



## A EQUIDADE NO SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA: UMA ANÁLISE DA APLICABILIDADE DO CONCEITO DE AMARTYA SEN AO MODELO DE SAÚDE INDÍGENA BRASILEIRO.

<https://periodicos.uerr.edu.br/index.php/ambiente/article/view/921>

*EQUITY IN THE INDIGENOUS HEALTH CARE SUBSYSTEM: AN ANALYSIS OF THE APPLICABILITY OF THE AMARTYA SEN CONCEPT TO THE BRAZILIAN INDIGENOUS HEALTH MODEL.*

João Luiz Pereira de Araújo - Universidade Federal Fluminense/UFF <http://lattes.cnpq.br/7796911442368964>

**RESUMO:** O Brasil adota um modelo de assistência à saúde dos povos indígenas que visa a reconhecer suas singularidades, costumes e hábitos culturais instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do Sistema Único de Saúde. Considerando que a execução das ações de saúde em terra indígena deve priorizar as idiossincrasias do usuário, é necessário estudar a equidade na construção da política pública que proporcionou tal assistência diferenciada. Assim, conclui-se que o modelo de comparação das realizações sociais e da teoria da escolha social originado no Iluminismo e cuja consolidação das ideias podem ser verificadas na obra de Amartya Sen influenciou a formulação da atual política pública de saúde indígena brasileira, considerando o reconhecimento de identidades fator necessário para se concretizar o ideal de justiça formulado pelo referido autor.

**Palavras-chave:** Amartya Sen, Justiça social, Equidade em saúde, Saúde de populações indígenas.

**ABSTRACT:** Brazil has an indigenous healthcare model which aims to recognize their uniqueness, behaviors and cultural habits by instituting the Indigenous Healthcare Subsystem. Whereas that the implementation of health programs in indigenous territory has to prioritize the idiosyncrasies, it is necessary to study the equity in the formulation of public policy which provided an unpaired assistance to indigenous. Therefore, it is concluded that the model of comparison of social achievements and the theory of social choice originated in the Enlightenment and whose consolidation of ideas can be verified in the work of Amartya Sen has influenced the formulation of the current Brazilian indigenous health policy, considering the recognition of identities as an indispensable factor to achieve the ideal of justice formulated by that author.

**Keywords:** Amartya Sen, Social Justice, Health Fairness, Indigenous Health.

## INTRODUÇÃO

O Brasil adota um modelo de assistência à saúde dos povos indígenas que visa a reconhecer suas singularidades, costumes e hábitos culturais. Nesta mesma linha de pensamento, o legislador infraconstitucional editou, em 23 de setembro de 1999, a Lei n. 9.836, que acrescenta dispositivos à Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas no âmbito do Sistema Único de Saúde, SUS.

Dado o dispositivo constitucional insculpido no artigo 231 da Constituição Federal de 1988 que reconhece aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, frente às especificidades étnicas e respeitando o direito de estender aos índios os benefícios da legislação comum, tornou-se imprescindível a criação de um subsistema de saúde diferenciado e inserido na Política Nacional de Saúde (LOUZADA, 2007).

Do mesmo modo, “a igualdade é uma exigência fundamental da justiça. Estabelecer as características de uma sociedade justa inclui, especialmente, afirmar a igualdade como a condição inicial para a sua efetivação e avaliação” (ZAMBAM, 2009, p. 11). Portanto, é necessário eliminar desigualdades em busca de se atingir “um ideal clássico que impulse à reflexão e à busca por mecanismos que efetivem a justiça. Com essa compreensão, a ocorrência de desigualdades assinala a existência de injustiças” (ZAMBAM, 2009, p. 11).

Assim, o Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas foi instituído, garantindo aos povos indígenas o acesso universal à saúde de acordo com as diretrizes do SUS. Todavia, este acesso se configura como uma via diferenciada, onde se considera a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política dos povos indígenas (BRASIL, 2002), de modo a favorecer os serviços de saúde prestados a essa população.

Mesmo antes da positivação do acesso diferenciado do indígena às ações de saúde, a

sociedade internacional já pressionava os Estados para que as particularidades das populações indígenas fossem asseguradas. O fundamento de se garantir tal tratamento diferenciado aos indígenas reside na “existência das diferenças que caracterizam e constituem a identidade humana, da sociedade e da natureza” (ZAMBAM, 2009, p. 11).

No entanto, mesmo diante da evolução legislativa garantidora da equidade na garantia do direito constitucional à saúde que a Lei 9.836 trouxe ao ordenamento jurídico, as reivindicações dos povos originários e das organizações indigenistas continuam. Os avanços que o Subsistema implantou necessitam de adequações, novas demandas surgem, vulnerabilidades persistem. Concretizar a saúde como um bem estar físico, mental e social, com respeito às singularidades dos povos tradicionais é ainda desafiador.

Em tempos de pandemia do novo coronavírus, essas reivindicações tomam proporções maiores e em busca do direito de existir e manter a integridade dos diversos povos originários, a Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB) juntamente com os partidos políticos PSOL, PSB, REDE, PC do B, PDT e PT propuseram uma Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) n. 709, em consonância com os objetivos de desenvolvimento sustentável da ONU n. 3 (saúde e bem-estar) e n. 10 (redução das desigualdades), que aborda questões de alta complexidade, grande impacto e repercussão, em busca do direito à saúde e o controle da propagação da pandemia dentro das comunidades indígenas.

Desta forma, entender que o adoecer não é democrático e atinge grupos socialmente vulneráveis como os povos tradicionais consiste em avançar na garantia do direito à saúde já implantado no Brasil. Desta forma, é necessário que o Direito das Minorias seja compreendido pela sociedade envolvente, de forma a proporcionar uma convivência em torno de uma aliança democrática em defesa desses direitos. A garantia da preservação dos direitos e garantias dessas minorias, como os

indígenas, encontra escopo no direito internacional, uma vez que os direitos dos povos indígenas também gozam de proteção internacional, estando o Brasil, como signatário de Tratados e Convenções já ratificados, obrigado a respeitá-los sob o risco de ser compelido internacionalmente para tal. (2009).

No entanto, somente se alcança a efetivação do direito das minorias entendendo que justiça consiste em conceito amplo e rico em definições. Por certo o conceito de justiça tem sido arduamente trabalhado desde a Antiguidade até os dias atuais. Na construção do conhecimento exposto neste trabalho, optou-se por uma escola filosófica originada no Iluminismo e a evolução que lhe foi dada por Amartya Sen.

No sentido liberal, liberdade consiste na capacidade de cada cidadão ter a sua concepção razoável acerca da vida digna, bem como de procurar realizar seus objetivos, sem que sofra interferências impeditivas externas (CITTADINO, 2009). Torna-se, então, necessário se individualizar o tratamento do sujeito de direitos, garantindo a preservação de suas peculiaridades e particularidades (PIOVESAN, 2010).

