

# POLÍTICA DE SAÚDE INDÍGENA: UMA ANÁLISE SÓCIO-JURÍDICA

Juliano Luis Borges<sup>1</sup>  
Weuser Donizeti de Oliveira<sup>2</sup>

## Resumo

Na atualidade, a política de saúde indígena tem como propósito garantir aos povos nativos o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política, de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos de saúde. Dessa forma, este trabalho visa demonstrar, através de análise sócio-jurídica, o direito à saúde do povo indígena, de acordo com a Constituição Brasileira, Leis esparsas, Decretos, entre outros. A FUNASA, articulada com outras organizações, deve promover e proteção à saúde indígena, mediante ações integradas de educação, prevenção e controle de doenças e outros agravos.

**Palavras-chave:** Legislação, saúde indígena, FUNASA.

## Abstract

Nowadays, the indigenous health policy has the aim to guarantee to the native people the access to the integral attention to the health, according to the SUS principles and lines of direction, contemplating social, cultural, geographic, historical and politics diversities in order to favor the the factors overcoming that become this population more vulnerable to the health desbelieves. This way, this work aims to demonstrate, through social-legal analysis, the native people health's right, according to the Brazilian Constitution, doubtfull Laws, Decrees, etc. FUNASA foundation, articulated with other organizations, must promote the indigenous health protection, by means of education integrated actions, prevention and control of illnesses and other desbelieves.

**Keywords:** legislation, indigenous health, FUNASA.

---

<sup>1</sup> Doutorando em Ciências Sociais pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP) e docente da Universidade de Cuiabá (UNIC - Campus Tangará da Serra-MT). E-mail: [jlb\\_br@yahoo.com.br](mailto:jlb_br@yahoo.com.br).

<sup>2</sup> Bacharel em Direito pelo Centro Interdisciplinar de Estudos Jurídicos (UNICEN - Tangará da Serra-MT). E-mail: [weuser@gmail.com](mailto:weuser@gmail.com).

## Introdução

Os direitos dos indígenas estão assegurados constitucionalmente. Dentre eles, cabe ao Ministério da Saúde a responsabilidade sobre política de atenção à saúde desses povos.

A Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), entidade ligada ao Ministério da Saúde, foi criada em 1991 com a missão de ser uma agência de excelência em promoção e proteção à saúde, com ações integradas de educação, prevenção e controle de doenças, bem como o atendimento integral à saúde dos povos indígenas em todo território nacional.

Com a reestruturação da FUNASA, a partir de 1999, foi criado o Departamento de Saúde Indígena (Desai), com a competência de planejar, coordenar e supervisionar a execução das atividades relativas à saúde indígena. A FUNASA assumiu definitivamente a política de saúde dos povos indígenas e seu modelo assistencial, aplicada através dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei), de acordo com a denominação, vinculação administrativa, jurisdição territorial, sede, população e etnias.

Essas ações devem estar articuladas com os sistemas tradicionais indígenas de saúde, que são baseados em uma abordagem holística, cujo princípio é a harmonia de indivíduos, famílias e comunidades com o universo que os rodeia. As práticas de cura respondem a uma lógica interna de cada comunidade indígena e são os produtos de sua relação particular com o mundo espiritual e os seres do ambiente em que vivem.

## Bases legais da saúde indígena

A relação entre povos indígenas e a Legislação<sup>3</sup>, em termos de saúde pública, foi sistematizada de forma mais clara a partir do Estatuto do Índio, sancionada em dezembro de 1973 (SANTOS FILHO, 2005). Em decorrência disso surgiram Leis esparsas, Medidas Provisórias, Decretos, entre outras autorizações para convênios voltados à saúde indígena (CUNHA, 1987).

Sobre o Estatuto do Índio (Lei Federal Nº 6001/1973):

Art. 1º. Esta lei regula a situação jurídica dos índios ou silvícolas e das comunidades indígenas, com o propósito de preservar a sua cultura e integrá-los, progressiva e harmoniosamente, à comunhão nacional.

