

Salud y poblaciones indígenas en América Latina: los casos de Brasil y México

Maria Beatriz Rocha Ferreira*
Diana Belén Ruiz Vicente**
Eliana Lúcia Ferreira***

RESUMEN

La salud de los pueblos indígenas se está convirtiendo en un asunto preferente de las políticas nacionales e internacionales. Instituciones como la Organización Mundial de la Salud, han diseñado acciones en pro de la mejora de estos servicios. Éstas se topan a menudo con numerosas dificultades para llegar a hacerse efectivas y lograr los resultados esperados.

Legar a conseguir un acceso fluido a estos sistemas de salud es muy importante, consiguiendo a su vez, que convivan con la medicina tradicional que sigue existiendo en muchas áreas indígenas.

En Brasil y México se ha desarrollado políticas destinadas al acceso a los sistemas médicos de las poblaciones indígenas, con diversos resultados.

Una de las soluciones para lograr un adecuado sistema de salud, sería lograr un enfoque intercultural de dicha salud. A pesar del avance notable alcanzado en muchas áreas, el logro de la equidad en torno a la salud todavía se encuentra pendiente para la mayoría de los pueblos indígenas de las Américas.

Palabras clave: Indígenas. Salud. Brasil. México.

1 INTRODUCCIÓN

Entre 45 y 50 millones de personas indígenas pertenecientes a más de 400 grupos étnicos viven en las Américas en la actualidad. Comprenden casi 10% de la población total. La OMS, ha destacado la presencia de distintas e inaceptables brechas en salud, en diferentes condiciones y grupos sociales; una de ellas existente en los grupos raciales o étnicos. Tradicionalmente, las poblaciones indígenas padecen tasas desproporcionadamente altas de mortalidad materna e infantil, de malnutrición y de enfermedades infecciosas. Sin embargo, a medida que estas poblaciones adquieren mayor movilidad, están menos aisladas, se tornan más urbanas, y se ubican en zonas fronterizas, las enfermedades crónicas y algunas cuestiones como el uso de drogas y el abuso del alcohol, el suicidio, las enfermedades de transmisión sexual y la pérdida de la influencia de las prácticas tradicionales de salud adquieren una importancia cada vez mayor

(ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2006).

Aunque la normativa vigente de derechos humanos tiene un quehacer en la salud como un instrumento esencial para promocionar positiva y ampliamente el bienestar de todas las personas y el ejercicio pleno de la ciudadanía, lamentablemente, en el caso de los pueblos indígenas, la negación sistemática de los derechos fundamentales ha conducido a la marginación de la población indígena. Esto se traduce en índices alarmantes de pobreza, falta de tierra y territorios, bajos salarios, desempleo acentuado, altos índices de analfabetismo, especialmente femenino, deserción escolar, y un perfil epidemiológico donde predominan las enfermedades por causas prevenibles (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 1996; ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2006).

* Universidade Estadual de Campinas (Brasil), Faculdade de Educação Física – Campinas, SP. E-mail: beatrizdevloo@aim.com

** Universidad Camilo José Cela, Facultad de Ciencias de la Salud – Madrid (España).

*** Universidade Federal de Juiz de Fora (Brasil) – Juiz de Fora, MG.

Murray y López (1997) proponen cuatro grandes grupos para evaluar la carga de enfermedad, según diversos factores de riesgo específicos, como son el pobre suministro de agua, las condiciones de salubridad e higiene, la desnutrición y la inactividad física.

Según Diderichsen y otros (1998), el estado de salud está influido por la posición social de los individuos y el contexto que los rodea, a través de diferentes formas; si se considera al grupo étnico como uno de los factores que influyen y mantienen la ubicación de los individuos en la escala social, entonces las políticas que incidan de manera favorable en él pueden tener un efecto indirecto en mejorar el contexto social, modificar los factores de riesgo específicos a los que la población indígena está expuesta y así influir en su estado de salud.

2 REVISIÓN

Los objetivos de esta revisión han sido:

Recoger los puntos clave señalados por la Organización Mundial de la Salud de los pueblos indígenas.

Dar a conocer las actuaciones en el área de la salud indígena, llevadas a cabo en dos países: México y Brasil.

Aportar ejemplos de los programas que se han materializado en los países señalados.

Para realizar esta revisión, se han consultado fuentes del ámbito internacional, como la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud. Nacionales como el Instituto Nacional Indigenista y organizaciones pertenecientes a los países que son objeto de estudio, como la Fundación Nacional de Ayuda al Indio. Del mismo modo se han consultado autores americanos que han tratado el tema de la salud de las poblaciones indígenas.

