

**POLÍTICAS E SISTEMA
DE SAÚDE NO BRASIL**

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Presidente

Paulo Ermani Gadelha Vieira

Vice-Presidente de Ensino, Informação e Comunicação

Nísia Trindade Lima

EDITORA FIOCRUZ

Diretora

Nísia Trindade Lima

Editor Executivo

João Carlos Canossa Mendes

Editores Científicos

Gilberto Hochman

Ricardo Ventura Santos

Conselho Editorial

Ana Lúcia Têles Rabello

Armando de Oliveira Schubach

Carlos E. A. Coimbra Jr.

Gerson Oliveira Penna

Joseli Lannes Vieira

Lígia Vieira da Silva

Maria Cecília de Souza Minayo

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (Cebes • Gestão 2011-2013)

Diretoria Executiva

Presidente

Ana Maria Costa

Primeiro Vice-Presidente

Alcides Miranda

Diretora Administrativa

Aparecida Isabel Bressan

Diretor de Política Editorial

Paulo Amarante

Diretores Executivos

Lizaldo Andrade Maia

Luiz Bernardo Delgado Bieber

Maria Lucia Frizzon Rizzotto

Paulo Navarro de Moraes

Pedro Silveira Carneiro

Diretores ad hoc

Felipe de Oliveira Lopes Cavalcanti

José Carvalho de Noronha

Conselho Editorial

Alicia Stolkner

Angel Martinez Hernaez

Carlos Botazzo

Catalina Eibenschutz

Cornelis Johannes Van Stralen

Diana Mauri

Eduardo Maia Freese de Carvalho

Giovanni Berlinguer

Hugo Spinelli

José Carlos Braga

José da Rocha Carvalheiro

Luis Augusto Facchini

Luiz Odorico Monteiro de Andrade

Maria Saete Bessa Jorge

Paulo Marchiori Buss

Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira

Rubens de Camargo Ferreira Adorno

Sonia Maria Fleury Teixeira

Sulamis Dain

POLÍTICAS E SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL

Lígia Giovanella

Sarah Escorel • Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato
José Carvalho de Noronha • Antonio Ivo de Carvalho

organizadores

2ª edição revista e ampliada



Copyright © 2008 dos autores

Todos os direitos desta edição reservados à

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ / EDITORA

1ª edição: 2008

1ª reimpressão: 2009

2ª edição revista e ampliada: 2012

PARTICIPARAM DA FASE DE EDIÇÃO DO LIVRO

Capa e projeto gráfico

Carlota Rios (1ª e 2ª edição)

Editoração eletrônica, vetorização de imagens e ilustrações

Carlota Rios (1ª e 2ª edição), *Ramon Carlos de Moraes e Maria Christina Cosentino Barcellos* (1ª edição), *Robson Lima* (2ª edição)

Revisão e copidesque

Fernanda Veneu e Janaina de Souza Silva (1ª edição)
Ana Lúcia Prôa e Jorge Moutinho (1ª e 2ª edição)

Supervisão editorial

M. Cecília Gomes B. Moreira (1ª e 2ª edição)

Índice

Luís Octavio Gomes de Souza e Marcio Magalhães de Andrade (2ª edição)

PARTICIPARAM DA FASE DE ELABORAÇÃO DOS ORIGINAIS

Assessora do projeto

Suelen Carlos de Oliveira (2ª edição)

Assessora pedagógica

Ângela Bernardes Dias (1ª edição)

Professoras leitoras (1ª edição)

Maria Cláudia Valer Romero Gonçalves e Mônica de Castro Maia Senna

Alunos leitores

Rodrigo Alves Torres (1ª edição), *Nathalia Grativol de Souza* (1ª e 2ª edição), *Luna Escorel Arouca* (1ª edição), *Lincoln Xavier da Silva* (2ª edição), *Leonardo G. Kampmann* (2ª edição)
(graduandos/recém-formados, respectivamente, em medicina, enfermagem, serviço social, pedagogia e biologia)

Primeira revisão (1ª edição)

Eliana Ribeiro Granja

Formatação dos textos

Maria Inês Vaz Genoese (1ª edição) e *Lincoln Xavier da Silva* (2ª edição)

Apoio administrativo (1ª e 2ª edição)

Luís Cláudio Guimarães da Silva

Gestão de projeto (2ª edição)

Mariana Faria e Gabriela Rangel (Cebes – Secretaria Executiva)

Com vistas à 2ª edição, foram realizadas oficinas com professores usuários. Registramos nossos agradecimentos à participação de: Alcione Cunha, Aluisio Gomes da Silva Jr, Alzira Jorge, Ana Luiza Queiroz Vilasbôas, Catharina Matos Soares, Claci Fátima Weirich, Cristiani V. Machado, Cristina Rolim Neumann, Ediná Alves Costa, Eli Iola Gurgel Andrade, Eson Soares Carvalho Rocha, Francisco Campos Braga Neto, Isabela Cardoso Pinto, Jairnilson Silva Paim, José Antonio Iturri de La Mata, Lígia Bahia, Lígia Rangel, Lígia Vieira da Silva, Líliliana Santos, Luís Eugênio Portela F. de Souza, Luiz Antonio Neves, Maria Stella de Castro Lobo, Monique Azevedo Esperidião, Paulo Duarte de Carvalho Amarante, Raphael Aguiar, Regina Ferro do Lago, Reinaldo Guimarães e Ricardo Ventura Santos.

Catálogo na fonte

Centro de Informação Científica e Tecnológica

Biblioteca da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

G512p Giovannella, Lúgia (org.)

Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2. ed. rev. e amp. / organizado por Lúgia Giovannella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato et al. –Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

1100 p. il., tab., graf.

ISBN: 978-85-7541-417-0

1. Política de Saúde. 2. Sistemas de Saúde. 3. Nível de Saúde. 4. Iniquidade Social. 5. Ciência. 6. Tecnologia. 7. Pesquisa. 8. Serviços de Saúde. 9. Recursos Humanos em Saúde. 10. Sistema Único de Saúde. 11. Alocação de Recursos. 12. Cobertura de Serviços Privados de Saúde. 13. Atenção à Saúde. 14. Vigilância Epidemiológica. 15. Vigilância Sanitária. I. Escorel, Sarah (org.). II. Lobato, Lenaura de Vasconcelos Costa (org.). III. Título.

CDD - 22.ed. – 362.10981

2012

EDITORA FIOCRUZ

Av. Brasil, 4036 – Térreo – sala 112 – Manguinhos

21040-361 – Rio de Janeiro – RJ

Tels: (21) 3882-9039 / 3882-9007

Telefax: (21) 3882-9006

comercialeditora@fiocruz.br

www.fiocruz.br

30. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA OS POVOS INDÍGENAS

Andrey Moreira Cardoso
Ricardo Ventura Santos
Luiza Garnelo
Carlos E. A. Coimbra Jr.
Maria de Betania Garcia Chaves

No Brasil, há pouco mais de duas centenas de etnias indígenas, que se encontram distribuídas por praticamente todos os estados do país. São povos culturalmente diferenciados em relação à sociedade nacional envolvente e também entre si, com cosmologias, línguas, formas de subsistência, organização social e sistemas políticos próprios. Em contraste com essa notável sociodiversidade, os indígenas no Brasil constituem menos de 1% do contingente populacional total do país, mas se encontram em franco crescimento demográfico na maioria dos estados (Pagliaro, Azevedo & Santos, 2005).

Desde a chegada dos europeus ao Brasil, no século XVI, a magnitude da desestruturação demográfica e sociocultural dos povos indígenas associada foi expressiva. Em décadas mais recentes, são evidenciadas novas e profundas alterações que englobam desde acelerada recuperação demográfica, com taxas de crescimento muito superiores às das populações não indígenas, até transformações no perfil epidemiológico. Como em outras partes do mundo, as doenças infecciosas ocupam uma posição diferenciada na história da saúde desses povos, mas há uma nítida emergência das causas externas (acidentes, violência etc.) e doenças crônicas não transmissíveis, como obesidade, hipertensão e diabetes *mellitus*. Essas mudanças ocorrem concomitantemente ao estabelecimento de novas formas de relação com o Estado e com a sociedade envolvente, acompanhadas de conquistas e garantias de direitos sociais (Coimbra Jr. *et al.*, 2002; Garnelo, Macedo & Brandão, 2003; Langdon & Garnelo, 2004; Santos & Coimbra Jr., 2003; Garnelo, 2006).

Historicamente, as políticas indigenistas implementadas pelo Estado brasileiro caracterizaram-se por forte discurso assimilacionista, fundado na premissa de que os povos indígenas iriam desaparecer como sociedades culturalmente diferenciadas, amalgamando-se com a sociedade nacional brasileira. A partir dos anos 1980, observam-se mudanças substanciais nas bases ideológicas das políticas públicas voltadas para os povos indígenas. Essa nova perspectiva, expressa na Constituição Federal de 1988, garante o reconhecimento e o respeito à sociodiversidade indígena no Brasil (Barroso-Hoffman *et al.*, 2004; Souza Lima & Barroso-Hoffman, 2002).

Tal conjuntura tem reflexos em diversas políticas sociais, como a de saúde. Neste campo, desde 1999 vem sendo implementada a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, concebida como um subsistema do Sistema Único de Saúde (SUS) e operacionalizada no âmbito dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). Como veremos, um dos grandes desafios na implementação do modelo de atenção à saúde indígena é estruturá-lo adequadamente – atendendo às necessidades de centenas de milhares de usuários e congregando a ação coordenada de agências governamentais e não governamentais – sem perder de vista a sociodiversidade indígena existente no país, bem como o respeito ao pluralismo cultural.

Neste capítulo faz-se uma apresentação panorâmica da legislação que regulamenta os direitos dos povos indígenas, com ênfase na questão da saúde; traça-se um perfil sintético das condições de vida e saúde, gerado de informações disponíveis nas bases nacionais de dados, em documentos oficiais e em resultados de pesquisas específicas. Finaliza-se com uma discussão sobre a política de saúde indígena, analisando sua história e as perspectivas atuais da atenção à saúde indígena no país.

