

## **SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS Y POLÍTICAS PÚBLICAS EN BRASIL**

**Carlos E.A. Coimbra Jr., Ricardo Ventura Santos y  
Luiza Garnelo**

### **Introducción**

Existen poco más de dos centenas de etnias indígenas en Brasil, que se encuentran distribuidas en prácticamente todos los estados del país. Son pueblos culturalmente diferentes con respecto a la sociedad nacional que les rodea y también entre sí, con cosmologías, lenguas, formas de subsistencia, organización social y sistemas políticos propios. En contraste con esa notable socio-diversidad, los indígenas en Brasil constituyen menos de un 1 por ciento del contingente poblacional total del país, pero se encuentran en franco crecimiento demográfico en la mayoría de los estados (IBGE 2005; Pagliaro et al. 2005).

La salud de los pueblos indígenas en Brasil se encuentra en un momento particularmente importante, ya que se verifican aceleradas transformaciones en sus perfiles epidemiológicos, además de una reestructuración del modelo de atención a la salud (Coimbra et al. 2002; Garnelo et al. 2003; Santos & Coimbra Jr. 2003; Coimbra Jr. & Santos 2004).

Históricamente, las enfermedades infecciosas ocuparon una importancia central en la determinación del futuro de esos pueblos, puesto que desde la llegada de los europeos en el siglo XVI, la magnitud de la desestructuración demográfica y sociocultural asociada a ella fue considerable. Aunque continúen desempeñando un papel prominente en el perfil epidemiológico indígena, investigaciones recientes han evidenciado el surgimiento y rápida expansión de las enfermedades crónicas no transmisibles como la obesidad y diabetes mellitus, además de las causas externas (accidentes, violencia, etc.), en la determinación de la morbilidad y mortalidad indígena (Coimbra Jr. & Santos 2004; Santos & Coimbra Jr. 2003).

A lo largo de la historia, las políticas indigenistas implementadas por el Estado brasileño a principios del siglo XX se caracterizaron por el fuerte discurso asimilador. Solamente a partir de mediados de los años 1980 fue cuando se observan cambios substanciales en las bases ideológicas de las políticas públicas dirigidas a los pueblos indígenas. Esta nueva perspectiva, presente en la Constitución Federal de 1988, garantiza el reconocimiento y el respeto a la sociodiversidad indígena en Brasil (Barroso-Hoffman et al. 2004; Souza Lima & Barroso-Hoffman 2002a,b). En esta coyuntura política es cuando emerge, en 1999, la llamada Política Nacional de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas. Concebida como un subsistema del Sistema Único de Salud (SUS), el nuevo modelo se estructura a través de Distritos Sanitarios Especiales Indígenas (DSEI), mediante los cuales se organiza la cobertura sanitaria a los pueblos indígenas en todo el país. Como veremos en este artículo, son muchos los desafíos que se deben enfrentar para asegurar la atención sanitaria cualificada, sin perder de vista la sociodiversidad indígena existente en el país, así como el respeto al pluralismo cultural.

### **Pueblos Indígenas en Brasil**

El criterio para ser considerado indígena en Brasil es el de la auto-identificación, simultánea al reconocimiento de la condición de "indígena" por parte de una determinada colectividad social.

Según la ley que reglamenta la cuestión indígena en Brasil, conocida como Estatuto del Indio (Ley 6.001, del 19 de diciembre de 1973),

[indio]... es todo individuo de origen y ascendencia precolombina que se identifica y es identificado como perteneciente a un grupo étnico cuyas características culturales lo distinguen de la sociedad nacional.

Además, en esa misma ley se indica que

Comunidad indígena o grupo tribal es un conjunto de familias o comunidades indias, sea viviendo en estado de completo aislamiento en relación a los otros sectores del conjunto nacional, sea en contactos

intermitentes o permanentes, sin que, sin embargo, estén integrados en ellos.<sup>1</sup>

La constitución Federal promulgada en 1988 presenta un capítulo específico sobre los pueblos indígenas. En ella se reconoce que el Estado necesita asegurar las condiciones para que puedan vivir conforme a sus propios principios culturales y sociales, sin la perspectiva inexorable de que se integrarán en la sociedad nacional. Así, en el Capítulo VIII, artículo 231, se expone:

Se reconoce a los indios su organización social, costumbres, lenguas, creencias y tradiciones, y los derechos originarios sobre las tierras que tradicionalmente ocupan, compitiendo a la Unión demarcarlas, proteger y hacer respetar todos sus bienes.

