



III Seminário Internacional em  
Sociedade e Cultura na Pan-Amazônia  
Universidade Federal do Amazonas - UFAM  
Manaus (AM), de 21 a 23 de novembro de 2018



**Saúde indígena: percepções do DSEI Alto Rio Solimões**

Ana Lúcia Garcia Torres<sup>1</sup>

**Resumo**

O presente artigo visa aferir trabalho desenvolvido pelo Distrito Sanitário Especial Indígena – DSEI- ALTO RIO SOLIMÕES a partir das ações de saúde delineadas nas Políticas Públicas de Atenção à Saúde Indígena - PNASPI e pela Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAI. No Brasil atuam 34 DSEI, sendo a maioria localizados nas Regiões Centro-Oeste e Norte do país. No estado do Amazonas contabilizam-se sete DSEI atendendo às áreas indígenas demarcadas, Alto Rio Negro, Alto Rio Purus, Manaus, Médio Rio Purus, Parintins, Vale do Javari e Alto Rio Solimões, objeto deste estudo. Nos sete DSEI's do Estado do Amazonas apontam-se o atendimento de 195.431 indígenas. O Amazonas possui a maior concentração de povos indígenas do país. No âmbito do DSEI do Alto Rio Solimões, compreendem-se sete municípios - Tabatinga, São Paulo de Olivença, Benjamin Constant, Amaturá, Santo Antônio do Içá, Tonantins e Japurá, cuja população atendida, hoje, é de 70.152 indivíduos pertencentes às etnias Kocama, Kaixana, Kanamari, Whitoto, Kambeba, Maku-Yuhup e Ticuna, sendo esta última a predominante. Apesar de perceptíveis os bons resultados no DSEI ARS, vários desafios ainda precisam ser vencidos, como adequações médico-sanitárias nas áreas indígenas do Alto Solimões utilizando-se metodologias cujas culturalidades e a multi-etnias sejam respeitadas, alvos das observações deste artigo.

**Palavras-chave**

Saúde Indígena; Multi-etnias; Alto Solimões; Políticas Públicas de Saúde Indígena

---

<sup>1</sup> Doutoranda do Programa de Pós Graduação Sociedade, Cultura e Ambiente – PPGSCA- UFAM. E-mail: [altorres@uea.edu.br](mailto:altorres@uea.edu.br)



III Seminário Internacional em  
Sociedade e Cultura na Pan-Amazônia  
Universidade Federal do Amazonas - UFAM  
Manaus (AM), de 21 a 23 de novembro de 2018



## Saúde indígena: percepções do DSEI Alto Rio Solimões

No presente como no passado, a dinâmica da interdependência, mencionada tantas vezes, mantém o homem em movimento e pressiona na direção de mudanças em suas instituições e, na verdade, na estrutura global de suas configurações. (ELIAS, 1993, p.264)

O presente artigo visa aferir trabalho desenvolvido pelo Distrito Sanitário Especial Indígena - DSEI<sup>1</sup> ALTO RIO SOLIMÕES a partir das ações de saúde delineadas nas Políticas Públicas de Atenção à Saúde Indígena - PNASPI e pela Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAI<sup>2</sup> responsável pelo atendimento de 760.084 mil indígenas que vivem em aldeias no Brasil, distribuídos em 305 etnias diferentes por 5560 aldeias, que ocupam um território total de 1.173.874 km<sup>2</sup> segundo dados do Instituto Socioambiental – ISA (2017) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística -IBGE (2010).

É fato que as políticas de atenção à saúde indígena estão conectadas e foram construídas a partir da Política Nacional de Saúde (PNE) e do Sistema Único de Saúde (SUS) e segundo Levino et al. (2011, p.492-493) o Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil foi formado com base nos modelos do “princípio da solidariedade e o conceito de cidadania, que garantem o acesso universal e a assistência integral” e isso imprime grandes responsabilidades. Apesar da organização jurídica é preciso compreender que toda política pública de intervenção em saúde nos remete a processos de saúde e doença e, portanto, deve respeitar fatores históricos, sociais, culturais, econômicos, ambientais e políticos.

Para tanto é necessário entender a constituição organizacional dos serviços de atenção à saúde indígena atuais, cuja vem sendo delineada e ajustada constantemente há tempos, iniciando no Período Rondonista, por meio do decreto-Lei 8072 de 20-06-1910, criando-se o Serviço de Proteção ao Índio, seguido pela criação da Fundação Nacional do Índio - FUNAI<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> **DSEI:** São os espaços territoriais, etnoculturais e populacionais, onde vivem povos indígenas e onde são desenvolvidas ações de atenção primária à saúde indígena e saneamento básico, podendo abranger mais de um município e/ou um Estado criados pela Lei Nº 9.836 de 24 de setembro de 1999, também conhecida como Lei Arouca. ([portalms.saude.gov.br/sesai](http://portalms.saude.gov.br/sesai))

<sup>2</sup> **SESAI:** Criada a partir do Decreto nº. 7.336/2010 na estrutura do Ministério da Saúde, a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), transferindo e as ações de saúde indígena da Funasa para esta Secretaria, cuja função é coordenar e executar o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena em todo Território Nacional. Ainda, coordenar e avaliar as ações de atenção à saúde no âmbito do Subsistema de Saúde Indígena. ([portalms.saude.gov.br/sesai](http://portalms.saude.gov.br/sesai))

<sup>3</sup> **FUNAI:** A Fundação Nacional do Índio – FUNAI é o órgão indigenista oficial do Estado brasileiro. Criada por meio da Lei nº 5.371, de 5 de dezembro de 1967, vinculada ao Ministério da Justiça, é a coordenadora e principal



III Seminário Internacional em  
Sociedade e Cultura na Pan-Amazônia  
Universidade Federal do Amazonas - UFAM  
Manaus (AM), de 21 a 23 de novembro de 2018



em 1967, ainda hoje vinculada ao Ministério do Interior. Os serviços, neste período, caracterizavam-se pela falta de uma rede eficiente de atendimento, de infraestrutura adequada, de profissionais preparados para trabalhar com as especificidades culturais dos povos indígenas e de recursos financeiros adequados (LANGDON, 2004, p. 31).

