

Invisibilidades e enfrentamentos de comunidades indígenas diante da pandemia de COVID-19 e a resposta do governo brasileiro

Sara Emanuela de Carvalho Mota ¹

Nayara Scalco ²

Leo Pedrana ³

Adeânio Almeida ⁴

-
- ¹ Nutricionista, atua como analista de políticas sociais no Ministério da Saúde. Doutora em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), com estágio pós-doutoral no Centro de Estudos Sociais (CES) da Universidade de Coimbra (UC). Compõe o Grupo de Trabalho (GT) de Saúde Internacional e Soberania Sanitária do Conselho Latino-Americano de Ciências Sociais (CLACSO).
 - ² Bióloga, atua como pesquisadora no Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Doutora em Saúde Pública na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP). Compõe o Grupo de Trabalho (GT) de Saúde Indígena da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco).
 - ³ Cientista social, atua como pesquisador no Programa Integrado de Pesquisa e Cooperação Técnica em Comunidade, Família e Saúde. Doutorado e estágio de pós-doutoramento no Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Compõe o Grupo de Trabalho (GT) de Saúde Internacional e Soberania Sanitária do Conselho Latino-Americano de Ciências Sociais (CLACSO).
 - ⁴ Enfermeiro, atua como assessor técnico em secretarias municipais de saúde e como pesquisador na Universidade Federal da Bahia (UFBA), onde desenvolve o doutoramento em Saúde Pública na área de Concentração: Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da UFBA.

MOTA, S. E. de C.; SCALCO, N.; PEDRANA, L.; ALMEIDA, A. Invisibilidades e enfrentamentos de comunidades indígenas diante da pandemia de COVID-19 e a resposta do governo brasileiro. In: BARRETO, M. L.; PINTO JUNIOR, E. P.; ARAGÃO, E.; BARRAL-NETTO, M. (org.). *Construção de conhecimento no curso da pandemia de COVID-19: aspectos biomédicos, clínico-assistenciais, epidemiológicos e sociais*. Salvador: Edufba, 2020. v. 2. DOI: <https://doi.org/10.9771/9786556300757.022>

Introdução

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI se organiza como um modelo de atenção diferenciado e complementar, no Sistema Único de Saúde (SUS). O SASI tem como principal objetivo a efetivação do princípio da atenção diferenciada, estabelecido pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Pnaspi). (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE 2002) Para tanto, deve considerar as especificidades epidemiológicas, socioculturais dos povos indígenas e seus saberes no âmbito da atenção à saúde.

Reconhecido como uma importante vitória dos povos indígenas, o subsistema surge como pauta a partir das duas Conferências Nacionais de Saúde Indígena (CNSI), nos anos de 1986 e 1993, quando representantes indígenas e indigenistas formularam suas diretrizes fundamentais. Após muitas articulações no Congresso Nacional, o SASI foi aprovado e promulgado através da Lei nº 9.836/1999, a Lei Arouca, que alterou a lei orgânica do SUS para garantir o reconhecimento e respeito às diferentes cosmovisões e modos de vida dos povos originários.

A União das Nações Indígenas (UNI), organização criada ainda durante o regime militar com o intuito de unificar as reivindicações indígenas, reconheceu na

efervescência da discussão para a construção do SUS uma oportunidade para avançar na luta em defesa dos seus direitos. Nesse sentido, reivindicou que o governo garantisse a atenção à saúde aos indígenas de modo complementar às suas medicinas respeitando os diversos modos de vida dos territórios e os elementos fundamentais de que resulta a concepção ampliada de saúde entre seus povos. (VIEIRA, 2019)

