

Artigo

Atenção Integral à Saúde dos Povos Originários no Brasil *Comprehensive Healthcare for Indigenous Peoples in Brazil*

Maurício Machado de Araujo¹, Raimundo Sidnei dos Santos Campos², Wanderley Gurgel de Almeida³, Jonildo Viana dos Santos⁴, Silvianny Guimarães, José Ozildo dos Santos⁶, Aline Carla de Medeiros⁷, Rossino Ramos de Almeida⁸, Camila Vieira de Sousa Gurjão⁹ e Patricio Borges Maracaja¹⁰

¹Doutor em Medicina Veterinária Preventiva (UNESP), como formação e extensão em Saúde Única/Uma só Saúde. E-mail: mauriciomachadovet@gmail.com@gmail.com

²Professor Adjunto da UEA. Pedagogo da Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas. Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa em Vigilância em Saúde na Amazônia. Mestre em Educação (UFAM) e doutor em Educação (UFPB).

³Mestre em Antropologia Social pela UFRN e Professor do Colegiado de Ciências Sociais da UERR. E-mail: wangurgel@gmail.com

⁴Antropólogo, mestre e doutor em Educação. Professor Adjunto da UFRR. E-mail: jonildo.viana@ufr.br

⁵Administrador, integrante do Distrito Sanitário Especial Indígena Yanomami e Yekuana-DSEI. E-mail: guimaraesadm.15@gmail.com

⁶Professor Universitário, doutorando em Gestão de Recursos Naturais (UFCG). E-mail: joseozildo2018@gmail.com

⁷Prof. D. Sc. Colaboradora do PPGGSA/CCTA/UFCG – Pombal – PB aline.carla@professora.ufcg.edu.br

⁸Pesq. do CCT / UFCG - Universidade Federal de Campina Grande– Campina Grande - PB

⁹Bolcista PCI INSA – Instituto Nacional do Semiárido. E-mail: camilavgurjao@gmail.com

¹⁰D. Sc. Bolcista PCI INSA – Instituto Nacional do Semiárido e \Prof. Colaboradora do PPGGSA/CCTA/UFCG – Pombal – PB E-mail: patricio@ufcg.esu.br

Submetido em: 02/10/2025, revisado em: 5/10/2025 e aceito para publicação em: 28/10/2025.



Resumo: Fruto de uma pesquisa bibliográfica, o presente artigo tem por objetivo promover uma abordagem sobre a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, instituída após a promulgação da Constituição Federal de 1988, que ampliou os direitos dos povos indígenas. Instituída em 31 de janeiro de 2002, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas visa cumprir os princípios do Sistema Único de Saúde. No entanto, para sua implementação e efetivação foi necessário a criação de uma rede de serviços nas terras indígenas, de forma a superar as deficiências de cobertura, acesso e aceitabilidade do Sistema Único de Saúde para essa população. Trata-se de uma política que foi regulamentada pelo Decreto nº 3.156, de 27 de agosto de 1999 e aprovada pela portaria nº 254, de 31 de janeiro de 2002. Seu objetivo é garantir o acesso integral à saúde aos povos indígenas, em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, tendo em suas diretrizes um conjunto de orientações voltadas para o planejamento, avaliação, implementação e controle das ações voltadas à saúde da população indígenas.

Palavras-chave: Povos indígenas. Política Nacional de Atenção à Saúde. Abordagens e questionamentos.

Abstract: The result of bibliographic research, this article aims to provide an overview of the National Policy for Healthcare for Indigenous Peoples, established after the enactment of the 1988 Federal Constitution, which expanded the rights of indigenous peoples. Established on January 31, 2002, the National Policy for Healthcare for Indigenous Peoples aims to comply with the principles of the Unified Health System. However, its implementation and effectiveness required the creation of a network of services on Indigenous lands to overcome the deficiencies in coverage, access, and acceptability of the Unified Health System for this population. This policy was regulated by Decree No. 3,156 of August 27, 1999, and approved by Ordinance No. 254 of January 31, 2002. Its objective is to guarantee comprehensive access to health care for Indigenous peoples, in accordance with the principles and guidelines of the Unified Health System. Its guidelines include a set of guidelines for the planning, evaluation, implementation, and monitoring of actions aimed at the health of Indigenous peoples.

Keywords: Indigenous peoples. National Health Care Policy. Approaches and questions.

INTRODUÇÃO

De acordo com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), instituída pela Portaria nº 2.656/2007 e atualizada pela Portaria nº 2.760/2019, os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) são responsáveis pela organização de sistemas locais de saúde voltados às populações indígenas em seus territórios tradicionais. Essa estrutura é concebida para funcionar de forma descentralizada, regionalizada e hierarquizada, articulando-se com o Sistema Único de Saúde (SUS) (Figuerola et al 2020; e Lepesteur, 2024).

E de acordo com os dados da SESAI (Secretaria Especial de Saúde Indígena) e do IBGE (BRASIL, 2023), mais de 40% da população indígena brasileira reside atualmente fora das terras indígenas. Esses indígenas urbanos ou periurbanos enfrentam graves lacunas no acesso à atenção diferenciada, uma vez que os DSEIs, em sua maioria, não possuem abrangência fora das aldeias. O Relatório de Gestão da SESAI (Ferreira, 2020; Cerri e Garnelo, 2025) ressalta que, nessas situações, o atendimento é de responsabilidade dos municípios, que muitas vezes não dispõem de equipes capacitadas para lidar com as especificidades culturais e epidemiológicas dos povos indígenas.

Tal cenário revela a necessidade urgente de políticas integradoras entre o SUS municipal, estadual e a rede indígena federal, para garantir o princípio da equidade e a efetividade do direito constitucional à saúde indígena (Paranhos, 2021).

Apesar dos avanços institucionais promovidos pela criação da SESAI e da implantação dos DSEIs, a política ainda não contempla de forma sistemática os indígenas que vivem fora das terras demarcadas (Dantas, 2023). Esses grupos permanecem em uma espécie de “zona de invisibilidade” administrativa, sem acesso regular a ações de vigilância, prevenção e promoção em saúde diferenciada.

Uma proposta recorrente entre especialistas e órgãos de controle, como o Tribunal de Contas da União (TCU, Relatório nº 7/2021), é a construção de protocolos de cooperação interinstitucional entre os DSEIs e as secretarias municipais de saúde, permitindo o atendimento compartilhado e culturalmente sensível (Rodriguez, 2020). Essa integração poderia minimizar desigualdades e assegurar a continuidade do cuidado, especialmente para os indígenas em mobilidade ou residentes em contextos urbanos.

A política de saúde indígena no Brasil foi criada para garantir que cada povo tenha atendimento próximo, respeitoso e adequado à sua cultura (Inacio, 2024). Por isso, os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) organizam os serviços básicos de saúde dentro das aldeias e em regiões indígenas (Horiba, 2012).