Compreende-se que ainda persiste a ideia de que a distribuição de direitos e liberdades dentro de uma sociedade é uma “questão polêmica e de difícil resposta na filosofia política, isso porque o debate pode suscitar diversas concepções de justiça distributiva, todas elas, cada uma ao seu modo, buscando soluções para as diversas formas de desigualdades” (DAOU e BRITO Filho, 2017). O que se busca é uma justiça mais acolhedora, fundada no reconhecimento das características comportamentais, na valoração do outro, reconhecendo-o e respeitando-o com toda a diversidade de cultura a ele associada, visando à justiça social.

Uma teoria da justiça almeja apresentar uma estrutura de argumentação bem articulada e contextualizada, com os elementos suficientes para a organização social justa. Tal proposição tem sentido na medida em que contribui para a transformação da realidade injusta (ZAMBAM,

A linha de argumentação racional que se entende como base dessa equidade em saúde promovida para os povos originários brasileiros se sustenta na abordagem da comparação focada em realizações. Essa corrente filosófica pode ser encontrada na obra de Adam Smith, Marquês de Condorcet, Jeremy Bentham, Mary Wollstonecraft, Karl Marx e John Stuart Mill, cuja construção metodológica tem sua gênese no Iluminismo do século XVIII realizando, com o interesse de remover injustiças evidentes, comparações focadas nas realizações sociais, por se entender que injustiças podem estar ligadas ao modo como as pessoas vivem e não a instituições (CONSANI, 2016).

Neste sentido, fundamentado na necessidade de uma compreensão da justiça baseada na importância das vidas, experiências e realizações humanas, busca-se comprovar a aplicação dos conceitos fundamentais da teoria desenvolvida por Amartya Sen na construção da equidade presente no Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, que embora tenha sido construída após a criação do referido subsistema, concentra em si a formulação mais atual e elaborada dessa corrente do pensamento filosófico da justiça social da abordagem da comparação focada em realizações.

A abordagem feita por Amartya Sen sobre a justiça social está perfilada às teorias da escolha social. “As teorias da escolha social remontam à Revolução Francesa. Sen aponta Condorcet e Borda como seus precursores, cuja motivação era evitar a arbitrariedade e a instabilidade nos processos de escolha social” (CONSANI, 2016, p. 90).

## **A IDEIA DE JUSTIÇA EM AMARTYA SEN**

Diversos pensadores construíram teorias acerca da equidade e de como o direito à diferença influencia o direito à igualdade e, de certo modo, a importância daquele na concretização deste. Amartya Sen, sistematizando a ideia de filósofos iluministas, estruturou uma teoria de igualdade onde o cerne da discussão reside no

reconhecimento da identidade do sujeito de direitos, adota a perspectiva de que o agente deve ser mantido como foco central da análise de igualdade para que se conceba um tratamento que realmente contemple suas necessidades (SEN, 2011).

Em sua argumentação, Amartya Sen insiste na existência de uma multiplicidade de elementos que precisam ser levados em conta na justificação de uma tomada de decisão concreta: liberdade, capacidade (*capability*), recursos, resultados, felicidade e igualdade são critérios a ser considerados, e que não podem ser incorporados em um sistema que defina para cada um deles um valor predeterminado (SEN, 2011).

É neste sentido que César Arjona e colaboradores acreditam que o estudo multidisciplinar (direito, economia, ética, antropologia, psicologia, sociologia, teoria política), e não somente a doutrina jurídica, deve ser a norma e não a exceção, a fim de que as soluções perpassem por pressupostos culturais, jurídicos, econômicos ou de outra natureza que prestigie a diferença (ARJONA et al., 2012).

Desta forma, todas as necessidades do indivíduo seriam consideradas quando da formulação das políticas públicas. Reconhecer a identidade significa relativizar o ser humano, compreender que o tratamento ao outro deve considerar as singularidades por ele apresentadas, sem o etnocentrismo que há muito prevalece nas políticas públicas.

A teoria de Amartya Sen “tornou-se uma referência importante para as questões que envolvem as condições de justiça no contexto contemporâneo ao focalizar a liberdade como temática central e referência em torno da qual se estrutura uma organização social justa” (ZAMBAM, 2009, p. 20).

Importante referir que Sen contribui com uma metodologia por meio da qual se pode avaliar o envolvimento e, mais ainda, a melhoria incremental no estado de vida de cada indivíduo ao

reconhecer que temos perspectivas plurais sobre justiça e equidade. Para Sen, isso pode ser feito por meio do que ele denominou "perspectiva da capacidade" (*capability approach*). Agindo assim, Sen modifica o pensamento sobre justiça dominante e, na visão de Arjona e colaboradores, ao unir incrementalismo (*incrementalism*), engajamento (*engagement*) e capacidade (*capability*) Sen formou uma estrutura integrada que desafia os conceitos clássicos de justiça abstrata e dependente de perfeição (ARJONA et al., 2012).

## **A EQUIDADE COMO PRINCÍPIO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO**

A respeito das políticas públicas voltadas para os povos indígenas no Brasil, observa-se que, nada obstante os ideais de assimilação e integração outrora propostos, os indígenas têm garantido, mesmo que aquém do necessário, direitos a eles reconhecidos internacionalmente.

Ademais, com o advento da atual Constituição Federal, houve uma substancial melhoria nas relações entre Estado e povos indígenas por meio do tratamento diferenciado às minorias étnicas, uma vez que a Constituição de 1988 reconheceu os direitos dos povos originários às suas terras; a políticas sociais diferenciadas e adequadas às suas especificidades culturais; a autorrepresentação jurídico-política; a preservação de suas línguas e culturas; e, no campo da saúde, a criação de um subsistema específico para o atendimento aos povos indígenas.

A necessidade de desconstruir o estigma da tutela e da incapacidade política e intelectual que lhes foi atribuído pelo mundo do branco no processo de colonização parece ter levado os dirigentes a valorizar a iniciativa do Ministério da Saúde de estabelecer uma parceria técnico-política (GARNELO e SAMPAIO, 2005). Assim, os indígenas se apropriaram das reuniões dos Conselhos Locais e Distritais de Saúde Indígena para imprimir às ações de saúde a dinâmica mais adequada para cada particularidade étnica.

Um avanço, neste aspecto, se refere à

percepção das enormes diversidades existentes entre diferentes Distritos Sanitários Especiais Indígenas, DSEI. O respeito às particularidades de cada etnia, de cada região, favorece a construção de um atendimento mais apropriado a reconhecer a identidade daquele grupo étnico, buscando o bem-estar das comunidades assistidas.