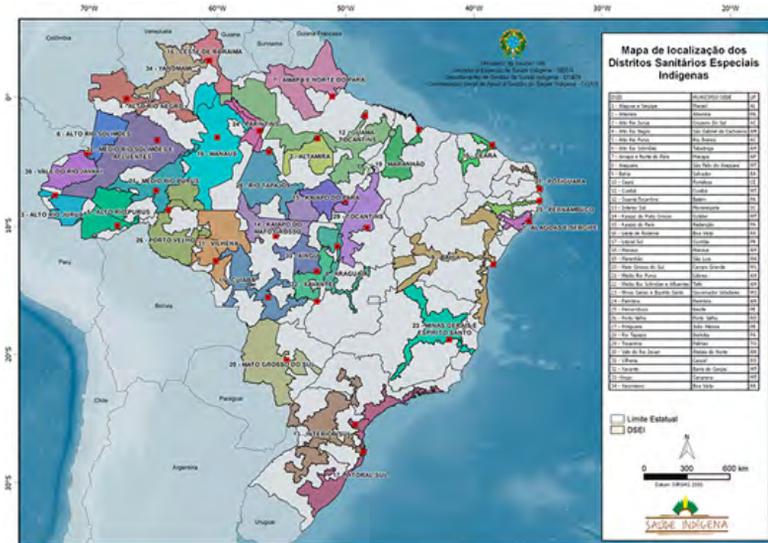
O subsistema foi instituído, portanto, sob gestão centralizada no governo federal e, em 2010, passou a ser vinculado a uma secretaria específica na estrutura do Ministério da Saúde (MS), a Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai), resultado de denúncias e reivindicações dos povos originários. (CARDOSO, 2014)

Os marcos normativos que dispõem sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas estabelecem que a organização das atividades de atenção à saúde se dá no âmbito do SUS e efetiva-se, progressivamente, por intermédio dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), ficando assegurados os serviços de atendimento básico no âmbito das terras indígenas. (BRASIL, 1999a)

Os DSEIs consistem em um modelo próprio de organização dos serviços orientados para um espaço etnocultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado. Assim, contempla um conjunto de atividades técnicas, visando medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência, com controle social. (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2002, p. 13) Esse modelo de organização foi referendado pelos indígenas e trabalhadores da área na II CNSI (CARDOSO, 2014; GARNELO, 2004) e o processo de distritalização obedeceu às particularidades dos distintos contextos, se desenvolvendo com

grande heterogeneidade no país (ATHIAS; MACHADO, 2001) e com participação dos povos indígenas.

Figura 1 - Configuração territorial dos 34 DSEIs



Fonte: Brasil (2019b).

Na organização do subsistema, há instâncias específicas de controle social para atuar junto à gestão no planejamento, monitoramento e avaliação das ações e serviços de atenção à saúde, além daquelas estabelecidas na legislação do SUS. Essas instâncias se organizam a partir de representantes das comunidades assistidas, que participam dos Conselhos Locais de Saúde Indígena (CLSI) e elegem os representantes para o Conselho Distrital de Saúde Indígena (Condisi). Nacionalmente, tem-se o Fórum de Presidentes de Condisi (Fpcondisi) com a competência de participar da formulação e do acompanhamento da execução da

Pnaspi, garantindo o seu cumprimento. (BRASIL, 2012) A previsão de colegiados específicos de controle social no SASI obedece à Convenção nº 169 sobre Povos Indígenas e Tribais da Organização Internacional do Trabalho (OIT), adotada em 1989 e ratificada pelo governo brasileiro. (BRASIL, 2019a)

As ações de saúde do subsistema são prestadas a 765.600 indígenas, por intermédio de mais de 800 Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), contratadas através de organizações não governamentais vinculadas aos DSEI. As EMSI contam com médicos(as), enfermeiros(as), odontólogos(as), técnicos(as) de enfermagem, auxiliares de saúde bucal, agentes indígenas de saneamento e agentes indígenas de saúde (AIS). Estes últimos têm o papel de atuar na mediação cultural entre equipes e usuários, e são capacitados para a apropriação de conhecimentos e recursos técnicos da medicina ocidental (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2002), apesar de diversos estudos questionarem a perspectiva monocultural dessa formação. (DIEHL; LANGDON; DIAS-SCOPEL, 2012; DIEHL; PELEGRINI, 2014; LANGDON et al., 2006) São cerca de 13.914 trabalhadores(as) que atuam diretamente na atenção à saúde, dentre os quais 7.761 (56%) são indígenas. (BRASIL, 2019b)