Na sequência, em 1986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde acontece a promoção da 1ª Conferência Nacional de Saúde Indígena tendo como resultado a criação da Comissão Interinstitucional de Saúde Indígena (CISI) por meio da resolução nº. 11 do Conselho Nacional de Saúde. Em 1993, aconteceu a 2ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, impulsionando a criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) promulgada em 1999 pela Lei nº. 9836/99, momento em que a Fundação Nacional de Saúde - FUNASA<sup>4</sup> passou a assumir a saúde Indígena (decreto 3156/99). Vale ressaltar que nos anos 90, a administração e a gerência de saúde indígena passaram por diversas mudanças cuja intenção era estabelecer um subsistema de atendimento que integrasse as atividades das instituições governamentais e não governamentais.

Em 2001, ocorre a 3ª Conferência Nacional de Saúde Indígena responsável, posteriormente pela criação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) estabelecida em 2002 por meio da Portaria nº. 254/02, cujas diretrizes objetivam a organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas na forma de Distritos Sanitários Especiais<sup>5</sup> e Pólos-base<sup>6</sup>, permitindo uma forma organizacional mais próxima e mais precisa. Entretanto, durante o período de sua implantação os recursos financeiros voltados à saúde indígena foram insuficientes e a situação sanitária precária, pois não houve o

---

executora da política indigenista do Governo Federal. Sua missão institucional é proteger e promover os direitos dos povos indígenas no Brasil. ([www.funai.gov.br](http://www.funai.gov.br)).

<sup>4</sup> **FUNASA:** A Fundação Nacional de Saúde é uma entidade vinculada ao Ministério da Saúde do governo do Brasil encarregada de promover saneamento básico à população. ([www.funasa.gov.br](http://www.funasa.gov.br))

<sup>5</sup> **DSEI's:** Este Subsistema está estruturado com base em Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI's), desenhados justamente para, em sua atuação, levarem em consideração a realidade local e a especificidade das culturas dos povos indígenas. Em outras palavras, trata-se de capacitar uma equipe de profissionais com relação às especificidades culturais dos povos com os quais estarão trabalhando, de modo a garantir que a prestação do atendimento à saúde ocorra de maneira dirigida e adequada. (ARAÚJO ET AL, 2006, p. 67)

<sup>6</sup> **PÓLOS BASE:** Os Pólos-Base se constituem na primeira referência para os Agentes Indígenas de Saúde que atuam nas aldeias. Podem estar localizados numa comunidade indígena ou num município de referência, neste último caso correspondendo a uma unidade básica de saúde já existente na rede de serviço daquele município. Cada Pólo-Base cobre um conjunto de aldeias e sua equipe, além de prestar assistência à saúde, realizará a capacitação e supervisão dos AIS. ([portalms.saude.gov.br/sesai](http://portalms.saude.gov.br/sesai))

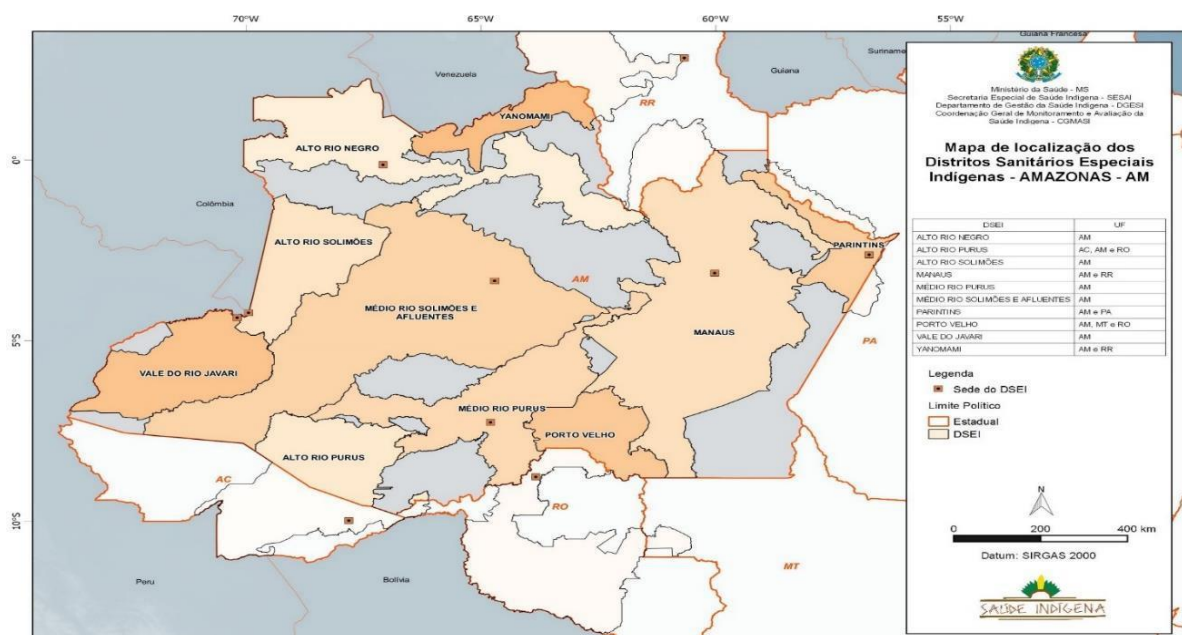
desenvolvimento de um sistema de dados com um perfil epidemiológico que pudesse avaliar os vários surtos de doenças. (LANGDON, 2004).

