



**O SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA E SUA EFETIVAÇÃO
NO ESTADO DE MATO GROSSO SUL: ANÁLISE NO FUNCIONAMENTO,
AÇÕES E SERVIÇOS**

**THE INDIGENOUS HEALTH CARE SUBSYSTEM AND ITS
EFFECTIVENESS IN THE STATE OF MATO GROSSO SUL: ANALYSIS OF
THE OPERATION, ACTIONS AND SERVICES**

Julia Thais Moraes¹

RESUMO: O presente trabalho pretende analisar a criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI) instituído pela Lei 9.836/1999 que se direciona ao acesso a saúde para as comunidades indígenas. A presente lei estabelece ações e serviços para o acesso a saúde voltados ao atendimento das populações indígenas, os quais serão analisados no estado de Mato Grosso do Sul por meio do seu Distrito Sanitários Especial Indígena (DSEI). Distrito que fornece as diretrizes práticas para a atuação na saúde indígena do referido estado será o objeto deste trabalho. Ressaltando que o estado de Mato Grosso do Sul possui o segundo maior contingente de população indígena do Brasil sendo que seu Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) apresenta a maior densidade demográfica do país, compostos por 77 aldeias, com 20.152 famílias, distribuídas em 12 etnias diferentes. Esses dados permeiam e fundamentam a delimitação desse trabalho quanto ao espaço territorial. Nessa toada, emprega-se a pesquisa bibliográfica, exploratória e qualitativa.

¹ Graduanda da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul

Palavras-chave: Constituição Federal de 1988; direito fundamental a saúde; direitos reconhecidos aos índios pela CF/88; direito a saúde diferenciada; Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI).

ABSTRACT: This project proposal intends to analyze the creation of the Subsystem of Attention to Indigenous Health (SASI) instituted by Law 9.836 / 1999 as a component of the Unified Health System (SUS) directed at the indigenous population and is limited to the right to protection and health promotion, considering the differentiated identity of this ethnic group. This law establishes health actions and services aimed at the care of indigenous populations throughout the national territory. In order to put this model of health care in operation, Ordinance No. 852/1999 established the Special Indigenous Sanitary Districts (DSEIs) that provide practical guidelines for the work in indigenous health. In this regard, the state of Mato Grosso do Sul has the second largest indigenous population in Brazil, and the Indigenous Special Sanitary District (DSEI) in the state has the highest population density in the country, composed of 77 villages, with 20,152 families, distributed in 12 different ethnicities. These data permeate and justify the delimitation of this work regarding the territorial space. In this study, the bibliographical, exploratory and qualitative research is used.

Key words: Federal Constitution of 1988; fundamental right to health; rights granted to the Indians by CF / 88; the right to differentiated health; Subsystem of Indigenous Health Care (SASI).

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 estabeleceu como direito fundamental o direito a saúde, posicionando-o no rol dos direitos sociais. O direito a saúde se classifica como um direito de segunda dimensão, devendo ser prestado e garantido pelo Estado, destinando-se de modo igualitário e indistinto a todos (SARLET, 2015, p.89). O acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde, é viabilizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Sistema orientado pelo atendimento integral, composto de estruturas regionalizadas e hierarquizadas, a fim de proporcionar seu eficiente funcionamento.

A organização do SUS é prescrita no texto constitucional no artigo 198, determinando que as ações e serviços de saúde integrem uma rede regionalizada e hierarquizada, pautada pelas seguintes diretrizes: descentralização, atendimento integral e a participação da comunidade. A descentralização consiste na responsabilização conjunta de todos os entes federados buscarem a promoção do direito à saúde. O atendimento integral abrange medidas imediatas, preventivas e assistenciais. A participação com a comunidade preza por uma efetiva parceria com aqueles que buscam o atendimento de saúde considerando todos os aspectos cercam o indivíduo.

