

**XXVII ENCONTRO NACIONAL DO  
CONPEDI SALVADOR – BA**

**DIREITOS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS I**

**EDITH MARIA BARBOSA RAMOS**

**MARIA AUREA BARONI CECATO**

Todos os direitos reservados e protegidos. Nenhuma parte destes anais poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados sem prévia autorização dos editores.

**Diretoria – CONPEDI**

**Presidente** - Prof. Dr. Orides Mezzaroba - UFSC – Santa Catarina

**Vice-presidente Centro-Oeste** - Prof. Dr. José Querino Tavares Neto - UFG – Goiás

**Vice-presidente Sudeste** - Prof. Dr. César Augusto de Castro Fiuza - UFMG/PUCMG – Minas Gerais

**Vice-presidente Nordeste** - Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva - UFS – Sergipe

**Vice-presidente Norte** - Prof. Dr. Jean Carlos Dias - Cesupa – Pará

**Vice-presidente Sul** - Prof. Dr. Leonel Severo Rocha - Unisinos – Rio Grande do Sul

**Secretário Executivo** - Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Naspolini - Unimar/Uninove – São Paulo

**Representante Discente – FEPODI**

Yuri Nathan da Costa Lannes - Mackenzie – São Paulo

**Conselho Fiscal:**

Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim - UCAM – Rio de Janeiro

Prof. Dr. Aires José Rover - UFSC – Santa Catarina

Prof. Dr. Edinilson Donisete Machado - UNIVEM/UENP – São Paulo

Prof. Dr. Marcus Firmino Santiago da Silva - UDF – Distrito Federal (suplente)

Prof. Dr. Ilton Garcia da Costa - UENP – São Paulo (suplente)

**Secretarias:**

**Relações Institucionais**

Prof. Dr. Horácio Wanderlei Rodrigues - IMED – Santa Catarina

Prof. Dr. Valter Moura do Carmo - UNIMAR – Ceará

Prof. Dr. José Barroso Filho - UPIS/ENAJUM – Distrito Federal

**Relações Internacionais para o Continente Americano**

Prof. Dr. Fernando Antônio de Carvalho Dantas - UFG – Goiás

Prof. Dr. Heron José de Santana Gordilho - UFBA – Bahia

Prof. Dr. Paulo Roberto Barbosa Ramos - UFMA – Maranhão

**Relações Internacionais para os demais Continentes**

Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr - Unicuritiba – Paraná

Prof. Dr. Rubens Beçak - USP – São Paulo

Profa. Dra. Maria Aurea Baroni Cecato - Unipê/UFPB – Paraíba

**Eventos:**

Prof. Dr. Jerônimo Siqueira Tybusch (UFSM – Rio Grande do Sul)

Prof. Dr. José Filomeno de Moraes Filho (Unifor – Ceará)

Prof. Dr. Antônio Carlos Diniz Murta (Fumec – Minas Gerais)

**Comunicação:**

Prof. Dr. Matheus Felipe de Castro (UNOESC – Santa Catarina)

Prof. Dr. Liton Lanes Pilau Sobrinho (UPF/Univali – Rio Grande do Sul)

Dr. Caio Augusto Souza Lara (ESDHC – Minas Gerais)

**Membro Nato** – Presidência anterior Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa - UNICAP – Pernambuco

---

D597

Direitos sociais e políticas públicas I [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI/ UFBA

Coordenadores: Edith Maria Barbosa Ramos; Maria Aurea Baroni Cecato – Florianópolis: CONPEDI, 2018.

Inclui bibliografia

ISBN: 978-85-5505-616-1

Modo de acesso: [www.conpedi.org.br](http://www.conpedi.org.br) em publicações

Tema: Direito, Cidade Sustentável e Diversidade Cultural

1. Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Encontros Nacionais. 2. Assistência. 3. Isonomia. XXVII Encontro Nacional do CONPEDI (27 : 2018 : Salvador, Brasil).

CDU: 34



# **XXVII ENCONTRO NACIONAL DO CONPEDI SALVADOR – BA**

## **DIREITOS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS I**

---

### **Apresentação**

Os artigos publicados foram apresentados no Grupo de Trabalho de Direitos Sociais e Políticas Públicas I, durante o XXVII ENCONTRO NACIONAL DO CONPEDI, realizado em Salvador/BA, entre os dias 13 a 15 de junho de 2018, em parceria com o Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Os trabalhos apresentados abriram caminho para importantes discussões relacionadas aos campos temáticos do GT, em que os participantes (professores, pós-graduandos, agentes públicos e profissionais da área jurídica) puderam interagir em torno de questões teóricas e práticas, levando-se em consideração o momento político, social e econômico vivido pela sociedade brasileira, em torno da temática central do evento – DIREITO, CIDADE SUSTENTÁVEL E DIVERSIDADE CULTURAL. Referida temática apresenta os desafios que as diversas linhas de pesquisa jurídica terão que enfrentar, bem como as abordagens tratadas em importante encontro, possibilitando o aprendizado consistente dos setores socioestatais, políticos e de mercado.

Na presente coletânea encontram-se os resultados de pesquisas desenvolvidas em diversos Programas de Mestrado e Doutorado do Brasil, tendo sido apresentados no GT 23 (vinte e três) artigos de boa qualidade, selecionados por meio de avaliação por pares.

Os trabalhos ora publicados foram divididos em quatro eixos temáticos: Direito à educação, acesso ao trabalho e igualdade de oportunidades; Direito à saúde, políticas públicas de saúde e judicialização da saúde; Direito ao meio ambiente e equidade; Questão social, direitos sociais e políticas públicas.

No tocante ao Direito à educação, acesso ao trabalho e igualdade de oportunidades, 7 (sete) artigos enfrentaram temas que trataram de questões como: 1) O jovem e o acesso ao trabalho: empregabilidade do jovem e o direito ao trabalho decente para uma vida digna; 2) A ADC 41 /DF e a constitucionalidade das ações afirmativas em concursos públicos; 3) A educação como fator de combate à pobreza: uma análise dos resultados do plano Brasil sem miséria; 4) Apontamentos sobre a legitimidade dos provimentos jurisdicionais para análise de políticas públicas relacionadas à fixação de corte etário para ingresso no ensino fundamental; 5) As

políticas públicas de inclusão ao ensino superior: uma análise do contexto brasileiro nos últimos 20 anos; 6) As violações dos direitos de adolescentes transexuais nas escolas e, ainda, a 7) Evolução do direito à educação no Brasil sob a perspectiva pós-colonial

Com relação ao eixo temático do Direito à saúde, políticas públicas de saúde e judicialização da saúde, foram apresentados 7 (sete) trabalhos que em certa medida, discutiram os limites e possibilidades das políticas públicas e do direito à saúde no atual sistema normativo brasileiro. Foram discutidos os seguintes temas: 1) A judicialização do direito à saúde: controle de política pública ou sistema de micro justiça?; 2) A Reforma Psiquiátrica brasileira: a desinstitucionalização da saúde mental e a cultura como alternativa terapêutica; 3) Direito à saúde, lógica de mercado e o seguro hipotético em Ronald Dworkin; 4) Limites e possibilidades do transconstitucionalismo na judicialização da saúde; 5) O direito à saúde e a invisibilidade estatística dos povos indígenas: a carência de dados demográficos e epidemiológicos; 6) Políticas públicas para incorporação de novas tecnologias no sistema único de saúde e, por fim, 7) Sistemas públicos de saúde e eficiência: um comparativo Brasil e Itália.

