

# SAÚDE PÚBLICA VOLTADA PARA A POPULAÇÃO INDÍGENA

Kathyanne Nicacio<sup>1</sup>

Giulia Cavalcante<sup>2</sup>

Klayne Martins<sup>3</sup>

Renata Barbosa<sup>4</sup>

Sophia Gonçalves<sup>5</sup>

Maria Alcina Lins<sup>6</sup>

Mônica Melo<sup>7</sup>

Medicina



**cadernos de  
graduação**

ciências humanas e sociais

ISSN IMPRESSO 1980-1785

ISSN ELETRÔNICO 2316-3143

## RESUMO

O descaso com a população indígena, advindo do período colonial do Brasil, tem sido uma atribulação perpetuada até o período vigente. Por serem vistos sob a ótica de fornecimento de mão de obra barata ou obstáculo ao desenvolvimento econômico, a atenção em saúde com esta população tem sido banalizada ao longo dos anos. À medida que as políticas humanistas ganharam destaque, sendo somadas ao despertar da população indígena aos movimentos sociais de garantia de direitos à saúde mudanças legislativas e iniciativas governamentais abriram um panorama à questão: o índio, detentor de direitos e particularidades, digno de respeito, exige que o cuidado não perturbe seu cotidiano ou transforme-se em uma nova modalidade de aculturação. Com o intuito de aprofundar o conhecimento sobre o tema e estimular o debate aos cuidados em saúde em populações específicas, foi realizada uma revisão de literatura, concluindo-se que apesar da criação de órgãos específicos para a proteção do índio brasileiro, a saúde indígena continua sendo vítima de enfermidades ligadas a falta de saneamento básico ou contato com moléstias externas à população alvo, advindas da necessidade de se buscar atendimento à saúde em centros de cuidados universais e inespecíficos às suas necessidades.

## PALAVRAS-CHAVE

Índio, Características, Saúde.

## ABSTRACT

The neglect with the indigenous population, coming from the colonial period of Brazil, has been a perpetuated tribulation until the current period. Being viewed from the perspective of providing cheap labor or an obstacle to economic development, health care with this population has been trivialized over the years. As humanist policies gained prominence, added to the awakening of the indigenous population to social movements to guarantee health rights, legislative changes and governmental initiatives opened a panorama to the question: the Indian, holder of rights and particularities, worthy of respect, demands that care does not disturb your daily life or become a new modality of acculturation. In order to deepen the knowledge on the subject and stimulate the debate on health care in specific populations, a literature review was conducted, concluding that despite the creation of specific organs for the protection of the Brazilian Indian, indigenous health continues being a victim of diseases linked to lack of sanitation or contact with diseases external to the target population, arising from the need to seek health care in universal care centers that are not specific to their needs.

## KEYWORDS

Funasa, Health, Indian.

## 1 INTRODUÇÃO

A população indígena tem sido alvo de violências desde seus primeiros contatos com a colonização portuguesa durante o século XVI. Estes, vistos apenas sob a ótica de fornecimento de mão de obra barata ou obstáculo para à extração de recursos, sendo sempre sujeitos à reação mercantilista e excluídos do contingente formador da população brasileira, acabaram por serem submetidos à margem da sociedade invasora de sua terra natal. Essa mudança em seu cotidiano trouxe um estilo de vida que violentou o índio em vários âmbitos: Foram capturados, escravizados, mortos por desmonstrarem resistência, confinados em missões de aculturação, sendo proibidos de falar sua própria língua inúmeras vezes sob pena de morte e maus tratos (POVOS INDÍGENAS NO BRASIL, 2015).

Esta população, submetida a doenças infecciosas que não pertenciam á sua esfera e para quais não possuía mecanismo defesa imunológica, obteve tratamento ofertado por meio de missões jesuíticas e conhecimentos nativos, muitas vezes ineficazes. Inúmeras causas que resultaram em uma grande consequência: Uma população estimada em 5 milhões de indígenas nos anos de 1500 reduzida para o atual valor de menos de um milhão (IBGE, 2010).

