

ACESSO DOS USUÁRIOS INDÍGENAS AOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

ACCESS OF INDIGENOUS USERS TO THE MEDIUM AND HIGH COMPLEXITY HEALTH SERVICES

Jair Alves Maia¹, Alessandra Moraes de Santana¹, Brandhon Gadelha de Assis¹ Rafaela Rodrigues Correa¹

1 Enfermagem. Centro Universitário Uninorte. Rio Branco, AC, Brasil.

***Autor correspondente:** jairalvesac@hotmail.com

RESUMO

Introdução: A assistência à saúde dos povos indígenas no Brasil é executada pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai) que é responsável por coordenar e executar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e todo o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) no Sistema Único de Saúde (SUS). **Objetivo:** descrever como é realizado o acesso dos povos tradicionais indígenas nos serviços de saúde de média e alta complexidade. **Método:** Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, realizada no período de outubro a novembro de 2018, e as bases eletrônicas de dados pesquisadas foram: SCIELO, MEDLINE, LILACS e BVS. **Resultados:** Na base de dados MEDLINE, foram identificados 05 artigos que cumpriram os critérios de inclusão, e 03 foram selecionados; na LILACS foram identificados 12 artigos que cumpriram os critérios de inclusão, e 04 foram selecionados, no SCIELO foram identificados 208 artigos que cumpriram os critérios de inclusão, e 05 foram selecionados e na BVS foram identificados 134 artigos e manuais que cumpriram os critérios de inclusão e 7 foram selecionados. Totalizando 19 publicações entre artigos e manuais que cumpriram os critérios de inclusão. **Conclusão:** O acesso dos pacientes indígenas aos serviços de média e alta complexidade depende de um encaminhamento do indígena do seu município de origem pelo polo base para a casa de saúde indígena (CASAI) que, realizará o agendamento e conduzirá o indígena até os serviços de saúde de acordo com sua necessidade e especialidade encaminhada.

Palavras-chave: Saúde de populações indígenas; Acesso aos serviços de saúde; encaminhamento.

ABSTRACT

Introduction: Health care for indigenous peoples in Brazil is carried out by the Special Secretariat for Indigenous Health (Sesai), which is responsible for coordinating and implementing the National Policy on Health Care of Indigenous Peoples and the entire process of management of the Subsystem of Attention to Indigenous Health (SasiSUS) in the Unified Health System (SUS). **Objective:** To describe how indigenous traditional peoples' access to high and medium complexity health services is achieved. **Method:** This is a narrative review of the literature, carried out from October to November 2018, the electronic bases of data searched were: SCIELO, MEDLINE, LILACS and VHL. **Results:** In the MEDLINE database, 5 articles were identified that met the inclusion criteria and 3 were selected. In LILACS, 12 articles were identified that met the inclusion criteria and 4

were selected; in the SCIELO, 208 articles were identified that met the criteria of inclusion and 5 were selected and in the VHL were identified 134 articles and manuals that met the inclusion criteria and 7 were selected. Totaling 19 publications between articles and manuals that met the inclusion criteria. **Conclusion:** The access of indigenous patients to services of medium and high complexity, depends on a referral of the indigenous person from the municipality of origin to the indigenous health home (CASAI), which will carry out the scheduling and lead the indigenous to the services health care according to your need and specialty referred.

Keywords: Health of indigenous peoples; Access to health services; referral.

INTRODUÇÃO

Diversas barreiras de acesso dos povos indígenas têm sido descritas como limitadoras da atenção à saúde dirigida aos povos indígenas tradicionais em distintas regiões do mundo. Entre os principais obstáculos, apontam-se barreiras organizacionais, geográficas e culturais, incluindo limitações relativas à ausência ou incipiência de intérpretes culturais que permitam maior comunicação das etnias com os serviços de saúde de média e alta complexidade, das distintas regiões do Brasil e do mundo^{1,2}.

Na Guatemala foram identificadas barreiras geográficas, como as longas distâncias e elevado custo das passagens de transporte, organizacionais limitações nos horários de funcionamento das unidades de saúde e culturais. Ausência de tradutores da língua indígena como elementos limitadores do acesso dos povos indígenas aos serviços de saúde locais, além de discriminação e preconceito por parte dos profissionais de

saúde no atendimento dessas populações³. Dessa forma podemos observar também que essas mesmas limitações são muito comuns no Brasil e no estado do Acre, onde se concentram várias tribos indígenas, mas algumas etnias se encontram ameaçadas de extinção por diferentes problemas⁴.