Apesar de representar um avanço para a atenção à saúde dos povos indígenas, estudos que analisam a Pnaspi e o processo de implementação do SASI a nível nacional (CARDOSO, 2015; MENDES et al., 2018; PEDRANA et al., 2018; TEIXEIRA; SIMAS; COSTA, 2013; TEIXEIRA; GARNELO, 2014), ou a partir de enfoques locais nas comunidades indígenas (DIEHL; LANGDON, 2015; MENDONÇA; RODRIGUES; PEREIRA, 2019; NOVO, 2011), apontam uma multiplicidade de desafios que precisam ser superados na implementação e qualificação do SASI.

Ainda assim, o subsistema destaca-se no cenário internacional por constituir um modelo de atenção à saúde específico para os povos indígenas. Não assume, entretanto, a mesma distinção no

que diz respeito aos resultados em saúde produzidos para esses povos, que mantêm os piores indicadores de saúde quando comparados com a população não indígena (BRASIL, 2019b), como acontece na maioria dos países do mundo. (ANDERSON et al., 2016; UNITED NATIONS, 2018)

Preocupa, sobretudo, importante parcela da população indígena que não é assistida pelo subsistema, vivendo em situação de extrema vulnerabilidade fora de seu território. No contexto da pandemia de COVID-19, além dos efeitos de iniquidades em saúde acumuladas e compartilhadas com demais indígenas aldeados, essa parcela da população está invisibilizada nas estatísticas nacionais e mais desprotegida e suscetível ao racismo institucional nos serviços de saúde.

O reconhecimento do impacto desproporcional que epidemias e crises têm produzido historicamente sobre as populações indígenas tornou necessário o esforço para a construção deste capítulo. Dessa forma, buscou-se explorar em documentos e estudos, nacionais e internacionais, como as comunidades e os sistemas de saúde se organizaram para assistir e proteger as populações indígenas no contexto da pandemia da COVID-19, com destaque para o contexto brasileiro. Considerando os principais aspectos abordados no conteúdo das publicações, os resultados e discussão foram organizados em dois eixos analíticos principais, a saber: iniquidades em saúde e a vulnerabilização dos povos originários à COVID-19; e as estratégias de enfrentamento à pandemia em territórios indígenas.

O contexto de iniquidades e vulnerabilização das populações indígenas encontrado pela pandemia da COVID-19

A pandemia de COVID-19 tem acirrado os perversos efeitos das iniquidades em saúde entre populações indígenas de todo o mundo. São muitos os estudos que fornecem evidências de como desigualdades sistemáticas, evitáveis, injustas e desnecessárias (WHITEHEAD, 1992), associadas a um modelo de desenvolvimento que historicamente vulnerabiliza os povos originários em diferentes contextos, refletem em piores indicadores de saúde na população indígena. Taxas de incidência de doenças infectocontagiosas e de mortalidade infantil e materna maiores em comparação com a população geral, maior prevalência de desnutrição e dificuldade de acesso aos serviços de saúde, assim como menor estimativa de vida são alguns achados de estudos realizados com povos indígenas em perspectiva global (ANDERSON et al., 2016; UNITED NATIONS, 2018) e que certamente influenciam no desempenho das estratégias de controle da pandemia adotadas pelos diferentes sistemas de saúde em todo o mundo.

