

# *CONSTRUÇÃO DA SEGURIDADE SOCIAL INDÍGENA – POLÍTICAS DE SAÚDE, ASSISTÊNCIA SOCIAL E PREVIDÊNCIA*

## *NATIVE BRAZILIANS SOCIAL SECURITY SETTING – WELFARE, SOCIAL SECURITY AND HEALTH POLICIES*

**Daniele Malucelli**

Bacharel em Enfermagem pela Universidade Federal do Paraná – UFPR, coordenadora de Unidade de Saúde em Estratégia Saúde da Família

**Emílio Sarde Neto**

Professor do Centro Universitário Internacional – UNINTER. Licenciado em história, mestre e doutorando em Geografia pela Universidade Federal do Paraná – UFPR. Estudante membro do Laboratório de Pesquisa em Território e Representação – LATECRE/UFPR; estudante membro do Grupo de Estudos e Pesquisas Materialismo Histórico e Dialético na Educação – GEPMHDE/UFRO  
emilio.s@uninter.com

### **RESUMO**

O presente trabalho se propõe a fazer um breve histórico das políticas sociais destinadas aos povos indígenas brasileiros no âmbito da seguridade social - assistência social, previdência e saúde. Busca-se explorar suas atuais organizações, demandas, e alguns embates importantes nestas construções com vistas a embasar os profissionais atuantes nas áreas para os devidos encaminhamentos. Também na organização de estratégias de trabalho transdisciplinares para respostas que necessitem maior nível de complexidade e alcance, bem como auxiliar na problematização e fomentar o diálogo com os Povos Indígenas para sua efetiva participação social. Trata-se de um estudo exploratório de abordagem qualitativa, de orientação teórico-metodológica histórica, utilizando-se de fontes documentais em legislações de políticas sociais e orais da vivência dos autores.

**Palavras-chave:** Seguridade Social; Políticas Sociais, Saúde Indígena, Assistência Social, Previdência Social.

### **ABSTRACT**

The following paper proposes a brief history of social policies that target Native People communities in Brazil regarding Social Security, Social Assistance, Health System and Welfare. The objective is to explore their current structure, their demands and some important discussions that facilitates building such systems to help professionals who work in social areas for a proper referral. In addition, it refers to the development of transdisciplinary work strategies for responses that requires higher complexity levels and a wider range of understanding. It also aims to help in the problematization of questions and advance in dialogues with Native People for a more effective social participation. This is an exploratory study with a qualitative approach, with historical methodology orientation, using documental sources of the social policies in the Brazilian legislation as well as oral sources from such communities.

**Keywords:** Social Security; Social Policies; Natives Health; Social Security; Welfare.

## **INTRODUÇÃO**

A seguridade social foi reconhecida como um direito social e sistema sob responsabilidade do Estado apenas a partir da Constituição Federal de 1988, sendo inclusive a primeira vez que tal termo foi usado e entendido como “conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988). A integração de tais políticas foi proposta devido às pressões dos movimentos populares pelo estabelecimento da constituição cidadã<sup>1</sup>, sendo as Associações Nacionais dos Servidores da LBA (Legião Brasileira de Assistência), o movimento da reforma sanitária – liderados pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), sendo a criação do último marco da mudança do modelo assistencial da previdência (PAIVA, TEIXEIRA, 2014; LONARDONI *et al*, 2006).

A assistência social, assegurando o mínimo existencial para os que dele comprovem necessidade; a saúde, prestada e promovida universal e equitativamente; e a previdência social, amparando o trabalhador contribuinte e sua família; foram declarados direitos fundamentais e estruturados em subsistemas dos quais se cobram efetivação após 29 anos da carta magna.

Na mesma Constituição também é reconhecida a organização social e cultura dos povos indígenas, bem como o direito originário às terras que ocupam, inovando ao respeitar os indígenas como povos com direito a se autodeterminarem, inclusive na escolha de permanecer com suas tradições. Ainda, a convenção da Organização Internacional do Trabalho (OIT) nº169 de 1989, aprovada no Brasil em 2004 com a mesma força de lei da CF/88, e a Declaração das Nações Unidas sobre os direitos dos povos indígenas em 2007, são tratados internacionais de direitos humanos que expandem e demandam práticas no mesmo entendimento da carta. Assim, a esta população deve ser oferecidos os mesmos direitos fundamentais da seguridade social, com observância das diferenças culturais e adaptação para suas organizações e realidades, desafio este ao qual o artigo pretende acompanhar avanços e fragilidades.