POVOS INDÍGENAS NO BRASIL

Segundo a lei que regulamenta a questão indígena no Brasil, conhecida como Estatuto do Índio (lei n. 6.001, de 19 de dezembro de 1973), “[índio] é todo indivíduo de origem e ascendência pré-colombiana que se identifica e é identificado como pertencente a um grupo étnico cujas características culturais o distinguem da sociedade nacional”. Além disso, nessa mesma lei define-se que “comunidade indígena ou grupo tribal é um conjunto de famílias ou comunidades índias, quer vivendo em estado de completo isolamento em relação aos outros setores da comunhão nacional, quer em contatos intermitentes ou permanentes, sem contudo estarem neles integrados” (Brasil, 1973).

Atualmente, o Estatuto do Índio continua a ser a lei que regulamenta a questão indígena no Brasil, mas é considerado superado em vários pontos, dentre os quais a ênfase na integração dos povos indígenas à sociedade nacional. Ou seja, o Estatuto pressupõe que, com o passar do tempo, as sociedades indígenas deixariam de existir como povos diferenciados. Vale frisar que, há duas décadas, encontra-se tramitando no Congresso Nacional o chamado Estatuto dos Povos Indígenas que, espera-se, virá substituir o Estatuto do Índio, atualizando a lei ordinária à luz dos novos valores que vigoram na sociedade brasileira (Barroso-Hoffman *et al.*, 2004; Souza Lima & Barroso-Hoffman, 2002). No Quadro 1 são apresentadas algumas diferenças entre os dois dispositivos legais.

A Constituição Federal promulgada em 1988 dispõe de um capítulo específico sobre os povos indígenas. Nela há o reconhecimento de que o Estado precisa assegurar as condições para que eles possam viver à luz de seus próprios princípios culturais e sociais, sem a perspectiva, inexorável, de que virão a se integrar na sociedade nacional. Assim, no capítulo VIII, artigo 231, lê-se: “São reconhecidos aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os seus bens”.

Quadro 1 – Comparação entre dispositivos legais relativos à política indigenista no Brasil

Estatuto do Índio Lei n. 6.001/1973	Estatuto dos Povos Indígenas Projeto de lei n. 2.057/1991
<p>Produzido no período da ditadura militar, no início dos anos 70. Povos indígenas vistos como obstáculo ao desenvolvimento do país.</p> <p>CONCEITOS IMPORTANTES: tutela; perda cultural; assimilação dos povos indígenas à sociedade nacional brasileira; relativa incapacidade jurídico-política dos indígenas.</p> <p>DIREITO À SAÚDE: sob a responsabilidade do órgão tutor (Fundação Nacional do Índio – Funai), por meio do modelo de equipe volante de saúde (EVS); não prevê formas de controle social das ações de saúde.</p>	<p>Produzido no período pós-Constituição de 1988. Orientado pela busca de relações mais justas com as sociedades indígenas, entendidas como sujeitos políticos com direito à autodeterminação.</p> <p>CONCEITOS IMPORTANTES: autodeterminação jurídica e política das sociedades indígenas; direitos ancestrais à terra e à diferença cultural; autoidentificação e gestão comunitária de patrimônio cultural e ambiental.</p> <p>DIREITO À SAÚDE: sob a responsabilidade do Ministério da Saúde e no âmbito do SUS, na forma de Distritos Sanitários Especiais Indígenas; prevê participação comunitária por meio de conselhos de saúde.</p>

Fonte: Brasil, 1973, 1991.

No Brasil, portanto, o critério para ser considerado indígena é o da **autoidentificação**, simultaneamente ao reconhecimento da condição de ‘indígena’ por parte de uma dada coletividade social. Nessas circunstâncias, o relato de pertencimento a uma etnia pode variar de acordo com conjunturas locais, resultando em flutuações populacionais consideradas bruscas do ponto de vista demográfico. Além disso, ainda que tenha sido estabelecido um critério para definição de indígena nacionalmente, há outras formas de classificação descritas, que incluem a residência em áreas rurais, aldeias e terras indígenas, a fala da língua materna, por exemplo, que acabam sendo incorporadas pelas instituições que trabalham com a questão indígena, de modo concomitante à autoclassificação, resultando em recortes particulares no contingente populacional com o qual trabalham. Essas situações, na prática, se traduzem em multiplicidade de informações sobre o tamanho e a composição demográfica da população indígena no país, a depender da fonte de informação e da instituição que gera o dado.

Para a Fundação Nacional do Índio (Funai), por exemplo, a estimativa do número de indígenas que residem em aldeias situadas nas terras indígenas corresponde a aproximadamente 460 mil pessoas. Ainda segundo esse órgão, é possível que existam entre 100 mil e 190 mil indígenas que residem fora das terras indígenas. Portanto, para a Funai (2011), a população indígena total do país está entre 560 mil e 650 mil pessoas (Funai, 2011). Os resultados do Censo Demográfico de 2010, conduzido pelo IBGE, evidenciaram um total de 818 mil pessoas no Brasil que se autodeclararam indígenas, enquanto em 2000 eram 734 mil (IBGE, 2005; Santos & Teixeira, 2011). Observam-se, portanto, diferenças entre as estimativas da Funai e os resultados do censo do IBGE. Ainda assim, a proporção da população indígena no Brasil em relação ao total da população nacional, a despeito das fontes, permanece baixa, inferior a 1,0%, como mencionado.

A maior parte dos povos indígenas no Brasil apresenta reduzido tamanho populacional, em geral na casa das poucas centenas de pessoas. Constituem o que os antropólogos, do ponto de vista demográfico, denominam ‘microsociedades’, ou seja, povos com contingentes populacionais de pequeno tamanho. Estima-se que, dos 225 povos indígenas no país, 50%

Autoidentificação (ou autodeclaração)

Ocorre quando o pertencimento étnico ou racial é informado pelo próprio indivíduo. Por exemplo, no caso dos levantamentos realizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), incluindo os censos demográficos a cada dez anos, os entrevistadores indagam ‘qual é a sua cor/raça?’, oferecendo aos entrevistados as opções branca, preto, parda, amarela e indígena.

têm uma população com até 500 pessoas, 40% entre 500 e 5 mil, menos de 10% entre 5 mil e 20 mil e apenas quatro povos mais de 20 mil (Azevedo, 2006).

A diversidade social e cultural dos povos indígenas manifesta-se em múltiplos aspectos. Conforme assinalam os antropólogos, chama-se de 'índigenas' um conjunto de povos altamente diferenciados entre si. Com este termo, segundo Melatti (1987: 19-20),

os conquistadores rotulavam as populações mais diversas desde o norte até o sul do continente americano. Tais populações diferiam umas das outras tanto no aspecto físico como nas suas tradições. Membros de sociedades tão distintas como os Incas e os Tupinambá, que falam línguas completamente diferentes, que tinham os costumes mais diversos (...), eram tanto uns como os outros incluídos na mesma categoria: índios. Nada, pois, havia de comum entre as populações americanas que justificasse serem denominadas por um único termo, índios, a não ser o fato de não serem europeus.

São reconhecidas aproximadamente 180 diferentes línguas indígenas no Brasil, o que faz com que seja, do ponto de vista linguístico, uma das mais ricas e diversificadas regiões do mundo. É possível que em 1500 fossem faladas mais de mil diferentes línguas indígenas. Essa mesma diversidade encontrava paralelo no plano da ecologia, da economia, da política, da cosmologia, da vida ritual e assim por diante.

É importante enfatizar que a trajetória de contato e interação dos povos indígenas com a sociedade nacional é também bastante diversificada. Há desde povos que estão em contato com os não índios há vários séculos, como no Nordeste, no Sul e no Sudeste do país, até outros cujo contato é bem mais recente, datando, por exemplo, da expansão contemporânea das frentes econômicas e demográficas na região amazônica. Essas diferenças têm influências sobre os padrões de subsistência, relações econômicas e políticas, dimensão e grau de preservação dos territórios, entre muitos outros aspectos.

Para refletir

Por que os antropólogos afirmam que os povos indígenas se caracterizam por elevada sociodiversidade? Como isso se reflete do ponto de vista das línguas faladas, da demografia e de outros aspectos ligados à cultura e à sociedade?

SAÚDE INDÍGENA EM TRANSIÇÃO

Os povos indígenas apresentam um complexo e dinâmico quadro de saúde, diretamente relacionado a processos históricos de mudanças sociais, econômicas e ambientais atreladas à expansão e à consolidação de frentes demográficas e econômicas da sociedade nacional nas diversas regiões do país. Com base nos dados disponíveis não é possível traçar, de forma satisfatória e ampla, os perfis epidemiológicos dos povos indígenas, uma vez que estão ausentes os elementos quali-quantitativos necessários para embasar análises minimamente aprofundadas (Garnelo, Macedo & Brandão, 2003; Santos & Coimbra Jr., 2003).

Não obstante, restam poucas dúvidas de que as condições de saúde dos povos indígenas os colocam em desvantagem ante outros segmentos da população brasileira. É o próprio Ministério da Saúde que corrobora esse diagnóstico:

Não se dispõe de dados globais fidedignos sobre a situação de saúde [dos povos indígenas], mas sim de dados parciais (...). Embora precários, os dados disponíveis indicam, em diversas

situações, taxas de morbidade e mortalidade três a quatro vezes maiores que aquelas encontradas na população brasileira geral. O alto número de óbitos sem registro ou indexados sem causas definidas confirmam a pouca cobertura e baixa capacidade de resolução dos serviços disponíveis. (Funasa, 2002: 10)

Passados vários anos desde o início da implantação da atual Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena (em 1999), sobre a qual discorreremos mais adiante, esse cenário continua predominante.

Conforme aponta o relatório anual de atividades de atenção integral à saúde indígena de 2007 (Funasa, 2008), após sete anos de implantação dessa política, foram registrados impactos positivos nos principais indicadores epidemiológicos. Entretanto, tais indicadores se mantêm desfavoráveis aos indígenas, quando comparados à população não indígena.