Actualmente, dependiendo de la fuente de información, puede haber significativas diferencias en cuanto a la población total de indígenas en Brasil. Para la Fundación Nacional del Indio (FUNAI), que incluye en sus estimaciones a los indígenas que residen en aldeas situadas en las tierras indígenas, la población indígena es de aproximadamente 345 mil personas. Asimismo, según ese órgano, es posible que haya entre 100 y 190 mil indígenas que residen fuera de reservas, por regla general en las ciudades. Por lo tanto, la FUNAI estima en 445-535 mil personas la población indígena total del país. En cambio, los resultados del Censo Demográfico de 2000, realizado por el Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE), evidenciaron que un total de 734 mil personas en Brasil se auto-declararon indígenas. De ese montante, 383 mil vivían en áreas urbanas y 351 mil en áreas rurales (IBGE 2005). Se observa, por lo tanto, que hay una cierta proximidad en las estimaciones de la FUNAI y del IBGE, en particular en el caso de los indígenas que viven en las áreas rurales. La convergencia es todavía mayor al considerarse que, independientemente del criterio adoptado, el porcentaje de la población indígena en Brasil en relación al total de la población nacional es baja, inferior al 1,0 por ciento .

La mayor parte de los pueblos indígenas en Brasil presenta un reducido tamaño poblacional, por regla general alrededor de unos pocos centenares de personas. Constituyen lo que

---

<sup>1</sup> Todas las citas han sido traducidas del portugués.

Ricardo (1996), desde el punto de vista demográfico denomina, "microsociedades". Se estima que, de los cerca de 225 pueblos indígenas en el país, un 50 por ciento tiene una población de hasta 500 personas, un 40 por ciento entre 500 y 5 mil, un 9 por ciento entre 5 mil y 20 mil y sólo cuatro pueblos cuentan con más de 20 mil (Azevedo 2006).

A pesar de ser relativamente pocos, comparados con la población no-indígena, los indígenas en Brasil pueden ser caracterizados por su enorme diversidad social y cultural, que se manifiesta bajo múltiples aspectos. Conforme señalan los antropólogos, llamamos *indígenas* en Brasil a un conjunto de pueblos altamente diferenciados entre sí. Según Julio Cezar Melatti (1987:19-20), a través de ese término,

[...] los conquistadores rotulaban las poblaciones más diversas desde el norte hasta el sur del continente americano. Tales poblaciones diferían unas de otras tanto en el aspecto físico como en sus tradiciones. Miembros de sociedades tan distintas como los Incas y los Tupinambá, que hablaban lenguas completamente diferentes, que tenían las costumbres más diversas..., eran tanto unos como otros incluidos en la misma categoría: indios. Nada, pues, existía en común entre las poblaciones americanas que justificase que fueran denominadas con un único término, indios, a no ser el hecho de no ser europeos.

Se reconocen aproximadamente 180 lenguas indígenas diferentes en Brasil, lo que hace que sea una de las regiones del mundo más ricas y diversificadas desde el punto de vista lingüístico. La diversidad que se observa en el caso de las lenguas encuentra paralelo en el plano de la ecología, de la economía, de la política, de la cosmología, de la vida ritual y así en adelante. Es importante enfatizar que la trayectoria de contacto e interacción de los pueblos indígenas con la sociedad nacional es también bastante diversificada. Hay desde pueblos que están en contacto con los no-indios desde hace varios siglos, como en el noreste, sur y sudeste del país, hasta otros cuyo contacto es bastante más reciente, datando, por ejemplo, de la expansión contemporánea de los frentes económicos y demográficos en la región amazónica (Carneiro da Cunha 1992). Todos esos aspectos ejercen influencia sobre el perfil de salud y nutrición presentado por un determinado pueblo indígena, así como particularmente en los patrones de subsistencia, las relaciones económicas y políticas con la sociedad nacional, y en la dimensión y grado de preservación de sus tierras.

