

BREVE ANÁLISE SOBRE A APLICABILIDADE DO SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA (SASI) NO ESTADO DE MATO GROSSO SUL

Julia Thais de Assis Moraes

Graduanda do Curso de Direito,
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS/ CPTL

Fernando Cardoso Maia

Graduando do Curso de Direito,
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS/ CPTL

Silvia Araújo Dettmer

Doutora em Direito Constitucional – PUC-SP; Professora Adjunta da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS/ CPTL.

RESUMO

O presente trabalho pretende analisar a criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI) instituído pela Lei 9.836/1999 como componente do Sistema Único de Saúde (SUS) direcionada ao indígena e limita-se ao direito à proteção e promoção da saúde, considerando a identidade diferenciada dessa etnia. A presente lei estabelece ações e serviços de saúde voltados ao atendimento das populações indígenas em todo território nacional. Para colocar esse modelo de assistência à saúde em funcionamento a Portaria nº 852/1999 estabeleceu os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) que fornecem diretrizes práticas para a atuação na saúde indígena. Nesse particular, o estado de Mato Grosso do Sul possui o segundo maior contingente de população indígena do Brasil sendo que o Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) no estado 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.

PALAVRAS CHAVES: 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), indígenas.

1 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 198¹, 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 a uma parcela específica da população, que são as comunidades indígenas (DE PAULA, VIANNA, 2011, p.40). 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

¹Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - Descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade. Constituição Federal de 1988, disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em 09 agosto 2018.

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 desprezar 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 Funasa², 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 254/02³. 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,

²https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3258177/mod_resource/content/1/Brasil%20Cartilha%20Sa%C3%BAde%20Ind%C3%ADgena.pdf. Acesso em 09 agostos 2018.

³https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3258177/mod_resource/content/1/Brasil%20Cartilha%20Sa%C3%BAde%20Ind%C3%ADgena.pdf. Acesso em 09 agostos 2018.

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).

2 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 6º⁴, trazendo também diversas regras de competência legislativa, de planejamento e execução. (CF/88, 2018, BRASIL). Dentre essas competências instituídas se destaca primordialmente a competência comum da 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 saúde⁵. 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. Instituído 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

⁴Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. Constituição Federal de 1988, Brasil.

⁵http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf. Acesso em 09 agosto 2018.

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.

3 O RECONHECIMENTO CONSTITUCIONAL DA 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.

4 SUBSISTEMA 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 1989⁶. 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 SASI⁷, 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 o acesso a saúde em âmbito local,

⁶ Disponível em: http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/livro-lei-arouca-10anos.pdf. Acesso em 09 agosto 2018.

⁷ Disponível em: http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/livro-lei-arouca-10anos.pdf. Acesso em 09 agosto 2018.

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).

5 DISTRITOS SANITÁRIOS ESPECIAIS INDÍGENAS (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 culturais⁸. 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

⁸ Disponível em: http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/livro-lei-arouca-10anos.pdf. Acesso em 09 agosto 2018.

médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem e agentes indígenas de saúde, auxiliados pela participação sistemática de antropólogos, educadores, engenheiros sanitaristas 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 trabalho⁹ 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 Saúde¹⁰.

6 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

⁹ Disponível em: <https://bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=3822>. Acesso em 09 de agosto 2018.

¹⁰ Disponível em: <https://bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=3822>. Acesso em 09 de agosto 2018.

Unidades Básicas de Saúde composta por Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena. Nestes polos não se atende os agravos à saúde, em função do grau de resolutividade ou de complexidade, são encaminhados para a rede de serviços do SUS mais próxima.

As Casais, 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, Douradosse 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. Contudo se faz necessário atualizar os referidos, sendo isto aperfeiçoado durante a execução da pesquisa.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os DSEIs foram criados para colocar em funcionamento o Subsistema de

Atenção à Saúde Indígena (SASI), sistema que possibilitou à 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 deve 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, R. 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, S. M. C.; DELDUQUE, M. C.; DINO NETO, N. Direito sanitário em perspectiva. V. 2. Série Pós-Graduação. ESMPU. Fiocruz. Ministério da Saúde: Fundação Oswaldo Cruz, 2013.

ASENSI, F. D. 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.º 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 nº 9.836. Acrescenta dispositivos à Lei nº 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 nº. 3793/2009 http://www.camara.gov.br/sileg/Prop_Detalhe.asp?id=426519. Acesso em 03 agosto 2018.

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

BRASIL, FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Lei Arouca: a Funasa nos 10 anos de

saúde indígena. BRASÍLIA: FUNASA, 2009.

BONAVIDES, P. 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, M. Os Direitos do Índio: Ensaios 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, H. 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, T. Y. 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, A. C. de S. 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, D. Os Índios e a Civilização: a integração das populações indígenas no Brasil Moderno. Petrópolis: Vozes, 1993.

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

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

SILVA, J. da. Curso de direito constitucional positivo. São Paulo: Malheiros, 2011.