Em terceiro momento, destaca-se o eixo Direito ao meio ambiente e equidade, com um conjunto de 3 (três) artigos que abordaram diferentes aspectos da temática, quais sejam: 1) A participação popular como instrumento de cidadania ativa por meio da governança nas políticas públicas, a fim de garantir o direito ao meio ambiente como elemento do mínimo existencial; 2) Dignidades da pessoa humana e da legislação, diversidade cultural e sustentabilidade das cidades: uma análise sobre a alocação de recursos; e, bem como 3) Direito do idoso e políticas públicas de sustentabilidade urbana.

Por fim, no quarto eixo temático, intitulado Questão social, Direitos sociais e políticas públicas, acolheu 6 (seis) artigos que conseguiram desenvolver de forma sistemática e atual elementos fundamentais para compreensão do eixo, quais sejam: 1) A questão social no Brasil: uma abordagem a partir da contrarreforma do estado brasileiro; 2) Apontamentos sobre o papel do Ministério Público no controle da implementação dos direitos sociais; 3) Dupla inclusão na América Latina: o comércio justo como proposta auxiliar à concepção da CEPAL; 4) Imigração, direitos sociais e cidadania – legislação e políticas públicas – reflexos nas serventias extrajudiciais; 5) Instrumentalidade do direito ao desenvolvimento para a concretização do desenvolvimento humano: pilares da igualdade e da liberdade; e, ainda, 6) Reflexões teóricas e jurídicas sobre direito ao lazer e o tempo livre. Diante da pluralidade e diversidade do arcabouço normativo e jurisprudencial utilizado, percebeu-se a profundidade das pesquisas e a responsabilidade das investigações, proporcionando uma análise sistemática e verticalizada das temáticas selecionadas.

Agradecemos a todos os pesquisadores da presente obra pela sua inestimável colaboração e desejamos a todos ótima e proveitosa leitura!

Profa. Dra. Edith Maria Barbosa Ramos – UFMA

Profa. Dra. Maria Aurea Baroni Cecato – UNIPÊ

Nota Técnica: Os artigos que não constam nestes Anais foram selecionados para publicação na Plataforma Index Law Journals, conforme previsto no artigo 8.1 do edital do evento. Equipe Editorial Index Law Journal - [publicacao@conpedi.org.br](mailto:publicacao@conpedi.org.br).

# **O DIREITO À SAÚDE E A INVISIBILIDADE ESTATÍSTICA DOS POVOS INDÍGENAS: A CARÊNCIA DE DADOS DEMOGRÁFICOS E EPIDEMIOLÓGICOS**

## **THE RIGHT TO HEALTH AND THE STATISTICAL INVISIBILITY OF INDIGENOUS PEOPLES: THE DEPTH OF DEMOGRAPHIC AND EPIDEMIOLOGICAL DATA**

**Abel Gabriel Gonçalves Junior**

### **Resumo**

Esse artigo tem como vértice mais uma das múltiplas interfaces do direito à saúde indígena. Assim, por meio da metodologia bibliográfica documental, o presente estudo visa evidenciar a invisibilidade dos Povos Indígenas no Brasil em razão da ausência de informações estatísticas e dados oficiais sobre o perfil demográfico e epidemiológicos dessas populações. Nesse sentido, ao longo dos capítulos realizam-se reflexões sobre as poucas informações existentes em bancos de dados públicos. Ao final, discute-se a responsabilidade e os obstáculos do Estado no campo do direito sanitário, especificamente para traçar um perfil sanitário do índio.

**Palavras-chave:** Direito à saúde, Povos indígenas, Direito sanitário, Invisibilidade sanitária

### **Abstract/Resumen/Résumé**

This article has as one of the multiple interfaces of the right to indigenous health. Thus, through the documentary bibliographical methodology, the present study aims to show the invisibility of the Indigenous Peoples in Brazil due to the lack of statistical information and official data on the demographic and epidemiological profile of these populations. In this sense, throughout the chapters there are reflections on how little information exists in public databases. In the end, the responsibility and obstacles of the State in the field of sanitary law, specifically for an Indian health profile, are discussed.

**Keywords/Palabras-claves/Mots-clés:** Right to health, Indian people, Health law, Health invisibility

## 1. INTRODUÇÃO

Esse trabalho nasce dos estudos voltados ao direito sanitário para os Povos Indígenas. Em verdade, esse artigo reúne algumas das interfaces da saúde indígena como: a) a invisibilidade sanitária; b) a carência de dados demográficos e epidemiológicos; c) a ausência de uma legislação sanitária específica para esses povos; d) o direito de acesso à informação; e e) as poucas ações do Estado na identificação do perfil sanitário dessas populações. Nesse sentido, o objetivo principal consiste em evidenciar a invisibilidade dos Povos Indígenas no Brasil em razão da ausência de informações estatísticas e dados oficiais sobre o perfil demográfico e epidemiológicos desses povos tradicionais<sup>1</sup>.

Para alcançar esse objetivo, a metodologia adota consiste na revisão bibliográfica da literatura jurídica e especialmente sanitária. A seleção dessas bibliografias atentou-se aos livros, artigos, teses e outros estudos relevantes para a temática. Nesse aspecto é possível destacar alguns autores que possuem pesquisas específicas no campo do direito sanitário (DALLARI, JUNIOR, 2010; SCHWARTZ, 2001; COIMBRA JR., 2014, LANGDON, GARNELO, 2004).

Ademais, também foi realizado ao um levantamento quantitativo por meio da análise de dados e informações constantes em documentos públicos. Essa análise quantitativa ao longo do trabalho resultou em: a) uma tabela (Tabela 1 - Taxa de mortalidade infantil indígena, Brasil e Regiões, 2000-2009); b) dois gráficos (Gráfico 1 - Taxa de Mortalidade Infantil (por 1.000 nascidos vivos) em povos indígenas e população não indígena, Brasil, 2000 a 2011 e Gráfico 2 – Distribuição percentual das principais causas de mortalidade em indígenas no Brasil (ambos os sexos), segundo a classificação por capítulos da CID-10, Brasil, 2002); e c) dois quadros (Quadro 1 – Principais marcos da legislação sobre Saúde Indígena no Brasil ulterior a Constituição Federal de 1988 e Quadro 2 – Conferências Nacionais de Saúde Indígena, principais objetivos e número de propostas).

Por fim, a sistemática de organização dos assuntos debatidos, foi dividida em dois momentos: no primeiro momento, centralizado nas reflexões dos indicadores nacional de saúde indígena, com foco central na carência de dados demográficos e epidemiológicos; e no

---

<sup>1</sup> As comunidades tradicionais, conforme leciona os autores DIEGUES e ARRUDA (2001) “são grupos humanos diferenciados sob o ponto de vista cultural, que reproduzem historicamente seu modo de vida, de forma mais ou menos isolada, com base na cooperação social e relações próprias com a natureza”<sup>1</sup>. Portanto, se inserem nesse contexto, inquestionavelmente e de forma exemplificativa, as comunidades indígenas e quilombolas, possuindo função elementar e fundamental na gestão do meio ambiente ante sua conjuntura organizacional.

segundo momento, o próprio o direito sanitário, a invisibilidade estatística dos Povos Indígenas e o direito de acesso à informação.