Estima-se que existem hoje cerca de 476 milhões de indígenas distribuídos em 90 países no mundo, contabilizando 6% da população global. (THE WORLD BANK, 2020) Destes, 798.365 estão na Austrália, 5,2 milhões nos Estados Unidos, 2,13 milhões no Canadá (GONÇALVES JÚNIOR et al., 2020) e cerca de 80% na Ásia, América Latina e África. (UNITED NATIONS, 2018) No continente latino-americano, dados censitários mais recentes sugerem que essa população seja de 45 milhões de indígenas, com maior proporção na Bolívia (62,2%), Guatemala (41%), Peru (24%) e México (15,1%). Em comparação com os dados da década anterior, a população indígena latino-americana apresentou um aumento de 49,3%, representando uma taxa de crescimento médio anual de 4,1%.

(CEPAL, 2015) Apesar da representação demográfica, a população indígena compõe 19% da população mundial em situação de extrema pobreza e apresenta expectativa de vida até 20 anos menor que a de não indígenas. (UNITED NATIONS, 2018, 2020b)

As epidemias têm, historicamente, atingido desproporcionalmente as populações indígenas. Durante a gripe espanhola de 1918, os Maori da Nova Zelândia apresentaram taxas de mortalidade sete vezes maiores em relação à população europeia. (MCLEOD et al., 2020) No Canadá, a taxa de mortalidade entre indígenas foi ao menos oito vezes maior que a encontrada entre não indígenas. Já em relação à pandemia da influenza H1N1, em 2009, os povos indígenas da Austrália sofreram com taxas cinco vezes maiores do que a população não indígena. (POWER et al., 2020) Na região das Américas e do Pacífico, as taxas de mortalidade por H1N1 foram entre três a seis vezes maiores quando comparadas com populações não indígenas. (KAPLAN et al., 2020)

Entre os fatores que contribuíram para esse impacto, e que podem aumentar também o número de casos e óbitos por COVID-19 entre povos indígenas, estão a má nutrição, baixo acesso a saneamento básico e à água tratada, a dificuldade de acesso a serviços de saúde adequados e a discriminação a que estão sujeitos. (UNITED NATIONS, 2020b)

Até o final de maio, os Navajo, um dos 574 grupos indígenas nos Estados Unidos, apresentavam o terceiro maior número de infecções por SARS-CoV-2 *per capita* no país. Cumpre destacar que 40% das moradias dos Navajo não contam com abastecimento de água e 30% não possuem acesso à eletricidade. (POWER et al., 2020) A prevalência de doenças cardiovasculares é mais alta entre as populações indígenas na Austrália e Nova Zelândia, o que pode resultar em taxas mais altas de casos graves da infecção pelo SARS-Cov-2, em relação à população não indígena. (ARNOLD et al., 2020) Além disso, infecções respiratórias já são a maior causa

de morbidade e mortalidade entre diversos povos indígenas em países de baixa renda. (KAPLAN et al., 2020)

No México, dados de 2018 apontam que 11,2 milhões de indígenas vivem em situação de pobreza e extrema pobreza, com prejuízos no acesso aos serviços de saúde, educação e saneamento básico. Segundo o Instituto Nacional de Comunidades Indígenas, 10,4% da população indígena mexicana tem mais de 60 anos de idade e 18% utiliza o idioma espanhol, gerando a necessidade de tradução das informações sobre a COVID-19 em 35 línguas nativas. Além disso, estudos apontam que a prevalência de hipertensão nessa população é de 50,3% a 42,7%. (DÍAZ DE LEÓN-MARTÍNEZ et al., 2020; MENDOZA-CAAMAL et al., 2020)

A maioria dos estudos epidemiológicos sobre a saúde indígena no Brasil tem como foco os territórios ou etnias (CARVALHO et al., 2014), considerando as especificidades nos modos de vida e de compreensão do mundo das 305 etnias brasileiras, falantes de 274 diferentes línguas, que representam a maior diversidade do continente latino-americano. Destas, 70 estão em risco de desaparecimento físico ou cultural. (CEPAL, 2015) No contexto da COVID-19, destaca-se estudo recente que demonstrou maior potencial de espalhamento de vírus respiratório em uma aldeia Guarani, resultando em altas taxas de ataque e de internações, e potencial de causar óbitos. (CARDOSO et al., 2019)

