26º ENANCIB
Encontro Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Ciência da Informação
A Amazônia na sociedade global em rede: assimetrias e potencialidades informacionais, tecnológicas e ambientais
Belém, Pará, 09 a 13 de novembro de 2026
Universidade Federal do Pará

XXVI ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO - XXVI ENANCIB

ISSN 2177-3688

GT 2 - Organização e Representação do Conhecimento

CÓDIGOS E COSMOLOGIAS: VIÉS CLASSIFICATÓRIO DA CID NA SAÚDE INDÍGENA

CLASSIFICATORY BIAS OF ICD IN INDIGENOUS HEALTH INFORMATION

Carina Munhoz de Lima – Universidade Federal Fluminense (UFF)
Maria Luiza de Almeida Campos – Universidade Federal Fluminense (UFF)

Modalidade: Resumo Expandido

Resumo: Os sistemas de informação em saúde indígena no Brasil codificam dados com a Classificação Internacional de Doenças (CID), que não contempla as dimensões cosmológicas, territoriais, espirituais e coletivas que estruturam os processos de saúde-doença-cura dos povos originários. Este estudo analisa os limites e vieses classificatórios da CID na representação da saúde indígena, com foco nos capítulos sobre fatores que influenciam o estado de saúde e transtornos mentais e comportamentais. A pesquisa, qualitativa, bibliográfica e exploratória, combina levantamento nas áreas de Ciência da Informação, Organização do Conhecimento, Saúde Indígena e Estudos Decoloniais, análise documental e mapeamento conceitual entre categorias da CID e dimensões da literatura. Os resultados indicam ausência de correspondência adequada em algumas categorias, produzindo apagamento informacional e perdas semânticas que comprometem a visibilidade epidemiológica indígena. Conclui-se que superar essas limitações exige uma inflexão decolonial que reconheça a pluralidade epistêmica dos povos que esses sistemas pretendem representar.
Palavras-chave: sistemas de informação em saúde; saúde indígena; classificação de doenças; decolonialidade.

Abstract: Indigenous health information systems in Brazil encode data using the International Classification of Diseases (ICD), which does not encompass the cosmological, territorial, spiritual, and collective dimensions that structure the health–illness–healing processes of Indigenous peoples. This study analyzes the limitations and classificatory biases of the ICD in representing Indigenous health, with a focus on the chapters concerning factors influencing health status and mental and behavioral disorders. The research is qualitative, bibliographic, and exploratory, combining a review of the fields of Information Science, Knowledge Organization, Indigenous Health, and Decolonial Studies, document analysis, and conceptual mapping between ICD categories and dimensions found in the literature. The results indicate a lack of adequate correspondence in certain categories, producing informational erasure and

semantic losses that compromise the epidemiological visibility of Indigenous populations. It is concluded that overcoming these limitations requires a decolonial shift that recognizes the epistemic plurality of the peoples these systems are intended to represent.
Keywords health information systems; indigenous health; disease classification; decoloniality.

1 INTRODUÇÃO

A epidemiologia tem como objeto de estudo a ocorrência de doenças, óbitos, agravos e situações de risco à saúde em grupos populacionais, visando propor estratégias para melhorar suas condições de saúde (Soares; Andrade; Campos, 2001, p. 184). Para isso, são necessários dados que permitam analisar o processo saúde-doença segundo variáveis como tempo, espaço, características sociodemográficas e outros fatores associados.

Atualmente, grande parte desses dados é coletada e organizada por sistemas de informação em saúde, que requerem a padronização de metadados e linguagens. Nesse contexto, classificações internacionais como a Classificação Internacional de Doenças (CID) desempenham papel central na organização, recuperação, interoperabilidade e comparação de dados epidemiológicos, administrativos e assistenciais (Fonseca, 2015, p. 10).