## **2. REFLEXÕES DOS INDICADORES NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA: A CARÊNCIA DE DADOS DEMOGRÁFICOS E EPIDEMIOLÓGICOS**

*“O perfil de saúde dos povos indígenas é muito pouco conhecido, o que decorre da exiguidade de investigações, da ausência de inquéritos e censos, assim como da precariedade dos sistemas de informações sobre morbidade e mortalidade”.*

Carlos Everaldo Alvares Coimbra Junior e Ricardo Ventura Santos

Os parágrafos iniciais serão dedicados para a inclusão de breves considerações sobre saúde, direito à saúde e direito à saúde indígena. Dessa forma, o processo de constituição do conceito de saúde<sup>2</sup>, do Direito à Saúde, do direito à saúde indígena e da formação de uma Política Nacional de Atenção a Saúde Indígena encontra abrigo em muitas pesquisas sociais, antropológicas e jurídicas. Defende-se aqui, com algumas adaptações, que o direito à saúde deve ser encarado como um bem jurídico de várias dimensões: individual, coletiva, de desenvolvimento, e intercultural (DALLARI, JUNIOR, 2010).

Assim, o direito à saúde encontra abrigo em vários dispositivos constitucionais e por força do artigo 196º da Constituição Federal de 1988, “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Portanto, o direito à saúde posiciona-se como um direito humano fundamental. É nesse mesmo sentido que a Declaração Universal dos Direitos Humanos em artigo 25º dispõe:

Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade.

---

<sup>2</sup> Com efeito, a afirmação da saúde como ausência de doença, como dito, embora padeça de insubsistência, afirma a existência de um núcleo preciso orientando a compreensão do que, de forma clara e inquestionável, é direito subjetivo do indivíduo, ou seja, o de assistência integral, quer para evitar, quer para tratar, quer para ainda readaptar o indivíduo socialmente. Já as formulações incorporadas pela Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS), consubstanciam inegável evolução na abordagem do tema, talvez apresentem como virtude maior a identificação da saúde como um bem jurídico que apresenta três diferentes dimensões: uma individual, outra coletiva e outra ainda de desenvolvimento, assim pensando não só com base nas presentes, mas também nas gerações futuras. (DALLARI, JUNIOR, 2010, p. 10)

Outros documentos surgiram, onde a saúde foi inserida com mais precisão, como o Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, que foi adotado pela XXI Sessão da Assembleia-Geral das Nações Unidas, em 19 de dezembro de 1966 e entrou em vigor, para o Brasil, em 24 de abril de 1992 através do decreto n. 591.

#### ARTIGO 12

1. Os Estados Partes do presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental.
2. As medidas que os Estados Partes do presente Pacto deverão adotar com o fim de assegurar o pleno exercício desse direito incluirão as medidas que se façam necessárias para assegurar:
  - a) A diminuição da mortalidade e da mortalidade infantil, bem como o desenvolvimento das crianças;
  - b) A melhoria de todos os aspectos de higiene do trabalho e do meio ambiente;
  - c) A prevenção e o tratamento das doenças epidêmicas, endêmicas, profissionais e outras, bem como a luta contra essas doenças;
  - d) A criação de condições que assegurem a todos assistência médica e serviços médicos em caso de enfermidade. (BRASIL, 1992).

Em ambos os documentos internacionais relativos aos direitos humanos, o conceito de saúde adotado é extremamente amplo, “abrangendo desde a típica face individual do direito subjetivo à assistência médica em caso de doença, até a constatação da necessidade do direito do Estado ao desenvolvimento, personificada no direito a um nível de vida adequado à manutenção da dignidade humana” (DALLARI; NUNES JUNIOR, 2010, p. 17). Portanto, evidencia-se uma incorporação do direito à saúde como direito humano fundamental.

Diante disso, para compreender o direito específico a saúde indígena em posição apartada da saúde geral, é necessário encarar a proteção sanitária constitucional por meio de uma visão sistêmica e de valoração dos princípios constitucionais<sup>3</sup>. Assim, pode-se afirmar que a carta constitucional vigente reconhece a necessidade de promoção de uma saúde pensada, planejada e desenvolvida especialmente para essas populações.

Em suma, o direito à saúde é direito fundamental e social do homem (índio ou não índio), a saúde é direito público subjetivo oponível contra o Estado, ela proporciona a criação de um vínculo gerador de obrigações entre o Estado-devedor e o cidadão-credor, é possível

---

<sup>3</sup> O “direito à saúde indígena” amalgama duas frentes de normatização constitucional: por um lado, a normativa tocante aos povos indígenas, e, por outro, a atinente ao direito à saúde. Cada qual está embasada em fito e estrutura constitucional própria. Em ambos os casos, a disciplina normativa – como é próprio de todo o texto constitucional de 1988 – constitui-se de regras e princípios. A bifurcação “saúde” e “indígenas” deve ser diluída pela atividade interpretativa, a qual deve conectar as normativas, para, em conjunto com as demais disposições e princípios constitucionais, determinar os contornos do “direito à saúde indígena”. Nesse contexto, o enquadramento e a compreensão do direito à saúde indígena, bem como seus consectários, pressupõem a reflexão sobre os princípios e sobre a interpretação constitucional (OLIVEIRA, 2009, p. 175).

requerer esse direito pela via administrativa ou até mesmo por meio da judicialização, e, por fim, “o importante é que a saúde seja efetivada, independente dos procedimentos e políticas públicas que serão adotadas, pois a saúde é a forma essencial de preservação da vida” (SCHWARTZ, 2001, p. 87).

## 2.1 a carência de dados demográficos e epidemiológicos

Assim, reserva-se o espaço desse trabalho para tratar especificamente da carência de dados demográficos e epidemiológicos fornecidos pelos órgãos oficiais de gestão de saúde<sup>4</sup>. Trata-se de uma invisibilidade estatística sanitária dos Povos Indígenas, onde próprio Ministério da Saúde relata essa situação no documento publicado em 2002 sobre a Política Nacional de Atenção aos Povos Indígenas:

Não se dispõe de dados globais fidedignos sobre a situação de saúde... [dos povos indígenas], mas sim de dados parciais, gerados pela FUNAI, pela FUNASA e diversas organizações não-governamentais ou ainda por missões religiosas que, por meio de projetos especiais, têm prestado serviço de atenção à saúde dos povos indígenas. 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, p. 10).

Essa declaração do Ministério da Saúde em 2002 colabora com o histórico complexo da questão sanitária indígena e a “invisibilidade epidemiológica e demográfica” dos povos indígenas (COIMBRA JR.; SANTOS, 20-?)<sup>5</sup>. Somente em 2010 a FUNASA apresentou um relatório sobre a “Vigilância em Saúde Indígena Síntese dos Indicadores”. (FUNASA, 2010). Ainda em 2010 foi lançado o “I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos povos indígenas do Brasil”.

---

<sup>4</sup>Com base nos dados disponíveis, não é possível caracterizar de forma satisfatória as condições de saúde dos povos indígenas, dado que estão ausentes os elementos quantitativos necessários para embasar análises abrangentes e sofisticadas. Em geral, é difícil ir além da compilação de estudos de casos específicos, muitos dos quais oriundos da Amazônia. Não obstante, restam poucas dúvidas de que as condições de saúde dos povos indígenas sinalizam para uma considerável situação de vulnerabilidade, colocando-as em desvantagem em relação a outros segmentos da sociedade nacional (COIMBRA JR.; SANTOS, 20-?, p. 3).

