

# SAÚDE INDÍGENA E DIFICULDADES NO ACESSO AO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE NO AMAZONAS

*INDIGENOUS HEALTH AND DIFFICULTIES IN ACCESS TO THE PUBLIC HEALTH SYSTEM IN AMAZONAS*

**Amanda Ossami Peres<sup>1</sup>**  
**Felipe Mota de Moura<sup>2</sup>**  
**Denison Melo de Aguiar<sup>3</sup>**

**RESUMO:** Há vários fatores para os povos indígenas na Amazônia Brasileira ter dificuldades de acesso ao Sistema Público de Saúde no Estado do Amazonas, em especial, pelas distâncias geográficas e pelas poucas informações sobre o perfil epidemiológico dos povos indígenas. Neste sentido, o objetivo deste artigo é descrever as mudanças a respeito da dificuldade do acesso à saúde pública da população indígena presente na região amazônica brasileira, além de abordar as principais implicações sobre o fazer e o pensar da saúde no Estado do Amazonas para os povos indígenas. Utilizou-se a pesquisa dedutiva, qualitativa e de levantamento bibliográfico. Portanto, pode-se afirmar que o perfil de saúde indígena no estado do Amazonas é de alta complexidade, onde este deve ser adaptado às especificidades regionais e das etnias.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde Indígena. Saúde Pública. SUS. Acesso aos serviços de Saúde. Amazonas. Igualdade de tratamento. Saúde de Populações Indígenas.

**ABSTRACT:** *There are several factors for indigenous peoples in the Brazilian Amazon to have difficulties accessing the Public Health System in the State of Amazonas, in particular, due to geographical distances and little information about the epidemiological profile for indigenous people. In this sense, the objective of this article is to describe the changes regarding the difficulty of access to public health of the indigenous population present in the Brazilian Amazon region, in addition to addressing the main implications on the doing and thinking of health in the State of Amazonas for the peoples indigenous peoples. Deductive, qualitative and bibliographic research was used. Therefore, it can be said that the profile of indigenous health in the state of Amazonas is highly complex, where it must be adapted to regional and ethnic specificities.*

**KEYWORDS:** *Indigenous Health. Public health. SUS. Access to health services. Amazonas. Equal treatment. Health of Indigenous Populations.*

## INTRODUÇÃO

Um dos aspectos pouco conhecidos na história das políticas de saúde no Brasil foi a criação de um serviço de assistência médica às populações indígenas. A assistência à saúde dos grupos indígenas foi sempre desorganizada e esporádica. Mesmo com a criação do Serviço de Proteção Indígena (SPI) não se instituiu qualquer forma de prestação de serviços sistemática à população. As informações disponíveis sobre condições de saúde vieram de

---

<sup>1</sup> Graduanda em Enfermagem da Universidade do Estado do Amazonas.

<sup>2</sup> Graduando em Medicina da Escola Superior de Ciências da Saúde da Universidade do Estado do Amazonas.

<sup>3</sup> Professor Permanente da Universidade do Estado do Amazonas (UEA). Doutorando pelo Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade Federal do Estado de Minas Gerais (PPGD-UFMG).

relatos de missionários e de médicos participantes de expedições. Somente na década de 1950, criou-se o SUSA (Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas), proposto por Noel Nutels e que objetivava ações de saúde aos índios e às populações rurais de difícil acesso (COSTA, 1987).

Grande parte dos índios brasileiros encontram-se na região da Pan-Amazônia. De acordo com o Censo 2010 do IBGE, vivem na Amazônia Brasileira cerca de 306 mil indígenas, sendo os municípios de São Gabriel da Cachoeira, São Paulo de Olivença e Tabatinga os de maior população absoluta indígena entre os municípios do Brasil, sendo 61,4% vivendo na zona rural e na maioria das vezes em regiões distantes que axiomáticamente inviabilizam o acesso ao sistema público de saúde. Embora muitas tribos de índios da Amazônia possuam contato com a cultura externa, elas ainda mantêm os principais aspectos de vida dos seus antepassados como forma de preservação cultural de seus povos (IBGE, 2019).

Independentemente da diversidade cultural dos mais de 50 idiomas “vivos” (IBGE, 2019) que identificam as práticas tradicionais e culturais dos povos indígenas no estado do Amazonas todos vivem da caça, da pesca, do extrativismo vegetal e da agricultura em grandes extensões territoriais de preservação demarcadas e protegidas. Embora grande parte dos povos indígenas da Amazônia tenha suas terras demarcadas e protegidas por lei, eles ainda sofrem com a presença de garimpos na região, de grandes madeireiras, construção de hidrelétricas e rodovias e o avanço da agropecuária de grande porte.