Situações tão conflituosas, as quais deveriam estar sujeita à extinção há séculos, são frequentes dentro do cotidiano do século XXI, em que índios lutam por posse

de terras às quais são detentores por direito e se encontram ameaçadas pelo poder da indústria agrícola. Esse massacre de uma população foi chamando a atenção de governos, cidadãos e dos próprios índios que passaram a buscar soluções e proteção para uma situação tão calamitosa, procurando condições de se reerguer dos séculos de violências (BRASIL, 2000).

## 2 MATERIAL E MÉTODOS

Realização de revisão da literatura nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SCIELO) com a busca pelos conectores “índio”, “FUNASA” e “saúde”, em português, associada a dados publicados pelo Ministério da Saúde do Brasil.

## 3 DISCUSSÃO

Terra Indígena é uma porção do território nacional, de propriedade da União, habitada por um ou mais povos indígenas, utilizada para suas atividades produtivas, imprescindível à preservação dos recursos ambientais necessários a seu bem-estar e à sua reprodução física e cultural, segundo seus usos, costumes e tradições. (FUNAI, 2019). Essa população foi alvo de violências desde seus primeiros contatos com os colonizadores portugueses no século XVI, vistos apenas como mão de obra ou obstáculo para a retirada de recursos naturais, sempre sob um olhar mercantilista e não como um povo vítima de um genocídio explícito.

Diante disso, surgiram as mobilizações pela demarcação das terras indígenas, assegurando-lhes a proteção dos limites demarcados exclusivamente para o reestabelecimento de sua identidade cultural sem temer a invasão de terceiros. Em 1973 houve a aprovação do Estatuto do Índio nº 6.001, que estabelecia formalmente o processo de demarcação onde, o estado brasileiro passa por uma fase de regressão e desrespeito a tais conquistas jurídicas e vem sobrepondo os interesses do agronegócio à proteção da cultura desses indivíduos.

No início do século XX ocorreu a “Marcha para o Oeste” brasileira, levando pessoas a povoarem a região centro-oeste do Brasil e conseqüentemente a grandes embates com as populações indígenas que já habitavam o local. Esse período foi marcado por várias opiniões de governantes e populares que apoiava a morte dos nativos que tentassem se opor à chamada civilização.

Dentro dessa situação era necessário algo que zelasse pelo bem dessas populações, então houve a criação do Serviço de Proteção aos Índios (SPI), pregando uma visão de que o índio estava no estágio inicial da evolução e que logo poderia ser educado e adaptado a uma função “comum”. Era uma ideia distorcida do real sentido do indígena, mas que pode ser considerado o primeiro passo, apesar da assistência à saúde continuar desorganizada e ineficaz (COSTA, 1987).

Diante desse contexto, na década de 50 o médico indigenista Noel Nutels criou o SUSA (Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas), não ligado diretamente ao SPI, mas

ao governo federal, o qual buscava levar ajuda às populações indígenas e rurais em locais de difícil acesso. Expedições foram realizadas para o transporte de atendimento básico e por demanda feito por médico, odontólogo, assistente social, enfermeira e auxiliar técnica de laboratório. Foram oferecidas, ainda, programas de vacinação e combate à doenças infecciosas, principalmente àquelas de natureza externa à população indígena, mas de risco aumentado ao contato com a população não-índia.

Somados a política de Nutels, os irmãos Vilas Boas mostraram participação importante no desenvolvimento da saúde indígena, principalmente ao que se refere ao incentivo a criação de infraestrutura local para os atendimentos em saúde (COSTA, 1987).

Durante a década de 60, sob graves denúncias atribuídas a membros da SPI ao que tange práticas de violências à população indígenas, exemplificando-se na entrega de cobertores contaminados por varíolas ou outras doenças (DAVIS e MEGENGET, 1981), o órgão foi extinto, ocorrendo então a reunião de uma comissão que contou com a participação de indigenistas, resultando na formação da Fundação Nacional do Índio (FUNAI).