As causas mal definidas permanecem entre as primeiras causas de óbito em indígenas no país. As doenças infecciosas e parasitárias persistem como as mais proeminentes causas de adoecimento e de óbitos por causas definidas. A tuberculose se destaca como uma das principais endemias nessas populações, com coeficientes de incidência de 101,1 por 100 mil em 2006, substancialmente superiores às médias nacionais (Funasa, 2008). A malária constitui outra endemia amplamente presente nas terras indígenas, sobretudo na Amazônia. Concomitantemente, as infecções respiratórias agudas e as diarreias são as principais causas de hospitalização e morte nas crianças menores de 5 anos.

Dados de 2006 referentes à mortalidade em menores de 1 ano indicam que quase um quarto dos óbitos infantis não tem causa definida (21,8%); a segunda causa mais relevante é representada pelas doenças do aparelho respiratório (21,5%), seguidas pelas afecções do período perinatal (13,6%), doenças infecciosas e parasitárias (10,4%) e causas externas (10,2%) (Funasa, 2008). A mortalidade infantil indígena é composta predominantemente por óbitos no período pós-neonatal (28 a 364 dias de vida), no qual se concentram as causas relacionadas às condições ambientais inadequadas, às más condições de vida e restrições no acesso e na qualidade da atenção à saúde. Foi descrita uma tendência de incremento desse componente da mortalidade infantil, que correspondeu a 72% dos óbitos infantis indígenas, em 2006 (Funasa, 2008).

Um recente estudo de base populacional realizado com 6.483 indígenas de 83 aldeias Guarani no Sul e no Sudeste do Brasil revelou que no período de 2007-2008 a maior parte das hospitalizações (64,6% na população geral Guarani; 77,6% nos menores de 5 anos e 83,0% nos menores de 1 ano) foi decorrente de doenças do aparelho respiratório (capítulo X da Classificação Internacional de Doenças – CID – 10), sobretudo infecções respiratórias agudas (Cardoso, Coimbra Jr. & Tavares, 2010). Nessa mesma população e nesse mesmo período, as taxas de mortalidade em menores de 5 anos (44,5/1.000 nascidos vivos) e em menores de 1 ano (29,6/1.000 nascidos vivos) foram elevadas, superando em pelo menos duas vezes as taxas correspondentes nas regiões Sul e Sudeste do Brasil. Verificou-se ainda que 15,8%, 22,2% e 16,7% dos óbitos na população total Guarani, em menores de cinco anos e em menores de um ano, respectivamente, foram devidos a causas mal definidas. As taxas de mortalidade por doenças do aparelho respiratório foram as mais elevadas, correspondendo a 24,7 óbitos por 1.000 nascidos vivos e a 71,4% dos óbitos em menores de 5 anos, e a 17,3 óbitos por 1.000 nascidos vivos e a 70,0% dos óbitos em

menores de um ano. A maioria das causas de óbitos Guarani foi considerada evitável ou reduzível por intervenções disponíveis no SUS (Cardoso *et al.*, 2011).

Atualmente, o problema alimentar e nutricional é um tema central das discussões sobre a saúde indígena, com grande visibilidade nos meios de comunicação. Desde os anos 1970, vêm sendo realizados amplos e detalhados levantamentos sobre as condições de alimentação e nutrição da população brasileira, mas não há equivalente para as minorias étnicas. Nos últimos anos, houve um substancial crescimento no número de pesquisas sobre as condições nutricionais dos povos indígenas no país, ainda que relativamente restritas a algumas etnias e regiões. Essa focalização dos estudos sobre alimentação e nutrição em povos indígenas implica limitações para generalização dos resultados. Não obstante, tais estudos indicam que as pressões exercidas pela expansão dos projetos de colonização rural, empresas agropecuárias, garimpos e indústria extrativista, aliadas a ambientes degradados, comprometem seriamente sua segurança alimentar e saúde geral.

Para cobrir essa enorme lacuna de conhecimento sobre a saúde dos povos indígenas, foi realizado em 2008/2009 o 1º Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, uma realização da Fundação Nacional de Saúde (Funasa) e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), com apoio do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. O Inquérito foi financiado pelo Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (Bird), executado por uma parceria entre a Abrasco e o Instituto de Estudos Iberoamericanos, da Universidade de Gotemburgo, na Suécia, e teve por objetivo descrever a situação alimentar e nutricional e seus fatores determinantes em crianças e mulheres indígenas no Brasil. É a primeira vez que se tem, para os povos indígenas do país como um todo, uma pesquisa de base populacional e estatisticamente representativa para as diversas macrorregiões: Norte, Nordeste, Centro-Oeste e Sul/Sudeste.

Com foco nas crianças menores de 60 meses de idade e nas mulheres entre 14 e 49 anos, essa investigação, que coletou dados de uma amostra de 6.707 mulheres e 6.285 crianças residentes em 5.277 domicílios, distribuídos por 113 aldeias localizadas em todas as macrorregiões do país, se constitui em um esforço de pesquisa sem paralelo na história da saúde indígena no país, por sua magnitude e abrangência.

Foram verificadas elevadas prevalências de sobrepeso (30,2%) e obesidade (15,7%) em mulheres indígenas. Além disso, doenças crônicas não transmissíveis atingem, de forma desigual, mulheres nas diferentes macrorregiões, como pode ser visto com relação às prevalências de hipertensão arterial (Brasil: 13,1%; N: 3,8%; CO: 17,2%; NE: 11,3%; S/SE: 17,3%) e de glicemia casual indicativa de diabetes *mellitus* (Brasil: 1,2%; N: 0,5%; CO: 1,3%; NE: 1,0%; S/SE: 1,2%). No Centro-Oeste e no Sul/Sudeste, a hipertensão arterial já se apresenta como uma questão de saúde importante para as mulheres indígenas. Também foi verificado que a anemia (32,7%) é um sério problema de saúde pública, alcançando níveis alarmantes e muito superiores aos que vêm sendo descritos em pesquisas para a população brasileira em geral.

Para as crianças menores de 5 anos, foram verificadas elevadas proporções de hospitalizações em razão de infecção respiratória e de diarreia nos 12 meses anteriores à entrevista. Os resultados do inquérito confirmam, em uma escala nacional, que de fato a desnutrição, mensurada pelo indicador baixa estatura para idade, é um problema de grande magnitude, atingindo uma em cada três crianças indígenas no Brasil. Nas crianças indígenas residentes na macrorregião Norte, as prevalências foram de mais de 40%. Se compararmos esses achados

com aqueles entre crianças não indígenas, veremos que, para estas, a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) de 1996 indicou 10,5% de déficit de crescimento. Ao se olhar para outros parâmetros nutricionais, como anemia, que alcança mais de 50% das crianças, fica evidente a precária situação nutricional das crianças indígenas.

O inquérito mostra ainda que a tuberculose permanece como um importante agravamento entre os indígenas em todo o país, assim como a malária, principalmente nas populações que vivem na região Norte, no oeste do Maranhão e no norte da região Centro-Oeste, que corresponde à área em território brasileiro na qual se concentra aproximadamente 60% da população indígena no Brasil.

Em parte, esses achados podem ser atribuídos a mudanças alimentares, com a redução do consumo de alimentos tradicionais em favor dos alimentos industrializados e mesmo de cultivos introduzidos. Simultaneamente às mudanças na alimentação, verifica-se também tendência à redução da frequência e da intensidade da atividade física, possivelmente decorrente de alterações importantes nas estratégias de subsistência e nos padrões de assentamento. Condições precárias de saneamento e habitação, assim como baixa cobertura e qualidade dos serviços de saúde, interagem, levando ao agravamento e à deterioração das condições nutricionais das comunidades indígenas, em especial das crianças. Sem água potável e destino adequado dos dejetos nas aldeias, aumenta a incidência de diarreias e de outras doenças infecciosas e parasitárias. Durante episódios de doença, o estado nutricional é com frequência comprometido. Por sua vez, uma criança desnutrida adoece mais facilmente, e, quando isso ocorre, tende a apresentar um quadro clínico mais grave, com maior risco de morte.

Os dados dessa recente pesquisa refletem uma progressiva e importante mudança no perfil epidemiológico das populações indígenas, em que as doenças crônicas não transmissíveis começam a assumir um papel expressivo. Eles também chamam a atenção para um aspecto peculiar ao processo da transição entre os indígenas, que diverge da tendência observada na população brasileira geral – a permanência das doenças infecciosas e parasitárias como principal causa de morbimortalidade, apesar da emergência das doenças crônicas não transmissíveis.

A questão fundiária, como referido anteriormente, constitui outra dimensão fundamental para a compreensão das condições de saúde e nutrição dos povos indígenas. É inquestionável que, nas últimas décadas, houve avanço considerável na regularização da situação das terras indígenas, embora ainda haja muito a fazer. Um ponto crucial é que as dimensões das terras indígenas, sobretudo nas regiões Sul, Sudeste e Nordeste, e em parte do Centro-Oeste, são bastante reduzidas em relação às necessidades das comunidades. Como exemplo, podem-se citar os Guarani-Kaiowá de Mato Grosso do Sul, que vivem uma situação de extrema restrição territorial, com graves consequências para sua condição alimentar. Deve-se ressaltar ainda que, além da terra, a disponibilidade de alternativas econômicas congruentes com os anseios das comunidades e com a preservação ambiental é aspecto imprescindível na manutenção da saúde e da nutrição adequadas.