Já em 2008 foi criado o GT Saúde Indígena pela Portaria GM nº. 3034 e nº. 3035, que propõem um novo modelo de Saúde Indígena materializa-se em 2010 por meio da MP nº. 483/10 e da Lei nº.12.314 com a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). A partir deste momento as ações de atenção à saúde indígena da FUNASA para a SESAI representando um ganho imenso aos povos indígenas.

No entanto, a SESAI somente assume integralmente as ações de atenção à saúde indígena e o saneamento em terras indígenas em 2011, carregando a responsabilidade de coordenar o processo de gestão do SasiSUS e da PNASPI, além de organizar-se através dos Distritos Especiais de Saúde Indígena - DSEI.

No Brasil atuam 34 DSEI, sendo a maioria localizados nas Regiões Centro-Oeste e Norte do país. No estado do Amazonas contabilizam-se sete DSEI atendendo às áreas indígenas demarcadas, Alto Rio Negro, Alto Rio Purus, Manaus, Médio Rio Purus, Parintins, Vale do Javari e Alto Rio Solimões, objeto deste estudo (Figura 1).

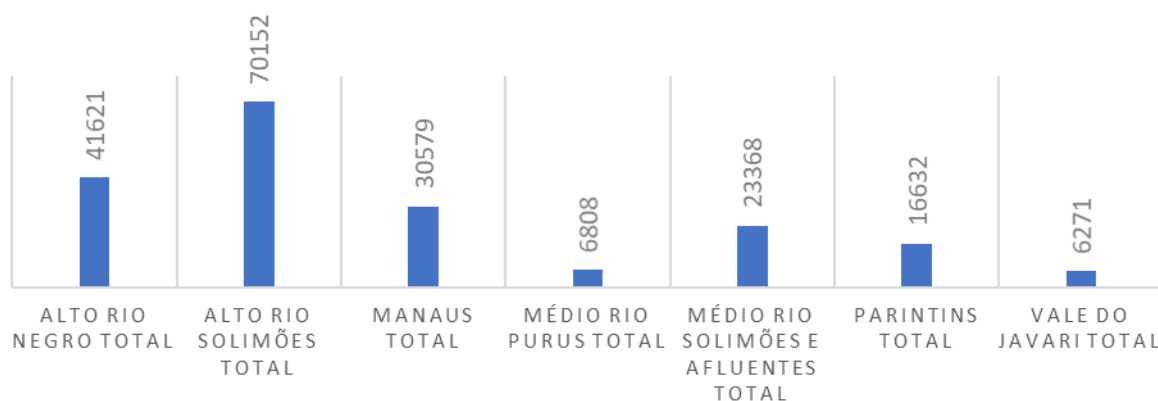
Figura 1: Mapa de distribuição dos DSEI do Amazonas



Fonte: DSEI Alto Rio Solimões (2018).

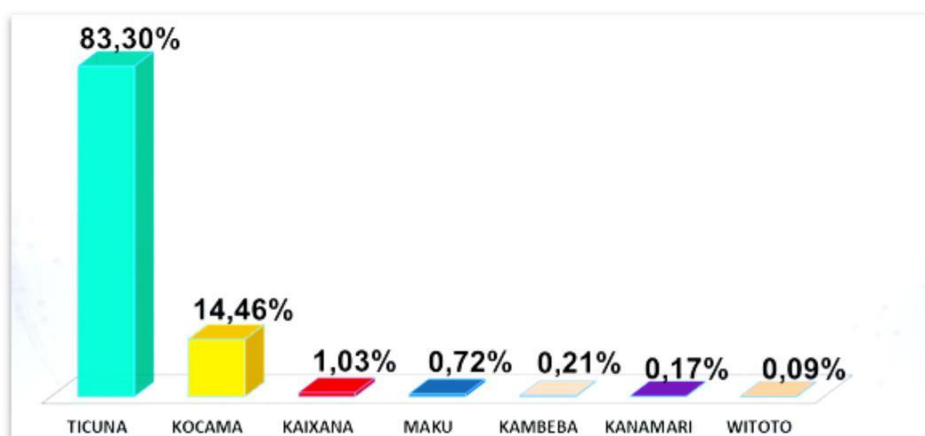
Nos 7 DSEI do estado do Amazonas apontam-se o atendimento de 195.431 indígenas distribuídos conforme apresentado na Figura 2:

Figura 2: Dados demográficos da população indígena do Estado do Amazonas



O Amazonas possui a maior concentração de povos indígenas do país. No âmbito do DSEI do Alto Rio Solimões, compreendem-se sete municípios - Tabatinga, São Paulo de Olivença, Benjamin Constant, Amaturá, Santo Antônio do Içá, Tonantins e Japurá, cuja população atendida, hoje, é de 70.152 indivíduos pertencentes às etnias Kocama, Kaixana, Kanamari, Whitoto, Kambeba, Maku-Yuhup e Ticuna, sendo esta última a predominante (Figura 3).