2.1 Programas de salud para los pueblos indígenas

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha apoyado diversas intervenciones con respecto a la salud de los pueblos indígenas. A pesar del avance notable alcanzado en muchas áreas, el logro de la equidad en torno a la salud todavía se encuentra pendiente para la mayoría de los pueblos indígenas de las Américas. Por lo tanto, resulta de suma importancia contar con una estrategia para promover y proteger la salud de los pueblos indígenas. Se proponen cuatro líneas estratégicas de acción para la cooperación técnica, para ser desarrolladas entre los años 2007 y 2011 (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2006):

a) Velar por la incorporación de la perspectiva indígena en los objetivos de desarrollo del milenio y en las políticas sanitarias nacionales.

- b) Mejorar la información y la gestión del conocimiento en torno a los temas de salud de los pueblos indígenas a fin de fortalecer la adopción de decisiones basadas en datos probatorios.
- c) Integrar un criterio intercultural en los sistemas nacionales de salud como parte de la estrategia de atención primaria.
- d) Forjar alianzas estratégicas con los pueblos indígenas y otros interesados directos clave a fin de promover un avance mayor en pro de la salud de los pueblos indígenas.

Las políticas nacionales y los acuerdos internacionales orientan a algunos países en la elaboración de programas centrados en los pueblos indígenas y asignan fondos específicamente para los servicios sociales indígenas. Sin embargo, la ejecución de estas políticas en gran parte no cuenta con una buena coordinación y no incluye una participación indígena uniforme en la elaboración o ejecución de estas iniciativas.

Los informes de evaluación de los países revelan que subsisten una serie de barreras o limitaciones de trabajo continuo en el área de la salud de los pueblos indígenas, siendo los principales:

La falta de capacitación intercultural de los encargados de adoptar las decisiones cruciales.

Decisiones políticas y económicas tomadas sin la participación de los pueblos indígenas.

La pobreza persistente y la falta de acceso a la tierra.

Teniendo en cuenta lo antes planteado, las barreras culturales plantean el reto más complejo, ya que hay poca comprensión de los factores sociales y culturales que derivan del conocimiento, las actitudes y las prácticas relacionadas con la salud de los pueblos indígenas.

Encontrar personal sanitario que hable y comprenda los idiomas indígenas es difícil, y la comunicación deficiente entre los prestadores y los clientes en todos los niveles compromete el acceso a una atención de calidad. Es más, los indígenas son a menudo discriminados en los centros de salud por el personal no indígena; y tanto el temor como la desconfianza causados por las actitudes y los comportamientos de los trabajadores sanitarios impiden que los indígenas busquen la atención de salud que necesitan (BATISTA MOLINER, 2007).

Una de las soluciones para mitigar todas las dificultades señaladas con anterioridad, sería lograr un enfoque intercultural de la salud. Conlleva actuar equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes respecto a la salud, y a la enfermedad, a la vida y a la muerte, y a los aspectos biológicos, sociales y relacionales, entendidos estos últimos no solamente con los entornos visibles sino con la dimensión espiritual de la salud.

Trabajar en salud desde una perspectiva intercultural implica (OPS, 2008):

- 1) Una relación entre iguales, entre pares, donde se reconozca a la persona.
- 2) Desarrollar formas de interacción basadas en el vínculo y la expresión de afectos.
- 3) Generar nuevos canales de comunicación que validen al otro/otra desde sus propias categorías.
- 4) Promover confianza, libertad, alegría y seguridad en sí mismos.

2.1.1 El caso de Brasil

La ponencia de Rocha-Ferreira (2010) presenta significativas informaciones sobre los procesos y las figuraciones de la salud de los Pueblos Indígenas en Brasil. Estos tienen una larga historia, en la cual existieron momentos en los que se creía que llegarían a extinguirse, pero esto no fue así, debido en gran medida a los servicios de salud y a la protección que se les ha brindado. En lugar de llegar a este punto de extinción, han cobrado fuerza reivindicando su cultura ancestral. Están recuperando sus prácticas alimentarias, su artesanía, sus prácticas corporales, entre otros aspectos que han comenzado a resurgir (AZEVEDO, 2008).