A política de saúde para os povos indígenas é uma das questões mais delicadas e problemáticas da política indigenista oficial. Sensíveis às enfermidades trazidas por não-indígenas e, muitas vezes, habitando regiões remotas e de difícil acesso, as populações indígenas são vítimas de doenças como malária, tuberculose, infecções respiratórias, hepatite, doenças sexualmente transmissíveis, entre outras (ISA, 2018).

A saúde é um direito fundamental do ser humano e dever do Estado, conforme art. 196 da Constituição da República Federativa do Brasil (BRASIL, 1988). Por isso, o Estado (República Federativa do Brasil) deve, por obrigação prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, sendo o dever deste, garantir a saúde, consistindo da formulação e execução de políticas econômicas e sociais, que auxiliem na redução de riscos de doenças e de outros agravos, bem como, no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção. Portanto, há de se

considerar legalmente, conforme o art.2 da Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990) a proteção e recuperação sendo dever do Estado não excluir as pessoas, da família, das empresas e da sociedade (BRASIL, 1990).

O objetivo do presente artigo é descrever as mudanças a respeito da dificuldade do acesso à saúde pública da população indígena presente na região amazônica brasileira, além de abordar as principais implicações sobre o fazer e o pensar da saúde no Estado do Amazonas para os povos indígenas. Aborda-se também, a maneira como a política brasileira foi conduzida nas últimas décadas, refletindo diretamente na população indígena e no seu atendimento inadequado, o que indica uma necessidade de diálogo entre as esferas públicas para que os direitos dos indígenas sejam, de fato cumpridos conforme presente na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e leis específicas. Essas dificuldades ao acesso de Sistema Público de saúde mostra um perfil de violações de Direito a saúde dos povos indígenas na Amazônia Brasileira.

Utilizou-se a pesquisa dedutiva, qualitativa e de levantamento bibliográfico. Partiu-se do caso da promoção da saúde indígena do Brasil, para depois se especificar o caso do Amazonas, do qual se fez um levantamento bibliográfico em livros e artigos científicos para evidenciar o quadro do perfil epidemiológico do Brasil e do Amazonas. Delimitou-se na relação da promoção de saúde indígena com as dificuldades no acesso ao Sistema Público de Saúde no estado do Amazonas.

## **2. ASPECTOS CONSTITUCIONAIS RELACIONADOS COM A SAÚDE INDÍGENA**

Até a década de 1960 no Brasil, ainda não havia uma instituição governamental encarregada pela atenção à saúde indígena, mesmo com a formação da Fundação Nacional do Índio (FUNAI) no ano de 1967. Foi criada então a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas atrelada ao Ministério da Saúde, regulamentada pelo Decreto nº 3.156 em 1999, que integra a Política Nacional de Saúde, para que os problemas dessa população parassem de ser negligenciados, de forma a promover o cuidado ao índio, respeito e articulação entre as culturas de saúde indígena com o Sistema Único de Saúde (SUS) (RIBEIRO et al., 2017; FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2002).

Em 19 de setembro de 1990 foi estabelecida a Lei nº 8.080, que tornou formal a responsabilidade do Estado em instituir o atendimento à saúde indígena. Sendo algumas

funções e recursos orçamentários de responsabilidade da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), e através da Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999 é instituído o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, o qual faz parte do SUS, sendo este o responsável pela articulação entre esse Subsistema e os órgãos responsáveis pela Política Indígena do País, a partir disso, a população indígena possui acesso garantido ao SUS sem discriminações (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2009). Já em 2011, foi criada uma instituição responsável pela gestão exclusiva para a saúde indígena no Brasil, chamada de Secretaria Especial de Saúde Indígena (Senai).

Essas medidas legislativas são de suma importância para que os direitos humanos dos povos indígenas sejam respeitados, para que sua dignidade seja mantida, sem preconceitos e discriminação, tendo em vista todas as diferenças e particularidades culturais dessa população.

### **3. SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL**

O perfil epidemiológico dos povos indígenas é desconhecido no Brasil. Isso ocorre em decorrência da exiguidade e execuções de pesquisas, bem como censos condignos correspondentes à realidade dos povos indígenas, por isso, os sistemas de informações são precários em relação a morbidade e mortalidade dos povos indígenas no Brasil. Além disso, pensar na saúde indígena, tem que pensar, na sociodiversidade existentes nestes povos, isso significa que promover a saúde pública a eles, é também considerar como eles pensam a saúde (SANTOS e COIMBRA JÚNIOR, 2005, p. 13).