## Salud Indígena en Transición

Con base en los datos disponibles no es posible trazar, de forma satisfactoria y amplia, los perfiles epidemiológicos de los pueblos indígenas, puesto que están ausentes los elementos cuali-cuantitativos necesarios para abordar un análisis mínimamente profundizado (Coimbra & Santos 2000, 2004; Garnelo et al. 2003; Santos & Coimbra 2003). A pesar de esa limitación, restan pocas dudas de que las condiciones de salud de los pueblos indígenas les sitúan en desventaja frente a otros segmentos de la población brasileña. Es el propio Ministerio de la Salud quien corrobora ese diagnóstico:

No se dispone de datos globales fidedignos sobre la situación de salud... [de los pueblos indígenas], pero sí de datos parciales... Aunque precarios, los datos disponibles indican, en diversas situaciones, tasas de morbilidad y mortalidad de tres a cuatro veces mayores que aquellas encontradas en la población brasileña general. El alto número de óbitos sin registro o indexados sin causas definidas confirman poca cobertura y baja capacidad de resolución de los servicios disponibles (FUNASA 2002).

Pasados varios años desde el inicio de la implantación de la actual Política Nacional de Atención a la Salud Indígena (en 1999), sobre la que hablaremos con detalle abajo, ese escenario continúa siendo predominante.

Las enfermedades infecciosas y parasitarias persisten como las principales causas de enfermedad y muerte de indígenas en el país. La tuberculosis destaca como una de las principales endemias en esas poblaciones, con coeficientes de incidencia (de 142,5 por 100 mil en 2004) sustancialmente superiores a las medias nacionales (FUNASA 2006a). La malaria constituye otra endemia ampliamente presente en las tierras indígenas, sobre todo en la Amazonia, donde está ocasionando brotes que resultan en elevadas tasas de mortalidad. Concomitantemente, las infecciones respiratorias agudas y las diarreas son las principales causas de enfermedad y muerte en los niños menores de cinco años. Estadísticas de atención en ambulatorios referentes al año 2002 (N = 614.822) apuntan que un 35,8 por ciento de las consultas habían sido debidas a enfermedades infecciosas y parasitarias y un 29,8 relacionadas con enfermedades del aparato respiratorio (Coimbra & Santos 2004; FUNASA 2003).

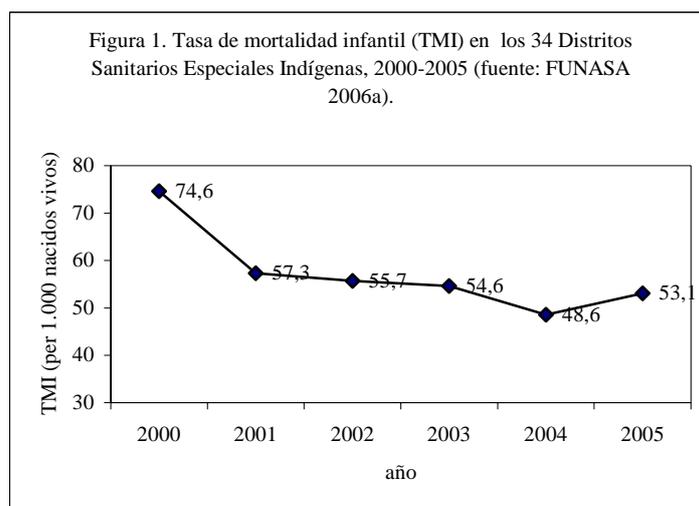
Actualmente, la cuestión alimentaria y nutricional indígena está adquiriendo gran visibilidad. Estudios recientes destacan que, por regla general, la desnutrición alcanza a más de una cuarta parte de los niños menores de cinco años y no es raro que sea a más de la mitad de ellos (Leite et al. 2006; Santos & Coimbra 2003). Ya entre niños no-indígenas, una investigación nacional realizada en 1996 reveló que sólo un 10,5 por ciento de los niños sufrían problemas de crecimiento. La anemia por deficiencia de hierro constituye la principal enfermedad carencial verificada en las poblaciones indígenas, afectando sobre todo a niños menores de 10 años y a mujeres en edad reproductiva, con prevalencias que llegan a un 70-80 por ciento de ese segmento poblacional (Orellana et al. 2006; Santos & Coimbra 2003).