## **O SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS COMO GARANTIA DO DIREITO À DIFERENÇA**

É mister reconhecer que as “condições de saúde e de adoecimento estão determinadas pelas desigualdades que se expressam em indicadores de morbi-mortalidade, no acesso e na distribuição dos serviços, na formulação das políticas e na construção das práticas de saúde” (SENA e SILVA, 2007, p. 773).

A interação entre a sociedade ocidental e populações indígenas pode resultar em transformações socioculturais e epidemiológicas profundas. As alterações após o contato podem permear diversas dimensões do modo de ser e viver de um determinado grupo (COIMBRA et al., 2000). “A correção de tal desigualdade exigirá décadas de investimento, não apenas em saúde, mas em um amplo conjunto de políticas sociais que promovam a melhoria geral das condições de vida” (GARNELO, 2012, p. 35).

É primordial ter em mente que os povos indígenas no Brasil apresentam “um complexo e dinâmico quadro de saúde, diretamente relacionado a processos históricos de mudanças sociais, econômicas e ambientais atreladas à expansão e à consolidação de frentes demográficas e econômicas da sociedade nacional nas diversas regiões do país” (SANTOS e COIMBRA Jr., 2005, p. 13). Tais peculiaridades devem ser consideradas quando da formulação de políticas públicas de saúde, festejando a assistência que considere toda a gama de diferenças socioculturais por esses povos apresentadas.

Agindo assim, garantir-se-á a proteção aos direitos fundamentais dos indígenas, cumprindo o

hodierno comando de relativização cultural em relação ao modo de vida dos indígenas. Norberto Bobbio observa que a grande questão atual com relação aos direitos do homem não se baseia mais em fundamentá-los, e sim protegê-los. Neste sentido, assevera:

O problema que temos diante de nós não é filosófico, mas jurídico e, num sentido mais amplo, político. Não se trata de saber quais e quantos são esses direitos, qual é sua natureza e seu fundamento, se são direitos naturais ou históricos, absolutos ou relativos, mas sim qual é o modo mais seguro para garanti-los, para impedir que, apesar das solenes declarações, eles sejam continuamente violados (BOBBIO, 2004, p. 17).

Em termos de direitos fundamentais, Amartya Sen atribui à saúde o status de ser uma das condições mais importantes da vida humana e um constituinte criticamente significativo das capacidades humanas que devemos valorar (SEN, 2002).

Dentro das políticas públicas de saúde desenvolvidas pelo Governo brasileiro, contemplar o indígena com um subsistema que respeite e valore seus hábitos e costumes diferenciados, relativizando a assistência à saúde prestada assegura o direito à diferença insculpido no Texto Constitucional.

Mostra-se notório que os avanços que se observam no modelo de assistência à saúde indígena foram impulsionados pela própria Constituição Federal de 1988 ao ter inovado com o reconhecimento aos índios da sua organização social, línguas, costumes, crenças, e tradições, bem como os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam.

Tais avanços positivados na Carta Magna associados ao contexto da saúde pública como um direito de todos e dever do Estado, levou as organizações indígenas a reivindicar o modelo na forma que atualmente se desenvolve.

Nada obstante, na forma original como o SUS foi concebido, a população indígena não representava uma de suas prioridades, posto que, à época, a prestação de cuidados à saúde desses

grupos ainda estava sob a responsabilidade do órgão indigenista.

No entanto, necessitou-se considerar que o modelo de gestão de um sistema de saúde é um meio para prover atendimento adequado à população. Desta forma, o atual modelo de organização dos serviços de saúde para as populações indígenas, baseado em regionalizar o serviço por meio de Distritos Sanitários, teve sua gênese no âmbito das Conferências Nacionais de Saúde, no início da década de 1990.

A concepção e o modelo de Distrito Sanitário Especial Indígena, DSEI, demonstram avanços evidentes, “particularmente por ter promovido uma extensão de cobertura sanitária onde anteriormente só havia o vazio” (GARNELO, 2004, p. 13).

Os DSEI se caracterizam como uma rede interconectada de serviços de saúde, capaz de oferecer cuidados de atenção primária à saúde, adequados às necessidades sanitárias da maioria da população (GARNELO, 2012). O foco do planejamento das ações sempre prioriza as demandas encontradas na região. Entender que o perfil de morbidade das populações indígenas difere entre os distritos agrega qualidade ao cuidado de saúde ofertado. As reuniões de Conselhos Locais e Distritais de Saúde mobilizam o debate acerca da qualidade do serviço prestado e levantam os principais agravos que acometem a população ali adstrita.

Por certo, os 34 DSEI implantados em todo o Brasil contemplam as características peculiares de cada área indígena. Em sua concepção, buscou-se preservar um “processo de discussão que envolvesse vários atores sociais, tais como: as organizações indígenas, os profissionais de saúde, as ONGs, as universidades e órgãos federais como a FUNASA e a Fundação Nacional do Índio (FUNAI)” (ATHIAS e MACHADO, 2001, p. 426).

A legislação prevê que “os DSEI possuam uma rede de serviços formada por estabelecimentos que compõem sua infraestrutura física, que pode

estar localizada nas aldeias ou cidades onde se realiza o atendimento na rede SUS” (CRUZ, 2012, p. 190). Dessa forma, cria-se uma rede de assistência à saúde do usuário indígena que contempla o princípio da integralidade de assistência, previsto no inciso II do artigo 7º da Lei n. 8.080/90. Por integralidade entende-se “o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”.

Neste sentido, tem-se que o Posto de Saúde seria a unidade mais simples do Distrito Sanitário. Nele atuaria o Agente Indígena de Saúde e deveria haver pelo menos um posto de saúde em cada aldeia.

O nível seguinte de complexidade é representado pelo Polo-Base, uma unidade de saúde que deve contar com médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, os quais se responsabilizariam pelo atendimento das aldeias geograficamente próximas a ele. A vinculação de uma unidade de saúde a um território e população específicos constitui aquilo que é chamado em saúde pública de área de abrangência da unidade de saúde.

Segundo o modelo do subsistema de saúde indígena, a equipe baseada nesta unidade de saúde, preferencialmente sediada no interior das terras indígenas, deve prover atenção básica à saúde da população sob sua responsabilidade, atuando de modo articulado ao trabalho do agente de saúde e efetuando visitas periódicas de atendimento aos comunitários (GARNELO, 2012, p. 30).

Um resultado positivo surgido após a implantação do modelo de distritalização foi o aumento da participação das Organizações Indígenas (LANGDON, 2007). Os convênios entre tais organizações e a FUNASA para o fornecimento de serviços de saúde às comunidades indígenas tornaram-se a regra do modelo de atenção à saúde desenvolvido no âmbito do subsistema.