A Política Nacional de Atenção em Saúde Indígena prevê que cada distrito organizará uma rede de serviços de atenção básica de saúde dentro das áreas indígenas, integrada e hierarquizada com complexidade crescente e articulada com a rede do SUS. No entanto, esta

forma de organização não tem contemplado os indígenas que residem fora das aldeias (BRASIL, 2002).

A participação de mulheres indígenas na maioria dos Conselhos de Saúde é ainda muito pequena. Sua participação deve ser estimulada, respeitando-se as especificidades culturais de cada povo. Prestar assistência à saúde indígena requer a capacidade de transitar pelos diversos sistemas terapêuticos culturais, cada qual com suas formas próprias de concepção e manutenção do corpo e elaborações sobre saúde e doença (Angelin et al 2025). No entanto, existe, por parte dos gestores e das equipes multidisciplinares de saúde indígena, uma grande dificuldade em entender os sistemas terapêuticos tradicionais indígenas em sua amplitude (Garnelo; Pontes, 2012).

O desenvolvimento de pesquisas em áreas indígenas tem avançado no que diz respeito à aprovação das comunidades para sua execução, ou seja, o respeito à vontade desses povos tem possibilitado o atendimento a demandas de estudos geradas pelos serviços de saúde com participação da comunidade e aprovação do Conselho Distrital de Saúde, tendo em vista a melhoria da qualidade de vida dessas comunidades (Garnelo; Sampaio; Pontes, 2019).

Essas pesquisas têm o desafio de promover estudos para um melhor conhecimento de problemas vivenciados pelos povos indígenas como alcoolismo, suicídios, moradia fora das aldeias e conflitos de ordem sociocultural. Tais estudos devem possibilitar um melhor planejamento de políticas públicas destinadas às populações indígenas (Guimarães e Grubits, 2007).

A assistência à saúde dos povos indígenas vem sendo aprimorada ao longo dos anos, sempre contando com a participação popular para deliberar sobre os rumos a serem trilhados. A partir destas mudanças, as deliberações das Conferências Nacionais de Saúde se tornaram inócuas e os Conselhos de Saúde Indígena, em muitos lugares, são entes figurativos diante das ações e decisões das entidades conveniadas (Guimaraes, 2024). O controle social foi sendo paulatinamente desconsiderado por grande parte dos gestores, ampliando com isso os problemas nos espaços de organização dos serviços de saúde (Garnelo; Sampaio; Pontes, 2019).

Os Distritos Sanitários Especiais Indígenas, que seriam a base de toda essa política, tornaram-se apenas uma espécie de referência geográfica para que a FUNASA pudesse definir os tipos de convênios e as atribuições dos prestadores de serviços (Carvalho, 2022). A terceira Conferência Nacional de Saúde Indígena realizada em 2001 foi conduzida pelos agentes da FUNASA com o objetivo de referendar a perspectiva da terceirização e a diminuição ou restrição à participação indígena no controle social (Vasconcelos, 2025). No que tange à política de atenção à saúde dos povos indígenas nas últimas décadas observa-se a ampliação dos aportes legislativos que regulamentam as ações do Estado e, por outro lado, a estruturação de ações e políticas quase sempre transitórias, fragmentadas, de base emergencial, que pouco se revertem em práticas concretas de melhora das condições de vida

dos indígenas (Machado; Pego; Silva, 2023).

Não há uma política orgânica, que respeite os preceitos constitucionais e permita que os povos indígenas recebam uma atenção diferenciada, eficaz e respeitosa para com seus modelos e concepções de cura. Os orçamentos para a execução das ações aos povos indígenas são insuficientes e deficitários, situação que se agrava pela falta de planejamento e vontade política na sua aplicação (Cardoso, 2015). Com isso, os povos, comunidades e as organizações indígenas devem estar mobilizados e articulados para exercer o controle social do novo modelo, bem como atuar nas discussões, planejamentos e na execução das ações e serviços (Garnelo; Sampaio; Pontes, 2019; Baniwa e Calegare, 2024).

Caso não aconteça a participação efetiva das lideranças indígenas (povos e comunidades) como protagonistas neste processo de estruturação do novo modelo de atenção à saúde, eles receberão apenas, como sempre aconteceu no Brasil, atenção através de serviços paliativos e emergenciais.

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI)

A questão indígena no Brasil perpassa um grande conjunto de estratégias que precarizam a vida humana desde o contexto da colonização. Dando ênfase no processo de colonização, processo este que usurpou da população indígena suas crenças, terras, costumes e até a sua identidade (Melo, 2024). O preço pago pela população indígena a invasão dos Portugueses às terras Tupis, foi um preço alto, sendo pago com a própria vida (Bezerra et al., 2021).

Vale ressaltar que antes do primeiro contato desses dois mundos distintos e distantes, a população indígena ainda viva em um estágio ao qual caracteriza-se como Pré-Histórico da civilização, que com a aproximação dos índios e portugueses vivenciam um confronto sociocultural, pois os portugueses diferentemente dos índios já possuíam características civilizatórias consolidadas (Azevedo et al, 2023). Esse confronto sociocultural é ocasionado pelo processo de colonização ao qual retirou dos nativos brasileiros a autonomia de desenvolvimento particular. Deve-se ressaltar que:

Todo povo tem na sua evolução, vista à distância, um certo “sentido”. Este se percebe não nos pormenores de sua história, mas no conjunto dos fatos e acontecimentos essenciais que a constituem num largo período de tempo [...], pode variar; acontecimentos estranhos a ele, transformações internas profundas do seu equilíbrio ou estrutura [...], poderão intervir, desviando-o para outras vias até então ignoradas (Prado Júnior, 2011, p. 15).

A Constituição Federal de 1988 estabeleceu como direito fundamental o direito a saúde, posicionando-o no rol dos direitos sociais. O direito a saúde se classifica como um direito de segunda dimensão, devendo ser prestado e garantido pelo Estado, destinando-se de modo igualitário e indistinto a todos (Moraes, 2018). O acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde é viabilizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Sistema orientado

pelo atendimento integral, composto de estruturas regionalizadas e hierarquizadas, a fim de proporcionar seu eficiente funcionamento (Selau, 2021).

A organização do SUS é prescrita no texto constitucional no artigo 198, determinando que as ações e serviços de saúde integrem uma rede regionalizada e hierarquizada, pautada pelas seguintes diretrizes: descentralização, atendimento integral e a participação da comunidade. A descentralização consiste na responsabilização conjunta de todos os entes federados buscarem a promoção do direito à saúde. (Moraes, 2018) O atendimento integral abrange medidas imediatas, preventivas e assistenciais. A participação com a comunidade preza por uma efetiva parceria com aqueles que buscam o atendimento de saúde considerando todos os aspectos cercam o indivíduo.