No Brasil foi instituído o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, componente do Sistema Único de Saúde (SUS), criado e definido pela Lei 9.836, de 23 de setembro de 1999, com o qual funcionará em perfeita integração com a União, com seus recursos próprios, financia o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e o Sistema Único de Saúde (SUS), promoverá a articulação do Subsistema instituído por esta Lei com os órgãos responsáveis pela Política Indígena de saúde em todo o território nacional⁵.

Os Estados e os Municípios da federação juntamente com outras instituições governamentais e não governamentais poderão atuar

complementarmente no custeio e execução das ações. Devendo levar em consideração a realidade local 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, de forma que o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena seja executado obedecendo aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), descentralizado, hierarquizado e regionalizado⁵.

A assistência à saúde dos povos indígenas no Brasil é executada pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai), é responsável por coordenar e executar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e todo o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) no Sistema Único de Saúde (SUS). Enquanto os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) são responsáveis por desenvolver ações de atenção integral à saúde indígena e educação em saúde, em consonância com as políticas e os programas do SUS e observando as práticas de saúde tradicionais indígenas.

Durante a realização dos estágios, observamos um alto número de pacientes indígenas que adentravam os serviços de saúde de média e alta complexidade nos hospitais de Rio Branco, Acre. Daí surgiu o interesse em pesquisar e conhecer melhor, como é realizado o acesso desses usuários no Sistema Único de Saúde (SUS).

Este estudo teve como objetivo descrever como é realizado o acesso dos povos tradicionais indígenas nos serviços de saúde de média e alta complexidade.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, realizada no período de outubro a novembro de 2018, utilizando-se artigos científicos que foram publicados em revistas eletrônicas e foram realizadas pesquisas nas bases de dados: *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Também foram utilizados os manuais do ministério da saúde.

A revisão de literatura é essencial para que o pesquisador construa seu trabalho. Assim, a revisão proporciona o apoio indispensável para justificativa,

objetivos e formulação da problemática na pesquisa, permitindo uma melhor estratégia para o estudo e análise do problema e seus dados. Dessa forma, a revisão de literatura deve ser realizada em função do presente problema de pesquisa, explicitando o contexto teórico no qual o problema se insere ⁽⁶⁾.

Para coletar os dados, foram utilizados os seguintes descritores: saúde indígena, acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS), política nacional de saúde indígena, livre acesso ao SUS, acessibilidade reprimida ao Sistema Único de Saúde (SUS). Foram selecionadas 393 publicações entre artigos científicos e manuais, e somente 21 publicações enquadraram-se dentro dos critérios de inclusão da pesquisa.

Após a leitura dos resumos, foram selecionados os artigos científicos e os manuais que versavam sobre a temática saúde indígena e utilizamos 19 publicações entre artigos e manuais do ministério da saúde, excluindo os que não se enquadravam no objetivo do estudo. Os dados foram processados, organizados, armazenados e analisados em uma pasta no *Microsoft Word* (Office 2010) para a realização da descrição da presente pesquisa.

Este estudo não foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), por

não envolver pesquisa com seres humanos, ficando apenas em base de dados secundários, mas a pesquisa obedeceu às recomendações da resolução 466/2012, que regulamenta a realização de pesquisa envolvendo seres humanos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na base de dados MEDLINE, no período entre 2000 e 2018 foram identificados 05 artigos que cumpriram os critérios de inclusão, e 05 foram selecionados; no LILACS foram identificados 12 artigos que cumpriram os critérios de inclusão, e 04 foram selecionados; no SCIELO foram identificados 208 artigos que cumpriram os critérios de inclusão e 5 foram selecionados e na BVS, foram identificados 134 artigos e manuais que cumpriram os critérios de inclusão, e 07 foram selecionados. Totalizando 21 publicações entre artigos e manuais que cumpriram os critérios de inclusão.

Os principais motivos para exclusão dos artigos e manuais foram: descrever os assuntos relacionados à cultura indígena, educação indígena, transportes indígenas, experiências e percepções dos profissionais e o tempo de publicação maior que 18 anos, que foi o corte temporal das publicações selecionado para a construção do estudo.

Quadro 1: Principais resultados das pesquisas referente a acessibilidade dos pacientes indígenas aos serviços de média e alta complexidade.