Ao mesmo tempo em que torna fenômenos visíveis e recuperáveis, a CID pode reduzir ou invisibilizar aspectos que não se ajustam às categorias disponíveis. Isso ocorre porque toda classificação incorpora escolhas conceituais e pressupostos epistemológicos que podem reproduzir limites de representação em contextos socioculturais distintos daqueles que orientaram sua construção (Campos, 2004; Hjørland, 2009). Tais limitações se acentuam quando a classificação não contempla as particularidades históricas, territoriais, culturais e cosmológicas de determinadas populações, como na saúde indígena.

Essa tensão constitui um campo relevante de investigação para a Ciência da Informação (CI), uma vez que a área se ocupa dos processos de produção, organização, representação, recuperação, circulação e uso da informação (Borko, 1968), especialmente em contextos atravessados por tecnologias e sistemas de informação (Saracevic, 1996). A padronização de elementos que não representam adequadamente a realidade dos povos indígenas pode comprometer a produção de indicadores, o mapeamento epidemiológico e a formulação de políticas de atenção diferenciada.

Diante disso, formula-se a questão: de que maneira a CID limita, distorce ou invisibiliza a representação de concepções indígenas de saúde, doença, território e cura no contexto

intercultural amazônico? Este artigo analisa a CID-10 e a CID-11, com foco nos capítulos sobre fatores que influenciam o estado de saúde (Z00-Z99) e nos transtornos mentais e comportamentais (Capítulo V da CID-10, F00-F99), avaliando em que medida seus códigos contemplam, ou não, as singularidades das realidades indígenas.

2 EPIDEMIOLOGIA, SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE E CLASSIFICAÇÕES INTERNACIONAIS

A epidemiologia pode ser compreendida como o campo voltado à análise do processo saúde-doença em populações, tendo como finalidade identificar a distribuição, a frequência e os determinantes de doenças, agravos e demais eventos relacionados à saúde coletiva. Diferentemente da epidemiologia clínica, que se ocupa do diagnóstico e do cuidado individual, ela é voltada para comunidades e grupos populacionais, buscando construir diagnósticos coletivos e propor estratégias de intervenção (Soares; Andrade; Campos, 2001).

No caso dos povos indígenas, a epidemiologia assume contornos específicos, pois o estudo dos processos de saúde-doença deve considerar a diversidade sociocultural, os contextos territoriais, as histórias de contato interétnico e as desigualdades produzidas pela relação com a sociedade nacional.

Coimbra Júnior; Santos; Escobar (2005) destacam que a saúde indígena no Brasil é marcada por transformações nos perfis epidemiológicos, pela coexistência de doenças infecciosas, historicamente associadas à desestruturação demográfica, com a ampliação de doenças crônicas não transmissíveis, e por lacunas significativas no conhecimento sobre a saúde desses povos diante de sua heterogeneidade sociocultural.

2.1 CID-10 E CID-11

A CID, publicada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), é o principal sistema de categorias no qual as doenças e problemas relacionados à saúde são classificados e substituídos por códigos alfanuméricos, a partir dos quais é possível realizar o controle epidemiológico dessas condições. Publicada e periodicamente revisada, funciona como linguagem documentária e é usada globalmente para estatísticas de morbidade e de mortalidade, sistemas de reembolso e de decisões automáticas de suporte em medicina (Organização Mundial da Saúde, 2019).

A CID desempenha papel fundamental nos principais sistemas de informação em saúde brasileiros, padronizando e viabilizando a comparabilidade dos dados entre municípios, estados

e países, sendo determinante para a qualidade das estatísticas de mortalidade, assim como para o monitoramento de doenças infecciosas, crônicas e agravos de interesse epidemiológico em todo o território nacional. Estudos mostram que a melhoria na qualidade da codificação da CID ao longo dos anos apontou avanços significativos nos sistemas, embora persistam desigualdades regionais, como desempenho insatisfatório nas Regiões Norte e Nordeste. Essa realidade demonstra que a qualidade da CID como ferramenta de informação está diretamente condicionada à capacidade técnica e à infraestrutura dos serviços de saúde em cada território (Rebouças; Alves; Ferreira; Marques *et al*., 2025; Rocha; Bartholomay; Cavalcante; Medeiros *et al.*, 2020).

