



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS – UEA  
ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS SOCIAIS – ESO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SEGURANÇA PÚBLICA, CIDADANIA E  
DIREITOS HUMANOS - PPGSP**

**ESTEFANNY MARIA DE SOUZA SCHUCK**

**O DIREITO A SAÚDE INDÍGENA E A COVID-19: UMA PERSPECTIVA  
DOS IMPACTOS DA PANDEMIA EM MANAUS**

**MANAUS  
2023**

ESTEFANNY MARIA DE SOUZA SCHUCK

**O DIREITO A SAÚDE INDÍGENA E A COVID-19: UMA PERSPECTIVA  
DOS IMPACTOS DA PANDEMIA EM MANAUS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Segurança Pública, Cidadania e Direitos Humanos da Universidade do Estado do Amazonas, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Linha de pesquisa: Sociedade, Estado, Cultura e Segurança Pública.

**Orientadora:** Profa. Dra. Izaura Rodrigues Nascimento

**MANAUS  
2023**

ESTEFANNY MARIA DE SOUZA SCHUCK

**O DIREITO A SAÚDE INDÍGENA E A COVID-19: UMA PERSPECTIVA  
DOS IMPACTOS DA PANDEMIA EM MANAUS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Segurança Pública, Cidadania e Direitos Humanos da Universidade do Estado do Amazonas, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Linha de pesquisa: Sociedade, Estado, Cultura e Segurança Pública.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.

---

Profa.

---

Profa.

---

Prof.

## LISTA DE ABREVIATURAS

<b>APIB</b>	Articulação dos Povos Indígenas do Brasil
<b>CF</b>	Constituição Federal
<b>DASI</b>	Departamento de Atenção a Saúde Indígena
<b>DSEI</b>	Distrito Sanitário Especial Indígena
<b>FUNAI</b>	Fundação Nacional do Índio
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>MAIC</b>	Ministério da Agricultura, Indústria e Comércio
<b>OIT</b>	Organização Internacional do Trabalho
<b>SESAI</b>	Secretaria de Saúde Indígena
<b>SIASI</b>	Sistema de Informação à Saúde Indígena
<b>SIS</b>	Sistemas de Informações em Saúde
<b>SPI</b>	Serviço de Proteção ao Índio
<b>SPILTN</b>	Serviço de Proteção ao Índio e Localização de Trabalhadores Nacionais
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>6</b>
<b>CAPÍTULO 1 – CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....</b>	<b>9</b>
<b>CAPÍTULO 2 – DIREITOS INDÍGENAS E COMPETÊNCIAS DA SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL.....</b>	<b>15</b>
<b>2.1 Direitos Indígenas no Brasil.....</b>	<b>15</b>
<b>2.2 A Saúde Indígena no Brasil e as competências do Governo na Saúde Indígena.....</b>	<b>25</b>
<b>CAPÍTULO 3 – ANÁLISE DAS AÇÕES DE SAÚDE DIRECIONADAS AOS POVOS INDÍGENAS EM MANAUS .....</b>	<b>38</b>
<b>3.1 Condições de vida e saúde dos povos indígenas em Manaus.....</b>	<b>38</b>
<b>3.2 Os impactos da pandemia entre os povos indígenas que vivem na cidade.....</b>	<b>45</b>
<b>3.3 Aspectos gerais da resposta da SESAI frente à pandemia da Covid-19.....</b>	<b>60</b>
<b>3.4 ADPF-709: indígenas conquistam direito à saúde para enfrentar a pandemia.....</b>	<b>69</b>
<b>CAPÍTULO 4 – BANCO DE DADOS SOBRE OS INDÍGENAS.....</b>	<b>77</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>83</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>86</b>

## INTRODUÇÃO

No Brasil, segundo o censo populacional de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), vivem mais de 890 mil índios, distribuídos em todos os estados e correspondendo a 0,4% da população brasileira. Esse grupo, distribuído em 505 terras indígenas, ocupa 12,5% do território nacional (MENDES *et al.*, 2018). Destes, 36,2% (315 mil) vivem em cidades, não apenas capitais, mas também pequenas e médias cidades, e 63,8% nas terras indígenas. Em 2010, segundo o censo do Sistema de Informação à Saúde Indígena (SIASI), a distribuição da população indígena pelas regiões brasileiras foi: 46,2% da população indígena na região Norte, 25,4% no Nordeste, 17,7% no Centro Oeste e 10,7% nas regiões Sul-Sudeste.

Anteriormente à reformulação da Constituição Brasileira, em 1988, do ponto de vista legal os povos indígenas, destacando-se os problemas em relação a assistência à saúde, foram sendo construídas experiências de implantação de distritos sanitários em territórios indígenas. A Reforma Sanitária para os indígenas, portanto, somente se materializou em termos legais em 1999, com a promulgação da Lei nº 9.836, que acrescenta dispositivos à Lei nº 8.080/90 e institui o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (PONTES *et al.*, 2020). As conferências nacionais de saúde indígena tem desempenhado um papel fundamental no direcionamento da política dessa área.

A realização da 1ª Conferência de Saúde Indígena, em 1986, destacou a necessidade de se garantir estratégias diferenciadas de atenção à saúde dessas minorias e a importância de vinculá-las ao Sistema Único de saúde (SUS). Nas 2ª e 3ª Conferências Nacionais de Saúde Indígena, realizadas em 1993 e 2001, discutiram-se o modelo assistencial em saúde indígena, sua operacionalização por meio de distritos sanitários e o papel dos agentes indígenas de saúde, cujo perfil de atuação também foi delineado.

No intervalo entre a 3ª e a 4ª Conferências, foi instituída e regulamentada a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), pela portaria n. 254/2002, integrada a Política Nacional de Saúde. Em 2006, a 4ª conferência teve como foco a avaliação do desenvolvimento operacional do Subsistema de Saúde Indígena e a situação de saúde da população atendida pelos Distritos Sanitários

Especiais Indígenas (DSEIs) (GARNELO, 2014). Além dessas ocorreu a 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena em 2013.

Recentemente, em 2020, aconteceu a 6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena e foi um evento organizado pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) e pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), e teve por objetivo a atualização da Política Nacional de Saúde Indígena (PNASPI), para redefinir as diretrizes e efetivar as particularidades étnicas e culturais no modelo de atenção à saúde dos povos indígenas.

Embora a presença indígena nas cidades brasileiras seja um fenômeno antigo, em que o próprio surgimento das cidades esteja diretamente relacionado à presença indígena desde tempos coloniais, o que se verifica nos estudos sobre populações indígenas no transcorrer das décadas do século XX é o que Nunes (2010, p. 9) define como um “silêncio antropológico”.

Mesmo com o acúmulo de informações fornecidas pelos censos demográficos nessas últimas décadas ou mesmo um despertar dos antropólogos sobre essa questão, a situação dos povos indígenas em áreas urbanas é ainda pouco conhecida e divulgada no meio científico brasileiro ou latino-americano. Os primeiros estudos antropológicos sobre a presença indígena nos centros urbanos no Brasil aparecem logo no final da década de 60 do século XX, com a publicação do livro “Urbanização e Tribalismo: a integração dos índios Terena numa sociedade de classes”, de autoria do antropólogo Roberto Cardoso de Oliveira (RIBEIRO & DE MIRANDA, 2021).

A saúde das populações indígenas é resultante da interação de alguns elementos fundamentais: o acesso e a demarcação de terras; grau de contato com a sociedade nacional; liberdade para viver a sua singularidade (padrões alimentares, de educação, de moradia e de trabalho); acesso à vacinação e serviços de saúde (PONTES *et al.*, 2020).

Com o advento da nova pandemia e as medidas de saúde necessárias para prevenir a COVID-19 por meio do distanciamento social houve uma prevalência de vários impactos na sociedade, havendo, também, proliferação nas comunidades indígenas, cujo, principal meio de contaminação adveio da existência de garimpos ilegais, e destacamos que há mais de 30 anos tais práticas ilegais têm contribuído para o sofrimento e disseminação de diversas doenças (SAMPAIO & NASCIMENTO, 2022).

O aumento significativo de óbitos e da confirmação de casos de COVID-19 em terras indígenas, se deu por conta da falta de ações do Governo Federal, através do Ministério da Saúde, para conseguir atender a população indígena durante a pandemia. Porém, também vale destacar que de acordo com Souza (2017), geralmente, as políticas públicas que são direcionadas aos indígenas acabam não se estendendo aos índios que vivem longe ou fora das áreas indígenas ou de terras (reservas indígenas oficiais), fazendo com que tenha acesso restrito aos serviços de saúde na cidade.

De acordo com dados disponibilizados pela APIB o número de indígenas mortos pela COVID-19 até 07 de fevereiro de 2022 era de 1.269 em um total de 65.577 casos confirmados, afetando 162 povos. O resultado disso é uma taxa de mortalidade muito superior que a população não indígena, por exemplo, no caso de crianças indígenas no período configurado como “1ª onda” identificou-se um risco até sete vezes maior de mortalidade por COVID-19 do que em crianças não indígenas (ENSP, 2021).

Destaca-se que a Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB) (2022) é uma instância de aglutinação e referência nacional do movimento indígena no Brasil e tem como propósito fortalecer a união dos povos indígenas, além da alusão acerca das ações desenvolvidas pelas organizações de sua base. A formulação de políticas públicas para os povos indígenas requer que se determine qual tipo de reconhecimento é desejado em vez da simples diferenciação entre estas políticas e as de redistribuição (SARTORI & LEIVAS, 2017).

A dissertação tem como foco analisar as ações de saúde direcionadas aos índios que residem em Manaus, implementadas durante a pandemia de COVID-19, tendo em vista problemas estruturais relacionados nas políticas públicas identitárias. O trabalho está estruturado em 4 capítulos: o Capítulo 1 compõe a Caracterização da pesquisa; o Capítulo 2 aborda as Políticas para os Povos Indígenas; o Capítulo 3 abrange a análise das ações de Saúde direcionadas aos Povos Indígenas em Manaus; e o Capítulo 4 contém banco de dados dos indígenas que residem em Manaus.



## CAPÍTULO 1 – CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

No cenário de Pandemia o Governo Brasileiro optou em direção contrária às práticas elegidas como adequadas pelos órgãos de saúde mundial, profissionais da saúde e cientistas, por não reconhecer a gravidade da situação que se instalava no país, propagando um discurso falacioso e incitando o uso remédios ineficazes. Além disso, o papel negligente assumido pelas autoridades do governo culminou no colapso das estruturas de saúde, afetando principalmente parcelas da população que antes da pandemia já sofriam com situação de hipossuficiência, senão a ausência total de infraestrutura sanitária e médica, como as populações indígenas.

O advento da pandemia evidencia as diversas vulnerabilidades que esses povos vivenciam e que clamam por respostas, já que o surto foi marcado pelas graves deficiências do sistema de saúde indígena e por falhas e omissões de órgãos estatais. Em 5 de maio de 2023, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou o fim da Emergência de Saúde Pública da pandemia da Covid-19 em todo o planeta. O anúncio ocorreu mais de três anos depois que a pandemia foi decretada pela entidade, em 2020, quando o quadro era de explosão do número de casos e mortes pelo vírus.

A Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) nº 709, é um marco para perscrutar se o controle judicial de constitucionalidade concentrado permanece como instrumento hábil para que o Supremo Tribunal Federal atue, no cenário corrente, em prol da proteção de grupos vulneráveis, notadamente os povos indígenas (NAKAMURA, 2022).

Perante o que foi exposto a questão de pesquisa é justamente no intuito de responder o seguinte: houve o respeito aos preceitos constitucionais quanto aos direitos dos povos indígenas no Amazonas e, particularmente em Manaus, sobretudo quanto à saúde dessas populações durante a pandemia da Covid-19?

Estudar a presença de indígenas nas metrópoles brasileiras traz inúmeros desafios, dentre eles destacamos o reconhecimento dos povos indígenas nas cidades. O reconhecimento jurídico-formal dos povos e comunidades tradicionais, reivindicado por diferentes movimentos sociais e afirmado no texto constitucional de 1988, conheceu um incremento neste início do século XXI. As ações de mobilização

perpetradas pelos movimentos foram fortalecidas por medidas implementadoras dos dispositivos constitucionais (SHIRAISHI-NETO, 2007).

O conjunto de condições precárias tem prejudicado o alcance de bons níveis de resolução dos problemas de saúde nas próprias aldeias. Mesmo limitados, os dados disponíveis demonstram que a qualidade no atendimento prestado nos Distritos de Saúde Indígena é insatisfatória, e que agravos à saúde que poderiam ser resolvidos nas aldeias e polos-base continuam sendo encaminhados para as cidades (GARNELO, 2014).

A saúde precária foi o principal aspecto desafiador, quando se trata dos obstáculos durante o pico da pandemia, principalmente no que se refere a: falta de profissionais de saúde, remédios, equipamentos de teste rápido e casa para recuperação. A falta de palestras ou divulgação de conscientização da gravidade da pandemia também foi um fator, visto que, muitas aldeias ficam distantes das unidades básicas de saúde e só se chega a elas através do transporte fluvial.

No caso do povo *Tuyuka-Utapinõponã*, da comunidade São Pedro do Alto Rio Tiquié, situada na região do alto rio Negro, no Amazonas, por exemplo, entre os fatores desafiadores se encontra a dificuldade de acesso pelo rio, devido às cachoeiras perigosas, além da ausência de políticas públicas efetivas, sobre a distribuição de alimentos nos tempos da Pandemia, uma vez que os indígenas sobrevivem de caça, pesca e agricultura familiar (SARMENTO, 2020).

Amado & Ribeiro (2020) trouxeram à tona alguns assuntos que afetam os setores subalternizados no país, em especial referentes aos segmentos populacionais marginalizados e invisibilizados desde sempre, notadamente indígenas, quilombolas e favelados, retirando ainda mais dos poucos recursos de direitos a eles afetados, e destacaram um desses segmentos populacionais, a população indígena e o tratamento recebido diante da pandemia.

A heterogeneidade aponta para diferenciações sociais, econômicas e religiosas entre esses povos, embora eles estejam em alguma medida unidos por critérios político organizativo e por modalidades diferenciadas de uso comum dos recursos naturais (SHIRAISHI-NETO, 2007).

Nesta conjuntura o avanço das infecções de coronavírus na população indígena veio acompanhado de uma série de desafios. Entre eles a vulnerabilidade devido à elevada prevalência de diferentes doenças e agravos à saúde (desnutrição e anemia em crianças, doenças infecciosas como malária, tuberculose, hepatite B,

hipertensão, diabetes, obesidade e doenças renais) e as dificuldades de acesso ao sistema de saúde, particularmente da atenção especializada.

Ademais, os indígenas sofrem com o aumento das queimadas e do desmatamento, com baixo saneamento e, em muitas situações, enfrentam uma enorme fragilidade econômica, o que dificulta a manutenção do isolamento social, que é uma medida fundamental no enfrentamento da pandemia (FIOCRUZ, 2020). Sendo assim, é de fundamental importância adensar pesquisas sobre as condições de saúde dos povos indígenas com a finalidade de subsidiar a proposição e a execução de políticas públicas, servindo de retaguarda e referência para organização social dos povos indígenas.

A dissertação tem como objetivo geral analisar as ações de saúde direcionadas aos índios que residem em Manaus, no período da pandemia da Covid-19, e como objetivos específicos: 1. Analisar as Políticas Nacionais direcionadas aos Povos Indígenas, particularmente as políticas de atenção à saúde; 2. Entender os impactos da Covid-19 sobre as populações indígenas, especialmente as que moram nas cidades; 3. Refletir sobre ações implementadas pelo governo no âmbito da saúde em prol dos indígenas durante a pandemia de COVID-19 em Manaus; 4. Selecionar informações para Banco de dados sobre os Indígenas.

Esse trabalho é uma forma de contribuir para o acesso a direitos e cidadania para todos, e de forma específica a determinados segmentos da sociedade brasileira, como é o caso dos povos indígenas. Impulsionada pelo Programa de Pós-Graduação em Segurança Pública, Cidadania e Direitos Humanos da Universidade do Estado do Amazonas, a análise permite a compreensão da dinâmica presente nas relações sociais, bem como a análise direta sobre o sujeito, agrupamento de pessoas ou instituições (FLICK, 2009).

O interesse em pesquisar as políticas públicas relacionadas a grupos indígenas que vivem na cidade de Manaus surgiu devido a reflexões acerca da necessidade e da situação destes em face da exclusão por eles vivida, das negligências e da falta de reconhecimento étnico e social, visto que para o Governo os indígenas que saíram de suas aldeias se tornam invisibilizados.

As violações no âmbito da pandemia de Covid-19 e a violação de direitos humanos dos povos indígenas, em especial as decorrentes da sua espoliação territorial, têm acarretado danos irreversíveis e inviabilizado a continuidade dos modos de vida nativos e das suas práticas culturais. Nesse panorama descrevemos

as estratégias e ações de saúde direcionadas aos índios que moram na cidade de Manaus, implementadas a nível estadual e municipal durante a pandemia de COVID-19. A importância de estudos sobre as políticas públicas de saúde para as populações indígenas que residem em cidades brasileiras, foco desta pesquisa, relaciona-se ao fenômeno da crescente presença dessa população nos centros urbanos, em especial na cidade que residimos, já que essa presença nas cidades brasileiras representa um alto índice migratório.

Quanto à relevância acadêmica do estudo, realizou-se pesquisa exploratória sobre o tema. Do ponto de vista acadêmico ao realizar a pesquisa na biblioteca digital de teses e dissertações da Universidade Federal do Amazonas (UFAM) referentes ao tema, foi localizada a seguinte dissertação: “Índios citadinos: a constituição de uma comunidade multiétnica no bairro do Tarumã, Manaus, Amazonas” (SOUZA, 2017). No repositório institucional da Universidade do Estado do Amazonas (UEA), ao ser realizada também a pesquisa de teses e dissertações, nada foi encontrado. Os descritores usados para ambas às pesquisas foram: [Índios], [Pandemia], [COVID-19], [Saúde Indígena] e [Manaus] os quais foram utilizados isoladamente ou em associação para refinar a busca, filtrando no período específico de 2020 a 2022.

Quanto a artigos foram identificados os seguintes: A pandemia da Covid-19 na vida dos povos indígenas: uma reflexão autoetnográfica a partir dos Ritos Sagrados do povo *Tuyuka-Utapinôponã* (SARMENTO, 2020); Pandemia da Covid-19 na vida dos povos indígenas (DO POVO-TERENA, 2020); e ainda, Panorama e desafios dos povos indígenas no contexto de pandemia do Covid-19 no Brasil (AMADO & RIBEIRO, 2020). Foram encontrados por meio de busca na plataforma de bases de dados do Google Acadêmico.

Desse modo observa-se que, no momento do levantamento exploratório (2020-2022), é reduzida a produção científica relacionando os impactos do COVID-19 na população dos Índios que moram nas cidades, o que se devia parcialmente à manifestação recente da Pandemia. Este estudo, portanto, pretende contribuir para o adensamento de estudos sobre o tema. Nele se busca analisar as ações de saúde direcionadas aos índios que moram na cidade de Manaus durante a pandemia de COVID-19 e a execução de Políticas Públicas de Saúde implementadas a fim de entender os impactos causados por essa Pandemia, e com

isso verificar os mecanismos e estratégias responsáveis pela saúde de índios residentes na metrópole manauara.

Em relação à metodologia utilizada trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa é um tipo de investigação focado no caráter subjetivo do objeto analisado, estudando as suas particularidades. Esse tipo de pesquisa preocupa-se, portanto, com aspectos da realidade que se concentram na compreensão e na explicação da dinâmica das relações sociais (GUTIERREZ & MINAYO, 2010). Nesta pesquisa também foram utilizadas informações quantitativas que possam concorrer para a descrição das questões relacionadas à temática em foco.

A pesquisa qualitativa apresenta as seguintes características essenciais: o pesquisador como instrumento fundamental de coleta de dados; utilização de procedimentos descritivos da realidade estudada; busca do significado das situações para as pessoas e os efeitos sobre as suas vidas; preocupação com o processo e não simplesmente com os resultados e o produto, e privilégio ao enfoque indutivo na análise dos dados (TEIXEIRA, 2003).

A pesquisa teve como fonte documentos e material bibliográfico, análise de documentos produzidos pelo Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) e Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), e ainda Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB), consistente em relatórios compilados a partir de informações recebidas de organizações e lideranças locais. Foram analisadas informações como: boletim epidemiológico, dados das etnias mais afetadas pelo coronavírus e dimensão da epidemia em etnias específicas que moram na cidade de Manaus. O levantamento documental buscou identificar e analisar legislação, jurisprudência e doutrina, relatórios e outros documentos que abordam os conteúdos referentes a saúde dos indígenas, em particular aspectos relacionados ao enfrentamento da pandemia de COVID-19.

A pesquisa documental foi orientada pela etnografia de documentos, com natureza descritiva permitindo a associação de evidências. Segundo Cunha (2004) a etnografia é uma modalidade de investigação antropológica que toma determinados conjuntos documentais, mais especificamente as coleções e os arquivos pessoais cujos titulares foram ou são praticantes da disciplina, como campo de interesse para uma compreensão crítica acerca das formas de produzir histórias da disciplina. A observação de arquivos etnográficos nos permitiu, de forma mais precisa, identificar

a relação mediada pela lógica documental e burocrática. A pesquisa bibliográfica visou a exploração temática de produções acadêmicas das ciências sociais e do direito sobre a saúde indígena, contrapondo com o que foi mostrado nos relatórios, legislações trazemos a realidade vivenciada pelos próprios indígenas.

Para esta pesquisa utilizamos informações dos Sistemas de Informações em Saúde (SIS), disponíveis no sítio do Departamento de Informática do SUS (DataSUS), e indicadores demográficos e socioeconômicos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Foram analisados documentos e relatórios produzidos pela Funasa e boletins epidemiológicos do Ministério da Saúde.

Dispõe-se de Leis, Portarias, Decretos, Acórdãos, e Resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e, além desse material, também foram utilizados livros, artigos científicos, dissertações e teses que se relacionam com a temática abordada. Não foram utilizados nessa pesquisa dados primários ou informações de acesso privilegiado ou restrito. Portanto, seguindo as recomendações da Resolução do Nº 09/2020 este trabalho não necessitou ser submetido ao Comitê de Ética da Universidade Estadual do Amazonas.

A dissertação está estruturada em 4 capítulos. No primeiro foram ponderadas as Políticas Nacionais direcionadas aos Povos Indígenas no âmbito da saúde. No segundo foram observados os impactos da Covid-19 sobre as populações indígenas, de modo específico os que vivem em ambientes urbanos. No terceiro capítulo ocorreram reflexões sobre ações implementadas pelo governo durante a pandemia de COVID-19 em Manaus. No quarto e último capítulo foram selecionadas informações para Banco de dados acerca de produções acadêmicas sobre os Indígenas e por fim, além de pontuar aspectos que considerados importantes da pesquisa analisa-se o alcance dos objetivos propostos, nas considerações finais.

## **CAPÍTULO 2 – DIREITOS INDÍGENAS E COMPETÊNCIAS DA SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL**

Nesta pesquisa abordamos sobre a atual administração pública sempre focando no pilar saúde para os povos indígenas no Brasil e os entraves para a efetivação de uma atenção diferenciada nesse fator. Neste capítulo são expostos temas como: o Direito Indígena; as Competências do governo na Saúde Indígena; a Saúde Indígena no Brasil.

### **2.1 Direitos Indígenas no Brasil**

Nos últimos anos, as violações aos direitos indígenas têm se acentuado com práticas cada vez mais articuladas, os homicídios de lideranças indígenas têm sido marcados em vários estados do país, mostrando que esse desrespeito não é apenas passado (CABRAL & DE MORAIS, 2020). Nesta seção específica abordaremos sobre a evolução do Direito Indígena no Brasil, desde a colonização.

O sociólogo português Boaventura de Souza Santos (2016) em uma entrevista relatou:

Se tem hoje, já no Brasil, uma crescente produção científica de ciências sociais produzida por cientistas negros e indígenas e também brancos e mestiços, ou pardos, como se diz no Brasil, com pesquisas que têm vindo a contribuir para descolonizar a história no Brasil, para dar outra perspectiva, outro conhecimento à história do Brasil. Por conseguinte, uma luta ativa mostrando o que foi o colonialismo, o que foi a escravatura.

Os povos indígenas, desde a chegada dos portugueses ao Brasil, tiveram contato com a população europeia. “Os conquistadores” estabeleceram condutas violentas e de escravização, bem como o domínio sobre eles e suas terras, nesse contato tiveram mudanças culturais que são refletidas até hoje (ALMEIDA, OLIVEIRA & OLIVEIRA, 2019).

Durante os séculos XVI e XVII aconteceram diversas lutas indígenas, contra o cativo, contra a exploração, contra a expulsão, que marcam as lutas, em especial os povos indígenas. De norte a sul do Brasil, Potiguares, Tamoios e Guaranis lutaram contra a invasão de seus territórios e contra a escravidão. Nesse tempo, a

escravidão indígena foi sendo substituída pela escravidão dos povos trazidos da África (FERNANDES, 1999).

Podemos citar a música “Fruto do suor” dos autores Tony Osanah/Enrique Bergen que trazem uma crítica à violência sofrida pelos povos indígenas no período colonial:

A terra nova era um paraíso/O milho alto e os rios puros/Dormia o ouro a  
cobiça ausente/Era o índio o senhor do continente/Foram chegando os  
conquistadores/Os africanos e os aventureiros/O índio altivo se mesclou aos  
escravos:/Nascia um novo tipo americano./O interesse fabricou carimbos/O  
ódio à toa levantou paredes,/A baioneta desenhou fronteiras/E a estupidez  
nos separou em bandeiras (...)

Nessa perspectiva, após a chegada dos europeus, os indígenas começaram a ser tratados como inferiores, uma vez que, devido ao projeto colonial, eles sofreram vingança, sendo, a maioria deles, destruídos e/ou reprimidos. Dessa maneira, houve separação familiar, rivalidade, espalharam doenças, desonraram um território sagrado e limitaram o uso da língua materna, colocando os índios em extrema pobreza e dependência (CRUZ, 2018).