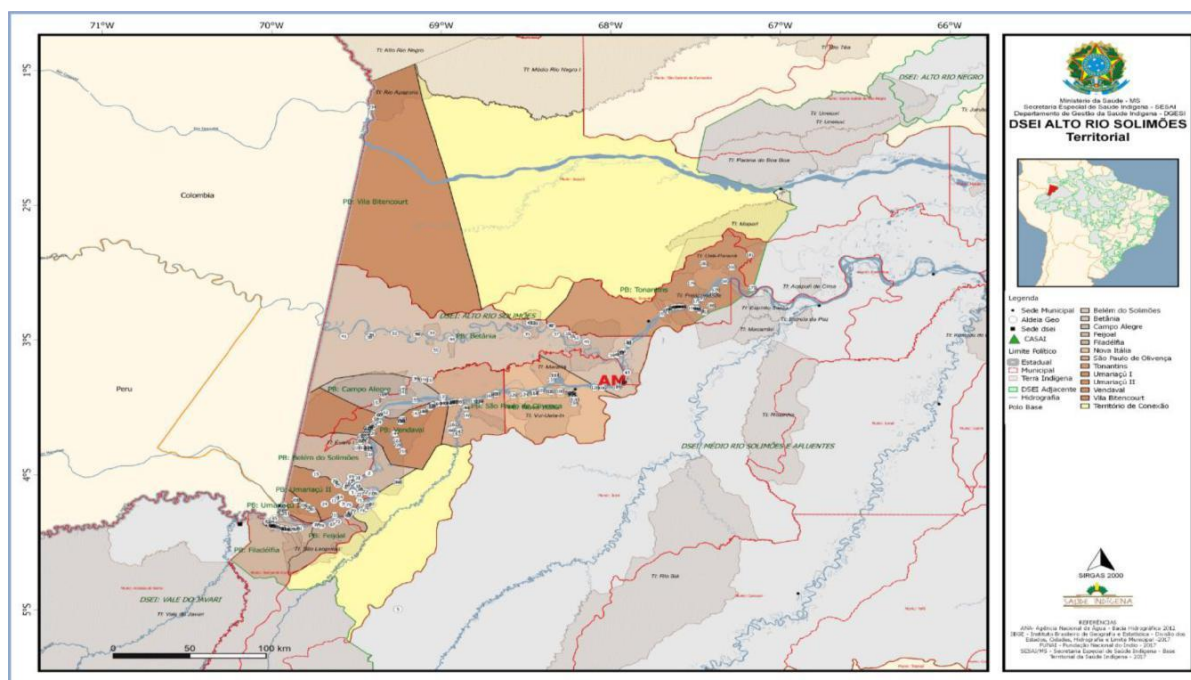
Figura 3: Distribuição das etnias indígenas no Estado do Amazonas



Fonte: DSEI Alto Rio Solimões (2018).

A distribuição geográfica dos povos indígenas no Alto Solimões identificada está demarcada territorialmente como apresentada na Figura 4:

Figura 4: Mapa Territorial dos povos indígenas no Alto Solimões



Fonte: DSEI Alto Rio Solimões (2018).

O DSEI Alto Solimões instalou Polos-base em 13 calhas dos rios e igarapés do seu território: igarapé de Belém, Rio Tacana, Rio Solimões, Rio Iça, Igarapé Acuruy, Rio Jacurapa, Rio Camatiã, Rio Jandiatuba, Rio Uaiti Paraná, Rio Jacapari, Igarapé São Gerônimo, Igarapé do Ribeiro e Rio Apoporis, distribuição foi implementada conforme apresentado na Tabela 1:

**Tabela 1:** Pólos-base do DSEI Alto Rio Solimões

POLO BASE	MUNICÍPIO	TOTAL DE ALDEIAS
BELÉM DO SOLIMÕES	TABATINGA	28
BETÂNIA	SANTO ANTÔNIO DO IÇÁ	29
CAMPO ALEGRE	SÃO PAULO DE OLIVENÇA	9
FEIJOAL	BENJAMIM CONSTANT	15
FILADÉLFIA	BENJAMIM CONSTANT	21
NOVA ITÁLIA	AMATURÁ	13
SÃO FRANCISCO DO CANIMARI	AMATURÁ	13
SÃO PAULO DE OLIVENÇA	SÃO PAULO DE OLIVENÇA	43
TONANTINS	TONANTINS	33

UMARIAÇÚ I	TABATINGA	6
UMARIAÇÚ II	TABATINGA	3
VENDAVAL	SÃO PAULO DE OLIVENÇA	21
VILA BITENCOURT	JAUPURÁ	1
<b>TOTAL</b>		<b>235</b>

Fonte: DSEI Alto Rio Solimões (2018).

Nestas calhas os Pólos-base foram organizados de acordo com a concentração das aldeias e o quantitativo de indivíduos buscando tentar atender de forma igualitária, proporcionando o atendimento de atenção primária e os serviços de referência.