Parágrafo único. Aos índios e às comunidades indígenas se estende a proteção das leis do País, nos mesmos termos em que se aplicam aos demais brasileiros resguardados os usos, costumes e tradições indígenas, bem como as condições peculiares reconhecidas nesta lei.

---

<sup>3</sup> A relação da legislação brasileira com a saúde indígena já era observada na década de 1950, quando foi criado o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (Susa), no Ministério da Saúde, com o objetivo de levar ações básicas de saúde aos povos indígenas e rurais, em áreas de difícil acesso.

O Estatuto do Índio foi criado, fundamentalmente, com os objetivos de preservar a cultura tradicional, integrar as comunidades na “comunhão nacional”, garantir e proteger os direitos indígenas.

Art. 2º. Cumpre à União, aos estados e aos municípios, bem como aos órgãos das respectivas administrações indiretas, nos limites de sua competência, para a proteção das comunidades indígenas e a preservação dos seus direitos.

Para o debate sobre a saúde indígena, realizou-se em 1986 e 1993, a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio e a II Conferência Nacional de Saúde Indígena, respectivamente. Esses eventos resultaram de indicação da VIII e IX Conferências Nacionais de Saúde, tendo sido proposto, em ambas, a estrutura de um modelo de atenção diferenciado, como forma de garantir aos povos o direito ao acesso universal e integral à saúde, atendendo às necessidades percebidas pelas comunidades e envolvendo-as em todas as etapas do processo de planejamento, execução e avaliação das ações (GARNELO; MACEDO; BRANDÃO, 2003).

A falta de uma política setorial para a saúde dos povos indígenas, que atendesse de forma ampla essa área de atuação, comprometia o alcance as ações de saúde, dificultando o exercício da cidadania e a garantia das diretrizes estabelecidas na Constituição Federal, no que diz respeito ao atendimento diferenciado. Foi dado o primeiro passo com a Lei 8.080/90, de 19 de setembro de 1990, sancionada pelo então Presidente da República, Fernando Collor de Melo, onde dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação, organização e funcionamento dos serviços relacionados com a saúde indígena. É a lei que cria o Sistema Único de Saúde (SUS).

Em 16 de abril de 1991, foi criada a FUNASA, por meio do Decreto Nº 100. Essa entidade, ligada ao Ministério da Saúde, tem como missão ser uma agência de excelência em promoção e proteção à saúde, mediante ações integradas de educação, prevenção e controle de doenças e outros agravos, bem como e atendimento integral à saúde dos povos indígenas, com vista à melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2006).

Em sua estrutura organizacional, foi inserida a Coordenação de Saúde do Índio (Cosai), subordinada ao Departamento de Operações, com as seguintes atribuições:

- 1) Coordenar, no âmbito do SUS, as ações de prestação de serviços de atenção à saúde das populações indígenas;
- 2) Definir critérios, em co-gestão com o Departamento de saúde da Fundação Nacional do Índio, para a elaboração de projetos específicos e estratégicos, destinados à proteção e recuperação da saúde do índio, de acordo com as peculiaridades étnicas e culturais que caracterizam os povos indígenas;

- 3) Promover a capacitação de recursos humanos especializados para a saúde indígena; e
- 4) Promover articulação entre as áreas governamentais e a busca de cooperação de associações civis e/ou religiosas, para assegurar suporte técnico, científico e operacional, indispensáveis à eficácia das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2006, p.114).

Posteriormente, em 1994 foi criada a Comissão Intersetorial de Saúde, com a função de apoiar a elaboração de princípios e diretrizes de políticas governamentais no campo da saúde indígena. Inicialmente, sem participação indígena, os próprios membros reformularam sua composição, passando então a contar com representantes de organizações étnicas.