Diante do contexto do direito à saúde e o seu acesso viabilizado pelo SUS, direciona-se essa análise as comunidades indígenas (DE PAULA, VIANNA, 2011, p.40). Dessa forma as o acesso a saúde das comunidades indígenas do estado de Mato Grosso do Sul são o objeto central dessa análise viabilizado pela lei 9.836/99 que instituiu o Subsistema de Atenção a Saúde Indígena (SASI). Contudo antes de adentrar no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI), é necessário demonstrar como a Constituição Federal de 1988 tratou os indígenas.

A atual Constituição se destaca por estabelecer um capítulo exclusivo aos direitos indígenas (Capítulo VIII, artigos 231 e 232), reconhecendo-os em conformidade aos seus costumes e tradições, conferindo a eles uma identidade marcada pelo direito a alteridade.

O direito a alteridade indígena rompe com paradigma assimilacionista ou integracionista que outrora foi adotado pelo estado brasileiro que não conhecia os índios de acordo com sua identidade étnica. As políticas estatais eram conduzidas pelo processo de aculturação, que submetiam os indígenas a se adequarem aos costumes do homem branco e conseqüentemente não mais praticar ou viver conforme suas tradições (CARNEIRO DA CUNHA, 1987, p.70). Passa-se adotar o paradigma da constitucionalização dos direitos indígenas, que culmina na normatização do direito a alteridade (BARBIERI, 2008, p. 69), e conseqüentemente em usufruírem de todos os direitos constitucionais de modo que sua diferença seja considerada.

No cenário da constitucionalização dos direitos indígenas, os direitos fundamentais, em especial o direito à saúde, começam a ser tratados em uma perspectiva diferenciada, de modo que atenda especificidade da identidade indígena. E atendendo essa lógica criou-se o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI) por

meio da Lei 9.836/1999 fundamentada em uma abordagem que considere a cultura indígena, e efetive o acesso a um direito fundamental sem desrespeitar o modo de vida, cultura e tradições desse grupo.

Outro elemento de suma importância no contexto do SASI foi a criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), que possibilitou o funcionamento prático do acesso a saúde para os indígenas (DE PAULA, VIANNA, 2011, p.62). A portaria nº 852 da Funasa, visando a complexidade sociocultural, bem como os aspectos demográficos e geográficos instituiu esses distritos seguindo cinco critérios. Sendo estes critérios: população, área geográfica e perfil epidemiológico; disponibilidade de serviços, recursos humanos e infraestrutura; vias de acesso aos serviços instalados em nível local e regional do SUS; relações sociais entre os diferentes povos indígenas do território e a sociedade regional e por fim a distribuição demográfica tradicional dos povos indígenas.

Os critérios que forneceram as diretrizes dos DSEI 's foram baseadas na Portaria MS nº 254/02. Portaria que aprovou a Política Nacional de Atenção à Saúde, amparada por discussões e debates com a participação de lideranças e organizações indígenas, órgãos indigenistas, antropólogos, universidades e instituições governamentais e não governamentais que prestam serviços as comunidades indígenas (DE PAULA, VIANNA, 2011, p.62)

As distribuições dos distritos seguiram uma distribuição etnocultural dinâmica, geográfico, populacional e bem delimitada administrativamente, totalizando trinta e quatro distritos. Dentre esse total de distritos destaca-se o distrito sanitário de Mato Grosso do Sul que possui a maior densidade demográfica do país, com 77 aldeias, em um total 20.152 famílias, distribuídas em 12 etnias diferentes (Kaiowá, Terena, Guarani, Kadiwéu, Guato, Kinikinawa, Ofaié, Bororo, Guarani Kaiowá, Akatikum, Xavante e Cinta larga) (HATTORI, 2013, p. 21).

Mato Grosso do Sul é o segundo estado com a maior população indígena do Brasil, e possui um DSEI com alta densidade de etnias. Assim cabe analisar o seu funcionamento estadual, a fim de inquirir como a efetivação do direito social a saúde se consagra por meio de Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI).