A CID possui uma estrutura hierárquica destinada a organizar doenças, lesões, causas externas e outros problemas relacionados à saúde em categorias padronizadas. A CID-10, publicada em 1990, é composta por 22 capítulos e apresenta uma estrutura hierárquica linear e mono-hierárquica, na qual cada entidade é alocada em apenas uma categoria. Seus códigos são formados por uma letra seguida de dois números, com possibilidade de detalhamento por meio de um quarto caractere após um ponto. Originalmente está em formato impresso e sua principal finalidade é a produção de estatísticas de morbidade e mortalidade, apresentando capacidade limitada de expansão e de interoperabilidade com outros sistemas terminológicos. (Organização Mundial da Saúde, 2019).

Já a CID-11, aprovada em 2019, é nato-digital e é organizada em 26 capítulos. Sua arquitetura é baseada em um componente fundamental (*Foundation Component*) e em linearizações derivadas para diferentes finalidades. Adota uma organização multidimensional, permitindo que os conceitos estabeleçam múltiplas relações entre si. Seus códigos alfanuméricos são mais flexíveis e expansíveis, possibilitando maior detalhamento por meio da pós-coordenação, isto é, da combinação de códigos para representar características adicionais das condições de saúde. Além de atender às necessidades de produção de estatísticas de morbidade e mortalidade, a CID-11 amplia suas aplicações para a prática clínica, os sistemas eletrônicos de saúde e a interoperabilidade com outras terminologias biomédicas, como a SNOMED CT, proporcionando maior granularidade e precisão na representação das informações em saúde (Organização Mundial da Saúde, 2019).

3 COLONIALIDADE, DECOLONIALIDADE, COSMOVISÃO E OS LIMITES DOS SISTEMAS CLASSIFICATÓRIOS BIOMÉDICOS NA SAÚDE INDÍGENA

Colonialidade é um conceito que designa um padrão de poder que persiste nas estruturas sociais, epistêmicas e subjetivas das sociedades contemporâneas. Opera por meio da hierarquização racial, da naturalização do conhecimento eurocêntrico como universal e da invisibilização de outros sistemas de saber e de vida (Quijano, 2005). Manifesta-se em três dimensões indissociáveis – do poder, do saber e do ser –, produzindo o que Quijano denomina epistemicídio: a repressão sistemática aos conhecimentos, crenças e práticas dos povos colonizados que não serviam à dominação global (Maldonado-Torres, 2019).

A decolonialidade constitui o movimento de enfrentamento e superação dessa lógica, não apenas como resistência, mas re-existência: um processo de desprendimento das bases eurocentradas do conhecimento que visa iluminar os silêncios produzidos pela colonialidade e reativar saberes, práticas e modos de vida subalternizados (Mignolo; Grosfoguel, 2008). Para Walsh (2009), trata-se da história das lutas dos próprios povos colonizados, ou seja, não é um projeto externo ou apenas acadêmico, mas uma insurgência que emerge de dentro das comunidades historicamente silenciadas.

A cosmovisão indígena abrange saberes e crenças nos espíritos e seres sobrenaturais, a etiologia das doenças ligada às quebras de regras de respeito à natureza, o papel do pajé no processo de cura e a medicina tradicional como sistema integrado, dimensões que simplesmente não encontram lugar nas categorias disponíveis na CID-10 (Mendes; Batista; Vasquez, 2025, p. 65).