---

<sup>1</sup> A Constituição Federal de 1988 ficou conhecida como constituição cidadã por ser fruto de uma mobilização democrática e garantir em seu corpo diversos direitos sociais.

## **ASSISTÊNCIA SOCIAL PARA POVOS INDÍGENAS**

As diretrizes e organização da Assistência Social após sua releitura na constituição cidadã foram estabelecidas na Lei nº 8.742/1993, conhecida como Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS). Esta trás o ordenamento das ações através da proteção social básica, cujo objetivo é prevenir efetivação das situações de risco no próprio território, e proteção social especial, que atua quando já existem violações, organizando-se em média e alta complexidade relacionada à necessidade ou não de institucionalização (BRASIL, 2017 a).

Em geral, pode-se esperar que a Assistência Social busque trabalhar em orientações, ofertas de benefícios, projetos e programas, sendo em seus Centros de Referência (CRAS e CREAS<sup>2</sup>) ou com a participação de instituições e organizações do terceiro setor. Tais ações procuram mitigar e superar situações de risco já estabelecidas, prevenir inserção de vulnerabilidades e articular intersetorialmente para promoção de direitos (BRASIL, 2017 a).

Quanto às modalidades de transferência de renda e outros programas de ação direta, destacam-se o benefício de prestação continuada (BPC), o Programa Bolsa Família (PBF) e as ações de distribuição de alimentos, por pelo próprio caráter de urgência relacionado ao alívio imediato da pobreza que demandam aqueles que as procuram (BRASIL, 2017a).

O BPC concede o valor de um salário mínimo para idosos com mais de 65 anos que não sejam aposentados nem tenham condições de manutenção de seus gastos garantidos por si ou pela família, comprovado por renda familiar por pessoa inferior a um quarto do salário mínimo, e para pessoas com deficiências que comprovem mesmo status financeiro. Tal benefício está no âmbito da Proteção Social Básica e, em regra, não é cumulável com outro e é concedido e administrado via Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), apesar de não ser de caráter previdenciário (BRASIL. 2017a).

O PBF, integrante da estratégia Fome Zero estabelecida na primeira gestão do Presidente Luiz Inácio da Silva (Lula) que integrou e articulou outras plataformas– Bolsa

---

CRAS: Centro de Referência de Assistência Social

CREAS:<sup>2</sup> Centro de Referência Especializado de Assistência Social

Escola, Programa Nacional de Acesso à Alimentação, Bolsa Alimentação, Programa Auxílio-Gás, Programa de Erradicação do Trabalho Infantil e o Cadastro Único do Governo Federal (CADÚnico) - que transferem renda respeitadas as condicionalidades. Além de atender famílias no perfil de extrema pobreza, aquelas com renda por pessoa de até R\$85,00, e de pobreza, renda entre R\$85,00 a R\$170,00 por pessoa, com presença de crianças ou adolescentes, o programa exige algumas condicionalidades referentes à assiduidade escolar, acompanhamento pré-natal e de saúde das crianças e frequência nos programas socioeducativos para crianças em risco (BOHMER, 2007).

Atualmente, o PBF integra a plataforma Brasil Sem Miséria, que inclui plano de expansão de creches e aumento da lista de medicações disponibilizadas pelo SUS. Percebe-se seu enfoque na intersetorialidade, e possivelmente por ser o programa carro chefe dos projetos de combate à pobreza nos governos do Partido dos Trabalhadores (PT), há elevado número de críticas da grande mídia quanto ao custo para o Estado. Cabe assim observar que o BPC tem um custo superior ao PBF com um número menor de beneficiários, como observado em 2008, em que o primeiro repassou R\$13,8 milhões para 2,8 milhões de pessoas, enquanto o segundo repassou R\$10,6 milhões para 11 milhões de famílias (BOHMER, 2007).