Dados do sistema nacional de informação, o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (Siasi), não são de acesso aberto, mas uma publicação oficial recente informa que a prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) na população indígena assistida pelo subsistema em 2017 era de 203,46/10 mil habitantes, aumentando o alerta para o impacto da COVID-19 nessas populações. Destacam-se também na publicação dados que revelam as fragilidades no acesso aos serviços de saúde, como o percentual de 64,1% dos óbitos em menores de um ano

classificados como evitáveis, sendo que 21,6% destes poderiam ter sido evitados por ações de diagnóstico e tratamento adequado. Entre os óbitos de crianças de um a quatro anos, 25,7% foram provocados por doenças infecciosas e parasitárias e 62,5% foram classificados como evitáveis, dos quais 33,5% poderiam ser evitados por ações de promoção à saúde. (BRASIL, 2019b)

Apesar do maior risco, não há publicações oficiais com orientações sobre a COVID-19 nas línguas indígenas, considerando que da população de 817.963 indígenas apontados no último censo, cerca de 17,5% não dominam a língua portuguesa. (BRASIL, 2010) Entre estes, estão os povos que vivem em isolamento voluntário em diferentes regiões do país.

A população indígena brasileira concentra-se na área rural (63,8%) e a maioria (57,7%) vive em 568 terras reconhecidas oficialmente, onde apenas 30% das moradias contam com rede de abastecimento de água. Ainda de acordo com o último censo, 65,8% da população indígena não possui qualquer rendimento (IBGE, 2010), o que, associado às dificuldades de acesso à terra e demais condições de subsistência, têm provocado o deslocamento para cidades vizinhas em busca de emprego, em que são absorvidos sobretudo como mão de obra precarizada. Esse, inclusive, é considerado um importante problema social para a maioria dos povos indígenas na América Latina. (DÍAZ DE LEÓN-MARTINEZ et al., 2020; MENESES-NAVARRO et al., 2020)

A necessidade de acesso a alimentos, remédios, benefícios sociais e programas de transferência de renda tem sido reportada como outra importante razão para o deslocamento de indígenas de seus territórios, o que pode facilitar a transmissão viral nas comunidades. (KAPLAN et al., 2020; UNITED NATIONS, 2020b) A estratégia de distribuição do auxílio emergencial no Brasil, por exemplo, motivou um número expressivo de indígenas a se deslocarem de seus territórios para os centros urbanos, rompendo com

o isolamento das comunidades e se expõem ao risco de contaminação pela COVID-19.

Deslocamentos têm sido motivados também pela perda territorial provocada, entre outros motivos, por desmatamentos e incêndios florestais. Informe divulgado recentemente pelo Grupo de Trabalho Internacional (GTI) de Proteção dos Povos Indígenas em situação de Isolamento e Recente Contato (PIACI), composto por Bolívia, Brasil e Paraguai, alerta que o aumento recente dos focos de calor em terras indígenas tem provocado a migração desses povos em busca de locais mais seguros, causando abordagem involuntária às populações vizinhas e risco de contaminação, considerando o contexto da pandemia. (GTI PIACI, 2020) Estudos têm registrado ainda a entrada ilegal de garimpeiros e extrativistas, apontada por Yanomamis como responsável por mortes decorrentes da infecção por sarampo e malária em comunidades no Brasil e Venezuela desde a década de 1980 e, mais recentemente, pelo primeiro caso fatal de COVID-19 em sua comunidade. (KAPLAN et al., 2020)