A pesquisa de Mendes; Batista; Vasquez (2025), realizada com estudantes indígenas Wajãpi, Palikur, Apalai, Wayana, Tiryió, Karipuna, Galibi Marworno e Galibi Kalinã, revelou que esses povos compreendem saúde como harmonia entre corpo, espírito, natureza e comunidade, uma concepção radicalmente distinta da concepção biomédica dominante que orienta os sistemas de informação em saúde no Brasil.

A pluralidade epistêmica é aprofundada pela análise de Freitas e Chagas (2023), ao apontarem a necessidade de materialização do respeito à interculturalidade e da valorização do conhecimento especializado indígena no atendimento às populações originárias, reconhecendo que a saúde, para esses povos, articula dimensões que escapam às categorias biomédicas dominantes. O artigo de Machado; Musmanno; Silva; Gorini *et al*. (2023), ao descrever ações em saúde ambiental junto a populações indígenas Tukano na periferia de Manaus, reforça esse

argumento ao demonstrar que a cosmovisão trazida por esses povos em situação urbana não desaparece com a migração, ela persiste, recria-se e entra em tensão com os instrumentos oficiais de registro e classificação em saúde.

O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena possui as limitações do paradigma biomédico ao utilizar apenas os códigos da CID, desconsiderando as singularidades culturais das comunidades indígenas e produzindo um sistema de informação defasado, incapaz de representar com fidedignidade a realidade dessas populações, perpetuando o que Pedrana; Trad; Pereira; Torrenté *et al*. (2018) identificam como *habitus* biomédico inscrito na própria arquitetura da política de saúde indígena. Superar essa limitação exige mais do que ajustes técnicos pontuais: requer uma revisão estrutural que reconheça a pluralidade epistêmica dos povos que esses sistemas pretendem representar.

4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este estudo caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa, de natureza bibliográfica e exploratória, voltada à análise da CID na representação de concepções indígenas de saúde, doença, território e cura. A abordagem qualitativa justifica-se porque o objetivo não é mensurar a frequência de códigos ou doenças, mas compreender os sentidos, limites e possíveis perdas semânticas produzidas pela utilização de uma classificação biomédica padronizada em contextos interculturais, dimensões que não são captáveis por métodos quantitativos.

A pesquisa bibliográfica foi realizada nas bases de dados da Capes, SciELO e no Google Acadêmico, a partir de expressões de busca que combinam os termos “Saúde indígena”, “Cosmovisão”, “Saúde da população indígena”, “CID”, “Classificação Internacional de Doenças” e “População Indígena”. Foram localizados na Capes 30 artigos, dos quais 12 falam sobre a cosmologia. As definições deles sobre cosmologia foram usadas para comparar com a CID (10 e 11) e, nas demais fontes, foram localizados artigos para compor o referencial teórico.

5 DISCUSSÃO

A tensão entre os sistemas de informação em saúde ancorados na CID e na lógica biomédica ocidental e as cosmologias dos povos indígenas não é acidental: é estrutural. Bowker e Star (1999) demonstraram que toda classificação valoriza um ponto de vista e silencia outro, e que esse processo não resulta de erro intencional, mas de escolhas de modelagem que privilegiam determinados modos de conhecer, escolhas que, no caso da CID, foram

historicamente orientadas por paradigmas biomédicos. Essa limitação torna-se ainda mais evidente quando, para alguns povos (Kaingang), as concepções e práticas de atenção à saúde estão intimamente ligadas à sua cosmovisão e às relações que mantêm com a natureza, imersas em um contexto multiétnico e de pluralismo médico, sendo constantemente criadas e recriadas de forma criativa, como evidencia a preparação dos remédios do mato, que articula conhecimento botânico, dimensão espiritual e pertencimento clânico (Andrade, 2013, p. 76).