Relatos escritos por missionários jesuítas que viveram na Amazônia durante o século XVIII permitem vislumbrar os embates entre religiosos e indígenas no período colonial. Para fundar uma missão os jesuítas deviam assumir fortes relações de compromissos com os indígenas, sobretudo, com a troca de mercadorias. O missionário deve se “indianizar” para conseguir viver no Oiapoque, assim como, fazer concessões aos nativos. Segundo Elzéar Fauque, na carta de 1738: “Um missionário, para ser provado [amado] de seus selvagens, deve, de certa forma, tornar-se selvagem”. Essa frase pode significar o aprendizado com os indígenas e a inevitável tolerância com certos costumes. Os jesuítas souberam flexibilizar a doutrina católica para alcançar ou, ao menos, tentar chegar aos seus objetivos (NASCIMENTO & DA SILVA, 2019).

A concepção tradicional de alguns estudos avaliava a legislação indigenista como contraditória e oscilante, quando observada no seu conjunto, pelo fato de ora apresentar a defesa incondicional da liberdade indígena (Alvará de 30 de junho de 1609 e a Lei de 1º de abril de 1680), ora permitir o cativeiro dos índios (Lei de 10 de setembro de 1611 e Lei de 9 de abril de 1655) (MELLO, 2009).



A legislação indígena colonial sofreu sucessivas alterações ao longo do século XVII e um dos acontecimentos que marcaram as Políticas Indigenistas foi a Decretação do Regimento das Missões (1686-1757). Foi introduzido um novo sistema através dessa lei, conhecida como “Regimento das Missões do Estado do Maranhão e Grão-Pará”. Mello (2009) cita os principais itens, que são os seguintes:

a) a administração dos índios aldeados passava com exclusividade para o controle dos religiosos, tanto no que diz respeito ao governo espiritual quanto ao temporal e político dos aldeamentos (§ 1);

b) criou-se o ofício de Procurador dos Índios nas duas capitanias do Pará e Maranhão, o qual deveria ser exercido por um morador, eleito pelo governador, depois da indicação de dois nomes pelo Superior das missões da Companhia (§ 2 e § 3);

c) ficava proibida a moradia de homens brancos e mestiços nos aldeamentos. Somente aos missionários era permitido acompanhar os índios (§ 4);

d) os missionários tinham a incumbência de descerem novas aldeias para aumentar a população dos aldeamentos, cujos índios eram necessários para a defesa do Estado e utilização nos serviços dos moradores (§8);

e) a repartição dos índios aldeados passava a se dar em duas partes, ficando uma parte no aldeamento enquanto a outra servia aos moradores e à Coroa (§ 15);

f) não entravam nessa repartição dos índios os padres da Companhia e, para compensá-los, estavam destinadas a servir os colégios e residências dos jesuítas uma aldeia no Maranhão e outra no Pará (§16);

g) ficava estipulado que os religiosos teriam direito a 25 índios para cada missão que tivessem no sertão, por serem necessários para as atividades da missão (§18);

h) o tempo de serviço dos índios fora dos aldeamentos de repartição estava estipulado inicialmente em 4 meses para o Maranhão e 6 meses para o Pará, mas fora depois ajustado em um ano para as duas capitanias (§14);

i) só poderiam entrar na repartição do serviço os índios de 13 a 50 anos, e não entrariam nem as mulheres e nem as crianças, com exceção de algumas índias farinheiras e amas-de-leite necessárias aos moradores (§21);

j) os índios eram considerados “livres” e, portanto, teriam seus serviços pagos por salários a serem estipulados conforme a especificidade local (§ 11).

O povo indígena foi feito escravo e muito teve de trabalhar nas lavouras, e essa escravidão indígena perdurou até o século XVIII. Depois de outorgada a Constituição de 1824, os índios da vila de Itaguaí foram considerados cidadãos pelo novo regime e, mais tarde, alistados como praças em duas armas da Guarda Nacional. Por razões estranhas à lei, contudo, ao serem classificados como cidadãos e guardas nacionais foram privados de possuírem legalmente as terras que ocupavam de forma legítima (MOREIRA, 2010).

Apesar da Nova Constituição havia um profundo silêncio sobre os índios em geral e seus direitos, pois em nenhum parágrafo eles foram citados nominalmente. Isso significou a ausência de um capítulo especial sobre a “civilização” dos índios “bravos”, tal como esperava José Bonifácio de Andrada e Silva e outros constituintes. Tal questão, aliás, só seria retomada pelo Estado Imperial bem mais tarde, em 1845, quando o governo de D. Pedro II promulgou o “Regulamento das missões de catequese e civilização dos índios” (Decreto nº. 426, de 24 de julho de 1845), para lidar com a inconclusa tarefa de trazer os povos indígenas independentes para o “grêmio da civilização” (NETO, 2005).

Alcina & Las Casas argumentam a existência de um Direito entre os povos indígenas, e seu reconhecimento, pois não é uma polêmica recente, mas remonta ao início das invasões europeias em território americano. Citam que é significativo o fato do frei Bartolomé ter escrito vasta obra em defesa deste princípio e, ainda assim, não ter sido aceito ou entendido. Muito contestado, mas com muita paixão, dizia:

Quaisquer nações e povos, por mais infiéis que sejam, (...) são povos livres, e não reconhecem nenhum superior fora de si, a não ser o seu próprio, e esse Superior ou esses Superiores têm o mesmo pleno poder e os mesmos direitos do Príncipe supremo em seus reinos, como aqueles que o Imperador agora possui (ALCINA & DE LAS CASAS, 1985).

O entendimento sobre o conceito de Direito faz-se necessário para compreender como ele se estabelece dentro de uma comunidade indígena. A afirmação de que os indígenas não têm leis, induzida pelo senso comum e na compreensão de juristas mais conservadores, é alimentada pela ideia de que a “primitividade” das relações sociais desses povos não comportaria as

características do Direito, uma concepção ultrapassada dentro da antropologia jurídica moderna (CURI, 2012).

O Direito de cada uma das nações indígenas, indissolavelmente ligado às práticas culturais, é o resultado de uma vivência aceita e professada por todos os habitantes igualmente. O Direito estatal brasileiro é fruto de uma sociedade profundamente dividida, onde a dominação de uns pelos outros é o primado principal e o individualismo o marcante traço característico. A distância que medeia o Direito indígena do estatal é a mesma que medeia o coletivismo no individualismo (SOUZA-FILHO, 1992).

De acordo com Almeida, Oliveira & Oliveira (2019), o século XX abre na História do Brasil um novo conjunto de práticas indigenistas diferentes da época colonial que, com base nos princípios de ajuda e nacionalização, mediante "a proteção tutelar", permitiu que inúmeras pessoas fossem identificadas, localizadas, atraídas, organizadas e servidas por unidades locais responsáveis, buscando, assim, um modo de vida mais digno a ser reconhecido naquele contexto.

Foi criado, em 20 de junho de 1910, pelo Decreto nº 8.072 o Serviço de Proteção ao Índio e Localização de Trabalhadores Nacionais (SPI/TN). A normatização e proteção dos assuntos atinentes aos povos indígenas se deu por meio de um processo lento e gradual, intermediado pelo Serviço de Proteção ao Índio (SPI). No Código Civil de 1916, os índios foram incluídos no rol de relativamente incapazes. Além disso, até 1926, as questões indígenas ainda estavam muito atreladas à igreja e à ação missionária (CABRAL & DE MORAIS, 2020).

O SPI, vinculado ao Ministério da Agricultura, Indústria e Comércio (MAIC), inicia seus trabalhos junto aos Kaiowá e Guarani na região sul do atual Estado de Mato Grosso do Sul, em 1915, com a demarcação da primeira reserva indígena. Ao entender os povos indígenas como transitórios e, portanto, não como povos possuidores de territórios e de direitos, a política de demarcação de terras do SPI apoia-se na concepção de reservar espaços nos quais essa transitoriedade possa ser vivida, sob a proteção do Estado (BRAND, 2002).

A ruptura de questões indígenas ligadas à igreja ocorreu com o Decreto nº 5.484, de 24 de junho de 1926, que retirou o caráter religioso e missionário do trabalho desenvolvido junto às populações indígenas, apesar de que não era

estabelecido nenhuma proibição no que se refere à continuidade das atividades missionárias (SOUZA-FILHO, 2012).

Entre os anos 1940 e meados dos anos 1960, a abertura de alguns postos do SPI e, sobretudo, de várias missões católicas e evangélicas, estabeleceu os primeiros pontos de contato permanente com territórios indígenas. Estes postos constituíram uma rede de polos de sedentarização, fonte regular de objetos manufaturados e de alguma assistência sanitária, mas também, muitas vezes, origem de graves surtos epidêmicos, intensificando o processo de extermínio dos povos originários (CRUZ, 2018).

Todavia, o SPI após o golpe militar de 1964 foi modificada por novos princípios baseados na "soberania nacional e no desenvolvimento". O Serviço de Proteção ao Índio funcionou até 1967, já na ditadura militar, quando foi substituído pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI), que funciona até hoje. Todavia, os documentos emitidos pelo SPI têm e continuam a suscitar muitos estudos (LIMA, 2015).

A FUNAI, pessoa jurídica de direito público, foi criada pela Lei 5.371, de 5 de dezembro de 1967, constituída sob forma de autarquia federal, com a finalidade de atender os interesses dos indígenas, prestar assistência aos índios e tutelá-los. Décadas após a sua criação, a FUNAI é lembrada pela sociedade em razão de sua atuação questionável, ao invés de atuar na defesa dos direitos indígenas em conformidade com a lei e com as finalidades previstas em seu estatuto, pois vem atuando em desconformidade com as finalidades instituídas em seu estatuto, sendo necessária maior fiscalização e aplicação de instrumentos de controle (LEDESMA & RODRIGUES, 2016).

Souza Lima (2012) reconhece, para o contexto nacional brasileiro, o exercício do poder tutelar sobre povos indígenas e seus territórios como uma tentativa de monopolizar o governo dos indígenas e seus recursos ao mesmo tempo em que operacionaliza uma concepção de comunidade nacional homogênea e indivisa. Para tanto, a formulação de políticas, jurídica ou racionalmente embasadas, acerca das populações indígenas articulada por uma rede administrativa é visada com o intuito de pôr em prática a colonização neobrasileira.

Além de sem terras e incitados em conflitos fundiários, constatou-se uma profunda omissão na política de saúde a partir de 1969, ao lado de uma forte política de assimilação cultural preconizada pelo plano de desenvolvimentismo do Estado

que se caracterizou como um programa de etnocídio. Ao se descaracterizar os índios como sujeitos de direitos, promoveu-se uma desagregação social, como mortandades e massacres, com profunda perseguição política ao movimento indígena (CABRAL & DE MORAIS, 2020).

Por Estatuto do Índio é como ficou conhecida a Lei nº 6.001 de 19 de dezembro de 1973 que, conforme aduz em seu artigo 1º, “regula a situação jurídica dos índios ou silvícolas e das comunidades indígenas” do Brasil. Promulgada seis anos após o surgimento da Fundação Nacional do Índio – FUNAI, ela nasce em um momento histórico-político-indigenista muito delicado, visto a carência de políticas indigenistas sérias voltadas a atender às necessidades demandadas por estes Povos.

O objetivo do Estatuto era fazer com que os índios paulatinamente deixassem de ser índios, tratava-se, portanto, de uma lei cujos destinatários eram como “sujeitos em trânsito”, portadores, por isso mesmo de direitos temporários, compatíveis com sua condição e que durariam apenas e enquanto perdurasse essa mesma condição (ARAÚJO *et al.*, 2006).

Além disso, apoia-se na noção de tutela, a qual deve o órgão oficial, exercer enquanto esta condição de “transição” perdure. A tutela destina-se, especificamente, a proteger a pessoa do índio, considerado este individual ou coletivamente, a fim de assegurar uma boa administração dos seus bens e dos que integram o Patrimônio Indígena, garantindo a preservação da cultura indígena. Logo, cabe à União, através da FUNAI, “proteger, amparar e assistir uma parte que não tem condições ideais de cuidar de seus próprios negócios”. O Estatuto do Índio preferiu, naquele momento, restringir o conceito de tutela aos domínios cognitivo e pessoal, levando à falsa percepção de que a integração dos índios na sociedade nacional brasileira seria resolvida individualmente (BRASIL, 1973).

Pela Carta Magna de 1988, houve um avanço na legislação nacional com a definição de terra como ‘tradicionalmente ocupada’, e os territórios reivindicados pelos indígenas ganharam maior visibilidade política. Porém, não houve a garantia de respeito aos direitos desses povos com relação às suas áreas. Nesse sentido, de acordo com Souza (2020), esse Estado, que tem por obrigação constitucional proteger os indígenas, até hoje, não os resguarda nem os representa, já que é formado, em sua maioria, por brancos latifundiários e protetores do agronegócio.

Assim como continua travando uma guerra diária contra os povos indígenas (SOUSA, 2020).

Desse modo, a Constituição Brasileira de 1988 foi a primeira a romper com a tradição integracionista, garantindo aos povos originários o direito de continuar a ser índios. Depois dela, cada um dos países da América Latina foi aprofundando este reconhecimento, formulando-o de forma diversa, com maior ou menor abrangência, dependendo da força com que cada povo participou da elaboração da Constituição e da intensidade democrática do respectivo processo constituinte. Reconhecer uma organização social diferente daquela estruturada na própria Constituição e daquelas que as leis infraconstitucionais chamam de sociedades (empresariais, comerciais, civis ou cooperativas) não é matéria simples nem de pouco alcance. Até 1988 as organizações sociais reconhecidas e protegidas pelo sistema jurídico eram somente aquelas cobertas pelo manto da personalidade individual (MARÉS, 2013).

Ailton Krenak líder indígena, ambientalista e escritor, durante a Assembleia Constituinte, em 1987, protagonizou uma das cenas mais marcantes: em discurso na tribuna, vestido com um terno branco, pintou o rosto com tinta preta para protestar contra o que considerava um retrocesso na luta pelos direitos indígenas. Em 1988, participou da fundação da União dos Povos Indígenas, organização que busca representar os interesses indígenas no cenário nacional.

É importante citar que foi reconhecido juridicamente pela Constituição de 1988 as organizações sociais, costumes, línguas, territórios e tradições dos povos indígenas, além de assegurar-lhes que outros direitos relacionados à cidadania diferenciada, como norma para a obtenção de direitos básicos nas áreas de saúde e educação, exigindo que o Estado reconheça terras indígenas conforme os direitos básicos garantidos pela constituição (BRASIL, 1988). Nas últimas décadas surge uma série de normativas referentes às minorias étnicas e aos direitos dos povos indígenas e que também servem para orientar os entes federativos no tratamento das pessoas indígenas.

A Constituição de 1988 tentou romper justamente essa herança tutelar desenvolvida junto aos indígenas no Brasil a partir do indigenismo brasileiro, mudando o status dos índios do Código Civil de 1916, para que esses povos, de maneira individual ou dentro de organizações, buscassem defender seus direitos (SOUSA, 2020). Nesse sentido, foi possível inscrever na Carta Magna o Art. 231 que reconhece aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e

tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os seus bens (PONTES *et al.*, 2020).

Desse modo, o texto constitucional trouxe uma nova perspectiva para os povos indígenas e reconhece que os povos indígenas sempre foram os ocupantes legítimos de fato e de direito das terras brasileiras, disciplinando como direito originário do índio as terras que tradicionalmente ocupam (artigo 231) (SOUZA & BARBOSA, 2011). Não se debatiam a existência da jurisdição indígena, esta sempre esteve presente no meio social dos índios, mas o seu reconhecimento pelo ordenamento jurídico brasileiro sobre os povos indígenas. Esse reconhecimento, que é baseado em uma diretriz constitucional, inovatória e claramente progressista, por isso mesmo, esbarra nos dogmas jurídicos e formas de pensamento fixadas em nossa sociedade (SILVA & GIOVANETTI, 2015).

O reconhecimento dos direitos dos povos indígenas e tribais já vinha sendo debatido em nível internacional, expresso em diversos instrumentos legais. Dentre esses instrumentos internacionais, podemos citar a Convenção 169 sobre Povos Indígenas e Tribais em Países Interdependentes da Organização Internacional do Trabalho, aprovada em 1989, e a Declaração das Nações Unidas sobre Direitos dos Povos Indígenas, aprovada em 2007 (CURI, 2012). A Conferência Geral da Organização Internacional do Trabalho (OIT), convocada em Genebra pelo Conselho Administrativo da Repartição Internacional do Trabalho e tendo ali se reunido no ano de 1989, observando as normas internacionais enunciadas na Convenção e na Recomendação sobre populações indígenas e tribais.

Essa Convenção estabeleceu, por exemplo, que “governos deverão assumir a responsabilidade de desenvolver, com a participação dos povos interessados, uma ação coordenada e sistemática com vistas a proteger os direitos desses povos e a garantir o respeito pela sua integridade” (art. 2º) e para isso os governos têm de garantir os direitos de propriedade e posse das terras tradicionalmente ocupadas, do uso e preservação dos recursos naturais nelas encontrados, bem como de acesso a serviços de saúde e de educação básicos, observando suas necessidades particulares (art. 14).

A Convenção 169 da OIT, que desde 2002 integra o sistema jurídico brasileiro, confirmando assim a necessidade de transformação do modelo jurídico ocidental. Um conceito que despontou neste contexto foi de jurisdição indígena que

faz referência à Decisão T-921, em 2013, no qual o Tribunal Constitucional da Colômbia declarou que o foro Indígena se liga ao direito em que os membros da comunidade indígena desfrutam, de acordo com suas normas e procedimentos, e de acordo com seus costumes e tradições (SILVA, 2021). A Convenção trata ainda dos direitos trabalhistas e das condições laborativas dos indígenas, da previdência social e da promoção da saúde e educação, como forma de garantir o acesso desses indivíduos aos direitos fundamentais de forma plena.

Portanto, pode-se dizer que a jurisdição indígena é baseada em usos e costumes que foram transmitidos oralmente nas sociedades indígenas ao longo dos séculos, para prevenir e resolver conflitos internos, prever tipos de crimes e aplicações respectivas sanções, através de seus próprios poderes e procedimentos, em nome de expressões relevantes de autodeterminação dos povos indígenas. Observa-se, assim, que a legislação que tratava sobre os povos indígenas não promovia a proteção dos interesses sociais dos povos indígenas e que se baseava na estigmatização dessas pessoas, tratando-as com preconceito e, na verdade, não se preocupava em atender às suas necessidades.

Fóruns jurídicos têm por alvo construir no pensamento jurídico nacional novas formas de pensar e promover o Direito Constitucional, para além das teorias clássicas da Constituição com centralidade norte-americana e europeia. Em vista disso inicia-se um processo de mudança de agenda do Constitucionalismo brasileiro para o Constitucionalismo Mestiço (BRANDÃO, 2013). Nesse sentido, um dos poucos desenvolvimentos teóricos sobre o Novo Constitucionalismo em nosso país encontra-se em artigo do Professor José Luiz Quadros Magalhães, sob a denominação “O Novo Constitucionalismo indo-afrobrasileiro” (MAGALHÃES, 2010).

Brandão (2013) usa o termo “Novo Constitucionalismo” por entender que é mais coerente com a história Constitucional da América Latina, marcada por fortes lutas contra políticas neoliberais e pelo fortalecimento dos movimentos sociais de cunho popular nos anos 90 e início do século XXI. Esse Novo Constitucionalismo tem nuances próprias, estabelecendo algumas divergências e avançando em pautas que são típicas de realidades culturais e históricas diferenciadas, notadamente em relação à plurinacionalidade, ao protagonismo indígena, e aos ideais de interculturalidade e descolonização.

Os povos indígenas possuem a sua própria complexidade e suas normas não se restringem a uma simplicidade determinada pela tradição e pela obediência servil,



por meio de uma inércia mental, como querem supor muitos estudiosos. Porém, com características particulares que não devem ser colocadas em um juízo de valor se são melhores ou piores, possuem a sua própria maneira de expressar o seu direito, que é por meio dos costumes, oralmente, passando de geração em geração, num movimento vivo e contínuo (CURI, 2012).

A jovem ordem constitucional abriu um novo caminho a ser trilhado, rompendo com um paradigma, ao reconhecer, ainda que de forma não plenamente satisfatória, os direitos sobre os quais as ordens anteriores permaneciam omissas, como os dos povos de culturas diferenciadas. Assim desempenha esse papel estabelecendo artigos distribuídos por todo o seu corpo constitucional, trazendo ainda a previsão de um capítulo exclusivamente dedicado aos direitos indígenas. Porém, muito ainda se está por vir. Conclui-se que paira a necessidade do surgimento de séria luta jurídica que se oriente no sentido de se buscar combater, de forma efetiva, a negação existente quanto ao reconhecimento dessas culturas, que se constituem em verdadeiro patrimônio de valor inerente (MARÉS, 2013).

## **2.2 A Saúde Indígena no Brasil e as competências do Governo na Saúde Indígena**

Inicialmente é importante fazer a distinção entre políticas governamentais e políticas públicas. As políticas governamentais correspondem às várias formas de propor execuções do poder, estabelecendo e relacionando a liberdade de planejar e executar as atividades públicas. Já Política pública é um campo dentro do estudo da política que analisa o governo à luz de grandes questões públicas (MEAD, 1995). Lynn (1980) a define como um conjunto específico de ações do governo que irão produzir efeitos específicos. Peters (1986) segue o mesmo veio: política pública é a soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou através de delegação, e que influenciam a vida dos cidadãos. Outro conceito sintetiza a definição de política pública como “o que o governo escolhe fazer ou não fazer”. Outras definições enfatizam o papel da política pública na solução de problemas (SOUZA, 2002).

A política de saúde indígena deve ser entendida como uma política setorial produzida numa interface entre a política de saúde, conduzida pelos órgãos de

governo para a população brasileira como um todo, e a política indigenista, dirigida aos grupos étnicos que vivem no território nacional brasileiro (GARNELO, 2004). A política de saúde indígena resulta de um processo construído social e historicamente, na correlação de forças resultante dos interesses diversos em disputa no cenário brasileiro (FERREIRA & SIMÕES, 2021).

A Constituição Federal de 1988 (CF/88) prescreve um amparo legal para a população indígena, no intuito de buscarem os seus próprios interesses no Brasil, em seus artigos 231 e 232:

Art. 231. São reconhecidos aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os seus bens.

§ 1º São terras tradicionalmente ocupadas pelos índios as por eles habitadas em caráter permanente, as utilizadas para suas atividades produtivas, as imprescindíveis à preservação dos recursos ambientais necessários a seu bem-estar e as necessárias a sua reprodução física e cultural, segundo seus usos, costumes e tradições.

§ 2º As terras tradicionalmente ocupadas pelos índios destinam-se a sua posse permanente, cabendo-lhes o usufruto exclusivo das riquezas do solo, dos rios e dos lagos nelas existentes.

§ 3º O aproveitamento dos recursos hídricos, incluídos os potenciais energéticos, a pesquisa e a lavra das riquezas minerais em terras indígenas só podem ser efetivados com autorização do Congresso Nacional, ouvidas as comunidades afetadas, ficando-lhes assegurada participação nos resultados da lavra, na forma da lei.

§ 4º As terras de que trata este artigo são inalienáveis e indisponíveis, e os direitos sobre elas, imprescritíveis.

§ 5º É vedada a remoção dos grupos indígenas de suas terras, salvo, ad referendum do Congresso Nacional, em caso de catástrofe ou epidemia que ponha em risco sua população, ou no interesse da soberania do País, após deliberação do Congresso Nacional, garantido, em qualquer hipótese, o retorno imediato logo que cesse o risco.

§ 6º São nulos e extintos, não produzindo efeitos jurídicos, os atos que tenham por objeto a ocupação, o domínio e a posse das terras a que se refere este artigo, ou a exploração das riquezas naturais do solo, dos rios e dos lagos nelas existentes, ressalvado relevante interesse público da União, segundo o que dispuser lei complementar, não gerando a nulidade e a extinção direito a indenização ou a ações contra a União, salvo, na forma da lei, quanto às benfeitorias derivadas da ocupação de boa-fé.

Art. 232. Os índios, suas comunidades e organizações são partes legítimas para ingressar em juízo em defesa de seus direitos e interesses, intervindo o Ministério Público em todos os atos do processo.

Além do mais, a própria Constituição Federal de 1988 (CF/88), em seu artigo 196 até o art. 200 demonstra que o acesso á saúde é direito de todos e dever do Estado:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Ocorre que, apesar de ser previsto constitucionalmente que a população indígena foi reconhecida como agentes de reivindicação de seus direitos e tem direito ao amplo acesso a saúde, é possível observar que os povos indígenas podem não ter sido contemplados como prioridade no governo federal em termos de assistência á saúde, bem como a ampla proteção legal.

A saúde, de acordo com a Constituição Federal de 1988, é um direito humano fundamental e um dever do Estado, prevista constitucionalmente no artigo 196 da Constituição da República Federativa do Brasil (BRASIL, 1988). Ainda, de acordo com a Constituição Federal de 1988, a terra indígena é aquela que estiver habitada e for usada por comunidades indígenas para fins de preservação cultural, produtiva e administrativa, e bem-estar, devendo fazer parte de um território que passou por processo normativo, delineado e aprovado por decreto presidencial (BRASIL, 1988).

Assim, também de acordo com a Constituição, o Estado tem a responsabilidade de garantir que todos tenham uma qualidade de vida saudável, sem discriminação. Nesse sentido, ao se referir à expressão “qualidade de vida saudável”, a legislação vincula explicitamente o direito à vida com o direito à saúde (BRASIL. 1988). Conquanto, um dos aspectos menos conhecidos da história da política de saúde brasileira é o fato de que se estabelecem serviços de assistência médica para os nativos, o qual sempre foi desorganizado e esporádico (PERES; MOURA & AGUIAR, 2019).

Atualmente, a política de saúde indígena é regida pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, a qual faz parte da Política Nacional de Saúde e possui as deliberações da Lei Orgânica (8.080/1990). O objetivo dessa

política é garantir aos povos indígenas o acesso à saúde integral de acordo com os princípios e diretrizes para um sistema de saúde, considerando diversidade social, cultural, geográfica e histórica, além da superação dos fatores que tornam esses povos mais vulneráveis aos problemas de saúde únicos dos brasileiros, reconhecendo a diligência de seus medicamentos e os direitos desses povos à sua cultura (BRASIL, 1990).

A Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) registrou no ano de 2016 um total 738.624 indígenas distribuídos em 5.361 aldeias em todo o território nacional. Esses dados indicam uma grande dispersão da população indígena por todo o país, 2.271 aldeias (42,4%) possuem menos de 50 indivíduos; 2.251 aldeias (42%) têm contingente populacional entre 50 e 200 indivíduos; 593 aldeias (11,1%) possuem entre 200 e 500 indivíduos; 169 (3,2%) entre 500 e 1.000 pessoas e somente 77 aldeias (1,4%) com mais de 1.000 indivíduos (SIASI, 2016). Esses indígenas estão cobertos pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS), cuja unidade gestora descentralizada são os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) (BRASIL, 2011).

O SasiSUS é uma conquista do movimento indígena, indigenista e sanitaria. Cresceu, chegou a regiões antes desassistidas, melhorou o acesso aos serviços de saúde e, em algumas regiões, impactou positivamente os indicadores de saúde. No entanto, temos constatado que a concepção inicial do Subsistema vem sendo desconstruída, assim como o paradigma da atenção diferenciada (MENDONÇA, RODRIGUES & PEREIRA, 2019).

No Brasil, há expoentes como Luiza Garnelo, Jean Langdon e Coimbra Jr. no que se refere às pesquisas sobre saúde indígena, política de atenção à saúde dos povos indígenas, implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), financiamento do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (Sasi), xamanismo, Antropologia da Saúde, bem como sobre trabalhos de natureza epidemiológica interligando saúde, nutrição, educação, habitação e saneamento (SOUSA, 2020). Cardoso *et al.* (2012) e Garnelo (2014) que têm se dedicado ao tema da saúde indígena no Brasil estabelecem uma cronologia argumentativa em torno da criação do Subsistema de Saúde Indígena.

Indica-se o início das discussões a respeito do tema na I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (CNSPI), em 1986; em seguida, é referida a criação da Comissão Intersectorial de Saúde Indígena (CISI), em 1991/1992; e a

realização da II Conferência Nacional de Saúde Indígena, em 1993; momentos subsequentes incluem a transitoriedade das responsabilidades legais em torno da saúde do índio entre a Fundação Nacional do Índio (FUNAI) e a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), ao longo da década de 1990; culminando na aprovação da Lei Arouca<sup>1</sup> (Lei 9.836), em 1999.

Noutro aspecto, Peres, Moura e Aguiar (2019) informam que o perfil epidemiológico dos povos indígenas no Brasil não é tão explorado, por isso, dados sobre a morbidade e a mortalidade entre os povos indígenas no Brasil são imprecisos. Neste sentido, há um grande desafio para os serviços oficiais de saúde. Embora haja o reconhecimento da necessidade em se considerar as especificidades locais de cada povo indígena

Em estudo de Lima (2018) relata-se que na Aldeia Fronteira, etnia *Munduruku*, encontrou uma prevalência de portadores de *N. meningitidis* de 1,5%, enquanto na Aldeia Pirahã do Maicí etnia mura-pirahã (quase nenhum contato), encontramos uma prevalência de portadores de *N. meningitidis* de 1,9%.

O livro “Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil” (Editora Fiocruz) mostra as condições de saúde nas tribos indígenas no Brasil, com intensas transformações tanto nos perfis epidemiológicos como na estrutura do sistema de atenção. O texto alerta para o fato de que, apesar de as doenças infecciosas continuarem a ocupar um papel central no perfil epidemiológico indígena no país, surgem rapidamente outros agravos importantes, que incluem as doenças crônicas não transmissíveis, diabetes mellitus, hipertensão arterial, neoplasias, alcoolismo e obesidade (COIMBRA-JR & SANTOS, 2005).

Idealisticamente, os princípios e as diretrizes do SUS, forjados ainda no Movimento de Reforma Sanitária a partir de 1976, estabelecem o papel central do usuário e deslocam o eixo do poder das macroestruturas para os níveis locais e regionais, com a ampla participação de todos os setores que compõem o cenário da saúde.

Conforme se observa na legislação vigente e na condição triparte do SUS, os indígenas no contexto são responsabilidade dos estados e municípios. Para que isso

---

<sup>1</sup>Acrescenta dispositivos à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

possa ocorrer, no entanto, o governo federal instituiu o programa Previne Brasil foi instituído pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019.

O Programa estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde para pessoas em vulnerabilidade, incluindo-se população indígena no contexto urbano. Segundo o IBGE, o Brasil possui 315.192 Indígenas vivendo nas cidades, sendo 3/4 destes, ou seja, 236.540, concentrados em 289 municípios. A Portaria nº 3.396, de 11 de dezembro de 2020, que dispõe sobre a transferência de incentivo financeiro federal de custeio para o fortalecimento das ações de equidade na Atenção Primária à Saúde considerando o cadastro de povos e comunidades tradicionais.

Em 1990 foi promulgada a Lei 8080, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, que aprofunda e pormenoriza a regulação do direito universal à saúde, prevista na Constituição de 1988. Essa lei define a estrutura do Sistema Único de Saúde, estabelecendo o comando único de gestão (Ministério da Saúde); e reforça o papel do Conselho Nacional de Saúde como o fórum máximo de decisões no setor, comportando a participação paritária de representantes do poder público e da sociedade civil. Dentre as comissões assessoras criadas, destacamos a Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI). A CISI permanece operante e conta com a participação de representantes indígenas, de representantes de instituições acadêmicas e de membros de serviços de saúde indígena e do órgão indigenista (GARNELO, 2004).

Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (modificada pela Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999, que acrescentou o Art. 19) - Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Destaques

Art. 19 - G. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena deverá ser, como o SUS, descentralizado, hierarquizado e regionalizado.

§1º O Subsistema de que trata o caput deste artigo terá como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

§2º O SUS servirá de retaguarda e referência ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, devendo, para isso, ocorrer 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.

§3º As populações indígenas devem ter acesso garantido ao SUS, em âmbito local, regional e de centros especializados, de acordo com suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde.

No caso indígena, nove anos após a criação do SUS, o Decreto nº 3.156/99 e a Lei nº 9.836/99 determinaram as condições de assistência à saúde dos povos indígenas e o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do SUS, respectivamente, tendo em vista as históricas desigualdades e iniquidades vividas por esses povos no Brasil. Em 2000, foi lançada a primeira edição da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, sendo a segunda edição de 2002. Em referência às práticas indígenas de auto atenção à saúde, o documento reconhece “a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura” (LANGDON, 2007).

Decreto Nº 3.156/1999 - Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, pelo Ministério da Saúde, altera dispositivos dos Decretos nº 564, de 8 de junho de 1992, e 1.141, de 19 de maio de 1994, e dá outras providências.

Estabelece em seu art. 2º quais são as diretrizes que devem ser observadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos povos indígenas, sendo que o parágrafo único dispõe que a “organização das atividades de atenção à saúde das populações indígenas dar-se-á no âmbito do Sistema Único de Saúde e efetivar-se-á, progressivamente, por intermédio dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, ficando assegurados os serviços de atendimento básico no âmbito das terras indígenas”.

Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999, que dispõe sobre o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do SUS (SASISUS), instituído nos termos da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 e da Resolução CNS/MS nº 333, de 04 de novembro de 2003; O Controle Social da Saúde Indígena no exercício de suas atribuições e no que tange o Art. 1º do Regimento Interno e a Política Nacional de Saúde Indígena, sendo um órgão colegiado, deliberativo e de natureza permanente para o exercício do controle social das ações de saúde indígena.

Ainda no âmbito da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas trazemos os destaques importantes da legislação aplicada à saúde indígena:

Portaria Nº 254/2002 - Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Destaca a organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas na forma de Distritos Sanitários Especiais Indígenas e Polos-Base, no nível local, onde a atenção primária e os serviços de referência se situam.

Portaria Nº 70/2004 (constante da Portaria de Consolidação Nº. 2, de 28 set 2017) - Contém diretrizes sobre a gestão da saúde indígena.

Art. 1º O modelo de gestão de saúde indígena segue as seguintes diretrizes:

IV - o Subsistema de Saúde Indígena fica organizado na forma de Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), delimitação geográfica que contempla aspectos demográficos e etno-culturais, sob responsabilidade do gestor federal;

V - os Distritos Sanitários Especiais Indígenas devem contar com uma rede interiorizada de serviços de atenção básica organizada de forma hierarquizada e articulada com a rede de serviços do Sistema Único de Saúde para garantir a assistência de média e alta complexidade;

VI - a estrutura do Distrito Sanitário Especial Indígena fica composta pelos Postos de Saúde situados dentro das aldeias indígenas, que contam com o trabalho do agente indígena de saúde (AIS) e do agente indígena de saneamento (AISAN); pelos Polos-Base com equipes multidisciplinares de saúde indígena e pela Casa do Índio (CASAI) que apoia as atividades de referência para o atendimento de média e alta complexidade.

Tal processo de passagem de uma política de saúde tutelar e assistencial implementada pelo órgão indigenista (FUNAI) para uma política universalista e orientada pela justiça social do SUS vinha sendo marcado por um movimento espiralado e não linear devido a um conjunto de elementos que não se esgotam na disputa explicitamente política dos direitos diferenciados indígenas, mas envolvem dispositivos burocráticos, gerenciais, técnicos e mediações contextuais complexas como bem analisou Garnelo (2014).

Como já foi mencionado anteriormente, a Lei 9.836/99 acrescenta dispositivos à Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos

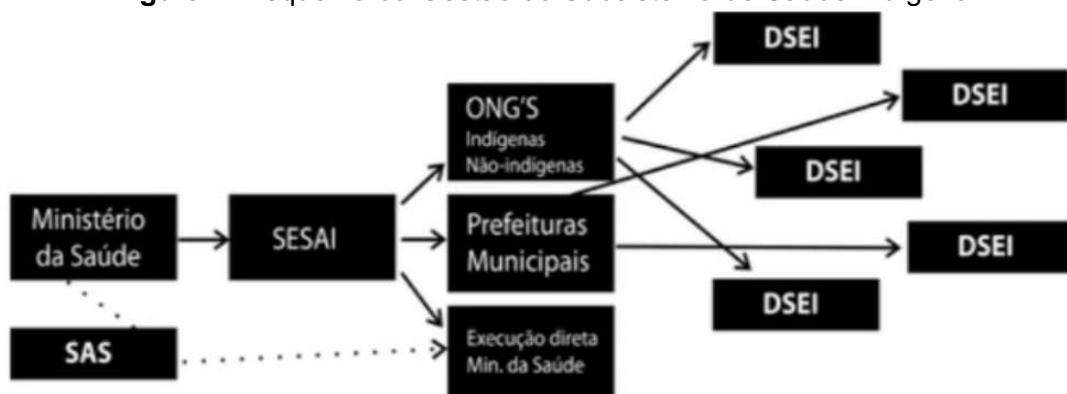


serviços correspondentes e dá outras providências”, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

Em seus mais de 10 anos de existência, a trajetória do Subsistema foi marcada por dificuldades operacionais para cumprir as diretrizes estabelecidas na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Essa situação, aliada aos protestos da população indígena quanto aos serviços de saúde, levaram o governo brasileiro a tomar a decisão de transferir a responsabilidade sobre as ações de saúde indígena da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) para o Ministério da Saúde (MS), por meio da criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). Esse processo foi marcado por uma ampla participação de representantes da população indígena e por várias rodadas de negociação, tornando-se um marco histórico para a assistência à saúde indígena (FERREIRA, PORTILLO & DO NASCIMENTO, 2013).

Um conjunto de vetores conflui, no ano de 1999, para a implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas. A organização desses espaços sanitários exigia um grande aporte de recursos humanos e financeiros para exercer a gestão e execução de serviços (GARNELO, 2004). Ainda, esclarece-se que, em um primeiro momento, os DSEI (Figura 1) foram concebidos como unidades de gestão centralizada diretamente pelas ações de atenção primária à saúde (APS), e que também deve estabelecer interfaces entre outros níveis da rede de atenção à saúde com município e estado. A DSEI, por fim, é responsável pela prevenção e assistência a doenças, promoção da saúde, monitoramento do estado nutricional e alimentar, saúde ambiental, educação em saúde e outras ações que contribuem para o bem-estar da nação.

**Figura 1:** Esquema da Gestão do Subsistema de Saúde Indígena.



Fonte: Garnelo, 2012

Uma estrutura foi produzida para atender aos indígenas e há muitos documentos normativos (decretos presidenciais; portarias ministeriais; resoluções, recomendações, moções e deliberações dos conselhos), dentre os quais se destaca a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas em 2002 que, fazendo referência às duas conferências nacionais de saúde indígena e às duas conferências nacionais de saúde de 1986 e 1993, estabelece como propósito de política de governo garantir o acesso integral dos indígenas à saúde por meio de um duplo movimento: respeitar os princípios e diretrizes universalistas do SUS e, simultaneamente, contemplar a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política (TEIXEIRA, 2018).

O objetivo é garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral em saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, contemplando a diversidade cultural, geográfica, social, histórica e política, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura e às suas tradições. De acordo com a PNASPI, o atual modelo de atenção à saúde indígena, busca valorizar a prevenção, respeito e compreensão dos impasses da interculturalidade com vistas à construção de vínculos de confiança com os usuários (ARAÚJO, 2014).

Antes disso, há relatos de morte, tortura, contaminações propositais, além de falhas nas campanhas de vacinação e ausência de profissionais de saúde no contato com os povos indígenas. Nesse aspecto, chamam atenção, sobretudo, as políticas e as campanhas de integração, que ignoravam a existência de povos que almejavam apenas a igualdade ao proteger suas tradições. Entretanto, a integração era vista como o melhor caminho para o desenvolvimento, pois os índios passaram a ser vistos como verdadeiro obstáculo. Prevalencia uma ideia de superioridade cultural, religiosa e intelectual, a mesma superioridade perceptível nos colonizadores portugueses ao chegarem no Brasil (CABRAL & DE MORAIS, 2020).

Rocha *et al.* (2018) especifica que, no Amazonas, existem DSEIs, dentro de suas áreas delimitadas (Quadro 1), proporcionalmente abarca a maior população indígena do país, sendo, 183.514 mil pessoas autodeclaradas indígenas. A atuação em saúde indígena deve levar em conta a necessidade de integrar uma equipe multiprofissional e de conhecimento de outros serviços públicos, tecnologia agregada e conhecimento popular, e mobilizando recursos institucionais e comunidade, público e privado, devendo estar direcionado às questões culturais (ROCHA *et al.*, 2018).

**Quadro 1:** Regionalização da Saúde – Amazonas Conformação Regional

MACRORREGIÃO DE SAÚDE: MANAUS					
Região de Saúde /CIR	Município Referência	População Total Região de Saúde	% Pop RS	Municípios por RS	Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) *
RS Manaus, Entorno e Alto Rio Negro	Manaus	2.424.986	61,57	12	2
RS Rio Negro e Solimões	Manacapuru	283.904	7,21	8	2
RS do Rio Madeira	Humaitá	188.610	4,79	5	2
RS do Médio Amazonas	Itacoatiara	166.240	4,22	6	1
RS Baixo Amazonas	Parintins	240.242	6,10	5	1
RS Purus	Lábrea	129.421	3,29	5	1
RS Juruá	Eirunepé	131.556	3,34	6	1
RS Triângulo	Tefé	127.856	3,25	6	1
RS Alto Solimões	Tabatinga	245.521	6,23	9	3
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>3.938.336</b>	<b>100,00</b>	<b>62</b>	<b>-</b>

Fonte: DEPLAN/SUSAM; IBGE pop estimada 2015, Res. CIB/AM 059/2011.

A Portaria SAS nº 1.317/2017, publicada no Diário Oficial da União, estabelece as mudanças no Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), nela está a criação de uma categoria para as Casas de Saúde Indígena (CASAI) e a mudança das unidades de atenção primária de Posto de Saúde Indígena para Unidade Básica de Saúde Indígena (UBSI), a articulação da rede de serviços para prestar assistência à saúde dos povos indígenas está demonstrada na Figura 2.

**Figura 2:** Modelo de Atenção à Saúde Indígena

Fonte: Ministério da Saúde (2009)

Embora haja essa organização e articulação entre esses elementos uma análise realizada pelo portal de notícias InfoAmazônia<sup>2</sup> revelou que as aldeias da Amazônia Legal estão, em média, a 315 km de um leito de UTI do Sistema Único de Saúde (SUS). Mais da metade (58,9%) das 3.141 aldeias analisadas pela reportagem está a mais de 200 km de distância de uma UTI. A maior parte delas, entre 200 km e 700 km de distância, e em 10% das aldeias, a distância está entre 700 km e 1.079 km.

Lembrando que a distância linear é apenas hipotética porque, na floresta, o deslocamento vai depender do acesso e tipo de transporte que será utilizado. Essa reportagem também mostrou que apesar dos DSEIs organizarem toda a atenção à saúde dos indígenas aldeados, o atendimento exclusivo para indígenas é apenas de baixa complexidade e, portanto, devem ser compartilhados com a população geral atendida pelo SUS.

O objetivo da medida foi facilitar o cadastramento de todos os estabelecimentos de saúde indígena em funcionamento no Brasil. Com a publicação da Portaria, os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) devem providenciar a inclusão e atualização de todos os estabelecimentos existentes em seus territórios de abrangência.

A atenção diferenciada no processo de estruturação do modelo de atenção à saúde dos povos indígenas baseia-se em três princípios orientadores: “adequação de tecnologias; qualificação dos profissionais para o contexto intercultural; participação indígena”. Contudo, a priorização do modelo biomédico desconsidera, por vezes, demais outras formas de organização da saúde nos territórios indígenas, conforme afirmação de Garnelo (PONTES *et al.*, 2015):

A formulação do modelo de atenção para os DSEI, ao se restringir às instâncias biomédicas oficiais, ignora e nega a existência de outras formas de atenção nos territórios indígenas. A proposta de “adequar” as tecnologias e qualificar os profissionais, de acordo com o contexto local, parte do pressuposto de que se vai “transformar” conhecimentos e práticas hegemônicos, predominantemente biomédicos, nos sistemas de atenção e de formação profissional no Brasil.

---

<sup>2</sup> Título Reportagem: Distantes de UTIs e respiradores, indígenas da Amazônia tentam se blindar do vírus. Acesso em: <https://infoamazonia.org/2020/05/11/distantes-de-utis-e-respiradores-indigenas-da-amazonia-tentam-se-blindar-do-virus/>

O subsistema do Sistema Único de Saúde criado para atender a saúde indígena sofre com a falta de estrutura e de recursos para tratamento de complicações mais severas como a Covid-19. Além disso, os modos de vida de muitos povos propiciam uma exposição às doenças infecciosas a qual as pessoas nas cidades não estão submetidas. É possível observar a dificuldade em garantir a eficácia dos direitos fundamentais e das políticas públicas, principalmente por se tratar de populações indígenas que vivem em condição de vulnerabilidade.

Os Indicadores de Bem-Estar para Povos Tradicionais são instrumentos baseados em princípios fundamentais que indicam as características territoriais de sociedades cujos meios de subsistência se constroem em conformidade com culturas próprias sobre recursos da biodiversidade. Tais usos e recursos são fundamentais para a sustentabilidade da Floresta Amazônica, assim como outros territórios e ambientes e seus modos de vida tradicionais (INSTITUTO SINCHI & UEA, 2016).

Esses indicadores devem: identificar a população e dar conta de questões altamente sensíveis e suas transformações em curto e longo prazo; deflagrar os fenômenos mais impactantes sobre estes estilos de vida; fornecer informações relevantes para a formulação de políticas públicas coerentes com as características culturais dos territórios e dos sistemas socioambientais de produção; contribuir para a consolidação das autoridades tradicionais e as tomadas de decisão, fornecendo informação clara para a população local moldar suas propostas de desenvolvimento autônomo.

## CAPÍTULO 3 – ANÁLISE DAS AÇÕES DE SAÚDE DIRECIONADAS AOS POVOS INDÍGENAS EM MANAUS

### 3.1 Condições de vida e saúde dos povos indígenas em Manaus

A existência histórica dos povos indígenas em centros urbanos de países da América Latina como o Brasil, tem suscitado debates dentro e entre diferentes áreas do conhecimento. Nesse contexto, Jimenes (2019) expõe que, a relação entre "cidades" e "índios", projeta uma clara dicotomia com duas categorias direcionadas ao universo urbano amazônico, que, por sua vez, é precisamente definido como um desdobramento histórico exógeno, ou seja, não indígena.

Segundo Mustafa (2018), o tema da migração dos índios para as cidades é considerado complexo porque ser indígena era, até recentemente, aquele que vive em territórios tradicionais. No entanto, a literatura mostra que a migração de povos indígenas para centros urbanos é histórica e tem aumentado, embora o espaço urbano não ofereça boas perspectivas para essas populações, principalmente em relação às suas condições de vida e preservação da cultura tradicional, de identidade e de linguagem.

Embora, o conceito de índio urbano descreva, para muitos, um indivíduo fixado “de forma permanente nas cidades” e índio citadino remeta àqueles que “passam períodos mais ou menos longos na urbe”, esta distinção não será aqui considerada: ambas as expressões serão usadas como sinônimos, já que o que está em jogo, de fato, não é o tempo despendido nos centros urbanos. Até porque, a dimensão do conceito de cidade que importa é muito menos a de “espaço físico” – ou a do tempo nele despendido, seria o caso de acrescentar – do que a de *locus* de um modo de existência mais ou menos específico (MAHER, 2016).

Contudo, muito mais do que estigma contra cidadãos que se auto identificam como indígenas e decidem deixar de morar ou nunca moraram na aldeia, há uma criação de obstáculos aos direitos já descritos e garantidos em textos legais nacionais e internacionais. O Artigo 1º da Convenção nº 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT), por exemplo, dispõe que “consciência de sua identidade indígena ou tribal deverá ser considerada como critério fundamental para determinar os grupos aos que se aplicam as disposições da presente Convenção”.

Cardoso (2018) complementa expondo que, historicamente, as características dos cidadãos indígenas muitas vezes foram colocadas sob estereótipos enraizados

no pensamento brasileiro e primeiramente propagados por instituições como a FUNAI, para a qual, até recentemente, apenas aqueles que viviam em aldeias eram considerados índios.

Maher (2016) traz em seu trabalho o depoimento a seguir dado por uma aluna e ilustra bem a invisibilidade que tende a acompanhar os cidadãos indígenas brasileiros nas cidades. A população não indígena nesses ambientes quase sempre desconsidera a sua presença ou, quando o faz, frequentemente coloca suas identidades étnicas sob suspeição, como atesta o depoimento da universitária *Shawãdawa* que reproduzo a seguir:

[...] eu acho que os outros alunos da Universidade do Acre ficaram decepcionados quando me conheceram.... Eu num correspondia com o que eles pensavam que uma mulher indígena parecia ou se comportava. Mas alguns deles não ficavam só decepcionados, não! Os jeitos como eles olhavam pra mim com desconfiança quando eu dizia que era uma índia *Shawãdawa* legítima, era como se eu tivesse mentindo, como se fosse uma fraude... Mas o que é que eles esperavam?

A perda de controle dos povos indígenas sobre seus territórios foi um fenômeno relativamente recente, que veio de 130 anos atrás, com a expansão da borracha pelo vale amazônico e a implantação de uma formação social baseada em uma rede de clientelas e aviamentos, característica do regime do seringal. Foram as marcas ainda vivas na memória das populações locais, assim como em usos sociais e na relação com o meio ambiente, que vieram a fundamentar a identificação e reconhecimento de terras indígenas, colocadas em prática por um regime tutelar nas últimas décadas. Oliveira *et al.* (2010) voltou ao tema de seu estudo basicamente para a compreensão das representações construídas sobre os indígenas amazônicos, porém não especificou etnias, e sobre a expansão desta fronteira.

A migração indígena para as cidades existe desde meados do século XX, precisamente desde as décadas de 1950 e 1970, quando uma onda de mão de obra chegou as metrópoles. Pode-se considerar que os motivos da migração estão além daqueles casos nos quais os índios foram forçados a se mudar porque seu território foi invadido, mas há casos nos quais os deslocamentos ocorreram devido à busca de melhores condições de vida, educação e saúde (MUSTAFA, 2018). Essa migração indígena para os centros urbanos ocorre de maneiras muito diversas,

desde o traslado de grupos familiares para bairros onde já há um contingente grande de índios organizados politicamente até casos de migração de indivíduos para a cidade em busca de empregos, tratamento de saúde, educação ou um novo estilo de vida (BAINES, 2001).

A imagem a seguir apresenta geograficamente, os pontos de origem de alguns índios amazônicos que se deslocaram para os centros urbanos (Figura 3). Foi extraída de um estudo de Jimenes (2019) que evidenciou as faces da política indígena na Manaus contemporânea (1980-2019) e teve como foco a história de formação da política indígena na cidade de Manaus, trazendo a mobilização indígena em Manaus e a trajetória percorrida por grupos étnicos na cidade, com foco em algumas lideranças como, por exemplo, os *Sateré-Mawé*, *Tikuna*, *Apurinã*, *Baré* e *Kokama*.

**Figura 3:** Pontos de 'partida' dos indígenas que migraram para a cidade.



Fonte: JIMENES (2019)

Jimenes (2019) menciona a importância da participação desses povos no tensionamento do processo de redemocratização vivido pelo país nas últimas décadas, com a formalização de direitos que sintetizam o reconhecimento de uma sociedade nacional mais plural e consciente das responsabilidades concernentes aos direitos humanos.

É interessante especificar que grandes aglomerados de terras e grandes grupos humanos em delimitado espaço, e, portanto, conhecidos por seus habitantes, os quais criam as relações sociais entre grupos heterogêneos, varia muito ao longo do tempo. Mesmo em épocas mais remotas, todo o contexto territorial das cidades



não era o mesmo espaço na lógica das relações sociais, distinguindo-se. Por exemplo, nas cidades antigas na Idade Média, embora os mundos rurais e urbanos nunca tenham sido separados individualmente, já havia oposição aos seus valores o que se observa até hoje (FORTES, 2020).