<sup>5</sup>É praticamente impossível definir padrões epidemiológicos generalizáveis ou construir indicadores de saúde que consigam englobar a enorme diversidade existente entre as populações nativas brasileiras. Dificuldade adicional para se conhecer os perfis de saúde dos indígenas no Brasil diz respeito à falta de informações disponíveis sobre eventos vitais (nascimentos e mortes) e sobre as principais causas de adoecimento. Até pouco tempo atrás não se dispunha de um sistema de informação destinado a coletar dados sobre eventos de saúde nestas populações, fato que impede qualquer inferência sobre tendências temporais (BASTA et al., 2010, 93).

Outra fonte de informações é o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI)<sup>6</sup> que agrupa os dados epidemiológicos dos 34 distritos sanitários e foi desenvolvido em conjunto com Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS)<sup>7</sup>. Outros sistemas importantes são o Hórus (Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica) e o SISABI (Sistema de Informação de Saneamento em Áreas Indígenas).

Ressalta-se, que com a saída definitivamente em 2011 da FUNASA frente à gestão da saúde indígena e a transferência de responsabilidades para a Secretária Especial de Saúde Indígena (SESAI), anualmente são fornecidos os Relatórios de Gestão. Porém, os dados são de cada ano em exercício e representam apenas os indicadores de desempenho operacional e prestação de contas.

Iniciando a análise sobre dados, o I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição Indígena, realizado entre 2008-2009, visitou 113 aldeias em todo o país, tendo entrevistado 6.692 mulheres e 6.128 crianças. As principais informações correspondem as condições de saneamento e a saúde e nutrição da criança e da mulher indígena. Para a (GENIOLE, 2011, p. 43), “os resultados do inquérito revelam diferenças importantes entre os perfis de saúde de indígenas das diferentes macrorregiões do país”.

No tocante as condições de saneamento, o relatório revelou que somente 19% dos domicílios indígenas em todo o país dispõem de banheiro dentro de casa; 30,6% dos respondentes indicaram defecar fora de casa, no “mato”; e 50% das latrinas estão localizadas fora de casa. Na Região Norte, apenas 0,6% dos domicílios indígenas possuía instalação sanitária dentro de casa.

Relacionado à origem da água usada no cotidiano para beber, há uma importante diversidade considerando o conjunto das macrorregiões, com as frequências mais elevadas para as categorias “torneira fora de casa de uso do domicílio” (36,6%) e, secundariamente, “torneira dentro de casa” (19,1%) e “outros” (14,2%). Coimbra Jr. (2014, p. 857) alerta que “em todo o país, 55% dos domicílios indígenas usam poço artesiano como fonte para obtenção de água”.

---

<sup>6</sup> O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) é composto de dados primários vindos da atenção primária à saúde prestada pelas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), gerenciado pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai) do Ministério da Saúde (BRASIL, 2018).

<sup>7</sup> O SasiSUS configura uma rede de serviços implantada nas terras indígenas, a partir de critérios geográficos, demográficos e culturais. Seguindo os princípios do SUS, esse subsistema considera a participação indígena como uma premissa fundamental para o melhor controle e planejamento dos serviços, bem como uma forma de reforçar a autodeterminação desses povos (BRASIL, 2018).

Quanto ao lixo doméstico, em aproximadamente 80% dos domicílios investigados, consideradas todas as macrorregiões, o lixo é predominantemente enterrado. A segunda categoria mais frequente, ainda que reduzida, é lixo “coletado por serviço de limpeza” (13,0%). No Norte (85,8%), Centro-Oeste (98,6%) e em menor escala no Sul/Sudeste (74,6%), a maioria absoluta é de domicílios com lixo enterrado. No Nordeste há importante participação de lixo “coletado por serviço de limpeza” (37,7%) e “enterrado” (58,5%).

Em suma, Coimbra Jr. (2014, p. 857) assevera que:

O Inquérito Nacional põe em evidência a larga desvantagem que separa as comunidades indígenas das não indígenas no país, sendo marcante a deficiência de saneamento básico, mesmo em regiões onde o acesso às comunidades é facilitado por estradas e as mesmas estão situadas próximas a centros urbanos.

Já referente a saúde e nutrição da criança e da mulher indígena, os resultados do inquérito mostram que a desnutrição é um dos principais problemas de saúde pública das crianças menores de cinco anos, pois cerca de um quarto (25,7%) das crianças examinadas apresenta *déficit* de crescimento para idade sendo que, na região Norte, a prevalência de déficit estatural chega a 40,8%. Especificamente, sobre a mulher indígena no Brasil, o Inquérito Nacional revelou um cenário no qual, assim como o da criança, o campo nutricional assume preponderância. “No entanto, ao invés de desnutrição, o estado nutricional da mulher indígena é marcado pelo excesso de peso – 46% das mulheres pesquisadas apresentaram sobrepeso ou obesidade” (COIMBRA JR., 2014, p. 858).

Conforme já mencionado, outro importante documento sobre saúde indígena publicado no Brasil até hoje, trata-se do relatório sobre a “Vigilância em Saúde Indígena Síntese dos Indicadores” que reuniu os principais indicadores. Nesse sentido, para análise optou-se por destacar componentes chave: i) taxa de mortalidade infantil geral e por regiões; ii) principais causas de mortalidade em indígenas no Brasil.

Referente a as taxas de mortalidade infantil (por 1.000 nascidos vivos) em povos indígenas, verificou-se que no ano 2000 estimava-se a morte de pelo menos 74,6 dessas crianças, já em 2009 esse número reduziu para 41,9. Na análise por regiões o centro-oeste apresenta em 2009 a maior taxa de mortalidade com 48,3, seguido da região norte com 47,3. A Tabela 1 a seguir, reúne informações entre o período de 2000-2009.