O modo de vida caracterizado por um convívio mais direto com o ambiente natural é fundamental para compreender a distribuição territorial das comunidades indígenas. Além da maior suscetibilidade às invasões e conflitos fundiários, a localização de muitas comunidades em regiões isoladas ou remotas acirra a preocupação em torno do impacto da pandemia sobre os povos indígenas, considerando que nesses locais os serviços de saúde são de difícil acesso e têm capacidade de oferta limitada, quando existentes. (PAHO; WHO, 2020; UNITED UNION, 2020b) Ademais, estudo recente realizou análise exploratória espacial no sul do Brasil e identificou que boa parte dos territórios indígenas estão situados em regiões contornadas por municípios com elevados números de casos de COVID-19 (POLIDORO et al., 2020), confirmando os achados de relatórios sobre risco de espalhamento da

COVID-19 em populações indígenas produzidos por instituições nacionais. (FIOCRUZ; FGV, 2020)

A relação particular com o meio ambiente associa-se por outro lado com a ancestralidade, princípio fundamental da organização social e cultural desses povos, assim como seus processos de saúde e doença. Conhecidas por alguns autores como “determinantes culturais da saúde” (POWER et al., 2020), ou ainda como “determinantes dos determinantes em saúde” (JONES, 2019), as práticas culturais estão positivamente associadas com o bem-estar físico, mental e social nas populações indígenas. (BOURKE et al., 2018) As medidas de distanciamento social adotadas no contexto de controle da COVID-19 têm causado importantes mudanças nas relações, rituais e nas práticas coletivas entre esses povos, além do risco aumentado de perda dos anciãos, alicerces vitais da transmissão intergeracional de conhecimentos e línguas indígenas. (GONÇALVES JÚNIOR et al., 2020; KAPLAN et al., 2020; POWER et al., 2020; UNITED NATIONS, 2020a) Nesse sentido, cumpre destacar que os direitos indígenas precisam ser respeitados mesmo durante a pandemia, o que inclui o direito à autodeterminação e consulta aos povos sobre medidas que os afetam, devendo ser adotadas mediante o seu consentimento livre, prévio e informado. (UNITED NATIONS, 2020c)

São poucos os estudos que abordam concepções indígenas sobre as causas e processos de adoecimento comunitário em sentido intercultural. No Brasil, alguns esforços foram realizados por organizações indigenistas na construção de indicadores que evidenciam as comunidades indígenas no Brasil mais expostas aos riscos do contato com a pandemia, incluindo aquelas não reconhecidas pelos órgãos oficiais, e que adotam outras variáveis ou fatores determinantes como a presença de conflitos e invasões da terra indígena, distância e disponibilidade de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), entre outros. (ISA, 2017)

A pandemia de COVID-19 tem, portanto, exacerbado os efeitos das iniquidades em saúde que impactam a vida dos povos indígenas historicamente, assim como tem aprofundado processos de vulnerabilização que atingem desproporcionalmente esses grupos, sobretudo nesse contexto de crise sanitária e social sem precedentes no mundo. E esse contexto precisa ser considerado na produção de respostas governamentais para controle da pandemia, como trataremos a seguir.

Estratégias de enfrentamento à pandemia em territórios indígenas e a resposta do governo brasileiro

O protagonismo indígena na construção de estratégias próprias para controle e enfrentamento da COVID-19 em suas comunidades foi reportado em diversas partes do mundo. Lideranças indígenas fecharam suas fronteiras a partir da instalação de barreiras sanitárias para limitar o acesso às suas comunidades em países como a Colômbia, Peru, Equador, Canadá, Austrália e Brasil. (DÍAZ DE LEÓN-MARTINEZ et al., 2020; KAPLAN et al., 2020)

Povos indígenas da região Amazônica passaram a produzir suas próprias máscaras, arrecadaram itens de higiene e disseminaram informações sobre a COVID-19 em línguas locais. Os Navajo, nos Estados Unidos, impuseram quarentena e testaram mais de 40 mil pessoas. (INDIGENOUS..., 2020) Comunidades Inuit, no Canadá, têm utilizado estratégias desenvolvidas anteriormente para controle da tuberculose para a proteção contra a COVID-19, como o uso de rádios e plataformas digitais para compartilhar materiais culturalmente apropriados e treinamento de membros da comunidade em relação aos cuidados básicos necessários (inclusive por telemedicina). (KIDDELL-MONROE et al., 2020)