A sociodiversidade dos povos indígenas envolve centenas de etnias, com centenas de línguas falantes, em processos de interação com o meio ambiente natural intrínsecos e com outro processo de interação com as comunidades de humanos não-indígenas presente. Na Amazônia, São Paulo, Campos Grande e outros, há grupos isolados, grupos em processo de interação e outros já com franca interação com os humanos não-indígenas, sejam em territórios rurais, sejam em territórios urbanos, isto é, os poucos dados disponíveis faz com que não se possa traçar o perfil epidemiológico dos povos indígenas e por sua vez, a ausência de elementos quantitativos, para embasar análises dados gerais e também em casos específicos, tornando cada vez mais, a saúde indígena precária (SANTOS e COIMBRA JÚNIOR, 2005, p. 13).

A concepção de saúde-doença pela população indígena é claramente diferente da percepção da medicina ocidental. Isso acarreta dificuldade na articulação conjunta dessas duas formas de cuidado, tornando-se uma problemática frequente. Essa dificuldade muitas vezes é acarretada pela falta de compreensão, dificuldades relacionadas à linguagem e discriminação. Desta maneira, os profissionais precisam possuir sensibilidade para conseguir lidar da melhor forma possível com essas diferenças (BARRETO, 2017).

A partir disso, entende-se que a atenção à saúde indígena precisa ser diferenciada, no parâmetro de equidade do SUS, para que essa população possua o mesmo nível de atendimento que a população não indígena. Porém, no Brasil ainda não há uma produção sistemática de assuntos que contemplem estes assuntos de diferenças étnicas e raciais (RIBEIRO et al., 2016).

Com a criação da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena, o território brasileiro indígena foi subdividido em 34 distritos de acordo com a cultura, aspectos demográficos, sociais e econômicos chamados de Distritos Especiais de Saúde Indígena. As assistências nesses distritos se iniciam por unidades de saúde que ficam nas aldeias, realizadas por Agentes Indígenas de Saúde, sendo estes os responsáveis por promover uma atenção prévia à população indígena (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2009).

Conforme aumenta a complexidade do quadro clínico do indígena, ele acaba sendo encaminhado para outros serviços de saúde referenciado pelo SUS. Em relação a estes casos, o indígena é observado pelas chamadas Casas de Apoio à Saúde do Índio (CASAI) e elas precisam ser capazes de receber, alojar e alimentar os pacientes e seus acompanhantes. O problema é quando isso não acontece, ferindo os direitos e a dignidade desses indivíduos. A oferta de processos educativos aos trabalhadores das CASAI também é de suma importância para que ocorra uma interação saudável e que consiga melhorar as condições de saúde dos indígenas atendidos (RIBEIRO et al., 2017).

O departamento responsável por avaliar a implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas é o Departamento de Saúde Indígena (DSI). Ele verifica então, as ações voltadas para melhor articular e organizar o atendimento ao indígena, promovendo, protegendo e recuperando com maior eficiência e respeito a saúde desse indivíduo (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2009).

Uma das possibilidades necessárias para o desenvolvimento da saúde indígena no Brasil é a criação de um sistema de Informação unificado. Em decorrência de precariedade dos conhecimentos disponíveis sobre o perfil saúde/doença se faz necessário compreender que a existência de todo e qualquer tipo de registros epidemiológicos e necessário para se pensar num planejamento, implementação e avaliação dos programas de saúde indígena. (SANTOS e COIMBRA JÚNIOR, 2005, p. 35). Neste sentido, há de se ter uma preocupação com os dados confiáveis, que apresentam também inter-relações de alta complexidade entre desigualdades sociais, processo de saúde e etnicidade, omissão da República Federativa do Brasil e pior, o avanço de políticas públicas que não respeitam a territorialidade destes. Para tal, se faz necessário que esses dados sejam consolidados entre pesquisadores, lideranças indígenas e provedores de serviços de saúde (SANTOS e COIMBRA JÚNIOR, 2005, p. 36).

#### **4. SAÚDE INDÍGENA NO AMAZONAS**

Observa-se os processos que articulam o atendimento da saúde ao indígena no Brasil, e a partir disso pode-se ampliar essa análise para o Amazonas. Como já dito, a Região Norte apresenta o maior contingente populacional indígena em comparação com as outras regiões do Brasil. Na maior parte dos interiores do estado do Amazonas, infelizmente, a saúde se apresenta em estado de calamidade, e isso pode ser claramente observado apenas pela estrutura dos locais de atendimento, que são precários.