O que se busca com o novo modelo de atenção é, entre outros, assegurar a preservação dos aspectos socioculturais diferenciados do usuário indígena. Tal anseio leva ao reconhecimento de culturas distintas que devem ser consideradas

quando das formulações de políticas públicas. Nada obstante, torna-se imprescindível que no âmbito do subsistema de atenção à saúde indígena se entenda “de que forma é possível conciliar o acesso universal aos bens e serviços de saúde a uma atenção que garanta a diferenciação, sem interferir, no entanto, na qualidade dos serviços ofertados” (NOVO, 2011, p. 1.363).

Para se chegar a uma concepção multicultural de direitos humanos deve-se superar o debate sobre universalismo e relativismo cultural, pois, em sua visão, trata-se de “um debate intrinsecamente falso, cujos conceitos polares são igualmente prejudiciais para uma concepção emancipatória de direitos humanos” (SANTOS, 1997, p. 21). O autor sustenta que “contra o relativismo há que desenvolver critérios políticos para distinguir política progressista de política conservadora, capacitação de desarme, emancipação de regulação” (SANTOS, 1997, p. 21).

No caso de um diálogo intercultural, a troca não ocorre somente entre diferentes saberes, vai além, instituindo relações de trocas entre diferentes e incomensuráveis culturas. Assim, é mister que se reconheça as incompletudes mútuas para que se estabeleça um diálogo intercultural (SANTOS, 1997).

Somente assim não se incorre na privação de direitos fundamentais, incluindo-se aí o direito a saúde, e dos bens essenciais para a sobrevivência humana. Tal privação desafia as condições para a estruturação de uma organização social justa (ZAMBAM, 2009). Dentro desse conceito de organização social justa há de se prezar pelo atendimento às necessidades básicas em conformidade com os recursos disponíveis, bem como a administração de tais recursos.

O SUS oferece, como concepção geral, a possibilidade de criação de sistemas de saúde baseados na realidade local, o que favoreceria a diversidade de modelos. Os princípios de acesso universal, atenção diferenciada, e controle social são os princípios que governam esse Subsistema.

Neste diapasão, uma das inovações desse modo-lo de DSEI consiste na afirmação de que os índios participariam da organização dos serviços através das instâncias de controle social, com representação nos Conselhos e Conferências de Saúde (CRUZ, 2012).

Dentro da atenção diferenciada, outra inovação do subsistema consiste no enfoque que se destinou à medicina tradicional. Desde a década de 1970, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que os Estados nacionais integrem a seus sistemas de saúde oficiais as medicinas tradicionais. Tal recomendação fora fortalecida pela Declaração de Alma-Ata, que em 1978 reconhece que “os praticantes das medicinas tradicionais podem colaborar nos cuidados primários de saúde, desde que devidamente treinados para trabalhar e responder às necessidades de saúde das comunidades” (FERREIRA, 2013, p. 205).

Ao planejar desenvolver ações de saúde com populações indígenas deve-se considerar a inter-relação entre a medicina ocidental e a medicina tradicional, procurando compreender as crenças e costumes locais. Os conhecimentos populares são próprios de uma comunidade e diferenciados de acordo com a cultura local. Ao basear o atendimento na produção de consensos, incorporam-se novos conhecimentos e amplia-se a autoconfiança de ambos os sujeitos do processo – população e profissional de saúde – nos novos saberes produzidos nessa interação (BARBOSA et al., 2007).

Todavia, embora já tenha recomendado tal prática desde a década de 1970, somente em 2002 a OMS define as “diretrizes para o estabelecimento de relações de cooperação entre os sistemas oficiais de saúde e os praticantes das Medicinas Tradicionais como forma de ampliar a cobertura e o acesso da população dos países em desenvolvimento aos serviços de atenção primária à saúde” (FERREIRA, 2013, p. 205).

Já no Brasil, “as recomendações dos organismos internacionais são efetivadas por meio de políticas públicas delineadas como ações e

programas governamentais voltados para a realização de objetivos específicos” (FERREIRA, 2013, p. 206). Dentre os diferentes objetivos a serem alcançados, pode-se destacar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, que define as medicinas indígenas como sistemas tradicionais de saúde que operam com abordagem holística e se baseiam no princípio de harmonia das relações sociocósmicas.

## **A ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS SOB O PRINCÍPIO DA EQUIDADE PROPOSTO POR AMARTYA SEN**

A crença em barreiras intransponíveis entre os valores das diferentes culturas surgiu e ressurgiu várias vezes ao longo dos séculos, estando fortemente articulada nos dias atuais. Ao contrário dos estereótipos culturais, as histórias de diferentes países do mundo têm mostrado variações consideráveis ao longo do tempo, bem como entre grupos diferentes dentro do mesmo país. “Ser culturalmente não-partidário requer respeitar a participação de pessoas de qualquer canto da terra” (SEN, 2005, p. 162).

Neste sentido, Amartya Sen argumenta que o conceito de capacidade define a liberdade da pessoa para ter um tipo de vida ou outro (SEN, 2011). Justamente nessa definição de capacidade que se encaixa o subsistema de atenção à saúde dos povos indígenas. Ora, no intuito de privilegiar a equidade, criou-se uma política pública que possibilita ao indígena a opção de usufruir do acesso à saúde pública por meio de um subsistema construído de modo que festeje suas idiossincrasias.

Outrossim, ao se entender as liberdades substantivas de forma plúrima, tem-se uma avaliação mais equânime de justiça, possibilitando “condições para que a construção dos argumentos e das proposições não dependa de pré-compreensões homogêneas e, por isso, limitadas a referências globais, sem contemplar as características individuais ou comuns a certos grupos ou contextos” (ZAMBAM, 2009, p. 140).

Diferentes indivíduos, em distintas sociedades, alcançam diferentes níveis de desenvolvimento das capacidades e valoram também de forma diferente cada desempenho possível. Desta forma, uma boa política igualitária deveria ser sensível a essas variações (SEN, 2011).

É neste sentido que Sen define a liberdade eficaz como o estado de coisas em que as escolhas de uma pessoa são respeitadas, assim como suas consequências, mesmo que o indivíduo não possa controlar os procedimentos que produzam tal resultado (SEN, 1985).

Este igualitarismo de oportunidades, a que Sen denomina de autêntica igualdade complexa, tem profundas implicações no campo da saúde. Por isso, Sen afirma que nenhuma concepção de justiça social de base equitativa pode desconsiderar o gigantesco papel da saúde na existência humana, seja no campo das possibilidades de uma pessoa alcançar uma vida livre de enfermidades, seja na ampliação das capacidades e funcionamentos, caso goze de boa saúde (SEN, 2002).

Assim, para se compreender a equidade em saúde como aspecto fundamental da justiça social, é importante referir o conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS), que define, no preâmbulo da sua Constituição, a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades (WHO, 1946).