La salud, la enfermedad y las prácticas médicas de los pueblos indígenas son temas complejos. En el momento actual, los pueblos indígenas experimentan una coexistencia de saberes científicos/biomédicos y los tradicionales en sus aldeas. Entre los diversos problemas de salud que tienen estas poblaciones indígenas, está una de las más importantes enfermedades del siglo XXI, que es el sedentarismo, debido al cambio del estilo de vida. Los más afectados han sido los pueblos cercanos a las ciudades. Existen programas e iniciativas indígenas como los Juegos de los Pueblos Indígenas, que son mecanismos para salvaguardar su cultura, fortalecer la identidad e incentivar la práctica de los juegos y deportes en la aldea (ROCHA-FERREIRA et al., 2008; ROCHA-FERREIRA; FASSHEBER, 2009).

A pesar de la diversidad cultural de los pueblos indígenas, en la percepción de la atención de la salud, existen nexos comunes, tales como:

Los mitos constituyen elementos integradores en la vida social de estas comunidades. Las narrativas de carácter simbólico, tratan de explicar la realidad de los fenómenos naturales (GREGOR, 1982).

Los rituales de sanación, aparecen en distintas prácticas médicas tradicionales indígenas. Los agentes de salud de estas sociedades, a veces denominados pajés o curanderos, utilizan conocimientos anteriores a la inclusión de la modernidad en su medio. Usan plantas, animales e instrumentos que les ayudan en el

proceso de restablecimiento del bienestar del paciente (MOTA, 2003).

Las reglas y las prohibiciones son aprendidas, en muchas ocasiones, durante los ritos, en los que toda la comunidad se ve inmersa, adoptando diversos roles (TAVARES, 1993).

Los más viejos congregan el conocimiento y son los responsables de su transmisión a las nuevas generaciones (ROCHA-FERREIRA; FASSHEBER, 2009; ROCHA-FERREIRA; FIGUEIRA; ÁLVAREZ, 2006).

En esas perspectivas, el ser humano es percibido con una interconexión con el medio ambiente. La noción integradora del universo y la totalidad cósmica los coloca a una gran distancia de la visión biomédica. Los pueblos indígenas se sienten los guardianes de la naturaleza, teniendo en cuenta que cada etnia tiene sus especificidades.

Estas nociones de salud tradicional han sido, en cierto modo, poco comprendidas y desvalorizadas en el proceso de atención a la salud de los pueblos indígenas.

Las políticas públicas de atención a la salud para las comunidades indígenas, no siempre han conseguido adaptarse a la realidad social. En el país, la salud indígena estaba subordinada al Servicio de Protección del Indio y Trabajadores Nacionales (SPI) creado en 1910. Tras la extinción de este servicio, se creó la Fundación Nacional de Ayuda al Indio (FUNAI), que se encargó de la promoción y recuperación de la salud de las comunidades indígenas. La Ley n° 9.836/1999 instituyó un subsistema de atención para la salud indígena, que creó reglas de atendimento diferenciadas y adaptadas a las peculiaridades sociales y geográficas de cada región, entre otras medidas. Se creó la Coordinación de Salud Del Indio (COSAI) y posteriormente se instituyó la Comisión Intersectorial de Salud (CIS), con la participación de varios Ministerios y presidida por la FUNAI. En 1999 la FUNAI transfiere sus funciones respecto a la salud de los indígenas a la FUNASA.

Las relaciones del estado con los pueblos indígenas no siempre fueron fáciles. Actualmente conviven en las etnias los procesos científicos y la tradición de las culturas, hecho que en ocasiones ha hecho surgir conflictos internos (MOTA, 2008).

En las últimas décadas, se han llevado a cabo iniciativas para lograr hacer visible a la sociedad en general, cuestiones de salud y cultura corporal indígena. Entre ellas podemos señalar la del Comité Intertribal Indígena – Ciencia y Memoria Indígena, realizan importantes contribuciones en este ámbito. Una de sus acciones son los Juegos de los Pueblos Indígenas, que congregan las fuerzas del propio Comité, del estado, representado por el Gobierno Federal, Estatal y/o

municipal, asociaciones indígenas, organizaciones no gubernamentales, universidades, medios de comunicación y público en general. Estos Juegos ya se realizaron en Anhanguera, Goiânia (1996), Marabá/PA (2000), Campo Grande/MS (2001), Marapani/PA (2002), Palmas/TO (2003), Porto Seguro/BA (2004), Fortaleza/CE (2005), Recife/PE (2007) e Paragominas (2009).

El lema de los mismo es “celebrar y no competir” y jugando sin dopping, sin anabolizantes, sin robar, respetando las diferencias, trayendo el espíritu de guerrero, de auto-superación, sin vencer a cualquier costo, contribuyen para a la calidad de la salud física, mental y psicológica (TERENA, 2003; TERENA, 2007).