Assim, ao abordar a presença indígena nos centros urbanos, é possível argumentar que a presença de povos indígenas nas cidades latino-americanas é, muitas vezes, transformada em forças políticas, ganhando visibilidade na agenda nacional, estando, este fenômeno, relacionado ao tipo de colonização ocorrido na América espanhola. No entanto, no caso do Brasil, é possível observar que essa presença foi ignorada até recentemente pelas próprias academias, bem como pelo Estado e, muitas vezes, pela própria sociedade civil (CARDOSO, 2018).

Isto posto, entende-se que, a partir da segunda metade do século 20, o movimento para as cidades fala muito sobre a mudança na relação entre índios e não-índios e que, em segundo lugar, a política da migração é um dos elementos relevantes para a análise do processo subsequente de mobilização dos índios na cidade (CARDOSO, 2018).

Todavia, mesmo havendo essa cultura histórica de migração e aglomerado, o autor explica que, independentemente das cidades usadas como base de análise (incluídos onde se dá uma resistência à individualidade), há grande resistência para combinar experiências pessoais indígenas, já que elas, na maioria das vezes, são consideradas incompatíveis com a vida urbana (FORTES, 2020).

Mustafa (2018) expõe sobre as vidas dos povos indígenas nas cidades, as quais são marcadas por um processo de redefinição, ligada à sua nova utilização e renomeação do espaço, tendo em conta aspectos como etnia e seu valor como organização política do povo indígena, sendo, por exemplo, comum a existência de ruas com nomes indígenas e nomes de novos assentamentos são habituais, como forma de demarcar o seu território.

Delimitar um território e (re)apresentá-lo significa também a construção de objetos que fazem parte de seu mundo sociocultural, espacial e emocional, como por exemplo, a presença de edifícios indígenas com layouts triangulares e circulares feitos de palha e caibros e amarrado com cipós (PEREIRA, 2018).

Todavia, Pereira (2018) diz que, os baixos níveis de educação formal e falta de qualificação na força de trabalho impulsionam tais povos a serem fisicamente ativos em áreas como a construção civil, serviço doméstico, limpeza de terrenos,

entre outras atividades. Tais questões caracterizam o cotidiano desses povos, situação que fica em desacordo com as determinações legais como, por exemplo, as da Organização Internacional do Trabalho (OIT) sobre Povos Indígenas e Tribais em Países Independentes, que visa promover oportunidades para que homens e mulheres possam obter trabalho decente e produtivo em condições de liberdade, justiça, segurança e dignidade.

Novos estados-nação de caráter multiétnico se formaram após o fim do sistema imperial europeu. No entanto, não significa que os mesmos tenham tido poder suficiente para fornecer uma cultura nacional. O pós-colonialismo reconfigurou internamente as relações de poder que hoje se articulam como contradições internas entre descolonizados e o sistema global (HALL, 2003).

Na esteira da globalização, Hall alerta sobre o que seria, segundo ele, a nova roupagem do “universalismo contemporâneo”, que se disfarça de ética particularista. Na verdade, ela opera com a mesma lógica homogeneizante, de dominância cultural. De acordo com o sociólogo, ganha uma aparência menos universal a cada momento. Os indígenas, os negros, as mulheres, os latinos, os religiosos não cristãos, os imigrantes em geral (que se deslocaram por necessidade, contra a sua própria vontade), os refugiados, entre outros, continuam sendo posicionados nos pontos mais baixos das hierarquias sociais, seja implícita ou explicitamente (OLIVEIRA, 2014).

A capital manauara configura-se como um dos polos de atração migratória de populações indígenas de toda a região Amazônica. O processo e as circunstâncias de migração de cada etnia se deram de maneira diferenciada (ANDRADE, 2010). Os indígenas residentes em Manaus provêm do interior do Estado sendo, a maioria, pertencentes a etnias amazonenses. Entendemos que a apropriação do estilo de vida da cidade pelo migrante indígena desenvolve-se no contato com a cidade e este fator influencia as construções imaginárias e identitárias dos vários grupos étnicos que residem em Manaus (SOUZA, 2017).

Pereira (2018) expõe que o espaço de vida urbana dado aos índios e suas contradições se originam de diferentes práticas, guiados pela "geografia do sentido", incluindo a finalidade do lugar e o significado associado a ele, mediante o uso de referência de grupos étnicos como a arquitetura de maloca, dança, ritual, pintura corporal, canto, aprendizagem, produção artesanal, agricultura e hábitos alimentares, exercitando, ainda, a hierarquia criada por pessoas com algum prestígio

junto ao grupo como os chefes, líderes, professores e anciões, ajudando a enquadrar analiticamente o deslocamento indígena das aldeias à cidade, e das cidades às periferias, onde vivem de forma precária.

Um exemplo desta situação é o que ocorreu no Parque das Tribos, localizado na zona urbana de Manaus, que decidiram buscar a própria solução: construíram a Unidade de Apoio à Saúde do Povo Indígena (UASPI), posto de saúde para os habitantes do bairro. O Parque das Tribos é o primeiro bairro indígena da capital, com 688 famílias e 35 etnias. Nunca tiveram acesso a saneamento básico nem a uma Unidade Básica de Saúde (UBS) (Figura 4), como afirma Miquéias Kokama, cacique e uma das principais lideranças dos povos tradicionais na cidade (BENTES, 2021).

**Figura 4:** Unidade e Equipe da Unidade inaugurada no Parque das Tribos - mobilização contra o abandono.



Fonte: Neto Ramos/Coaib (2020)

Em algumas regiões, onde a população indígena tem um relacionamento mais estreito com a população regional, nota-se o aparecimento de novos problemas de saúde relacionados às mudanças introduzidas no seu modo de vida. As concepções culturais e religiosas são fatores que devem ser considerados na implantação de programas de prevenção e controle, especialmente a divulgação de informações corretas sobre os meios de transmissão e prevenção que promovam atitudes e práticas coerentes com a preservação da saúde (HAYAD, 2008).

O longo metragem “A Febre”, filmado em Manaus com um elenco predominante indígena de diferentes etnias, exprime algumas situações que indígenas quando passam a viver nas cidades grandes. Este filme conta a história

de Justino (Regis Myrupu, do povo *Desana*), um indígena que trabalha como vigilante no Porto de Manaus e vive com a família na periferia. Ele vive uma rotina monótona e repetitiva, que o faz pensar sobre a antiga vida na aldeia, de onde foi embora 20 anos atrás, e as coisas começam a mudar quando ele é acometido por uma febre.

A música “Tudo Índio” de Nilson Chaves retrata as condições de indígenas nas cidades, como podemos perceber no trecho a seguir:

Eu conheço *Yanomame* que vende sorvete/E um pedreiro *Taurepang* que vive de biscate/As mulheres índias/Longe da maloca e da floresta/Sobrevivem como desempregadas domésticas/E os milhares de meninos e meninas/Fazem papel de índio no Boi/Durante as festas juninas/Tudo índio, tudo parente.

Em consonância com a música de Nilson Chaves, o contato com povos não indígenas e a intervenção na vida cotidiana dos povos indígenas também provocou diversas mudanças nos seus hábitos e costumes, como também afetou e continua afetando aspectos culturais e identitários, havendo, por exemplo, grande manifestação da prostituição feminina e condições de sobrevivência sub-humana já que muitos indígenas abandonaram as aldeias e passaram a viver como moradores de rua nas cidades, demonstrando que muitos daqueles que se afastaram da sua comunidade precisaram se integrar à sociedade não indígena, “abandonando” seus costumes e língua para sobreviver entre os “homens brancos” (RIBEIRO, 2015).

**Figura 5:** 1ª Mostra Intercultural de Moda Indígena de Manaus



Fonte: Priscilla Peixoto – Revista Cenarium (2022)

Concomitantemente, vemos outro tipo de movimento acontecer na direção contrária, já que um evento de moda com roupas confeccionadas por estilistas indígenas de várias etnias da Amazônia foi realizado recentemente em Manaus. Na passarela montada na maloca do Parque das Tribos (Figura 3), 36 modelos entre homens e mulheres indígenas se apresentaram com roupas confeccionadas com produtos extraídos da floresta, como algodão cru e sementes por mais de 30 estilistas dos povos: *mura*, *sateré-mawé*, *kokama*, *tikuna*, *baré* e *mundurucu* (AGÊNCIA CENARIUM, 2022).

### **3.2 Os impactos da pandemia entre os povos indígenas que vivem na cidade**

As culturas indígenas concebem e estabelecem os seus vínculos com o corpo de forma diversa, quando comparada à perspectiva chamada ocidental, extramuros às concepções ancestrais das populações indígenas.

A atenção diferenciada parte do pressuposto do pluralismo assistencial, articulando diversas práticas de cuidado e apresenta-se em conformidade com a proposta antropológica de Menéndez (2003), a qual reconhece as múltiplas práticas de atenção à saúde utilizadas pelos grupos sociais a partir das suas particularidades socioculturais, para prevenir, diagnosticar e tratar os problemas de saúde. No caso do Brasil, a atenção à saúde diferenciada, mesmo constando nas diretrizes da PNASPI, necessita ser reconhecida e efetivada pelos profissionais que executam a assistência nas comunidades.

A questão da saúde indígena vai além da definição de saúde no seu 'senso estrito' e envolve o acesso pleno aos serviços de saúde, à educação e ao direito de manutenção da vida. É preciso garantir que, apesar de todas as mudanças socioeconômicas, os índios possam contar com alternativas de vida que lhes permitam sair da posição marginal em que se encontram na sociedade brasileira. Como cada povo indígena, além de sua especificidade cultural, tem também especificidades políticas, históricas e econômicas, é indispensável procurar soluções que reflitam tal diversidade (LANGDON, 2013).

Pensar a saúde indígena no Brasil compreende mais do que um dialogar entre diversas ciências, envolve o desafio da interculturalidade. Compreender o indígena a partir de seu universo cultural inclui um complexo e delicado trabalho de aprofundar o conhecimento acerca das especificidades das etapas de seu ciclo vital e de seu universo cultural repleto de valores religiosos, chamado de cosmologia, o

que inclui intrinsecamente a relação com sua ancestralidade, seu território, o meio ambiente e a natureza (BARROS & ALMEIDA, 2020).

Segundo alguns antropólogos, a doença não é um evento primariamente biológico, mas é concebida em primeiro lugar como um processo vivenciado cujo significado é elaborado por meio de episódios culturais e sociais e, em segundo lugar, como um evento biológico. A doença não é apenas uma categoria diagnóstica, mas um processo que requer interpretação e ação no meio sociocultural, o que implica uma negociação de significados na busca da cura (STAIANO, 1981).

Os autores Sousa & Caprara (2019) discorrem que o entendimento como ausência de doença, bem-estar, e direito humano, o conceito saúde indígena, na literatura acadêmica, apresenta-se empobrecido de questões que dizem respeito à vida nas aldeias. Eles citam que a maioria das produções, na área da saúde, que consta nas revistas de maior impacto, revelam que a morbidade da população indígena está relacionada a uma alta incidência de doenças infecciosas, crônicas, assim como diz respeito a casos de desnutrição, mas, em menor número, discute as potencialidades do pensamento indígena sobre saúde.

As produções contemplavam aspectos sobre nutrição, educação sanitária, alcoolismo, suicídio, política de saúde, participação social e interculturalidade, bem como meio ambiente e questões sobre habitação (SOUSA & CAPRARA, 2019). Historicamente, prevalecem os conhecimentos e as terapêuticas naturais na população indígena, que são utilizadas de forma complementar ou totais, considerando o conceito de saúde e o processo de adoecer na percepção da cultura indígena, que difere dos princípios que embasam a medicina ocidental (OLIVEIRA, AQUINO & MONTEIRO, 2012).

A medicina tradicional geralmente é recebida positivamente e hoje a garantia de acesso aos serviços de saúde é uma demanda das organizações indígenas, cujas lideranças estão exigindo o direito universal à saúde garantido na Constituição Brasileira. Rejeição à medicina alopática é um problema bem menor do que o desafio para os profissionais em oferecer uma atenção diferenciada, respeitando as culturas indígenas. Porém, a necessidade reconhecida dos serviços da biomedicina por parte dos índios não implica que sua percepção sobre doença/saúde se altere, nem que os índios incorporem a visão biológica da doença que fundamenta nossa ciência médica (LANGDON, 2005).

Em estudo de Moimaz *et al.* (2001) observou-se que os entrevistados - 103 indígenas, divididos em dois grupos étnicos (*Kaingang e Terena*), de aldeias do Estado de São Paulo - questionados sobre a percepção de saúde, relacionam-na às atividades cotidianas (82,6%), e não somente à ausência de dor (30,4%), embora 26% acreditem que saúde seja ausência da mesma -, à estética e à higiene (21,7%), ao bem-estar (13%), e 4,3% associam saúde a viver em comunidade. Diante dos resultados presentes nesse estudo, eles concluíram que a percepção de saúde do índio está diretamente relacionada com a capacidade de exercer tarefas na comunidade.

Os discursos dos indígenas da comunidade *Pankararu*<sup>3</sup> evidenciaram que há pouca resolutividade e total descontinuidade nas ações de atenção à saúde, acesso aos serviços básicos e programas de promoção à saúde que privilegiem e aproximem mais as comunidades indígenas *Pankararu* das esferas que compõem o Serviço Único de Saúde (SUS). Não se observa uma assistência humanizada, permanente, e, sobretudo, mais resolutiva que coloque em pauta princípios como territorialidade, vínculo dos profissionais com a comunidade, continuidade e integralidade das ações de saúde, planejamento local, controle social e promoção à saúde em seu real significado (OLIVEIRA, AQUINO & MONTEIRO, 2012).

Cada sociedade reconhece suas doenças específicas e, quando parte de uma comunidade tradicional não reconhece seus conhecimentos como verdadeiros, surge um mal-estar para aqueles que acreditam neles. Os *Kyikatêjê*<sup>4</sup> necessitam de ervas para o desenvolvimento de algumas práticas corporais tradicionais. Além disso, a doença constitui sempre um estado com muitas implicações sociais. Os *Kyikatêjê* utilizam-se da natureza (que dá sentido à sua percepção) como fonte para obtenção de seus remédios, resultado de uma relação harmoniosa da natureza com o corpo (SCHWEICKARDT, SILVA & AHMADPOUR, 2020).

A maneira como concebem e vivenciam a relação saúde/doença para eles também está associada à espiritualidade e à cosmologia. Em sua compreensão, a doença pode surgir na pessoa porque a sociedade está definhando. Então, para falar da doença, é preciso deslocar o problema do indivíduo para o coletivo, nos

---

<sup>3</sup> Grupo indígena brasileiro que habita as proximidades do médio rio São Francisco, nos limites dos municípios de Tacaratu e Petrolândia, ambos no estado de Pernambuco, e o Norte da Serra do Ramalho, no município de Bom Jesus da Lapa, no estado da Bahia.

<sup>4</sup> Vivem na Terra Indígena Mãe Maria, localizada no município de Bom Jesus do Tocantins, no sudeste do estado do Pará.

tipos de relações que se estabelecem na sociedade, na natureza e no sobrenatural. Na anamnese, o *karaí* (rezadores) pergunta sobre eventuais traumas, sonhos, pesadelos e sustos do paciente (e de seus parentes) para, enfim, prescrever o tratamento. Assim, transcende a dimensão física do paciente para produzir o diagnóstico (VON HELD *et al.*, 2011).

O autor descreve que com relação à saúde, os indígenas exercem sua autonomia frente à moralidade *juruá* (brancos), mantendo suas opiniões e visões de mundo. Se lhes são impostos valores ou razões que não compartilham, simplesmente não aderem às políticas, programas ou tratamentos de saúde. Quando se manifesta a condição que identificam como doença, procuram o *karaí* na *opy* (casa de oração); só buscam a medicina *juruá* se comprovado que se trata de doença de branco. Adotam a terapêutica tradicional, baseada em regime alimentar e interdições, no uso de leite materno, gordura e cinzas de animais ou plantas, preparados como chás e unguentos, aplicados em fricções (ALMEIDA, 1988).

Sem entrar em detalhes sobre esta cosmologia ou perspectiva, a compreensão dos indígenas em relação à experiência da doença, particularmente em casos prolongados ou sérios, remete a questões que vão além do tratamento dos sintomas físicos, alvo único de nossa medicina baseada no diagnóstico e tratamento da doença. O significado da doença é construído através da lógica etiológica, e esta estende a procura das causas para além do corpo físico, deslocando o significado da doença do plano biológico para os contextos cosmológicos, sociais e morais. O discernimento da doença emerge através dos ritos terapêuticos que tentam descobrir as verdadeiras causas do sofrimento. Assim, a procura da cura, como a procura da compreensão da doença, vai além de nossa perspectiva limitada ao corpo (LANGDON, 2005).

A força que vem das matas é trazida pelas rezas tanto de homens como de mulheres e transmitida através de vários corpos (canções, danças, plantas, perfume, água, sal, óleo). Quando a pessoa adoce espiritualmente, é privilegiada a ação de benzê-la com ramos, molho de algumas plantas, justamente com a recitação de preces. As benzedeiras são ditas como aquelas pessoas que benzem com rezas e uso de ramas, verbalizando orações e cuidando de ‘casos mais simples’, como quebranto e vento caído. Já o rezador pode se utilizar de sal ou água, vassourinha, peão-roxo, arruda e tratam de ‘doenças mais complicadas’ (doenças de mulher,



quizeira, vermelha, também conhecida como entrosado, e espinhela caída) (SOUSA, 2020).

Ainda em estudo de Sousa (2020) há relatos sobre as rezas: para alguns rezadores, não se pode ensinar as rezas, pois eles enfraquecem. As rezas possuem mistérios. Um deles é que não se pode rezar em quem tem uma 'natureza mais forte'. As rezas são buscadas pelos *Potyguara*<sup>5</sup> e também por outros indígenas e pelos brancos. As rezas não se destinam só às pessoas, mas aos animais, plantaço, objetos. Os rezadores dizem que não aceitam pagamento por essa açço, pois receberam gratuitamente um dom. Uma das rezadeiras fala que o pagamento é ver a pessoa boa. Porém, algumas pessoas oferecem 'agrados', que podem ser animais, alimentos ou algo mais como gesto de gratidão.

É importante destacar que no desenvolvimento da competência cultural, o profissional de saúde deve permitir uma abertura para identificar a singularidade que o processo de adoecimento adquire para a pessoa, sua família e para seu povo. Para que isso ocorra, Langdon *et al.* (2006) afirma não ser necessário que o profissional de saúde se torne um antropólogo, mas que desenvolva uma sensibilidade, permitindo que o indígena expresse sua experiência sobre a doença e que este profissional se coloque como um sujeito que aprende com o outro e, sobretudo, respeite a diferença cultural.

Para as culturas indígenas, o corpo é construído social e espiritualmente através das dietas especiais, ritos de passagem e outras práticas que constroem a pessoa social. Não é surpreendente, então, que sinais da doença e suas causas sejam frequentemente procurados fora do corpo. Por isso, a quebra de um tabu ou um conflito social pode provocar o encadeamento do processo da doença, e a cura precisa atender não só ao sofrimento físico, mas também ao sofrimento espiritual e moral.

Ao longo dos últimos anos, a saúde indígena tem sido tema de importantes levantamentos e estudos sistemáticos no campo das Ciências Sociais, podemos apontar aqui os autores seguintes: Santos, R. V., Pontes, A. L., & Coimbra Jr, 2020; Pontes *et al.*, 2020; Cardoso *et al.* 2012; Coimbra, 2013; Garnelo *et al.*, 2003; Garnelo, 2014; entre outros. Nesse conjunto de reflexões, figuram os temas das epidemias, das iniciativas de assistência sanitária, das especificidades

---

<sup>5</sup> Grupo indígena brasileiro que, no século XVI, ocupava áreas hoje pertencentes aos estados de Pernambuco, da Paraíba, do Rio Grande do Norte e do Ceará.

socioculturais, das carências nutricionais, da demografia e da criação da política de saúde indígena brasileira. Por fim, é válido fazer uma análise acerca da saúde indígena com a COVID-19 que, em suma, é a mais recente ameaça à saúde global, caracterizada por ser um surto contínuo de doenças respiratórias.

Em 31 de dezembro de 2019, foi notificada à Organização Mundial da Saúde (OMS) a ocorrência de um surto de pneumonia na cidade de Wuhan, província de Hubei, República Popular da China. Rapidamente, identificou-se o agente etiológico, um novo coronavírus: SARS-COV-2 apresenta um alto grau de transmissibilidade por meio de gotículas respiratórias e secreção (GUGLINSKI, 2020; DEL RIO & MALANI, 2020). Os governantes, em sua maioria, adotaram como medidas de prevenção e combate contra a transmissão do COVID-19, práticas de higienização, restrição de circulação e, principalmente, a utilização de máscara.

Com isso, no começo do ano de 2020, ocorreu uma contaminação em massa ocasionada por uma doença altamente contagiosa e mortal em nível mundial: a Pandemia de COVID-19. O COVID-19 é caracterizado por ser um vírus que ataca brutalmente o sistema respiratório humano, podendo ser transmitido de um para o outro através de diversas formas, como por gotículas expelidas pelas pessoas que estão contaminadas, por exemplo, onde os seus sintomas se manifestam após dias de instalação no organismo humano, às vezes de forma brutal e mortal (OMS, 2020).

Ademais, a pandemia do SARS Coronavirus-Cov-2 (doença de coronavírus em 2019; originalmente 2019-NCOV), cujo epicentro era na província de Hubei, a República Popular da China, se espalhou em muitos outros países. De acordo com Velavan e Christian (2020), o Comitê de Resgate da OMS declarou uma emergência global de saúde. Em 11 de março de 2020, a infecção por SARS-CoV-2 se espalhou para mais de 100 países e mais de 100.000 pessoas, causando mais de 4.000 casos fatais, sendo esta a primeira infecção humana com o coronavírus. A Organização Mundial da Saúde declarou esta situação como uma pandemia (BOECHAT, 2020).

O que de início se concentrou nas capitais e grandes cidades, atingiu os espaços urbanos das pequenas cidades, bem como comunidades indígenas, quilombolas e demais espaços rurais. Visando conter a propagação do vírus, medidas de prevenção foram tomadas tais como higiene e sanitização, contenção e isolamento dos invasores em relação às comunidades indígenas (DA SILVA &

OLIVEIRA, 2022). Segundo o Conselho Indigenista, tal pandemia evidenciou a vulnerabilidade que as comunidades indígenas têm enfrentado ao longo dos anos, ressaltando que a saúde individual e coletiva dos povos indígenas deve ser garantida (SAMPAIO & NASCIMENTO, 2022).

Para garantir os direitos a saúde durante a pandemia do Covid-19, foi criada a Lei Nº 14.021 data que dispõe sobre medidas de proteção social para prevenção do contágio e da disseminação da Covid-19 nos territórios indígenas; cria o Plano Emergencial para Enfrentamento à Covid-19 nos territórios indígenas; estipulam medidas de apoio às comunidades quilombolas, aos pescadores artesanais e aos demais povos e comunidades tradicionais para o enfrentamento à Covid-19, a fim de assegurar aporte de recursos adicionais nas situações emergenciais e de calamidade pública (BRASIL, 2020).

Entre os povos indígenas no Brasil o primeiro registro de caso de óbito indígena vítima de COVID-19 ocorreu no dia 20 de março de 2020 de uma senhora pertencente ao povo Borari no município de Santarém no estado do Pará (APIB, 2020). Os dados oficiais do Boletim Epidemiológico da SESAI - COVID-19 sobre a situação do coronavírus em indígenas atendidos pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, atualizados até dia 22 de março de 2022 indicavam a existência de 64.146 casos de COVID-19 em terras indígenas com 898 óbitos (SESAI, 2022). Observa-se que a crise da Pandemia pôs em evidência diversas inseguranças dos povos indígenas, como a vulnerabilidade ambiental, a social e a política. Infelizmente, ser indígena no Brasil implica em viver sob problemas de saneamento básico, confronto com invasores, ausência de Políticas Públicas eficazes por parte do Estado e falta de acesso à saúde.

Os indígenas apresentam as condições mais desfavoráveis quando comparados às demais categorias de cor/raça, com elevadas proporções de internação por pneumonia e diarreia, outras doenças infecciosas e parasitárias (FARIAS *et al.*, 2019). De acordo com Coimbra e Santos (2005, p. 13) o perfil epidemiológico dos povos indígenas é pouco conhecido, decorrendo da exiguidade de investigações, da ausência de inquéritos, censos e de ações governamentais, assim com a da precariedade dos sistemas de informações sobre morbidade e mortalidade.

Epidemias de doenças infecciosas e parasitárias têm sido trágicas recorrências ao longo dos cinco séculos da história da relação entre os

colonizadores e os povos indígenas no que é atualmente o território brasileiro (SANTOS *et al.*, 2020). Historicamente, os povos indígenas juntamente com a parcela da população sob efeitos oriundos até mesmo do racismo ambiental, como as populações ribeirinhas, camponeses, extrativistas e os negros, são os mais afetados pelas crises sanitárias, que tem em comum o elevado registro de óbitos dessas pessoas.

A inexistência de uma rede de serviços públicos de saúde e proteção social bem estruturada e integrada, atrelado a pouca informação acerca do direito ao acesso à saúde (MENEGON & DE JESUS-SILVA, 2020), faz com que a população indígena sofra as consequências diante deste panorama. Pedro Lenza (2014), em seu estudo relacionado ao direito à saúde, afirma de que se trata de um direito de todos e dever do Estado, deve assim, ser garantido através de políticas sociais e econômicas. As políticas visam à diminuição dos riscos de doenças e de outros agravamentos, tendo como finalidade o acesso universal e igualitário das pessoas às ações e a todos os serviços de saúde.

As políticas indigenistas se referem ao conjunto de ações e atividades adotadas pelo Estado em relação às populações indígenas que habitam seu território. Nessa lógica, saúde, educação, meio ambiente, desenvolvimento sustentável podem ser tratados como políticas setoriais que constituem o indigenismo (OLIVEIRA, 1995).

Baseado em Carlos-Júnior (2014), ser indígena no Brasil implica maior chance de não completar o primeiro ano de vida, sofrer de desnutrição e anemia durante o período de crescimento, conviver com elevada carga de doenças infecciosas, entre outros, além de não conseguir ter amplo acesso ao direito à saúde, apesar de estar previsto na Constituição Federal de 1988.