AUTOR	ANO	PRINCIPAL RESULTADO
BRASIL ⁷	2017	No Brasil, são 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) divididos estrategicamente por critérios territoriais, e não necessariamente por estados, tendo como base a ocupação geográfica das comunidades indígenas. Além dos DSEIs, a estrutura de atendimento conta com postos de saúde, com os Polos base e as Casas de Saúde Indígena (CASAI).
BRASIL ⁸	2017	Em território acreano existem os distritos do Alto Rio Purus e Alto Rio Juruá, que viabilizam serviços de média e alta complexidade na rede do SUS, no âmbito do estado do Acre. No município de Rio Branco, capital do Acre atua o distrito do Alto Rio Purus, que presta serviços aos estados do Acre, Amazonas e Rondônia.
BRASIL ⁹	2001	O polo base tem como objetivo atender grande parte das demandas de saúde das comunidades indígenas, os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) possuem Polos Base para o atendimento dos indígenas. Os polos são a primeira referência para as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena que atuam nas aldeias.
BRASIL ⁹	2001	Na DSEI do Alto Rio Purus existe uma população de aproximadamente 14 mil indígenas dos quais 06 mil indígenas já foram atendidos, referenciados pelos 06 polos bases localizadas nos municípios de Boca do Acre, Pauini, Assis Brasil, Manoel Urbano, Rio Branco e Santa Rosa do Purus, com profissionais de enfermagem, médicos (clínicos gerais) e os agentes indígenas de saúde.
BRASIL ¹⁰	2017	O atendimento primário aos pacientes indígenas é iniciado pelo agente indígena de saúde (AIS) o qual faz a primeira abordagem na aldeia. Posteriormente os casos que não estão sobre sua competência são encaminhados para os polos base ou aos postos de saúde dos municípios sobre os cuidados dos AIS.
APARECIDA ¹¹	2008	Os casos que não são solucionados nos polos ou posto de saúde são encaminhados para unidade de referência em busca de tratamento especializado e uma assistência devidamente prestada, sobre responsabilidade de traslado do DSEIs para a CASAI. Na CASAI local de referência o paciente indígena é assistido por profissionais de saúde, recebendo atendimento médico especializado na rede SUS, de acordo com suas necessidades, ficando assim sob os cuidados da CASAI onde é realizada a logística de atendimento desses pacientes.
BRASIL ¹² .	2001	A equipe multidisciplinar de saúde das Casas de Apoio à Saúde Indígena (CASAI) é composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionista, psicólogo, assistente social, farmacêutico, e em algumas, até serviços odontológicos, além de contar com serviços de restaurante, segurança, transporte, limpeza, serviços gerais, manutenção e setor administrativo. Estes profissionais prestam serviços com carga horária de 40 horas semanais e são lotados com seus respectivos plantões semanais.

BRASIL ¹³	2017	Nos casos de urgência e de emergência, o médico do DSEI articula a vaga com o médico do hospital de referência, assegura o deslocamento adequado à situação e um profissional do local de origem para acompanhar o paciente até a entrada na referência. Após a admissão na rede do Sistema Único de Saúde (SUS), a equipe da Casa de Apoio à Saúde Indígena CASAI dará continuidade ao acompanhamento do tratamento do paciente ¹⁴ .
CARDOSO ¹⁴	2014	O problema da saúde indígena esbarra, assim, na questão organizacional e assistencial. Talvez por essa razão a questão organizacional tenham precedido a assistencial do ponto de vista dos gestores, particularmente no que concerne à baixa resolutividade das ações em saúde nos distritos sanitários indígenas, marcadas por carências de profissionais habilitados para atender a população local, alta rotatividade dos profissionais em área, falta de recursos e infraestrutura e equipamentos para determinados procedimentos e ações operados pelos DESEIs.
GARNELO ¹⁵	2012	A interação entre associações indígenas e ONGS não indígenas tem viabilizado a provisão de assessoria e parceria para o desenvolvimento de intervenções em diversos aspectos da vida social, tais como saúde, educação, direito, desenvolvimento econômico (sustentável ou não), comunicação social, registro escrito e audiovisual de produções culturais, qualificação técnica profissionalizante, e muitas outras de interesse da população indígena.
DIEHL ¹⁶	2014	A atual atenção à saúde dos povos indígenas brasileiros, expressa em 1999 como um subsistema vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS), é fruto de movimentos surgidos na década de 1980, pautados na ideia do direito à diferença e do multiculturalismo, e em um modelo que, além da biomedicina, considera formas específicas de atenção à saúde e à doença usadas pelos diversos povos e comunidades indígenas.