Estos Juegos representan el momento actual en que los indígenas se encuentran, congregan sus saberes tradicionales, rituales sagrados, rituales de curas, movimientos indígenas a través de sus asociaciones, revitalizan la cultura, tornándose visibles en la sociedad más amplia, intercambian experiencias y conocimientos técnicos científicos y tradicionales, contribuyen a recuperar las prácticas corporales como medio de disminuir el sedentarismo, entre otros aspectos (ROCHA-FERREIRA; FASSHEBER, 2009; ROCHA-FERREIRA; FIGUEIRA; ÁLVAREZ, 2006; ROCHA-FERREIRA et al., 2008).

2.1.2 El caso de México

México tiene la concentración más alta de población indígenas en América: 10.4 millones (11% de la población mexicana en 1995), seguido por Perú con 9.1 millones y Bolivia con 4.1 millones. La mayoría de los indígenas de México, 85 %, viven en los estados del sur (INSTITUTO NACIONAL INDIGENISTA, 1999). En concreto, 96% de los indígenas vive en áreas rurales remotas, con escasos caminos, transporte público deficiente, malas condiciones de vivienda, bajo nivel educativo y en comunidades con condiciones de pobreza extrema y alta marginación.

Los programas que pueden reducir la exposición al riesgo y ayudar a disminuir las desigualdades en la salud son aquellos que regulan los ambientes sociales, ecológicos y laborales de los grupos más vulnerables (DIDERICHSEN et al., 1998). De acuerdo con Whitehead (1996), los efectos de tales políticas pueden reforzarse mediante prácticas como fortalecer las oportunidades de los individuos y mejorar el acceso a los servicios básicos.

Para el primero de los puntos, en México se coordinaron tres programas: el Programa de Atención a la Salud, que proporcionaba servicio dental, médico preventivo y curativo y de canalización al segundo y tercer nivel de atención. En segundo lugar, el Programa de Ayuda Alimentaria Directa a Comunidades Indígenas

en Extrema Pobreza, el cual prestaba ayuda nutricional a las comunidades indígenas (en particular a los niños y a las mujeres embarazadas o en etapa de lactancia), mediante la entrega de un paquete mensual de comida a las familias, que en 1996 atendió a cerca de 48 mil individuos en 17 estados (INI, 1999). Por último, el Programa de Becas-Albergue, que facilitaba el ingreso de los niños indígenas a la escuela y los ayudaba para que terminaran la educación primaria. Entre 1990 y 1996, este programa tenía 1081 albergues que dieron comida, alojamiento y cuidado médico a 57 mil niños (MÉXICO, 1998).

El Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 estimó que en 1995 que alrededor de 10 millones de personas no tenían acceso a los servicios de salud. Para cubrir esta población se creó el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC); a través de él se pusieron en práctica las 13 acciones del Paquete Básico de Servicios de Salud (Pabss) en zonas marginadas. En 1996 este programa alcanzó a 3.8 millones de personas que vivían en 380 de los 600 municipios más pobres, en 11 estados de la República. En 1998, el PAC proporcionó atención a 6.5 millones de personas; sin embargo, para 1999 se estimó en 1.7 millones el número de personas que permanecían sin acceso a los servicios de salud. Como parte de la estrategia del PAC, desde 1997 opera el Programa de Apoyo a Zonas Indígenas (PAZI), el cual consiste en la puesta en marcha de unidades móviles de atención a la salud, y que proporcionaron servicio a alrededor de 620 mil personas en los estados de Campeche, Chihuahua, Nayarit, Veracruz, Chiapas y Sonora (SECRETARÍA DE SALUD, 1998). Por su parte, el IMSS, con el apoyo de fondos federales, ha tenido a su cargo el programa de atención a grupos vulnerables IMSS-Solidaridad. En 1996, este programa benefició a 10.8 millones de personas que viven en las áreas rurales e indígenas.

El Congreso federal aprobó en 2001 la Ley Indígena, donde se explicita la prohibición de la discriminación por motivos raciales.

En el Programa Nacional de Desarrollo de los Pueblos Indígenas 1991-1994 se reconoció que tanto la cobertura en salud como la atención de esta población eran insuficientes y se señaló la importancia de establecer un modelo de atención primaria adaptado a las características específicas de las regiones indígenas.

La medicina tradicional, mantiene su vigencia también en México. Ella recurre al empleo de plantas medicinales, entre otros recursos terapéuticos como los rituales, los cantos y las ceremonias, y a la práctica de los proveedores tradicionales de salud como parteros, hueseros, sobadores e hierberos.