Esse fato, com certeza se estende aos CASAs, por exemplo, o que já descumpr o objetivo que essas casas possuem de ter condições de receber indígenas e seus acompanhantes de forma digna. Devido à essa deficiência estrutural, acaba ocorrendo a deficiência profissional também, pelo fato de ser complicado executar as tarefas em um ambiente sem condições próprias para o trabalho e com poucos recursos (PONTES; REGO; GARNELO, 2015)

A questão da não preferência dos profissionais de saúde para trabalhar nesses locais no interior do Amazonas, muitas vezes se dá pela distância e pelas condições precárias de trabalho, faz com que estes profissionais tenham a preferência de ficarem na capital do estado; outro fator importante também é a dificuldade de se ter acesso à algumas aldeias, tanto o acesso físico, pela questão da dificuldade de locomoção que é fluvial, tanto pelo acesso comunicativo, às vezes, as pessoas que não são pertencentes à determinada aldeia não são

bem recebidas pelos indígenas. Esses aspectos dificultam a promoção de saúde à população indígena.

Existe também, uma dificuldade na compra de medicamentos e no acesso à eles, o que atrapalha no processo de cura. Além da dificuldade na comunicação, tanto na barreira linguística, quanto na de concordância com a realização de alguns procedimentos, sendo que algumas vezes os indígenas decidem se tratar com seus meios tradicionais, sendo importante é que eles tenham saúde. Assim, a interpretação do processo saúde-doença para os indígenas é analisada de maneira diferente, e essa diferença se estende às tribos, os elementos da natureza possuem significados distintos, a maneira como eles enxergam a vida é única, e isso tudo precisa ser levado em consideração pelos profissionais da saúde que vão lidar com essas pessoas e devem respeitar essas realidades (PONTES; REGO; GARNELO, 2015, SILVA et al., 2016), até mesmo pelo fato do estado não está presente como deveria.

A perspectiva antropológica de Menéndez, permite visualizar os diferentes tipos de atenção e dialogar com as interações entre a biomedicina e a autonomia nos usuários em relação ao cuidado e tratamento. Também há dificuldades em marcar consultas, na alimentação, que apesar de ser oferecida aos indígenas e pelos CASAls, é diferente das que eles costumam comer e, o longo tempo de espera para a realização de procedimentos hospitalares (MENÉNDEZ, 2003, PONTES; REGO; GARNELO, 2015, SILVA *et al.*, 2016).

A partir disso, consegue-se notar uma complexidade enorme na prestação de serviços de saúde aos indígenas no Amazonas. Apesar de terem melhorado na questão da organização e iniciativa, estão longe da excelência, pois, apesar de existir um plano para que a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas seja efetiva na região, há diversos fatores na prática que impossibilitam essa política, por exemplo, a logística no transporte (SILVA et al., 2016).

Dentre vários fatores, há de se pensar num outro perfil dialógico entre o modelo de saúde não-indígena com o modelo de saúde indígena, do qual, talvez criar um modo de sincronizar em um terceiro modelo que envolva ambos. Inicialmente, pode-se pensar no conselho indígena, nos conselhos de saúde, onde há de se pensar num modelo que vá além da representatividade democrática grega, que o Brasil adotou, pois, as lideranças indígenas sempre tomam decisão coletivamente constituídas, ou seja, a decisão não é tomada pela autoridade, mas sim, pela coletividade. As lideranças indígenas são voltadas à mediação do

contato interétnico, que não possuem poder de mando rumo às tomadas de decisões com a sociedade nacional (GARNELO e SAMPAIO, 2003, p.313).

O processo de tomada de decisões são expressas pelas relações de parentesco do que com as entidades e conselhos de saúde. As prioridades para distribuição de bens e serviços são tomadas pelos indígenas, pela lógica redistributiva própria dos povos amazônicos e não pela observação da lógica técnica e de chefia, muito comum, no SUS. Na prática os agentes de saúde ficam divididos entre essas duas lógicas, onde de um lado, tem-se que atender às demandas da representatividade do estado, ao mesmo tempo que tem que atender as demandas dos povos, e não sendo assim, estes não são eleitos novamente (GARNELO e SAMPAIO, 2003, p.313-314).