Condiciones precarias de saneamiento y vivienda en conjunción con la baja cobertura y calidad de los servicios de salud interactúan, llevando al agravamiento y deterioro de las condiciones nutricionales de los niños indígenas. Sin agua potable y tratamiento adecuado de las deyecciones en las aldeas, aumenta la incidencia de diarreas y de otras enfermedades infecciosas y parasitarias.

La cuestión de la tierra constituye otra variable fundamental para la comprensión de las condiciones de salud y nutrición de los pueblos indígenas. Un aspecto crucial es que las dimensiones de las tierras indígenas, sobre todo en las regiones Sur, Sudeste y Nordeste de Brasil, y en parte del Centro-Oeste, son bastante reducidas en relación con las necesidades de las comunidades. Un ejemplo es el de los Guaraní-Kaiowá de Mato Grosso do Sul, que viven una situación de extrema restricción territorial, con graves consecuencias sobre la situación alimentaria.

Un importante índice de las condiciones de vida de una población es la tasa de mortalidad infantil (TMI). A pesar de sus limitaciones (subregistro de nacimientos y muertes), los datos disponibles sugieren una reducción de la TMI indígena en el país durante el periodo 2000-2005. Sin embargo, sí hubo una caída entre 2000 y 2001 (de 74,6 a 57,3 por mil), la tasa se mantuvo prácticamente inalterada en el periodo 2001-2005, con su valor más bajo en 2004 (Figura 1). Esta caída del año 2000 al 2001 posiblemente fue causada por el impacto inicial

de la introducción del nuevo sistema de atención a la salud indígena, cuando hubo inversiones importantes y una ampliación de las redes de servicio. Desafortunadamente, a pesar de las inversiones, no se puede observar una tendencia similar de caída durante un periodo más largo, lo cual indica resultados abajo de lo esperado del modelo implementado.



Los datos del censo nacional 2000 revelan una TMI de 51,4 por mil, significativamente más elevada que la tasa nacional (de 30,1 por mil). La TMI indígena es inclusive superior a la de otros grupos reconocidamente desfavorecidos de la sociedad brasileña, como los niños de color o raza negra (34,9 por mil) (Cardoso et al. 2005; IBGE 2005, Pagliaro et al. 2005).

Otra dimensión particularmente poco conocida de la epidemiología de los pueblos indígenas se refiere a la emergencia de enfermedades crónicas no-transmisibles, como obesidad, hipertensión arterial, diabetes mellitus y cáncer. El surgimiento de ese grupo de enfermedades está estrechamente asociado a modificaciones en la subsistencia, dieta y actividad física, entre otros factores, añadidos a cambios socioculturales y económicos. En el contexto de esas alteraciones, se verifica que, paralelo al surgimiento de enfermedades crónicas no-transmisibles, hay un creciente número de relatos sobre la ocurrencia de suicidio, alcoholismo

y drogadicción en diferentes pueblos indígenas. Se observa incluso un aumento importante de las muertes por causas externas, sean ocasionadas por accidentes automovilísticos o uso de maquinaria agrícola, así como también debidas a la violencia (Garnelo et al. 2003; Santos & Coimbra Jr. 2003).

El conocimiento del perfil epidemiológico en transición de los pueblos indígenas en Brasil, considerando la gran diversidad étnica que los caracteriza, se reviste de suma importancia para orientar la organización, planificación y mejoría de la calidad de los servicios de salud. Por regla general, esos servicios se encuentran dirigidos a enfrentar determinados grupos de enfermedades, sobre todo las infecciosas y parasitarias, que, históricamente, tienen (o tuvieron) mayor peso en la morbilidad y mortalidad indígena.

### **La trayectoria de la atención a la salud indígena**

Aunque en el inicio del siglo XX, en 1918, se creara un órgano específico para tratar la cuestión indígena en Brasil (el Servicio de Protección a los Indios - SPI, posteriormente Fundación Nacional del Indio - FUNAI) (Souza Lima 1995), tal iniciativa no se acompañó del desarrollo e implantación de un programa o servicio que atendiese a las especificidades de la demanda por servicios y cuidados de salud de los pueblos indígenas.