A situação dos indígenas do século XXI quando se encontram com a Covid-19, é a de em consequência da permanência em suas aldeias retornar para o cerne de sua cultura, evitando assim a possibilidade de uma possível viagem a cidade e claro, o contato físico com pessoas de fora, a maior proteção para é eles ficarem bem longe (AURORA *et al.*, 2020).

Soma-se a isso, o distanciamento das comunidades indígenas, o seu modo de vida comunitário, empreendendo dificuldades ao isolamento social, a falta de segurança alimentar, a questão da imunidade genética para as doenças de brancos e o total desinteresse do Estado em viabilizar políticas públicas e fornecer

autoridades médico-sanitárias, que pudessem ajudar na prevenção e no contágio (GONÇALVES, 2020).

Podemos citar os indígenas da etnia *Sateré-Mawé*<sup>6</sup> como exemplos de índios cuja habitação na cidade de Manaus já data de 3 gerações e estão organizados em seis comunidades (ANDRADE, 2012). No dia 4 de maio de 2020 um grupo silencioso de três mulheres indígenas aguardava, em meio a jornalistas e outros populares, a chegada do então Ministro da Saúde, Nelson Teich, ao hospital de referência para casos de Covid-19 no Amazonas, o Delphina Aziz, em Manaus.

As Sateré-Mawé estavam lá para denunciar que os indígenas acometidos pela Covid-19 em Manaus não estavam sendo computados nas estatísticas dos povos indígenas, que na época só considerava os casos ocorridos em terras indígenas demarcadas. Em consequência, sem o reconhecimento de sua identidade étnica, estes usuários do sistema sofriam com as dificuldades de acesso às unidades básicas de saúde na cidade de Manaus (SANTOS, 2020).

Em outro relato encontrado no site do CIMI (ROSHA, 2007) podemos ver o descaso no atendimento ao indígena: “Um dos mais graves problemas que os indígenas da cidade enfrentam é o atendimento à saúde, sem dúvida. Quando procuram os hospitais ou postos de saúde e se identificam como indígenas, são mandados para a FUNAI, que nem é o órgão responsável pela assistência à saúde dos indígenas. Além da discriminação, a desinformação dos agentes públicos colabora para precarizar ainda mais a vida dos índios que vivem no meio urbano”, diz Ana Delia Oliveira, da Pastoral Indigenista da Arquidiocese de Manaus (Igreja Católica).

Esforços para construir o conhecimento sobre a situação dos indígenas nas cidades ainda são poucos. A carência de dados que possam subsidiar políticas públicas também se reflete no desconhecimento sobre a complexidade de formas de ocupar e viver no território, como mostram os elevados números sobre os domicílios “improvisados” entre indígenas residentes fora das terras demarcadas (MARINHO *et al.*, 2017).

Considerando o cenário descrito acima, o princípio da equidade que deve orientar as políticas de saúde e reconhecendo as demandas e necessidades singulares de determinados grupos populacionais, foi instituído no SUS um conjunto

---

<sup>6</sup> Os Sateré-Mawé habitam a região do médio rio Amazonas, em duas terras indígenas, uma denominada TI Andirá-Marau, localizada na fronteira dos estados do Amazonas e do Pará.

de políticas de equidade em saúde, de forma a reduzir e minimizar os impactos da determinação social da saúde em tais grupos (PESSOA *et al.*, 2018).

As barreiras sanitárias implementadas pelas comunidades indígenas nesse período de Pandemia constituíram-se em verdadeiros movimentos autônomos com vista a impedir o acesso de pessoas ao território, tais medidas foram adotadas por várias comunidades. Essas comunidades indígenas de diversas regiões e contextos territoriais fecharam os seus territórios, restringindo de forma eficaz as incursões às terras indígenas. Em alguns casos, a restrição se estendeu até para indígenas residentes nas cidades, mesmo que trabalhadores ou estudantes temporários (AMADO & RIBEIRO, 2020).

Fica evidente a situação de omissão do governo brasileiro em relação às comunidades indígenas e, atualmente ainda mais, à disseminação do novo coronavírus nas aldeias de todo o Brasil. Ademais, não somente os impactos do coronavírus são lesivos, como um histórico de políticas anti-indígenas vem sendo estruturado antes e durante o contexto pandêmico, priorizando a desconstrução de direitos fundamentais garantidos pela ordem jurídica (CASTRO *et al.*, 2021).

Indígenas relatam o impacto da Covid-19 nas aldeias e desafios dos povos em meio à pandemia. Trazemos alguns depoimentos e relatos contidos em reportagens e blogs de notícias (g1, Amazônia Real, Agência Jovem e Unicef) no período mais rigoroso da Pandemia: “Esta pandemia trouxe mais atenção para que nos preocupemos pela formação de novas lideranças, novos anciãos, porque sentimos o impacto dela a partir da perda da nossa liderança”, emociona-se Rayanne Cristine, do povo *Baré*<sup>7</sup>, no Amazonas. “Precisamos ter entendimento das palavras técnicas e traduzir isso de uma forma fácil para a comunidade. É muito preocupante porque às vezes tentamos explicar algo [sobre a pandemia] e acaba saindo diferente. Então, além de receber a informação, precisamos traduzir para repassar”. A jovem faz parte da Rede de Juventude Indígena e integra o grupo de trabalho da Plataforma Indígena Regional perante Covid-19 na América Latina.

Outras falas como: "Amedrontou todos nós", "É bem difícil ter que lidar com esses novos hábitos para não propagar o vírus", "Temos o costume de visitar as pessoas que estão doentes, levar remédios, fazer comida, mas neste momento fica

---

<sup>7</sup> Vivem principalmente ao longo do Rio Xié e alto curso do Rio Negro.

difícil fazer isso", são alguns dos relatos que compõem o livro "Fala parente! A Covid-19 chegou entre nós"<sup>8</sup>.

A artesã e agricultora Terezinha Ferreira de Souza quase morreu de Covid-19 em junho de 2020. Terezinha é *Sateré-Mawé* é moradora da comunidade Gavião, onde vivem 30 pessoas e localizada à margem do rio Tarumã-Açu, afluente do rio Negro em Manaus. Após idas e vindas em diversas unidades de saúde de Manaus, onde presenciou pessoas morrendo nos corredores, ela foi internada na ala indígena do Hospital de Combate à Covid Nilton Lins, a custo de muitos tropeços e omissões das autoridades de saúde.

Terezinha alternou momentos de lucidez e prostração durante a internação. Ela conta que na fase final do tratamento, tirou "uma vermezinha preta do nariz" semelhante a uma cobra pequena. "Uma parenta minha (Moy Sateré) dizia que eu precisava tirar essa coisa da garganta e do nariz. Assim começaria a me limpar. Levantaria devagar. Quando melhorei, é porque tirei a cobra", conta. Foi durante o sono que Terezinha viveu a experiência de ser tratada por pajés. "Eu vi os três na parede, esfumaçando. O nosso remédio salvou muitos de nós. Valeu para aqueles que creram", lembra ela.

"Na aldeia, ainda se pode pescar ou caçar, mas na cidade, se não tiver dinheiro, não tem nada. E em muitas comunidades, a principal atividade econômica é o artesanato e as apresentações culturais nas feiras. E essas duas atividades foram drasticamente atingidas. Passamos fome. Só não morremos por conta das organizações indígenas e da rede de solidariedade que foi formada por comunidades indígenas, indigenistas e nossos aliados", diz Marcivana, do povo *Sateré-Mawé*.

Simultaneamente à fome vieram também as sequelas físicas e espirituais. Muitos indígenas não sabiam como reagir à doença e temeram ser estigmatizados. "Quando começou a doença no ano passado, muitos parentes passavam mensagem no privado (das redes sociais) dizendo: 'estou com Covid, mas não divulga'. Ou seja, a doença estava carregada de algo muito forte, do medo do preconceito. Por outro lado, teve um fato interessante da pandemia que foi o uso da nossa medicina tradicional", lembra Marcivana em dezembro de 2021.

---

<sup>8</sup> O livro "Fala Parente! A covid-19 chegou entre nós" é uma realização do PET-Indígena do Curso de Licenciatura Intercultural Indígena da Universidade Federal do Amapá (UNIFAP). Copyright © Iepé, 2021.

Assim como milhares de amazonenses, Aldevan morreu sem atendimento médico adequado. Vagou por dias sem ar e sem forças por unidades de saúde de Manaus em busca de teste de Covid-19 e exames de imagem. Quando finalmente o sistema de saúde se dispôs a atendê-lo, já era tarde. Uma das partes mais impactantes é o relato da agonia e morte da liderança Guilherme Padilha Samias, do povo *Kokama*<sup>9</sup>, em 14 de maio de 2020. Não bastasse a agressividade da doença, Samias teve de esperar por um avião que nunca chegou para transferi-lo para Manaus. Seus rins falharam e ele não resistiu. Após a sua morte, a direção do Hospital de Guarnição de Tabatinga quis registrá-lo como pardo e exigia o RANI (Registro Administrativo de Nascimento Indígena) para que ele pudesse ter a sua identidade indígena reconhecida.

Encontramos relatos de indígenas do Amapá como o Dieimisom Sfair, indígena *Karipuna*, da Aldeia Manga, Terra Indígena *Uaçá*, município de Oiapoque. É professor indígena e Pós-Graduando no curso de Estudos Culturais e Políticas Públicas pela UNIFAP, e contou um pouco sobre a experiência vivida durante essa pandemia: “No início, quando esse vírus ainda estava tão longe de todos nós, parecia que nunca iria chegar até aqui na aldeia. Mas, como em um passe de mágica, chegou no Brasil e, infelizmente, também nas comunidades indígenas. A situação da assistência às comunidades indígenas sempre foi muito difícil diante das políticas públicas que, a todo momento, atropelam os direitos dos indígenas e não respeitam seu modo de viver e lidar com o meio ambiente. O sistema de saúde voltada aos indígenas também é e sempre foi muito precário, assim, os indígenas tornam-se mais vulneráveis a contrair essa doença”<sup>10</sup>.

Dieimisom relatou ainda que em sua comunidade eles acompanharam as etapas dessa doença e tiveram que tomar medidas drásticas de isolamento, mas não conseguimos evitar o contágio. Falou que ficou muito triste em ver grandes perdas de lideranças e guerreiros, com elas foram conhecimentos e também uma grande força na luta a favor dos direitos indígenas.

Histórias tocantes como essas foram reunidas no recém-publicado livro “Pandemia e Território” do Projeto Nova Cartografia Social da Amazônia. O livro traz um abrangente panorama dos povos tradicionais da Amazônia. No sul do

---

<sup>9</sup> Grupo indígena que habita a Amazônia do alto rio Solimões, onde se encontram a Área Indígena Évare I e Terras Indígenas Igarapé Acapori de Cima e Sapotal até o médio Solimões, na Área Indígena Kokama, no estado brasileiro do Amazonas.

<sup>10</sup> Trechos do livro “Fala Parente! A covid-19 chegou entre nós”.



Amazonas, a gravidade da pandemia é evidenciada pela história dos *Tupi Kagwahiva*. O antropólogo Jordeanes do N. Araújo, a historiadora Suellen Andrade Barroso e a liderança indígena Angelisson Tenharin traçam um histórico do contato dos *Parintintin, Tenharin, Jiahui, Juma, Jupau, Amondawa*, todos pertencentes ao tronco *Tupi Kagwahiva*, com “doenças de branco”, como a gripe, o sarampo e a tuberculose. A figura 6 mostra uma Cerimônia do luto e foi extraída de uma matéria do portal de notícias Agência Jovem de Notícias (AJN).

**Figura 6:** Cerimônia de luto do Povo *Tenharim*



Fonte: ARAÚJO, BARROSO, & TENHARIM (2020)

Leandson Aniká Batista, indígena da etnia *Karipuna*, morador da aldeia Manga, Terra Indígena *Uaçá*, município de Oiapoque falou um pouco sobre a Covid-19 e de como ela afetou toda a população de sua aldeia: “No início, quando o vírus surgiu na China, não me preocupei de imediato, pois o Brasil fica do outro lado do mundo, mas não demorou muito e a Covid-19 chegou ao Brasil. Quando os primeiros casos apareceram no Amapá, de imediato os líderes das comunidades indígenas se mobilizaram para alertar os membros das comunidades a não sair das suas aldeias. As lideranças, junto com as comunidades, optaram por fechar o ramal do Manga, que dá acesso à cidade”.

Leandson Aniká contou ainda: “No dia 12 de maio, após o dia das mães, o meu querido tio, Manoel Aldo, que tinha diabetes, começou a passar mal, com falta de ar, teve que ser encaminhado para o Hospital de Oiapoque. Eu e o genro dele, Edson Martins, acompanhamos sua transferência para a cidade. Lá tivemos que nos revezar no hospital para cuidar do meu tio, foi um momento de muito sofrimento e tristeza, meu tio estava muito doente e eu não podia fazer muita coisa, apenas cuida

dele. No mesmo dia ele veio a óbito com suspeita de Covid-19, eu fiquei sem chão, chorando muito e lembrando dos bons momentos que passamos do seu lado. Após tudo isso o coronavírus passou a circular na Aldeia Manga, muitas pessoas começaram a adoecer. Diante disso que ocorreu em minha família trago hoje um alerta para toda a população indígena e não indígena se prevenir e cuidar dos seus entes queridos pois essa doença não veio para brincar, mais sim acabar com a vida das pessoas”.

Em 2020 Agnaldo Narciso Monteiro, da etnia *Galibi-Marworno*, nascido na aldeia *Kumarumã* e, atualmente, mora na Aldeia *Tukay*, narrou: “Devido ao meu trabalho de técnico em enfermagem tive que atender pacientes com o coronavírus e acabei sendo contaminado, passei 14 dias afastado do trabalho, sentindo os mesmos sintomas que as pessoas que atendia costumam sentir, porém, graças a Deus, eu tive sintomas mais leves. Logo voltei a atuar novamente na Saúde Indígena e a nossa maior preocupação era com a população indígena, com o grupo de risco. Temos vários pacientes diabéticos e hipertensos nas comunidades, então tivemos muita preocupação, em especial com as aldeias maiores, como *Kumenê*, *Kumarumã* e *Manga*”.

Agnaldo conta como conseguiu amenizar a situação dentro das comunidades, já que os próprios indígenas combateram os sintomas do coronavírus com ervas medicinais, com medicamentos caseiros, xaropes caseiros, banhos caseiros que eles faziam com ervas. Revelou que “Com isso a gente conseguiu reduzir a morte dos nossos parentes por causa do coronavírus. Não vou dizer que não tivemos perda de parentes, a gente teve sim, teve situações onde perdemos vários parentes, principalmente os mais idosos”.

Danilo Figueiredo Narciso, da etnia *Galibi-Marworno*, morador da cidade de Oiapoque, Técnico em Enfermagem, lotado no Pólo Base *Kumenê*, relatou um pouco sobre a doença do Coronavírus: “Desde quando eu nasci em 1984 eu nunca tive um pânico desses, sei que existiu, lógico, com a peste negra e a gripe espanhola, mas isso foi há muitos anos atrás, mas com a Covid-19 estou no enfrentamento. Eu vi na TV quando surgiu na China, depois estava na Europa, depois no Brasil. O povo pensou que não iria chegar no Brasil, na população indígena, mas se espalhou entre a população indígena em geral. Os indígenas tiveram um pouco de pânico, a doença é nova e ninguém tinha um estudo específico para saber como iria ser o tratamento”.

Trago ainda a transcrição da entrevista de Danilo Figueiredo Narciso: “Os indígenas, os nossos antepassados da Amazônia brasileira, eles também têm os seus remédios, as ervas medicinais. O povo *Galibi-Marworno* descobriu o chá de caferana, jambú e limão galego, fizeram um xarope e tomaram. Graças a Deus eles foram se recuperando, porque na saúde indígena, na SESAI, não posso dizer que eles tinham medicação, mas posso dizer que a nossa equipe, o técnico, o enfermeiro, o médico, nós fizemos o máximo possível para atender a população indígena. Nós também ficamos tristes por alguns terem perdido seus familiares, principalmente aqueles com mais idade, nós ficamos tristes com isso”.

As inúmeras aldeias indígenas do país hoje nos ajudam a fazer as perguntas necessárias e urgentes, como, por exemplo: Quais são as justificativas sanitárias e/ou sociais para o agravamento das doenças infecciosas, sobretudo as respiratórias, entre os indígenas? Quais alternativas resolveriam o problema das longas distâncias entre as aldeias e os hospitais de referência, a fim de ampliar o acesso dos grupos indígenas ao sistema de saúde? Qual o papel do Estado diante do perigo iminente dos garimpos ilegais e/ou das invasões às terras indígenas? Como equacionar as especificidades culturais de sociabilidade e moradia com a indicação de distanciamento social para a contenção da transmissibilidade de um vírus? Quais impactos as carências nutricionais têm na saúde indígena de forma mais ampla e como essa questão pode ser solucionada num período de pandemia? (BRITO, 2020).

Esse contexto reforça, entre outros fatores, o estado de vulnerabilidade dos povos indígenas, que durante a pandemia se agravou. Ainda, demonstra o descaso do governo na prestação da devida assistência à saúde e proteção no intuito de reduzir e/ou sanar os casos de COVID-19 dentro das aldeias, mesmo sendo um direito previsto constitucionalmente.

Nessas circunstâncias, a pandemia desnudou a vulnerabilidade dos povos indígenas, desassistindo-os de qualquer política sanitária por parte do Estado. Contudo, essa vulnerabilidade não resultou na passividade dos sujeitos, mas os levou a tomar a dianteira na realização de ações próprias no combate ao vírus. Se por um lado, a pandemia inviabilizou ações de isolamento social nas comunidades, por outro, exigiu que os sujeitos se adaptassem às novas limitações, potencializando ações locais de resistência e resiliência. As lideranças e organizações indígenas, em

parceria com universidades, organizações da sociedade civil, organizações não governamentais construíram diversas estratégias (SOUZA, 2021).

### **3.3 Aspectos gerais da resposta da SESAI frente à pandemia da Covid-19**

O Brasil possui, integrado ao Sistema Único de Saúde, o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena dedicado exclusivamente aos indígenas brasileiros. A Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) é o órgão do Ministério da Saúde responsável pela gestão desse Subsistema e trabalha de forma integrada com os indígenas por meio do controle social representado pelo Fórum de Presidentes de CONDISI e Conselhos Distritais de Saúde Indígena.

O Censo Demográfico é a única pesquisa oficial universal de contagem e caracterização socioeconômica da população indígena, atualizando os quantitativos de indivíduos, aldeias, comunidades, etnias e línguas faladas. O IBGE estima que no Brasil existiam 7.103 localidades indígenas e 5.972 localidades quilombolas em 2019, de acordo com a Base de Informações Geográficas e Estatísticas sobre os Indígenas e Quilombolas, feita a partir da base territorial do próximo Censo, adiado para 2022 e ainda não finalizado, e do Censo 2010.

O estudo mostra que as localidades indígenas estão distribuídas em 827 municípios brasileiros. Do total de localidades, 632 são terras indígenas oficialmente delimitadas. O restante constitui 5.494 agrupamentos indígenas, sendo 4.648 dentro de terras indígenas e 846 fora desses territórios. As demais 977 são denominadas outras localidades indígenas, aquelas onde há presença desses povos, mas a uma distância mínima de 50 metros entre os domicílios.

Segundo Mendes (2019), dos 851.576.704,9 hectares de território brasileiro, cerca de 119.220.738,68 km estão em posse de comunidades indígenas, totalizando assim 14% do território nacional. Esses dados são estimados pelos principais órgãos envolvidos nas questões indígenas no Brasil (IBGE, ICMBio, Funai, INCRA, Embrapa, entre outros).

Manaus é a cidade mais populosa da Amazônia brasileira com quase 2 milhões de habitantes (IBGE, 2010), distribuídos em 63 bairros por uma área de mais de 11 mil km<sup>2</sup>. O que chamou a atenção de Pereira (2021) é a diversidade étnica nesta metrópole, os dados do Censo 2010 apresentam 4.020 indígenas autodeclarados, representando 92 etnias, que falam 36 diferentes línguas distribuídos em 62 bairros.

Destacamos três áreas de ocupação não regularizadas juridicamente, nas quais se concentra grande quantidade de indígenas: o “Assentamento Povo Indígena do Sol Nascente”, a “Comunidade Nações Indígenas” e o “Parque das Tribos”, onde residem mais de 800 famílias de 20 etnias.

De acordo com a Agência Brasil (2022) na região do Parque das Tribos, bairro de Tarumã, vivem 2.800 pessoas de 35 etnias. Rodrigo Tobias, pesquisador em Saúde Pública, da Fiocruz Amazônia, argumenta que a situação nos grandes centros impõe muitos desafios. O levantamento da Agência Brasil ainda mostrou que 68% das famílias indígenas que vivem na área urbana são lideradas por mulheres.

Os que vivem lá migraram há cerca de nove anos em busca de melhores condições de vida e mais acesso às políticas públicas. Das 2.800 pessoas que vivem no Parque das Tribos, em Manaus, a maioria veio de etnias do Alto Solimões: os Kokama e Sateré-Mawé. Depois, os que chegaram do Alto Rio Negro, como os Baré, Tukanos e Baniwas. Podemos citar também o espaço territorial da comunidade indígena Sahu-A-pé na região metropolitana de Manaus Amazonas, que tem sido atrativo turístico por meio da cultura do povo Sateré-Mawé.

Cerca de 97% dos indígenas que vivem na área urbana de Manaus (AM) não recebem mais de R\$ 600, por mês. Isso faz com que eles vivam em situação de pobreza e baixo acesso a políticas públicas, sobretudo de saúde.

Em relação à raça/cor, dos óbitos analisados (até 2021), os pardos foram os mais acometidos pelos óbitos por COVID-19 e o menor percentual ocorreu em indígenas. Porém, é importante salientar que o Amazonas é o estado que comporta o maior número de indígenas autodeclarados no Brasil.

Segundo o IBGE (2010), o número de pessoas autodeclaradas indígenas era 4.040 no censo daquele ano. Já a Coordenação dos Povos Indígenas de Manaus e Entorno (COPIME) informa que existe uma população indígena com 30 mil pessoas em Manaus. Entretanto, a população indígena autodeclarada registrada no Sistema e-sus compreende oito mil indígenas, distribuídos em 52 comunidades entre urbanas e rurais (FELDMAN & BASSETT, 2021).

De acordo com o Conselho Indigenista Missionário (CIMI) (2019), a pandemia serviu para colocar em evidência a fragilidade e as vulnerabilidades que as comunidades indígenas já enfrentam durante anos: a pandemia também explicita as fragilidades do sistema de atenção, estruturado para proteger e promover a saúde individual e coletiva da população indígena, e o quão vulnerável e

dependente ele é, do (des)compromisso dos gestores públicos de plantão com seus direitos, inclusive a uma vida saudável (CIMI, 2019, p. 38).

Durante o ano de 2020, o Estado do Amazonas como um todo foi ficando com uma situação mais estável em número de casos e óbitos, porém no início de 2021, principalmente na cidade de Manaus, a situação se agravou, pois começou uma superlotação em hospitais público se privados, além de uma nova variante identificada, denominada de P.1, houve também crises relacionadas ao abastecimento de oxigênio na cidade, necessitando de importações de outros estados e países, além de necessário o transporte de pacientes para hospitais de outros Estados. Reflexos dessa crise, não afetaram somente a cidade de Manaus, mas municípios próximos, que fazem parte da Região Metropolitana de Manaus, como Iranduba, Manacapuru, Itacoatiara e etc., que em muitos casos necessitavam transportar seus pacientes para Manaus devido à sua incapacidade hospitalar de atender a tantos casos e por ausência de leitos de UTI (NETO, 2022).

Ao evidenciar o fato antedito, no ano todo de 2020, 64 indígenas vieram a óbito e, no primeiro semestre de 2021 o número de óbitos em indígenas já havia alcançado 47 óbitos registrados (73%). Os maiores registros de óbitos de indígenas foram os que residiam no distrito de saúde rural. Frisa-se, ainda, que a gravidade que foi a pandemia de COVID-19 na perspectiva da organização dos serviços de saúde, bem como a subnotificação dos óbitos de indígenas são aspectos relevantes que merecem pesquisas mais aprofundadas a partir dos resultados deste estudo (ESQUIVEL, 2022).

Só no Amazonas, de acordo com dados da Fundação de Vigilância em Saúde (FVS), 69.788 indígenas foram diagnosticados com a Covid-19. Além dos casos registrados nos sete distritos sanitários da SESAI no estado, a FVS registrou 1619 casos e vinte e sete mortos em Manaus, informações atualizadas na data de 20 de Fevereiro de 2023.

Tanto as ações de prevenção à infecção pelo coronavírus quanto as de enfrentamento à doença devem levar em conta que estas pessoas estão circulando: saindo da cidade rumo às terras indígenas e de lá retornando continuamente. Ações eficazes de testagem, quarentena e tratamento dos acometidos na cidade poderiam ter evitado a disseminação do vírus nas áreas indígenas e nas comunidades ribeirinhas.

Pode-se verificar também que, após esse período, a partir de 2021 os casos novos de COVID-19 surgem de maneira mais exacerbada do que o ano anterior, foi nessa época que o Estado sofreu com a crise de oxigênio, porém nesse mesmo ano, começa a aplicação de doses da vacina contra a doença, porém devido a diferença de tempo para a aplicação das duas doses, o primeiro trimestre de 2021 apresenta uma quantidade menor de doses, justificado também pela preferência em vacinação para os grupos de risco na época, porém a partir disso, a quantidade de doses aplicadas aumenta progressivamente, enquanto o número de casos novos diminui gradativamente, até que se encontram estabilizados no final de 2021 (NETO, 2022).

A legislação vigente prevê que a SESAI atenda os indígenas abrangidos pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS), conforme previsto na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, modificada pela Lei nº 9.836 de 23 de setembro de 1999. Deve-se observar ainda o Decreto nº 3.156, de 27 de agosto de 1999, a Portaria nº 254/2002 - Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. e a Portaria nº 70/2004, constante da Portaria de Consolidação nº 02, de 28 setembro de 2017.

Além disso, a SESAI vem realizando ações e atendimentos decorrentes da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental – ADPF nº 709. Atualmente, a SESAI atende a 775.121 Indígenas; 6.552 aldeias; 305 etnias que falam 274 línguas e se encontram distribuídos em 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI).