As ações de distribuição de alimentos, por sua vez, são de caráter eventual, emergencial e destinada a grupos populacionais específicos, como os povos indígenas, população quilombola e acampados que aguardam acesso à Reforma Agrária. Como condicionalidades, exige cadastro dos beneficiários no CADÚnico, com exceção de grupos indígenas, já que tem cadastros realizados pela FUNAI e nem sempre irão dispor do acesso ao CADÚnico em tempo hábil. Ainda assim, o uso deste serviço é restrito, sendo atendidos 52.380 indígenas com cestas básicas no ano de 2016, cerca de 5,7% de uma população majoritariamente em extrema pobreza – segundo os critérios dos programas sociais (BRASIL, 2016).

Ainda quanto à observação às especificidades dos povos indígenas, foi instituída em 2007 a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais pelo Decreto nº 6.040/2007, com acompanhamento pela Comissão Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais, presidida por sua vez pelo Ministério de Desenvolvimento Social e Combate a Fome (MDS). Trabalha

com integrantes da sociedade civil organizada, membros do judiciário e do executivo federal em Câmaras Técnicas Permanentes de Infraestrutura, Fomento e Produção Sustentável, Inclusão Social e Acesso aos Territórios e aos Recursos Naturais.

Quanto à preparação dos profissionais da área em seus atendimentos e capilaridade da assistência, são dadas algumas diretrizes para uma atuação culturalmente competente, como observado na cartilha do MDS “Trabalho social com famílias indígenas na proteção social básica”. A mesma traz orientações quanto à constituição de uma equipe multidisciplinar, em que conte um profissional Antropólogo ou Indigenista, a observação da autonomia, costumes e o uso do tempo das populações em contato, que setores contatar para encaminhamentos da saúde, ajuda de tradutores ou em caso de violações. Ainda trás algumas reflexões sobre descumprimento das condicionalidades dos benefícios em populações que são obrigadas a manterem-se nômades, por fatores socioculturais ou externos, devendo-se problematizar então critérios possivelmente etnocêntricos nas políticas sociais. Um exemplo é o PBF, que tem grande penetração nas comunidades indígenas e que coloca estas famílias em seu grupo de atendimento prioritário, no entanto solicita as mesmas condicionalidades dos demais (BRASIL, 2017 b; FUNAI, 2017).

No que tange a participação e as requisições dos povos indígenas na Assistência Social, temos a proposta advinda da 1ª Conferência Nacional de Política Indigenista, que ocorreu em 2015, sendo que um dos eixos trabalhados debateu sobre os Direitos Individuais e Coletivos e deixou a seguinte proposta para Assistência Social:

Garantia de que o MDS priorize o desenvolvimento de estudos, em conjunto com os povos indígenas, sobre a oferta de benefícios, serviços, programas e projetos socioassistenciais, inclusive sobre a criação e a implementação de um subsistema específico indígena no âmbito do SUAS, além de qualificar a rede socioassistencial para um atendimento qualificado e humanizado em todos os serviços, priorizando famílias e indivíduos indígenas em situação de vulnerabilidade social, a partir da contratação preferencial de profissionais indígenas e/ou de profissionais com experiência com povos indígenas para os serviços e para a gestão, considerando a participação indígena no planejamento e avaliação da política de assistência social, bem como na capacitação de profissionais que já trabalham nos equipamentos do SUAS, inclusive garantindo atendimento na língua dos povos dos territórios, com as devidas adaptações das ofertas às peculiaridades locais (BRASIL, 2015).

Ainda que possam participar na vigilância social da gestão da Assistência Social como outros cidadãos, já que a participação social é princípio organizativo do SUAS, os meios de garantir esta representação ainda não foram estabelecidos.