Entre os Mapuche do sul do Chile, de forma análoga, a cosmovisão do grupo e sua respectiva organização social, falar sobre doença implica em falar sobre o lugar que os seres humanos ocupam no concerto do mundo, suas condições de trabalho e os benefícios e malefícios que a natureza encerra para aqueles que nela se integram (Pereira, 2001). Nenhuma dessas dimensões, espiritual, territorial, coletiva e cosmológica, encontra representação adequada nas categorias da CID, que opera sob uma lógica individualizante e nosológica estruturalmente incapaz de capturar a integralidade dessas experiências.

A análise comparativa entre as categorias da CID-10 e as dimensões identificadas na literatura sobre saúde indígena revela lacunas estruturais que não são corrigíveis por ajustes técnicos pontuais, elas refletem uma incompatibilidade epistemológica. O Capítulo XXI da CID-10 (Z00-Z99), dedicado aos fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde, é o espaço classificatório que mais se aproxima das dimensões sociais, culturais e ambientais do adoecimento. Seus agrupamentos, contudo, operam sob uma lógica estritamente individual e socioeconômica: o bloco Z55-Z65 registra “riscos potenciais à saúde relacionados com circunstâncias socioeconômicas e psicossociais”, o bloco Z70-Z76 trata do “contato com os serviços de saúde em outras circunstâncias” e o bloco Z80-Z99 contempla “história familiar e pessoal”. Nenhum desses agrupamentos oferece categorias capazes de capturar dimensões como territorialidade, coletividade, cosmologia, espiritualidade ou relação com seres não humanos, dimensões que a literatura identifica como centrais nos processos de saúde-doença-cura de povos, a exemplo aqui citados os Kaingang, os Mapuche e os Sateré-Mawé (Andrade, 2013; Pereira, 2001; Rodrigues, 2020). O resultado é o que Bowker; Star (1999) denominam invisibilidade classificatória: experiências que existem concretamente na vida dos povos indígenas simplesmente não encontram lugar no sistema, sendo forçadas a categorias genéricas, distorcidas ou deixadas sem registro, produzindo o apagamento informacional que Garnelo; Pontes (2012) identificam como um dos principais obstáculos à formulação de políticas de saúde culturalmente adequadas.

No campo da saúde mental, o Capítulo V da CID-10, Transtornos Mentais e Comportamentais (F00-F99), apresenta limitação análoga e igualmente problemática. Suas categorias foram construídas a partir de uma nosologia psiquiátrica ocidental que pressupõe uma subjetividade individualizada, desvinculada de cosmologia, território e coletividade. Quando aplicada a contextos indígenas, essa estrutura tende a patologizar experiências que, na perspectiva dos próprios povos, possuem sentido cultural e espiritual, como o "roubo de sombra" entre os Sateré-Mawé ou os estados de transe e comunicação com entidades entre os Kaingang, classificando-as frequentemente como transtornos dissociativos (F44), transtornos somatoformes (F45) ou psicoses não especificadas (F29). Rodrigues (2020) demonstraram que o sofrimento vivido pelos povos indígenas em contextos de deslocamento urbano é de natureza ético-política, decorre da ruptura com o território, com a cosmovisão e com as redes de pertencimento, mas os sistemas classificatórios biomédicos não possuem categorias para registrar esse tipo de sofrimento, reduzindo-o a diagnósticos individuais descontextualizados. A CID-11 avançou parcialmente nessa direção ao introduzir o Capítulo 26 sobre medicina tradicional, reconhecendo institucionalmente a existência de sistemas terapêuticos não biomédicos, mas esse reconhecimento foi geograficamente seletivo, restrito aos sistemas da Ásia Oriental (medicina chinesa, japonesa e coreana), mantendo a medicina tradicional amazônica e os sistemas de cuidado dos povos indígenas das Américas sem representação formal (Organização Mundial da Saúde, 2019). O problema estrutural, portanto, permanece: a lógica subjacente continua sendo a de tradução para o biomédico, e não a de coexistência epistêmica entre diferentes formas de compreender o adoecimento e a cura, o que Quijano (2005) identificaria como uma expressão persistente da colonialidade do saber nos instrumentos que deveriam registrar e proteger a saúde dos povos originários.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise evidenciou que os capítulos examinados da CID não comportam as dimensões territorial, coletiva, espiritual e cosmológica da saúde indígena, produzindo apagamento informacional. Não é falha técnica, mas incompatibilidade epistemológica, superá-la exige uma inflexão decolonial que troque o viés biomédico pela coexistência entre distintos modos de compreender o adoecimento e a cura. Para os sistemas de informação em saúde, isso resulta em indicadores imprecisos sobre o perfil epidemiológico indígena. Para as políticas públicas,