Em 31 de agosto de 1999 o senado brasileiro aprovou, sem emendas, o projeto de lei que criou o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, que pode ser considerada como marco regulatório da atenção à vida das populações indígenas do Brasil (FUNASA, 2009). Esse projeto de lei tira a responsabilidade de órgãos específicos, como o Serviço de Proteção ao Índio e Trabalhadores Nacionais (SPI), que visavam enquadrar a população indígena na sociedade juntamente com suas terras, passando a atribuí-la ao Sistema Único de Saúde com incumbência de garantir os princípios básicos do SUS a essa população de forma integral e universal, como garante o capítulo V da Lei nº 8.080 (BRASIL, 1990). Desse modo, cabe ao Estado toda a estrutura relacionada ao atendimento à saúde indígena, incluindo as unidades de saúde, os funcionários e as funções de confiança. Os recursos orçamentários passaram a ser de responsabilidade da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), órgão executivo do Ministério da Saúde (FUNASA, 2009).

A formação da FUNAI, baseada no modelo de atenção à saúde do Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA) o qual foi criado pelo Ministério da Saúde (MS), possuía o objetivo de levar ações básicas de saúde às populações indígenas e rurais em áreas de difícil acesso, com a promoção ações voltadas para a vacinação, atendimento odontológico, controle de tuberculose e outras doenças transmissíveis. De responsabilidade da FUNAI, foram instituídas as Equipes Volantes de Saúde (EVS), tais equipes realizavam atendimentos eventuais às comunidades indígenas e eram geralmente compostas por auxiliares ou atendentes de enfermagem (BRASIL, 2002). No entanto, com o passar do tempo, os profissionais das EVS fixaram moradia em centros urbanos e a sua presença nas aldeias tornou-se cada vez mais esporádica, até não mais acontecer, determinando um alto fluxo de necessidade de atendimento, sendo desproporcional a equipe alocada na região, que acabaram por realizar ações assistenciais curativas e emergenciais, sem qualquer acompanhamento preconizado pelas políticas de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS). Por essas razões, o atendimento voltado ao suporte básico de vida em situações emergenciais e de

maior complexidade eram realizados por profissionais sem a qualificação necessária, fruto da grave situação de isolamento no local (BRASIL, 2002).

Atualmente, a FUNAI possui a função de promover estudos de identificação e delimitação, demarcação, regularização fundiária e registro das terras tradicionalmente ocupadas pelos povos indígenas, além de monitorar e fiscalizar as terras indígenas. Também é responsável por coordenar e implementar as políticas de proteção aos povos isolados, oferecer políticas voltadas ao desenvolvimento sustentável das populações indígenas, promovendo ações de etnodesenvolvimento, conservação e a recuperação do meio ambiente nas terras nativas, além de atuar no controle e mitigação de possíveis impactos ambientais decorrentes de interferências externas nesses locais. Compete ainda ao órgão garantir o acesso dessa população aos seus direitos diferenciados, direitos sociais e cidadania com políticas que promovam a seguridade social e a educação (FUNAI, 2015).

A FUNASA é uma organização destinada à garantia dos direitos indígenas relacionados à saúde, de modo que sua política nacional deve ser executada de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), compreendendo todos os aspectos que possam influenciar na alteração do estado de saúde dos nativos e uma possível propagação de determinada patologia atípica em seu meio social, sendo de fundamental importância que as características sociais e culturais daquela população sejam respeitadas. Dessa forma, os princípios e diretrizes são baseados na questão de promoção, prevenção, implementação e avaliação das ações em saúde, abrangendo o monitoramento correto, promoção de ações específicas de saúde, controle social, tendo a ética como base para ações em saúde e a pesquisa científica (BRASIL, 2002).

