

A atenção à saúde dos povos indígenas do Brasil: das missões ao subsistema

*Health care of indigenous peoples of Brazil: the
missions to subsystem*

*Cuidado de la salud de los pueblos indígenas de Brasil:
las misiones al subsistema*

Luciana BENEVIDES¹

Jorge Alberto Cordón PORTILLO²

Wanderson Flor do NASCIMENTO³

Resumo: Um dos maiores desafios para os sistemas públicos é garantir o acesso à saúde de minorias culturalmente distintas em sociedades multiétnicas. A criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, componente do Sistema Único de Saúde, pretendeu adequar os serviços de saúde às características da população indígena e proporcionou o surgimento de espaços para a participação indígena. Com o objetivo de auxiliar a compreensão da importância e do significado da garantia do acesso da população indígena aos serviços de saúde e de sua participação nas políticas públicas, buscou-se, neste artigo, realizar uma retrospectiva histórica da assistência à saúde aos povos indígenas, descrever a estrutura organizacional do subsistema e destacar os desafios para sua implementação.

Palavras-chave: Saúde Indígena; Políticas de Controle Social; Indígenas Brasileiros.

Abstract: One of the biggest challenges for public systems is to ensure access to health care for culturally distinct minorities in multi-ethnic societies. Creating Subsystem Indigenous Healthcare, a component of the National Health System, intended to tailor health services to the characteristics of the indigenous population and the emergence of spaces provided for indigenous participation. With the goal of helping to understand the importance and significance of ensuring access of the indigenous population to health services and their participation in public policy, sought, in this article, a retrospective historic health care to indigenous peoples, describe the organizational structure of the subsystem and highlight the challenges of its implementation.

Keywords: Indigenous Health; Social Control Policies; Brazilian Indigenous.

1 Doutora em Bioética pelo Programa de Pós-Graduação em Bioética da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. Professora Substituta do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

2 Doutor em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília. Professor Adjunto IV da Universidade de Brasília.

3 Doutor em bioética pela Universidade de Brasília (UnB). Professor Adjunto do Departamento de Filosofia da UnB, do Programa de Pós-graduação em Bioética (FS-UnB).

Resumen: Uno de los mayores retos para los sistemas públicos es garantizar el acceso a servicios de salud para las minorías culturalmente diferenciadas en las sociedades multiétnicas. Creación de Salud Indígena del subsistema, un componente del Sistema Nacional de Salud, destinado a los servicios de salud a medida para las características de la población indígena y la creación de espacios que se proveen para la participación indígena. Con el objetivo de ayudar a entender A atenção à saúde dos povos indígenas do Brasil: das missões ao subsistema Health care of indigenous peoples of Brazil: the missions to subsystem Cuidado de la salud de los pueblos indígenas de Brasil: las misiones al subsistema la importancia y el significado de garantizar el acceso de la población indígena a los servicios de salud y su participación en las políticas públicas, buscado, en este artículo, un médico retrospectiva histórica con los pueblos indígenas, describir la estructura organizativa del subsistema y poner de relieve los desafíos de su implementación.

Palabras clave: Salud de los Indígenas, Políticas de Control Social, Indígenas brasileños.

INTRODUÇÃO

A Constituição de 1988, ao criar o Sistema Único de Saúde (SUS), foi determinante para o avanço das políticas públicas de saúde. Os princípios que sustentam o SUS possibilitaram ampliar a cobertura dos serviços públicos de saúde a todos os brasileiros, mas, além disso, permitiram que esses serviços se adequassem de forma a incluir grupos de pessoas com características e necessidades diferenciadas da maior parte da população.

A Constituição também garantiu um atendimento diferenciado à saúde da população indígena. Ao estipular o reconhecimento das organizações socioculturais dos povos indígenas e o respeito a elas, estabeleceu a competência privativa da União para legislar e tratar sobre a questão indígena. A partir daí, é reforçada a ideia da criação de um sistema para a atenção à saúde indígena, de responsabilidade federal, com o modelo assistencial baseado nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs). Assentado nessas bases foi criado em 1999 o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, que representou indubitavelmente um avanço no que se refere à equidade e justiça para os povos indígenas, acima de tudo por prever a participação indígena em todas as etapas do planejamento, implantação e funcionamento dos DSEIs.