O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria Especial de Saúde Indígena, vem disponibilizando, desde 28 de janeiro de 2020, mesmo antes da Organização Mundial da Saúde (OMS) decretar a Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), uma série de documentos técnicos para que os povos indígenas, gestores e colaboradores pudessem adotar medidas para prevenir e tratar a infecção pelo Novo Coronavírus.

Dentre os documentos produzidos pela SESAI, encontram-se portarias, informes técnicos, relatórios, recomendações, protocolos de manejos clínicos, boletins epidemiológicos, ações das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) e equipes das CASAI dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus em Povos Indígenas para os 34 (trinta e quatro) Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI); Planos de Contingência Distritais para Infecção Humana pelo Coronavírus;

Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a covid-19 (incluindo desdobramentos como a Nota Técnica nº 7/2021-COGASI/DASI/SESAI/MS) e recomendações gerais.

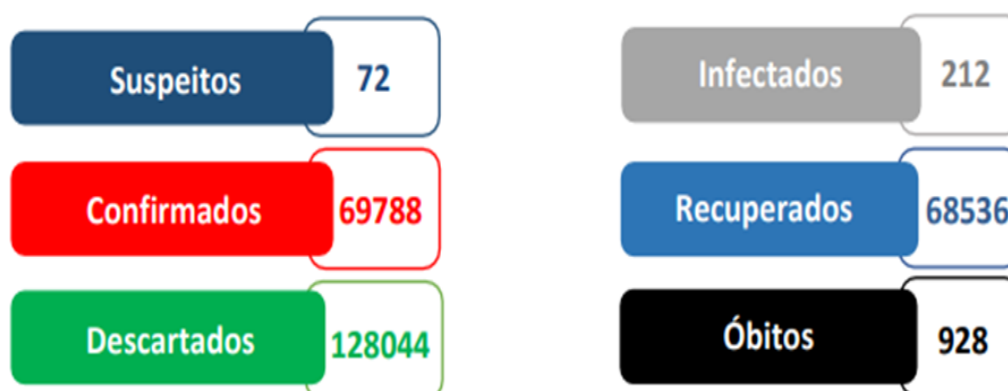
Os dados gerais de casos no país são atualizados diariamente pelo Ministério da Saúde acerca do número de casos confirmados da doença COVID-19 na Plataforma Integrada de Vigilância Em Saúde (IVIS) disponível em: <http://plataforma.saude.gov.br/novocoronavirus/>. Já os informes e boletins epidemiológicos da Covid-19 no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena encontravam-se disponíveis no site <https://saudeindigena.saude.gov.br>.

A SESAÍ criou esse portal especialmente para divulgar, diariamente, o número de casos suspeitos, confirmados, descartados, óbitos e recuperados. A atualização ocorria, diariamente, de segunda a sexta, entre 17h00 e 18h00, como podemos ver o exemplo na Figura 7 o Boletim Epidemiológico SESAÍ sobre COVID 19 e na Figura 8 a Distribuição dos casos confirmados de Covid-19 em indígenas assistidos pelo SASISUS, notificados pelos DSEI, entre 2020 a 2023.

**Figura 7:** Boletim Epidemiológico SESAÍ sobre COVID 19 no Brasil

Última atualização: 07 de novembro de 2022 – 17:00

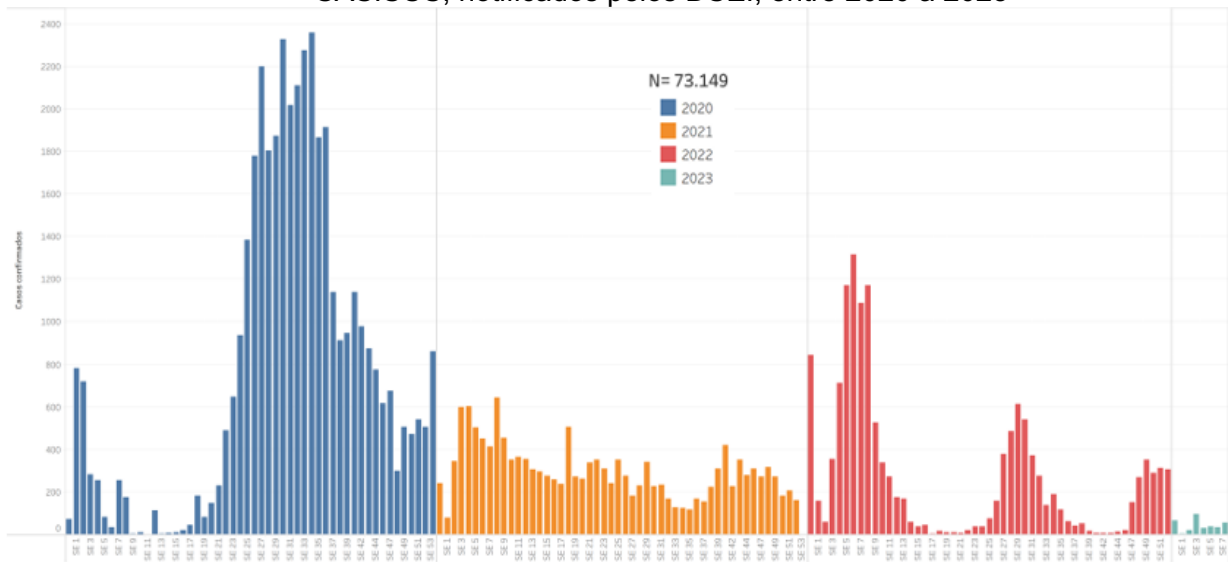
## PANORAMA ATUAL



Fonte: Ministério da Saúde Secretaria Especial de Saúde Indígena, 2022.



**Figura 8:** Distribuição dos casos confirmados de Covid-19 em indígenas assistidos pelo SASISUS, notificados pelos DSEI, entre 2020 a 2023



Fonte: SESAI/MS. Dados atualizados em 07/03/2023.

Os casos suspeitos, confirmados, descartados, infectados atualmente, cura clínica e óbitos por COVID-19 em indígenas atendidos pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no DSEI Manaus com última atualização em 19 de abril de 2023 às 17:00 horas (Quadro 3).

**Quadro 3:** Dados DSEI Manaus

DSEI	Casos Suspeitos	Casos Confirmados	Descartados	Infectados (atual)	Recuperados	Óbitos
MANAUS	0	1722	2316	0	1695	27

Fonte: Fichas de notificação e resultados laboratoriais, atualizado em 19/04/2023.

Legenda:

- Os casos confirmados são cumulativos.

- Os casos registrados em recuperados e óbitos já estão contabilizados nos casos confirmados.

**CASO SUSPEITO:** caso que saiu da aldeia e retornou e que apresente quadro respiratório agudo. Ou caso que não saiu da aldeia e que teve contato próximo com caso suspeito ou confirmado de COVID-19 nos últimos 14 dias e que apresente quadro respiratório agudo.

**CASO CONFIRMADO:** caso com resultado positivo por confirmação laboratorial ou confirmados por critérios clínico, clínico-epidemiológico e clínico-imagem.

**INFECTADO ATUAL:** caso confirmado para COVID-19, com infecção ativa, que ainda não completou 10 dias em isolamento domiciliar, a contar da data de início dos sintomas, ou, em caso de internação hospitalar, que ainda não recebeu alta médica.

**CASO DESCARTADO:** caso que se enquadre na definição de suspeito e apresente resultado laboratorial negativo para SARS-CoV2 ou confirmação laboratorial para outro agente etiológico.

**RECUPERADOS:** casos confirmados que passaram por 10 dias em isolamento domiciliar, a contar da data de início dos sintomas E que estão há 24 horas assintomáticos. Casos em internação hospitalar: diante da avaliação médica. Indivíduos assintomáticos confirmados laboratorialmente que passaram por 10 dias em isolamento domiciliar após a coleta da amostra mantendo-se assintomáticos durante o período de isolamento.

O Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana do novo Coronavírus (COVID-19) em povos indígenas, da SESAI de março de 2020, define como papel da gestão, em todos os níveis de resposta, “Promover ações de educação em saúde referente à promoção, prevenção e controle do novo coronavírus (COVID-19) na população indígena”. Entretanto, esse Plano não orienta diretrizes para a realização dessas atividades e tampouco indica estratégias de incentivo financeiro para sua produção.

Os Planos de Contingência dos DSEIs não podem simplesmente repetir os termos das orientações gerais, é preciso que haja adequações destas à realidade local. Outro item primordial, também constante tanto na Portaria Conjunta 4.094/18, quanto no OFÍCIO CIRCULAR n. 27/2020/COGASI/DASI/SESAI/MS é o de que os DSEI's que possuem Povos Indígenas Isolados e de Recente Contato sob sua jurisdição considerem a alta vulnerabilidade social e epidemiológica e diferenciem no Plano de Contingência as ações voltadas especificamente a essas populações.

Esta diferenciação nada mais é do que um Plano de Ação específico para cada povo isolado e de recente contato. Assim, mais do que simplesmente referenciar a existência da Portaria 4.094/18 em seus Planos, é necessário que os DSEIs, em coordenação com a Funai, detalhem as ações e protocolos necessários à proteção de povos isolados e de recente contato nesse momento de quarentena e, também, para o atendimento diferenciado para cada referência confirmada de povo isolado.

O Plano de Contingência orienta as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) e pede que os Agentes Indígenas de Saúde e Agentes Indígenas de Saneamento também recebam as informações para que possam ajudar na conscientização da comunidade sobre as medidas de prevenção e controle da doença, na identificação precoce de sinais e sintomas de Síndrome Respiratória Aguda Grave. Os integrantes das equipes multidisciplinares também devem ser capazes de compreender o fluxo de encaminhamento dos casos suspeitos da Covid-19 e adotar as medidas de proteção individual diante de um caso suspeito (MS, 2020).

A Lei 14.021, de 2020, foi publicada na edição do Diário Oficial da União e de acordo com essa lei, o atendimento dos indígenas que moram fora das terras

demarcadas deve ser feito diretamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), “respeitadas as especificidades culturais e sociais dos povos”. Nesse caso, os pacientes devem apresentar “comprovação documental”, como o Registro Administrativo de Nascimento do Indígena (RANI) ou a certidão de nascimento com identificação étnica (AGÊNCIA SENADO, 2020).

O texto aprovado em junho pelo Legislativo (Projeto de Lei 1.142/2020) previa o acesso das comunidades a uma lista de serviços a serem prestados “com urgência e de forma gratuita e periódica” pelo poder público. O presidente Jair Bolsonaro vetou seis deles: acesso universal a água potável; distribuição gratuita de materiais de higiene, limpeza e desinfecção de superfícies; oferta emergencial de leitos hospitalares e de unidade de terapia intensiva (UTI); aquisição de ventiladores e máquinas de oxigenação sanguínea; distribuição de materiais informativos sobre a covid-19; e pontos de internet nas aldeias. O Poder Executivo barrou 16 dispositivos da norma.

Reconhece-se a vulnerabilidade das populações indígenas as doenças respiratórias, as especificidades étnicas, culturais e modo de vida dos povos indígenas. Os determinantes sociais impactam diretamente no setor saúde como a falta de condições dignas de saneamento e abastecimento de água, educação deficitária, baixo acesso a alimentação adequada e habitação digna, carência de projetos voltados para geração de renda e emprego, falta de segurança pública e fomento à produção de subsistência autossustentável, e tem como consequência os agravos à saúde como a incidência de infecções agudas do trato respiratório, infecções intestinais e doenças infectocontagiosas (MS, 2020).

O texto cria o Plano Emergencial para Enfrentamento à Covid-19 nos territórios indígenas, com medidas de vigilância sanitária e epidemiológica para prevenção de contágio e disseminação da doença. Além das aldeias isoladas ou de recente contato, a lei se aplica a indivíduos que vivem fora das terras demarcadas e a povos indígenas de outros países que se encontram no Brasil em situação de migração provisória (AGÊNCIA SENADO, 2020).

A SESAI apresentou, em 11 de março de 2020, o Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana do novo Coronavírus (COVID-19) em povos indígenas (SESAI, 2020), que foi encaminhado aos DSEI como orientação para elaboração dos seus planos distritais. Tais Planos de Contingência deveriam estar em execução plena nesse momento, a partir da articulação de redes

interinstitucionais locais e em nível central, capazes de pensar estratégias de acordo com cenários variados, uma vez que durante a pandemia as condições não são estáveis, porém não foi o que aconteceu na prática.

A orientação da ANVISA sobre o fato é de que medidas mais rigorosas devem ser adotadas de acordo com cada situação enfrentada, o que se aplica ao contexto dos povos indígenas diante das suas múltiplas vulnerabilidades e vulnerabilização. Nessa situação, um médico da SESAI voltou de suas férias, da cidade de São Paulo, para atender indígenas da região do Alto Rio Solimões, no dia 25 de março, e deu início a uma cadeia de contaminações das populações locais. Dessa forma, uma pessoa se deslocando desde São Paulo, foco principal da transmissão no país naquele momento, deveria ser testada com RT-PCR e realizar quarentena antes de atender a população indígena (Relatório APIB, 2020).

O primeiro caso confirmado da Covid-19 entre os povos indígenas, registrado no Brasil, foi de uma jovem Agente Indígena de Saúde (AIS) do povo *Kokama*, de 20 anos, no município de Santo Antônio do Içá, no Amazonas. Esse caso revela um padrão que irá se persistir sobre a entrada do vírus em muitos territórios, evidenciando a política anti-indígena do governo. Esse caso também é um exemplo da fragilidade da estruturação das medidas sanitárias adotadas nas rotinas do Subsistema (Relatório APIB, 2020).

Descabido ressaltar que a eventual disseminação de contágio nas populações indígenas, pode vir a comprometer gravemente todo o planejamento realizado no âmbito da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 709, bem como todos os esforços e recursos empregados pela Administração Pública federal no sentido de prevenir e conter os riscos de infecção dos povos tradicionais pela Covid-19.

Entre as medidas implementadas pela União com o objetivo de cumprir o acórdão desse Supremo Tribunal Federal, destacam-se a consolidação de um Plano de Barreiras Sanitárias, com coordenação do Gabinete de Segurança Institucional, da Presidência da República; a concepção de um Plano Geral de Enfrentamento da Covid-19 para Povos Indígenas, coordenado pelo Ministério da Justiça, e mais recentemente, a execução de um Plano de Isolamento de Invasores de terras indígenas (ADPF nº 709).

Conforme o Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19, os indígenas atendidos pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do

SUS (SASISUS), foram considerados como grupo prioritário da vacinação, assim como os trabalhadores da saúde que atuam nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), que também foram incluídos como grupo prioritário.

Em 6 de junho de 2020, o Brasil restringiu a divulgação de dados sobre o impacto do coronavírus no país, e o Ministério da Saúde não informou nem o total de mortos e nem o total de casos confirmados pela Covid durante a pandemia. As mudanças ocorreram após dois dias seguidos de recorde de mortes e divulgação tardia dos números, sendo o Brasil o 3º país do mundo com mais mortes acumuladas (DeltaFolha, 2020). Diante das mudanças, o Legislativo e o Judiciário passaram a se articular para obter e divulgar essas informações a fim de garantir a transparência, já que mostra que estaria havendo uma manipulação de dados.

Pode-se ressaltar que não encontramos em nenhum documento disponibilizado publicamente pela SESAI quaisquer referências ao Plano de Enfrentamento e Monitoramento da Covid-19 para povos indígenas brasileiros, desenvolvido entre agosto de 2020 e janeiro de 2021, sendo parcialmente homologado pelo Ministro Barroso no âmbito da ADPF 709, em março de 2021.

Apesar das inúmeras adversidades experimentadas na efetivação do direito à saúde indígena e na entrega dessas prestações em localidades extremas do território brasileiro, um satisfatório nível de êxito foi atingido. As barreiras sanitárias foram efetivamente instaladas, os serviços de assistência médica têm sido garantidos e, o mais importante, a campanha de vacinação da população indígena progrediu de maneira notável, em parte como consequência da decisão do Ministério da Saúde de situar esse grupo como prioritário no Plano Nacional de Imunização (Nota Técnica nº 66/2021).

### **3.4 ADPF-709: indígenas conquistam direito à saúde para enfrentar a pandemia**

A omissão do governo brasileiro na organização e viabilização de estruturas de assistência aos povos originários diante da covid-19 reforça a falta de responsabilidade e o desrespeito do Estado aos direitos indígenas. É neste momento que, mais uma vez, os indígenas em movimento mostram sua resistência, e de forma alternativa ao Executivo articulam com organizações indígenas, indigenistas, de saúde coletiva e até mesmo com o Congresso Federal e o Supremo Tribunal Federal (STF) planos paralelos de enfrentamento à pandemia.

O Presidente da República, Jair Messias Bolsonaro manteve-se fiel aos discursos anti-indigenistas, que vão desde impedir o andamento de processos demarcatórios de terras indígenas à querer explorá-las economicamente através de madeireiros e garimpos. Com os primeiros casos de coronavírus no Brasil, além do negacionismo acerca da letalidade do vírus, o Estado, segundo denunciaram líderes indígenas, não estava tomando as medidas necessárias e cautelares para evitar a chegada do vírus às aldeias. O vírus atingiu, inclusive, as tribos indígenas de recente contato ou de isolamento.

Ao sancionar a Lei 14.021/2020, o Presidente da República vetou pontos importantes da legislação que trata de proteção de povos indígenas, quilombolas e comunidades tradicionais frente à pandemia de Covid-19, dentre os mais polêmicos estão o acesso à água potável, cestas básicas, materiais de higiene e limpeza, leitos hospitalares, distribuição de material informativo a indígenas, quilombolas e povos tradicionais (MATTIAS, SOBRINHO & CALGARO, 2020).

O presidente Jair Bolsonaro (sem partido) culpou indígenas, caboclos, imprensa e ONGs pelas queimadas na Amazônia e Pantanal e pelas consequências da pandemia de coronavírus durante seu discurso na Assembleia Geral das Organizações das Nações Unidas (ONU), no ano de 2020, como mostrado abaixo na íntegra:

*"Senhor presidente da Assembleia Geral, Volkan Bozkir;  
Senhor secretário-geral da ONU, António Guterres, a quem tenho a satisfação de cumprimentar em nossa língua-mãe;  
Chefes de Estado, de governo e de delegação;  
Senhoras e senhores,  
É uma honra abrir esta assembleia com os representantes de nações soberanas, num momento em que o mundo necessita da verdade para superar seus desafios.  
A COVID-19 ganhou o centro de todas as atenções ao longo deste ano e, em primeiro lugar, quero lamentar cada morte ocorrida.  
Desde o princípio, alertei, em meu País, que tínhamos dois problemas para resolver: o vírus e o desemprego, e que ambos deveriam ser tratados simultaneamente e com a mesma responsabilidade.  
Por decisão judicial, todas as medidas de isolamento e restrições de liberdade foram delegadas a cada um dos 27 governadores das unidades da Federação. Ao Presidente, coube o envio de recursos e meios a todo o País.  
Como aconteceu em grande parte do mundo, parcela da imprensa brasileira também politizou o vírus, disseminando o pânico entre a população. Sob o lema "fique em casa" e "a economia a gente vê depois", quase trouxeram o caos social ao país.  
Nosso governo, de forma arrojada, implementou várias medidas econômicas que evitaram o mal maior:  
- Concedeu auxílio emergencial em parcelas que somam aproximadamente 1000 dólares para 65 milhões de pessoas, o maior programa de assistência aos mais pobres no Brasil e talvez um dos maiores do mundo;*

- Destinou mais de 100 bilhões de dólares para ações de saúde, socorro a pequenas e microempresas, assim como compensou a perda de arrecadação dos estados e municípios;
  - Assistiu a mais de 200 mil famílias indígenas com produtos alimentícios e prevenção à COVID;
  - Estimulou, ouvindo profissionais de saúde, o tratamento precoce da doença;
  - Destinou 400 milhões de dólares para pesquisa, desenvolvimento e produção da vacina de Oxford no Brasil;
- Não faltaram, nos hospitais, os meios para atender aos pacientes de COVID.

*A pandemia deixa a grande lição de que não podemos depender apenas de umas poucas nações para produção de insumos e meios essenciais para nossa sobrevivência. Somente o insumo da produção de hidroxiclороquina sofreu um reajuste de 500% no início da pandemia. Nesta linha, o Brasil está aberto para o desenvolvimento de tecnologia de ponta e inovação, a exemplo da indústria 4.0, da inteligência artificial, nanotecnologia e da tecnologia 5G, com quaisquer parceiros que respeitem nossa soberania, prezem pela liberdade e pela proteção de dados.*

*No Brasil, apesar da crise mundial, a produção rural não parou. O homem do campo trabalhou como nunca, produziu, como sempre, alimentos para mais de 1 bilhão de pessoas.*

*O Brasil contribuiu para que o mundo continuasse alimentado.*

*Nossos caminhoneiros, marítimos, portuários e aeroviários mantiveram ativo todo o fluxo logístico para distribuição interna e exportação.*

*Nosso agronegócio continua pujante e, acima de tudo, possuindo e respeitando a melhor legislação ambiental do planeta.*

*Mesmo assim, somos vítimas de uma das mais brutais campanhas de desinformação sobre a Amazônia e o Pantanal.*

*A Amazônia brasileira é sabidamente riquíssima. Isso explica o apoio de instituições internacionais a essa campanha escorada em interesses escusos que se unem a associações brasileiras, aproveitadoras e impatrióticas, com o objetivo de prejudicar o governo e o próprio Brasil."*

Ao relatar à ONU que "assistiu a mais de 200 mil famílias indígenas", Bolsonaro omitiu seu veto a auxílio emergencial específico e a água para essa parcela da população. O maior problema não foi a censura, mas a omissão que se seguiu, já que o referido governo não se mobilizou para proteger os mais vulneráveis da pandemia.

Neste sentido, destacamos aqui o plano Emergência Indígena, liderado pela Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB, 2020), que além de prever ações de assistência às comunidades atua na visibilização dos números da pandemia entre povos indígenas, independentemente do seu contexto de moradia (SCALCO & LOUVISON, 2020).

De acordo com a Ementa de Direitos Fundamentais dos Povos Indígenas e Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental essa ação que tem por objeto falhas e omissões do Poder Público no combate à pandemia da COVID-19 entre os Povos Indígenas, com alto risco de contágio e mesmo de extermínio de

etnias. Essa ementa retrata que os Povos Indígenas são especialmente vulneráveis a doenças infectocontagiosas, para as quais apresentam baixa imunidade e taxa de mortalidade superior à média nacional. E que havia indícios de expansão acelerada do contágio da COVID-19 entre seus membros e alegação de insuficiência das ações promovidas pela União para sua contenção.

Diante desse quadro estarrecedor, os povos indígenas do Brasil não poderiam ficar inertes. Protagonistas da sua própria história, eles vêm, através da entidade nacional que os representa – a APIB –, e coadjuvados pelos partidos Arguentes, defender perante esta Suprema Corte o mais básico dos seus direitos constitucionais: o direito de existir (GALEANO, 2007).

Na crítica situação da pandemia da COVID-19, as buscas por tutela dos povos indígenas na ADPF nº 709 não arrogaram ao Supremo Tribunal Federal o papel de único guardião da Constituição. Ao contrário, as decisões proferidas pelo Ministro Barroso foram pautadas pela busca de diálogos com os poderes competentes do Tribunal como um facilitador, confiante na capacidade de o governo e as comunidades indígenas construir um consenso.

Como típico instrumento do modelo de constitucionalidade, a ADPF tanto pode dar ensejo à impugnação ou questionamento direto de lei ou ato normativo federal, estadual ou municipal, como pode acarretar uma provocação a partir de situações concretas, que levem à impugnação de lei ou ato normativo (MENDES, 2008).

A Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 709, com pedido de medida liminar, objetivou a adoção de providências voltadas à evitação e reparação de graves lesões a preceitos fundamentais da Constituição Federal, relacionadas às falhas e omissões no combate à pandemia do novo coronavírus entre os povos indígenas brasileiros. Por determinação do Supremo Tribunal Federal (STF), fora instalada, em julho de 2020, no âmbito da ADPF 709, uma instância denominada Sala de Situação.

O advento da pandemia da COVID-19 em 2020 ressalta as muitas vulnerabilidades que esses povos vivenciam e que clamam por respostas: conforme apontado na Petição Inicial da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 709, o surto é marcado pelas graves deficiências do sistema de saúde indígena e por falhas e omissões de órgãos estatais, bem como por um aumento exponencial, aquiescido e estimulado pelo governo federal, de violência às



comunidades, invasões aos territórios, queimadas e desmatamento ilegal (NAKAMURA, 2022).

Contempla-se nesta ADPF o estabelecimento pelo relator de uma estrutura que tem como alvo fortalecer duas categorias epistêmicas, bastante acionadas em suas manifestações, quais sejam: i) diálogo institucional, e ii) diálogo intercultural. Ambas as categorias são pensadas como estratégias de produção de consensos. A primeira faz referência à necessidade de colaboração entre o Poder Judiciário e o Poder Executivo “em matéria de políticas públicas decorrentes da Constituição”. A segunda trata da necessidade de que o Estado tenha abertura cognitiva para a diversidade cultural indígena (BRASIL, 2020).

Certamente o Tribunal deu importantes decisões sobre direitos fundamentais nos últimos anos. Porém, na dramática situação da pandemia da COVID-19 aos povos indígenas, a tutela dada por meio da ADPF nº 709 se demonstrou suficiente para coibir a violação do governo federal em cumprir com o seu mandamento constitucional? A jurisdição constitucional e este mecanismo ainda guardam potencialidades para a resistência ao desmonte da ordem pátria? (NAKAMURA, 2022).

A estratégia da APIB em acionar o Poder Judiciário com o objetivo de mobilizar o governo federal para que cumprisse com suas obrigações constitucionais e legais de proteger a saúde dos povos indígenas durante a pior crise humanitária do século XXI levou, em virtude da magnitude da ação, a desdobramentos de alta complexidade.

A petição inicial da ADPF 709 aborda a proteção dos povos indígenas em três grandes escopos: i) povos indígenas em geral; ii) povos indígenas isolados e de recente contato e iii) retirada de invasores de terras indígenas.