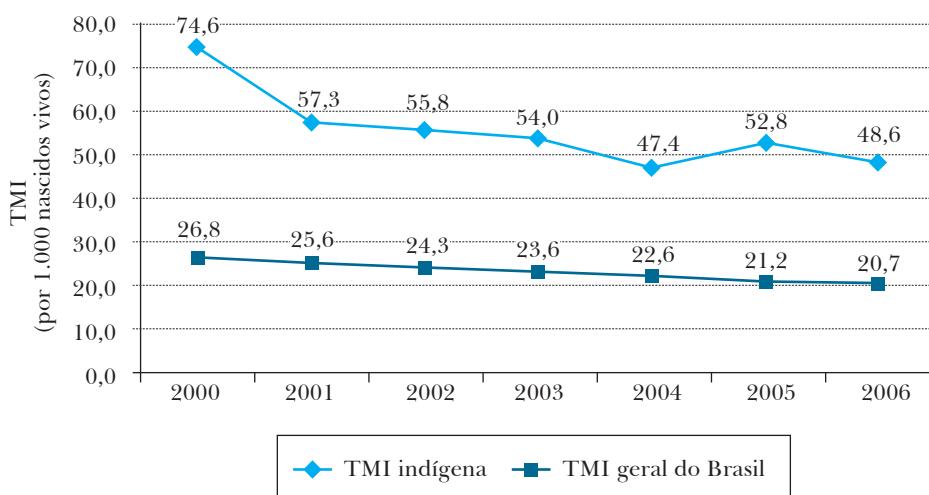
Um importante indicador das condições de vida de uma população é a taxa de mortalidade infantil (TMI). Ao se analisarem as TMI com base nos dados reportados pela Funasa, há necessidade de redobrada atenção, uma vez que a qualidade dos registros deixa a desejar, particularmente por causa do sub-registro de nascimentos e mortes. Feitas essas ressalvas,

Para conhecer as principais causas de morte e a evolução da taxa de mortalidade infantil no Brasil, consulte o capítulo 5, sobre condições de saúde da população brasileira.

os dados disponíveis sugerem uma redução da TMI indígena no Brasil no período de 2000-2006. Não obstante, se houve uma queda mais acentuada entre 2000 e 2001 (de 74,6 para 57,3 por mil), a taxa manteve-se praticamente inalterada no período de 2001-2006, com seu valor mais baixo em 2004 e sempre muito elevada: mais do que o dobro da média nacional em todo o período descrito (Gráfico 1).

Análises recentes confirmam as disparidades que caracterizam a mortalidade infantil indígena em relação à de outros segmentos da sociedade brasileira (Cardoso, Santos & Coimbra Jr., 2005; IBGE, 2005; Pagliaro, Azevedo & Santos, 2005; Cardoso *et al.*, 2011).

Gráfico 1 – Taxa de mortalidade infantil (TMI) em povos indígenas e na população nacional. Brasil – 2000-2006



Fonte: Adaptado de Funasa, 2008.

Em síntese, como se pode observar no Gráfico 1, desde a implantação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, registrou-se uma tendência de redução da mortalidade infantil indígena no Brasil. Entretanto, verifica-se uma desaceleração (ou estabilização) dessa queda nos últimos anos, além de os valores observados nas TMI indígenas se manterem superiores aos registrados para a sociedade nacional.

Tal situação pode ser atribuída a uma série de fatores que ainda necessitam ser mais bem caracterizados. Dentre eles podem ser mencionados o impacto insuficiente da atenção à saúde provida no Subsistema de Saúde Indígena, ligado à elevada rotatividade e descontinuidade da presença de profissionais da saúde nas áreas indígenas; a elevada complexidade e diversidade dos cenários locais, dificultando a organização adequada dos serviços de saúde indígena; a baixa articulação com os outros níveis de complexidade da atenção no SUS; a irregularidade e as falhas na notificação de eventos vitais; as condições sanitárias inadequadas em aldeias e terras indígenas; a insegurança alimentar e outras questões ligadas à posse e ao uso da terra.

Uma dimensão pouco conhecida da epidemiologia dos povos indígenas, e com amplos impactos no presente e no futuro, diz respeito à supracitada emergência de doenças crônicas não transmissíveis, como obesidade, hipertensão arterial, diabetes *mellitus* e câncer.

O surgimento desse grupo de doenças está estreitamente associado a modificações na subsistência, dieta e atividade física, dentre outros fatores, acopladas a mudanças socioculturais e econômicas. Verifica-se que, concomitantemente à emergência de doenças crônicas não transmissíveis, há um crescente número de relatos sobre a ocorrência de suicídio e drogadicção, especialmente o uso prejudicial do álcool. Observa-se ainda aumento importante das mortes por causas externas, sejam estas ocasionadas por acidentes automobilísticos ou uso de maquinário agrícola, sejam também por violência (Garnelo, Macedo & Brandão, 2003; Langdon & Garnelo, 2004; Santos & Coimbra Jr., 2003).

O conhecimento do perfil epidemiológico em transição dos povos indígenas, considerando a grande diversidade étnica que os caracteriza, reveste-se de suma importância para orientar a organização, o planejamento e a melhoria da qualidade dos serviços de saúde. Em geral, esses serviços encontram-se voltados para lidar com determinados grupos de doenças, sobretudo as infecciosas e parasitárias, que, historicamente, têm (ou tiveram) maior peso na morbidade e na mortalidade indígenas.

A trajetória da atenção à saúde indígena

Ainda que no início do século XX, em 1918, tenha sido criado um órgão específico para lidar com a questão indígena no país (o Serviço de Proteção aos Índios – SPI), somente décadas depois foram feitas as primeiras tentativas de proporcionar aos povos indígenas uma oferta regular de serviços de saúde. A iniciativa mais estruturada nessa direção resultou da atuação do médico Noel Nutels, que se aproximou da realidade indígena a partir de sua participação na expedição Roncador-Xingu, organizada pela Fundação Brasil Central (FBC) na década de 1940. Na ocasião, Nutels visitou os Xavante no rio das Mortes, assim como algumas aldeias do Alto Xingu e da ilha do Bananal, no rio Araguaia, ficando alarmado com a situação da tuberculose (Coimbra Jr. *et al.*, 2002; Costa, 1987).

Em 1952, Nutels elaborou um plano para a defesa do índio brasileiro contra a tuberculose, no qual destacou a importância da criação de barreiras sanitárias no entorno dos territórios indígenas. Dessa forma, aqueles que ingressassem em terras indígenas seriam submetidos a rigoroso controle de saúde, com ênfase nas doenças contagiosas. Nutels frisava que os problemas de saúde dos índios estavam intimamente relacionados com as condições gerais de pobreza e saúde reinantes na área rural do país. Reconhecendo a importância das doenças endêmicas (malária, tuberculose, hanseníase, entre outras), que poderiam ser facilmente transmitidas aos indígenas, o plano de Nutels incluía a implementação de medidas sociais amplas, que não se restringiam a intervenções médico-curativas nem eram exclusivas para os povos indígenas (Coimbra Jr. *et al.*, 2002).

Embora o plano de Nutels tenha sido bem recebido pelo Ministério da Saúde, somente foi posto em ação em 1956, com o nome de Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (Susa), vinculado administrativamente ao Serviço Nacional de Tuberculose. Uma vez estabelecido, rapidamente expandiu suas operações para além do campo de ação da FBC, alcançando indígenas em regiões tão diversas como o sul do Mato Grosso, o Alto Rio Negro e outras regiões da Amazônia. O trabalho das equipes do Susa enfatizava o diagnóstico, a prevenção e o tratamento de doenças infecciosas endêmicas.

Apesar dos esforços do pequeno grupo de idealistas liderados por Nutels, o Susa sofreu de dificuldades decorrentes da extensão territorial do país, da insuficiência de

recursos e da complexidade da questão da saúde nacional e não conseguiu reverter a gravidade do quadro de saúde da população rural em geral, e da indígena, em particular. Não obstante, em algumas situações de surtos de doenças, a intervenção do Susa foi definidora, contribuindo para a redução da mortalidade.

Quando o SPI foi extinto, em 1967, e criou-se a Fundação Nacional do Índio (Funai), uma divisão de saúde foi implementada dentro da nova agência. Os serviços de saúde da Funai organizaram-se em torno do conceito que havia surgido com o Susa, de ‘equipes volantes de saúde’ (EVS), instaladas em pontos estratégicos do país e vinculadas aos escritórios regionais da Funai. Em tese, cada EVS deveria ser composta por médico, enfermeiro, técnico de laboratório e dentista, e dispor de meios de transporte para levá-la a visitas periódicas às aldeias indígenas sob sua jurisdição. O suporte na cidade seria oferecido pelas Casas do Índio, que serviam para abrigar pacientes indígenas durante períodos de permanência na cidade por motivo de consulta, tratamento e convalescença. Ligadas aos postos da Funai, nas aldeias havia pequenas estruturas, designadas enfermarias, que, salvo exceções, na prática não passavam de precárias farmácias com estoque inconstante de medicamentos, sob a responsabilidade de um auxiliar de enfermagem.

Não obstante a palavra ‘volante’, que dava nome às equipes de saúde da Funai, sugerir velocidade e mobilidade, os custos operacionais das EVS eram altos e suas ações geralmente tinham baixo impacto do ponto de vista da saúde pública. Nas regiões de mais difícil acesso, era necessário fretar aviões e helicópteros. As equipes, que frequentemente não dispunham de medicamentos, nem do equipamento médico mais básico, também sofriam com uma escassez crônica de pessoal.

A assistência à saúde oferecida nas aldeias era de reduzida efetividade e, em larga medida, centrada na distribuição de medicamentos. As precárias condições de vida enfrentadas pelos funcionários nos postos da Funai, juntamente com os baixos salários, desencorajavam a permanência no órgão. Todos esses fatores levavam a uma alta rotatividade dos profissionais da saúde, tanto nos postos quanto nas EVS. Não raro, tratamentos de longa duração eram interrompidos, às vezes por muitos meses, até que um funcionário pudesse ser repostado. Tal situação era particularmente séria no caso da tuberculose, uma vez que interrupções constantes na medicação podem levar à resistência bacteriana. Com o passar do tempo, a falência do atendimento à saúde nas aldeias colocou sob crescente pressão as Casas do Índio nas cidades, cuja infraestrutura permaneceu constantemente sobrecarregada pelo influxo de grande número de pacientes.

Nas décadas de 1980 e 1990, a Funai passou por uma fase de grande instabilidade, enfrentando frequentes mudanças políticas e estruturais. O atendimento à saúde nas áreas indígenas tornou-se ainda mais desorganizado e esporádico. Nesse período, as medidas mais elementares de saúde, como vacinação, sofreram descontinuidade, com sérias implicações para a saúde indígena.

Os processos de gestão no campo da saúde indígena têm sido alvo de diversas iniciativas regulatórias dos órgãos de governo envolvidos com a temática (Quadro 2).