Em 19 de Maio de 1994, o Decreto Presidencial nº 1.141 constituiu a Comissão Intersetorial de Saúde, com a participação de vários Ministérios relacionados com a questão indígena, sob a coordenação da Funai. A comissão tinha as seguintes competências:

- a) Analisar e aprovar os programas e projetos por órgãos governamentais e não-governamentais, examinando nos seus aspectos de adequação às diretrizes da política indigenista e de integração com as demais ações setoriais; e
- b) Estabelecer prioridades para otimizar o uso dos recursos financeiros, materiais e humanos existentes (BRASIL, 2006, p.115).

Na prática, as determinações contidas no Decreto Nº 1.141/1994 devolviam à FUNAI a coordenação geral das ações de saúde para aquelas populações. Tanto assim que, respaldada em suas competências legalmente instituídas, a Comissão Intersetorial de Saúde aprovou, por intermédio da Resolução de Nº 2, em outubro de 1994, o então “Modelo de atenção integral à saúde do índio”, que atribuía à FUNAI a responsabilidade sobre a recuperação da saúde dos índios e, ao Ministério da Saúde, as ações de caráter preventivo, como imunizações, saneamento básico, formação de recursos humanos e controle de endemias.

Desde então, a FUNASA e a FUNAI dividiram a responsabilidade sobre a atenção à saúde indígena, passando cada uma delas a executar ações de forma fragmentada e, muitas vezes, conflituosa. Tanto a FUNAI quanto a FUNASA tinham estabelecido parcerias com municípios, organizações indígenas, ONGs, universidades, instituições de pesquisa e missões religiosas. Os convênios celebrados, no entanto, não definiam claramente objetivos e metas a serem alcançadas e indicadores de impacto sobre a saúde da população indígena (BRASIL, 2006).

Na Medida Provisória Nº 1.911, de 29 de julho de 1999, ficaram bem definidas as novas responsabilidades:

[...] Ficam transferidas da Fundação Nacional do Índio, para a Fundação Nacional de Saúde os bens, móveis e imóveis, acervo documental, equipamentos, postos de

saúde e casas do índio, além a redistribuição do pessoal que exerce atividade de assistência à saúde do índio.

Essa Medida Provisória foi convertida, posteriormente, na Lei Nº 9.836, de 27 de setembro de 1999, em que foram definidas as responsabilidades do Ministério da Saúde, tendo sido determinado à FUNASA, como órgão executor, o desenvolvimento de ações de proteção, prevenção e recuperação da saúde dos povos indígenas. Mesmo sendo transferidos da FUNAI para o seu quadro de pessoal, a saúde indígena ainda não possuía funcionários suficientes para atender a demanda da população indígena.

Foi criado, também, por meio da Lei Nº 9.836, o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, derivado do SUS, caracterizando um modelo assistencial diferenciado, regionalizado e hierarquizado. Esses instrumentos jurídicos encerraram, fundamentalmente, os conflitos de competência entre FUNASA e a FUNAI, no que diz respeito à atenção integral à saúde indígena.

A Lei Nº 3.156, de 27 de agosto de 1999, que dispõe sobre as condições para prestação de assistência à saúde dos povos indígenas no âmbito do Sistema Único de Saúde, afirma que:

Art 3º. O Ministério da Saúde estabelecerá as políticas e diretrizes para promoção, prevenção e recuperação da saúde do índio, cujas ações serão executadas pela Fundação Nacional de Saúde FUNASA;

Parágrafo único. A FUNAI comunicará à FUNASA a existência de grupos indígenas isolados, com vistas ao atendimento de saúde específico.

Todo o processo de estruturação da atenção à saúde dos povos indígenas está definido, nas responsabilidades prescritas na legislação própria, especificando-se, entre outras providências, que:

- 1) Caberá à União, com seus recursos próprios, financiar o Subsistema de Atenção à saúde indígena;
- 2) O SUS promoverá a articulação do Subsistema instituído com os órgãos responsáveis pela Política indígena do País;
- 3) As populações indígenas terão direito a participar da formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde;
- 4) Dever-se-á, obrigatoriamente, levar em consideração a realidade e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional; e
- 5) Os estados, municípios e outras instituições governamentais poderão atuar completamente no custeio e execução das ações (BRASIL, 2006, p. 116).