A implementação das ações em saúde propriamente ditas são instaladas nas comunidades a partir dos Distritos Sanitários Especiais, que atuam em localidades com delimitação específica, subdivididas de acordo com as tradições étnicas, culturais, religiosas, demográficas e geográficas, fazendo com que sejam trabalhados aspectos pontuais característicos de cada comunidade e, por meio disso, são promovidas ações em saúde em déficit naquela região. Dessa maneira, a importância da atuação com abordagem diferenciada é estabelecida através do monitoramento das ações em saúde, utilizando-se do regulamento e fiscalização das atividades e promoção do uso adequado e racional dos medicamentos disponibilizados, uma vez que a cultura daquele povo reflete em seus hábitos de vida, e em algumas situações, faz-se necessário ações educativas de inserção medidas intervencionistas específicas, utilizando a própria tradição como ferramenta facilitadora, além de proporcionar um ambiente que promova a propagação da saúde, como também a articulação dos métodos tradicionais indígenas, definindo não apenas a transmissão de conhecimentos biomédicos e de tecnologias, tratando o receptor como mero agente passivo da situação, mas também utilizando-se de práticas culturais saudáveis já estabelecidas e vigentes na comunidade, sendo de extrema importância para a evolução e avanço na receptividade de informações desses povos (BRASIL, 2002).

As atribuições direcionadas à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), como instituição responsável pela parcela da funcionalidade de execução e coordenação de

ações em saúde do índio, são constituídas pela formulação das diretrizes e parâmetros necessários para o funcionamento da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, assim agindo como norteador de normas e fiscalizador do cumprimento das ações. Esta instituição está ainda vinculada à implantação de sistemas de informação que alimentem bancos de dados quanto à situação atual da saúde indígena no país e tem como dever o desenvolvimento de reuniões em parcerias com outros setores, objetivando a interação de informações entre os diversos responsáveis pela implantação desse programa e a verificação da efetividade dessa Política Nacional de Saúde dos Povos Indígenas (BRASIL, 2002).

O Subsistema de Atenção a Saúde dos povos indígenas vigente conta com Unidades Básicas de Saúde (UBS), anteriormente conhecidas como “postos de saúde”, construídas de acordo com as necessidades de cada região. Essas unidades possuem uma estrutura física e de atendimento simplificado, servindo de porta de entrada para a rede de hierarquização do SUS. Em 2009, foram registradas 751 unidades, nas quais eram realizados procedimentos de baixa complexidade, como o acompanhamento de crianças e gestantes, imunização e o atendimento a enfermidades de alta frequência, além de serviços de primeiros socorros e atividades de prevenção (FUNASA, 2009)

Além das unidades de saúde, o subsistema conta com as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) que são compostas por médicos, enfermeiros, odontólogos, nutricionistas, técnicos de enfermagem, técnicos de consultório dentário e de higiene dental, Agentes Indígenas de Saúde (AISs), Agentes Indígenas de Saneamento (AISANS), técnicos em saneamento, agentes de endemias e microscopistas. Em 2009, as EMSIs eram compostas por 2275 médicos, 547 enfermeiros, 514 cirurgiões-dentistas, 2.076 técnicos de enfermagem, 206 técnicos de consultório dentário, 3.906 AISs, além de 197 profissionais de outras áreas (FUNASA, 2009). Dados recentes não foram encontrados.

De maneira geral, o Subsistema de Atenção a Saúde do Indígena busca garantir os direitos indígenas no âmbito da saúde considerando de fundamental importância a manutenção das terras que são garantidas de maneira legal. As atividades de prevenção e promoção de saúde são realizadas de acordo com o diagnóstico situacional da localidade, respeitando suas práticas medicinais aliadas ao conhecimento ocidental da medicina moderna.

Conforme informações mais recentes, fornecidas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em ação conjunta com a FUNAI, no ano de 2010 a população indígena era de aproximadamente 817.963 índios distribuídos por todo território nacional (IBGE, 2010). Esse número mostra um crescimento demográfico dessa população por conta do aumento de intervenções visando a preservação ambiental (BRASIL, 2002). Em contrapartida, a diversidade de povos vem alcançando números decrescentes em consequência a políticas públicas econômicas, sociais e trabalhistas em que primeiros habitantes do Brasil estão submetidos ao precário serviço de atendimento à saúde realizada pelo Governo Federal (BRASIL, 2002).