Quadro 2 – Principais marcos da legislação sobre saúde indígena no Brasil

Documentos	Assuntos
Decreto n. 23/1991	Transfere da Funai para o Ministério da Saúde a responsabilidade pela coordenação das ações de saúde para os povos indígenas.
Decreto n. 1.141/1994	Constitui a Comissão Intersetorial (CIS) e devolve a coordenação da saúde indígena para a Funai, que fica responsável pelo componente curativo, enquanto o Ministério da Saúde se encarrega das ações de prevenção (revoga o decreto n. 23/1991).
Resolução n. 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde	Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, com indicação sobre a especificidade dos povos indígenas.
Decreto n. 3.156/1999	Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do SUS, pelo Ministério da Saúde.
Lei n. 9.836/1999 ou Lei Arouca	Institui, no âmbito do SUS, o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, que cria regras de atendimento diferenciado e adaptado às peculiaridades sociais e geográficas de cada região.
Portaria n. 852/1999 do Ministério da Saúde	Cria os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI).
Portaria n. 1.163/1999 do Ministério da Saúde	Dispõe sobre as responsabilidades na prestação de assistência à saúde dos povos indígenas no Ministério da Saúde.
Resolução n. 304 do Conselho Nacional de Saúde	Aprova as Normas para Pesquisas Envolvendo Seres Humanos Específicas para a Área de Povos Indígenas
Portaria n. 479/2001 da Funasa	Estabelece as diretrizes para a elaboração de projetos de estabelecimento de saúde, abastecimento de água, melhorias sanitárias e esgotamento sanitário em áreas indígenas.
Portaria n. 254/2002 do Ministério da Saúde	Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.
Portaria n. 2.405/2002 do Ministério da Saúde	Cria o Programa de Promoção da Alimentação Saudável em Comunidades Indígenas.
Portaria n. 70/2004 do Ministério da Saúde	Aprova as Diretrizes da Gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena.
Portaria n. 2.656/2007	Dispõe sobre as responsabilidades na prestação da atenção à saúde dos povos indígenas no Ministério da Saúde e regulamenta os Incentivos de Atenção Básica e Especializada aos Povos Indígenas.
Portaria n. 475/2008	Inclui na Tabela de Estabelecimentos do Sistema do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES) o tipo de estabelecimento 72 – Unidade de Atenção à Saúde Indígena – e seus subtipos.
Portaria n. 3.034/2008	Cria Grupo de Trabalho com o objetivo de discutir e apresentar proposta de ações e medidas a serem implantadas no âmbito do Ministério da Saúde, no que se refere à gestão dos serviços de saúde oferecidos aos povos indígenas.
Medida provisória n. 483/2010	Estabelece a organização necessária à criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena do Ministério da Saúde.
Decreto n. 7.336/2010	Institui a Secretaria Especial de Saúde Indígena do Ministério da Saúde e define a transição da gestão da Funasa para a Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai).
Portaria n. 3.841/2010	Autoriza os superintendentes estaduais da Funasa e os chefes dos Distritos Especiais de Saúde Indígena, perante as Superintendências Estaduais da Funasa, a praticar atos referentes à saúde indígena (viabiliza a gestão da saúde indígena durante o período de transição).
Portaria GM/MS n. 3.965/2010	Aprova os regimentos internos dos órgãos do Ministério da Saúde (incluindo a Secretaria Especial de Saúde Indígena).
Decreto n. 7.530/2011	Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde (revoga os decretos n. 7.336/2010 e n. 7.461/2011).

Fonte: Sesai, 2011.

Os instrumentos regulatórios dispostos no Quadro 2 representam apenas uma parcela de um universo muito mais amplo de dispositivos legais voltados para instituir normas de interação entre órgãos do nível federal de governo e destes com os demais níveis de gestão, estaduais, municipais e distritais. Uma leitura atenta de seu teor evidencia grande preocupação dos gestores com a criação e a regulamentação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, mas são poucos os instrumentos de gestão dirigidos à orientação das práticas sanitárias e à melhoria da qualidade e efetividade da atenção prestada no nível local. Tal opção na definição das estratégias de gestão tem implicações nas programações locais de saúde, as quais permanecem carentes de parâmetros claros, objetivos e adequados às singularidades locais, dificultando um planejamento ascendente, participativo e qualificado a equacionar os principais problemas e necessidades de saúde.

Com base nessa breve sistematização da trajetória da política de saúde indígena no século XX, fica evidente que, antes da instituição do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, esta política setorial não estava devidamente estabelecida no país. As iniciativas planejadas e levadas a cabo pelo órgão indigenista eram isoladas, correndo em paralelo à saúde pública da população brasileira em geral. Em outras palavras, não havia integração entre os serviços, e na maioria das vezes os programas nacionais coordenados por setores do Ministério da Saúde não estendiam sua cobertura aos indígenas, já que a Funai centralizava todas as iniciativas no campo da saúde dos povos indígenas.

Para refletir

A atenção à saúde indígena é baseada em um modelo biomédico ocidental de cuidado, ainda que os povos indígenas tenham perspectivas próprias sobre as questões de saúde e doença. Quais são as implicações da introdução desse tipo de cuidado entre os povos indígenas?

ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA A PARTIR DE 1999

Em 1999, foi aprovada a lei n. 9.836 (Lei Arouca), que instituiu o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do SUS. Este subsistema passou a responder pelas ações básicas de saúde nas áreas indígenas, de acordo com as diretrizes do SUS, devendo, portanto, se articular de forma hierarquizada e integrada aos demais níveis de complexidade do sistema nacional de saúde.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foi um evento fundamental para a reformulação da Política Nacional de Saúde, ao aprovar as diretrizes básicas da Reforma Sanitária a ser implementada com o SUS. Essa conferência foi uma etapa importante do processo denominado Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, iniciado nos anos 70, e que formulou os princípios e diretrizes da reforma setorial da saúde no Brasil.

Concomitantemente à 8ª CNS, foi realizada a 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio. Nessa oportunidade, recomendou-se que a saúde indígena fosse coordenada pelo Ministério da Saúde, tendo suas ações operacionalizadas por meio de um subsistema de serviços de saúde vinculado ao SUS. Essa perspectiva foi reafirmada durante a 9ª Conferência Nacional de Saúde, em 1992, quando foi aprovado um modelo de atenção à saúde indígena diferenciado – um subsistema de saúde articulado ao SUS – organizado em distritos sanitários especiais (Quadro 3).

A 3ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, realizada em 2001, teve como objetivo avaliar a implantação dos DSEI e discutir questões relativas à segurança alimentar e à autossustentação. Já a 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, realizada em 2006, debateu o território dos DSEI como espaço de produção da saúde, proteção da vida e valorização das tradições indígenas. Esta conferência, marcada pela polarização de posições entre indígenas e representantes institucionais, teve aprovada na plenária final a manutenção da Funasa como órgão gestor da saúde indígena, apesar da forte oposição de alguns setores indígenas durante a sua realização. Outro ponto muito relevante da discussão ali travada foi a reivindicação de autonomia política, financeira e técnico-administrativa para os DSEI.

Quadro 3 – Conferências Nacionais de Saúde Indígena e principais objetivos

Ano	Conferência	Principais objetivos
1986	1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (Brasília, DF)	Propor e discutir diretrizes relativas à saúde indígena (emerge a proposta de diretrizes para um subsistema com a criação de uma secretaria)
1993	2ª Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas (Luziânia, Goiás)	Definir diretrizes de uma política nacional de saúde para os povos indígenas e atualizar as recomendações da 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, em conformidade com o SUS.
2001	3ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (Luziânia, Goiás)	Avaliar a implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) e discutir questões relativas à segurança alimentar e à autossustentação.
2006	4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (Caldas Novas, Goiás).	Debater a produção da saúde, a proteção da vida e a valorização das tradições indígenas no território dos DSEI.

Fonte: Elaborado com base em Funasa, 2006, 2007.

É importante frisar que a mobilização em torno da elaboração de uma política de saúde indígena a partir de meados da década de 1980 se associou ao envolvimento de diversos órgãos públicos e organizações não governamentais, gerando uma dinâmica de extinção, criação e fusão de estruturas, com resultados por vezes conflituosos. Assim, as recomendações da 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio levaram à transferência, em 1991, pelo decreto ministerial n. 23/1991, da coordenação da saúde indígena da Funai, do Ministério da Justiça, para a Fundação Nacional de Saúde (FNS), que passou a ser responsável pela saúde indígena (Quadro 2).

Nesse contexto, se estabeleceu uma relação tensa entre a Funai e a FNS. Em 1994, o decreto n. 23 foi revogado, e pelo decreto ministerial n. 1.141/1994 a Funai retomou o controle das ações de saúde indígena. Foi estabelecido um impasse entre as duas instituições, o que resultou, no mesmo ano, na atribuição à FNS da responsabilidade pelas ações de prevenção e controle de agravos à saúde, saneamento básico e capacitação de recursos humanos, cabendo à Funai as ações de assistência médico-sanitária. Em 1998, a Procuradoria Geral da República considerou inconstitucional a permanência da coordenação da saúde indígena no Ministério da Justiça, ao qual está vinculada a Funai.

A disputa entre instituições quanto à gestão da saúde indígena só foi superada com a aprovação da chamada Lei Arouca (n. 9.836/1999). Esta lei estabeleceu o Subsistema de Atenção

à Saúde Indígena, acrescentando dispositivos à lei n. 8.080, que legislava, em termos gerais, sobre o direito à saúde da população indígena que vive em território brasileiro. Paulatinamente o subsistema foi estruturado na conformação atual, tendo como órgão gestor o Ministério da Saúde, o qual repassou para a Funasa (na época conhecida por FNS) a responsabilidade pela gestão e execução das ações de saúde. Ainda em 1999, o decreto n. 3.156 regulamentou a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, ao dispor sobre as condições de assistência à saúde dos povos indígenas no âmbito do SUS.

A partir de 2000, foram publicadas diversas portarias governamentais que tiveram por objetivo regulamentar aspectos específicos do funcionamento do atual modelo de atenção à saúde indígena. Nesse sentido, a portaria n. 70/2004 do Ministério da Saúde aprovou as Diretrizes da Gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena, segundo as quais deve-se assegurar aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de modo a favorecer a superação dos fatores que os tornam mais vulneráveis aos agravos à saúde. Segundo o mesmo dispositivo, o gestor federal deve considerar as realidades locais e as especificidades da cultura dos povos indígenas para organizar o modelo de atenção, orientado por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional.