Em 2000, com a reestruturação da FUNASA, oficializada com a publicação de seu novo Estatuto e Regimento Interno, foi criado o Departamento de Saúde Indígena (Desai), com a competência de planejar, coordenar e supervisionar a execução das atividades relativas a:

- 1) Proposição de políticas e de ações de educação em saúde pública voltada para a assistência à saúde das populações indígenas;
- 2) Promoção, proteção e recuperação da saúde dos povos Indígenas, segundo as peculiaridades, o perfil epidemiológico e a condição sanitária de cada comunidade;
- 3) Organização das atividades de atendimento integral à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de saúde; e
- 4) Ações e serviços desenvolvidos pelos distritos sanitários especiais indígenas, assegurando os serviços de atendimento básico nas terras indígena (BRASIL, 2006, p. 117).

A FUNASA, então, assumiu definitivamente a saúde dos povos indígenas, e ficaram redefinidos os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei), de acordo com a denominação, vinculação administrativa, jurisdição territorial, sede, população, etnias e casa do índio.

### **Os Distritos Sanitários Especiais Indígenas**

No Decreto Nº 23, de 04 de fevereiro de 1991, baixado pelo Governo Federal, está uma primeira definição legal do Distrito Sanitário Especial Indígena (Dsei): “Art. 4º. As ações e serviços serão desenvolvidos segundo modelo de organização na forma de Distrito Sanitários de natureza especial, consideradas as especificações das diferentes áreas e das comunidades indígenas”.

O Dsei é o espaço de administração sanitária, que compõe a responsabilidade e poder de decisão da política de saúde, ou seja, é a unidade com competência de gerência a atenção à saúde de uma determinada população, com capacidade de desenvolver-se como processo social de mudanças das práticas sanitárias e desempenhar as funções e ações nas dimensões política e técnica (BRASIL, 2006).

O Dsei possui uma base territorial e populacional, que identifica as responsabilidades sanitárias definidas pela FUNASA. Como modelo de organização de serviços, é orientado para um espaço social dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado.

Portanto, a noção de Distrito Sanitário indígena está centrada na organização da prestação de serviços de saúde pertinentes a cada realidade étnica, de forma que as ações decorrentes sejam eficazes para determinada população indígena, sendo fundamental a participação das diversas instâncias organizativas indígenas na formulação das políticas do setor. As experiências deveriam apontar os problemas no nível organizativo, cuja resolução deveria ser encontrada no local (ATHIAS; MACHADO, 2001, p. 427).

Os territórios distritais foram definidos com a participação de diversos atores como organizações indígenas, profissionais de saúde e instituições de atendimento. De igual modo, para sua implantação foram realizadas várias discussões e debates, com ampla participação de lideranças indígenas, agências indigenistas, antropólogos, universidades, missões religiosas, secretarias municipais e estaduais de saúde, diversas instituições governamentais, bem como organizações não-governamentais prestadoras de serviços às comunidades indígenas.

De acordo com o Manual do Curso de Conselheiros da FUNASA (BRASIL, 2001), os Dsei foram delimitados de acordo com os seguintes critérios:

- população, área geográfica e perfil epidemiológico;
- disponibilidade de serviços, recursos humanos e infra-estrutura;
- vias de acesso aos serviços instalados em nível local e à rede regional;
- relações sociais entre os diferentes povos indígenas do território e a sociedade regional;
- distribuição demográfica tradicional dos povos indígenas, que não coincide necessariamente com os limites de estados e municípios, onde são localizadas as terras indígenas.

Segundo a FUNASA, a definição dessas áreas pautou-se não apenas por critérios técnicos operacionais e geográficos, mas respeitou a cultura, as relações políticas e a distribuição demográfica tradicional dos povos indígenas, o que necessariamente não coincide com limites de estados ou municípios onde estão localizadas as terras indígenas (BRASIL, 2006).