essa incompatibilidade impacta o planejamento, a vigilância e a oferta de uma atenção diferenciada e culturalmente adequada.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Eduardo Tardeli de Jesus. Sistema médico kaingang: conhecimentos e utilização de "remédios do mato" na Terra Indígena Apucarana. **Primeiros Estudos**, São Paulo, n. 5, p. 75-85, 2013. Disponível em: https://revistas.usp.br/primeirosestudos/pt_BR/article/view/64441. Acesso em: 7 maio 2026.

BORKO, Harold. Information science. What is it? **American Documentation**, [*s. l*], v. 19, n. 1, p. 3-5, 1968. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/asi.5090190103. Acesso em: 7 maio 2026.

BOWKER, Geoffrey C.; STAR, Susan Leigh. **Sorting Things Out**: Classification and Its Consequences. Cambridge: MIT Press, 1999.

CAMPOS, Maria Luiza de Almeida. Modelização de domínios de conhecimento: uma investigação de princípios fundamentais. **Ciência da Informação**, Brasília, v. 33, n. 1, p. 22-32, jan./abr. 2004. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ci/a/CyYd3Km3xzTdmf5DzxxQd3h/?lang=pt. Acesso em: 7 maio 2026.

COIMBRA JÚNIOR, Carlos Everaldo Alvares; SANTOS, Ricardo Ventura; ESCOBAR, Ana Lúcia (org.). **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; ABRASCO, 2005. 260 p.

PEREIRA, Luís Silva. Doença e cosmovisão entre os mapuche. **Etnográfica**, [*s. l.*], v. 5, n. 2, 2001. Disponível em: https://journals.openedition.org/etnografica/2815. Acesso em: 22 jun. 2026.

FONSECA, Fábio Campelo Santos da. Introdução: sistemas de informação da atenção à saúde: da fragmentação à interoperabilidade. *In*: GIANNOTTI, Elaine Maria; FONSECA, Fábio Campelo Santos da; PANITZ, Leandro Manassi (org.). **Sistemas de Informação da Atenção à Saúde**: contextos históricos, avanços e perspectivas no SUS. Brasília, DF: Cidade Gráfica e Editora, 2015. p. 9-22.

FREITAS, Analice Barreto de Moura Costa; CHAGAS, Bárbara da Rocha Figueiredo. Atenção à saúde indígena na realidade contemporânea: considerações iniciais acerca da visibilidade das práticas tradicionais de saúde. **Somanlu:** Revista de Estudos Amazônicos, Manaus, v. 23, n. 2, p. 76-87, 2024. Disponível em: https://www.periodicos.ufam.edu.br/index.php/somanlu/article/view/14639. Acesso em: 22 jun. 2026.

GARNELO, Luiza; PONTES, Ana Lúcia (org.). **Saúde indígena**: uma introdução ao tema. Brasília: MEC/SECADI, 2012.

HJØRLAND, Birger. Concept theory. **Journal of the American Society for Information Science and Technology**, [*s.l.*], v. 60, n. 8, p. 1519-1536, 2009. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/asi.21082. Acesso em: 22 jun. 2026.