Tabela 1 - Taxa de mortalidade infantil indígena, Brasil e Regiões, 2000-2009

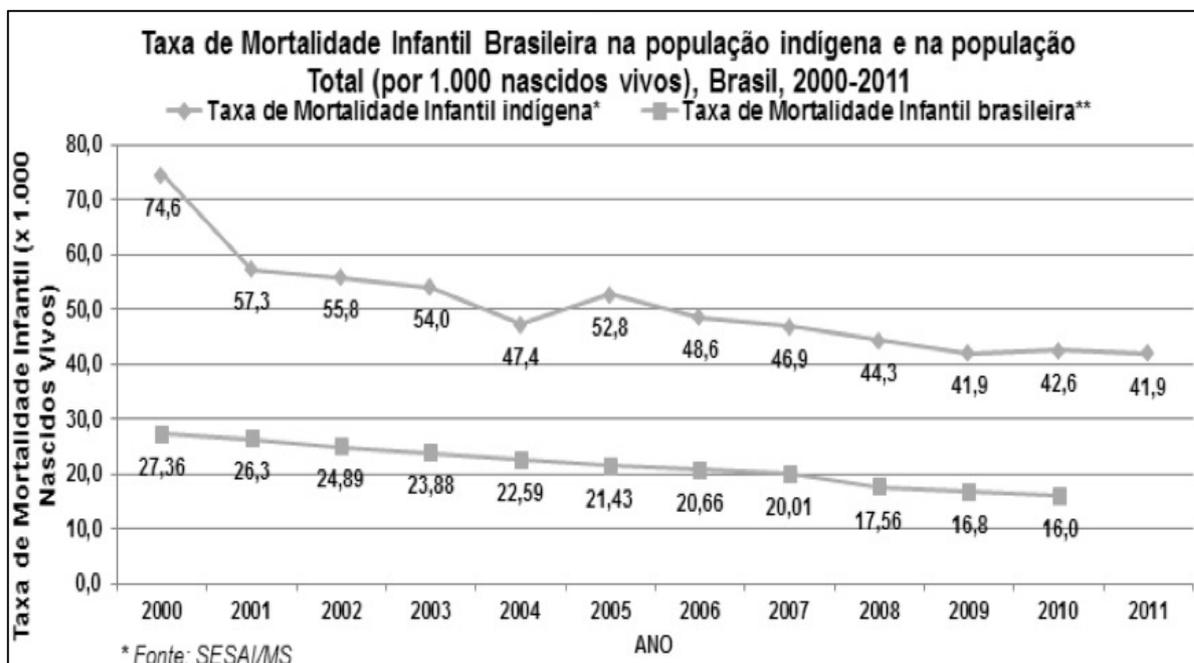
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Variação % 2000/2009
Brasil	74.6	57.3	55.8	54.0	47.4	52.8	48.6	46.9	44.3	41.9	-43.8
Centro-Oeste	95.3	76.7	58.7	59.2	62.1	63.1	46.1	48.8	45.9	48.3	-49.4
Nordeste	76.6	49.4	43.8	43.7	36.2	34.2	45.5	33.3	28.9	27.2	-64.5
Norte	62.3	50.2	64.0	58.7	44.8	57.2	53.0	57.6	48.8	47.3	-24.1
Sul-Sudeste	96.0	57.7	36.9	39.1	44.2	41.1	37.7	19.0	47.0	31.2	-67.5

Fonte: DSEI, SESAI, FUNAI

Ressalta-se que o Coeficiente de Mortalidade Infantil<sup>8</sup> (CMI) é um dos mais tradicionais e úteis indicadores de saúde. Assim, embora esses dados demonstrem um avanço no combate à mortalidade infantil indígena, por meio de uma variação de -43,8% no Brasil, mas quando comparado com as taxas de mortalidade infantil da população não indígena, os dados revelam um cenário alarmante e de iniquidade. O gráfico 1, logo exposto, colabora com essa tese, apresentando as taxas consolidadas de Mortalidade Infantil (por 1.000 nascidos vivos) em povos indígenas e população não indígena do Brasil entre 2000 a 2011.

<sup>8</sup>O coeficiente de mortalidade infantil expressa o número de óbitos de menores de um ano de idade por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado e se propõe a estimar a probabilidade de morte dos nascidos vivos durante o seu primeiro ano de vida (BASTA et al., 2010, 68).

Gráfico 1 - Taxa de Mortalidade Infantil (por 1.000 nascidos vivos) em povos indígenas e população não indígena, Brasil, 2000 a 2011



Fonte: Adaptação do autor - Ministério da Saúde.

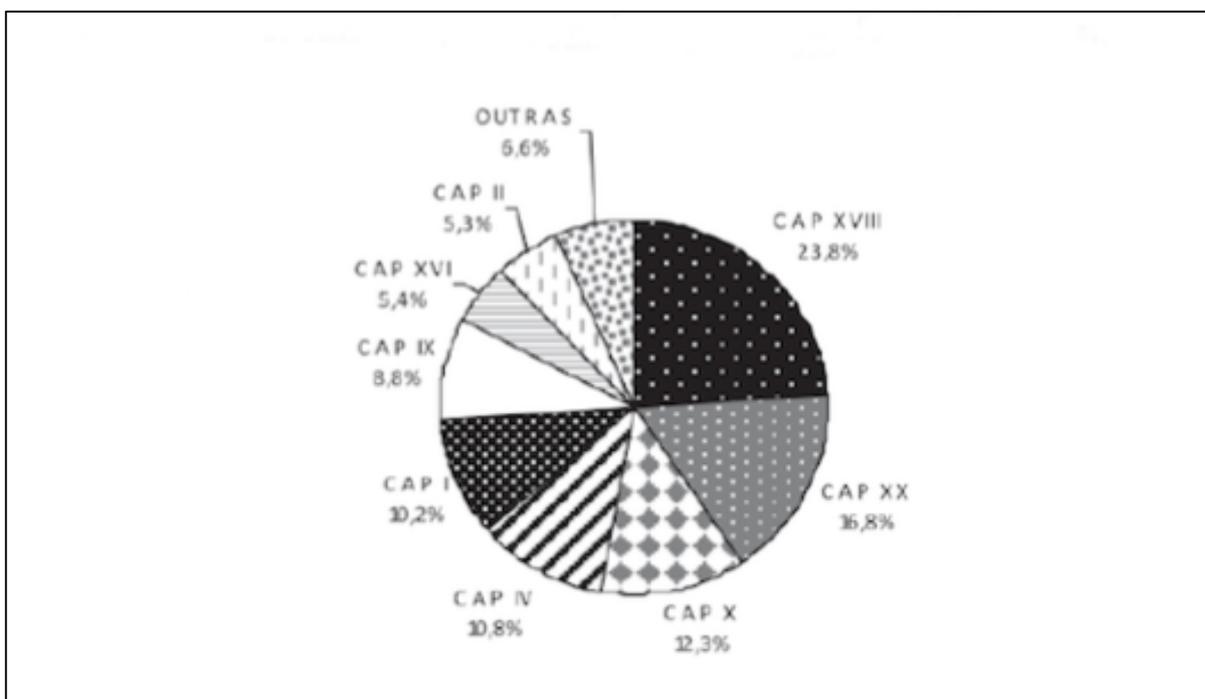
Em uma publicação no ano de 2015, intitulada como “Os índios que não fazem aniversário”, o Jornal *El País* afirmou que “em 13 anos, 9.663 crianças morreram nas aldeias brasileiras antes de completar um ano”. Portanto, ainda que o Brasil tenha diminuído as taxas de mortalidade infantil indígena, os números ainda demonstram o abismo entre a realidade sanitária indígena infantil e realidade sanitária da população não indígena. Ressalta-se, que os indicadores não devem ser analisados isoladamente, a vertente de análise deve ser global. Questiona-se aqui o motivo de ainda morrerem no país mais que o dobro de crianças indígenas do que a população infantil em geral<sup>9</sup>.

Nesse sentido, as principais causas de mortalidade em indígenas no Brasil, é outro quadro que merece ser exposto. Pois os dados disponibilizados apontam para um elevado percentual de mortes por causas mal definidas, denotando insuficiente assistência à saúde dos indígenas. A seguir, o gráfico 02 apresenta informações sobre a distribuição percentual das

<sup>9</sup>Os valores dos CMI encontrados entre as crianças indígenas brasileiras são, inclusive, superiores aos reportados para outros segmentos, historicamente desprivilegiados, da sociedade nacional como as crianças de cor ou raça negra que apresentam valores de 34,9 por mil nascidos vivos (IBGE, 2005).

principais causas de mortalidade em indígenas no Brasil (ambos os sexos), segundo a classificação por capítulos da CID-10<sup>10</sup> no ano de 2002.