Em 1999, as características excepcionais demandadas pela atenção à saúde dos indígenas determinaram a necessidade de uma ampla e permanente articulação intra e intersetorial, de forma coordenada, envolvendo os gestores das diversas instâncias do Sistema Único de Saúde, por intermédio de um planejamento pactuado no âmbito de cada Distrito Sanitário Especial Indígena (Dsei) capaz de resguardar o princípio da responsabilidade do gestor federal pela promoção e facilitação desse processo, assim como assegurar o efetivo controle social e o respeito às práticas indígenas tradicionais.

Neste mesmo ano, foi formulada pelo Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde, uma proposta amplamente discutida com os atores envolvidos (organizações e lideranças indígenas, universidades, ONG, secretarias municipais e estaduais de saúde, e outros) e aperfeiçoada em mais de 16 Seminários com participação de todos os povos indígenas até então conhecidos (BRASIL, 2006).

As diretrizes estabelecidas pela política de saúde indígena devem orientar a definição de instrumentos de planejamento, implementação, avaliação e controle das ações de atenção à saúde.

Organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas na forma de distritos sanitários especiais e pólos-base, na esfera local, onde a atenção primária e os serviços de referência se situam:

- 1) preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural;
- 2) monitoramento das ações de saúde dirigidas aos povos indígenas;
- 3) articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde;
- 4) promoção do uso adequado e racional de medicamentos;
- 5) promoção de ações específicas em situações especiais;
- 6) promoção da ética na pesquisa e nas ações de atenção à saúde envolvendo comunidades indígenas;
- 7) promoção de ambientes saudáveis e proteção da saúde indígena;
- 8) controle social (BRASIL, 2006, p. 125).

Pode-se observar, que o atual modelo de organização de serviços de saúde dos povos indígenas corresponde ao subsistema de atenção à saúde indígena, no âmbito do SUS, caracterizando assistência diferenciada, regionalizada e hierarquizada. Está organizado na forma de Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei), situados em todo território brasileiro.

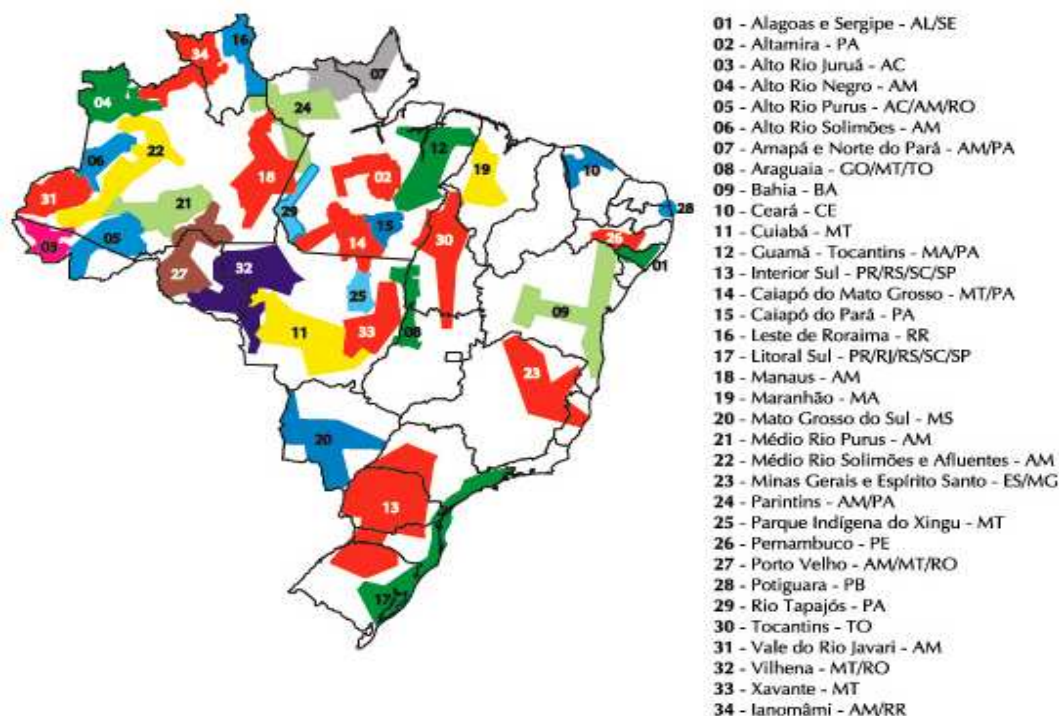


Figura 1 - Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei).