## **PREVIDÊNCIA PARA POVOS INDÍGENAS**

A Previdência Social foi a que menor participação popular teve para pressão de seu estabelecimento na CF/88, isto porque não houve mudanças quanto à necessidade de contribuição dos futuros amparados por este sistema. A maior luta foi travada ao se mudar do modelo de seguro social para o da seguridade, retirando a Saúde como direito restrito aos trabalhadores formais e reafirmando a Assistência Social como estratégia, e não filantropia pontual. Ainda, é o único do tripé da Seguridade Social que já da constituição vem com critérios para observação e preservação do equilíbrio financeiro. Tem como objetivo o amparo dos contribuintes nos casos de:

- a) cobertura dos eventos de doença, invalidez, morte e idade avançada; b) proteção à maternidade, especialmente à gestante;
- c) proteção ao trabalhador em situação de desemprego involuntário;
- d) salário-família e auxílio-reclusão para os dependentes dos segurados de baixa renda;
- e) pensão por morte do segurado, homem ou mulher, ao cônjuge ou companheiro e dependentes (BRASIL, 1988).

Os contribuintes compulsórios são todos os trabalhadores que exerçam atividade remunerada lícita e que tenham mais de 16 anos, sendo sua vinculação ao regime geral da previdência social (RGPS) obrigatória. Na CF/88 já estão previstos, porém, casos de exceção quanto a contribuição direta, sendo aplicados aos grupos que vivem em economia familiar e de subsistência, como pescadores, extrativistas e arrendatários rurais sem empregados. Entende-se que estes contribuem quando da possível comercialização de seus produtos. A Lei nº 8.213/91 que regulamenta o RGPS trás o conceito de segurado especial, com definição semelhante a já trazida na carta magna (BRASIL, 1988; BRASIL 2012).

Pode-se observar que os indígenas vivem em sistema de produção voltado para subsistência de sua comunidade, em regime de economia familiar e sem empregados,

cumprindo os pré-requisitos para serem segurados. Para esclarecer quais as profissões e grupos aos quais se aplicavam a condição de segurado especial, foi promulgada a Instrução Normativa (IN) nº45 do INSS em 2010, alterada pela IN nº 61 de 2012, que coloca expressamente o indígena como grupo contemplado na categoria citado. Ainda complementa assegurando o benefício aos artesãos que utilizam materiais provenientes de extrativismo, deixando claro que independe do local onde o indígena exerce sua atividade e se o mesmo está aldeado, integrado ou não (BRASIL, 2012).

Os benefícios que lhes competem são o salário maternidade; aposentadoria por idade (aos 65 para homens e aos 60 para mulheres); pensão por morte; auxílio doença; auxílio acidente e auxílio reclusão; ou seja, os mesmos que aos segurados facultativos e compulsórios com exceção do auxílio desemprego (FUNAI, 2017).

A origem étnica é comprovada por cadastro do indígena no sistema da FUNAI e em declarações anuais da mesma, mediante sistema informatizado da Previdência Social. Nos casos que demandem mais informações, ou na constatação de irregularidades ou divergência nas documentações, pode-se oficiar a FUNAI para emissão de comprovantes. Caso ainda assim ainda restem dúvidas, como última opção de esclarecimentos o indígena é convocado para entrevista. Cabe destacar que os indígenas são os únicos dispensados da entrevista entre os segurados especiais, decisão sensata, uma vez que a FUNAI mantém atualização de suas atividades e que a distância e acesso aos postos de entrevista seria uma barreira (BRASIL, 2012).

Apesar de serem reconhecidos em categoria especial e ter facilitado seu acesso ao sistema do INSS, percebe-se que as categorias de benefício referentes ao salário maternidade, auxílio por acidente e a pensão por morte são pouco requeridos em razão do desconhecimento desse direito e de falta de informações referentes à como solicitá-lo.

Ainda sobre as dificuldades que os próprios indígenas elaboraram, houve apresentação de proposta em caráter de urgência no âmbito da Previdência Social na 1ª Conferência Nacional de Política Indigenista, solicitando a garantia de acesso aos benefícios do INSS como segurados especiais, por meio de capacitação dos servidores do instituto para atendimentos especializados aos povos, bem como assegurar que sejam disponibilizados profissionais da FUNAI para acompanhamento dos indígenas até a Defensoria Pública e audiências posteriores nos casos de indeferimento do pedido.

Novamente, a garantia objetiva dos direitos é apresentada como sendo a maior dificuldade dos povos (BRASIL, 2015).