Em vista disso, ao longo das últimas décadas houve tentativas de implementação de políticas públicas de saúde voltadas à efetivação e proteção das comunidades tradicionais. Somente em 31 de janeiro de 2002 foi instituída a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas pelo então Ministro da Saúde José Serra (Anyanwu e Lima, 2024). Essa política visa cumprir com os princípios do SUS por meio da “adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços - voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde -, que garanta aos índios o exercício de sua cidadania nesse campo (Andrade e Ferreira, 2022; Carregosa, 2024)). Para sua efetivação, deverá ser criada uma rede de serviços nas terras indígenas, de forma a superar as deficiências de cobertura, acesso e aceitabilidade do Sistema Único de Saúde para essa população” (Machado; Pego; Silva, 2023).

Por meio da lei nº 5.371/67, o governo instaurou a criação da FUNAI como o órgão de apoio principal e fundamental aos povos indígenas. Este órgão estava incumbido de desempenhar uma série de ações que compunham as diretrizes dessa política indigenista, além de exercer a tutela dos índios não integrados, gerir o patrimônio indígena, promover estudos e pesquisas, prestar assistência médico sanitária, educação de base, e exercer o poder de polícia nas áreas indígenas.

A FUNAI veio para substituir o Serviço de Proteção ao Índio e suas ações contemplavam um vasto campo de áreas como a educação, questões fundiárias, políticas sociais, além do setor da saúde. Neste último, foi criada uma Divisão de Saúde que exerceria suas funções através das Equipes Volantes de Saúde (EVS). Porém, pautado por ações esporádicas e atendimento individual, as atuações desse sistema não lograram muito êxito (Selau, 2021).

O grande impasse existente no que tange a saúde indígena é o fato da mesma sempre ser tomada como autossustentável. Na verdade, isso ocorre com todas as questões que envolviam o indigenismo, onde os povos indígenas eram vistos como responsáveis pela sua própria sustentabilidade. Isso fazia com a atenção prestada a essas populações fosse sempre carente e com problemas graves de gerência e administrativos (Machado; Pego; Silva, 2023).

Os indígenas tornaram-se a ser compreendidos como sujeitos de direitos a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, em que, com base no art. 231, que diz: “São reconhecidos aos índios sua organização

social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os seus bens” (BRASIL, 2023, p. 123).

As ações de saúde direcionada a esse grupo até então eram executadas por equipes volantes, sendo que as Delegacias Regionais da FUNAI eram responsáveis por supervisionar os debates acerca das respostas das políticas nacionais, frente às necessidades da população indígena, no âmbito da saúde, e no processo da reforma sanitária, que se iniciara na I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio em 1989 (Queiroz, 2020).

Com a promulgação da Lei Orgânica da Saúde [Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990], determinou-se aspectos referentes à promoção, proteção e recuperação da saúde. Porém, no que engloba a saúde da população indígena, além da determinação dos direitos indígenas como competência da instância federal e no âmbito da União à sua gestão, não houve abordagens acerca da saúde dos indígenas (Bezerra et al., 2021).

Um marco bastante importante no âmbito da saúde da população indígena foi a promulgação da Lei Arouca – Lei nº 9.836 de 23 de setembro de 1999, que é acrescentado o capítulo V ao Título II na Lei Orgânica de Saúde, estabelecendo os Subsistemas de Atenção à Saúde Indígena, onde todos os serviços e ações voltados para esse grupo deveria seguir o que está disposto na citada lei. Para além, a Lei Arouca é responsável pela gênese dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas - DSEIs (Bezerra et al., 2021).

É indispensável, portanto, a adoção de medidas que viabilizem o aperfeiçoamento do funcionamento e a adequação da capacidade do referido Sistema, tomando factível e eficaz a aplicação dos princípios e diretrizes da descentralização, universalidade, equidade, participação comunitária e controle social. Para que esses princípios possam ser efetivados, é necessário que a atenção à saúde se dê de forma diferenciada, levando-se em consideração as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais desses povos. Assim, deve-se desenvolver e fazer uso de tecnologias apropriadas por meio da adequação das formas ocidentais convencionais de organização de serviços (Queiroz, 2020).

Com base nesses preceitos, foi formulada a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, cuja elaboração contou com a participação de representantes dos órgãos responsáveis pelas políticas de saúde e pela política e ação indigenista do governo, bem como de organizações da sociedade civil com trajetória reconhecida no campo da atenção e da formação de recursos humanos para a saúde dos povos indígenas (Inácio, 2024). Com o propósito de garantir participação indígena em todas as etapas de formulação, implantação, avaliação e aperfeiçoamento da Política, a elaboração desta proposta contou com a participação de representante das organizações indígenas, com experiência de execução de projetos no campo da atenção à saúde junto a seu povo (Machado; Pego; Silva, 2023).

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) foi regulamentada pelo Decreto nº 3.156, de 27 de agosto de 1999, e aprovada pela portaria nº 254, de 31 de janeiro de 2002 e traz como objetivo a garantia ao acesso integral à saúde dos povos

indígenas, em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS, tendo nas suas diretrizes orientações para o planejamento, avaliação, implementação e controle das ações voltadas à saúde da população indígenas, orientada, segundo (Bezerra et al. 2021), na:

- i. Articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde;
- ii. Promoção do uso adequado e racional de medicamentos;
- iii. Controle social;
- iv. Organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas na forma de Distritos Sanitários Especiais e Polos- Base, no nível local, onde a atenção primária e os serviços de referência se situam;
- iv. Preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural; Monitoramento das ações de saúde dirigidas aos povos indígenas;
- v. Promoção da ética na pesquisa e nas ações de atenção à saúde envolvendo comunidades indígenas;
- vi. Promoção de ações específicas em situações especiais;
- vii. Promoção de ambientes saudáveis e proteção da saúde indígena.

Com a implementação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e a promulgação da PNASPI, o sistema de saúde sofre alterações nos âmbitos das estruturas e unidades do SUS nas proximidades das regiões da população indígena, para que consiga ofertar um atendimento de qualidade e sem discriminação, e acima de tudo respeitando os hábitos e os costumes da população indígena, em qualquer esfera da atenção à saúde desde a atenção primária até a atenção terciária (Inacio, 2024). Com isto, um modelo de atenção à saúde diferenciada foi desenvolvido, priorizando o acesso integral e universal e a participação dessa população no processo de avaliação, planejamento e execução das ações de saúde (Queiroz, 2020)..

A partir de vivências práticas pode-se afirmar que apesar de por muitos anos a saúde indígena ter sido tratada de forma muito superficial, a partir de certo momento iniciou-se a estabelecer uma atenção maior para essa questão. Isso se intensificou essencialmente com a realização da I Conferência Nacional de Saúde dos Povos Indígenas em meados de 1986 em que o índio passou a ser mais assistido e que se passou a ter um olhar mais focado na forma como gerir isso de maneira efetiva (Pessoa, 2021). A partir daí, passou-se a pensar em prestar uma assistência que fosse futuramente elaborada não somente específico para a população indígena, mas pela sociedade geral: eram os distritos sanitários.