Segundo a lei 9.836, de 1999, do Subsistema de Atenção à Saúde indígena, estados, municípios e instituições governamentais e não governamentais poderão atuar complementarmente no custeio e execução das ações que está regida pela lei em vigor, buscando prestar uma assistência humanitária e de maneira que estes povos possam ser atendidos na atenção primária, secundária e terciária, conforme o regimento do SUS¹⁷.

No âmbito municipal a responsabilidade de diligência e apoio à saúde dos povos indígenas está sobre tutela da Casa de Saúde Indígena (CASAI), que é parte integrante do Subsistema de atenção à Saúde Indígena. É uma unidade de caráter nacional, que tem por finalidade prestar apoio a pacientes indígenas referenciados pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), Trata-se de um modelo de organização de serviços orientado para um espaço etnocultural dinâmico, geográfico, populacional e

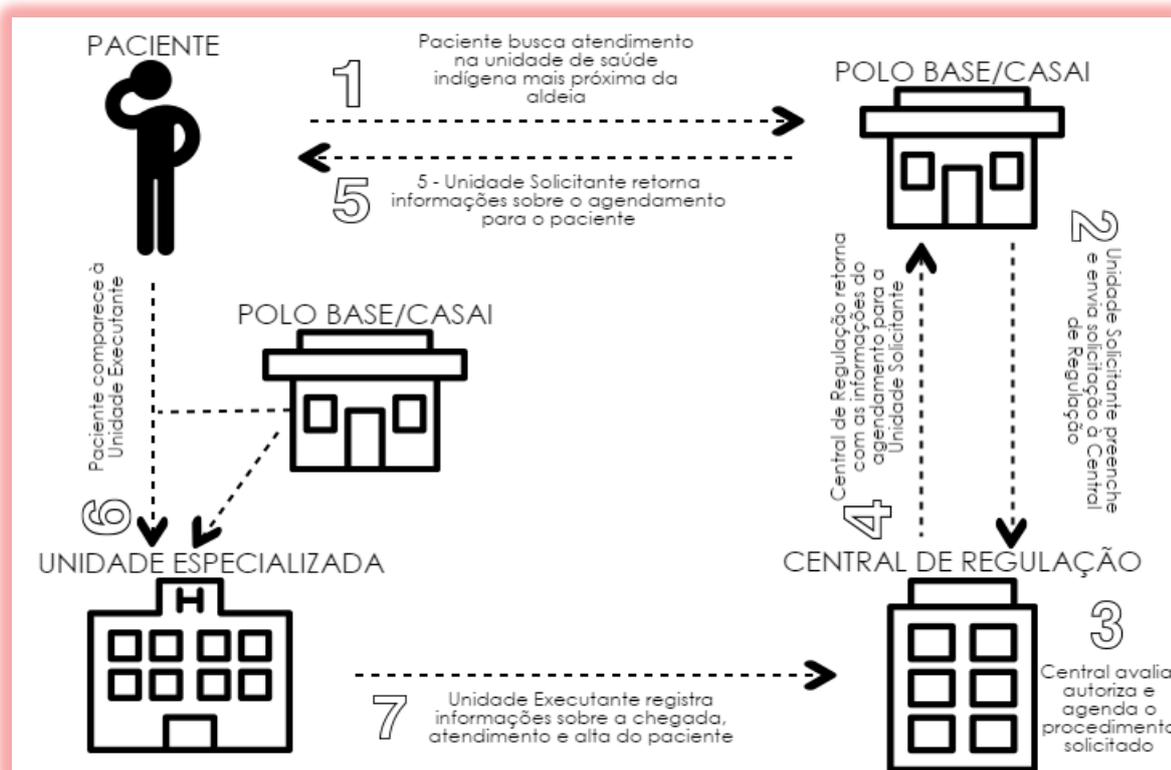
administrativo bem delimitado que contempla um conjunto de atividades técnicas, visando a medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência à saúde da população indígena.

Para compreender essa demanda, é necessário que se entenda o processo de entrada do paciente indígena no sistema de saúde, o agente de saúde indígena dá início ao acompanhamento realizando orientações de saúde nas aldeias e se o problema de saúde não for solucionado, o agente encaminha o paciente para o polo base do município. mais próximo onde receberá atendimento em uma unidade básica de saúde do município. Se o paciente concluir o tratamento, voltará para a aldeia; se necessitar de atendimento especializado será encaminhado para a (CASAI).