Cuidadores tradicionais indígenas também estão desempenhando papel fundamental na resposta à COVID-19 através do uso de sua medicina e orientação sobre práticas de autocuidado em suas comunidades em países como a Colômbia, Bolívia, México, Peru, Canadá e Congo. (UNITED NATIONS, 2020c)

Além de iniciativas próprias, que demonstram a sua capacidade de organização e mobilização, lideranças indígenas têm pressionado os governos por medidas mais adequadas e efetivas para enfrentar a emergência. No Canadá, as lideranças exigiram das autoridades sanitárias que “abrissem as estatísticas” e informassem os dados da COVID-19 em suas nações, sob a justificativa de que os números podem ajudá-los a preparar uma resposta adequada a possíveis surtos. (POWER et al., 2020) No Peru, as instâncias de governança indígenas foram respeitadas em relação ao seu protagonismo na adoção de medidas sanitárias de proteção. (ZAVALETA, 2020)

Esse reconhecimento da soberania das lideranças indígenas é muito importante, uma vez que decisões comunitárias devem ser reforçadas pelas autoridades governamentais, respeitando o conhecimento e costumes locais e mitigando as consequências da adoção de medidas sanitárias, inclusive com a garantia de quarentena dos profissionais de saúde que tiverem acesso às comunidades para testagem e triagem de suspeitos e contatos. (KAPLAN et al., 2020) Outro fator crucial é a necessidade da transmissão de mensagens e orientações em linguagem e idioma apropriados. (MESA VIEIRA et al., 2020)

A desagregação dos dados sobre a evolução e as ações de enfrentamento da COVID-19 por raça/cor – número de casos e de óbitos, testes aplicados, medicamentos e profissionais de saúde disponibilizados etc. – foram objetos de reivindicação de organizações indígenas em diferentes países. (CURTICE; CHOO, 2020) No Brasil, mesmo com a existência do subsistema e previsão

normativa que determina que o quesito raça/cor é obrigatório em todos os sistemas de informação do SUS (BRASIL, 2017), a ficha de registro de casos leves de COVID-19 no sistema de notificação foi criada sem esse campo. Esse fato gerou manifestações públicas de diversas entidades, como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) que publicou uma *Carta ao Ministério da Saúde sobre a informação raça/cor nos sistemas de informação da COVID-19*. Em 27 de agosto, o plenário do Senado aprovou um projeto de lei que visava obrigar todos os hospitais a coletarem informações como: “raça, cor, etnia, idade, sexo, eventual deficiência, condição socioeconômica, ocupação e localidade de origem”. (BRASIL, 2020a)

A disponibilização de dados específicos sobre a evolução da pandemia entre populações indígenas assume relevância ainda maior quando se reconhece que restrições no acesso e qualidade da assistência impactam de forma diferente as populações indígenas em todo o mundo, uma vez que as barreiras relacionadas ao racismo institucional tendem a ser acirradas nesse contexto de maior pressão e limite de acesso aos serviços de saúde. (MCLEOD et al., 2020)

Os riscos e iniquidades específicos fizeram com que a Organização Mundial da Saúde (OMS) adotasse as recomendações produzidas pelo Grupo de Apoio Interinstitucional das Nações Unidas sobre Questões Indígenas direcionadas a todo sistema da Organização das Nações Unidas (ONU) na produção de respostas à COVID-19. O documento aponta a necessidade de adoção de medidas de proteção desses povos e de garantia da participação ativa de suas instituições de governança e conhecimentos tradicionais na construção de respostas contextualizadas. (UNITED NATIONS, 2020d)

No Brasil, a estratégia de enfrentamento à pandemia em territórios indígenas está sendo executada pelo MS, através da Sesai. A resposta setorial orientou-se inicialmente a partir do

“Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID-19) em Povos Indígenas”, lançado em março com o objetivo de coordenar as ações a serem desenvolvidas nos 34 DSEIs para os indígenas aldeados.