O DSEI do Alto Rio Solimões atende a 235 aldeias, com 13 Pólos-base e 12 Unidades Básicas de Saúde Indígena - UBSI. Ainda oferece atendimento em quatro casas de apoio localizadas nos municípios de Benjamin Constant, São Paulo de Olivença, Amaturá e Santo Antônio do Içá, além de uma casa do Índio instalada no município de Tabatinga.

Para objetivar os atendimentos nestes 13 Pólos-base o DSEI ARS conta atualmente com 26 equipes multidisciplinares compostos de médicos, enfermeiros, odontólogos, técnicos de enfermagem, técnicos de saúde bucal e agentes indígenas de saúde. Esses profissionais são contratados pelo DSEI, realizam serviços de controle da malária e da tuberculose, saúde bucal, atenção a saúde da criança, vigilância alimentar e nutricional, imunização, saúde sexual, saúde das mulheres, saúde mental e de educação permanente, à disposição da população indígena. O quadro abaixo dispõe os recursos humanos atuantes no DSEI ARS.

**Tabela 2:** Distribuição dos servidores DSEI ARS por vínculo

Força de Trabalho DSEI ALTO RIO SOLIMÕES_2018		
	<b>Vínculo</b>	<b>Quantitativo</b>
<b>TOTAL</b>	1.138	Servidor efetivo 34
<b>TOTAL DE INDÍGENA</b>	800	Terceirizado 165
<b>PERCENTUAL DE INDÍGENAS CONTRATADOS</b>	71%	Convênio 909
		Programa Mais Médicos 30
		<b>Total Geral 1.138</b>

Referência: MAIO/2018

Fonte: DSEI Alto Rio Solimões (2018).



III Seminário Internacional em  
Sociedade e Cultura na Pan-Amazônia  
Universidade Federal do Amazonas - UFAM  
Manaus (AM), de 21 a 23 de novembro de 2018



A mão de obra indígena contratados nos Polos Base fica evidenciada pela tabela acima e demonstra uma conquista há muito requerida pelas lideranças indígenas, pois os processos de interação entre a medicina indígena e não indígena passa a ter suas distancias encurtadas permitindo um maior dialogo, entendimento e discernimentos sobre as terapias aplicadas.

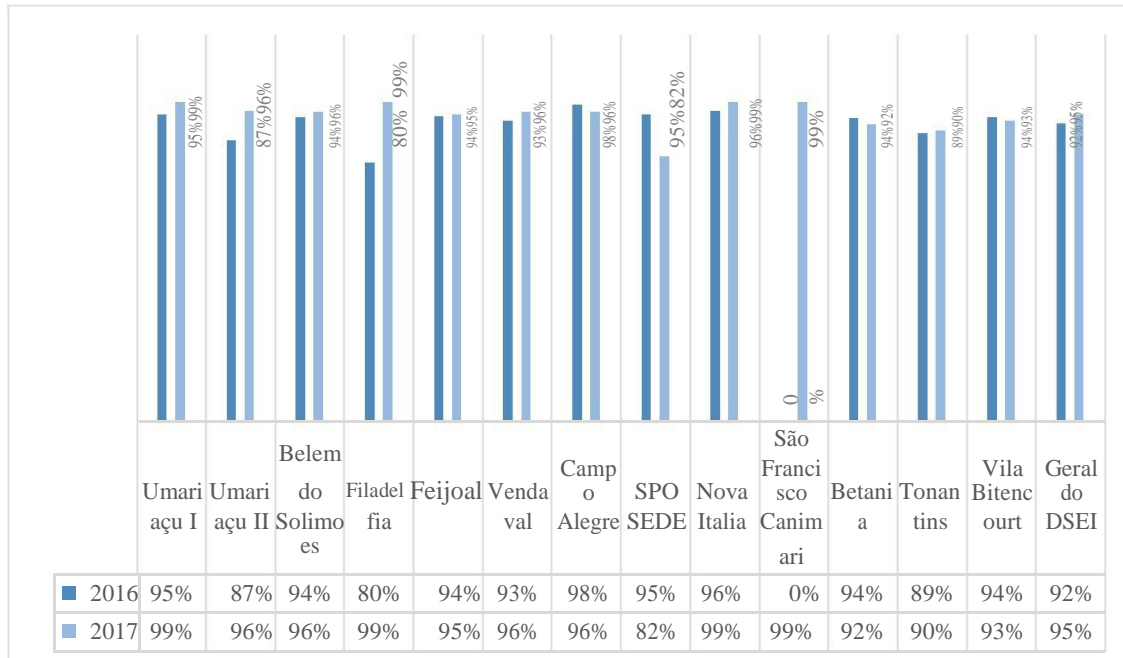
Langdon (2004, p. 39) alerta que as fronteiras entre a biomedicina e as medicinas tradicionais são bastante permeáveis, tornando o itinerário terapêutico muito mais complexo e resultante de diversos fatores, e não só da percepção de eficácia. Neste interim temos a proposta mais recentes no DSEI ARS que é a contratação dos médicos do “Programa Mais Médico” para compor a equipe multidisciplinar. Esta inclusão ainda é passível de estudo e análises quanto à aceitação destes profissionais por parte dos povos indígenas. Por tratar-se de profissionais de outras nacionalidades, qualificados sob outros métodos acadêmico-profissionais, são passíveis ou não de adequações quanto as necessidades singularidades da saúde indígena, preconizando que:

A saúde indígena não poderá ser tema de debate apenas com os agentes diretamente referidos às práticas médicas, mas precisa abranger as lideranças tradicionais, os xamãs, os rezadores, as parteiras e os muitos papéis que desempenham funções reguladoras e de controle social dentro dessas unidades societárias. (OLIVEIRA FILHO, 2004, p. 22).