Quando o paciente dar entrada na Casa de Apoio à Saúde Indígena (CASAI) ele recebe atendimentos médicos, e os profissionais de uma equipe multidisciplinar atuantes nas CASAIs realizam toda uma logística de atendimento nos hospitais de média e alta complexidade, oferecido pela rede SUS onde o paciente indígena recebe tratamento.

Após o paciente indígena receber os atendimentos e realizar os tratamentos e procedimentos necessários, ele recebe alta dos hospitais de alta complexidade e são encaminhados novamente para a Casa de Apoio à Saúde Indígena (CASAI), onde dará continuidade ao tratamento, sendo em seguida encaminhado para o polo base do município de origem, que providenciará o retorno desse paciente para a sua aldeia de origem como mostra o fluxograma abaixo.

Figura 1. Fluxo de regulação de pacientes indígenas na rede do Sistema Único de Saúde (SUS).



FONTE: SESAI, 2017.

Os povos indígenas vêm experimentando mudanças no estilo de vida que têm repercutido na emergência das doenças crônicas não transmissíveis, a destacar: dislipidemias, diabetes mellitus, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças psiquiátricas e alcoolismo. A procura por serviços de saúde especializados tende a aumentar com a crescente mudança no perfil epidemiológico desses povos¹⁷.

É fundamental que os serviços de saúde de média e alta complexidade conheçam os aspectos socioculturais que interferem nos processos de saúde-doença dos diferentes povos indígenas,

para acolher e intervir segundo suas necessidades, propondo projetos de cuidados mais efetivos e condizentes com o entendimento e a realidade de cada grupo populacional¹⁸.

Esse processo se faz necessário hoje, porque a saúde é uma política que apresenta mais demanda do que oferta de serviços. Tal fato é consequência não só da falta de investimentos, apesar de ser um dos pontos principais, pois a falta da estrutura física faz com que os procedimentos sejam adiados, para deixar lugar para as urgências e emergências^{19,20}.

Porém pode-se ressaltar também a falta de profissionais qualificados, ou até mesmo de materiais, criando assim a demanda reprimida. Neste contexto reconhece-se que a fila para aguardar exames, consultas e cirurgias no setor público cresce cada dia mais, aumentando assim o tempo de espera dos pacientes indígenas e não indígenas em geral^{21,22}.

CONCLUSÃO

Levando em conta as inúmeras barreiras que são enfrentadas tanto pelo indígena, quanto pelo agente indígena de saúde para a promoção e atendimento de saúde nas aldeias de todo o estado, foi observado que grande parte dos casos que necessitam de atendimento básico ou até mesmo especializado, foram acolhidos e solucionados pela CASAI, tanto os pacientes quanto os acompanhantes, prestando serviços básicos, de enfermagem, e outras especialidades, deixando-os sob sua responsabilidade total o indígena que ali é atendido.

Observa-se grande importância da DSEI, que tem o papel de transporte desses pacientes indígenas para o polo base e até mesmo para as unidades de referência do estado, para a manutenção e apoio técnico da CASAI. Nota-se que a DSEI possui disponibilidade total para

atender a CASAI, e que exclui qualquer burocracia na solicitação dos serviços de busca e transporte de indígenas, sendo assim realizado tudo por e-mail ou telefone.

O acesso dos pacientes indígenas aos serviços de média e alta complexidade do município de Rio Branco - Acre depende de um encaminhamento do indígena do seu município de origem para a CASAI de Rio Branco - Acre, em seguida a CASAI realizará o agendamento e conduzirá o indígena até os serviços de saúde de acordo com sua necessidade e especialidade encaminhada.

REFERÊNCIAS

1. GAO, Song. *et al.* Access to health care among status Aboriginal people with chronic kidney disease. **Jornal home page**, 17-22. Guatemala, 2008. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles655pdf>. Acesso em: 01 de nov. de 2018.
2. ZUCKERMAN, Hale Roubideaux de. Health service Access, use, and insurance coverage among American Indians/Alaska Natives and whites: what role does the Indian health service play? **AMJ Public Health**, 94: 53-9. Guatemala, 2004. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles655980854323456pdf>. Acesso em: 01 de nov. de 2018.
3. MENDOZA, Elvies Moraes de. Percepción de los habitantes indígenas de áreas rurales respecto al primer nivel de atención médica.