Com a instauração da Constituição Federal de 1988 muitas mudanças passaram a ocorrer no cenário da saúde no Brasil. A priori, o fato mais marcante para a história do nosso país nesse contexto foi a reformulação geral do sistema de saúde que viria a se transformar no SUS. A partir das reformulações propostas pelo governo e com base nos constantes casos de patologias novas que afetavam principalmente as classes mais necessitadas de atenção do país surgiu a necessidade de se criar a FUNASA, através da Lei nº 8.090/1990 (Sobral, 2020).

A partir dessa premissa, durante os primeiros nove anos, que tange o período ocorrido entre 1990 e 1999, a FUNASA desempenhou ações de forma desarticulada e

pouco sistêmica. Nesse período, o desenvolvimento das ações era pontual, setorial e central o que dificultava a adesão às propostas previstas pelo Sistema Único de Saúde (Martins, 2013). A partir de 1999 o governo passou da FUNAI para a FUNASA a responsabilidade pela atenção prestada à saúde da população indígena, calculada na época em torno de 360 mil índios. Apesar de toda a tentativa de reforma na organização da assistência proposta pela criação da FUNASA, ainda muitos entraves eram vividos, como por exemplo, a resistência da FUNAI em aceitar a transferência (Nascimento, 2025). Era de tal forma que em 1994 através do Decreto 1.141 a atenção à saúde indígena retornou a FUNAI o que dificultou o acompanhamento das políticas apresentadas pelo SUS e pelas conferências nacionais de saúde indígena (Machado; Pego; Silva, 2023).

É oportuno ressaltar que a partir de 1994, de certa forma, as atuações ficaram divididas entre a FUNASA e a FUNAI, estando a primeira responsável apenas por questões mais voltadas para o controle de vetores e saneamento, enquanto que a segunda pela parte maior e mais onerosa. Apenas em 1998 a partir de decisão do Ministério Público entendeu-se que do ponto de vista constitucional a situação da Saúde Indígena era uma responsabilidade que cabia, de fato, mais ao Ministério da Saúde. Essa visão foi concretizada através da Lei 9.649/1998 que transferia novamente ao MS essa responsabilidade. Por outro lado, a gestão da política e dos órgãos da saúde da população indígena, em decorrência da pressão dos movimentos passou a ser gerenciada pela Secretária Especial de Saúde Indígena (SESAI), estando diretamente vinculada ao Ministério da Saúde (Sobral, 2020)..

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) e o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) no SUS, tem a sua coordenação e execução realizada pela SESA, objetivando a implementação de um modelo de gestão articulado, com autonomia administrativa e descentralizado, além da responsabilidade das 34 DSEIs desenvolvidas e implementadas como consequência das assinaturas dos convênios com as instituições civis e as prefeituras localizadas nas proximidades das áreas da população indígenas (Oliveira, 2014). Não obstante, dos limites estaduais ou municipais, articulando-se com a rede de alta e média alta complexidade (cargo dos hospitais regionais) e aderindo um modelo de organização dos serviços de atenção primária à saúde. É crucial entender que a judicialização do direito ao território interfere diretamente na efetivação dos direitos sociais na medida em que a terra é “imprescindível para a construção de outros direitos humanos, com a cultura, moradia, alimentação adequada, saúde e educação” (Machado; Pego; Silva, 2023).

Em vista disso, muitas comunidades vivem hoje em beiras de estradas, em péssimas condições de higiene, sem alimento, saneamento, água, impedidos de realizar seus ritos, suas curas e seus modos tradicionais de vida, porque não estão sobre as suas terras. Importante mencionar que os povos indígenas brasileiros passaram por variadas formas de violações de direitos ao longo do processo de extermínio. Além disso, a grandiosidade do país e a variedade demográfica denotam que é preciso muito esforço na formulação de uma política de saúde capaz de dar conta de todos esses aspectos que em última

instância requerem atendimentos diferenciados (Moraes, 2018).

Entretanto, “a saúde indígena ainda apresenta muitos entraves para inserir-se na pauta das discussões e projeções das necessidades da saúde pública no Brasil e tem sido marcada por uma atenção fragmentada e descontinuada pelos diversos órgãos federais responsáveis por essa tarefa. Somado aos preconceitos advindos da dominação cultural e considerando os processos de saúde e enfermidade como resultantes de desigualdades sociais ou discriminação étnico racial” (Machado; Pego; Silva, 2023).

Outro ponto levantado é a questão da integração entre o trabalho dos DESEIs e o SUS. Pois, os polos-base são responsáveis somente pela atenção primária, sendo referenciados às unidades do SUS localizadas em regiões urbanas ou em outros municípios, os casos de média e alta complexidade. Toda essa situação coloca os povos indígenas em situação de vulnerabilidade, expostos a péssimas condições de saúde.

Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI)

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI) foi criado por meio da Lei 9.836/1999 denominada Arouca, devido à atuação do médico sanitário Antônio Sérgio da Silva Arouca, presidente da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) entre 1985 e 1989. A referida legislação se encontra no capítulo V da lei 8.080/1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, e acerca da organização e o funcionamento dos serviços correspondentes do Sistema Único de Saúde (SUS) (Martins, 2013). O fundamento do SASI consiste em um subsistema de saúde que leva em consideração a realidade local, as especificidades da cultura dos povos indígenas, pautando-se em uma abordagem diferenciada e global (Moraes, 2018).

Como forma de garantir aos povos indígenas o direito ao acesso universal e integral à saúde, em fevereiro de 1999, o Decreto Presidencial nº 3.156 criou o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena sendo o Ministério da Saúde responsável pela coordenação das ações de saúde destinadas aos povos indígenas (Duailibe, 2020). Com base nesta lei é garantido as populações indígenas o acesso a saúde em âmbito local, regional e a centros especializados, de acordo com suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde de acordo com sua identidade étnica (Vasconcelos, 2025). Sendo também direito das populações indígenas participar dos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, como o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde (Sobral, 2022).

A missão de gerenciar o SASI foi conferida à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), que se desenvolve mediante a elaboração de planos estratégicos nos segmentos de Saneamento Ambiental e de Atenção Integral à Saúde Indígena. Dentre as unidades que compõem esta Fundação, destacam-se, os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI).

Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI)

A Portaria Ministerial nº 1.801, de 9 de novembro de 2015, trouxe a organização dos serviços ofertados a população indígena, que define os subtipos das instituições prestadoras de serviços à saúde da população indígena que constitui o atendimento da SasiSUS, do modo que são estabelecidos diretrizes com a finalidade de elaboração de projetos. É por meio desta portaria que os subtipos de atendimento a saúde indígena, são estabelecidos e divididos em: Unidade Básica de Saúde Indígena (UBSI), Casa de Saúde Indígena (CASAI) e Distrito Sanitário Especial Indígena – DSEI (Bezerra et al., 2021).