Compreender a importância e o significado da garantia do acesso da população indígena aos serviços de saúde e de sua participação nas políticas públicas é fundamental para se avançar na consolidação dos direitos conquistados por esses povos. Nesse sentido, esse artigo traz sua contribuição ao realizar uma retrospectiva histórica da assistência à saúde aos povos indígenas, descrever a estrutura organizacional do subsistema e destacar os desafios para sua implementação.

Este artigo é resultado de parte de uma pesquisa de doutoramento em Bioética na Universidade de Brasília na qual, além de se realizar uma investigação bibliográfica, buscou-se ouvir lideranças indígenas. A obtenção das informações se deu, também, por meio da participação em reuniões e

eventos relacionados ao tema. Essa experiência proporcionou o conhecimento do contexto em que a pesquisa se desenvolveu, assim como o acompanhamento de mudanças ocorridas na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas que levaram à criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) no Ministério da Saúde. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Histórico

A história da assistência à saúde da população indígena brasileira remonta ao início da colonização portuguesa, realizada por missionários geralmente ligados a entidades religiosas.

No início do século XX, os elevados índices de mortalidade por doenças transmissíveis, causadas pela expansão das fronteiras econômicas, levaram à criação, em 1910, do Serviço de Proteção ao Índio e Localização de Trabalhadores Nacionais – SPI, mais tarde chamado de SPI (Serviço de Proteção ao Índio). Porém, não havia, nesse período, uma forma sistemática de prestação de serviços de saúde a esses povos. A assistência à saúde restringia-se a planos emergenciais ou ações inseridas em processos de “pacificação”. (1,2) As ações de atenção básica de saúde à população indígena e rural em áreas de difícil acesso, como a vacinação, o atendimento odontológico e o controle de tuberculose e de outras doenças transmissíveis começaram a ocorrer a partir de 1956, com a criação do Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA), ligado administrativamente ao Programa Nacional de Tuberculose do Ministério da Saúde. Contudo, em 1967 ocorrem mudanças significativas, com a extinção do SPI e com a criação de uma comissão formada por indigenistas, antropólogos e profissionais do SUSA, a partir da qual se constituiu a Fundação Nacional do Índio (Funai). Em 1968, a Funai cria as Equipes Volantes de Saúde, que prestavam assistência médica, aplicavam vacinas e faziam a supervisão do trabalho do pessoal de saúde local, geralmente auxiliares ou atendentes de enfermagem.(1) O SUSA é, então, rebatizado com o nome de Unidade de Atendimento Especial e passa a trabalhar apenas com tuberculose, deixando as outras ações para a divisão de saúde da Funai.

O trabalho da Funai foi diretamente influenciado pelo regime militar do governo brasileiro que via, no índio, um obstáculo ao desenvolvimento do país, posição expressa no “Estatuto do Índio”, divulgado em fins de 1970 e aprovado na forma de lei em 1973.

Esse estatuto colocou a função de tutela do Estado em relação aos índios, ou seja, o destino da população indígena era externamente imposto e determinado pelo governo nacional.(2) A estruturação dos serviços de saúde realizados pela Funai foi marcada por inúmeros problemas, suas ações eram esporádicas e realizadas em escala e com a capacidade operacional e administrativa insuficientes.(3)

Em 1986 o problema da assistência à saúde dos povos indígenas ganha a atenção do movimento

sanitarista com a realização da 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, por deliberação da VIII Conferência Nacional de Saúde.(4,5) Esse evento lançou as bases para a criação de um sistema específico para a saúde dos índios, integrado ao sistema nacional, e enfatizou a importância da participação indígena em todos os momentos de decisão, formulação e planejamento das ações e serviços de saúde, e na sua implantação, execução e avaliação, influenciando diretamente a constituição de 1988, o que fez surgir um novo paradigma na relação do Estado nacional com os povos indígenas.(1,6) A partir daí constitui-se uma rede de instrumentos legais e de estruturas administrativas que reforçariam essa ideia, dentre as quais se destaca o Decreto nº 23, de fevereiro de 1991, que transfere a responsabilidade das ações de saúde dos povos indígenas para o Ministério da Saúde e aponta para a criação de um modelo diferenciado. Conforme descrito em seu artigo 4º, parágrafo 1º: “[...] as ações e serviços serão desenvolvidos segundo modelo de organização na forma de Distrito Sanitário de natureza especial, consideradas as especificidades das diferentes áreas e das comunidades indígenas”.(7) As ações de saúde indígena passaram, então, a ser coordenadas e executadas pela Coordenação de Saúde do Índio (COSAI), subordinada ao Departamento de Operações da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), com a atribuição de implementar o novo modelo de atenção à saúde indígena.(1, 8)

Ainda em 1991, foi criado o Distrito Sanitário Yanomami e instituída a Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (Cisi) com a missão de assessorar o Conselho Nacional de Saúde (CNS) no acompanhamento da saúde dos povos indígenas, por meio da articulação com governos e com a sociedade civil organizada.