Em sua conformação mais recente, fruto das discussões travadas ao longo das várias Conferências Nacionais de Saúde Indígena, o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena está organizado na forma de **Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI)** (Figuras 1 e 2). Ele deve funcionar articulado ao SUS, atendendo às seguintes condições: considerar os conceitos de saúde e doença próprios dos povos indígenas e os aspectos intersetoriais de seus determinantes; ser construído coletivamente mediante um processo de planejamento participativo; possuir instâncias de controle social formalizadas em todos os níveis de gestão.

Cada DSEI dispõe de uma rede de serviços de saúde em seu território, que deve funcionar de forma integrada e hierarquizada, com complexidade crescente e articulada ao restante da rede SUS (Figura 1). A rede de serviços de um DSEI prevê a existência de unidades básicas de saúde nas aldeias ou em polos-base. Cada polo-base tem responsabilidade sobre um conjunto de aldeias localizadas em sua área de abrangência. Sua equipe, além de prestar assistência à saúde, realiza a capacitação e a supervisão dos agentes indígenas de saúde. As casas de saúde do índio também integram a rede de referência do subsistema, servindo para abrigar os pacientes – assim como seus acompanhantes – e cuidar deles, durante períodos de tratamento em serviços de referência fora das aldeias.

Quanto à execução das ações de atenção à saúde, estas podem ser realizadas de forma direta (pelo nível federal complementado pelos estados e municípios) ou indireta (por organizações não governamentais, organizações indígenas e, mais recentemente, fundações universitárias).

As etapas de organização e implantação dos DSEI envolveram um grande aporte de recursos humanos e financeiros. Entre 1999 e 2004, o orçamento federal para saúde indígena a cada ano variou de R\$ 180 milhões a R\$ 250 milhões, com uma aplicação anual *per capita* de aproximadamente R\$ 500. Proporcionalmente, estima-se que esses valores representaram um investimento *per capita* três vezes maior que o gasto em saúde para a população brasileira (Garnelo, Macedo & Brandão, 2003).

Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI)

São definidos como espaços étnico-culturais dinâmicos, geográficos, populacionais e administrativos bem delimitados, que não guardam relação direta com os limites dos estados e municípios onde estão localizadas as terras indígenas. Os DSEI devem prestar atenção básica à população indígena aldeada, mediante atuação de Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), nos moldes da Estratégia Saúde da Família (ESF), compostas por médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem e agentes indígenas de saúde (AIS). Outros profissionais, de saúde ou não, podem atuar juntamente com a EMSI no território distrital, de acordo com a realidade local.

A consulta a informações mais recentes disponibilizadas pela Funasa sobre os recursos aplicados em saúde indígena confirmam a ideia de uma evolução positiva no crescimento do orçamento de saúde indígena (Tabela 1).

Tabela 1 – Evolução do Orçamento da Saúde Indígena (valores em R\$). Brasil – 2003-2007

Fonte	2003	2004	2005	2006	2007
Funasa	136.892.000,00	181.968.740,00	219.502.706,34	296.994.353,39	328.257.894,38
SAS/MS*	61.707.348,00	74.665.255,00	115.329.232,00	164.441.614,00	175.948.668,00
TOTAL	198.599.348,00	256.633.995,00	334.831.938,34	461.435.967,39	504.206.562,38

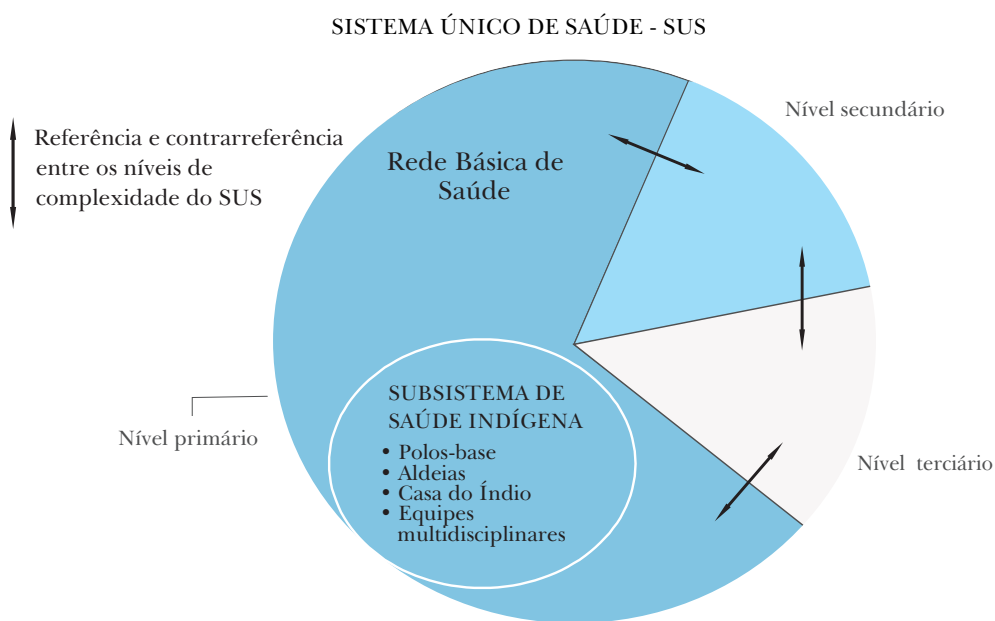
* Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde

Fonte: SSL, IDS & Cebrap, 2008.

O financiamento dos DSEI é majoritariamente público, composto por recursos orçamentários do Ministério da Saúde, eventualmente complementados pelos estados e municípios em cujos territórios vivem povos indígenas. Eles podem receber também contribuições de organizações de cooperação mútua internacional e da iniciativa privada. A distribuição desses recursos é feita segundo critérios populacionais, perfil epidemiológico e características geográficas.

A organização da rede distrital de saúde indígena pressupõe sua integração com outros níveis de complexidade da atenção à saúde no SUS, a fim de garantir o princípio da integralidade da atenção (Figura 1).

Figura 1 – Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e fluxo de referência e contrarreferência

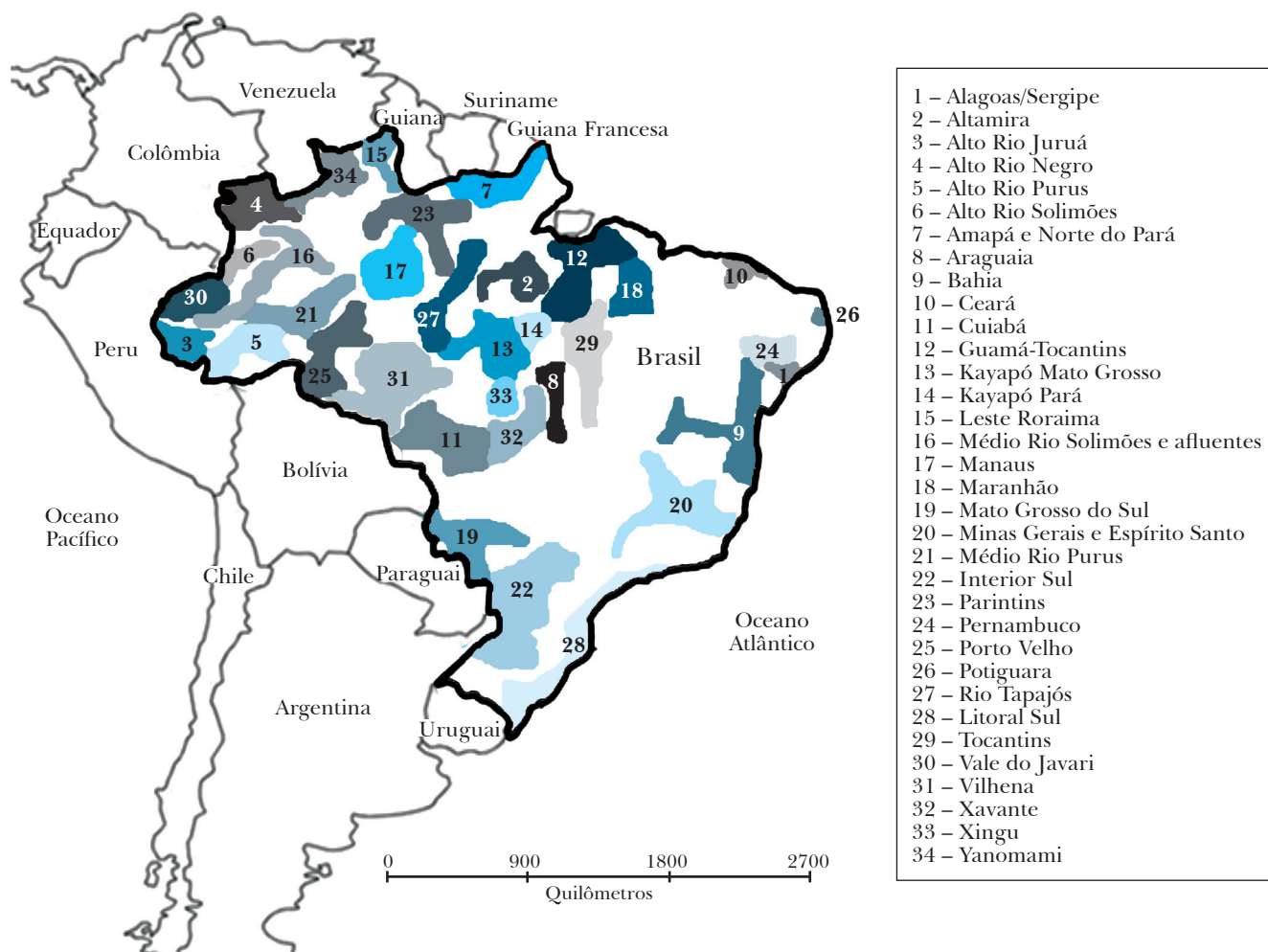


Obs.: A figura retrata um modelo genérico, que pode não se aplicar exatamente a todas as realidades distritais existentes no país, já que o SUS (subsistema de saúde indígena e redes municipais e estaduais de saúde) possui distintos graus de implementação, organização e integração da rede de serviços, a depender da localidade.