Fonte: FUNASA. Disponível em: <[www.funasa.gov.br](http://www.funasa.gov.br)>. Acesso em: 19 de julho de 2008.

Cada Distrito conta com uma rede de serviços de saúde dentro de seu território, integrada e hierarquizada, com complexidade crescente e devidamente articulada com a rede

do SUS. A constituição da rede de serviços leva em conta a estrutura de serviços de saúde já existente nas terras indígenas, a qual está sendo adequada a ampliada de acordo com as necessidades de cada localidade. O controle social do Distrito é garantido pela participação dos usuários e prestadores de serviços nos Conselhos Distritais (FUNASA, 2000).

A aldeia ou comunidade indígena deve dispor da atuação do agente indígena de saúde (AIS), que dispõe de uma estrutura física simplificada; a assistência e promoção à saúde nas próprias comunidades indígenas, realizada pelos agentes indígenas de saúde, vem resultando em impacto significativo nas condições de saúde e de qualidade de vida dessa população (LANGDON, 2006).

Para a execução de tais trabalhos a FUNASA pode eleger entidade pública ou privada sem fins lucrativos, que atuem na prestação de serviços à comunidade indígena. A prioridade será o melhor projeto técnico, levando-se em consideração os seguintes critérios: a) comprovada experiência na atuação com os povos indígenas e; b) adequação à política de saúde indígena. Todos os atendimentos e as execuções deverão constar do Plano Distrital de Saúde, a ser aprovado, obrigatoriamente, pelo Conselho Distrital (FUNASA, 2000).

Depois de análise e aprovação dos planejamentos anuais de trabalhos pelos Distritos Sanitários, a FUNASA firma convênios com Organizações Não-Governamentais e Universidades para atenção básica nas aldeias. Através destes convênios, contratam equipes multidisciplinares para que possam fazer o atendimento aos indígenas. Através destes convênios, contratam equipes multidisciplinares para que possam fazer o atendimento aos indígenas.

A forma assumida pela terceirização em saúde indígena não encontra correspondente em qualquer outra área do SUS, que mantém a compra de serviços de entidades privadas, mas sem renunciar a execução direta de ações através de serviços próprios (GARNELO; SAMPAIO, 2005, p. 1218).

Os pacientes, depois de consultados com as equipes, são encaminhados, caso houver necessidade, para os municípios de referência primária, onde os indígenas são atendidos via SUS. Para auxiliar no atendimento aos pacientes os mesmos são encaminhados para cidades onde existem as “Casas de Saúde do Índio” (CASAIS), que são mantidas pela FUNASA, onde são disponibilizados profissionais da área da saúde.