1. A CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988 E O DIREITO A SAÚDE

A atual Constituição posicionou o direito a saúde como um direito fundamental no plano dos direitos sociais no artigo 6º, trazendo também diversas regras de competência legislativa, de planejamento e execução. (CF/88, 2018, BRASIL). Dentre essas competências instituídas se destaca primordialmente a competência comanda União, dos Estados e Municípios para cuidar da saúde (art. 23, II), responsabilizando os entes federados de modo conjunto a promover este direito.

O texto constitucional visando o garantir o custeio deste direito dedicou uma seção do capítulo da Seguridade Social ao direito a saúde, os artigos 196 e 198 definem os contornos do Sistema Único de Saúde (SUS). O artigo 196 impõe o dever do Estado de prestar serviços, e realizar políticas públicas que o promovam, e o artigo 198 fornece as diretrizes a serem seguidas pelo sistema de saúde. Ressalta-se também o artigo 197 que elevou as ações de saúde como matéria de relevância pública, podendo a execução destas serem realizadas diretamente pelo poder público ou através de terceiros, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

A partir destes artigos constitucionais consagrou-se o princípio da universalidade, no que tange ao direito fundamental à saúde. Princípio que consiste na garantia estatal de fornecer as condições necessárias para o exercício, o acesso, à atenção e à assistência à saúde em todos os seus níveis. Instituiu a tentativa do pleno atendimento à saúde preventiva e curativa, vedando quaisquer discriminações decorrentes da condição econômica ou social.

O princípio do atendimento integral está alinhado com o item II do artigo 198 da CF/88, que engloba medidas preventivas e assistenciais. O atendimento do SUS deve considerar o indivíduo como uma totalidade bio-sociopsíquica, detentor de aspectos biológicos que determinaram o tipo de doença, mas que também está inserido em uma realidade social que possa ter contribuído para o aparecimento deste problema de saúde (ASENSI, 2013, p.140). Uma vez que os problemas de saúde vão além da mera presença ou ausência de doença, pois envolvem múltiplas condicionantes sociais.

Este princípio ainda preza por medidas que afastem a exclusividade da noção de especialidade médica no cuidado em saúde. Visou-se a constituir uma atenção em saúde integral, considerando o usuário como um sujeito partícipe do seu processo de

prevenção, proteção e recuperação. Devendo ser prestados os serviços de saúde de baixa, média e alta complexidade de forma humanizada.

2. O RECONHECIMENTO CONSTITUCIONAL A IDENTIDADE ÉTNICA INDÍGENA

O texto constitucional de 1988 preordenou um sistema de normas que pudesse efetivamente proteger os direitos e interesses dos índios. Os artigos. 231 e 232 estabelecem as bases dos direitos dos índios (SILVA, 2011, p. 855), no entanto, cabe esclarecer que o objeto de análise nessa proposta será delimitado no artigo 231.

O caput do artigo 231 reconhece os indígenas em conformidade com suas tradições, usos e costumes instituindo o direito a alteridade, direito a ter uma identidade diferenciada. Sendo essa identidade uma identidade étnica considerada como pressuposto para a efetivação dos demais direitos que o homem indígena possui. Visto a constitucionalização dos direitos indígenas consiste em reconhecer as diferenças indígenas de forma a compreendê-las como integrante da identidade daquele que assim se reconhece, e não a considerá-la um obstáculo.

O texto constitucional volta-se a efetivar a igualdade civil-moral de minorias, tendo em vista a integração comunitária Configurando uma Constituição que tenta amenizar desvantagens historicamente acumuladas, e viabilizar por meio de mecanismos oficiais a garantia de usufruírem de todos os direitos constitucionais sem negarem sua identidade, como assim possibilita o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI) que será tratado no próximo capítulo.

O direito a alteridade, também denominado direito a diferença afirma que a cultura e os hábitos singulares indígenas compõem a sociedade nacional (SANTILLI, 2000, p.90). Sendo essa diferença pressuposto para a interação entre indígenas e a sociedade, em condições de igualdade.