Fonte: Modelo elaborado com base no documento Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Funasa, 2002) e na portaria n. 1.088/2005 do Ministério da Saúde (Brasil, 2005).

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena é composto de 34 DSEI (Figura 2), cuja atuação demanda esforços coordenados de diversas instituições, sob a direção do governo federal. A implementação das ações nos territórios distritais é feita por meio da força de trabalho contratada por sistemas municipais de saúde, entidades não governamentais e universitárias conveniadas com o poder público, e em alguns lugares conta com alguns poucos servidores federais que permaneceram atuando em saúde indígena nos últimos anos. Esse modelo misto de gestão mostra-se de difícil gerenciamento, produzindo-se conflitos de diversas ordens que dificultam a operacionalização de um modelo de assistência culturalmente adaptado às necessidades indígenas. Tal estado de coisas foi objeto de intensos debates na 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, realizada em 2006.

Figura 2 – Localização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas



Fonte: Adaptado de Sesai, 2011.

O controle social no subsistema, no âmbito nacional, é viabilizado pelo Conselho Nacional de Saúde, que possui representação indígena e é assessorado pela Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (Cisi), a qual tem função consultiva, sendo composta por representantes

da Funai, da Sesai, da área acadêmica, entre outras entidades, e de organizações indígenas. Localmente, esse controle deve ser exercido pelos conselhos distritais e locais de saúde indígena. Os conselhos distritais têm caráter deliberativo e composição paritária de usuários, prestadores de serviços e trabalhadores da saúde, e suas atribuições são: aprovar o plano distrital, avaliar a execução das ações de saúde e apreciar a prestação de contas dos órgãos executores. Os conselhos locais, de caráter consultivo, são compostos unicamente por representantes indígenas que vivem nas áreas de abrangência dos polos-base; eles têm como atribuições avaliar as ações e os serviços de saúde, indicar conselheiros para outras instâncias de controle social e atuar junto aos gestores locais para viabilizar a assistência à saúde.

Polos-base

Podem estar localizados numa comunidade indígena ou num município de referência, neste último caso correspondendo a uma unidade básica de saúde já existente na rede de serviço daquele município.

Cada polo-base cobre um conjunto de aldeias e sua equipe. Além de prestar assistência à saúde, é responsável pela capacitação e supervisão dos agentes indígenas de saúde.

Os polos-base estão estruturados como unidades básicas de saúde e contam com atuação de equipe multidisciplinar de saúde indígena, composta principalmente por médico, enfermeiro, dentista e auxiliar de enfermagem.

Compare o controle social no subsistema de saúde indígena com as modalidades de participação social no SUS descritas no capítulo 28.

Em 2006, a portaria ministerial n. 644 instituiu o Fórum Permanente de Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena no âmbito do Ministério da Saúde, instância de caráter consultivo, propositivo e analítico, que assessora desde então o órgão gestor do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

Ainda no primeiro ano de implementação do subsistema, como parte da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, foi criado o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (Siasi), que visa à coleta, ao processamento e à análise de informações para o acompanhamento da saúde das comunidades indígenas, abrangendo óbitos, nascimentos, morbidade, imunização, produção de serviços, recursos humanos e infraestrutura. Apesar de promissor, os relatórios produzidos pela Funasa a partir do Siasi permaneceram incapazes de fornecer informações consistentes sobre a situação de saúde dos povos indígenas no Brasil e suas tendências. As poucas análises do Siasi disponíveis são fortemente sugestivas de que os dados são de baixa confiabilidade (Sousa, Scatena & Santos, 2007; Souza & Santos, 2009). Além disso, as restrições ao acesso público do Siasi, desde sua implantação, agravaram o problema da crônica falta de dados e inviabilizaram análises que pudessem identificar inconsistências e pontos a serem melhorados, frustrando o papel esperado de fornecer informações confiáveis para o planejamento, o acompanhamento e a avaliação das ações da saúde (Sousa, Scatena & Santos, 2007).

Uma importante mudança de gestão política e administrativa do subsistema aconteceu em 2010, com a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai) no âmbito do Ministério da Saúde, por meio da medida provisória n. 483/2010 e do decreto n. 7.336/2010. Desse modo, o comando da política de saúde indígena passou da Funasa para o órgão recém-criado, a Sesai. Tal decisão decorreu de um crescente desgaste da imagem pública da Funasa, que ao longo dos últimos anos foi alvo de críticas e denúncias de cor-

rupção pela grande imprensa e pelos fóruns de defesa da causa indígena, particularmente as associações indígenas.

Após uma década de implantação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no SUS, a criação da Sesai gera novas expectativas de melhoria da qualidade e efetividade das ações de saúde produzidas no subsistema e de aprimoramento de seus processos de gestão. Particularmente com a publicação do decreto n. 7.336/2010, que regulamenta a autonomia de gestão administrativa e financeira dos DSEI, além do desenvolvimento de uma política de recursos humanos para a saúde indígena, espera-se um avanço expressivo na política de saúde indígena.

Para refletir

Que contextos históricos e políticos influenciaram as transformações, ao longo das últimas décadas, das políticas públicas voltadas para os povos indígenas no Brasil? E quanto às políticas em saúde, como foram essas transformações nos anos recentes?

DESAFIOS DA IMPLEMENTAÇÃO DO SUBSISTEMA DE ATENÇÃO

Apesar do significativo aporte de investimentos financeiros, a insuficiência de recursos humanos apresentou-se como um dos maiores obstáculos para a implementação da política de saúde indígena. A alternativa encontrada para suprir a carência de pessoal para atuar nos DSEI, que foi, conforme já sinalizado, a terceirização (ou seja, a contratação de serviços de terceiros para execução das ações de saúde), tem representado um dos maiores obstáculos à efetivação do subsistema.

O processo de distritalização obteve avanços na extensão de cobertura e no financiamento da saúde indígena. Não obstante, apesar das diretrizes políticas do subsistema, é patente que o princípio de uma atenção ‘culturalmente diferenciada’ não tem sido posto em prática, somando-se a isso a irregularidade e a baixa qualidade dos serviços prestados. Alguns desses problemas decorrem de insuficiências da gestão, particularmente aquelas ligadas à rotatividade e à inadequação da formação dos recursos humanos às necessidades de gestão e atenção à saúde nos DSEI, bem como à inadequação do modelo dos convênios com ONGs para viabilizar uma provisão regular e organizada de serviços. Frise-se ainda que, em muitas áreas, praticamente o único prestador de serviços de saúde presente nas aldeias é o agente indígena de saúde, que, salvo exceção, carece de supervisão e treinamento continuado (Chaves, Cardoso & Almeida, 2006; Garnelo, Macedo & Brandão, 2003; Langdon, 2000).

As práticas sanitárias na saúde indígena vêm se caracterizando pela fragmentação dos procedimentos e pela ausência de ações intersetoriais capazes de garantir, por exemplo, segurança alimentar e adequadas condições de saneamento, distanciando-se do princípio da integralidade (Garnelo, 2006).

Os documentos normativos do subsistema repetem princípios genéricos de ação que não se traduzem em atividades concretas nas programações anuais de atividades dos DSEI. Um exemplo diz respeito ao reconhecimento e ao fortalecimento dos sistemas de medicinas tradicionais e sua articulação com os serviços de saúde ofertados. Tal reconhecimento, embora recomendado, não se efetiva nas práticas cotidianas das equipes de saúde indígena. Além

Os significados do princípio da integralidade são analisados no capítulo 15. Consulte.

disso, continuam a vigorar programações baseadas no modelo campanhista de assistência à saúde, caracterizadas pelo deslocamento irregular de equipes de saúde para as aldeias, nos moldes das antigas EVS. Essa estratégia impossibilita uma atenção contínua, integrada e capaz de responder às necessidades de saúde dos povos indígenas (Chaves, Cardoso & Almeida, 2006; Garnelo, Macedo & Brandão, 2003; Langdon, 2000).

Um desafio intersetorial é representado pelo impacto negativo dos convênios firmados entre a Funasa e as associações indígenas, o que ocorreu principalmente na Amazônia. Os convênios firmados com essas entidades sofreram os mesmos problemas que vêm inviabilizando a compra de serviços de terceiros para a execução das ações de saúde nos DSEI: flutuação no custeio e na estratégia de gestão do subsistema de saúde indígena; falta de um sistema de referência e contrarreferência organizado; carência de profissionais; falta de agilidade no repasse de recursos para os DSEI e para as entidades conveniadas, gerando conflitos trabalhistas e ônus políticos que recaem sobre as prestadoras de serviços, resultando em descrédito das conveniadas indígenas e em prejuízo de sua capacidade de mobilização política em defesa de seus direitos (Garnelo, Macedo & Brandão, 2003). No entanto, a parceria contribuiu para superar o caráter tutelar das relações das instituições públicas com as sociedades indígenas, ainda que tenda a provocar um atrelamento de algumas entidades e lideranças indígenas às prioridades do poder público, as quais são, muitas vezes, incongruentes com as necessidades das populações representadas pelo movimento indígena (Garnelo & Sampaio, 2005).

Entre os principais desafios da Sesai, podem ser destacadas a construção da autonomia dos DSEI; a provisão, estabilidade e formação continuada de recursos humanos qualificados para a gestão e atenção à saúde indígena; a implementação de um modelo de atenção pautado na Estratégia Saúde Família e nas linhas de cuidado em saúde; a articulação satisfatória do subsistema com os outros níveis de complexidade do SUS (tanto na atenção quanto na gestão e no controle social); e a produção de informações oportunas e confiáveis relativas à saúde indígena que possam subsidiar o planejamento, o monitoramento e a avaliação do Subsistema de Saúde Indígena.

No Brasil, ao longo das últimas décadas, inquéritos de base populacional têm cada vez mais gerado informação em saúde, disponibilizando indicadores fundamentais à formulação e avaliação de políticas públicas e intervenções na saúde. Tais inquéritos têm contemplado temas fundamentais ao entendimento não apenas das principais tendências de morbidade e mortalidade, mas também no que se refere ao acesso e uso de serviços de saúde pelos diversos estratos socioeconômicos da população brasileira.