- El caso Del sureste de Veracruz, México. **Salud Colect.** México, 2011; 7:73-86. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/fem/v17n3/original4pdf>. Acesso em: 10 de nov. de 2018.
4. HAUTECOEUR, Vissandjee Berrat de. Las barreras de acceso a los servicios de salud em la población indígena de Rabinal en Guatemala. **Salud Pública Méx**, 2007; 49:86-93. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/fem/v17n3/original4pdf>. Acesso em: 10 de nov. de 2018.
 5. BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. - 2ª edição - Brasília: Ministério da Saúde. FNS, 2002. 40 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politicasaudeindigena.pdf>. Acesso em: 17 de nov. de 2018.
 6. GIL, Antônio Carlos de. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6ª ed. Editora Atlas: São Paulo (SP), 2009.
 7. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs). Brasília, 2017. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-indigena/san/dseis>. Acesso em: 17 de nov. de 2018.
 8. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Distrito sanitário especial indígena do alto Rio Purus - sede: Rio Branco – Acre. Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. FNS. Brasília, 2017. Disponível em: www.bvsde.paho.org/bvsapi/pfultext/distritos/purus.pdf. Acesso em: 17 de nov. de 2018.
 9. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria executiva. Programa Saúde Indígena. Etino desenvolvimento das sociedades indígenas. Brasília, 2001. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saudeindigena.pdf>. Acesso em: 18 de nov. de 2018.
 10. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Ministério da saúde. **Protocolo de Acesso à Casa de Saúde do Índio do Distrito Federal**. Ministério da saúde. Brasília, 2017. Disponível em: <http://portalquivos2.saude.gov.br/2017/feveProtocolodeacesso-CASAI-DF.pdf>. Acesso em: 17 de nov. de 2018.
 11. APARECIDA, Roseane de Sousa Martins de. CRISTHYAN, Brenda Alves Nolasco. RODRIGUES, Renata Severino. **Estratégias de efetivação do acesso à saúde: a busca ativa de pacientes mediante demanda reprimida na saúde no HC/UFTM**. Belo Horizonte, 2008.
 12. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria Especial de Saúde Indígena. Casa de Saúde do Índio do Distrito Federal do Brasil. Brasília, 2017. Disponível em: <http://portalquivos.saude.gov.br/2017/feveProtocolodeacessoCASAIDF.pdf>. Acesso em: 17 de nov. de 2018.
 13. BRASIL. Ministério da saúde (MS). **Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs)**. Brasília, 2017. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-indigena/saneamento-e-eddseis>. Acesso em: 18 de nov. de 2018.
 14. CARDOSO, Marina Denise. Saúde e povos indígenas no Brasil: notas sobre alguns temas equívocos na política atual. **Cad. Saúde Pública**,

- Rio de Janeiro, 30(4):860-866, abr, 2014. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n4/0102-311X-csp-30-4-0860.pdf>.
Acesso em 05 de dez. de 2018.
15. GARNELO, Luiza; PONTES, Ana Lúcia. Saúde Indígena. – Brasília, 2012. 280 p. disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n4/0102311Xcsp3040860.pdf>. Acesso em: 05 de dez. de 2018.
16. DIEHL, Eliana Elisabeth; PELLEGRINI, Marcos Antônio. Saúde e povos indígenas no Brasil: o desafio da formação e educação permanente de trabalhadores para atuação em contextos interculturais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30 (4): 867 - 874, abr, 2014. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n4/0102-311X-csp-30-4-0867.pdf>. Acesso em: 06 de dez. de 2018.
17. BRASIL. Ministério da saúde (MS) **Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999**. Do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Presidência da República. Brasília, DF, 1999. Disponível em:
<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1999/lei983623se-normaplhtml>. Acesso em: 18 de nov. de 2018.
18. PEREIRA, Érica Ribeiro *et al.* A experiência de um serviço de saúde especializado no atendimento a pacientes indígenas. **Saúde Soc.** São Paulo, v.23, n.3, p.1077-1090, 2014. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n3/0104-1290-sausoc-23-3-1077.pdf>. Acesso em: 06 de dez. de 2018.
19. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria N° 252/ GM de 06 de fevereiro de 2006. Disponível em:
<http://saude.gov.br>. Acesso em 02 de nov. de 2018.
20. BRAVO, Maria Inês Souza de. *et al.* Saúde e Serviço Social. 3. ed. São Paulo; Rio de Janeiro: Cortez; UERJ, 2007. 264 p.
21. CARVALHO, Guido Ivan de. **Sistema único de Saúde: Comentários à lei Orgânica da Saúde.**
22. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.7-14, jan. 2004.