Los cuidados dispensados eran de reducida eficacia y, en gran medida, centrados en la distribución asistemática de medicamentos por profesionales de baja cualificación. Había poca o ninguna intervención en el campo de la prevención de enfermedades y/o promoción de la salud. Las iniciativas planeadas y llevadas a cabo por la FUNAI eran aisladas, produciéndose en paralelo a los programas de salud pública de la población brasileña por regla general. En otras palabras, no había integración entre los servicios y, la mayoría de las veces, los programas nacionales coordinados por sectores del Ministerio de la Salud no extendían la atención a los indígenas, ya que la FUNAI centralizaba todas las iniciativas en el campo de la salud de los pueblos indígenas.

Esa realidad sólo fue alterada en 1999, cuando fue instituido el Subsistema de Atención a la Salud Indígena del Sistema Único

de Salud - SUS. Ese subsistema pasó a ser responsable de las acciones básicas de salud en las áreas indígenas, de acuerdo con las directrices del SUS, debiendo, por lo tanto, articularse de forma jerarquizada e integrada a los demás niveles de complejidad del sistema de salud (FUNASA 2002; Garnelo et al. 2003).

En su conformación actual, fruto de discusiones y negociaciones políticas trabadas a lo largo de las varias conferencias nacionales de salud indígena, el Subsistema de Atención a la Salud Indígena está organizado en forma de Distritos Sanitarios Especiales Indígenas (DSEI) <sup>2</sup>. Como un subsistema, debe funcionar articulado al Sistema Único de Salud, observando las siguientes condiciones: considerar los conceptos de salud y enfermedad propios de los pueblos indígenas y los aspectos intersectoriales de sus determinantes; ser construido colectivamente a partir de un proceso de planificación participativo; poseer instancias de control social formalizadas en todos los niveles de gestión <sup>3</sup>.

Cada DSEI dispone de una red de servicios de salud dentro de su territorio, que debe funcionar de forma integrada y jerarquizada, con una estructura creciente y articulada con la red pública de salud del municipio y estado. El financiamiento de los distritos es mayoritariamente público, compuesto por recursos del Ministerio de la Salud, eventualmente complementados por los estados y municipios en cuyos

---

<sup>2</sup> Los Distritos Sanitarios Especiales Indígenas (DSEI) se definen como espacios étnico-culturales, geográficos, poblacionales y administrativos delimitados, que no guardan relación directa con los límites de los estados y municipios donde están localizadas las tierras indígenas. Los DSEI deben prestar atención básica a la población indígena que vive en las aldeas, mediante actuación de Equipos Multidisciplinares de Salud Indígena (EMSI), en los moldes del Programa de la Salud de la Familia, compuestos por médicos, enfermeros, odontólogos, auxiliares de enfermería y agentes indígenas de salud (AIS).

<sup>3</sup> Las bases políticas para la promulgación de la Ley 9.836 de 1999, que implantó el Subsistema de Atención a la Salud del Indio en Brasil, se construyeron a través de sucesivas conferencias nacionales de salud. La 1ª Conferencia Nacional de Protección a la Salud del Indio (1986) fue decisiva, pues definió que la salud indígena debería ser coordinada por el Ministerio de la Salud, mediante un subsistema de servicios de salud especial. Ver Chaves et al. (2006), Garnelo et al. (2003) y Langdon (2000) para mayores detalles sobre la trayectoria reciente de la política de salud indígena en Brasil.

territorios viven pueblos indígenas. En cuanto a la ejecución de las acciones de atención a la salud, pueden ser realizadas de forma directa por el Ministerio de la Salud, a través de la Fundación Nacional de Salud – FUNASA, o indirectamente, a través de convenios, por los estados, municipios, por organizaciones no gubernamentales, organizaciones indígenas y, más recientemente, fundaciones universitarias.