3 DISCUSIÓN

El desarrollo económico estancado de las naciones más pobres, repercute principalmente sobre los grupos más vulnerables de la población, como los pueblos indígenas (BAUTISTA LECHÓN, 2001).

El sesgo hacia la medicina e intervención occidental puede ser ofensivo o inapropiado para los profesionales de la medicina tradicional (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1993).

En las comunidades indígenas brasileñas están acaeciendo problemas de salud debido a los cambios en sus hábitos de vida. Esas transformaciones en las prácticas corporales y en los hábitos nutricionales, están conllevando llegar a los mismos problemas de salud que la sociedad no indígena. Entre ellos podemos señalar la Diabetes Melitus y la hipertensión. En muchas aldeas indígenas se observa un gran sedentarismo (GUGELMIN; SANTOS, 2001; RIBAS; SGANZERLA; ZORZATTO, 2001).

La medicina tradicional indígena mexicana y sus prácticas están basadas en los siguientes principios:

La visión del universo como totalidad interconectada. El cuerpo humano, que incluye la mente y el espíritu, relacionado estrechamente a ese universo.

Un entendimiento de las causas de enfermedad que toma en cuenta mecanismos que rompen el equilibrio frío-calor del cuerpo, derivados del comportamiento individual y de las relaciones sociales, ambientales y espirituales. Así mismo, otras causas tales como desórdenes alimenticios, movimientos bruscos o alteraciones de la fuerza vital (DIDERICHSEN et al., 1998; ZOLLA, 2008).

4 CONCLUSIÓN

Gracias a organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud y más concretamente en el área de América Latina, la Organización Panamericana de la Salud, se han logrado visibilizar los problemas existentes en la de la salud de las comunidades indígenas.

Los organismos antes referidos, han llevado a cabo acciones para favorecer el acceso a estos sistemas de salud, tratando de evitar la mortalidad de los indígenas debido a enfermedades evitables o tratables.

Las condiciones de pobreza y de exclusión social, han marcado en muchas ocasiones una frontera en el acceso a los recursos de salud de los distintos estados donde se ubican estas comunidades.

Las prácticas de salud tradicionales conviven con los sistemas de salud actuales. La convivencia de ambos es importante para lograr el respeto y el mejor atendimento de estas comunidades.

La medicina tradicional indígena se utiliza ancestralmente en la población mesoamericana, tanto en áreas urbanas como rurales. Constituye un recurso fundamental para la atención a la salud y un elemento básico de afirmación cultural. Es por esto que la sensibilización y el reconocimiento de su uso son necesarios al proveer servicios a la población migrante latinoamericana, especialmente la indígena. Muchas veces permite un mayor acercamiento cultural entre proveedor y paciente.

La salud indígena tiene aspectos peculiares que merecen ser reconocidos. Las políticas públicas han dado énfasis la mayoría de las veces al enfoque biomédico, aunque en las aldeas ocurren experiencias plurales, conviviendo también con la medicina tradicional. Los procesos de resignificación en la salud, necesitan ser reconocidos para comprender mejor el proceso actual de los pueblos indígenas.

Health and indigenous peoples in Latin America: the case of Brazil and Mexico

ABSTRACT

Indigenous peoples' health is turning into a preferential topic among National and International politics. Institutions like World Health Organization have designed some actions in favour of these services. These institutions have to deal very often with many difficulties to become effective, achieving the aimed/expected results.

Getting a fluid access to these Healthcare Systems is really important, allowing them, at the same time, living together with traditional medicine, which is still alive in many native/indigenous areas.

Bound-accessing Health System policies have been developed for indigenous peoples from Brazil and Mexico with different results

One of the solutions to achieve a proper Healthcare System would be creating an intercultural approach of it. Despite having reached notable advances in so many areas, the achievement of Healthcare equity is still pending for the majority of the indigenous' peoples from the Americas.

Keywords: Indigenous peoples. Health. Brazil. Mexico.