Os direitos indígenas (BARBIERI, 2008, p. 69) elencados no Capítulo VIII da Constituição Federal de 1988 (artigos 231 e 232), simbolizam a preocupação constitucional em promover o bem de todos, sem qualquer distinção. A constitucionalização de direitos inerentes aos Índios rompe com o paradigma

assimilacionista de considerar os indígenas como sujeitos em patamares inferiores a sociedade, por causa de seus costumes e identidade.

3. SUBSSISTEMA DE ATENÇÃO A SAÚDE INDÍGENA (SASI)

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI) foi criado por meio da Lei 9.836/1999 denominada Arouca, devido a atuação do médico sanitário Antônio Sérgio da Silva Arouca, presidente da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) entre 1985 e 1989. No ano de 1986, esteve à frente da VIII Conferência Nacional de Saúde conquistando a elaboração de um projeto de reforma sanitária que previa a criação de um Sistema Único de Saúde.

Posteriormente quando eleito deputado federal para os períodos de 1991/1994 e de 1995/1998, estruturou um sistema que se adequava às necessidades de saúde da população indígena, respeitando as especificidades étnicas e culturais.

A referida legislação se encontra no capítulo V da lei 8.080/1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, e acerca da organização e o funcionamento dos serviços correspondentes do Sistema Único de Saúde (SUS). O fundamento do SASI, consiste em um subsistema de saúde que leva em consideração a realidade local, as especificidades da cultura dos povos indígenas, pautando-se em uma abordagem diferenciada e global. Contemplando-se os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional.

É garantido as populações indígenas acesso a saúde em âmbito local, regional e a centros especializados, de acordo com suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde de acordo com sua identidade étnica. Sendo também direito das populações indígenas participar dos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, como o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde.

A missão de gerenciar o SASI foi conferida a Fundação Nacional de Saúde (Funasa), que se desenvolve mediante a elaboração de planos estratégicos nos segmentos de Saneamento Ambiental e de Atenção Integral à Saúde Indígena. Dentre as

unidades que compõem a Fundação, destacam-se, os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI).

4. DISTRITOS SANITÁRIOS ESPECIAIS INÍGENAS (DSEI)

Os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) consistem em um espaço etnocultural dinâmico, objetivando o cuidado eficiente e célere na saúde dos povos indígenas de acordo com suas especificidades culturais. Atualmente existem 34 DSEIs, sendo responsáveis pelo conjunto de ações técnicas e qualificadas na promoção da saúde e na realização de práticas sanitárias adequadas, e do controle social na prevenção de doenças.

Para estruturar os Distritos foram realizadas reuniões com lideranças e organizações indígenas, representantes da Funai, antropólogos, universidades e instituições do governo e entidades não-governamentais que prestam serviços às comunidades indígenas, além de secretarias municipais e estaduais de Saúde. Os DSEIs foram seguidos os seguintes critérios:

- (i) População, área geográfica e perfil epidemiológico;
- (ii) Acesso aos serviços instalados em nível local e à rede regional do SUS;
- (iii) Relações sociais entre os diferentes povos indígenas do território e a sociedade regional;
- (iv) Distribuição demográfica tradicional dos povos indígenas, que não coincide necessariamente com os limites de estados e municípios onde estão localizadas as terras indígenas; e
- (v) Disponibilidade de serviços, recursos humanos e infraestrutura.

As equipes de saúde que atuam nos distritos devem ser constituídas por médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem e agentes indígenas de saúde, auxiliados pela participação sistemática de antropólogos, educadores, engenheiros sanitários e outros especialistas e técnicos considerados necessários. O perfil profissional (quantidade e qualidade) deve ser estabelecido em função do planejamento de cada DSEI, considerando obrigatoriamente o tamanho da população indígena, condições de acesso, necessidades específicas locais, dispersão geográfica (BRASIL, 2002).

Os modos de trabalho adotados nos distritos visam a atenção básica, realizada nas aldeias por meio de agentes indígenas de saúde, e por equipes multidisciplinares periodicamente, conforme o planejamento das ações. Sendo os agentes de saúde em grande maioria são indígenas, que foram capacitados a exercer este tipo de trabalho como uma estratégia para o favorecimento da apropriação dos indígenas, dos conhecimentos e recursos técnicos da medicina ocidental.