Coadunando com tal conceito, “O SUS, ao menos em sua proposta normativa, parece considerar as desigualdades sociais, pois parte de uma definição de saúde abrangente e de um modelo de política que visa a articular políticas e serviços sociais que estão além da prestação de serviços de saúde” (MARIO, 2013, p. 149).

A Constituição Federal de 1988 traz em seu artigo 196, o princípio de que a saúde é um direito de todos. No entanto, entre este princípio e a garantia de seu cumprimento, interpõe-se uma distância considerável, já que “não basta preconizar as mesmas bases sanitárias para toda sociedade,

uma vez que as demandas pessoais são deveras abrangentes, podendo, neste caso, se produzir um aguçamento das disparidades” (SIQUEIRA-BATISTA e SCHRAMM, 2005, p. 138).

Estabelecido tal conceito, vislumbra-se a amplitude do termo saúde, que é muito mais que o antônimo de doença. Assim, toda aproximação à saúde a partir desta abordagem conceitual preconizada pela OMS, e garantida pela atual Constituição brasileira, deve ser baseada numa compreensão do que os sujeitos e grupos definidos valoram como estilos de vida. Assim, não há um caminho possível para definir a saúde objetivamente (no sentido moderno do termo). Mesmo se fosse possível determinar, com certeza absoluta, a ausência de doença por procedimentos sofisticados, essa informação técnica e tecnológica seria uma base probatória insuficiente para dar conta da saúde entendida em sentido positivo (RESTREPO-OCHOA, 2013).

Há de se compreender, neste processo complexo, o usuário das políticas e serviços de saúde. Os procedimentos adotados quando da elaboração de tais políticas podem criar fatores capazes de aproximar as capacidades para escolha do funcionamento “estar livre da doença e da dor”. O indivíduo tem que se ver não apenas como um paciente, mas também como um agente de mudança. A pena pela inércia e apatia pode ser o adoecimento e a morte (SEN, 1999).

Neste diapasão, “as reivindicações identitárias podem ser interpretadas como uma estratégia de resistência ou mudança da situação de incerteza, visto que a sua motivação se constitui na perda de referenciais pelos grupos sociais” (SCHNEIDER e LUCAS, 2009, p. 54).

Para Amartya Sen a melhoria da saúde é parte constitutiva do desenvolvimento, sendo que o reforço para a boa saúde pode ser auxiliado por uma variedade de ações, incluindo as políticas públicas (SEN, 1999). O autor acredita que mesmo quando uma economia é pobre, grandes melhorias na saúde podem ser alcançadas por meio da utilização dos recursos disponíveis de uma forma socialmente

produtiva.

Pertinente se faz a compreensão do indígena como minoria nesse cenário de políticas públicas de saúde. Tem-se o conceito de minoria como categoria jurídica, não se tratando de um conceito estatístico, mas sociológico, sendo necessário que se inclua populações de todos os tamanhos, desde que apresentem características culturais específicas que as diferenciem das outras (LEVY, 2009).

De fato, Amartya Sen entende que a igualdade, como uma ideia abstrata, não tem muito poder, e que o verdadeiro trabalho começa com a especificação do objeto que se pretende igualar (SEN, 2002). O passo central, então, é a especificação do espaço em que a igualdade deve ser buscada, que, no caso em tela, trata-se da atenção à saúde dos povos indígenas.

A saúde, então, se torna uma preocupação crítica, tornando fundamental a equidade em saúde para a compreensão da justiça social. A melhoria da saúde é parte constitutiva do desenvolvimento, visto que a boa saúde pode também ajudar a contribuir para o aumento do crescimento econômico (SEN, 1999). Em consequência, a equidade em saúde mostra-se inescapavelmente multidimensional como uma preocupação (SEN, 2002).

Assim, um enfoque adequado da política de saúde que possibilite a composição do tecido multifatorial do processo saúde-doença deve ter em conta “não apenas fatores sociais e econômicos, mas também uma variedade de elementos, como as predisposições biológicas, as (dis)capacidades pessoais, as características antropológicas e culturais, os riscos epidemiológicos, as influências ambientais e climáticas, entre outros” (SIQUEIRA-BATISTA e SCHRAMM, 2005, p. 138).

Enfim, a equidade em saúde se apresenta sob muitos aspectos, sendo um conceito multidimensional onde se incluem preocupações com a conquista da saúde e a capacidade de alcançar uma boa saúde (SEN, 2002). Além disso, um compromisso adequado com a equidade na

saúde também requer que as considerações sejam integradas com as mais amplas questões de justiça social e equidade global, observando adequadamente a versatilidade de recursos, o alcance diverso e o impacto sobre diferentes contextos sociais.

Fundamentando-se na teoria de Sen, parte-se da premissa de que referente à equidade em saúde não se pode estar apenas preocupado com a desigualdade em saúde ou cuidados de saúde. Deve-se levar em conta a forma como a alocação de recursos e arranjos sociais interligam o pilar saúde com outros estratos sociais (SEN, 2002).

É neste sentido que a formulação de um subsistema contemplando as peculiaridades dos povos indígenas coaduna com o disposto na Constituição Federal de 1988. A atenção diferenciada supõe que os profissionais de saúde devam considerar a particularidade cultural da comunidade indígena e respeitar práticas de saúde tradicionais e curandeiros.

Relevante compreender que a teoria de Amartya Sen entende como importante para a estimativa da vantagem individual não só “o nível de bem-estar efetivamente alcançado, mas também a liberdade que uma pessoa tem de escolher entre diferentes tipos de vida. E o nível dessa liberdade desfrutada por uma pessoa constitui o que Sen denomina sua capacidade” (VITA, 1999, p. 1).

Por certo os povos indígenas, desde a promulgação da Lei n. 9.836/99, que institui o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, têm acesso à atenção básica de saúde, em seu primeiro nível de complexidade, tanto na atenção primária estabelecida em unidades básicas de saúde nos municípios brasileiros, como nos postos de saúde indígenas localizados nas circunscrições dos polos-base. Tal disponibilidade de acesso festeja o pensamento de Amartya Sen que estabelece como ideal que a abordagem da capacidade considere toda a extensão da liberdade para escolher entre diferentes pacotes de funcionamentos (SEN, 2012).

Priorizando a ótica das convicções e valores

do próprio agente, a atual política de atenção à saúde dos povos indígenas fortalece o papel do usuário indígena como parte fundamental na elaboração do planejamento das atividades de saúde a serem desenvolvidas. “A liberdade de escolha pode de fato ter importância direta para a qualidade de vida e bem-estar de uma pessoa” (SEN, 2012, p. 92).

A sociedade democrática reconhece a identidade individual e considera a proteção dos direitos fundamentais dos membros de grupos culturais com necessidades específicas (SCHNEIDER e LUCAS, 2009). Neste sentido, pode-se referir à participação da comunidade nas políticas públicas de saúde.