## **SAÚDE INDÍGENA**

A área da Saúde conquistou avanço significativo quanto a mudança de modelo proposto na CF/88 e em suas Leis Orgânicas 8.080/1990 e 8.142/1990, que continuam, com influência do movimento da reforma sanitária, pressionando para que se viabilize a prática do acesso universal à saúde e não haja retrocessos para o modelo de cobertura e seguro social, como apontam recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) vinculada à Organização das Nações Unidas (ONU).

No que tange a atenção à Saúde Indígena, podemos observar um histórico cuja problemática se diferencia desde a invasão da América até os primeiros contatos atuais, em que epidemias por doenças contagiosas foram responsáveis por mortalidades catastróficas. Assim, em 1910 foi criado o Serviço de Proteção ao Índio (SPI), cujos atendimentos eram restritos à epidemias e abordagens para diminuir os impactos da “pacificação” com vacinas, conforme o modelo higienista de Saúde Pública da época. Uma comissão formada por indigenistas, antropólogos e profissionais do Serviço Sanitário de Unidades Aéreas constitui a FUNAI em 1967, estabelecendo as Equipes Volantes de Saúde, com pouca ampliação dos serviços de saúde ofertados aos povos e ainda marcado por ações verticais esporádicas. Apenas quando da proposta de criação do Sistema Único de Saúde (SUS), na VIII Conferência Nacional de Saúde e 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (1986), é demandada a criação de um novo modelo de atenção à Saúde Indígena pelo Decreto nº23/1991, em Distritos Sanitários de Natureza Especial que se adaptem às especificidades de cada comunidade. A coordenação das ações e distritos ficou a cargo do Departamento de Operações da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), responsabilidade que permaneceu na gestão da Saúde Indígena até 2010 (BENEVIDES, PORTILLO, NASCIMENTO, 2014).

Marco importante para concretização do modelo proposto foi a criação do Subsistema de Saúde Indígena, proposta pela Lei 9.836 de 1999, que permaneceu em



trâmite desde 1995 e foi aprovada sob a pressão do movimento indígena. Após sua aprovação, permaneceram dificuldades relacionadas a denúncias por corrupção e atendimento deficiente pela Funasa, gerando a demanda pela criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), sancionada em 2010. A SESAI atua por meio de 34 distritos especiais indígenas (DSEI), divididos de acordo com as características epidemiológicas, geográficas, relações entre os diferentes povos indígenas e vias de acesso para outros pontos de atenção do SUS, não coincidindo com os limites das unidades federativas e estando sob administração federal (BENEVIDES, PORTILLO, NASCIMENTO, 2014).

As ações de saúde dos DSEI são pautadas pela Política de Saúde Indígena (2002), que reafirma os princípios doutrinários e organizativos do SUS, aplicados à realidade indígena, e adiciona outras diretrizes: “organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas na forma de Distritos Sanitários Especiais e Pólos-Base [...]; preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural; articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde;” (BRASIL, 2002 p.).

Os indígenas têm acesso à Atenção Básica em seu território por meio de Unidades de Saúde que contam com Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (Enfermeiro, Auxiliar de Enfermagem, Agente Indígena de Saúde, Agente Indígena de Saneamento, Médico, Odontólogo e Auxiliar de Higiene Dental) conforme densidade populacional e região.

Os Agentes Indígenas devem obrigatoriamente pertencer à etnia atendida e residir no território onde se presta a assistência. Cabe ainda destacar que o número de profissionais previstos pela legislação coincide com a verba prevista para recursos humanos em cada DSEI, frequentemente respeitando os limites máximos de população atendida para cada profissional. O plano de orçamento anual deve ser aprovado pelo Conselho Distrital de Saúde Indígena, composto em 50% de usuários indígenas, 25% de trabalhadores e 25% de gestores, e presidido obrigatoriamente por indígena da categoria usuário. O controle social é exercido por este conselho, cabendo veto de propostas e encaminhamentos não atendidos para esfera federal.

Questões de Atenção Básica não resolvidas no território, como exames laboratoriais, são encaminhadas para o Pólo-Base, localizado no município de referência.

Sendo necessário encaminhamento para média e alta complexidade, o indígena é colocado na central de leitos do SUS, devendo ter seu atendimento priorizado e aguardar a vaga na Casa de Apoio à Saúde Indígena (CASAI) – semelhante a uma casa de passagem, onde os cuidados de saúde são mantidos por profissionais da área que mantém contato com os serviços de referência em caso de mudança de quadro. Na alta da média e alta complexidade, o indígena é referenciado novamente para o Polo-Base.