Um dos elementos inseridos em todos os Pólos-base, entendido como avanço importante, foi a implantação de Sala de Vacinas, além da Inclusão dos testes rápidos de sífilis/HIV/HV e malária com equipe previamente qualificada, facilitando a identificação dos casos precocemente, por sua positividade nos índices e pela aceitação dos povos indígenas. Estas inserções nitidamente funcionam como contendor de doenças nas aldeias proporcionando imunização ampla, resultando no cumprimento dos índices propostos nas metas estabelecidas pela SESAI inseridas no PLANO ESTRATÉGICO de 2016-2019, (Figura 5).



Figura 5: Índices de imunizações realizadas 2016-2017



Fonte: DSEI Alto Rio Solimões (2018).

Percebe-se que os resultados demonstrados, refletem o trabalho de gestão desenvolvido pela equipe multidisciplinar do Distrito, diante constantes ações e atividades desenvolvidas no Pólos-base, cujo principal objetivo é manter o acompanhamento dos grupos étnicos a que são responsáveis.

Esta preocupação, muito bem sublinhado por Langdom (2004, p. 31.) quando afirma:

[...] Esses grupos se caracterizam por uma situação sanitária semelhante aos grupos pobres da população geral: alta incidência de desnutrição, tuberculose, problemas de saúde bucal, parasitas, alcoolismo e mortalidade infantil. Hoje, por exemplo, há grande preocupação de que a AIDS se torne uma epidemia que ameace a sobrevivência dos povos indígenas nos próximos anos.

O sistema de metas inserido no PLANO ESTRATÉGICO de 2016/2019 assim como a Implantação do Sistema de Regulação-SISREG nos Polos base e na CASAI em muito têm contribuído para um melhor controle da saúde indígena.

No que tange às endemias, como a malária e a tuberculose, o DSEI tem obtido resultados significativos que refletem o bom desempenho das campanhas e ações de controle vetorial e de manejo ambiental realizadas.

Outro fator condicionante e muito importante foi a melhoria na estruturação logística dos Polos Base, pois foram adquiridos veículos de apoio, uma significativa frota de embarcações, além do abastecimento das farmácias (Figura 6).

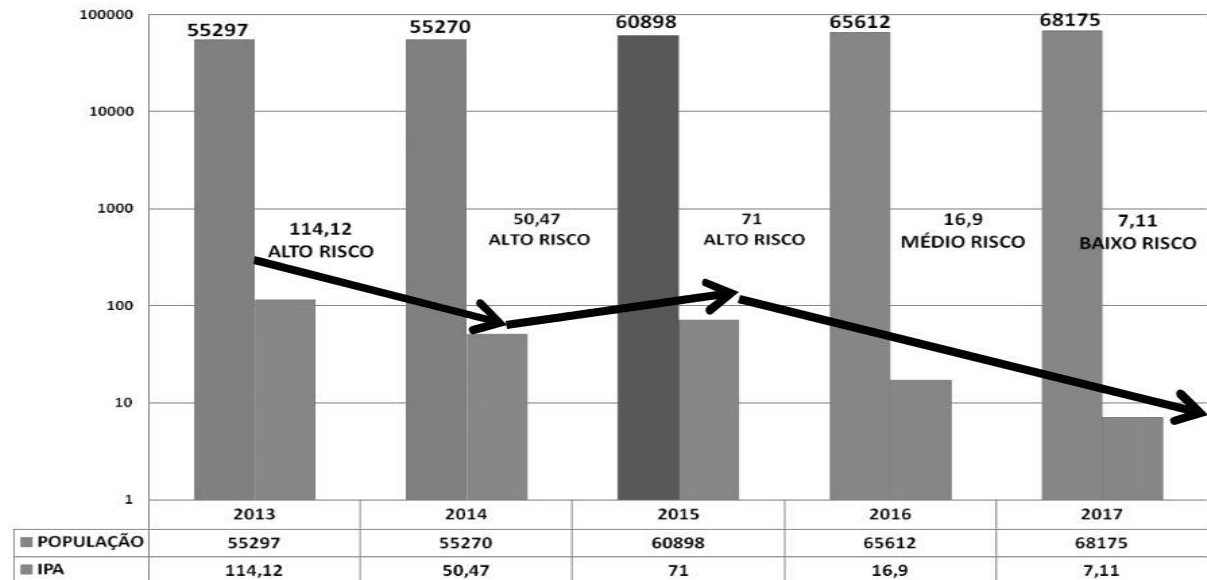
Figura 6: Cobertura laboratorial e recursos obtidos.



Fonte: DSEI Alto Rio Solimões (2018).

Assim como pôde ser averiguada nos índices, a queda na incidência parasitária anual, IPA Alto risco em 2013 para IPA baixo risco em 2107 (Figura 7) reflete resultados das ações permanentes realizadas nas aldeias, no que tange a oferta de eventos de educação permanente e ações como a distribuição de mosquiteiros impregnados com inseticida, aplicação de biolarvicida nos criadouros identificados; controle vetorial através da termonebulização; borrifação intradomiciliar; inquérito hemoscópio dentre outras.