Acerca da atuação dos DSEIs, se caracterizam por atuarem como unidade e sede de coordenação das ações direcionada a atenção à saúde da população indígena e são divididas pelos critérios territoriais. As subdivisões territoriais dos DSEIs são os Polos-Bases (PB) que servem de bases para as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena e no país são encontrados 361 PB (Garnelo, 2012).

Aos agentes indígenas de saúde, tem os PB como sua primeira referência, e estão designadas à administração e a organização de saneamento e serviços de saúde, sendo dividido em duas categorias sendo elas, segundo Bezerra et al. (2021):

- i. Polo Base Tipo I (PB-I): localizados em aldeias indígenas;
- ii. Polo Base Tipo II (PB-II): localizadas em áreas urbanas.

O que diferencia uma categoria da outra, é que o PB-I, pode executar diretamente, os serviços de saneamento e serviços de saúde na área de abrangência de qual está designado em decorrência da sua localização.

As demandas que não forem atendidas no grau de resolutividade dos Polos-Base deverão ser referenciadas para a rede de serviços do SUS, de acordo com a realidade de cada Distrito Sanitário Especial Indígena. Essa rede já tem sua localização geográfica definida e será articulada e incentivada a atender os índios, levando em consideração a realidade socioeconômica e a cultura de cada povo indígena, por intermédio de diferenciação de financiamento (Batista, 2024; Silva, 2024 e Ambrosio, 2024).

Com o objetivo de garantir o acesso à atenção de média e alta complexidades, deverão ser definidos procedimentos de referência, contra referência e incentivo a unidades de saúde pela oferta de serviços diferenciados com influência sobre o processo de recuperação e cura dos pacientes indígenas (como os relativos à

restrições/prescrições alimentares, acompanhamento por parentes e/ou intérprete, visita de terapeutas tradicionais, instalação de redes, entre outros) quando considerados necessários pelos próprios usuários negociados com o prestador de serviço (Vasconcelos, 2025). Deverão ser oferecidos, ainda, serviços de apoio aos pacientes encaminhados à rede do Sistema Único de Saúde. Tais serviços serão prestados pelas Casas de Saúde Indígena, localizadas em municípios de referência dos distritos a partir da readequação das Casas do Índio (BRASIL, 2002).

A Casa de Saúde Indígena (CASAI) é o agente responsável pelo acolhimento, apoio e assistência aos indígenas, por intermédio das ações complementares de atenção básica e especializada, tanto para os usuários quanto para os acompanhantes. As Unidades Básicas de Saúde Indígena (UBSI) tem o compromisso de executar de forma direta os serviços de atenção à saúde e saneamento concretizado pela Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena, sendo divididas em três tipos, levando em consideração o quantitativo mínimo da população do território ao qual está referenciado (Bezerra et al., 2021).

As equipes de saúde que atuam nos distritos devem ser constituídas por médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem e agentes indígenas de saúde, auxiliados pela participação sistemática de antropólogos, educadores, engenheiros sanitários e outros especialistas e técnicos considerados necessários. O perfil profissional (quantidade e qualidade) deve ser estabelecido em função do planejamento de cada DSEI, considerando obrigatoriamente o tamanho da população indígena, condições de acesso, necessidades específicas locais, dispersão geográfica (BRASIL, 2002).

Os modos de trabalho adotados nos distritos visam à atenção básica, realizada nas aldeias por meio de agentes indígenas de saúde, e por equipes multidisciplinares periodicamente, conforme o planejamento das ações. Ressalta-se que os agentes de saúde em grande maioria são indígenas, que foram capacitados a exercer este tipo de trabalho como uma estratégia para o favorecimento da apropriação dos indígenas, dos conhecimentos e recursos técnicos da medicina ocidental (Vasconcelos, 2025). Os DSEIs devem se organizar como uma rede de serviços de atenção básica de saúde dentro das áreas indígenas, integrada e hierarquizada com complexidade crescente e articulada com a rede do Sistema Único de Saúde, conforme a figura ilustrada abaixo:

Organização do Distrito Sanitário Especial Indígena



Fonte: Ministério da Saúde (2017)

Secretaria Especial de Saúde Indígena - SESAI

Em sua atuação, a SESAI leva em consideração a diversidade das medicinas tradicionais indígenas, articulando as estratégias do sistema oficial de saúde e dos saberes e práticas indígenas e garantindo que sejam elaboradas no âmbito local a partir do diálogo intercultural estabelecido com os diferentes sujeitos e comunidades indígenas, de modo a contemplar suas especificidades (Machado; Pego; Silva, 2023).