MACHADO, Caroline Valéria da Silva; MUSMANNO, Patrícia Guimarães; SILVA, Maria Eurilene Almeida da; GORINI, Cláudia Correia *et al*. Histórico e perspectivas de ações em saúde ambiental à população da periferia de Manaus. **Revista Contemporânea**, Caruaru, v. 3, n. 12, p. 26618-26639, 2023. Disponível em: https://ojs.revistacontemporanea.com/ojs/index.php/home/article/view/2565. Acesso em: 22 jun. 2026.

MALDONADO-TORRES, Nelson. Analítica da colonialidade e da decolonialidade: algumas dimensões básicas. *In*: BERNADINO-COSTA, J.; MALDONADO-TORRES, N.; GROSFOGUEL, R. (org.). **Decolonialidade e pensamento afrodiaspórico**. Belo Horizonte: Autêntica, 2019. p. 27-54.

MENDES, Myriam Regina Zapaterra; BATISTA, Nildo Alves; VASQUEZ, Eliane Leal. Cosmovisão indígena sobre a temática saúde: uma experiência de ensino intercultural. **Science and Knowledge in Focus**, Macapá, v. 1, n. 2, p. 61-80, 2025.

MIGNOLO, Walter D.; GROSFOGUEL, Ramón. **Intervenciones decoloniales**: una breve introducción. Tabula Rasa, Bogotá, n. 9, p. 29-37, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde:** CID-11. Genebra: OMS, 2019.

PEDRANA, Leo; TRAD, Leny Alves Bomfim; PEREIRA, Maria Luiza Garmelo; TORRENTÉ, Mônica de Oliveira Nunes de *et al*. Análise crítica da interculturalidade na Política Nacional de Atenção às Populações Indígenas no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 42, e178, 2018. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/rpsp/2018.v42/e178/. Acesso em: 7 maio 2026.

QUIJANO, Aníbal. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. *In*: LANDER, Edgardo, (org.). **A colonialidade do saber**. Buenos Aires: CLACSO, 2005. p. 107-130.

REBOUÇAS, Poliana; ALVES, Flavia Jôse; FERREIRA, Andrêa; MARQUES, Lays *et al*. Avaliação da qualidade do Sistema Brasileiro de Informações sobre Mortalidade (SIM): uma scoping review. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, e08462023, 2025. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/JHw8xXsmfTNMkv9Tnyw66WH/?lang=pt. Acesso em: 7 maio 2026.

RODRIGUES, Renan Albuquerque. Indígenas Sateré-Mawé/AM e Hixkaryana/AM em sofrimento mental e ético-político. **INTERthesis**: Revista Internacional Interdisciplinar, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 1-17, 2020. Disponível em: https://periodicos.ufsc.br/index.php/interthesis/article/view/1807-1384.2020.e70094. Acesso em: 7 maio 2026.

ROCHA, Marli Souza; BARTHOLOMAY, Patrícia; CAVALCANTE, Marcela Virginnia; MEDEIROS, Fernanda Carolina de *et al*. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan): principais características da notificação e da análise de dados relacionada à tuberculose. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 29, n. 1, e2019017, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ress/a/K8Bh4JKPmdqySDZBj6JBPxn/abstract/?lang=pt. Acesso em: 7 maio 2026.

SARACEVIC, Tefko. Ciência da informação: origem, evolução e relações. **Perspectivas em Ciência da Informação**, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 41-62, 1996.

SOARES, Darli Antônio; ANDRADE, Selma Maffei de; CAMPOS, João José Batista de. Epidemiologia e indicadores de saúde. *In*: ANDRADE, Selma Maffei de; SOARES, Darli Antônio; CORDONI JÚNIOR, Luiz (org.). **Bases da saúde coletiva**. Londrina: EDUEL; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001. p. 183-210.

WALSH, Catherine. **Interculturalidad, Estado, Sociedad**: luchas (de)coloniales de nuestra época. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar; Abya-Yala, 2009.

FINANCIAMENTO

Agradecemos à Agência de Fomento Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) por meio da bolsa cód. de financiamento 001.