Figura 7: Evolução da Incidência parasitária anual (IPA) no período 2013 a 2017



Fonte: DSEI Alto Rio Solimões (2018).

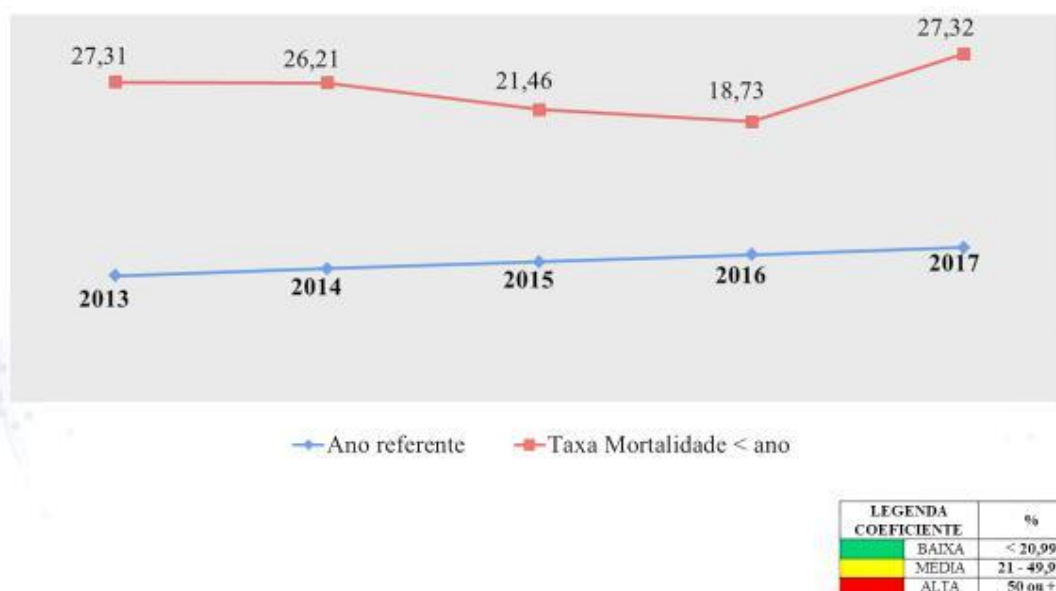
Apesar de perceptíveis os bons resultados no DSEI ARS, vários desafios ainda precisam ser vencidos, como adequações médico-sanitárias nas áreas indígenas do Alto Solimões utilizando-se metodologias cujas culturalidades e a multietnias sejam respeitadas. Desta forma é prioritário evitar a imposição de método de saúde não indígenas:

[...] É importante reiterar que os estudos e os programas de intervenção quanto à saúde indígena tomam como universais uma série de pressupostos culturais que em geral colidem frontalmente com princípios do universo indígena. Nessa área de invisibilidade cultural se encontra todo um extenso e complexo sistema de ideias relativas ao nascimento e a morte, à saúde e à doença, ao corpo e ao espírito, totalmente distintas das categorias pelas quais os indígenas classificam esses fenômenos, bem como das formas de tratamento que costumam propor para eles (OLIVEIRA FILHO, 2004, p 24).

Ainda que os subsistemas tenham evidenciado avanços na melhoria das condições de vida dos indígenas faz-se necessárias ações que vislumbrem os desafios e as deficiências dos serviços de saúde existentes nos Polos, tais como os problemáticas sanitárias, oferta de consultas médicas e exames laboratoriais específicos, acompanhamentos terapêuticos e psicológicos para mitigar problemas de dependência química (álcool e outras drogas), de incidência de suicídio e dos vários tipos de violência, resultado do contato interétnico, nas aldeias.

Um dado preocupante é a mortalidade infantil indígena que vem apresentando números alarmantes nas aldeias do DSEI ARS, com a marca de 27,32% em 2017 considerada média pela OMS ( Figura 8). Apesar da queda dos índices nos últimos três anos de quase 10% neste índice, passando a categoria baixa, a taxa volta a crescer em 2017, o que gera desconforto nas equipes, haja visto as taxas de mortalidade infantil vêm diminuindo em todo país segundo dados da OMS<sup>7</sup> (Ministério da Saúde, 2018).

Figura 8: Evolução da taxa de mortalidade infantil na DSEI ARS no período 2013-2017.



Fonte: DSEI Alto Rio Solimões (2018).

Segundo narrativas dos gestores do DSEI ARS tais dados são resultados da inexistência de uma política de proximidade dos métodos de tratamento de saúde dos não-indígenas para os indígenas que respeitem as formas tradicionais dos processos de cura estabelecidos pelos povos e por cada uma das etnias existentes nos Polos. Diante disso, a ausência de negociações, promove demora no atendimento de urgência infantil demandando em intercorrências muito evoluídas, muitas vezes, com poucas chances de reversão dos quadros.

A partir desse cenário é possível perceber avanços significativos nas políticas de saúde indígena e na atuação dos profissionais do DSEI ARS. Porém, a saúde indígena é um desafio

<sup>7</sup>No Brasil, a taxa de mortalidade infantil vem caindo continuamente. Em 1980, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), era de 82,8 por mil. Em 2004, ano da estimativa mais recente, chegou a 26,6. Só no período de 1994 a 2004, a taxa diminuiu 32,6% (IBGE, 2010)



III Seminário Internacional em  
Sociedade e Cultura na Pan-Amazônia  
Universidade Federal do Amazonas - UFAM  
Manaus (AM), de 21 a 23 de novembro de 2018



para os profissionais de saúde, pois estes precisam adequar suas ações e serviços à diversidade tanto étnica, quanto cultural, e à situação de saúde dos povos preestabelecida em cada área de atuação.