Uma sociedade que não garante aos seus cidadãos condições de saúde não sustenta a justiça como uma de suas características, visto que não assegurará a todos as mesmas condições e oportunidades para realizarem algo valioso, tolhendo-lhes a plena cidadania. Assim, a saúde encontra papel fundamental para garantir a plena participação dos indivíduos em sociedade, garantindo-lhes condições de realizar suas expectativas ao longo de suas vidas (DANIELS, 2001).

O direito à saúde tem demandas amplas que vão muito além de legislar sobre bons cuidados, envolvendo aspectos múltiplos da vida social do indivíduo. Assim, ao entender a saúde como direito, reconhecemos a necessidade de um forte compromisso social em relação aos aspectos da boa saúde.

Desta forma, assumindo um papel mais participativo nas políticas públicas de saúde, o usuário indígena deve considerar especificamente o seu próprio papel na promoção de seus objetivos (SEN, 2012). Nesta concepção, o êxito da condição de agente depende precisamente do papel que o usuário desempenha na produção da realização dos objetivos almejados.

O controle social é um relevante elemento de gestão e, por certo, mostra-se fortalecido como

princípio do Sistema Único de Saúde insculpido no Texto Constitucional, artigo 198, inciso III, bem como infraconstitucionalmente no inciso VIII do artigo 7º da Lei n. 8.080/90. Reforçado no âmbito do subsistema indígena por força do artigo 19-H, onde se lê que: “As populações indígenas terão direito a participar dos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, tais como o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, quando for o caso”.

Os indígenas também participam da assistência prestada de forma ativa, desempenhando papéis de agentes indígenas de saúde (AIS), parteiras tradicionais indígenas e curandeiros. A inserção desses profissionais indígenas nas ações de saúde visa a preservar traços de suas medicinas tradicionais que carregam consigo toda a valoração cultural da etnia, mantendo aspectos importantíssimos de reconhecimento para o usuário.

É necessário apontar que os índios também têm desenvolvido conhecimentos e saberes sobre saúde, e, como no caso da nossa biomedicina, estes saberes compõem seu sistema de saúde, definindo o que é doença e saúde, o que causa doenças e o que as cura, o que é cura. As respostas culturais para estes conceitos de saúde e doença são diferentes daquelas da biomedicina e resultam em noções, valores e expectativas diferentes e específicos segundo a etnia particular. O primeiro passo para realizar o princípio da legislação sobre saúde indígena é o reconhecimento que estas diferenças são legítimas e fazem parte de um sistema cultural de saúde. Não são superstições ou fragmentos de um pensamento menos evoluído (LANGDON, 2001, p. 160).

Assim, o respeito à dinâmica já consolidada na medicina tradicional indígena e a permissão para que as práticas de pajelança ocorram, mesmo que de forma incipiente, já configuram um avanço nas políticas públicas em termos de respeito à cultura indígena.

Nada obstante as dificuldades práticas enfrentadas na formação dos agentes indígenas de saúde, é certo que estimular e interagir com o conhecimento tradicional das populações indígenas e fomentar a formação desses agentes nos moldes do que o Ministério da Saúde preconiza garante a

equidade no sentido de estimular as capacidades que os AIS já detêm, por serem membros da comunidade, bem como as habilidades que adquiriram ao receberem formação por meio de módulos pedagógicos para conhecer as doenças endêmicas na região.

Os AIS, sob a perspectiva das comunidades, “são agentes representantes da prática biomédica, pois emergem no contexto da interação inter e intraétnica como atores que detêm um conhecimento específico e são capazes de garantir o acesso aos recursos materiais e simbólicos ofertados pelos serviços de saúde” (DIEHL et al., 2012, 823).

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas preconiza a formação desses AIS como ponto fulcral na promoção de uma atenção diferenciada, visto que o agente constitui elo entre a comunidade e a equipe multidisciplinar de saúde indígena.

Outro aspecto do subsistema de atenção à saúde dos povos indígenas que festeja a teoria da equidade formulada por Amartya Sen está presente na definição do órgão competente pela execução das ações de saúde.

O SUS sustenta como princípio basilar, expresso no artigo 7º, inciso IX, alínea “a” da Lei n. 8.080, a municipalização dos serviços de saúde. Ocorre que municipalizar a saúde indígena seria extremamente danoso para o usuário do subsistema, uma vez que o conflito de interesse entre sociedade envolvente e comunidades indígenas é, em regra, bastante presente nas relações dos povos indígenas com os gestores municipais.

Frente aos mais de cinco mil prefeitos municipais e dezenas de milhares de vereadores, as necessidades do usuário indígena correriam o risco real de não serem contempladas de forma que se priorizassem seus hábitos e costumes sociais e culturais. Assim, a Lei n. 10.683, de 28 de maio de 2003, em seu artigo 27, inciso XX, alínea “c” dispõe que compete ao Ministério da Saúde a saúde ambiental e ações de promoção, proteção e

recuperação da saúde individual e coletiva, inclusive a dos trabalhadores e dos índios.

Manter o gerenciamento e a execução das ações no nível federal garante a proteção das minorias indígenas por meio de ações governamentais mais técnicas e menos envolvidas com interesses locais que poderiam fragilizar a assistência. No entanto, tem sido um desafio para o Ministério da Saúde realizar a operacionalização das ações, visto que o órgão ministerial tem expertise em planejamento, monitoramento e avaliação das ações de saúde, ficando a cargo dos municípios, em regra, a execução das atividades em saúde.

É possível também observar a equidade, conforme formulada por Sen, na distribuição dos distritos sanitários nas unidades federadas, que “obedeceu às características culturais e distribuição das terras indígenas, bem como a critérios demográficos que contribuíram para a definição de suas localizações e áreas de abrangência” (GARNELO, 2012, p. 27).

Por certo, a implantação do subsistema de atenção à saúde dos povos indígenas agregou tratamento desigual para que se contemplassem as particularidades dos diferentes usuários indígenas distribuídos pelos 34 DSEI atualmente existentes. A positivação de tais políticas públicas demonstra um reconhecimento da identidade do indígena, respeitando suas capacidades em relação a viver uma vida saudável.

## CONCLUSÃO

Considerando a igualdade material como condição sine qua non da justiça, dentro do que preceitua Amartya Sen em sua teoria da equidade que considera as capacidades do agente, tem-se que o advento do Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas trouxe o reconhecimento das singularidades sociais e culturais para esses povos, possibilitando-lhes um planejamento estratégico que priorize as doenças endêmicas na região, ampla atuação dos usuários por meio das ações do controle social e oportunidades de serem assistidos

em suas comunidades por equipes multidisciplinares de saúde indígena que respeitam as manifestações de medicina tradicional.