Ainda que a atenção a saúde indígena venha alcançando destaque, políticas voltadas para a população indígena estejam sendo cada vez mais difundidas entre os

órgãos responsáveis pela gestão do Sistema Único de Saúde no Brasil, as pesquisas ainda mostram relatos óbitos em decorrência de enfermidades diretamente ligadas a questões sociais e sanitárias. Como exemplo disto, a tuberculose fora considerada, anos atrás, a doença responsável pela maior quantidade de óbitos na população aborígine. De acordo com Darcy Ribeiro apenas os índios classificados como isolados e alguns intermitentes puderam ser considerados fora da área de risco da doença. Os nativos classificados como permanentes e integrados tiveram as taxas de incidência e prevalência da doença mais altas da Nação. Estes dados refletiram a atividade de mineração, agropecuária, extração da madeira e ausência de demarcação das terras, aumentando o fluxo de pessoas e levando os índios a uma exposição sem nenhum tipo de controle (AMARANTE e COSTA, 2000).

Em 2002, a maior parte das enfermidades que compunham esse cenário tratavam de infecções agudas respiratórias, infecções gastrointestinais, malária, tuberculose, doenças sexualmente transmissíveis (DST), desnutrição e doenças preveníveis através de vacinas (BRASIL, 2002). Em decorrência do crescente processo de miscigenação, a população indígena tomou posse de problemas saúde pública detentores dos mais altos no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), sendo eles: a hipertensão arterial, o diabetes, o câncer, o alcoolismo e a depressão, que pode levar ao suicídio. Esse aumento justifica-se por meio de alteração em seu modo de vida e alimentação, a perda de sua identidade (BRASIL, 2002).

Além dos fatores apresentados, a taxa de mortalidade indígena permanece em ascensão tendo como contribuintes as agressões físicas e o suicídio. Segundo o relatório de 2014 "Violência Contra os Povos Indígenas", o número de ataques violentos aos índios aumentou para 70 casos em 2014 e a taxa de suicídio na faixa etária de 15 a 21 anos é maior do que em qualquer outro grupo étnico do país (BRANCO, 2015). Devido a gravidade dos levantamentos, uma denúncia foi protocolada no Fórum Permanente da ONU sobre Assuntos Indígenas, onde foi considerado que a perda do contato com a terra e a natureza, assim como o racismo e a rejeição social contribuem para uma alta taxa de morbimortalidade dessa população (BRANCO, 2015).

#### **4 CONCLUSÃO**

De acordo com os aspectos observados, fica evidente que muito se avançou em relação à forma de se vincular saúde e população indígena. A criação de órgãos de proteção ao índio em seus aspectos biopsicossociais e específicos à saúde bastante contribuiu para se estabelecer uma relação de confiança entre as raças, levantando a pauta do respeito às diferenças dos povos. Mesmo com todos os avanços discutidos e de todas as estratégias traçadas, a saúde do indígena ainda sofre grande impacto das enfermidades ligadas a escassez de saneamento básico, doenças venéreas ou aquelas advindas do contato recente com outras culturas e a carência quanto a demarcação de terras indígenas no território brasileiro.

## 5 SOBRE O TRABALHO

O presente trabalho foi desenvolvido como forma de atividade avaliativa da disciplina História, Sociedade e Cultura Afro-brasileira, Africana e Indígena cursada durante o primeiro período do curso de Medicina do Centro Universitário Tiradentes.

### REFERÊNCIAS

ALTINI, Emília. RODRIGUES, Gilderlan. PADILHA, Lindomar. MORAES, Paulo Daniel. LIEBGOTT, Roberto Antônio. **A Política de Atenção à Saúde Indígena no Brasil:** Breve recuperação histórica sobre a política de assistência à saúde nas comunidades indígenas. Conselho Indigenista Missionário. 2013.

AMARANTE, Jorge Meireles. COSTA, Vera Lúcia de Araújo. **A tuberculose nas comunidades indígenas brasileiras na virada do século.** Boletim de Pneumologia Sanitária. Rio de Janeiro. 2000. Disponível em: [http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S0103460X2000000200002&script=sci\\_arttext](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S0103460X2000000200002&script=sci_arttext). Acesso em: 16/11/2015.

BENFATTI, Bianca. Índios brasileiros estão cada vez mais doentes. Departamento de Comunicação Institucional. Universidade de São Paulo. São Paulo. 2011. Disponível em: < <https://www.unifesp.br/reitoria/dci/edicao-atual-entreteses/item/2247-indios-brasileiros-estao-cada-vez-mais-doentes>>. Acesso em 30/08/2019.