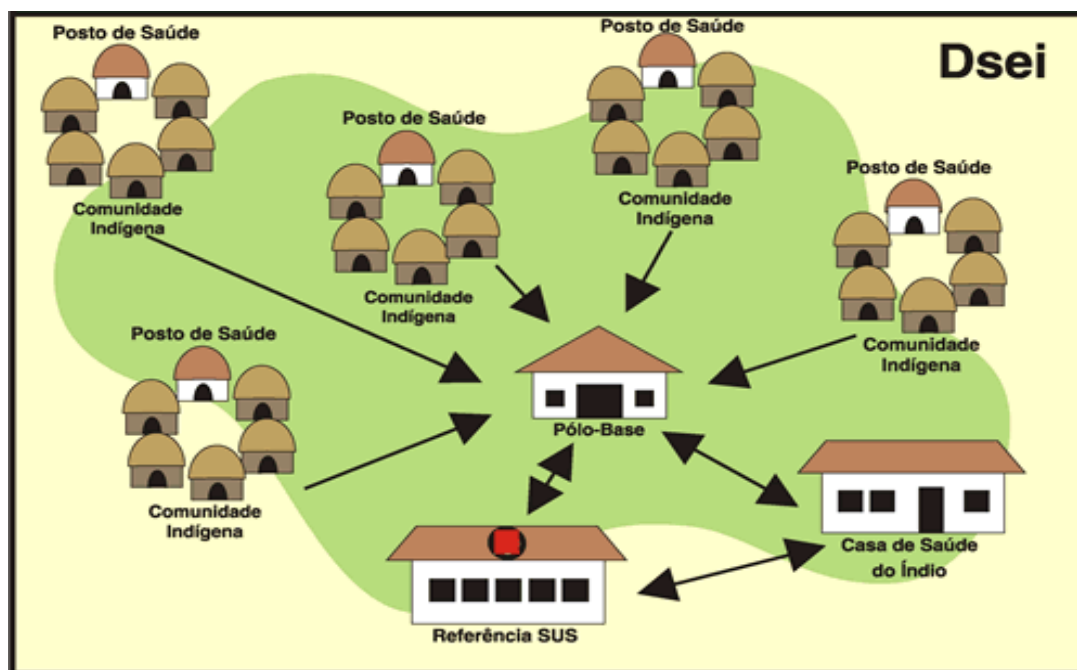


Figura 2 – Organização do Dsei e Modelo Assistencial.

Fonte: FUNASA. Disponível em: <[www.funasa.gov.br](http://www.funasa.gov.br)>. Acesso em: 19 de julho de 2008.

O modelo assistencial da FUNASA indica que cada comunidade deve possuir um posto de atendimento de responsabilidade do agente indígena de saúde, visitado periodicamente pelas equipes de saúde de área. Esses postos têm ligação direta com o Pólo-Base, o qual é referência para os agentes indígenas de saúde por estar estruturado como Unidade Básica de Saúde, com médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e dentista. O Pólo-Base pode se localizar nas próprias comunidades ou no município próximo, sendo é responsável pelo encaminhamento de pacientes para a Casa de Saúde ou diretamente para a Referência do SUS, dependendo da complexidade do caso.

As Casas de Saúde foram criadas pela Fundação Nacional do Índio nos anos 1967 e 1968. A partir de 1999 passaram a ser administradas pela FUNASA. Apesar da nomenclatura possuir a denominação saúde, elas não executam ações assistenciais dessa natureza. As referências das Casas de Saúde se encontram nos municípios como também nas capitais dos Estados, sempre visando atender às especificidades da saúde indígena.

Segundo a FUNASA, as casas são locais de recepção e apoio aos indígenas que vêm das aldeias, tendo como função agendar os serviços especializados requeridos, fazer serviço de tradução para os que não falam português e viabilizar o retorno à aldeia, em articulação contínua com o Distrito (BRASIL, 2006).

As Casas de Saúde deverão estar em condições de receber, alojar e alimentar pacientes encaminhados e acompanhantes; marcar consultas, exames complementares ou internação hospitalar; providenciar o acompanhamento dos pacientes nessas ocasiões e o seu retorno às

comunidades de origem, munidos das informações sobre o caso. Além disso, as casas deverão ser adequadas para promover atividades de educação em saúde, produção artesanal, lazer e demais atividades para os acompanhantes e mesmo para os pacientes em condições para o exercício dessas atividades.

### **Considerações Finais**

O atendimento às comunidades indígenas vem sendo desenvolvido desde o antigo Serviço de Proteção ao Índio (SPI), que conduziu esse tipo de atividade de forma fragmentada e incipiente durante longo período. Somente com a criação FUNAI em 1967, foi possível estruturar um setor específico de saúde indígena, que desenvolvia suas atividades através de Equipes Volantes de Saúde, formadas por médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, que faziam o atendimento em áreas indígenas. Esses atendimentos eram feitos, muitas vezes, em surtos e epidemias, sem a preocupação de organizar um trabalho de forma mais sistemática.