Os DSEIs devem se organizar como uma rede de serviços de atenção básica de saúde dentro das áreas indígenas, integrada e hierarquizada com complexidade crescente e articulada com a rede do Sistema Único de Saúde.

5. O DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA DE MATO GROSSO DO SUL

Segundo dados do Ministério da Saúde o DSEI de Mato Grosso do Sul apresenta maior densidade demográfica do país (70.957), compostos por 77 aldeias, com 20.152 famílias, distribuídas em 12 etnias diferentes (Kaiowá, terena, guarani, kadiwéu, guato, kinikinawa, ofaié, bororo, guarani kaiowá, akatikum, xavante e cinta larga). Sendo a etnia Kaiowá a mais numerosa com um total de 34.500 indígenas. Dados que justificam a delimitação territorial da atual pesquisa.

O distrito sul mato-grossense se organiza em 15 Polos bases e três Casai (Amambaí, Campo Grande e Dourados). Os polos bases são as primeiras instancias de atendimento aos indígenas, atuando na assistência da saúde primária das comunidades por meio dos Agentes Indígenas de Saúde que deslocam até as aldeias. Cada polo base é responsável por conjunto de aldeias, funcionando como Unidades Básicas de Saúde composta por Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena. Nestes polos não se atende os agravos à saúde de maior complexidade médica, sendo estes casos encaminhados para a rede de serviços do SUS mais próxima, com maior suporte técnico.

As Casai, consistem em Casas de Apoio à Saúde do Índio localizadas nesses três municípios no estado de Mato Grosso do Sul. Nestas locais são executados os serviços de apoio aos pacientes indígenas encaminhados à rede do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os serviços de apoio são o recebimento, alojamento e alimentação dos pacientes encaminhados e acompanhantes. É prestado também a assistência de enfermagem 24 horas por dia; marcação de consultas, exames complementares ou internação hospitalar. Atividades voltadas a educação em saúde são promovidas também, bem como a produção artesanal, lazer e atividades para os acompanhantes e para pacientes em condições de participar desses eventos.

Dentre os polos base que compõem o DSEI de Mato Grosso do Sul, Dourados se destacou pelo maior número de famílias indígenas em um total 3.536. O polo de Dourados atende as aldeias do Sucuri, Porto Cambira, Acampamentos, Panambi, Bororó, Jaguapirú, e Panambizinho, perfazendo uma cobertura para 14.346 pessoas, com 6 etnias distintas, sendo elas, guarani (17,7%), terena (18,9%), kaiowá (63%) e kadiwéu (0,4%).

Sendo os Distritos Sanitários Especiais Indígenas responsáveis na assistência a saúde indígena, sua função primordial é traçar o perfil epidemiológico da determinada região, trabalho realizado pelo DSEI/MD. De acordo com essas informações em 2009 foram as doenças do aparelho respiratório (39,8%), as doenças infecto-parasitárias (16,9%), seguidas das doenças osteomuscular e tecido conjuntivo (10,6%) e as doenças de pele e do tecido conjuntivo (9,9%). As doenças endócrinas nutricionais e metabólicas representaram apenas 2,3% das morbidades

CONCLUSÃO

Os DSEIs foram criados para colocar em funcionamento o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI), sistema que possibilitou a efetivação do direito fundamental a saúde para os indígenas levando em consideração sua identidade étnica. Dessa forma o SASI estabeleceu diretrizes de assistência à saúde por meio de uma abordagem diferenciada que atenda as especificidades culturais indígenas.

O direito à saúde é essencial a manutenção da vida, devendo ser prestado de modo universal e igualitário como estabelece a Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196 A referida constituição atestou o direito a alteridade dos indígenas no caput do artigo 231, ao reconhecer os índios em conformidade com seus usos, costume e

tradições. Direito este que dever ser obrigatoriamente considerado para os exercícios dos demais direitos garantidos pelo texto constitucional aos indígenas

O SASI efetiva o direito a diferença inerente a identidade indígena no âmbito da saúde, levando em consideração a realidade sociocultural que envolve este grupo e atestando que a diferença não é um obstáculo para o acesso universal e igualitário de direitos.