BRANCO, Alice. **Violência e suicídio entre indígenas:** desespero e rejeição social. 2015. Disponível em: <http://www.greenme.com.br/viver/costume-e-sociedade/2009-violencia-e-suicidio-entre-indigenas-desespero-e-rejeicao-social>. Acesso em: 16/11/2015.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.** Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional da Saúde. 2000.

CONFALONIERI, Ulisses E. C. O Sistema Único de Saúde e as populações indígenas: por uma integração diferenciada. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro. 1989. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1989000400008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1989000400008&script=sci_arttext). Acesso em: 18/11/2015.

COSTA, Dina Czeresnia. Política indigenista e assistência à saúde Noel Nutels e o serviço de unidades sanitárias aéreas. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro. 1987. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1987000400003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1987000400003). Acesso em: 18/11/2015.



DAVIS, H. S. e MENGET, P. **Povos Primitivos e Ideologias Civilizadas no Brasil**. In: Junqueira, C. & Carvalho, E. A., Org. Antropologia e Indigenismo na América Latina. São Paulo, Cortez, 1981.

FUNAI. **FUNAI**. 2015. Disponível em: <http://www.funai.gov.br/index.php/quem-somos>. Acesso em: 16/11/2015.

FUNAI. **Terras indígenas**: o que é?. Fundação Nacional do Índio. Brasília. 2019. Disponível em: < <http://www.funai.gov.br/index.php/nossas-acoes/demarcacao-de-terras-indigenas?limitstart=0#>>. Acesso em: 30/08/2019.

FUNASA. **Lei Arouca**: 10 anos de Saúde Indígena. Disponível em: [http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files\\_mf/livro-lei-arouca-10anos.pdf](http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/livro-lei-arouca-10anos.pdf). Acesso em: 20/11/2015.

IBGE. **População residentes, segundo a situação do domicílio e condição de indígena no Brasil 1991/2010**. Indígenas. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Rio de Janeiro. 2010. Disponível em: < <https://indigenas.ibge.gov.br/graficos-e-tabelas-2.html>>. Acesso em 30/08/2019.

POVOS INDÍGENAS NO BRASIL. **O Serviço de Proteção dos Índios**. 2015. Disponível em: <[http://pib.socioambiental.org/pt/c/politicas-indigenistas/orgao-indigenista-oficial/o-servico-de-protecao-aos-indios-\(spi\)](http://pib.socioambiental.org/pt/c/politicas-indigenistas/orgao-indigenista-oficial/o-servico-de-protecao-aos-indios-(spi))>. Acesso em 19/11/2016.

POVOS INDÍGENAS NO BRASIL. **Demarcações**. 2015. Disponível em: < <https://pib.socioambiental.org/pt/Demarcações>>. Acesso em 30/08/2019.

SCHINCARIOL, Isabela. **Pesquisa apresenta panorama da saúde indígena**. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Manguinhos. 2011. Disponível em: < <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/28266>>. Acesso em 30/08/2019.

---

**Data do recebimento:** 10 de setembro de 2017

**Data da avaliação:** 23 de novembro de 2017

**Data de aceite:** 12 de dezembro de 2017

---

---

1 Acadêmica do curso de Medicina da UNIT/AL. E-mail: kathyanne\_mr@hotmail.com

2 Acadêmica do curso de Medicina da UNIT/AL. E-mail: giuliacavalcante25@gmail.com

3 Acadêmica do curso de Medicina da UNIT/AL. E-mail: klaynecristianemartins@gmail.com

4 Acadêmica do curso de Medicina da UNIT/AL. E-mail: renatacristinacaetanobarbosa@gmail.com

5 Acadêmica do curso de Medicina da UNIT/AL. E-mail: sophiabrandaogoncalves@gmail.com

6 Docente do curso de Medicina da UNIT/AL. E-mail: mariaalcinat@yahoo.com.br

7 Docente do curso de Medicina da UNIT/AL. E-mail: melomonica@gmail.com