Gráfico 2 – Distribuição percentual das principais causas de mortalidade em indígenas no Brasil (ambos os sexos), segundo a classificação por capítulos da CID-10, Brasil, 2002.



Fonte: DESAI/FUNASA, Brasília, Distrito Federal, 2003

Conforme observado no gráfico 2, a principal causa de morte foi tributada ao conjunto de “causas mal definidas” (Cap. XVIII = 23,8%), seguida pelas “causas externas de morbidade e de mortalidade” (Cap. XX = 16,8%), pelas “doenças do aparelho respiratório” (Cap. X = 12,3%), pelas “doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas” (Cap. IV = 10,8%) e pelas “doenças infecciosas e parasitárias” (Cap. I = 10,2%) (BASTA et al., 2010).

Basta et al. (2010) ainda chamam atenção para as doenças predominantes na população indígena: a) infecciosas e parasitárias (Tuberculose, Malária, Hepatites virais, Infecções respiratórias agudas, doenças diarreicas e parasitismo intestinal); b) Doenças crônicas não transmissíveis e doenças e agravos relacionados ao estado nutricional; c) Doenças

<sup>10</sup>Trata-se da Décima edição da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10). Trata-se de um sistema internacional de classificação e categorização de entidades mórbidas, que visa agrupar um determinado conjunto de afecções, em uma linguagem universal, de modo a facilitar a sua aplicação com fins epidemiológicos, estatísticos e de gestão de recursos administrativos na área de saúde. Neste texto foi priorizada a apresentação e discussão dos dados, segundo a classificação por capítulos da CID-10. (BASTA et al., 2010, 65).

e desordens sociais (Alcoolismo, Suicídio); d) Saúde bucal dos grupos indígenas do Brasil. Destaca-se que as doenças infecciosas e parasitárias são a principal como as principais causas de morbidade e mortalidade entre os indígenas no Brasil<sup>11</sup>.

As condições de saúde dos povos indígenas ainda é uma incógnita em sua totalidade, pois os poucos dados revelam apenas alguns traços da interface indígena, mas esses traços já apontam para uma situação de vulnerabilidade sanitária. Nesse sentido, assevera-se que:

Com base nos dados disponíveis, não é possível caracterizar de forma satisfatória as condições de saúde dos povos indígenas, dado que estão ausentes os elementos quantitativos necessários para embasar análises abrangentes e sofisticadas. Em geral, é difícil ir além da compilação de estudos de casos específicos, muitos dos quais oriundos da Amazônia. Não obstante, restam poucas dúvidas de que as condições de saúde dos povos indígenas sinalizam para uma considerável situação de vulnerabilidade, colocando-as em desvantagem em relação a outros segmentos da sociedade nacional (COIMBRA JR; SANTOS, 20-?, p. 4)

Ante os aspectos gerais apresentados pelos indicadores nacionais de saúde indígena, o próximo tópico desse artigo tem como fito estudar os conflitos de como o Estado deve proceder na tutela dos direitos sanitários para essas populações, cujos os dados demográficos e epidemiológicos são desconhecidos em sua totalidade.

### **3. O DIREITO SANITÁRIO, A INVISIBILIDADE ESTATÍSTICA DOS POVOS INDÍGENAS E O DIREITO DE ACESSO A INFORMAÇÃO**

*“A presença de populações indígenas nos vários países foi ignorada e/ou quase invisível nas legislações, nos censos nacionais, e nas atividades das instituições governamentais tais como Ministérios de Saúde. O índio foi visto como um obstáculo para o progresso dos países, justificativa esta para a ideologia de integração”.*

E. Jean Langdon

O Direito Sanitário apresenta-se dentro do sistema jurídico como um subsistema. Trata-se de uma matéria autônoma no seu interior, uma vez que é alicerçado em princípios e parâmetros próprios, com o fito de atingir o seu objetivo maior: “o regramento de atividades públicas e privadas relacionadas à saúde” (DALLARI; NUNES JÚNIOR, 2010).

Retomando a questão central, segundo os dados mais recentes da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), os Indígenas representam 8,3% da população da América Latina. O organismo regional acredita que países devem melhorar

---

<sup>11</sup>Apesar da ocorrência de importantes modificações no perfil de saúde e adoecimento dos povos indígenas no Brasil, especialmente nas últimas quatro décadas, o conjunto de doenças infecciosas e parasitárias continua sendo uma das principais causas de adoecimento e morte (BASTA et al., 2010, 66).

qualidade de dados coletados sobre povos indígenas para incluí-los em censos e políticas públicas.

Pois bem, inerente as políticas de saúde, a ausência de dados estatísticos revela um cenário histórico de invisibilidade desses povos que persiste até os dias atuais. Assim, destaca a autora Carolina Brito (2013, p. 109):

A análise das políticas de saúde para as populações indígenas requer uma discussão mais geral. Criou-se, no início da República, uma agência estatal específica para estas populações - o SPI - e conformou-se, em 1920, uma maior centralização das ações de saúde com a criação do DNSP. Uma hipótese para explicar a ausência da questão indígena nas políticas nacionais de saúde até, pelo menos, a década de 1950, poderia ser encontrada nesta segmentação institucional. Contudo, tal explicação não nos parece suficiente, pois consideramos que um dos pressupostos da saúde pública consistiu na tentativa de mudança das condições de saúde e de vida das populações sertanejas, ou, se quisermos reproduzir expressão corrente nas décadas de 1910 e 1920, na 'redenção do homem sertanejo'. Desse modo, mais do que resultado de uma segmentação institucional, a relativa invisibilidade da saúde indígena deve ser encontrada na relação complexa entre Estado, populações indígenas e concepções sobre nacionalidade. Tratava-se de construir o ideal de 'homem brasileiro', tendo por base o caboclo, resultado da miscigenação entre o branco europeu e o indígena. A campanha pelo saneamento rural deixara na sombra as populações nativas.

Dessa forma, mostra-se evidente ao longo da história o desamparo estatal as populações indígenas quanto ao direito social a saúde. Ademais, a ausência de informações oficiais demonstra a omissão, falibilidade e ineficiência dos sistemas e programas oficiais para a captação de informações. Essa ausência de informações pode ser explicada também em razão da deficiência de legislação específica (constitucional e infraconstitucional) sobre a proteção sanitária no Estado brasileiro. Conforme destaca DALLARI (2010), o direito à saúde não foi tema das constituições brasileiras anteriores a 1988, a não ser acidentalmente. No quadro 1 a seguir, é possível observar os marcos da legislação sobre saúde indígena no Brasil na nova ordem constitucional.