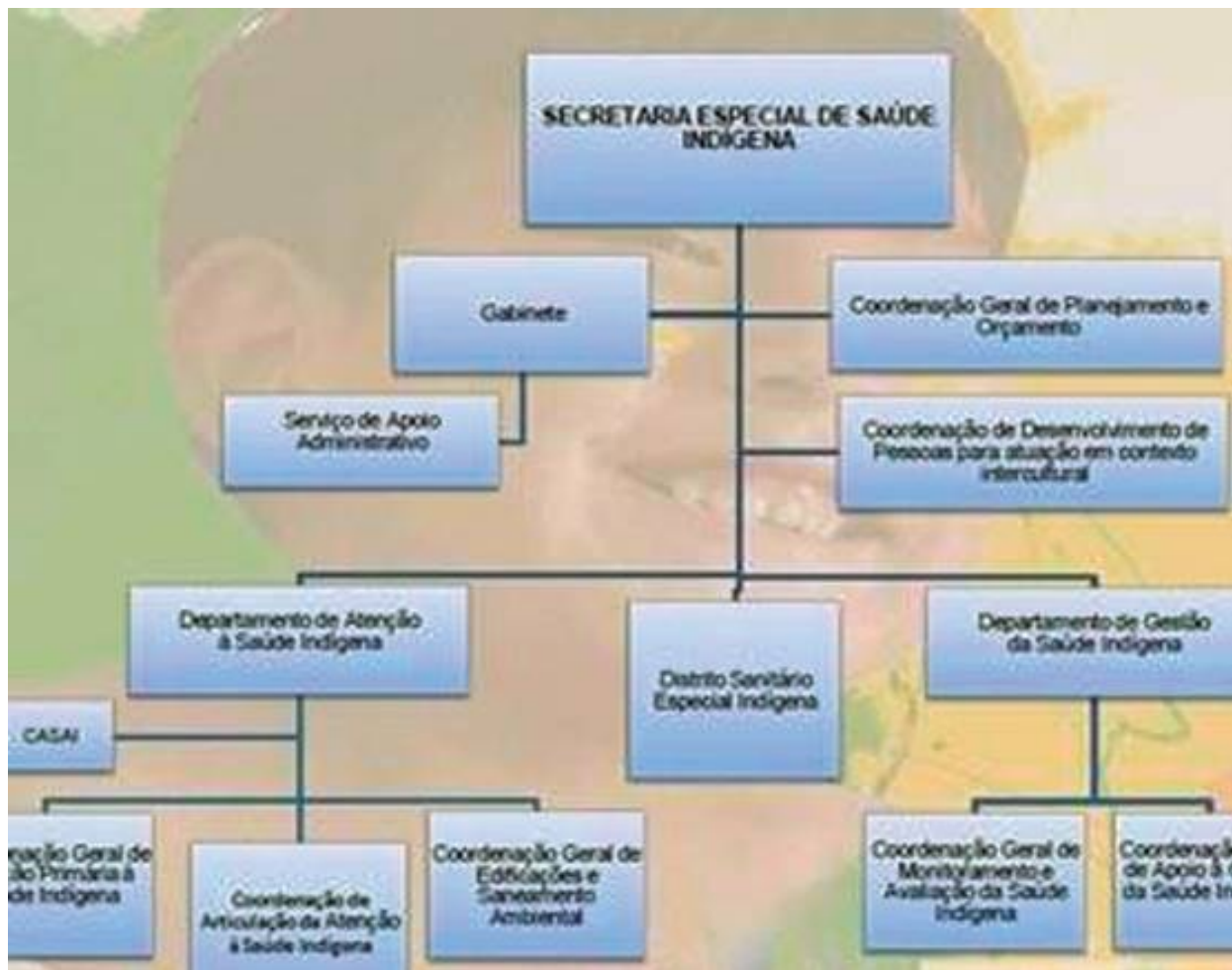
A SESAI é a única Instituição que alcança todas as comunidades indígenas, apesar das dificuldades de acesso, e seu escopo de trabalho vai desde prestar serviços de saúde a povos indígenas que vivem territórios próximos a grandes centros urbanos a prestar serviços a povos isolados e de recente contato (Farias, 2025). O Ministério da Saúde é o órgão do Poder Executivo Federal responsável pela organização e elaboração de planos e políticas públicas, voltados para a promoção, prevenção e assistência à saúde dos brasileiros (Machado; Pego; Silva, 2023).

É função do Ministério da Saúde dispor de condições para a proteção e recuperação da saúde da

população indígena, reduzindo as enfermidades, controlando as doenças endêmicas e parasitárias, melhorando a vigilância à saúde, dando, assim, mais qualidade de vida ao brasileiro (Cantuáris, 2020; Silva, 2024). A Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAI – é a área do Ministério da Saúde criada para coordenar e executar o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) no âmbito do Sistema Único de Saúde – em todo o Território Nacional (Lima, 2016; Sobral, 2022).

Silva, em (2024) descreve que a SESAI tem como missão principal o exercício da gestão da saúde indígena, no sentido de proteger, promover e recuperar a saúde dos povos indígenas, bem como orientar o desenvolvimento das ações de atenção integral à saúde indígena e de educação em saúde segundo as peculiaridades, o perfil epidemiológico e a condição sanitária de cada Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), em consonância com as políticas e programas do Sistema Único de Saúde – SUS, conforme a figura a seguir:

Organograma da SESAI



Fonte: SESAI/Ministério da Saúde 2023

De acordo com Machado; Pego e Silva (2023), dentre as competências da SESAI estão:

- i. Coordenar a implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas mediante gestão democrática e participativa;
- ii. Coordenar e avaliar as ações de atenção à saúde no âmbito do Subsistema de Saúde Indígena;
- iii. Coordenar o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena para a proteção, a promoção e recuperação da saúde dos povos indígenas;
- iv. Estabelecer diretrizes e critérios para o planejamento, execução, monitoramento e M das ações de saneamento ambiental e de edificações nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.
- v. Identificar, organizar e disseminar conhecimentos referentes à saúde indígena;
- vi. Orientar o desenvolvimento das ações de atenção integral à saúde indígena e de educação em saúde segundo as peculiaridades, perfil epidemiológico e condição sanitária de cada Distrito Sanitário Especial Indígena - DSEI, em consonância com as políticas e programas do Sistema Único de Saúde - SUS;
- vii. Promover a articulação e a integração com os setores governamentais e não governamentais que possuam interface com a atenção à saúde indígena;
- viii. Promover o fortalecimento e apoiar o exercício do controle social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, por meio de suas unidades

organizacionais;

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No âmbito das políticas públicas, a atenção à saúde dos povos indígenas, perpassa por anos sem reconhecimento e discursões enquanto pontos relevantes e é só com a Criação do Subsistema de Atenção à saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) em 2002, que se desenvolve as diretrizes focalizadas na implementação, avaliação, planejamento e controle das ações centralizadas na atenção da população indígenas.

É mediante as aproximações da política de saúde direcionada a população indígena, que é possibilitado a compreensão e reconhecimento da primordialidade do cuidado e planejamento para ser trabalhar essa temática, tendo em vista que todo e qualquer indivíduo estar suscetível a enfermidade, sendo a população indígenas sujeitos diferenciados acerca dessas questões, tendo em vista que sua grande maioria concentram em regiões de difícil acesso, consequentemente o acesso aos serviços de saúde também são afetados.

CONCLUSÃO

Diante do exposto, observa-se que a consolidação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) representa um marco fundamental no reconhecimento dos direitos e das especificidades socioculturais das populações indígenas no campo da saúde pública. Apesar dos avanços institucionais e normativos alcançados desde a criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, ainda persistem desafios significativos relacionados à efetivação do acesso universal e equitativo aos serviços de saúde, especialmente para comunidades localizadas em áreas remotas ou de difícil acesso.

Assim, torna-se imprescindível fortalecer os mecanismos de planejamento, gestão e integração entre o subsistema indígena e o Sistema Único de Saúde (SUS), assegurando uma atenção que considere as dimensões territoriais, culturais e epidemiológicas próprias desses povos. O reconhecimento da diversidade étnica e cultural deve ser o ponto de partida para a construção de estratégias mais sensíveis e eficazes, capazes de promover o cuidado integral, respeitoso e continuado, reafirmando o compromisso do Estado brasileiro com a dignidade, o bem-viver e a saúde dos povos indígenas.

REFERÊNCIAS

AMBRÓSIO, Sediel Andrade. Subnotificações de acidentes ofídicos em indígenas do município de São Gabriel da Cachoeira, Amazonas. 2024.

ANGELIN, Rosângela; DUTRA, Gabrielle Scola; DE ARAUJO, Marigley Leite da Silva. Mulheres indígenas e sistema único de saúde brasileiro (sus): um processo de descolonialidade frente aos atendimentos voltados a maternidade e maternagem. **Revista Direito e Justiça: Reflexões Sociojurídicas**, v. 25, n. 51, p. 87-109, 2025.