En 2000 fue creado el Sistema de Información de la Atención a la Salud Indígena - SIASI. Este sistema tiene como objetivo la recogida, el procesamiento y la análisis de información para el seguimiento de la salud de las comunidades indígenas, abarcando óbitos, nacimientos, morbilidad, inmunización, producción de servicios, recursos humanos e infraestructura. A pesar de lo prometedor de todo ello, los informes producidos por la FUNASA a partir de los datos del SIASI, así como el análisis sobre la alimentación y uso del sistema por los profesionales de los distritos, sugieren baja confiabilidad de los datos. Desgraciadamente, el SIASI, por razones diversas, no viene cumpliendo el papel esperado de suministrar informaciones fiables para la planificación, seguimiento y evaluación de las acciones de la salud (Garnelo et al. 2003; Souza et al. 2007).

### **Desafíos futuros a la salud indígena**

Entre 1999 y 2004, el presupuesto destinado a la salud indígena representó una inversión varias veces mayor que el gasto en salud (per cápita) para la población brasileña (Garnelo et al. 2003). A pesar de las inversiones financieras, la insuficiencia de recursos humanos se presentó como uno de los mayores obstáculos para la recién implantada política. Una vez que la FUNASA no dispone de personal para actuar en el campo, la alternativa encontrada fue la contratación de servicios de terceros (“tercerización”) para realizar la atención en las aldeas.

A pesar del énfasis en la atención “culturalmente diferenciada”, constante de las directrices políticas del subsistema, queda evidente que ese principio encuentra serias dificultades para ser puesto en práctica; se suma a eso la irregularidad y la baja calidad de los servicios prestados. En muchas áreas,

prácticamente el único funcionario presente en las aldeas es el agente indígena de salud que, salvo excepciones, carece de supervisión y entrenamiento continuado. Eso genera tensiones e inseguridades, que se provocan cuando alguien muere en la aldea, creando una enorme presión política e incluso psicológica sobre los agentes de salud que, evidentemente, no disponen de recursos para atender situaciones de mayor complejidad (Chaves et al. 2006; Garnelo et al. 2003; Langdon 2000; Langdon et al. 2006).

Pese a varios años de implantación del nuevo modelo de atención a la salud, continúan siendo precarios los conocimientos disponibles sobre el perfil de salud/enfermedad de los pueblos indígenas en Brasil. La existencia de datos es de gran valía para fines de planificación, ejecución y evaluación de servicios y de programas de salud. La información fiable es también imprescindible para viabilizar análisis sobre las múltiples y complejas interrelaciones entre desigualdades sociales, proceso salud-enfermedad y etnicidad. Incluso ante la persistente invisibilidad epidemiológica y demográfica de los pueblos indígenas (Coimbra Jr. & Santos 2000), los indicadores de salud disponibles e investigaciones realizadas demuestran una situación de mayor vulnerabilidad de esos pueblos (Garnelo et al. 2003; Santos & Coimbra Jr. 2003).

Hubo avances en el proceso de implantación del subsistema de salud indígena en Brasil, pero también la permanencia e incluso el agravamiento de muchos problemas. Debe ser señalado el reconocimiento, por parte del poder público, de la necesidad de concretar una política específica de salud para los pueblos indígenas, fundamental para ampliar el acceso de los indígenas a la red pública de salud. No obstante, el modelo está lejos de funcionar satisfactoriamente, lo que nos remite a dificultades como la restringida capacidad de gerencia de la FUNASA y de las instituciones en convenio. La baja capacitación y la alta rotatividad de los recursos humanos permanecen como importantes trabas del modelo. Tampoco se ve la materialización de los principios que dirigen la política, como la integridad de la asistencia y la provisión de atención culturalmente diferenciada.

En el presente, el Subsistema de Atención a la Salud Indígena sufre continuas revisiones y reformulaciones. Todo porque la

política de salud indígena se desarrolla mediante la actuación de diversas instituciones (federales, provinciales, municipales y no gubernamentales), siendo comunes las disputas y conflictos de diversos órdenes, que van desde la concepción teórica del modelo hasta divergencias de cuño político-partidista. Por lo tanto, se trata de un sistema en continua elaboración ya que, cada vez más, los líderes indígenas están asumiendo un papel preponderante en la determinación de sus rumbos.