REFERENCIAS

- AZEVEDO, M. M. Diagnóstico da população indígena no Brasil. *Ciência e Cultura*, Campinas, SP, v. 60, n. 4, p. 19-22, out./dez. 2008.
- BAUTISTA LECHÓN, C. Democracia y pueblos indígenas. *Revista Yachaikuna*, Quito, n.1, p. 1-11, 2001.
- BATISTA MOLINER, R. **Epidemiología aplicada a la salud de los trabajadores agrícolas y pueblos indígenas**. La Paz: Fundación *para* la Cooperación y Salud Internacional, 2007.
- MÉXICO. Comisión Nacional de Acción a Favor de La Infancia. **Programa Nacional de Acción a Favor de la Infancia 1995-2000: evaluación 1997**. México, D.F., 1998.
- DIDERICHSEN, F. et al. **Studying policy context and health equity by class and gender: a conceptual framework**. Oxford: GHEI, 1998.
- INSTITUTO NACIONAL INDIGENISTA (México). **Información básica sobre los pueblos indígenas de México**. 1999. Disponível em: <www.sedesol.gob.mx>. Acesso em: 5 nov. 2010.
- GREGOR, T. **Mehinaku: o drama diário de uma aldeia do Alto Xingu**. Tradução de Vera Penteado Coelho. São Paulo: Ed. Nacional: INL, 1982.
- GUGELMIN, S. A.; SANTOS, R.V. Ecologia humana e antropometria nutricional de adultos Xavante, Mato Grosso. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 313-322, 2001.
- MOTA, C. N. **Saúde e povos indígenas: tradição e mudança**. Cultura Corporal Indígena. Brasília, DF: Unicentro Editora, 2003.
- MOTA, C. N. Ser indígena no Brasil contemporâneo: novos rumos para um velho dilema. *Ciência e Cultura*, Campinas, SP, v. 60, n. 4, p. 22-24, out./dez. 2008.
- MURRAY, C. J. L.; LÓPEZ, A.D. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: global burden of disease study. *The Lancet*, London, no. 349, p. 1436-1442, 1997.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **The World Health Report**. Geneva: World Health Organization, 1996.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **La salud de los pueblos indígenas de las Américas: 138ª sesión del Comité Ejecutivo**. Washington, D.C.: Organización Mundial de la Salud, 2006.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Resolution V of the meeting on indigenous peoples and health**. Winnipeg, 1993.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas**. Washington, D.C., 2008.
- RIBAS, D. L. B.; SGANZERLA, A.; ZORZATTO, J. B. Nutrição e saúde infantil em uma comunidade Terena, Mato Grosso do Sul. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 17, p. 323-331, 2001.
- ROCHA-FERREIRA, M. B.; FIGUEIRA, J. R.; ÁLVARES, L. D. **Relatório dos jogos indígenas**. Brasília, DF: Ministério do Esporte e Comitê Intertribal, 2006.
- ROCHA-FERREIRA, M. B. et al. Jogos indígenas, realizações urbanas e construções miméticas. *Ciência e Cultura*, Campinas, SP, v. 60, p. 47-49, 2008.
- ROCHA-FERREIRA, M. B.; FASSHEBER, M. B. Juegos indígenas: figuraciones y mimesis en norbert elias. In: CARINA, V.; KAPLAN, V. (Org.). **Poder, prácticas soliales y proceso civilizador: los usos de Norbert Elias**. Buenos Aires: Noveduc, 2009.
- ROCHA-FERREIRA, M. B. **Saúde e povos indígenas: processos e figurações**. Cuiabá, 2010. Trabalho apresentado no III Simpósio de Cultura Corporal e Povos Indígenas & Seminário Práticas Corporais e Educação Intercultural: jogos dos povos indígenas do Brasil, Universidade do Estado do Mato Grosso/Universidade Federal do Mato Grosso, Cuiabá, 2010.
- SECRETARÍA DE SALUD. **Informe de labores 1997-1998**. México, D.F., 1998.
- TAVARES, S. C. **A reclusão pubertária no Kamayurá de Ipawu: um enfoque biocultural**. 1993. Dissertação (Mestrado de Educação Física) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 1993.
- TERENA, M. O esporte como resgate de identidade e cultura. In: ROCHA-FERREIRA, M. B. et al. **Cultura corporal indígena**. Guarapuava: Unicentro Editora, 2003. p. 15-24.
- TERENA C. J. O importante não é ganhar, mas celebrar. *Revista de História da Biblioteca Nacional*, Rio de Janeiro, p. 31, jul. 2007.
- WHITEHEAD, M. Tackling inequalities: a review of policy initiatives. In: EVANS, T. et al. **Global Health Equity**. Roma: [s. n.], 1996. p. 22-52.
- ZOLLA, C. **Introducción a la medicina tradicional de México en el marco de la migración**. México, D.F.: Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social-CIESS, 2001.

Enviado em 2/8/2010

Aprovado em 9/9/2010