As críticas ainda existentes em relação à política de saúde indígena vigente levaram à realização do I Fórum Nacional de Saúde Indígena – FNSI, em Brasília, no mês de abril de 1993. Nesse fórum, propunha-se estabelecer o diagnóstico e indicar soluções para os principais problemas políticos e operacionais da saúde indígena. O evento constituiu-se um espaço democrático de discussão ao contar com a participação das instituições e das entidades envolvidas em projetos de saúde em áreas indígenas do Brasil e também de representantes indígenas.(5)

Um dos resultados I FNSI, foi a instalação de Núcleos Interinstitucionais de Saúde Indígena (NISI), por meio da Portaria no. 540 da Fundação Nacional de Saúde, de 18 de maio de 1993. Esses núcleos atuam como instâncias de controle social em cada estado, visando a implantação dos DSEIs.

Segundo Magalhães(6), os NISI são concebidos como forma de viabilizar a instalação dos conselhos distritais de saúde. Portanto, identifica-se nesse momento a primeira iniciativa no sentido de criar mecanismos formais de controle social na saúde indígena.

Esse fórum recomendou também a convocação II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas (II CNSPI), realizada em novembro de 1993, que reafirmou a responsabilidade Federal

pela atenção à saúde indígena, defendeu o modelo assistencial baseado no DSEI e propôs a criação dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISIs), de composição paritária e de caráter deliberativo das ações de saúde em sua área de abrangência.

Na contramão desse processo, o Decreto Presidencial nº 1.141, de 19 de maio de 1994, constituiu a Comissão Intersectorial de Saúde, que dividiu as atribuições da saúde indígena entre a Funai/Ministério da Justiça, que assumiu a assistência primária à saúde, e a Funasa/Ministério da Saúde, que passou a se responsabilizar apenas pela prevenção, controle de endemias e desenvolvimento comunitário. Essa divisão de responsabilidades, entretanto, se deu de forma fragmentada e conflituosa.(6,8)

Em junho de 1994, o deputado Sérgio Arouca, com base as propostas da II CNSPI, apresentou ao Congresso Nacional o Projeto de Lei nº 4681-D(9) que se tornou foco das discussões e lutas do movimento sanitário indígena. O Projeto propôs a criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, a fim de sanar a omissão do Estado com relação às questões que se referiam à saúde das populações indígenas, deixadas à parte pelas Leis no 8.080/90 e nº 8.142/90. Esse Projeto tornou-se Lei em 1999 e foi denominada Lei Arouca (Lei no 9.836/99).

A Lei Arouca se tornou o principal aporte legal para a saúde indígena juntamente com o Decreto nº 3.156, de 27 de agosto de 1999, que dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas e transfere integralmente para o Ministério da Saúde a responsabilidade sobre o estabelecimento das políticas e diretrizes para promoção, prevenção e recuperação da saúde do índio, e, para a Funasa, a execução dessas políticas e diretrizes. Ao atender os preceitos constitucionais relativos aos direitos dos índios, que definem como responsabilidade indelegável da União a sua assistência, a Lei Arouca possibilitou a realização de adaptações na estrutura e no funcionamento do SUS. Favoreceu também a criação de um subsistema de responsabilidade federal, em um momento em que o SUS fortalecia a descentralização da execução das ações de saúde para os estados e os municípios. É importante destacar que a resistência dos índios à municipalização da atenção à saúde indígena está relacionada à histórica divergência que define a relação entre esses povos e a sociedade envolvente, caracterizada por disputas por terras e conflitos, permeados por interesses políticos e econômicos.

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena O processo de implantação da nova política iniciou-se no segundo semestre de 1999 com a criação de uma rede de serviços de saúde nas terras indígenas, como forma a superar as deficiências de cobertura, acesso e aceitabilidade do SUS para essa população.