Como mencionado anteriormente, o Estado de Mato Grosso do Sul se destaca devido à grande densidade demográfica de indígenas. Esse fenômeno complexo requer a delimitação dessa proposta de trabalho no que tange ao espaço territorial, bem como a análise do funcionamento do SASI e seus respectivos DSEI's. Essa perspectiva possibilita um panorama atual da saúde dos indígenas e a evolução desse subsistema desde sua criação em 1999.

REFERÊNCIAS

ARANTES, Rui. **Transformações socioambientais, suas repercussões para a saúde dos Povos Indígenas e o caso Xavante**. In: FLORIA, Cristina; MUNIZ FERNANDES, Ricardo. *Tradição e resistência: encontro de povos indígenas*. São Paulo: Edições SESCSP, 2008.

ALVES, Sandra Mara Campos; DELDUQUE, Maria Célia; DINO NETO, Nicolao. **Direito sanitário em perspectiva**. V. 2. Série Pós-Graduação. ESMPU. Fiocruz. Ministério da Saúde: Fundação Oswaldo Cruz, 2013

ASENSI, Felipe Dutra. **Direito à saúde. Práticas sociais reivindicatórias e sua efetivação**. Curitiba: Juruá, 2013.

ATHIAS, R.; MACHADO, M. **A saúde indígena no processo de implantação dos Distritos Sanitários: temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001.

AZEVEDO, M. **Situação demográfica dos povos indígenas no Brasil**. In: Diagnóstico Situacional do Subsistema de Saúde Indígena. Relatório Inicial. Consórcio IDS-SSL-Cebrap, 2009.

BARBIERI, S. R. **Os Direitos Constitucionais dos Índios e o direito a diferença, face ao princípio da dignidade da pessoa humana**. Coimbra: Almedina, 2008.

BASTA, P. C.; ORELLANA, J. D. Y.; ARANTES, R. **Perfil epidemiológico dos povos indígenas no Brasil: notas sobre agravos selecionados**. In: GARNELO, M. L. & PONTES (Org.). *Saúde Indígena: uma introdução ao tema*. Coleção Educação para Todos. MEC-SECADI, 2012.

BIASOTO, G.; TEIXEIRA, L. **Análise do Financiamento**. In: **Diagnóstico Situacional do Subsistema de Saúde Indígena**. Relatório Inicial. Consórcio IDS-SSL-Cebrap, 2009.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Portaria N. ° 1163/GM**, de 14 de setembro de 1999. Dispõe sobre as responsabilidades na prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no Ministério da Saúde e dá outras providências.

BRASIL. **Controle Social. Secretaria Especial de Saúde Indígena**, Ministério da Saúde. Disponível em www.saude.gov.br/sesai.

BRASIL. Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**. Relatório Final. Análise de Dados n. 07. Rio de Janeiro, 01 de dezembro de 2009.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 2018.

BRASIL. **Lei n° 9.836**. Acrescenta dispositivos à Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Brasília-DF, 23 de setembro de 1999.

BRASIL. **Câmara dos Deputados. Requerimento de Informações da Câmara n°. 3793/2009** http://www.camara.gov.br/sileg/Prop_Detalhe.asp?id=426519. Acesso em 03 agosto 2018.

———. **FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO – FUNAI** – <http://www.funai.gov.br/>
VII Jornada de Iniciação Científica - 2011
18

———. **FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Lei Arouca: a Funasa nos 10 anos de saúde indígena**. BRASÍLIA: FUNASA, 2009.

BONAVIDES, Paulo. **Curso de Direito Constitucional**. São Paulo: Malheiros Editores, 2008

BUSS, P. M.; FILHO, A. P. **A Saúde e seus Determinantes Sociais**. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2007.