### **Consideraciones finales**

Incluso tras varios años de implantación del nuevo modelo de atención a la salud, continúan siendo precarios los conocimientos disponibles sobre el perfil de salud/enfermedad de los pueblos indígenas en Brasil. Es innecesario enfatizar que la existencia de datos es de gran valía para fines de planificación, ejecución y evaluación de servicios y de programas de salud. La información fiable es también imprescindible para viabilizar análisis sobre las múltiples y complejas interrelaciones entre desigualdades sociales, proceso salud-enfermedad y etnicidad.

El balance del proceso de implantación del subsistema de salud indígena en Brasil señala avances, pero también la permanencia e incluso el agravamiento de muchos problemas. Debe ser señalado el reconocimiento, por parte del poder público, de la necesidad de concretar una política específica de salud para los pueblos indígenas, fundamental para ampliar el acceso de los indígenas a los servicios de salud. Sin embargo, el modelo está lejos de funcionar con satisfacción, lo que nos remite a dificultades como la restringida capacidad gerencial de las agencias gubernamentales y no gubernamentales involucradas.

En las últimas décadas se ha observado un creciente movimiento de reivindicación y conquista de los derechos indígenas, en el ambiente de luchas por la transformación de la realidad sociopolítica y económica del país, que incorporaron los ideales de ciudadanía, libertad, derechos civiles, democracia y reducción de las desigualdades sociales. En ese contexto, las políticas dirigidas a los pueblos indígenas, inclusive en el área de la salud, están tomando nuevos rumbos,

apoyadas en el paradigma de la especificidad, de la interculturalidad y de la valorización de la diversidad. Sin embargo, persiste el gran desafío de transformar esas políticas en prácticas cotidianas.

Rio de Janeiro, noviembre de 2006

## Referencias

**Azevedo, M.** (1996) Porque é preciso um censo dos povos indígenas no Brasil. In: *Povos Indígenas no Brasil 2001/2005*, pp. 17-20, São Paulo: Instituto Socioambiental.

**Barroso-Hoffman, M.;** Iglesias, M.; Garnelo, L.; Oliveira, J.P. & Souza-Lima, A.C. (2004) A administração pública e os povos indígenas. In: *A Era FHC e o Governo Lula: Transição?* (Faleiros,V.; Nunes, S. & Fleury, S., editores) Brasília: INESC, pp. 295- 329.

**Cardoso, A.M.;** Santos, R.V. & Coimbra Jr. C.E.A. (2005) Mortalidade infantil segundo raça/cor no Brasil: o que dizem os sistemas nacionais de informação? *Cadernos de Saúde Pública*, 21:1602-1608.

**Carneiro Da Cunha, M.** (1992) Introdução a uma história indígena. In: *História dos Índios no Brasil* (Carneiro da Cunha, M., editores), pp. 9-24, São Paulo: Companhia das Letras.

**Chaves, M.B.G.;** Cardoso, A.M. & Almeida, C. (2006) Implementação da política de saúde indígena no pólo-base Angra dos Reis, Rio de Janeiro, Brasil: entraves e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*, 22: 295-305.

**Coimbra Jr., C.E.A. & Santos, R.V.** (2000) Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5: 125-132.

**Coimbra Jr., C.E.A. & Santos, R.V.** (2004) Emerging health needs and epidemiological research in indigenous peoples in Brazil. In: *Lost Paradises and the Ethics of Research and Publication* (F.M. Salzano & A.M. Hurtado, editores), pp. 89-109. Oxford: Oxford University Press.

**Coimbra Jr., C.E.A.;** Flowers, N.M.; Salzano, F.M. & Santos, R.V. (2002) *The Xavante in Transition: Health, Ecology and Bioanthropology in Central Brazil*. Ann Arbor: University of Michigan Press.

**Costa, D.C.** (1987) Política indigenista e assistência à saúde. Noel Nutels e o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas. *Cadernos de Saúde Pública*, 3:388-401.

**FUNASA** (Fundação Nacional de Saúde). (2002) *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. 2ª Edição, Brasília: Fundação Nacional de Saúde, Ministério da Saúde.

**FUNASA** (Fundação Nacional de Saúde) (2003) *Relatório Morbimortalidade 2002*. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, Ministério da Saúde.