Na oportunidade, foram adotadas medidas que pudessem tornar factível e eficaz a aplicação dos princípios e das diretrizes de descentralização, de universalidade, de equidade e de controle social.
(8)

A proposta de adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços, com uma rede de atenção básica nas terras indígenas, baseia-se 28// Rev Tempus Actas Saúde no respeito aos sistemas de representações, aos valores e às práticas dos povos indígenas. E também na consideração às especificidades culturais e epidemiológicas e no desenvolvimento e uso de tecnologias apropriadas. O Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), como modelo de organização de serviços, configura um espaço de atenção à saúde sob responsabilidade do gestor federal, com uma delimitação geográfica que contempla aspectos demográficos, etnoculturais e o acesso dos usuários indígenas aos serviços, como controle social exercido por meio dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena.(8)

Para a criação dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas foram utilizados critérios que consideraram: a população, a área geográfica e o perfil epidemiológico; a disponibilidade de serviços, os recursos humanos e a infraestrutura; as vias de acesso aos serviços instalados em nível local e à rede regional do SUS; relações sociais entre os diferentes povos indígenas do território e a sociedade regional; e a distribuição demográfica tradicional dos povos indígenas, que não coincide necessariamente com os limites dos estados e municípios onde estão localizadas as terras indígenas. As ações de saúde nos DSEI são realizadas por equipes multidisciplinares, compostas por médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos de enfermagem, Agentes Indígenas de Saúde, entre outros profissionais. Assim como no SUS, no subsistema foram instituídos mecanismos de Controle Social. No âmbito dos DSEIs, o controle social se configurou por meio da criação de Conselhos Locais e Distritais de Saúde Indígena.

Os Conselhos Locais de Saúde Indígena são instâncias consultivas constituídas exclusivamente por indígenas. O Conselho Distrital de Saúde Indígena, por sua vez, apresenta uma composição paritária, entre representantes dos povos indígenas, 50%, e a outra metade constituída por trabalhadores de saúde, gestores e prestadores de serviço que atuam no DSEI. Os CONDISI têm caráter deliberativo e cabe a eles a aprovação do Plano Distrital, a avaliação da execução das ações de saúde planejadas e a apreciação da prestação de contas dos órgãos e instituições executoras das ações e serviços de atenção à saúde indígena.

Ao DSEI cabe garantir recursos para o funcionamento desses conselhos.(10) Em 2001, na terceira Conferência Nacional de Saúde Indígena – III CNSI foram analisados os obstáculos e avanços do SUS na implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas e propostas diretrizes para a sua efetivação. Nesse mesmo ano, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos indígenas foi discutida e aprovada na 114ª reunião ordinária do Conselho Nacional de Saúde e pelo Ministro da Saúde mediante a Portaria nº 254, de 31 de janeiro de 2002.

Para alcançar os objetivos propostos, foram estabelecidas diretrizes para:(1)

– Preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural; – Monitoramento das

ações de saúde dirigidas aos povos indígenas;

- Articulação com os sistemas tradicionais indígenas de saúde;
- Promoção do uso adequado e racional de medicamentos;
- Promoção de ações específicas em situações especiais;
- Promoção da ética na pesquisa e nas ações de atenção à saúde envolvendo comunidades indígenas;
- A promoção de ambientes saudáveis e proteção da saúde indígena;
- O controle social.

A Criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena(11)

Os anos subsequentes à criação do subsistema foram marcados pelo esforço para consolidar o modelo assistencial. Foram caracterizados também por inúmeras dificuldades operacionais para cumprir as diretrizes estabelecidas na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Esses problemas levaram a recorrentes manifestações de insatisfação dos indígenas e à permanente demanda por mudanças.

Isso gerou, na 4ª CNSI, ocorrida em 2006, um intenso debate sobre a mudança da gestão das ações de saúde indígena da Funasa para o Ministério da Saúde.

Essa discussão foi retomada em um seminário nacional intitulado “Gestão e Controle Social – Desafios da Saúde Indígena”, que ocorreu em novembro de 2008, com o apoio do Conselho Nacional de Saúde, e culminou no consenso sobre a retirada da gestão da saúde indígena da Funasa e na reivindicação da criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) no Ministério da Saúde.

Nesse seminário, foi formado um grupo de trabalho para discutir e apresentar propostas de ações e medidas a serem implantadas no âmbito do Ministério da Saúde, particularmente, no que se refere à atenção a saúde dos povos indígenas, com vista à incorporação das competências e das atribuições procedentes da Funasa.