O período entre os anos 1994 e 1998 foi caracterizado pela mudança no atendimento à saúde indígena, possibilitada pelas diretrizes estabelecidas na Lei Nº 8.080 (criou o SUS), a qual representou a base para desencadear um processo de revisão dos procedimentos praticados pelas diversas instituições envolvidas com os povos indígenas, principalmente na definição de responsabilidades da FUNAI e da FUNASA.

A partir daí, a FUNASA definiu um modelo assistencial baseado nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei), localizados em todo território nacional. Os Dsei possibilitaram o planejamento e a execução de ações de acordo com as especificidades regionais e locais. Essa sistemática contribuiu para ampliar a atenção à saúde indígena, principalmente com a realização de convênios com entidades que conduzissem as atividades nas comunidades indígenas.

Diante da integração ao atendimento formal de saúde, não bastam os aparatos organizacionais e diretrizes de atenção aos povos indígenas. O mais importante é o equilíbrio na relação com a cultura, inserindo práticas preventivas que se articulem as práticas de cura tradicional, respondendo à lógica interna de cada comunidade e produzindo melhores condições no atendimento à saúde.

### Referências Bibliográficas

ATHIAS, R.; MACHADO, M. A saúde indígena no processo de implantação dos Distritos Sanitários: temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 17(2): 425-431, mar-abr, 2001.

BRASIL. **Lei n. 6.001, de 19 de dezembro de 1973**. Dispõe sobre o Estatuto do Índio. Diário Oficial, Brasília, 21 dez. 1973.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Diário Oficial, Brasília, 20 set. 1990.

BRASIL. **Decreto n. 23, de 04 de fevereiro de 1991**. Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde das populações indígenas. Diário Oficial, Brasília, 05 fev. 1991.

BRASIL. **Decreto n. 100, de 16 de abril de 1991**. Institui a Fundação Nacional de Saúde. Diário Oficial, Brasília, 17 abr. 1991a.

BRASIL. **Decreto n. 1.141, de 19 mai. 1994**. Dispõe sobre as ações de proteção ambiental, saúde e apoio às atividades produtivas para as comunidades indígenas. Diário Oficial, Brasília, 20 mai. 1994.

BRASIL. **Medida Provisória n. 1.911, de 29 de julho de 1999**. Altera dispositivos da Lei n. 9.649, de 27 de maio de 1998, que dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios. Diário Oficial, Brasília, 30 jul. 1999.

BRASIL. **Decreto n. 3.156, de 27 de agosto de 1999**. Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, pelo Ministério da Saúde. Diário Oficial, Brasília, 28 ago. 1999a.

BRASIL. **Lei n. 9.836, de 23 de setembro de 1999**. Acrescenta dispositivos à Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial, Brasília, 24 set. 1999b.

BRASIL. **Manual do Curso de Conselheiros da FUNASA**. Fundação Nacional de Saúde. Cuiabá/MT, 2001.

BRASIL. **A visão da Funasa**. Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde. Brasília, DF: Editora Assessoria de Comunicação e Educação em Saúde, 2006.

CUNHA, M. C. **Os direitos do índio: ensaios e documentos**. São Paulo, Editora Brasiliense, 1987.

FUNASA. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. Brasília: Departamento de Saúde Indígena, Fundação Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, 2000.

GARNELO L.; MACEDO, G.; BRANDÃO L. C. **Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde indígena no Brasil**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), 2003.

GARNELO, L.; SAMPAIO, S. Organizações indígenas e distritalização sanitária: os riscos de “fazer ver” e “fazer crer” nas políticas de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21(4): 1217-1223, jul-ago, 2005.

LANGDON, E. J. et al. A participação dos agentes indígenas de saúde nos serviços de atenção à saúde: a experiência em Santa Catarina, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(12): 2637-2646, dez, 2006.

SANTOS FILHO, R. L. **Apontamentos sobre o Direito Indigenista**. Curitiba: Juruá, 2005.