**FUNASA** (Fundação Nacional de Saúde) (2006a) Boletim Informativo no. 1/2006. Brasília: Fundação Nacional de Saúde.

**FUNASA** (Fundação Nacional de Saúde) (2006b) Conferências Nacionais de Saúde Indígena: Relatórios Finais. Brasília: Fundação Nacional de Saúde.

**Garnelo, L.; Macedo, G. & Brandão, L.C.** (2003) *Os Povos Indígenas e a Construção das Políticas de Saúde Indígena no Brasil*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.

**Garnelo, L. & Sampaio, S.** (2005) Organizações indígenas e distritalização sanitária: os riscos de “fazer ver” e “fazer crer” nas políticas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 21:1217-1223.

**IBGE** (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) (2005) *Tendências Demográficas: Uma Análise dos Indígenas com Base nos Resultados da Amostra dos Censos Demográficos 1991 e 2000*. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

**Langdon, J.** (2000) Salud y pueblos indígenas: los desafíos en el cambio de siglo. In: *Salud y Equidad: una Mirada desde las Ciencias Sociales* (Briceño-León, R.; Minayo, M.C.S. & Coimbra Jr., C.E.A., editores), pp. 107-119. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

**Langdon, E.J.; Diehl, E.D.; Wiik, F. & Dias-Scopel, R.P.** (2006) Participation by Indian health agents in health services: the experience in Santa Catarina State, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 22:2637-2646.

**Leite, M.S.; Santos, R.V.; Gugelmin, S.A. & Coimbra Jr., C.E.A.** (2006) Crescimento físico e perfil nutricional da população indígena Xavante de Sangradouro-Volta Grande, Mato Grosso, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 22:265-276.

**Melatti, J.C.** (1987) *Índios do Brasil*. São Paulo: Hucitec e Brasília: Editora UnB.

**Orellana, J.D.Y.; Coimbra Jr., C.E.A.; Lourenço, A.E.P. & Santos, R.V.** (2006) Estado nutricional e anemia em crianças Suruí, Amazônia, Brasil. *Jornal de Pediatria*, 82:383-388.

**Pagliari, H.; Azevedo, M.M. & Santos, R.V.** (eds.). (2005) *Demografia dos Povos Indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ ABEP.

**Ricardo, C.A.** (1996) A sociodiversidade nativa contemporânea no Brasil. In: *Povos Indígenas no Brasil 1991/1995* (Ricardo, C.A., editores), pp. i-xii, São Paulo: Instituto Socioambiental.

**Rodrigues, A.D.** (1986) *Línguas Indígenas. Para um Conhecimento das Línguas Indígenas*. São Paulo: Edições Loyola.

**Santos, R.V. & Coimbra Jr., C.E.A.** (2003) Cenários e tendências da saúde e da epidemiologia dos povos indígenas no Brasil. In: *Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil* (Coimbra Jr., C.E.A.; Santos, R.V. & Escobar, A.L., editores), pp.13-47, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ABRASCO.

**Souza, M.C.; Scatena, J.H.G. & Santos, R.V.** (2007) O Sistema de Informação da Atenção à saúde Indígena – SIASI: criação, estrutura e funcionamento. *Cadernos de Saúde Pública*, 23:853-861.

**Souza-Lima, A.C.** (1995) *Um Grande Cerco de Paz: Poder Tutelar, Indianidade e Formação do Estado no Brasil*. Petrópolis: Editora Vozes.

**Souza-Lima, A.C. & Barroso-Hoffman, M.** (2002a) Estado e povos indígenas no Brasil. In: *Estado e Povos Indígenas: Bases para uma Política Indigenista II* (Souza Lima, A.C. & Barroso-Hoffman, M., editores), pp. 7-24. Rio de Janeiro: Contracapa.

**Souza-Lima, A.C. & Barroso-Hoffman, M.** (2002b) Além da tutela: aspectos de uma nova regulação dos direitos indígenas no Brasil. In: *Além da Tutela. Bases para uma Nova Política Indigenista III* (Souza Lima, A.C. & Barroso-Hoffman, M., editores), pp. 7-22. Rio de Janeiro: Contracapa.