Esse grupo de trabalho, composto por 26 membros (17 indígenas e 9 não indígenas) e coordenado pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) do Ministério da Saúde, iniciou as atividades em janeiro de 2009. Foram realizadas reuniões e seminários regionais nos quais as propostas eram debatidas por gestores, profissionais de saúde e representantes indígenas.

Em 24 de março de 2010 o presidente Lula assinou a Medida Provisória (MP)483/10 que permitia a criação da SESAI. A MP foi aprovada pelo Plenário da Câmara dos Deputados em 6 de julho de 2010 e pelo Senado em 3 de agosto, transformando-se na Lei Ordinária nº 12.314, sancionada pelo Presidente Lula em 19 de agosto de 2010.

Em 19 de outubro de 2010, foi publicado o Decreto que aprovou a estrutura regimental do Ministério da Saúde (Decreto nº 7.336), com a criação da Sesai, passando definitivamente a gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena para o Ministério da Saúde.

A SESAI tem o papel de coordenar e avaliar as ações de atenção à saúde no âmbito do subsistema, além de promover a articulação e a integração com os setores governamentais e não governamentais que possuem interface com a atenção à saúde indígena.

É responsabilidade desta secretaria identificar, organizar e disseminar conhecimentos referentes à saúde indígena e estabelecer diretrizes e critérios para o planejamento, execução, monitoramento e avaliação das ações de saneamento ambiental e de edificações nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Em relação ao controle social, a SESAI deve promover e apoiar o fortalecimento e o exercício pleno do controle social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. A estrutura administrativa da Sesai é composta pelo Departamento de Atenção à Saúde Indígena, pelo Departamento de Gestão da Saúde Indígena e pelo Departamento de Saneamento e Edificações de Saúde Indígena.

O envolvimento e o apoio do movimento indígena imprimiram ao processo de criação da SESAI um caráter amplamente participativo, o que trouxe para a SESAI, além do desafio de superar os problemas de gestão do subsistema, o compromisso de manter canais permanentes de comunicação com todos os atores envolvidos na atenção à saúde indígena e criar novas bases na relação entre os povos indígenas e o governo.

Desafios

Características peculiares do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, principalmente seu caráter pluriétnico, impõem a todos os atores envolvidos a permanente necessidade de reverem suas práticas, conceitos e posturas a fim de aplicar condutas eticamente pautadas, com respeito aos diferentes valores 30// Rev Tempus Actas Saúde que se manifestam na relação intercultural. Quando isso não ocorre, presencia-se a repetição de práticas de saúde hegemônicas que ignoram os valores dos usuários e fazem surgir inúmeros conflitos na relação intercultural.

O Censo 2010 do IBGE registrou 896,9 mil indígenas, residentes nas terras indígenas ou fora delas (área urbana). Já os dados da obtidos pela Funasa se referem apenas à população atendida nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, que em sua quase totalidade residem em aldeias. Em 2010, foram cadastrados no Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (Siasi), da

Funasa, 591.636 indígenas, distribuídos em 4.774 aldeias dentro ou fora dos limites de 615 terras indígenas, correspondendo a 448 municípios em 24 estados brasileiros.(12)

A complexidade do conhecimento sobre esses povos aumenta em virtude de essa população não ser homogênea. Atualmente, no Brasil, são conhecidas 225 etnias (ou 305, segundo o censo 2010 do IBGE) e cerca de cento e oitenta línguas.(13) Essas etnias constituem povos que diferem nos hábitos e nas culturas, nas formas de organização social e política, nos rituais, nas cosmologias, nos mitos, nas formas de expressão artística, nas habitações, na maneira de se relacionarem com o ambiente etc. Essa diversidade faz com que as ações dos profissionais devam ser reavaliadas de acordo com a cultura do povo indígena com que se trabalha.(14) E os profissionais devem estar atentos para o fato de que o processo terapêutico não é caracterizado por um consenso, é mais bem entendido como “uma sequência de decisões e negociações entre várias pessoas e grupos com interpretações divergentes a respeito da identificação da doença e da escolha da terapia adequada”.(15)