Quadro 2 – Principais marcos da legislação sobre Saúde Indígena no Brasil ulterior a Constituição Federal de 1988

Ano	Normas e Documentos	Conteúdo
1990	Lei n. 8.080	Regulamentou o Sistema Único de Saúde previsto na Constituição Federal de 1988 e estabeleceu que a direção única e a responsabilidade da gestão federal do Sistema são do Ministério da Saúde
1991	Decreto n. 23	Transfere da Funai para o Ministério da Saúde a responsabilidade pela coordenação das ações de saúde para os povos indígenas.
1996	Resolução 196 do	Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de

	Conselho Nacional de Saúde	pesquisas envolvendo seres humanos, com indicação sobre a especificidade dos povos indígenas.
1999	Lei 9.836 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.
1999	Portaria 852 do Ministério da Saúde	Cria os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI).
1999	Portaria 1.163 do Ministério da Saúde	Dispõe sobre as responsabilidades na prestação de assistência à saúde dos povos indígenas no Ministério da Saúde.
2001	Portaria 479 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.
2002	Portaria 254 do Ministério da Saúde	Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.
2002	Portaria 2.405 do Ministério da Saúde	Cria o Programa de Promoção da Alimentação Saudável em Comunidades Indígenas.
2004	Portaria 69 da Funasa	Dispõe sobre a criação do Comitê Consultivo da Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, vinculado à Funasa.
2008	Portarias GM n. 3.034 e 3.305	Criação do GT Saúde Indígena, para elaboração de propostas de um novo modelo de saúde indígena
2010	Medida Provisória n. 483 e Lei n. 12.314	Autoriza e cria a Secretária Especial de Saúde Indígena (Sesai), transferindo as ações de atenção à saúde indígena da Funasa para a Sesai integralmente no ano de 2011.

Fonte: Adaptação do autor.

A temática sanitária para os Povos Indígenas na legislação praticamente encontra amparo apenas na ordem constitucional. Essas considerações, são visíveis também quando se analisa as poucas Conferências Nacionais de Saúde Indígena, pois conforme o quadro 2, anterior a 1988 foi realizado apenas uma conferência (1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio em Brasília, DF no ano de 1986).

Quadro 3 – Conferências Nacionais de Saúde Indígena, principais objetivos e número de propostas

Ano	Conferência	Objetivo	N. Propostas
1986	1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (Brasília, DF)	Propor e discutir diretrizes relativas à saúde indígena	22
1993	2ª Conferência Nacional de Saúde para os Povos	Definir diretrizes de uma política nacional de saúde para os povos indígenas e	140

	Indígenas (Luziânia, Goiás)	atualizar as recomendações da 1ª Conferência Nacional de Proteção 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 auto-sustentação.	157
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.	479
2013	5ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (Brasília, DF)	Aprovar diretrizes para as ações de saúde executadas nas aldeias, por parte dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) que integram o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS)	453

Fonte: Ministério da Saúde (2016)

Essa invisibilidade sanitária também é debatida em outros países latinos, na medida em que se reconhece a exclusão dos Povos Indígenas do debate sobre saúde, direito, ciência, sistemas de proteção e outros aspectos sociais. Esse cenário é exposto por BUELVAS (2017, p. 1155) em uma publicação na Revista de Saúde Coletiva brasileira:

Una invisibilidad reparable que ha sido originada y reproducida por la ausencia de un diálogo entre las ideas y las creencias, es decir, entre la ciencia y la subalternidad o el movimiento social, ejemplo de ello la ausencia de diálogo entre universidades y movimientos sociales o la criminalización de ese diálogo cuando surge. Esta realidad puede ser transformada por la contribución de la salud colectiva y otros campos de pensamiento crítico que pretenden realizar investigación desde y para pueblos indígenas. La salud colectiva como heredera de la medicina social debe ejercer su epistemología como ciencia crítica y con las luchas de las organizaciones sociales en contra de la dominación a partir del profundo cuestionamiento epistemológico y ético-político que producen conocimiento<sup>12</sup>.

Observa-se nessa citação a preocupação da autora diante da ausência de informações e diálogos entre os sistemas de saúde coletiva. Essa preocupação é mais um fundamento de sustentação da grave acusação feita ao Estado ante a conduta de integração, subalternização e invisibilidade do Índio. Diante dessas argumentações, o próximo tópico promove um breve debate sobre o direito de acesso a informação estatística.

<sup>12</sup> Uma invisibilidade reparável que se originou e se reproduziu pela ausência de um diálogo entre idéias e crenças, isto é, entre ciência e subalternidade ou o movimento social, um exemplo disso é a ausência de diálogo entre universidades e movimentos sociais ou a criminalização. desse diálogo quando ele surge. Essa realidade pode ser transformada pela contribuição da saúde coletiva e outros campos de pensamento crítico que buscam realizar pesquisas de e para os povos indígenas. A saúde coletiva como herdeira da medicina social deve exercer sua epistemologia como ciência crítica e com as lutas das organizações sociais contra a dominação do profundo questionamento epistemológico e ético-político que produz o conhecimento (BUELVAS (2017, p. 1155). Tradução do autor.

### **3.1 o direito de acesso a informação estatística**

A Constituição Federal brasileira de 1988 no seu artigo 5º, inciso XIV, consagrou o direito de acesso à informação, regulamento que “é assegurado a todos o acesso à informação e resguardado o sigilo da fonte, quando necessário ao exercício profissional”. Em sentido semelhante, o inciso XXXIII dispõe que os cidadãos “tem direito de receber dos órgãos públicos informações de seu interesse particular, ou de interesse coletivo ou geral”. Portanto, inquestionavelmente, esse dispositivo aplica-se a coleta e armazenamento de dados sanitários sobre os Povos Indígenas. Nesse sentido, é possível destacar conforme os autores (LARA, CARMARGO e ROCHA, 2002, p. 88)

Dados estatísticos e indicadores são úteis na esfera governamental (para o planejamento, formulação de políticas, monitoramento das condições de vida da população, etc.) e nas esferas privadas (por motivos semelhantes). São instrumentos, também, para o exercício da vigilância das ações do Estado por parte dos cidadãos, já que por eles pode-se avaliar seu desempenho. No entanto, como representam recortes comprometidos com arcabouços teóricos, sua condição de representação deve ser validada no processo de circulação de informações.

Assim, compete ao Estado estruturar um sistema que possibilite a devida captação de dados demográficos e epidemiológicos desses Povos Tradicionais. Nesse sentido, o direito de acesso à informação, conforme leciona CANOTILHO, tem três níveis: o direito de informar, isto é, liberdade para transmissão de informações; o direito de se informar, liberdade na busca de informações; e o direito de ser informado, que surge como uma vertente positiva desse direito, devendo o cidadão ser mantido informado através dos meios de comunicações existentes, bem como pelos poderes públicos. Para tanto, cabe ao Estado informar oficialmente os dados/estatísticas que possam traçar um perfil sanitário dessas populações e, por conseguinte, realizar a estruturação de um programa de proteção sanitária que atenda as necessidades, deficiências e carências específica indígenas.

## **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Como reflexões finais, é possível enumerar ao menos quatro obstáculos para a construção de um protagonismo indígena nas políticas sanitárias, a superação da invisibilidade nas estatísticas e da carência de dados demográficos e epidemiológicos:

- a) aperfeiçoamento e maior concretude da legislação vigente por meio dos órgãos oficiais de gestão e proteção sanitária;
- b) adequação do sistema de captação de dados, com informações periódicas e públicas. Devendo ser disponibilizadas nos sítios eletrônicos oficiais e conter registros físicos nas unidades da Fundação Nacional do Índio (FUNAI) em todo território nacional.
- c) elaboração de questionários em pesquisas que reconheça, respeite e inclua as especificidades, características, língua, origem, organização, credo, necessidades e modo de vida diferenciado desses povos.
- d) A superação da relação complexa entre Estado, populações indígenas e concepções sobre nacionalidade, na medida em que é dever combater toda forma de construção de um ideal de 'homem brasileiro'. Pois, esse terrível ideal ocasiona invisibilidade, subalternação e promove a exclusão das populações tradicionais.