Por certo que a assistência prestada aos povos indígenas encontra desafios epidemiológicos bastante distintos dos enfrentados nas unidades básicas de saúde dos municípios brasileiros. Pensar em equidade no subsistema envolve um planejamento centrado no usuário e nas principais endemias presentes na região a ser assistida, incluindo estratégias diferenciadas para o usuário indígena como tem ocorrido no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

A participação da comunidade na gestão dos serviços de saúde constitui uma inovação trazida pela implantação do SUS. No entanto, no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas há um forte movimento para que o controle social seja realmente efetivo e a participação dos usuários, por meio de seus conselheiros indígenas de saúde, contribua para a construção de políticas de saúde que mantenham as diretrizes do que já se conquistou e garanta um atendimento focado nas demandas sociais por eles levantadas nas reuniões locais do Conselho de Saúde, bem como nas reuniões em âmbito distrital.

Fortalecendo a equidade, no sentido de reconhecimento de identidades e fortalecimento das capacidades, os usuários indígenas têm fóruns de discussão separados dos usuários não indígenas. Suas conferências de saúde, mesmo em nível nacional, ocorrem em paralelo à Conferência Nacional de Saúde. Desta forma, nas Conferências Nacionais de Saúde Indígena a discussão é pautada sobre um quadro epidemiológico e demandas distintas das enfrentadas na Conferência Nacional.

O atendimento prestado pelas equipes multidisciplinares festeja a equidade ao se ofertar ao usuário indígena um profissional capacitado para atuar sobre os agravos mais presentes na região. Torna-se imprescindível que tal profissional seja sensibilizado antropológicamente, considerando as diferenças sociais e culturais das etnias a serem atendidas.

Ademais, os profissionais que compõem as equipes prestam a assistência aos indígenas no seio da comunidade, sendo necessário que ocorram visitas domiciliares periódicas tanto para o atendimento da demanda presente como para a busca ativa de novos casos de doenças epidêmicas e das endemias prevalentes na comunidade.

Importante referir que uma vez na comunidade, os integrantes das equipes são orientados a respeitar as manifestações da medicina tradicional indígena realizadas, em regra, pelo curandeiro. O respeito à intervenção da medicina tradicional é estimulado institucionalmente, sendo usual a promoção de cursos de sensibilização para os profissionais não indígenas da equipe, bem como cursos de capacitação para os profissionais indígenas como as parteiras indígenas e os agentes indígenas de saúde.

Resta claro que todas essas ações contribuíram para que se cumprisse, no âmbito do subsistema, o mandamento principiológico do SUS de acesso universal à saúde. Tal acesso diferenciado no nível mais básico da atenção à saúde considera as peculiaridades indígenas, favorecendo a esses usuários uma qualidade de vida que anteriormente não lhes era possível.

Somente uma teoria da justiça que festeje as capacidades do agente e conceba um processo comparativo que visa a verificar meios de combater ou quiçá eliminar injustiças extremas pode conceber um subsistema tão peculiar para contemplar os anseios dos usuários indígenas. O respeito à diferença, considerando as identidades dos indígenas, é o grande diferencial da atual política de saúde indígena introduzido pela Lei n. 9.836/99. Por meio do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, os usuários conseguem desenvolver suas capacidades no sentido de usufruir de um modelo de atenção construído de forma a preservar suas tradições e assegurar um atendimento primário dentro da sua comunidade, aplicando e fortalecendo a garantia constitucional do direito à saúde. Uma vez que a inexistência dos DSEI dificultaria o acesso universal à saúde para algumas tribos indígenas que têm fatores

geográficos, linguísticos, sociais e culturais como barreiras a serem superadas quando do acesso aos serviços de saúde ofertados pelo SUS.

Além disso, há de se considerar as relações, em regra, conflituosas existentes entre índios e sociedade envolvente, dificultando o gerenciamento, em nível local, das ações de saúde voltadas para os indígenas. É certo que disputas originadas por conflitos entre culturas são temas que desafiam a construção de estruturas que viabilizem a realização da justiça. Devem-se considerar os interesses, geralmente, antagônicos, que envolvem, em regra, demarcações de terras indígenas, polarizando a relação do gestor local com os povos indígenas que habitam a área do município.

Diante de tal fragilidade, correto agiu o legislador infraconstitucional quando estabeleceu o gerenciamento das ações de saúde indígena em âmbito federal, mitigando os possíveis conflitos já instalados e que repercutiriam na esfera da saúde.

Por fim, quando da elaboração do subsistema de atenção à saúde dos povos indígenas, o legislador aplicou os conceitos fundamentais do modelo de comparação das realizações sociais e da teoria da escolha social, cuja gênese remonta ao Iluminismo e tem – nos dias atuais – na teoria de justiça de Amartya Sen o mais destacado representante, festejando, assim, a equidade ao considerar que o SUS promoverá a articulação do Subsistema com os órgãos responsáveis pela política indígena do País. Estando toda a estrutura do SUS apta a servir de retaguarda e referência ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, ocorrendo as necessárias adaptações na estrutura e organização do SUS nas regiões onde residem as populações indígenas, para propiciar essa integração e o atendimento necessário em todos os níveis, sem discriminações.

## REFERÊNCIAS

ARJONA, César; JAMAL, Arif A.; MENKEL-MEADOW, Carrie; RAMRAJ, Victor V.; SATIRO, Francisco. Senses of Sen: reflections on Amartya Sen's ideas of justice. *International Journal of Law*