Outro desafio refere-se à relação do subsistema com os demais serviços do SUS. O subsistema, organizado em Distritos Sanitários Especiais Indígenas, sob a responsabilidade direta do gestor federal, apresenta uma organização territorial diferente da divisão político-administrativa do país, pois a distribuição demográfica tradicional dos povos indígenas não coincide, necessariamente, com os limites dos estados e municípios onde estão localizadas as terras indígenas. Ou seja, a área de abrangência de cada distrito pode englobar diversos municípios, inclusive de diferentes estados. No entanto, há a necessidade de articulação entre os DSEI e os gestores municipais e estaduais, por exemplo, para o estabelecimento da rede de referência dos serviços de saúde. Os serviços próprios dos DSEI limitam-se à atenção primária e, para garantir a integralidade na atenção à saúde dos povos indígenas, é necessário definir e acessar a rede de referência para ações de saúde de média e de alta complexidade presentes nos municípios.

A superação desses desafios passa pelo exercício do diálogo intercultural e interfederativo. Nesse sentido, destaca-se a importância do fortalecimento da gestão dos DSEIs e dos espaços de controle social do subsistema. Esses espaços são fundamentais para a identificação e a solução de problemas, ao proporcionar a aproximação dos atores envolvidos, o conhecimento das necessidades e das expectativas dos povos indígenas, favorecendo assim o estabelecimento de práticas de saúde ética e culturalmente adequadas e promovendo o entendimento sobre as políticas de saúde e o compartilhamento de decisões.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fundação Nacional de Saúde (Brasil). Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas. 2ª ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde; 2002.
2. Costa DC. Política indigenista e assistência à saúde: Noel Nutels e o Serviço de Unidades

Sanitárias Aéreas. Cad. saúde pública. 1987 out/dez; 4(3):388- 401.

3. Marques IMSF. A política de atenção à saúde indígena: implementação do Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá - Mato Grosso [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2003.

4. Shankland AJL. Speaking for the people: representation and health policy in the brazilian amazon [tese]. Sussex, England: UniversityofSussex, InstituteofDevelopmentStudies; 2010.

5. Varga IVD, Adorno RCF. Terceirizando a indianidade?: Sobre a política nacional de saúde para os povos indígenas, aos “500 anos”. Rev. Direito Sanit. [periódico na Internet]. 2001 mar [acesso em 2010 ago 18]; 2(1):9-26. Disponível em: http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-41792001000100002&lng=pt&nrm=iso

6. Magalhães EDO. Estado e a saúde indígena: a experiência do Distrito Sanitário Yanomami [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília, Departamento de Serviço Social; 2001.

7. Brasil. Decreto no 23, de 4 de fevereiro de 1991. Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência a saúde das populações indígenas. Diário Oficial da União. 1991 fev5.

8. Fundação Nacional de Saúde (Brasil). Atenção à saúde dos povos indígenas no Brasil. Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas. São Paulo; 2002.

9. Brasil. Projeto de Lei nº 4681-D de 1994. Diário da Câmara dos Deputados, Brasília, DF. 1997 out 8.

10. Fundação Nacional de Saúde (Brasil). Lei Arouca: a Funasa nos 10 anos de saúde indígena. Brasília: Funasa, 2009.

11. Ferreira LB. O Controle Social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena: uma reflexão bioética [tese]. Brasília: Universidade de Brasília; 2012.

12. Fundação Nacional de Saúde (Brasil), Departamento de Saúde Indígena. Vigilância em saúde indígena: dados e indicadores selecionados 2010. Brasília: Funasa, 2010. 96p.

13. Rodrigues AD. Línguas indígenas no Brasil. In: Ricardo B, Ricardo F, Editores. Povos Indígenas no Brasil 2001/2005. São Paulo: Instituto Socioambiental; 2006. p.59-63.

14. Garnelo L, Sampaio S. Bases sócio-culturais do controle social em saúde indígena: problemas e questões na região norte do Brasil. Cad. Saúde Pública. 2003 jan/fev; 19(1):311-7.

15. Langdon EJ. A doença como experiência: a construção da doença e o seu desafio para a prática médica. Palestra oferecida na Conferência 30 anos Xingu, Escola Paulista de Medicina, São Paulo [Internet]. 1995 ago 23 [acesso em 2010 jun 20]. Não Paginado. Disponível em: <http://www.cfh.ufsc.br/~nessi/A%20Doenca%20como%20Experiencia.htm>

Artigo apresentado em 18/12/13

Artigo aprovado em 29/01/14

Artigo publicado no sistema: 24/03/14