A autarquia e autonomia são valores mais caros aos povos indígenas. Tem-se que incentivar sempre a própria subsistência de cada grupo, sem que tenha dependências entre os clãs ou famílias, considerando que quando há estas relações entre os povos indígenas, há rituais e estas são mantidas por meio de trocas nestes, o que é incompatível com as normas técnicas, como hierarquia e área de cobertura de redes de serviços, em ordem crescente de complexidade. Um exemplo, é quando se constrói um Unidade Básica de Saúde, onde não se verifica, aos povos indígenas, como um incremento real e racionalizado de bens e prestígios, mas sim, como um privilégio político de determinado povo indígena, explicitando um campo fértil para o acirramento de conflitos e disputas preexistentes, vale salientar que, há etnias totalmente incompatíveis entre si (GARNELO e SAMPAIO, 2003, p.314).

Há de se pensar em um aspecto mais delicado ainda, “as formas indígenas de conceber a doença e a saúde se definem boa parte das reivindicações levadas aos conselhos” (GARNELO e SAMPAIO, 2003, p.314). Essas ideias e posicionamento envolvem tanto a cosmologia de cada povo, como as ideias incorporadas, especificamente por cada povo, durante o processo colonizatório, que produziu sempre muitas incertezas, como o modelo campanhista veiculado pelos missionários e pela FUNAI; o modelo de atenção médica curativa centrada na demanda espontânea individual e por último o modelo preventivista do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), dessa forma, se consolidou melhor a medicina tradicional e curativa de cada grupo, visto as incertezas dos modelos políticos do Estado. Conseqüentemente, o modelo de poder do estado impõe aos povos indígenas questionarem seus valores e modos de vida e influírem em mais conflitos étnicos, onde os dirigentes e a



população comum do povo específico podem ter um aporte político do estado e questões políticas se tornam mais importantes que a sustentabilidade dos povos (GARNELO e SAMPAIO, 2003, p.315).

Isso faz com que a dignidade humana da população indígena seja afetada e violada em diversos pontos. Como as crenças quando os profissionais da saúde não aceitam ou se importam com o que o índio acredita; a deficiência no cuidado que pode corroborar em maus-tratos; a deficiência na inclusão acolhedora dos indígenas em outra realidade, o que viola a cultura e costumes dessa população a partir do momento que esse indivíduo é afastado quase completamente de suas práticas. Por exemplo, quando ele precisa ser transferido para Manaus, capital do Amazonas, para receber um atendimento de saúde mais complexo, há uma dependência total pelo estado, considerando que são vulneráveis e hipossuficientes (JUNIOR; LEIVAS, 2016).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Tendo em vista tudo o que foi exposto, é possível perceber a grande complexidade da operacionalização da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e como no Amazonas as dificuldades se tornam ainda maiores por algumas características da região. Todo esse sistema só consegue ser funcional se houver estrutura e investimentos para isso, além de uma ótima capacitação dos profissionais da saúde e incentivos para que eles queiram participar do cuidado à saúde indígena.

As questões de compreensão, respeito às crenças e costumes dos povos indígenas consegue ser trabalhado com os profissionais da saúde, tomando como possível solução para que isso ocorra, uma maior capacitação dos mesmos. A capacidade de entender que para os índios existem outros fatores que influenciam no processo saúde-doença é essencial para integrá-los nos processos de cura. Em relação à estrutura dos locais, um incentivo financeiro maior auxiliaria na reconstrução ou reforma das CASAs, por exemplo. Além da real aplicabilidade desses recursos voltados para esses lugares, ou seja, uma maior fiscalização dos recursos para que eles não sejam desviados também seria de suma importância.

Ainda assim, existem outros pontos difíceis de serem resolvidos ou melhorados, como por exemplo a impossibilidade de se alcançar determinadas aldeias. O transporte é outro fator importante que influencia na realização dos processos de saúde, ter uma estrutura

que favoreça mais o transporte aéreo e fortaleça o fluvial com meios de transporte de qualidade poderia agilizar atendimentos e melhorar a resolução de problemas.

Apesar de todas essas dificuldades enfrentadas para que a população indígena possa ter o acesso à saúde ofertada pelo SUS, todo o sistema de integração é importante. Isto ocorre, para que eles possam ter o cuidado mínimo necessário, mas é importante também, focar em como o projeto se monta e procura na prática alcançar o máximo de objetivos que ele propõe para que se efetive com qualidade, sem violar os direitos humanos dos povos indígenas e prejudicá-los físico ou psicologicamente. Por esse motivo a importância das leis já fomentadas e a criação de novas leis que melhorem a qualidade de vida desses povos, enquanto políticas públicas, são importantes, considerando que os povos indígenas, já foram tão maltratados e muitos dizimados ao longo da História.