CARNEIRO DA CUNHA, Manuela. **Os Direitos do Índio: Ensaio e Documentos**. São Paulo: Brasiliense, 1987.

CASALDÁLIGA, D. Pedro; TIERRA, Pedro; COPLAS, Martin. **Missa da Terra sem males**. Rio de Janeiro: Tempo e Presença, 1980.

COIMBRA Jr. C.E.A., SANTOS, R.V. **Minorias e desigualdades: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil**. Ciênc. Saúde Coletiva 2000.

CONFALONIERI, U. E. C. - 1993, **A Assistência Médico-Sanitária**. In Canfalonieri, U. E. C. (Org.), Saúde de Populações Indígenas. Uma Introdução para os Profissionais de Saúde. Rio de Janeiro, FIOCRUZ.

CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO (CIMI). **Outros 500: construindo uma nova história**. São Paulo: Editora Salesiana, 2001.

CORRÊA, Hudson. **Desnutrição e alcoolismo assolam aldeias em MS**. Folha de S. Paulo.04.03.2007. Brasil, A10.

DE PAULA, L. R.; VIANNA, Fernando de Luiz Brito. **Mapeando Políticas Públicas para Povos Indígenas - Guia de Pesquisa de Ações Federais**. 1. Rio de Janeiro: RJ, 2011.

GARNELO, M. L. & PONTES (Org.). **Saúde Indígena: uma introdução ao tema. Coleção Educação para Todos**. MEC-SECADI, 2012.

GARNELO, M. L.; MACEDO, G; BRANDÃO, L. C. **Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde no Brasil**. Ed. OPAS/Ministério da Saúde. Brasília, 2003.

HATTORI, Thalise Yuri. **Perfil epidemiológico de indígenas internados em um hospital universitário**. Dissertação Mestrado, UFGD 2013.

INSTITUTO INTERAMERICANO DE DERECHOS HUMANOS. **Campaña educativa sobre derechos humanos y derechos indígenas, salud indígena y derechos humanos: manual de contenidos**. San José, IIDH: 2006.

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL (ISA) **Povos Indígenas no Brasil** – <http://pib.socioambiental.org/pt>.

LIMA, Antônio Carlos de Souza. **O Governo dos Índios sob a gestão do SPI**. In: CARNEIRO DA CUNHA, Manuela (org.). **História dos Índios no Brasil**. São Paulo: Companhia das Letras, 2006.

PAGLIARO, H.; AZEVEDO, M. M.; SANTOS, R. V. **Demografia dos Povos Indígenas no Brasil: um panorama crítico**. In: **Demografia dos Povos Indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz e Associação Brasileira de Estudos Populacionais/Abep, 2005

PAIM JS. **Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS**. *Ciência & Saúde Coletiva* 8(2), 2003.

PIOLA, S. F; BARROS, E. D.; NOGUEIRA, R. P.; SERVO, L. M.; DE SÁ, E. B; PAIXA, A. B. **Vinte anos da Constituição de 1988: o que significaram para a saúde da população brasileira?** In: **Políticas Sociais: acompanhamento e análise – Vinte anos da Constituição Federal**. Brasília: Ipea, 2009.

RAGGIO, A.; PINTO, N.; MORAIS, P. **Análise da Gestão. In: Diagnóstico Situacional do Subsistema de Saúde Indígena. Relatório Inicial**. Consórcio IDS-SSL-Cebrap, 2009.

RATTNER, D.,2000. **A Epidemiologia na avaliação da qualidade: Uma proposta**. *Cadernos de Saúde Pública*, 12(Sup. 2):21-32.

RIBEIRO, Darcy. **Os Índios e a Civilização: a integração das populações indígenas no Brasil Moderno**. Petrópolis: Vozes, 1993.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito à saúde na Constituição de 1988**. Sapucaia do Sul: 2001.

SANTILLI, Márcio. **Os Brasileiros e os Índios**. São Paulo: SENAC, 2000.

SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo**. São Paulo: Malheiros, 2011.