martins CP, et al. A saúde indígena na atenção especializada: perspectiva dos profissionais de saúde em um hospital de referência no Mato Grosso do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2024;40(6):1-15. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT094622>

Recebido em 04/06/2025

Aprovado em 10/11/2025

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito

Suporte financeiro: Fundação de Amparo à Pesquisa de Goiás (Fapeg)

Editor responsável: Guilherme Franco Netto, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5162760718464160>, Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8861-8897>, e-mail: guilherme.netto@fiocruz.br