## REFERÊNCIAS

BARRETO, João Paulo. Bahserikowi - Centro de Medicina Indígena da Amazônia: concepções e práticas de saúde indígena. **Periódicos UFPA**, Amazônia, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpa.br/index.php/amazonica/article/view/5665/4679>. Acesso em: 17 jun. 2019.

BRASIL. Constituição. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 1988. Brasília Senado Federal. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)> Acesso em 26 mar. 2020

BRASIL. **Decreto n. 8.080, de 19 de set. de 1990**. Lei Orgânica da Saúde. Brasília, DF, ago. 2013. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)> Acesso em: 18 jun. 2019.

COFEN. **Lei Orgânica da Saúde**. Conselho Federal de Enfermagem. Disponível em : <[http://www.cofen.gov.br/lei-8080-lei-orgnica-da-saude\\_4163.html](http://www.cofen.gov.br/lei-8080-lei-orgnica-da-saude_4163.html)> Acesso em 18 jun. 2019.

COSTA, Dina Czeresnia. Política indigenista e Assistência à saúde Noel Nutels e o serviço de unidades sanitárias aéreas. **Cad. Saúde Pública**, vol.3 no.4 Rio de Janeiro Oct.Dec. 1987.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **Lei Arouca**: a Funasa nos 10 anos de saúde indígena. Brasília: FUNASA, 2009. Disponível em: [http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files\\_mf/livro-lei-arouca-10anos.pdf](http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/livro-lei-arouca-10anos.pdf). Acesso em: 17 jun. 2019.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **Saúde dos povos indígenas**. Brasília, 2002. Disponível em: <file:///C:/Users/amand/Pictures/DIREITOS%20HUMANOS/Política%20Nacional%20de%20Atenção%20à%20Saúde%20dos%20Povos%20Indígenas.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2019.

GARNELO, Luiza e SAMPAIO, Sully. Bases sócio-culturais do controle social em saúde indígena. Problemas e questões na Região Norte do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(1):311-317, jan-fev, 2003, p. 311-317.

IBGE. **Censo indígena**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <<https://indigenas.ibge.gov.br/graficos-e-tabelas-2.html>> Acesso em: 18 jun. 2019.

**indígenas no Brasil**. In: COIMBRA JR., CEA., SANTOS, RV e ESCOBAR, AL. (Orgs). Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005, p. 13-47.

ISA. **PIB**. Instituto Socioambiental. Povos Indígenas no Brasil. Disponível em : <[https://pib.socioambiental.org/pt/Sa%C3%BAde\\_Ind%C3%ADgena](https://pib.socioambiental.org/pt/Sa%C3%BAde_Ind%C3%ADgena)> Acesso em: 18 jun. 2019.

JUNIOR, Dailor; LEIVAS, Paulo. O direito à saúde dos povos indígenas e o paradigma do reconhecimento. **Revista Direito e Práxis**, Rio de Janeiro, p. 86-117, 7 jul. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rdp/v8n1/2179-8966-rdp-8-1-0086.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2019.

MENÉNDEZ, Eduardo. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. **Ciências & saúde coletiva**, México DF, p. 187-207, 5 dez. 2002.

PONTES , Ana Lucia ; REGO , Sergio; GARNELO , Luiza. O modelo de atenção diferenciada nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: reflexões a partir do Alto Rio Negro/AM, Brasil. **Ciências & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, p. 3199-3210, 31 jan. 2015.

RIBEIRO, Aridiane *et al.* Aspectos culturais e históricos na produção do cuidado em um serviço de atenção à saúde indígena. **Ciência & Saúde Coletiva**, Ribeirão Preto SP, p. 2003-2012, 21 jul. 2016.

RIBEIRO, Aridiane *et al.* Processo de trabalho e produção do cuidado em um serviço de saúde indígena no Brasil. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, Brasil, p. 1-9, 19 jul. 2017.

SANTOS, Ricardo Ventura e COIMBRA JR, Carlos E. A. **Cenários e tendências da saúde e da epidemiologia dos povos**

SILVA, Domingas *et al.* Dificuldades enfrentadas pelos indígenas durante a permanência em uma Casa de Saúde Indígena na região Amazônica/Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, p. 920-929, 20 out. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n4/1984-0470-sausoc-25-04-00920.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2019.