Ressalta-se, a complexidade na superação desses obstáculos e atendendo ao objetivo principal desse estudo, é possível afirmar a existência de uma invisibilidade sanitária dessas populações, sobretudo, em razão da ausência de informações estatísticas que devem ser organizadas, produzidas e divulgadas pelo Estado. Em verdade, vários reflexos (sociais, jurídicos, políticos, econômicos e de desenvolvimento) promovem uma política inibidora ao reconhecimento das necessidades e especificidades sanitárias dos Povos Indígenas.

Por fim, esse estudo não visa promover um esgotamento do debate. Ao contrário, as questões indígenas (especificamente no campo sanitário) ainda necessitam de muitas pesquisas e estudos específicos e pormenorizados. Espera-se que esse trabalho possa contribuir de alguma forma para superação da invisibilidade dessas populações em âmbito jurídico, sanitário, social e acadêmico.

## REFERENCIAS

ABRASCO, Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. **I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**. Relatório Final, N°7 (Análise de dados), Rio de Janeiro, 2009.

BASTA, Paulo César; ORELLANA, Jessem Douglas Yamall & ARANTES, Rui. Perfil epidemiológico dos Povos Indígenas no Brasil: notas sobre agravos **selecionados**. In: **Saúde**

**Indígena:** Novos Trajetos (Garnelo, L & Lima, A C; orgs.). Ed. MEC/LACEDUFRJ/Ford Foundation. Coleção Educação para Todos – Série Via dos Saberes Nº 5,187 pp, 2010.

BRITO, Carolina Arouca Gomes de and LIMA, Nísia Trindade. **Antropologia e medicina: assistência à saúde no Serviço de Proteção aos Índios (1942-1956)**. Bol. Mus. Para. Emílio Goeldi. Ciênc. hum. [online]. 2013, vol.8, n.1, pp.95-112. ISSN 1981-8122.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S1981-81222013000100006>.

BOCCARA, Guillaume. La interculturalidad en Chile: entre culturalismo y despolitización. In: LANGDON, JEAN MARINA, Esther. D. Cardoso **Saúde indígena: políticas comparadas na América latina**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2015.

BUELVAS, Anderson Rocha. *Pueblos indígenas y salud colectiva: hacia una ecología de saberes* in Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 27 [ 4 ]: 1147-1161, 2017.

BRASIL. **Constituição Federal**. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acessos em 15 de Mar. de 2018.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 3.156, de 27 de agosto de 1999. Dispõe sobre as condições de assistência à saúde dos povos indígenas. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 ago. 1999a. Seção 1, p. 37. 1999

\_\_\_\_\_. Lei nº 9.836/99, de 23 de setembro de 1999. Estabelece o subsistema de atenção à saúde indígena no âmbito do SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 set. 1999b. Seção 1, p. 1. 1999.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde/Secretaria Especial de Saúde Indígena, 2011. Disponível em: <<http://www.portalsaude.saude.gov.br/index.php/omisterio/principal/secretarias/secretaria-sesai>>. Acesso em 10 de mar. de 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde/Secretaria Especial de Saúde Indígena, 2016. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br>>. Acesso em 10 de mar. de 2018.

GENIOLE, Leika Aparecida Ishiyama. et al. **Saúde bucal por ciclos de vida**. Campo Grande, MS : Ed. UFMS : Fiocruz Unidade Cerra do Pantanal, 2011.

CANOTILHO, J. J. Gomes. **Direito constitucional e teoria da constituição**. 7 ed. São Paulo: Almedina, 2003.

CENSO DEMOGRÁFICO 2010. **Características gerais dos indígenas: resultados do universo**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. Disponível em:

<[http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/95/cd\\_2010\\_indigenas\\_universo.pdf](http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/95/cd_2010_indigenas_universo.pdf)>.

Acessos em 25 de Jul. de 2016.

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

DALLARI, S. G.; NUNES JÚNIOR, V. S. **Direito Sanitário**. São Paulo: Verbatim, 2010.

DIEGUES, Antônio Carlos; ARRUDA, Rinaldo S.V. (Org.). **Saberes Tradicionais e biodiversidade no Brasil**. Brasília: Ministério do Meio Ambiente, 2001.

DIEHL, E. E. et al. Financiamento e atenção à saúde no Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul. In: COIMBRA JR, C. E. A.; SANTOS, R. V.; ESCOBAR, A.L. (Org.). **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

DIEHL, E. E.; LANGDON, Esther Jean. **Transformações na atenção à saúde indígena**: Tensões e negociações em um contexto indígena brasileiro. *Universitas Humanística*. 2015; 80: 213-36. Disponível em <<http://www.scielo.org.co/pdf/unih/n80/n80a09.pdf>>. Acessos em 15 de Ago. de 2016.

ERTHAL, R. M. C. A formação do agente de saúde indígena Tikúna no Alto Solimões: uma avaliação crítica. In: COIMBRA JR, C. E. A.; SANTOS, R. V.; ESCOBAR, A. L. (Org.). **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

FUNASA. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. - 2 ed - Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. Fundação Nacional de Saúde. **Conferências nacionais de saúde indígena**: Relatório final da 1ª conferência. Brasília: Ministério da Saúde. 1986.

\_\_\_\_\_. Fundação Nacional de Saúde. **Conferências nacionais de saúde indígena**: Relatório final da 2ª conferência. Brasília: Ministério da Saúde. 1993.

\_\_\_\_\_. Fundação Nacional de Saúde. **Conferências nacionais de saúde indígena**: Relatório final da 3ª conferência. Brasília: Ministério da Saúde. 2001.

\_\_\_\_\_. Fundação Nacional de Saúde. **Conferências nacionais de saúde indígena**: Relatório final da 4ª conferência. Brasília: Ministério da Saúde. 2007.

\_\_\_\_\_. Fundação Nacional de Saúde. **Departamento de Saúde Indígena**. Vigilância em saúde indígena: síntese dos Indicadores 2010. Brasília: FUNASA, 2010.

IBGE. **Tendências Demográficas**: Uma análise dos indígenas com base nos resultados da amostra dos censos demográficos de 1991 e 2000. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2005.

LARA, MARILDA LOPES GINEZ DE; CAMARGO, JOICE CLAUDIA C. and ROCHA, SILVIA GAGLIARDI. **Informação estatística e cidadania**. São Paulo Perspec. [online]. 2002, vol.16, n.3, pp.86-91. ISSN 0102-8839. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-88392002000300012>.

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

OMS. Organizacao Mundial da Saúde. **Constituição da Organização Mundial de Saúde**, adotada pela Conferência Internacional da Saúde, realizada em New York de 19 a 22 de julho de 1946.

SCHWARTZ, Germano André Deoderlin. **Direito a Saúde**: efetivação em uma perspectiva sistêmica. Porto Alegre: Livraria do Advogado: 2001.

\_\_\_\_\_. **O tratamento jurídico do risco no direito à saúde**. Porto Alegre: Livraria do Advogado: 2004.

SESAI. Secretaria Especial Indígena. **Conferências nacionais de saúde indígena**: Relatório final da 4ª conferencia. Brasília: Ministério da Saúde. 2013.