Fonte: OPAS-Brasil, 2017.

Apesar de política e estratégias meticulosas, os indígenas sofrem com a falta de profissionais em sua região de residência, uma vez que poucas comunidades indígenas atingem o número de habitantes para contarem com EMSI completas e fixas no território, recebendo assistência em modelo semelhante às antigas ESV. Além disso, os profissionais são contratados em caráter temporário, prejudicando o preparo para o contexto intercultural proposto. O encaminhamento para o Pólo-Base e unidades de referência é outra barreira de acesso, uma vez que não é previsto repasse de custeio desse transporte, e os veículos próprios para esse fim não contam com a manutenção e reposição necessária. Outra requisição feita pelos usuários indígenas é de incluir nas

equipes do Pólo-Base profissionais Psicólogo, Fisioterapeuta, Farmacêutico, Médico Ginecologista e Antropólogo (BRASIL, 2015).

Ainda cabe observar que os indígenas que solicitam os benefícios previdenciários, as ações de saúde e, principalmente, as da assistência social comumente estarão em uma condição em que reconhecem ocuparem uma situação de sub-cidadania, com seus meios de sobrevivência, inclusive cultural, destituídos. O status de cidadão diferenciado atribuído pela carta magna e a informação e discussão dos direitos que lhes competem deve fazer parte do processo de trabalho dos profissionais que assistem na efetivação das políticas de seguridade e direitos fundamentais, em geral.

## **CONCLUSÃO**

As políticas sociais voltadas aos Povos Indígenas avançaram mediante mobilização dos seus movimentos dentro de uma conjuntura em que outros segmentos da sociedade lutavam pelo estabelecimento do Estado de Bem-Estar Social na abertura democrática após a Ditadura Militar de 64. Logo depois da promulgação da Constituição Cidadã, os segmentos da sociedade envolvidos nas propostas do novo modelo estavam ajustando suas políticas em formas de organização e financiamento visando a concretização das mudanças. Já no início dos anos 90 se deparam com a reação do movimento neoliberal e a implantação da Reforma Administrativa do Estado Brasileiro (1995), que seguiu pelos governos do então presidente Fernando Henrique Cardoso.

Percebe-se que as propostas de políticas sociais realizadas neste ínterim passaram por modificações de base para serem homologadas ou somente foram aprovadas após longo processo de pressão, como a Lei Arouca. Ainda que com relevante retomada das questões sociais e organização e ampliação concreta dos direitos sociais nos governos do Partido dos Trabalhadores, a ofensiva neoliberal retomou com retrocessos velozes desde o Golpe Parlamentar de 2016. Combinou-se a estratégia de não financiamento das políticas sociais, inviabilizando sua execução - como no congelamento pelos próximos 20 anos dos já insuficientes repasses da educação e saúde, ou no corte de 98% do orçamento das políticas de Assistência Social, com a mudança legal de conquistas sociais, como na

Reforma Trabalhista (lei nº 13.467/ 2017), a Reforma da Previdência em trâmite, o marco temporal estabelecido para a demarcação das Terras Indígenas, a mudança na Política Nacional da Atenção Básica (dispensando a necessidade dos Agentes de Saúde entre outras “flexibilizações”) – dispensando os próximos governos do cumprimento, independente de situação econômica (CRESS-PR, 2017).

A discussão sobre os direitos sociais e os modelos para sua efetivação é retomada, com fortes indícios de estabelecimento de modelos de cobertura e seguro social, com maior participação da iniciativa privada, com consequentes ações focais e individuais, aumento generalizado das vulnerabilidades e aprofundamento do abismo social. Cabe ampla discussão entre todos os segmentos da sociedade, profissionais e usuários, para conscientização e problematização dos recentes eventos com vistas a elaboração de uma estratégia coletiva.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS. **Matriz de Informação Social. Segurança Alimentar. Cestas de Alimentos Disponibilizadas para Públicos Específicos.** Brasília, 2016.

\_\_\_\_ **Constituição Federal.** Congresso Nacional. Brasília, 1988.