Percebe-se que por meio de uma postura respeitosa e dialógica pode ser possível a manutenção dos avanços nos Pólos-base, melhorando qualitativamente as ações de saúde indígena nestas áreas, verificado como ponto marcante da atual gestão do DSEI ARS, apesar das diversas demandas, expectativas e necessidades de cada uma das aldeias e diante a multiplicidade étnicas na região.

Conforme lembrou Massé (1995, in Langdon, 2004, p.35) em outro contexto, “quando se quer levar a sério o processo de regionalização dos serviços [de saúde], os planejadores devem recorrer a estudos complementares e de orientação etnográfica das necessidades [em matéria de saúde], os quais darão uma credibilidade científica às percepções da população”.

Muitos são os desafios a serem vencidos pelos profissionais envolvidos nestes subsistemas, desde as precárias condições de saneamento até a concentração populacional em determinadas áreas, passando pelos hábitos de higiene, e proximidade de contato com os não índios. Esses são alguns dos fatores que concorrem para um padrão de infestação e de patologias entre os povos indígenas.

Após um longo processo de organização e de reivindicações, as lideranças indígenas apoiadas por representações sociais foram conquistando os seus direitos de atenção saúde indígena, permitindo vislumbrar uma maior e melhor integração dos subsistemas de atenção saúde indígena gerando resultados animadores. E ainda, considerando a complexidade destes serviços de saúde promovidos pela gestão do DSEI ARS, foi possível perceber os avanços dos indicadores de saúde indígena para os povos indígenas do Alto Solimões.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Ana Valéria; et al. **Povos Indígenas e a Lei dos “Branços”**: o direito à diferença. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade; LACED/Museu Nacional, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. Aprovada pela Portaria do Ministério da Saúde nº254, de 31 de janeiro de 2002. Brasília: 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Justiça. Fundação Nacional do Índio – FUNAI. **Povos Indígenas**. Brasília, 2012. Disponível em : <http://www.funai.gov.br/>. Acesso em: 20/06/2018.



III Seminário Internacional em  
Sociedade e Cultura na Pan-Amazônia  
Universidade Federal do Amazonas - UFAM  
Manaus (AM), de 21 a 23 de novembro de 2018



\_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. **Indicadores Sociais e Municipais: Uma Análise dos Resultados do Universo do Censo Demográfico 2010.** Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais, Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica número 28. [internet]. Rio de Janeiro; 2011  
[acesso em 20 fev 2018]. Disponível em:  
[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/indicadores\\_sociais\\_municipais/indicadores\\_sociais\\_municipais.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/indicadores_sociais_municipais/indicadores_sociais_municipais.pdf)

\_\_\_\_\_. Constituição. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado, 1988.

\_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. **Importância dos censos nacionais no conhecimento da demografia e da saúde dos indígenas no Brasil** [internet]. 2009 [acesso em 09 mai 2018]. Disponível em:  
[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic\\_sociosaude/2009/com\\_import.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/com_import.pdf)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde Brasília: Ministério da Saúde. **Fundação Nacional de Saúde;** 2003. 40 p. [acesso em 10 jun 2018]. Disponível em:  
<http://www.indigena.caop.mp.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=30>

ELIAS, Norbert. **O processo civilizador: formação do Estado e Civilização** (vol. 2), Rio de Janeiro: Jorge Zahar editor, 1993.

GOULARD, Jean Pierre. In: RICARDO, Beto; RICARDO, Frany. **Povos Indígenas no Brasil: 2006-2010.** São Paulo: Instituto Sócio Ambiental, 2011.

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL – ISA. Disponível em <https://www.socioambiental.org/pt-br/o-isa/programas/povos-indigenas-no-brasil>. Acesso em mar. 2018.

LANGDON, Esther Jean. **Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde.** In Revista da Associação Brasileira de Antropologia. Saúde dos povos indígenas Reflexões sobre antropologia participativa Organizadoras, 2004

LEVINO, A; CARVALHO, E. F. **Análise comparativa dos sistemas de saúde da tríplice fronteira. Brasil/Colômbia/Peru,** ano 30, n.5 p.490–500, 2011.

MEDEIROS, A.K.M. **Direitos indígenas entre fronteiras: cidadania, presença e mobilidade ticunas na tríplice fronteira do Brasil, Colômbia e Peru.** Dissertação (Mestrado em Direito Ambiental) -- Programa de Pós Graduação em Direito Ambiental – PPGDA / Escola Superior em Ciências Sociais / Universidade do Estado de Manaus. João Pessoa, 2010.

OLIVEIRA FILHO, João Pacheco **Pluralizando tradições etnográficas: sobre um certo mal-estar na antropologia** in Langdon, Esther Jean; Garnelo, Luiza Org Saúde dos povos indígenas: **Reflexões sobre antropologia participativa.** Associação Brasileira de Antropologia 2004

\_\_\_\_\_. Sobre índios, macacos, peixes – narrativas e memórias de intolerância na Amazônia contemporânea. *Etnográfica* . Revista do Centro de Estudos de Antropologia Social IV (2):285-310. Lisboa. 2000.