ANYANWU, A. C., & LIMA, G. F. (2024). Destinação de recursos federais no âmbito da segurança alimentar e nutricional para povos e comunidades tradicionais entre os anos de 2000-2022.

ANDRADE, Rafael Ademir Oliveira; FERREIRA, Cristina Andrezza Fernandes Cabral; SCHMITZ, Juliana Gobi. Programas de Segurança Alimentar e Nutricional e Proteção territorial Indígena no Brasil: Relatórios de Gestão da FUNAI (2013-2018). **Revista Magistro**, v. 2, n. 26, 2022.

AZEVEDO, Carlos Xavier de; MATOS, Francisco de Assis Soares de; SOUZA, Thiago Fonseca de. Panorama pré-histórico sobre as pesquisas arqueológicas no estado da Paraíba. **Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi. Ciências Humanas**, v. 18, n. 3, p. e20220078, 2023.

BATISTA, Diana Leite. Oferta de serviços de saúde bucal nas comunidades indígenas de abrangência do Distrito Sanitário Especial Indígena Litoral Sul no ano 2023 TCC..

2024.

BEZERRA, Clarice; SILVA, Diego Freitas da; FRANCO, Inaara Hérica Câmara; OLIVEIRA, Rannie Yasmine Conceição de. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas: Breves aproximações. X *Jornal Internacional de Políticas Públicas*, 17 a 19 de novembro de 2021, São Luís-MA. **Anais...**

BANIWA, Geana; CALEGARE, Marcelo. Fatores explicativos do suicídio pela visão indígena: uma revisão de literatura. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. e230084, 2024.

BRASIL, I. B. G. E. Censo demográfico 2022. **Dados nacionais. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasil**, 2023.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em:). Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/a-funasa1>. Acesso em: 14 de fevereiro de. 2025

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Lei Arouca: a Funasa nos 10 anos de saúde indígena. Brasília: Funasa, 2009. 112 p.). Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/a-funasa1>. Acesso em: 12 de janeiro de. 2025

BRASIL. Fundação Nacional dos Povos Indígenas (FUNAI). Etnomapeamento dos Potiguara da Paraíba. Disponível em: <http://cggamgati.funai.gov.br/index.php/experiencias-em-gestao/etnomapeamento-dos-potiguara-da-paraiba/>. Acesso em:: 06 de janeiro de. 2025

BRASIL. Fundação Nacional dos Povos Indígenas (FUNAI). Relatório de Identificação da Terra Indígena Tabajara. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <http://www.funai.gov.br>. Acesso em: 29 de janeiro de. 2025.

BRASIL. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 dez. 1996.. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/a-funasa1>. Acesso em: 22 de janeiro de. 2025

BRASIL. Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999. Institui o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 set. 1999. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19836.htm. Acesso em: 18 de janeiro de. 2025

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Diário Oficial da União, 63 Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm.. Acesso em: 12 de janeiro de. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agente Indígena de Saúde e Agente Indígena de Saneamento: diretrizes e orientações para a qualificação. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.). Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/a-funasa1>. Acesso em: 12 de janeiro de. 2025

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 40 p. (Série E. Legislação de Saúde).). Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/a-funasa1>. Acesso em: 12 de janeiro de. 2025

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde (Funasa). Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/a-funasa1>. Acesso em: 12 de janeiro de. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Mapa de Localização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sesai/estrutura/dsei/>. Acesso em: 10 de maio de. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.656, de 17 de dezembro de 2012. Aprova o Regimento Interno da Secretaria Especial de Saúde Indígena. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 18 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Coordenação-Geral de Planejamento e Orçamento. Brasília, DF, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sesai/estrutura/cgpo>. Acesso em: 12 de junho. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Estrutura organizacional da SESAI. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sesai/estrutura>. Acesso em: 4 de julho. De 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Potiguara. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/sesai>. Acesso em: 6 de agosto de. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). Brasília, DF: Ministério da Saúde, (2020). Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sesai>. Acesso em: 6 de agosto de. 2025.

BRASIL. Ministério dos Povos Indígenas. Relatório Anual SESAI 2023: Atuação dos Profissionais de Saúde Indígena. Brasília, DF: MPI, 2023. <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sesai>. Acesso em: 12 de agosto de 2024.

BRASIL. Ministério do Turismo. Águas Potiguara. In: Mapa Cultural. [S.l.], [s.d.]. Disponível em: <https://mapa.cultura.gov.br/agente/2551>. Acesso em: 18 de maio. 2025. 64

BRASIL. Projeto de Lei nº 3.514, de 2019. Regulamenta a profissão de Agente Indígena de Saúde - AIS e Agente Indígena de Saneamento - AISAN. Câmara dos Deputados, Brasília, DF, 2019. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2207982>. Acesso em: 12 de outubro. 2025.

BRASIL. Decreto-Lei nº 72, de 21 de novembro de 1966. Cria o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 nov. 1966. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1965-1988/Del0072.htm. Acesso em: 22 de outubro 2025.

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

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Brasília: Senado, 2023.

CARREGOSA, Mariana Passos. Panorama das Políticas Públicas de Segurança Alimentar e Nutricional voltadas aos quilombolas após período de desmontes. **Segurança Alimentar e Nutricional**, v. 31, p. e024026-e024026, 2024.

CANTUÁRIA, Alexandre Oliveira Cantuária. **Educação permanente e a SESAI: uma análise da política nacional de educação permanente no âmbito da secretaria especial de saúde indígena**. Tese de Doutorado. Universidade Católica Portuguesa (Portugal). 2020

CARDOSO, Marina D. Políticas de saúde indígena no Brasil: do modelo assistencial à representação política. **Langdon EJ, Cardoso MD, organizadores, Saúde indígena: políticas comparadas na América Latina. Florianópolis: Ed. da UFSC**, p. 83-106, 2015.

CARVALHO, Carlos Henrique Soares. **Contratos de impacto social em programas de saúde: uma análise sobre sua utilização no enfrentamento do HIV/AIDS no Estado do Amazonas**. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo – SP.. 2022.

CERRI, Roberta Aguiar; GARNELO, Luiza. O contexto da produção de normativas na implementação da política de saúde indígena. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 29, p. e240100, 2025.