\_\_\_\_ Fundação Nacional do Índio – FUNAI. **Direitos Sociais.** Brasília, 2017.

\_\_\_\_ Fundação Nacional do Índio – FUNAI. **Resultados da I Conferência Nacional de Política Indigenista.** Brasília, 2015.

\_\_\_\_ Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS. **Instrução Normativa nº 61.** Brasília, 2012.

\_\_\_\_ Portal Brasil. **Lançada cartilha para registro civil de indígenas.** Cerca de 600 mil crianças não têm certidão de nascimento e os indígenas respondem por mais da metade dessa estatística. Brasília, 2014.

\_\_\_\_ Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS. **Guia de políticas e programas.** Brasília, 2017a.

\_\_\_\_ Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS. **Trabalho social com famílias indígenas na proteção social básica.** Brasília: Secretaria Nacional de Assistência Social, 2017b.

\_\_\_\_ Fundação Nacional de Saúde – FUNASA. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. - 2ª edição - Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002. 40 p.

BENEVIDES, L., PORTILLO, J.A.C., NASCIMENTO, W.F. A atenção à saúde dos povos indígenas do Brasil: das missões ao subsistema. **Tempus - actas de saúde coletiva**, Brasília, v.8, n.1, mar, 2014

BOHMER, G.G. **Ações de Combate à Desnutrição**: A Implantação de Programas de Transferência de Renda e Seus Efeitos Sobre a Saúde Infantil. Universidade de São Paulo. Escola de Artes, Ciências e Humanidades. São Paulo, 2007.

PAIVA, C.H.A., TEIXEIRA, L.A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35.

LONARDONI, E., GIMENES, J.N., SANTOS, M.L., NOZABIELLI, S.N. O processo de afirmação da assistência social como política social. **Serviço Social em Revista** Volume 8 - Número 2 Jan/Jun 2006.

### **Sites Pesquisados**

Universidade de São Paulo. Escola de Artes, Ciências e Humanidades. <[http://www.each.usp.br/flamori/images/IC\\_Guilherme\\_2006-2007.pdf](http://www.each.usp.br/flamori/images/IC_Guilherme_2006-2007.pdf)> (Consulta em 24/09/17)

Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS <[http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi-data/misocial/tabelas/mi\\_social.php](http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi-data/misocial/tabelas/mi_social.php)> (Consulta: 24/09/2017)

Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS <[http://www.mds.gov.br/webarquivos/pecas\\_publicitarias/banner/\\_guiadepoliticassocial\\_MDSA\\_online.pdf](http://www.mds.gov.br/webarquivos/pecas_publicitarias/banner/_guiadepoliticassocial_MDSA_online.pdf)> (Consulta: 24/09/2017)

Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS. <<http://www.normaslegais.com.br/legislacao/instrucao-normativa-inss-61-2012.htm>> (Consulta: 30/09/17)

Fundação Nacional do Índio – FUNAI <<http://www.funai.gov.br/index.php/nossas-coisas/direitos-sociais>> (Consulta: 24/09/17)

Fundação Nacional do Índio – FUNAI <<http://www.funai.gov.br/index.php/comunicacao/noticias/3606-funai-divulga-resultados-da-i-conferencia-nacional-de-politica-indigenista>> (Consulta: 24/09/17)

*Construção da Segurança Social Indígena - Políticas de Saúde, Assistência Social e Previdência*

BIEN, Congress 2010. Anais do evento. <  
<http://www.sinteseeventos.com.br/bien/pt/papers/luisaazevedoTransferenciasderendanoBrasil.pdf>> (Consulta: 30/09/17)

Conselho Regional de Serviço Social da 11ª região - A inviabilização e o desmonte do SUAS em tempos de aumento da demanda por assistência social <  
<http://www.cresspr.org.br/site/a-inviabilizacao-e-o-desmonte-do-suas-em-tempos-de-aumento-da-demanda-por-assistencia-social/>> (Consulta 30/09/17)

Organização Pan-americana de Saúde - OPAS <  
[http://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=605:saude-indigena-apresentacao&Itemid=685](http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=605:saude-indigena-apresentacao&Itemid=685)> (Consulta em 30/09/17).