(a) Determinar à União Federal que tome todas as medidas necessárias para que sejam instaladas e mantidas barreiras sanitárias para proteção das terras indígenas em que estão localizados povos indígenas isolados e de recente contato. As terras são as seguintes: dos povos isolados, Alto Tarauacá, Araribóia, Caru, Himerimã, Igarapé Taboca, Kampa e Isolados do Rio Envira, Kulina do Rio Envira, Riozinho do Alto Envira, Kaxinauá do Rio Humaitá, Kawahiva do Rio Pardo, Mamoadate, Massaco, Piripkura, Pirititi, Rio Branco, Uru-Eu-WauWau, Tanaru, Vale do Javari, Waimiri-Atroari, e Yanomami; e dos povos de recente contato, Zo'ê, Awa, Caru, Alto Turiaçu, Avá Canoeiro, Omerê, Vale do Javari, Kampa e Isolados do Alto Envira e Alto Tarauacá, Waimiri-

Atroari, Arara da TI Cachoeira Seca, Araweté, Suruwahá, Yanomami, Alto Rio Negro, Pirahã, Enawenê-Nawê, Juma e Apyterewa;

(b) Determinar à União Federal que, durante a pandemia do COVID-19, providencie o efetivo e imediato funcionamento da “Sala de Situação para subsidiar a tomada de decisões dos gestores e a ação das equipes locais diante do estabelecimento de situações de contato, surtos ou epidemias envolvendo os Povos Indígenas Isolados e de Recente Contato” (art. 12 da Portaria Conjunta n. 4.094/2018, do Ministério da Saúde e da Funai), o qual deve necessariamente contemplar, em sua composição, representantes do Ministério Público Federal, da Defensoria Pública da União e dos povos indígenas, estes indicados pela APIB;

(c) Seja determinado à União Federal que tome imediatamente todas as medidas necessárias para a retirada dos invasores nas Terras Indígenas Yanomami, Karipuna, Uru-EuWau-Wau, Kayapó, Araribóia, Munduruku e Trincheira Bacajá, valendo-se para tanto de todos os meios necessários, inclusive, se for o caso, do auxílio das Forças Armadas;

(d) Determinar que os serviços do Subsistema de Saúde Indígena do SUS devem ser prestados a todos os indígenas no Brasil, inclusive os não aldeados (urbanos) ou que habitem áreas que ainda não foram definitivamente demarcadas.

(e) Seja determinado ao Conselho Nacional de Direitos Humanos (CNDH) que, com auxílio técnico das equipes competentes da Fundação Oswaldo Cruz do Grupo de Trabalho de Saúde Indígena da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), e participação de representantes dos povos indígenas, elabore, em 20 dias, plano de enfrentamento da COVID-19 para os povos indígenas brasileiros, com medidas concretas, e que se tornará vinculante após a devida homologação pelo relator desta ADPF. Os representantes dos povos indígenas na elaboração do plano devem ser indicados pela APIB (pelo menos três) e pelos Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena (pelo menos três).

A Sala de Situação foi a instância instalada com base nos pedidos “a” e “b” da inicial e com o objetivo de garantir “a imprescindibilidade de diálogo intercultural, em toda questão que envolva os direitos de povos indígenas” (BRASIL, 2020, p.2). A peculiaridade do caso permite suscitar que este modelo de administração de conflito aponta para uma guinada diferenciada no controle de políticas públicas pelo STF. Decisões estruturantes são tomadas na jurisdição constitucional, influenciando a forma como a administração pública e a sociedade lidam com determinadas

questões, em especial questões envolvendo minorias políticas e seus direitos diferenciados (FACHIN & SCHINEMANN, 2018).

O grande significado positivo desta ADPF, todavia, parece estar ficando por aí, em seu começo e em sua intenção. O que ela deveria produzir de resultados concretos, parece não vir. Ou vir a um tempo em que, embora executados, não mais fizeram diferença do ponto de vista epidemiológico. Perdeu-se, ao longo dos meses, o caráter de urgência que a política de proteção aos povos indígenas isolados e de recente contato requer, para privilegiar-se o tempo do Estado, do Direito, da reserva do possível (GODOY, SANTANA & OLIVEIRA, 2021).

Infelizmente observa-se fragilidade na estruturação dessas ações também na construção do Plano da União no âmbito da ADPF 709. O tempo que passa, as medidas que não se tomam, são o tempo do extermínio continuado dos indígenas e as ações e omissões que dão cabo dele. Morreram os anciãos que são o equivalente às nossas bibliotecas para os povos indígenas. Com as mortes não são apenas seus corpos que se vulnerabilizam, mas suas sociedades e suas culturas. Um estudo concluiu que, dentre as terras indígenas com maior vulnerabilidade, figuram os territórios *Yanomami* e Vale do Javari – este último a área com o maior número de povos indígenas isolados no país, o que evidencia o risco de extermínio integral de etnias hoje enfrentado (ONU, 2020).

Em nota pública, a 6ª Câmara de Coordenação e Revisão do Ministério Público Federal também alertou para o descaso com a saúde indígena durante a pandemia. A falta de transparência do Estado, a subnotificação de casos e a ausência de uma política coordenada e integral dos órgãos de responsáveis pela política de saúde são algumas das constatações. O órgão ressalta que as instituições públicas, sobretudo a FUNAI e a SESAI, devem atuar “para que o contexto da pandemia da Covid-19 não se transforme em um episódio de “genocídio consentido das populações indígenas pelo Estado brasileiro”.

De acordo com o depoimento de *Tatuxa’a Awa Guajá* podemos confirmar o descaso, pois o problema se intensifica com a falta de medicações específicas para diversas doenças, uma vez que não determina o tratamento adequado, segundo as necessidades dos povos indígenas. “A gente pergunta qual o remédio próprio para cada doença, não existe uma doença só, tem que ter remédio para cada doença que está aí”. “Até hoje não apareceu médico aqui na aldeia, não sei quando vem médico

para cá para fazer consulta, tem apenas o técnico de enfermagem e enfermeira”, destaca *Tatuxa’a Awa Guajá*.

As medidas cautelares foram referendadas pelo Pleno do STF enquanto as determinações judiciais não surtem o efeito desejado, indígenas permanecem denunciando o genocídio e o etnocídio do Estado brasileiro e lutam diuturnamente para garantir seu direito de existir (MATTIAS, SOBRINHO & CALGARO, 2020).

## **CAPÍTULO 4 – BANCO DE DADOS SOBRE OS INDÍGENAS**

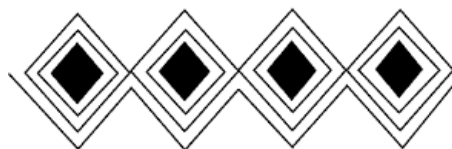
Moreira e Nardi (2010), compreendem que os trabalhos finais dos mestrados profissionais se configuram como relatos de experiências de implementação de estratégias ou produtos de natureza educacional, os quais adquirem caráter prático e estão voltados para a instrumentalização do ensino em determinado contexto social.

Foram mapeadas produções científicas brasileira sobre saúde indígena e após foram analisadas teses e dissertações recuperadas do Catálogo da CAPES e Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD), plataforma desenvolvida pelo Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (IBICT). Os descritores usados foram: [Indígenas], [Pandemia], [COVID-19], [Saúde Indígena] e [Manaus] os quais foram utilizados isoladamente ou em associação para refinar a busca, filtrando no período específico de 2017 a 2022.

Nessa perspectiva, este estudo teve como objetivo identificar os dados sobre essa população a fim de contribuir para garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população menos privilegiada. Além disso, dar suporte e cooperação para as políticas públicas e governamentais no país. Entendemos que o banco de dados se trata de um sistema que armazena e relaciona informações, por meio de indicadores pré-definidos.



**BANCO DE DADOS ACERCA DE  
PRODUÇÕES ACADÊMICAS SOBRE  
SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS**



### **Realização**

A proposta de banco de dados desenvolvido foi um dos produtos finais da pesquisa de mestrado em Segurança Pública, Cidadania e Direitos Humanos da acadêmica Estefanny Maria de Souza Schuck, feita na Universidade Estadual do Amazonas – UEA e orientada pela Profa. Dra. Izaura Rodrigues Nascimento.

### **Apresentação**

Como proposta de produto trazemos a proposta de um material contendo um banco de dados de produções acadêmicas sobre saúde dos povos indígenas. A importância do banco de dados, é que ele organiza e armazena as informações sobre um domínio específico, nesse caso, as informações sobre a produção sobre os indígenas. No documento, o usuário poderá encontrar elementos que reúne dados sobre esse grupo é nosso objetivo, além disso, propomos apresentar esta proposta às organizações indígenas e à Secretaria Especial de Saúde Indígena e deixar disponível para acesso público. Os dados como objetivos, etnias, entre outros foram extraídos das dissertações, os quais foram informados pelas autoras ou autores.

### **Equipe de elaboração e produção:**

*Estefanny Maria de Souza Schuck*

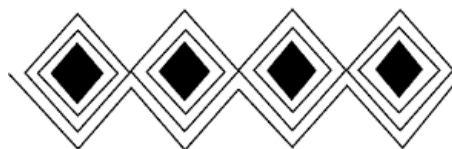
*Izaura Rodrigues Nascimento*

Manaus, junho de 2023.

Relatos que compõem o livro "Fala parente! A Covid-19 chegou entre nós":

*"Amedrontou todos nós"*

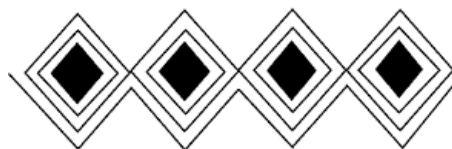
*"É bem difícil ter que lidar com esses novos hábitos para não propagar o vírus"*


**BANCO DE DADOS DE PRODUÇÕES ACADÊMICAS SOBRE SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS<sup>11</sup>**

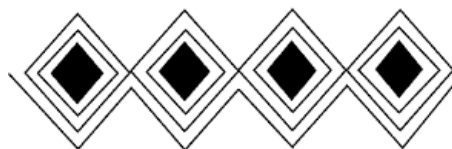
<b>Título</b>	<b>Ano de publicação</b>	<b>Autores *(Indígenas/Não indígenas)</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Etnia</b>	<b>Tipo de publicação</b>	<b>Fonte da pesquisa</b>
Produção científica brasileira de teses e dissertações sobre saúde indígena entre 1966 e 2018	2022	ALMEIDA, N. R., & OGATA, M. N. Não indígena	Mapear a produção científica brasileira sobre saúde indígena analisando teses e dissertações recuperadas do Catálogo da CAPES.	Não específica.	Artigo	Periódico CAPES
Movimento indígena e descaso da saúde Yanomami na Amazônia	2022	FERREIRA, J., & HILGEMBERG, T. Não indígena	Discorremos sobre o movimento indígena como caminho para se alcançar objetivos em comum para benefício da sociedade, além de elucidar seu conceito. Também falaremos da implementação da Saúde Indígena no Brasil e suas ramificações	Yanomami	Artigo	Periódico CAPES
COVID-19 no município de Manaus: perfil dos óbitos no período de março de 2020 a junho de 2021	2022	ESQUIVEL, N. N. V. S. Não indígena	Descrever os óbitos por COVID-19 no município de Manaus no período de março de 2020 a junho de 2021.	Não específica.	Dissertação (FIOCRUZ)	BDTD (IBICT)
Saúde Indígena no Brasil: análise de auditorias em três Distritos Sanitários Especiais Indígenas, no período de 2008 a 2018.	2021	FERREIRA, R. N. C., & SIMÕES, D. O. Não indígena	Analisar os relatórios de auditorias que avaliaram a política de saúde indígena no Brasil, realizadas pelo Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde (DENASUS).	Não identificado.	Dissertação (ISMT)	BDTD (IBICT)
Condições De Vida E Saúde De Ribeirinhos Da Floresta Nacional De Pau Rosa Maués Amazonas-Brasil	2021	TAKAHASHI, C. L. Não indígena	Descrever as condições de vida e saúde de ribeirinhos residentes nas comunidades da Floresta Nacional de Pau Rosa (Município Maués).	Não específica.	Dissertação (UFAM)	BDTD (IBICT)
Saúde Indígena No Contexto Da Amazônia Legal	2021	GOMES, V. D. O., REIS, D. A., COSTA, A. M. S. D., SILVA, E. M. D., & LOBATO, T. C. L. Não indígena	Conhecer as evidências científicas na literatura nacional sobre a saúde indígena no contexto da Amazônia Legal.	Kaiabi, Kaiapó, Tremembé e Guarani.	Artigo	Periódico CAPES

<sup>11</sup> Os descritores usados para compor esse material foram: [Índios], [Pandemia], [COVID-19], [Saúde Indígena] e [Manaus] os quais foram utilizados isoladamente ou em associação para refinar a busca. Foram mapeadas no Catálogo da CAPES e Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD/IBICT) filtrando no período específico de 2017 a 2022.





Construção Do Conhecimento: Um Estudo Da Educação Kokama Na Comunidade Nova Esperança.	2021	SOUZA, A. D. D. Não indígena	Este estudo aborda a Educação Escolar Indígena (EEI) no Centro Municipal de Educação Escolar Indígena Atawanã Kuarachi Kokama. Com o título, A Construção do reconhecimento: um estudo da educação Kokama na comunidade Nova Esperança, buscamos evidenciar o protagonismo da comunidade frente a seus processos próprios de constituir uma Educação Escolar Indígena de acordo com a realidade e as perspectivas da comunidade.	Kokama	Dissertação (UEA)	BDTD (IBICT)
Saúde Indígena e Dificuldades No Acesso Ao Sistema Público De Saúde No Amazonas.	2020	PERES, A. O., DE MOURA, F. M., & DE AGUIAR, D. M. Não indígena	Descrever as mudanças a respeito da dificuldade do acesso à saúde pública da população indígenas presente na região Amazônica brasileira	Não especifica, fala no geral	Artigo	Periódico CAPES
Vidas Indígenas Importam: Os Yanomami e Xawara Do Covid-19.	2020	GONÇALVES, T. A. Não indígena	Analisar sobre os impactos causados pela Pandemia do Covid-19 as populações indígenas, sobretudo aos Yanomami.	Yanomami e a Xawara	Artigo	Periódico CAPES
Pandemia Da Covid-19 No Vida Dos Povos Indígenas.	2020	DO POVO-TERENA, C. Não indígena	Reunir análises sobre o impacto da pandemia de Covid-19 nas comunidades indígenas.	Tuyuka-utapinõponã	Dossiê Fiocruz	Fiocruz
Produção do Conhecimento em Enfermagem Acerca Da Atenção à Saúde da População Indígena Brasileira: <i>Scoping Review</i>	2020	SILVA, B. Não indígena	Descrever a produção do conhecimento da enfermagem sobre atenção à saúde da população indígena Brasileira. Mais especificamente, buscou-se identificar as ações de enfermagem no cuidado a população indígena e identificar na literatura as modalidades assistenciais utilizadas para promoção da saúde da população indígena Brasileira.	Yanomamis.	Monografia (UFRGS)	BDTD (IBICT)
Mulheres Indígenas Contra O Vírus: Notas Antropológicas Sobre Políticas Públicas De Saúde E Os Impactos Da Covid-19 Entre Os Povos Indígenas Em Contexto Urbano Em Manaus, Brasil.	2020	SANTOS, F. V. D. Não indígena	Explora a invisibilidade social dos indígenas em contexto urbano na cidade de Manaus, Amazonas, Brasil, traduzida principalmente na ausência de dados sobre as condições de vida das pessoas que se auto identificam como indígenas, estabelece paralelos entre esta ausência de informações e a ausência de políticas públicas, especialmente no campo da saúde.	Sateré-Mawé.	Artigo	Periódico CAPES
ÁGUA, SAÚDE E DOENÇA: Uma Revisão Sistemática Sobre Doenças De Veiculação Hídrica Em Comunidades Indígenas Brasileiras	2020	VASCO-DOS-SANTOS, D. R., DA COSTA ARMSTRONG, A., & DIAS-LIMA, A. G. Não indígena	Realizar uma revisão sistemática de estudos epidemiológicos sobre doenças de veiculação hídrica com povos indígenas brasileiros e analisar os fatores de contaminação associados.	Desana, Hupda, Tariano, Tukano, Piratapuia, Juriti e Wanano.	Artigo	Periódico CAPES



A Cidade Dos Invisíveis? Indígenas e Impactos de Políticas Neodesenvolvimentistas em Altamira, Sudoeste Paraense.	2018	CARDOSO, S. M. Não indígena	Avaliar os impactos das novas políticas aplicadas aos indígenas especificamente em Altamira.	Não específica.	Dissertação (UEA)	BDTD (IBICT)
As Línguas Étnicas No Parque Das Tribos Em Manaus: Um Estudo Etnolinguístico Nos Espaços Culturais Indígenas Uka Umbuesara Wakenai Anumarehit E Kokama, Manaus-AM.	2018	MUSTAFA, A. R. Não indígena	Registrar as práticas de ensino linguístico desenvolvidas nos espaços culturais e seus reflexos nos usos das línguas étnicas na comunidade indígena citadina do Parque das Tribos, em Manaus.	Uka Umbuesara Wakenai Anumarehit e Kokam	Dissertação (UEA)	BDTD (IBICT)
Impacto Intercultural Na Saúde Bucal Em Indígenas De Recente Contato No Vale Do Rio Javari	2018	SANTOS, P. R. Não indígena	Entender as atuais políticas públicas de saúde e alcançar uma saúde realmente viável e funcional nas comunidades indígenas.	Marubo, Kanamary, Mayuruna, Korubo, Matis e Kulina	Dissertação (UFAM)	BDTD (IBICT)
“Representantes” Indígenas No Estado Brasileiro: Análise Da Trajetória Participativa Da Coordenação Das Organizações Indígenas Da Amazônia Brasileira Nas Esferas Do Indigenismo Estatal.	2018	CRUZ, A. F. Indígena	Propõe refletir sobre o modo de inserção e atuação das lideranças indígenas no Estado brasileiro, a partir do modelo político do indigenismo estatal marcado pela descentralização da política indigenista executada pela Fundação Nacional do Índio - FUNAI, passando a ser exercida pela gestão governamental de acordo com os princípios da “democracia participativa”.	Sateré-Mawé	Dissertação (UFAM)	BDTD (IBICT)
Índios Citadinos: A Constituição De Uma Comunidade Multiétnica No Bairro Tatumã.	2017	SOUZA, F.F. Não indígena	Compreender a trajetória de ocupação de áreas urbanas por populações indígenas, a partir da Comunidade ACNI, atentando para os impactos sociais causados tanto para os indígenas quanto para a própria cidade de Manaus.	No estudo se destacam os Cocamas, os Muras, os Cambebas, os Manãos, os Sateré Mawés, os Waimiri Watroaris, os Tupinambás, os Kambebas, os Tukanos, os Barés dentre outros espalhados e organizados em diferentes bairros da cidade.	Dissertação (UFAM)	BDTD (IBICT)

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pandemia da Covid-19 atingiu todos os países indistintamente, mas em alguns deles o vírus provocou mais danos: aumento da pobreza, muitas mortes, queda no PIB, desemprego, com rápido crescimento na desigualdade social. De março de 2020 a julho de 2022, no Brasil foi onde se registrou, em termos absolutos, o segundo maior número de mortes, cujas populações vulneráveis foram as que mais sofreram e sofrem, como a população indígena.

Em mais de dois anos de pandemia da Covid-19, o impacto da doença na população indígena do Amazonas, e, particularmente, de Manaus continua sem reconhecimento das autoridades públicas de saúde. Sem contagem diferenciada, o sistema de dados classifica erroneamente indígenas da zona urbana e áreas ribeirinhas de Manaus denominando-os de pardos, caso o paciente não se oponha. Na cidade que foi por duas vezes o epicentro da pandemia, os mais de 3 mil indígenas não aparecem em levantamentos oficiais.

Com a instauração da pandemia evidenciaram-se as diversas vulnerabilidades que esses povos vivenciam e a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) nº 709 é uma determinação para garantir a proteção desse grupo vulnerável e o reconhecimento público do descaso do poder executivo diante da situação. E perante o que foi mostrado a questão de pesquisa consistiu em responder o seguinte: houve o respeito aos preceitos constitucionais quanto direitos dos povos indígenas no Amazonas e, particularmente em Manaus, sobretudo quanto à saúde dessas populações durante a pandemia da Covid-19?

A partir desse questionamento nos capítulos contidos nessa pesquisa buscou-se informações sobre as ações de saúde direcionadas aos índios que residem em Manaus, no período da pandemia da Covid-19. Com a constatação de que as medidas que não foram tomadas são o tempo do extermínio continuado dos indígenas e as ações e omissões às suas necessidades. Os órgãos governamentais disseram que estavam mantendo barreiras sanitárias para evitar o contágio nas aldeias, mas os indígenas continuaram denunciando invasões de seus territórios por garimpeiros e madeireiros, o que aumentava o risco de entrada de coronavírus nessas áreas.

A ADPF 709/DF utilizou em sua fundamentação para atender aos requisitos da tutela provisória, em especial, o da probabilidade do direito, o argumento de que a precaução e a prevenção conduzem o julgador a uma postura protetiva, a fim de

evitar danos irreversíveis ao meio ambiente e às populações indígenas envolvidas. A ADPF é um marco histórico na conquista dos povos indígenas, mas a efetividade e transparência da fiscalização dos órgãos de governo competentes são desafios para o sucesso dessas ações de constitucionalidade. Acreditamos que essa ADPF tem muito a contribuir para os dilemas nesse campo de estudo.

As bibliografias encontradas nos mostram que as ações governamentais têm sido falhas onde se percebe que o governo optou por se restringir a medidas de prevenção, que tiveram por resultado deixar as Terras Indígenas do país desamparadas à chegada do vírus. Logo, os danos resultantes dos fracassos na política governamental continuam sendo contabilizados como negativo para saúde dos povos indígenas. Ademais, salienta-se a importância de estudos com esta população no contexto da pandemia, visto que estes ainda são escassos.

Considerando-se o exposto os povos indígenas, do ponto de vista legislativo, têm sido amparados por um vasto arcabouço legal, mas não foi suficiente no contexto de pandemia, para que os órgãos competentes promovessem a defesa integral desses povos, sem discriminação. Pois, a atuação proativa da Suprema Corte foi de fundamental importância na defesa dos direitos à saúde dos povos indígenas, no entanto as ações do poder executivo nas três esferas ficaram aquém das medidas de proteção e assistência, inclusive promovendo correntes de opinião em descrédito às vacinas e medidas de tratamento e prevenção postos em dúvida por instituições internacionais e nacionais de saúde que se amparam em conhecimento científico.

Destacamos a negação da existência indígena nas cidades, já que a pandemia expôs a enorme exclusão de etnias que viviam em centros urbanos frente a uma crise sanitária e de saúde pública. Foi perceptível o quanto foram excluídos e invisibilizados, deixando de lado que indígena é indígena em qualquer lugar, não importa onde esteja. Deduz-se que paira a necessidade do surgimento de séria luta jurídica que se oriente no sentido de se buscar combater, de forma efetiva, a negação existente quanto ao reconhecimento dessas culturas, que se constituem em verdadeiro patrimônio de valor inerente.

Cabe salientar que os indígenas que estavam em contexto urbano na cidade de Manaus e seu entorno não entraram nas estatísticas da SESAI, onde a COPIME estima que vivem cerca de 30 mil indígenas. A distinção foi encarada pelo conjunto do movimento indígena como discriminação e foi em contrariedade com a

Constituição Federal e tratados internacionais, como a Convenção 169 da OIT, que não permitem tal diferenciação na aplicação de políticas públicas. Longe das estatísticas, os indígenas que vivem na cidade enfrentaram a pandemia sem o subsistema de saúde e submetidos à roleta russa dos efeitos do vírus em cada organismo.

Nessa perspectiva, este estudo teve como objetivo identificar os dados sobre essa população a fim de contribuir para garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde através da orientação de produções científicas brasileira sobre saúde indígena e após foram analisadas teses e dissertações recuperadas do Catálogo da CAPES e Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD), plataforma desenvolvida pelo Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (IBICT). Deduz-se que o banco de dados se trata de um sistema que armazena e relaciona informações por meio de indicadores pré-definidos.

Conclui-se que as políticas brasileiras devem buscar o reconhecimento do direito de existir, trazendo a dignidade e autonomia a essas populações. A ADPF busca jurídico-legal para evitar o genocídio e o etnocídio dos povos indígenas no Brasil por conta da contaminação desenfreada da Covid-19. Aqui no Brasil, mais precisamente o enfrentamento da propagação e mortalidade do vírus em comunidades indígenas, deste modo, o reconhecimento do direito à saúde como um direito fundamental permite a sua indissociabilidade do direito à vida e à dignidade da pessoa humana.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALCINA, J., & DE LAS CASAS, B. **Obra indigenista**. 1985.

ALMEIDA, C.S., OLIVEIRA, L.R., OLIVEIRA, L. R. **No tempo do SPI: proteção e indianidade entre os povos indígenas de Oiapoque**. Tellus, Campo Grande, MS, ano 19, n. 38, p. 79-102, jan/abr. 2019.

ALMEIDA, R.T. **Breve comentário sobre a saúde e relações de contato: os guarani brasileiros**. Saúde em Debate; (n.esp):28-32. 1988.

AMADO, L. H. E., & RIBEIRO, A. M. M. **Panorama e desafios dos povos indígenas no contexto de pandemia do Covid-19 no Brasil**. Confluências| Revista Interdisciplinar de Sociologia e Direito, 22(2), 335-360. 2020.

ANDRADE, J. A. A. D. D. **Experimentos teórico-etnográficos na fronteira entre a etnologia indígena e a antropologia urbana**. Ponto Urbe. Revista do núcleo de antropologia urbana da USP, (7). 2010.

ANDRADE, J. A. A. D. D. **Indigenização da cidade: etnografia do circuito saterémawé em Manaus-AM e arredores** (Doctoral dissertation, Universidade de São Paulo). 2012.

ARAÚJO, A. V., DE CARVALHO, J. B., OLIVEIRA, P. C., & JÓFEJ, L. F. **Povos indígenas e a Lei dos "Branco": o direito à diferença**. Ministério da Educação. 2006.