Conforme referido anteriormente, como parte das estratégias de implantação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, em 2008-2009 foi realizado o 1º Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas (Abrasco, 2009). Um importante desafio no futuro é, tal como tem sido feito para a população brasileira em geral, viabilizar a realização regular de inquéritos com representatividade nacional com foco nos povos indígenas, contemplando todas as faixas etárias. Juntamente com os dados oriundos de sistemas de informação, aqueles derivados desses inquéritos têm o potencial não somente de auxiliar na avaliação dos serviços e políticas de saúde como também de orientar melhor o planejamento, considerando as contínuas transformações no perfil de saúde e doença dos povos indígenas.

Para refletir

Como se organizam os chamados Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), que constituem um dos elementos-chave do atual modelo de atenção à saúde indígena? A implantação desse modelo tem sido bem-sucedida?

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nas últimas décadas, tem se observado um crescente movimento de reivindicação e conquista dos direitos indígenas, no bojo das lutas pela transformação da realidade sociopolítica e econômica do país, que incorporaram os ideais de cidadania, liberdade, direitos civis, democracia e redução das desigualdades sociais. Nesse contexto, as políticas voltadas para os povos indígenas têm tomado novos rumos, apoiadas no paradigma da especificidade, da diferença, da interculturalidade e da valorização da diversidade.

Mesmo após vários anos de implantação do novo modelo de atenção à saúde, continuam precários os conhecimentos disponíveis sobre o perfil de saúde/doença dos povos indígenas no Brasil. Desnecessário enfatizar que a existência de dados é de grande valia para fins do planejamento, execução e avaliação de serviços e de programas de saúde. Informações confiáveis são também imprescindíveis para viabilizar análises sobre as múltiplas e complexas inter-relações entre desigualdades sociais, processo saúde-doença e etnicidade. Mesmo diante da persistente “invisibilidade epidemiológica e demográfica” dos povos indígenas (Coimbra Jr. & Santos, 2000), em razão da restrita representatividade e da baixa qualidade dos dados disponíveis, os indicadores de saúde demonstram uma situação de maior vulnerabilidade desses grupos (Garnelo, Macedo & Brandão, 2003; Santos & Coimbra Jr., 2003).

O balanço do processo de implantação do subsistema sinaliza para avanços, mas também para a permanência e até mesmo para o agravamento de muitos problemas. Deve ser assinalado o reconhecimento, pelo poder público, da necessidade de se concretizar uma política específica de saúde para os povos indígenas, fundamental para ampliar o acesso dos indígenas à rede SUS. Porém, o modelo está longe de funcionar a contento, o que remete a dificuldades de várias ordens, incluindo a gerência, os recursos humanos e a articulação com os demais níveis do SUS. A baixa capacitação e a alta rotatividade dos recursos humanos permanecem como importantes entraves do modelo. Tampouco se vê, em ampla escala, a materialização dos princípios norteadores da política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas, como a integralidade da assistência e a provisão de atenção culturalmente diferenciada.

LEITURAS RECOMENDADAS

COIMBRA JR., C. E. A.; SANTOS, R. V. & ESCOBAR, A. L. (Orgs.) *Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Abrasco, 2003.

GARNELO, L.; MACEDO, G. & BRANDÃO, L. C. *Os Povos Indígenas e a Construção das Políticas de Saúde Indígena no Brasil*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

LANGDON, J. & GARNELO, L. (Orgs.) *Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004.

PAGLIARO, H.; AZEVEDO, M. M. & SANTOS, R. V. (Orgs.) *Demografia dos Povos Indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Abep, 2005.

SOUZA LIMA, A. C. & BARROSO-HOFFMAN, M. B. (Orgs.) *Estado e Povos Indígenas: bases para uma política indigenista II*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2002.

SOUZA LIMA, A. C. & HOFFMAN, M. B. (Orgs.) *Além da Tutela: bases para uma nova política indigenista*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2002.

SITES DE INTERESSE

Fundação Nacional do Índio: www.funai.gov.br

Instituto Socioambiental: www.socioambiental.org

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): www.ibge.gov.br

Museu do Índio: www.museudoindio.org.br

Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai): http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1708

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). *Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas: relatório final*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2009.

ASSOCIAÇÃO SAÚDE SEM LIMITES (SSL); INSTITUTE OF DEVELOPMENT STUDIES (IDS) & CENTRO BRASILEIRO DE ANÁLISE E PLANEJAMENTO (CEBRAP). *Consultoria para Definição e Implementação de Metas e Modelos de Atenção, Organização, Gestão, Financiamento e Monitoramento & Avaliação do Subsistema de Saúde Indígena: 2008/2009*, 2008. CD-ROM.

AZEVEDO, M. Povos indígenas na América Latina estão em processo de crescimento. In: RICARDO, B. & RICARDO, F. (Orgs.) *Povos Indígenas no Brasil 2001/2005*. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2006.

BARROSO-HOFFMAN, M. *et al.* A administração pública e os povos indígenas. In: FALEIROS, V.; NUNES, S. & FLEURY, S. (Orgs.) *A Era FHC e o Governo Lula: transição?* Brasília: Inesc, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.088, de 5 de julho que dispõe sobre a definição dos valores do incentivo financeiro de atenção básica de saúde aos povos indígenas e sobre a composição e organização das equipes multidisciplinares de atenção à saúde indígena. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 6.001 de 19 de dezembro de 1973. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6001.htm>. Acesso em: 20 set. 2012.

BRASIL. Congresso Nacional. Projeto de Lei n. 2.057 de 9 de novembro de 1991. Disponível em: <www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=17569>. Acesso em: 5 set. 2011.

CARDOSO, A. M.; COIMBRA JR., C. E. A. & TAVARES, F. G. Morbidade hospitalar indígena Guarani no Sul e Sudeste do Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 13(1): 21-34, 2010.

CARDOSO, A. M.; SANTOS, R. V. & COIMBRA JR., C. E. A. Mortalidade infantil segundo raça/cor no Brasil: o que dizem os sistemas nacionais de informação? *Cadernos de Saúde Pública*, 21(5): 1.602-1.608, 2005.

CARDOSO, A. M. *et al.* Mortality among Guarani Indians in Southeastern and Southern Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(supl. 2): S222-S236, 2011.

CHAVES, M. B. G.; CARDOSO, A. M. & ALMEIDA, C. Implementação da política de saúde indígena no polo-base Angra dos Reis, Rio de Janeiro, Brasil: entraves e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(2): 295-305, 2006.

COIMBRA JR., C. E. A. & SANTOS, R. V. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1): 125-132, 2000.

COIMBRA JR., C. E. A. *et al.* *The Xavante in Transition: health, ecology and bioanthropology in Central Brazil*. Ann Arbor: University of Michigan Press, 2002.

- COSTA, D. C. Política indigenista e assistência à saúde: Noel Nutels e o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas. *Cadernos de Saúde Pública*, 3(4): 388-401, 1987.
- FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO (FUNAI). Índios do Brasil. Disponível em: <www.funai.gov.br/indios/fr_conteudo.htm>. Acesso em: 5 set. 2011.
- FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (FUNASA). *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. 2. ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2002.
- FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (FUNASA). *Conferências Nacionais de Saúde Indígena: relatórios finais*. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2006.
- FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (FUNASA). *Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Indígena*. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2007.
- FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (FUNASA). *Relatório Anual de Atividades de Atenção Integral à Saúde Indígena – 2007*. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2008.
- GARNELO, L. Análise situacional da Política de Saúde dos Povos Indígenas no período de 1990 a 2004: implicações no Brasil e na Amazônia. In: SCHERER, E. & OLIVEIRA, J. A. (Orgs.) *Amazônia: políticas públicas e diversidade cultural*. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.
- GARNELO, L. & SAMPAIO, S. Organizações indígenas e distritalização sanitária: os riscos de “fazer ver” e “fazer crer” nas políticas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(4): 1.217-1.223, 2005.
- GARNELO, L.; MACEDO, G. & BRANDÃO, L. C. *Os Povos Indígenas e a Construção das Políticas de Saúde Indígena no Brasil*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Tendências Demográficas: uma análise dos indígenas com base nos resultados da amostra dos censos demográficos 1991 e 2000*. Rio de Janeiro: IBGE, 2005.
- LANGDON, J. Salud y pueblos indígenas: los desafíos en el cambio de siglo. In: BRICEÑO-LEÓN, R.; MINAYO, M. C. S. & COIMBRA JR., C. E. A. (Orgs.) *Salud y Equidad: una mirada desde las ciencias sociales*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.
- LANGDON, J. & GARNELO, L. (Orgs.) *Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004.
- MELATTI, J. C. Índios do Brasil. São Paulo, Brasília: Hucitec, Ed. UnB, 1987.
- PAGLIARO, H.; AZEVEDO, M. M. & SANTOS, R. V. (Orgs.) *Demografia dos Povos Indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Abep, 2005.
- SANTOS, R. V. & COIMBRA JR., C. E. A. Cenários e tendências da saúde e da epidemiologia dos povos indígenas no Brasil. In: COIMBRA JR., C. E. A.; SANTOS, R. V. & ESCOBAR, A. L. (Orgs.) *Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Abrasco, 2003.
- SANTOS, R. V. & TEIXEIRA, P. O “indígena” que emerge do Censo Demográfico de 2010. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(6): 1.048-1.049, 2011.
- SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA (SESAI). Ministério da Saúde. *Site*. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=35730>. Acesso em: 5 set. 2011.
- SOUSA, M. C.; SCATENA, J. H. G. & SANTOS, R. V. O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena – Siasi: criação, estrutura e funcionamento. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(4): 853-861, 2007.
- SOUZA, L. G. & SANTOS, R. V. Componente demográfico do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena, DSEI Xavante. *Caderno CRH*, 22: 523-529, 2009.
- SOUZA-LIMA, A. C. & BARROSO-HOFFMAN, M. Estado e povos indígenas no Brasil. In: SOUZA LIMA, A. C. & BARROSO-HOFFMAN, M. (Orgs.) *Estado e Povos Indígenas: bases para uma política indigenista II*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2002.