- in Context, v. 8, n. 1, p. 155-178, mar. 2012.
- ATHIAS, Renato; MACHADO, Marina. A saúde indígena no processo de implantação dos Distritos Sanitários: temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar. *Cad. Saúde Pública*, v. 17, n. 2, p. 425-431, mar-abr, 2001.
- BARBOSA, Maria Aparecida Rodrigues da Silva; TEIXEIRA, Neuma Zamariano Fanaia; PEREIRA, Wilza Rocha. Consulta de enfermagem - um diálogo entre os saberes técnicos e populares em saúde. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 20, n. 2, p. 1-6, jun., 2007.
- BOBBIO, Norberto. *A Era dos Direitos*. Rio de Janeiro: Edit. Elsevier, 2004. 97 p.
- BRASIL. FUNASA – Fundação Nacional de Saúde. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*, 2 ed. Brasília, 2002. 40 p.
- CITTADINO, Gisele. *Pluralismo, direito e justiça distributiva*. 4 ed. Rio de Janeiro: Edit. Lumen, 2009. 246 p.
- COIMBRA Jr., Carlos Everaldo Alvares; SANTOS, Ricardo Ventura. *Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil*. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5, n. 1, p. 125-132, 2000.
- CONSANI, Cristina Foroni. *Justiça como equidade ou justiça focada em realizações? As concepções de justiça de John Rawls e de Amartya Sen*. *Saberes*, v. 1, n. 13, p. 76-96, mar., 2016.
- CRUZ, Katiane Ribeiro da. *A Saúde Indigenista e os Desafios da Participação Indígena*. *Rev Saúde Soc.*, v. 21, supl. 1, p. 185-198, 2012.
- DANIELS, Norman. *Justice, Health and Health Care*. *American Journal of Bioethics*, v. 1, p. 2–39, 2001.
- DAOU, Heloisa Sami; BRITO Filho, José Claudio Monteiro de. *John Rawls e Amartya Sen: paralelo entre a teoria de justiça como equidade e a justiça focada nas realizações*. *Rev. de Teorias da Justiça, da Decisão e da Argumentação Jurídica*, v. 3, n. 2, p. 1 -21, jul./dez., 2017.
- DIEHL, Eliana Elisabeth; LANGDON, Esther Jean; DIAS-SCOPEL, Raquel Paiva. *Contribuição dos agentes indígenas de saúde na atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas brasileiros*. *Cad. Saúde Pública*, v. 28, n. 5, p. 819-831, maio, 2012.
- FERREIRA, Luciane Ouriques. *A emergência da medicina tradicional indígena no campo das políticas públicas*. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.20, n.1, p.203-219, jan./mar. 2013.
- GARNELO, Luiza. *Política de Saúde dos Povos Indígenas no Brasil: Análise Situacional do Período de 1990 a 2004*. Porto Velho, RO: Edit. Centro de Estudos em Saúde do Índio de Rondônia, 2004. 29 p.
- 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. p. 18-59.
- GARNELO, Luiza; SAMPAIO, Sully. *Organizações indígenas e distritalização sanitária: os riscos de fazer ver e fazer crer nas políticas de saúde*. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 21, n. 4, p. 1217-1223, 2005.
- LANGDON, Esther Jean. *A tolerância e a política de saúde do índio no Brasil: São compatíveis os saberes biomédicos e saberes indígenas?* In: GRUPIONI, Luiz Donizete Benzi; VIDAL, Lux Boelitz; FISCHMANN, Roseli. (orgs.). *Povos Indígenas e Tolerância: Construindo Práticas de Respeito e Solidariedade*. São Paulo: EDUSP, 2001, v. 1, p. 157-166.
- \_\_\_\_\_. *Diversidade cultural e os desafios da política brasileira de saúde do índio [editorial]*. *Rev Saúde Soc.*, v. 16, n. 2, p. 7-12, 2007.
- LEVY, Maria Stella Ferreira. *O direito das minorias e as nações indígenas no Brasil*. *Caderno CRH*, v. 22, n. 57, p. 493-505, Set./Dez. 2009.
- LOUZADA, Jaime. *Avaliação do trabalho da enfermagem na área indígena Yanomami dos municípios de Barcelos e Santa Isabel do Rio Negro – Amazonas*. 2007. 75 f. Dissertação (Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias da Amazônia) - Instituto Leônidas e Maria Deane, Fundação Oswaldo Cruz; Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2007.
- MARIO, Camila Gonçalves de. *Saúde como questão de justiça*. 2013. 332 f. Tese (Doutorado em

- Ciências Sociais) – Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2013.
- NOVO, Marina Pereira. Política e intermedicalidade no Alto Xingu: do modelo à prática de atenção à saúde indígena. *Cad. Saúde Pública*, v. 27, n. 7, p. 1362-1370, jul., 2011.
- PIOVESAN, Flavia. Ações afirmativas no Brasil: Desafios e perspectivas. In: NOVELINO Marcelo. *Leituras complementares de Constitucional. Direitos humanos e direitos fundamentais*. Cap. IV. 4 ed. Salvador, BA: Edit. JusPodivm; 2010. 495 p.
- RESTREPO-OCHOA, Diego Alveiro. La salud y la vida buena: aportes del enfoque de las capacidades de Amartya Sen para el razonamiento ético en salud pública. *Cad. Saúde Pública*, v. 29, n. 12, p. 2371-2382, dez, 2013.
- SANTOS, Boaventura de Sousa. Por uma concepção multicultural de direitos humanos. *Rev Crítica de Ciências Sociais*. n.48, p. 11-32, jun 1997.
- SANTOS, Ricardo Ventura; COIMBRA Jr, Carlos E. A. Cenários e tendências da saúde e da epidemiologia dos povos indígenas no Brasil. In: COIMBRA Jr., Carlos E. A, SANTOS, Ricardo Ventura; ESCOBAR, Ana Lúcia, (orgs). *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005. 260 p.
- SCHNEIDER, Bruna Dallepiane; LUCAS, Douglas Cesar. Multiculturalismo: identidades em busca de reconhecimento. *Direito em debate*, ano XVII, n. 31, p. 35-58, jan.-jun. 2009.
- SEN, Amartya. Well-being, agency and freedom: the Dewey Lectures 1984. *The Journey of Philosophy*, v. LXXXII, n. 4, p. 169-221, apr. 1985.
- \_\_\_\_\_. Health in development. In: Fifty-second World Health Assembly. World Health Organization. 1999, Geneva. Agenda 4. v. A52, n. 9, p. 1-8, may. 1999.
- \_\_\_\_\_. Why health equity? *Health Econ*. v. 11, p. 659-666, 2002.
- \_\_\_\_\_. Human Rights and Capabilities. *Journal of Human Development*, v. 6, n. 2, p. 151-166, jul. 2005.
- \_\_\_\_\_. *A ideia de Justiça*. São Paulo: Edit. Companhia das Letras, 2011. 491 p.
- \_\_\_\_\_. *Desigualdade reexaminada*. 3 ed. Rio de Janeiro: Edit. Record, 2012. 301 p.
- SENA, Roseni Rosângela de; SILVA, Kênia Lara. Políticas e práticas de saúde rumo à equidade. *Rev Esc Enferm USP*, v. 41, p. 771-6, 2007.
- SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo; SCHRAMM, Fermin Roland. A saúde entre a iniquidade e a justiça: contribuições da igualdade complexa de Amartya Sen. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 1, p. 129-142, 0005.
- VITA, Álvaro de. *Justiça Distributiva: A Crítica de Sen a Rawls*. Dados, v.42, n.3, 1999.
- WHO – World Health Organization. International Health Conference. Constitution. 22 July 1946. Available at <<http://www.who.int/governance/eb/constitution/en/>>. Accessed in January, 21st, 2021.
- ZAMBAM, Neuro José. *A teoria da justiça de Amartya Sen: liberdade e desenvolvimento sustentável*. 2009. 189 f. Tese (Doutorado em Filosofia) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2009.