ARAÚJO, S. K. D. **A formação profissional dos agentes indígenas de saúde**. Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde. UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UnB.

ARAÚJO, J. D. N., BARROSO, S. A., & TENHARIM, A. **Cenários do sul do Amazonas: os Tupi Kagwahiva e as formas de enfrentamento do Covid-19 em terras indígenas**. UEMA Edições/PNCSA. 2020.

AURORA, B., VERISSIMO, F. T. G., JURUNA, F. D. C., & MONTEIRO, S. G. **O impacto de uma doença colonial que chega de caravela e de avião: reflexão de quatro estudantes indígenas**. Vukápanavo: Revista Terena, nº 03, Out/Nov, 2020.

BAINES, S. G. As chamadas “aldeias urbanas” ou índios na cidade. *Revista Brasil Indígena*, 2(7), 15-17. 2001.

BARROS, I.P.M. & ALMEIDA, M.D. Quando a cultura faz laço: a importância dos rituais Tene- tehar-Tembé em análise interdisciplinar. **Saúde indígena: práticas e saberes por um diálogo intercultural**. Série Saúde e Amazônia. 2020.

BENTES, A. **Abandonados pelos governos, indígenas de Manaus criam sua própria unidade de saúde**. Projeto Colabora - 2021. Disponível em: <https://projetocolabora.com.br/ods3/abandonados-pelos-governos-indigenas-de-manau-criam-sua-propria-unidade-de-saude/>

BOECHAT, J.L.; CHORA, I.; DELGADO, L. **Immunology of Coronavirus-19 Disease (COVID-19): A Perspective for the Clinician in the First 4 Months of the Emergence of SARS-CoV-2**. *Medicina Interna*, Lisboa, v. 27, supl. 1, p. 87-96, maio 2020.

BOURDIEU, P. **A Miséria do Mundo**. Petrópolis: Rio de Janeiro. Vozes. 2003.

BRAND, A. **Mudanças e continuidades na política indigenista pós-1988**. SOUZA LIMA, Antônio Carlos de; HOFFMANN, Lima e Barroso. (Orgs). *Estado e Povos Indígenas*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria/LACED, 31-40. 2002.

BRANDÃO, P. A. D. M. **O novo constitucionalismo pluralista Latino-Americano: participação popular ecosmovisões indígenas (Sumak Kawsay e Pachamama)**. (Master's thesis, Universidade Federal de Pernambuco). 2013.

BRASIL. 2016. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Coordenação de edições técnicas.

BRASIL. **Fundação Nacional de Saúde**. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. - 2ª edição - Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_saude\\_indigena.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf). Acesso em: 18 de fev de 2022.

BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de Setembro de 1990. Disponível em: [http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files\\_mf/livro-lei-arouca-10anos.pdf](http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/livro-lei-arouca-10anos.pdf). Acesso em: 18 de fev de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Diretrizes do componente indígena de saúde bucal [Internet]**. Brasília. 2011.

BRASIL. **Supremo Tribunal Federal. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 709**. Ministro relator Luís Roberto Barroso. Brasília, DF, 2020.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 709**. Ministro relator Luís Roberto Barroso. Brasília, DF, 2020.

BRASILEIRO, P. P. S., SOCIALISMO, P. P., DO BRASIL, P. P. C., SUSTENTABILIDADE, R. R., & DOS TRABALHADORES, P. P. **Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental-ADPF 709/2020: Versão Final**. 2020.

BRITO, C. A. G. **A história da saúde indígena no Brasil e os desafios da pandemia de Covid-19**. Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde (PPGHCS). FioCruz. 2020.

CABRAL, R. L. G., & DE MORAIS, V. L. D. **Os povos indígenas brasileiros na ditadura militar: tensões sobre desenvolvimento e violação de direitos humanos**. *Direito e Desenvolvimento*, 11(1), 106-122. 2020.

CARDOSO, A.M., SANTOS, R.V., GARNELO, L. **Políticas públicas de Saúde para os povos indígenas**. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, et al., organizadoras. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz. p. 911-932. 2012.

CARDOSO, S. M. **A cidade dos invisíveis? Indígenas e impactos de políticas neodesenvolvimentistas em Altamira, sudoeste paraense**. 2018. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Sustentável). Universidade Federal do Pará, Belém, 2018.

CARLOS-JR, E. A. **Saúde e povos indígenas no Brasil: reflexões a partir do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição Indígena**. 2014.



CASTRO, C. M. G. L. D., DAN, V. L. C., DAN, É. M. C., & ARRUDA, E. C. P. **A situação de vulnerabilidade dos povos indígenas do Mato Grosso e em especial dos Xinguanos frente à Covid-19 e às omissões estatais.** In Forum Sociológico. Série II (No. 39). CESNOVA. 2021.

COIMBRA-JR, C.E.A., SANTOS, R.V. **Cenários e tendências da saúde e da Epidemiologia dos povos indígenas no Brasil.** In: COIMBRA JR, C.E.A.; SANTOS, R.V. and ESCOBAR, A.L. (org.). Epidemiologia dos povos indígenas no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ: ABRASCO: 2005 p. 13-47.

CRUZ, A. F. **“Representantes” indígenas no Estado brasileiro: Análise da Trajetória Participativa da Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira nas esferas do indigenismo estatal.** Dissertação. Manaus, 2018.

CUNHA, O. M. G. D. **Tempo imperfeito: uma etnografia do arquivo.** Mana, 10, 287-322. 2004.

CURI, M. V. **O direito consuetudinário dos povos indígenas e o pluralismo jurídico.** Espaço Ameríndio, 6(2), 230. 2012.

DA SILVA, E. F., & OLIVEIRA, C. H. C. **Cidade, isolamento social e sentimentos: pensando Grajaú-Maranhão no contexto da pandemia de COVID-19.** PRACS: Revista Eletrônica de Humanidades do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP, 14(3), 83-108. 2022.

DEL RIO, C.; & MALANI, P. N. **2019 novel coronavirus—important information for clinicians.** Jama, 323(11), 1039-1040. 2020.

DO POVO-TERENA, C. **Pandemia da Covid-19 no vida dos povos indígenas.** Vukápanavo: Revista Terena nº 3, p. 1-400, ISSN: 2596–2426 out./nov. 2020.

ENSP, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. **Pandemia reforça vulnerabilidade dos povos indígenas.** Disponível em: <http://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/51250>. Acesso em: 30 de jan de 2022.

ESQUIVEL, N. N. V. S. **COVID-19 no município de Manaus: perfil dos óbitos no período de março de 2020 a junho de 2021** (Doctoral dissertation). 2022.

FARIAS, Y., LEITE, I.,; SIQUEIRA, M.; CARDOSO, A. **Iniquidades étnico-raciais nas hospitalizações por causas evitáveis em menores de cinco anos no Brasil, 2009-2014**. In: Cadernos de Saúde Pública, v. 35, Supl. 3, p. 1-14. 2019.

FAUCI, A. S., LANE, H. C., & REDFIELD, R. R. **Covid-19—navigating the uncharted**. New England Journal of Medicine, 382(13), 1268-1269. 2020.

FELDMAN, J. M.; BASSETT, M. T. **Variation in COVID-19 Mortality in the US by Race and Ethnicity and Educational Attainment**. JAMA Network Open, v. 4, n. 11, p. e2135967, 23 nov. 2021.

FERNANDES, B. M. **Brasil: 500 anos de luta pela terra**. Revista de Cultura Vozes, 93, 9-17. 1999.

FERREIRA, L. B., PORTILLO, J. A. C., & DO NASCIMENTO, W. F. **A Criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena**. Tempus—Actas de Saúde Coletiva, 7(4), ág-83. 2013.

FERREIRA, L.C.M., & LOWENKRON, L. (Eds.). **Etnografia de documentos: pesquisas antropológicas entre papéis, carimbos e burocracias**. E-papers. 2020.

FERREIRA, R. N. C., & SIMÕES, D. O. **Saúde Indígena no Brasil: análise de auditorias em três Distritos Sanitários Especiais Indígenas, no período de 2008 a 2018**. Dissertações de Mestrado em Serviço Social. (Master's thesis, ISMT). 2021.

FLICK, U. **Qualidade na pesquisa qualitativa**. In Qualidade na pesquisa qualitativa (pp. 196-196). 2009.

FORTES, P.H.R. **Indígenas na cidade: uma análise histórica e etnográfica da presença Kaingang em Curitiba**. Tese. Curitiba, 2020.

GALEANO E. **Las venas abiertas de América Latina**. 23ª ed. 5ª reimp. Buenos Aires: Catálogos, p. 35. 2007.

GARNELO, L. **O SUS e a saúde indígena: matrizes políticas e institucionais do Subsistema de Saúde Indígena.** In: Teixeira CC, Garnelo L, organizadoras. Saúde indígena em perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 107-142. 2014.

GARNELO, L. **Política de saúde dos povos indígenas no Brasil: análise situacional do período de 1990 a 2004.** Porto Velho: Universidade Federal de Rondônia. 2004.

GODOY, M. G. D., SANTANA, C. R., & OLIVEIRA, L. C. D. **STF, povos indígenas e Sala de Situação: diálogo ilusório.** Revista Direito e Práxis, 12, 2174-2205. 2021.

GONÇALVES, E. R.; SOUZA, É. G. de; PEREIRA, MARIEL, N. F. de S.; SILVA, S. V. **Legislação internacional comentada.** 2. ed. rev. ampl. e atual. Salvador: JusPodivm, 2017.

GONÇALVES, L.; BRAZ, J.. **A população originária brasileira e o direito a saúde em tempos de pandemia.** V. 16, n. 16, 2020. In: Intertemas.

GONÇALVES, T. A. **Vidas indígenas importam: os Yanomami e a Xawara do Covid-19.** Vukápanavo: Revista Terena, nº 04, Out/Nov, 2020.

GUGLINSKI, V. **Coronavírus e o aumento abusivo de preços de produtos e serviços ao consumidor.** Jusbrasil. 2020.

GUTIERREZ, D. M. D., & MINAYO, M. C. D. S. **Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família.** Ciência & Saúde Coletiva, 15, 1497-1508. 2010.

HALL, S. **A questão multicultural.** Da diáspora: identidades e mediações culturais, 51-100. 2003.

HAYAD, R. L. N., OLIVEIRA, A. I. O., FERREIRA, M. L. S., & LUITGARDS-MOURA, J. F. **Um olhar sobre a saúde indígena no estado de Roraima.** 2008.

INSTITUTO SINCHI & UEA. **“Implementação de um sistema de indicadores de bem-estar humano para compreender estilos de vida e territórios dos povos**

**tradicionais. Experiência: Amazônia colombiana e brasileira**". Instituto Amazônico de Investigaciones Científicas, Sinchi. Grupo de pesquisa Educação e Diversidade Amazônica (GPEDA)/Universidade do Estado do Amazonas (UEA) Leticia/Tabatinga. 40 p. 2016.

JIMENES, A. A. **Sobre flechas e canetas: faces da política indígena na Manaus contemporânea (1980-2019)**. Tese. São Leopoldo. 2019.

JUNIOR, Carlos; SANTOS, Ricardo; ESCOBAR, Ana. **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

LANGDON, E. J. **A construção sociocultural da doença e seu desafio para a prática médica**. Parque indígena do Xingu: saúde, cultura e história. São Paulo: Terra Virgem, 115-133. 2005.

LANGDON, E. J. **O abuso de álcool entre os povos indígenas no Brasil: uma avaliação comparativa**. Souza MLP, organizador. Processos de alcoolização indígena no Brasil: perspectivas plurais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 27-46. 2013.

LANGDON, E. J., & DIEHL, E. E. **Participação e autonomia nos espaços interculturais de saúde indígena: reflexões a partir do sul do Brasil**. Saúde e sociedade, 16(2), 19-36. 2007.

LANGDON, E. J., DIEHL, E. E., WIJK, F. B., & DIAS-SCOPEL, R. P. **A participação dos agentes indígenas de saúde nos serviços de atenção à saúde: a experiência em Santa Catarina, Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, 22, 2637-2646. 2006.

LEDESMA, T. H. W., & RODRIGUES, M. L. B. **Implementação do Compliance na Fundação Nacional do Índio–Funai**. Revista Jurídica, 2(43), 114-141. 2016.

LEITE, Leticia da Silva Leite, FAUSTINO, Rosangela Célia. **A escola do posto indígena apucarana sob a tutela do SPI - serviço de proteção aos índios: 1943 a 1967**. XI EPECCC. 2019.

LENZA, P. **Direito constitucional esquematizado**. 18ª. ed. rev. atual e ampl. São Paulo: Saraiva, 2014.

LIMA, A. C. D. S. **Sobre tutela e participação: povos indígenas e formas de governo no Brasil, séculos XX/XXI**. *Mana*, 21, 425-457. 2015.

LIMA, K. M. D. S. **Investigação da infecção subclínica por *Neisseria meningitidis* em populações indígenas no Amazonas** (Doctoral dissertation). 2018.

LYNN, L. E., & GOULD, S. G. **Designing public policy: a casebook on the role of policy analysis**. Goodyear Publishing Company. 1980.

MACHADO, A. M., WEIS, B., & JABRA, D. **Xawara: rastros da Covid-19 na Terra Indígena Yanomami e a omissão do Estado**. São Paulo: Instituto Socioambiental. 2020.

MAGALHÃES, J. L. Q. **O novo constitucionalismo indo-afro-latino americano**. *Revista da Faculdade mineira de Direito*, 13(26), 83-98. 2010.

MAHER, T. M. **Sendo índio na cidade: mobilidade, repertório linguístico e tecnologias**. *Revista da ANPOLL*, 1(40), 58-69. 2016.

MARÉS, C. **Os povos indígenas e o direito brasileiro**. Os direitos dos povos indígenas no Brasil: desafios no século XXI. Curitiba: Ed. Letra da Lei, 13-34. 2013.

MARINHO, G. L., CALDAS, A. D. R., & SANTOS, R. V. **Indígenas residentes em domicílios "improvisados" segundo o Censo Demográfico 2010**. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 27(1), 79-102. 2017.

MATTIAS, S. R., SOBRINHO, L. L. P., & CALGARO, C. **Covid-19 e políticas anti-indigenistas no Brasil: o caso da ADPF 709/DF para o reconhecimento do direito de existir**. *Nuevo derecho*, 16(27), 31-40. 2020.

MEAD, L. **Public policy: vision, potential, limits**. *Policy Currents* (Newsletter of the Public Policy Section, APSA), 68(3). 1995.

MELLO, M. E. A. S. **O Regimento das Missões: poder e negociação na Amazônia portuguesa.** *Clio*, 27(1), 46-75. 2009.

MELO, F., & REIS, R. O. B. **Antropologia na fronteira & fronteiras da Antropologia: experiências de ensino, pesquisa e extensão universitária em uma região transfronteiriça.** *Anuário Antropológico*, 46(1), 100-118. 2021.

MENDES, A. M., LEITE, M. S., LANGDON, E. J., & GRISOTTI, M. **O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil.** *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, e184. 2018.

MENDES, G. **Arguição de descumprimento de preceito fundamental.** *Direito Público*, 5(20). 2008.

MENDONÇA, S. B. M. D., RODRIGUES, D., & PEREIRA, P. P. G. **Modelo de atenção à saúde indígena: o caso do DSEI Xingu.** *Cadernos de Saúde Pública*, 35. 2019.

MENEGON, V. G. S., & DE JESUS-SILVA, T. H. **Feminicídio no Maranhão e Covid-19.** *Revista Espaço Acadêmico*, 20(224), 153-163. 2020.

MENÉNDEZ, E.L. **Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas.** *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 185-207. 2003.

MOIMAZ, S. A. S., SALIBA, N. A., GRABIN, C., BERGAMASCHI, J. E., & SOUZA, J. E. A. **Percepção de saúde bucal em uma comunidade indígena no Brasil.** *Revista da Faculdade de Odontologia de Lins*, 13(1), 60-65. 2001.

MOREIRA, M., & NARDI, R. **O mestrado profissional na área de Ensino de Ciências e Matemática: alguns esclarecimentos.** *Revista Brasileira de Ensino de Ciência e Tecnologia*, 1-9. 2010.

MOREIRA, V. M. L. **De índio a guarda nacional: cidadania e direitos indígenas no Império (Vila de Itaguaí, 1822-1836).** *Topoi* (Rio de Janeiro), 11(21), 127-142. 2010.

MUSTAFA, A. R. **As línguas étnicas no Parque das Tribos em Manaus: um estudo etnolinguístico nos espaços culturais indígenas** Uka Umbuesara Wakenai Anumarehit e Kokama, Manaus-AM. Manaus: UEA. Dissertação. 2018.

NADER, L. **Ethnography as theory**. HAU: Journal of ethnographic theory, 1(1), 211-219. 2011.

NAKAMURA, E. K. **Os Direitos Indígenas em Disputa na ADPF 709: Há Caminhos Possíveis Na Jurisdição Constitucional?**. IDP Law Review, 1(2). 2022.

NASCIMENTO, B. R. M., & DA SILVA, G. J. **Sobre vivências negociadas: indígenas e jesuítas franceses no Oiapoque setecentista**. Revista Habitus-Revista do Instituto Goiano de Pré-História e Antropologia, 17(2), 357-378. 2019.

NETO, C. D. A. M. **Os índios e a ordem imperial**. Ministério da Justiça, Fundação Nacional do Índio, CGDOC. 2005.

NETO, F. D. A. R., DOS SANTOS COSTA, G. L., & COELHO, Í. P. S. **Vacinas contra COVID-19: Relação entre a cobertura vacinal e novos casos da doença no Amazonas**. Research, Society and Development, 11(16), e511111638770-e511111638770. 2022.

NUNES, E. S. **Aldeias urbanas ou cidades indígenas? Reflexões sobre índios e cidades**. Espaço Ameríndio, Porto Alegre, v. 4, n. 1, p. 9-30, jan./jun. 2010.

OLIVEIRA, D. G. **Multiculturalismo: a comunicação como ponto de encontro entre o particularismo e o universalismo**. Comunicologia. Revista de Comunicação e Epistemologia da Universidade Católica de Brasília. 2014.

OLIVEIRA, J. P. D. **Muita terra para pouco índio? Uma introdução (crítica) ao indigenismo e à atualização do preconceito**. A temática indígena na escola: novos subsídios para professores de 1º e 2º graus. Brasília: MEC/MARI/UNESCO, 61-81. 1995.

OLIVEIRA, J. P. **Narrativas e imagens sobre povos indígenas e Amazonia: uma perspectiva processual da fronteira**. Indiana, 27, 19-46. 2010.

OLIVEIRA, J. W. B., AQUINO, J. M., & MONTEIRO, E. M. L. M. **Promoção da saúde na comunidade indígena Pankararu**. Revista Brasileira de Enfermagem, 65(3), 437-444. 2012.

OLIVEIRA, R. C. D. **Urbanização e tribalismo: a integração dos índios Terêna numa sociedade de classes**. Rio de Janeiro, RJ: Zahar Editores. 1968.

OVIEDO, A.; CARLOS, S.; DOS SANTOS, T. **A omissão do governo na tragédia indígena**. Disponível em: <https://covid19.socioambiental.org/>. Acesso em: 30 de nov de 2021.

PEREIRA, J. C. M. **Indígenas na cidade de Manaus (AM)**. Novos Cadernos NAEA, 23(3). 2021.

PEREIRA, J. C. M. **Indígenas na metrópole: lutas multiétnicas e identidade coletiva na cidade de Manaus (AM)**. 2018. Disponível em: <https://portal.ufrj.br/wp-content/uploads/2018/06/Os-ind%C3%ADgenas-na-cidade-de-Manaus-Vers%C3%A3o-final.pdf>. Acesso em: 01 de fev de 2022.

PERES, A. O., DE MOURA, F. M., & DE AGUIAR, D. M. **SAÚDE INDÍGENA E DIFICULDADES NO ACESSO AO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE NO AMAZONAS**. BIUS-Boletim Informativo Unimotrisaúde em Sociogerontologia, 19(13), 1-11. 2020.

PESSOA, V. M., ALMEIDA, M. M., & CARNEIRO, F. F. **Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil?**. Saúde em Debate, 42, 302-314. 2018.

PETERS, B. G. **American public policy**. Chatham, NJ: Chatham House, 11-28. 1986.

PONTES, A. L. D. M., MACHADO, F. R. D. S., SANTOS, R. V., & BRITO, C. A. G. D. **Diálogos entre indigenismo e Reforma Sanitária: bases discursivas da criação do subsistema de saúde indígena**. Saúde em Debate, 43, 146-159. 2020.

RIBEIRO, D. **O povo brasileiro: a formação e o sentido do Brasil**. Global Editora e Distribuidora Ltda. 2015.



RIBEIRO, D. V. H., & DE MIRANDA, J. A. A. **Indígenas e imigrantes: problemas jurídicos e sociais da atualidade**. E-books/Editora Unilasalle. 2021.

ROCHA, E.S.C. **PERFIL DE ENFERMEIROS (AS) QUE ATUAM NA SAÚDE INDÍGENA E NÃO INDÍGENA**. Cienc Cuid Saude, V. 17, N. 4, 45195, 2018.

SAMPAIO, L. S.; NASCIMENTO, F. L. **VULNERABILIDADES DOS POVOS INDÍGENAS FRENTE À PANDEMIA DA COVID-19 NO BRASIL EM RORAIMA**. BOLETIM DE CONJUNTURA (BOCA). ano IV, vol.9, n.26, Boa Vista, 2022.

SANTOS, B. DE S. **Para uma nova visão da Europa: aprender com o Sul**. Sociologias, Porto Alegre, ano 18, n. 43, p. 24-56, set./dez. 2016.

SANTOS, F. V. D. **Mulheres indígenas contra o vírus: notas antropológicas sobre políticas públicas de saúde e os impactos da Covid-19 entre os povos indígenas em contexto urbano em Manaus, Brasil**. Ponto Urbe. Revista do núcleo de antropologia urbana da USP, (27). 2020.

SANTOS, R. V., PONTES, A. L., & COIMBRA JR, C. E. **Um “fato social total”: COVID-19 e povos indígenas no Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, 36, e00268220. 2020.

SARMENTO, E. O. R. **A pandemia da Covid-19 na vida dos povos indígenas: uma reflexão autoetnográfica, a partir dos Ritos Sagrados do povo Tuyuka-Utapiñonã**. Vukápanavo: Revista Terena nº 3, p. 1-400, ISSN: 2596–2426 out./nov. 2020.

SARTORI, D., & LEIVAS, P. G. C. **O direito à saúde dos povos indígenas e o paradigma do reconhecimento**. Revista Direito e Práxis, 8, 86-117. 2017.

SCALCO, N., & LOUVISON, M. **Saúde indígena: lutas e resistências na construção de saberes**. Saúde e Sociedade, 29, e000003. 2020.

SCHWEICKARDT, J. C., SILVA, J. M. B. D. F., & AHMADPOUR, B. **Saúde indígena: práticas e saberes por um diálogo intercultural**. Série Saúde e Amazônia. 2020.

SESAI - SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA. **Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo Novo Coronavírus (COVID-19) em povos indígenas.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, mar. 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1095139>.

SHIRAISHI-NETO, J. **Direito dos povos e das comunidades tradicionais no Brasil: declarações, convenções internacionais e dispositivos jurídicos definidores de uma política nacional.** Joaquim Shiraishi Neto, org. Manaus: UEA, 2007.

SILVA, E. C. A. **Povos indígenas e o direito à terra na realidade brasileira.** In: Serviço Social & Sociedade. n. 133. 2018.

SILVA, J. G. P., & GIOVANETTI, L. **A proteção dos direitos fundamentais dos trabalhadores migrantes frente à situação de vulnerabilidade.** Revista de Direitos Fundamentais nas Relações do Trabalho, Sociais e Empresariais, 1(1). 2015.

SILVA, V. M. F. **O fundamento da autodeterminação e a tutela penal indígena no ordenamento jurídico pátrio.** 2021.

SOUSA, M. L. T. D. **Reforma sanitária e outros olhares para a saúde indígena: relato de experiência com os Potyguara.** Saúde em Debate, 44, 275-284. 2020.

SOUSA, M. L. T., & CAPRARA, A. **Saúde indígena potyguara: por outras configurações políticas e estéticas na Saúde Coletiva.** Physis: Revista de Saúde Coletiva, 29, e290210. 2019.

SOUZA, A. D. D. **Construção do conhecimento: um estudo da educação Kokama na comunidade Nova Esperança.** DISSERTAÇÃO - PPGICH Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas. 2021.

SOUZA, C. **Políticas públicas: conceitos, tipologias e subáreas.** Trabalho elaborado para a Fundação Luís Eduardo Magalhães. São Paulo. 2002.

SOUZA, F.F. **Índios cidadãos: a constituição de uma Comunidade multiétnica no bairro Tarumã**. Dissertação (Mestrado em Sociedade e Cultura na Amazônia). Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2017.

SOUZA, M. N., & BARBOSA, E. M. **Direitos indígenas fundamentais e sua tutela na ordem jurídica brasileira**. Âmbito Jurídico. 2011.

SOUZA-FILHO, C. F. M. **O Direito envergonhado (O Direito e os Índios no Brasil)**. Índios no Brasil, 153-168. 1992.

SOUZA-FILHO, C.F.M. **O renascer dos povos Indígenas para o Direito**. 1ª ed. 8ª impr. Curitiba. Juruá, 2012.

SOUZA-LIMA, A. C. **O exercício da tutela sobre os povos indígenas: considerações para o entendimento das políticas indigenistas no Brasil contemporâneo**. Revista de Antropologia, 781-832. 2012.

TEIXEIRA, C. C. **Participação social na saúde indígena: a aposta contra a assimetria no Brasil?**. Amazônica-Revista de Antropologia, 9(2), 716-733. 2018.

TEIXEIRA, E. B. **A análise de dados na pesquisa científica: importância e desafios em estudos organizacionais**. Desenvolvimento em questão, 1(2), 177-201. 2003.

VELAVAN, T. P., & MEYER, C. G. **The COVID-19 epidemic**. Tropical medicine & international health, 25(3), 278. 2020.

VON HELD, A. D. A., LOPES, M. S. C., SÁ, S. M. N. B. D., & PORTO, D. D. O. **Percepção de saúde na etnia Guarani Mbyá e a atenção à saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, 16, 923-933. 2011.