- DANTAS, Victor Ferreira. Execução das políticas públicas de saúde indígena no Brasil: uma análise da eficiência dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas entre os anos de 2019 e 2022. Dissertação apresentada a Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do título de Mestre em Planejamento e Controle de Gestão 2023.
- DUAILIBE, Elza Galvão Bergê Cutrim. Saúde indígena no Brasil: trajetória histórica e políticas públicas. **Revista Labirinto (UNIR)**, v. 33, p. 387-402, 2020.
- FARIAS, Dnize Santana. Educação em saúde indígena na Paraíba: atores participativos da atenção integral à saúde dos indígenas em seus territórios. Trabalho Acadêmico de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Ciências Biológicas, como requisito parcial à obtenção do grau de Licenciado em Ciências Biológicas da Universidade Federal da Paraíba. João Passoa – PB. 2025.
- FERREIRA, Luciane Ouriques. Relatório técnico contendo análise dos Protocolos e Normativas do Ministério da Saúde e da Secretaria Especial de Atenção à Saúde Indígena (SESAI/MS) para o enfrentamento da COVID-19 junto aos povos indígenas. 2020
- GUIMARÃES, Liliana AM; GRUBITS, Sonia. Alcoolismo e violência em etnias indígenas: uma visão crítica da situação brasileira. **Psicologia & Sociedade**, v. 19, p. 45-51, 2007.
- INÁCIO, Márcio Vinícius do Nascimento. **Direito dos povos indígenas: um estudo a partir da implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) no Rio Grande do Norte e na Paraíba**. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, RN. 2024.
- FIGUEROA, A., BORGES, J., PINHEIRO, N., & PIRES, P. Avaliação dos fluxos de acompanhamento das Condições de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF) para povos indígenas. *Revista Brasileira de Avaliação*, 8, 130-149. 2020.
- GARNELO, Luiza. Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde. In: GARNELO, Luiza; PONTES, Ana Lúcia (orgs.). **Saúde indígena: uma introdução ao tema**. Brasília: MEC-SECADI, 2012.
- GARNELO; SAMPAIO, Sully de Souza; PONTES, Ana Lúcia. **Atenção diferenciada: a formação técnica de agentes indígenas de saúde do Alto Rio Negro**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2019.
- GRANDO, Taiana Vieira et al. Os Recursos hídricos e os planos diretores municipais na Bacia do Rio Itajaí-Açu. 2011.
- HORIBA, Nubia Maria de Souza. **Um olhar da enfermagem à saúde no distrito sanitário especial indígena do Alto Rio Negro** Dissertação de mestrado apresentada a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio Rio de Janeiro RJ. 2012.
- LEPESTEUR, João David. A atenção integral em saúde junto aos indígenas. **REVISTA FOCO**, v. 17, n. 4, p. e4959-e4959, 2024.
- LIMA, Déborah Mota et al. Subsistema de Atenção à Saúde Indígena: direito, acesso, diversidade e atenção diferenciada: um estudo de caso sobre a gestão da política de atenção à saúde indígena no território do DSEI potiguara. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à disciplina de TCC, junto ao Curso de Tecnologia em Gestão Pública, como requisito parcial para a obtenção do título de Tecnólogo em Gestão Pública. João Pessoa – PB. 2014.
- MORAES, Julia Thais. O subsistema de atenção à saúde indígena e sua efetivação no estado de Mato Grosso sul: análise no funcionamento, ações e serviços. **Revista Juris UniToledo**, v. 3, n. 04, p. 191-203, 2018.
- MELLO, Lorena Cristina da Silva. **Entre a judicialização e a necropolítica: um estudo sobre a proteção dos direitos dos povos indígenas no Brasil**. 2024. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. 2024.
- MACHADO, Karina Ayko Nakai; PEGO, Rogério de Jesus; SILVA, Erik Serafim da. Desafios na gestão pública da saúde indígena. **Ciências Sociais**, v. 27, n. 27, p. 1-12, set., 2023.
- MORAES, Júlia Thais. O subsistema de atenção à saúde indígena e sua efetivação no estado de Mato Grosso Sul: análise no funcionamento, ações e serviços. **Revista Juris UniToledo**, v. 3, n. 4, p.191-203, out.-dez., 2018.
- MARTINS, André Luiz. **Política de saúde indígena no Brasil: reflexões sobre o processo de implementação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena**. Tese de Doutorado FIOCRUZ. Brasília – DF. 2013..
- NASCIMENTO, Tatiane Conceição do. Análise de execução dos convênios de melhorias sanitárias domiciliares em municípios do estado de Sergipe. Tese Doutorado UFS Aracaju.-SE. 2025.
- OLIVEIRA, Guaraci Aragão. PROPOSTA DE Estruturação a Carreira De Saneamento Básico E Saúde Ambiental Para A Fundação Nacional De Saúde–FUNASA. **Monografia apresentada ao Curso Lato Sensu em Gestão do Conhecimento e Tecnologia da Informação da Universidade Católica de Brasília como requisito parcial à obtenção do Título de Especialista em GC**. Brasília, 2014.
- PESSOA, Welita Micaele Silva. 710S Efeitos de Um Sistema Dual Na Política De Assistência À Saúde: reflexões. **IX Jornada Científica de Serviço Social**, p. 71 Anais:: Serviço Social no contexto da pandemia: desafios para a formação e o trabalho / PEREIRA, Sofia Laurentino Barbosa; TEIXEIRA, Solange Maria. (Orgs.). Teresina: Editora Lestu, 2021.

PARANHOS, Jéssica Camila de Sousa Rosa. O papel dos gestores estaduais na política pública de saúde indígena: entre os impasses históricos e a pandemia de covid-19 Tese de Doutorado da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.. 2021.

PRADO JÚNIOR, Caio. **Formação do Brasil contemporâneo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

RODRIGUEZ, Pedro Artur Leite. As relações interorganizacionais em programas públicos: um estudo de caso no programa sistema integrado de monitoramento de fronteiras-SISFRON. Dissertação Instituto Brasileiro de Ensino, Desenvolvimento e Pesquisa , Brasília, 2020. 98 f.

SELAU, Maria Gorete Gonçalves. A Política Indigenista Governamental: aspectos ideológicos e administrativos da ação médico-sanitária entre as populações indígenas brasileiras, 1967-1988. In: PONTES, Ana Lúcia de Moura; MACHADO, Felipe Rangel de Souza; SANTOS, Ricardo Ventura. **Políticas antes da política de saúde indígena**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021.

SILVA, Antonio Carlos Souza da et al. Agentes indígenas de saúde e educador popular na aldeia Alto do Tambá em Baía da Traição-PB. Dissertação apresentada ao Programa de PósGraduação em Educação (PPGE), do Centro de Educação (CE), da Universidade Federal da Paraíba (UFPB),. 2024. 64p.

SILVA, Mayra Candido da. O processo do trabalho do serviço social na política de saúde na atenção básica com a população indígena Xerente no município de Tocantínia. 2024.

SOBRAL, Fábio Batista. Por uma atenção diferenciada em saúde indígena. **RECIMA21 - Ciências Exatas e da Terra, Sociais, da Saúde, Humanas e Engenharia/Tecnologia**, v. 3, n4, 1-11, 2022.

VASCONCELOS, Roberta Silva et al. A política pública de saúde indígena na pandemia da COVID-19: efetividade da dimensão constitucional e suas contradições. Tese apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Políticas Públicas como requisito parcial à obtenção do título de Doutorado em Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão (UFMA).São Luis - MA 2025. 126 f