O Plano de Contingência da SESAI tem como objetivo orientar demais autoridades sanitárias na elaboração/adequação de seus respectivos planos de modo a contemplar as especificidades da atenção à saúde dos povos indígenas, considerando a sua vulnerabilidade epidemiológica, a atenção diferenciada à saúde inerente à atuação em contexto intercultural, e a influência de aspectos socioculturais no fluxo de referência no SUS. (BRASIL, 2020d) Ao longo do documento, entretanto, recomenda-se a adoção de protocolos, normas, rotinas e medidas de prevenção, controle e manejo inespecíficas, elaboradas pelo MS para a população geral.

As especificidades culturais são reduzidas à recomendação de adoção de critérios especiais de acesso e acolhimento, com garantia do direito a acompanhante e intérprete, e de priorização de acesso diferenciado aos indígenas de recente contato pelos gestores dos serviços de referência municipais e estaduais. Assim como outros documentos do MS, o plano resume o papel da atenção primária à comunicação de risco, com previsão de divulgação de informações sobre a doença e medidas de prevenção através de ações de educação em saúde e por meio de materiais informativos traduzidos para a língua indígena sempre que possível. (BRASIL, 2020d) Não há, contudo, qualquer menção aos sistemas médicos tradicionais ou estratégias de consulta aos povos indígenas sobre as medidas a serem adotadas.

A incipiência da resposta elaborada pelo governo brasileiro para o enfrentamento da pandemia em comunidades indígenas motivou a elaboração de outras propostas de atuação por organizações indígenas e sanitárias. Numa articulação com a Frente Parlamentar Mista em Defesa dos Direitos dos Povos Indígenas,

foi proposto no mês de maio um Plano Emergencial de Apoio aos Territórios Indígenas através do Projeto de Lei nº 1.142/2020, cujo texto inicial foi acrescido com o intuito de assegurar os direitos e necessidades dos povos indígenas e comunidades tradicionais no contexto da pandemia, tais como: a garantia de acesso universal à água potável, provimento de pontos de internet nos territórios, garantia de segurança alimentar por meio da distribuição de alimentos e ferramentas agrícolas e de programas específicos de crédito para populações indígenas. (BRASIL, 2020b) Essas e outras importantes medidas foram vetadas pela Presidência da República através da Lei nº 14.021/2020, inclusive a obrigatoriedade legal do registro de declaração de raça ou cor na notificação dos casos de COVID-19. (BRASIL, 2020c) Em 19 de agosto, contudo, o Congresso Nacional derrubou 16 dos 22 vetos da Presidência. (BRASIL, 2020c)

Além de participar da mobilização para aprovação do projeto de lei citado, a Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB), entidade representativa dos povos indígenas de abrangência nacional, lançou no final de junho um plano de enfrentamento à COVID-19 intitulado “Emergência Indígena”, em que denunciou a omissão do governo e o despreparo dos órgãos indígenas e de saúde do Estado brasileiro na condução das ações para proteção dos povos indígenas. De acordo com esse documento, a ação da Sesai e da Fundação Nacional do Índio (Funai) tem sido lenta, descoordenada e insuficiente, diferente da orquestração que tem sido demonstrada pelas demais iniciativas do governo federal no que se refere às ameaças aos modos de vida dos povos indígenas, através de medidas como a flexibilização da legislação ambiental e ações de fiscalização, tentativa de legalização da mineração em territórios indígenas, restrição da atuação dos órgãos indígenas em territórios não homologados e revisão de estudos demarcatórios. (APIB, 2020)

A APIB refere ainda no documento que agentes públicos atuaram como veículos de transmissão do vírus SARS-CoV-2 nos territórios indígenas e reivindica com urgência uma ação coordenada de todos os órgãos estatais para garantir a proteção da população indígena no país. Essas razões levaram a APIB a protocolar a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) nº 709 no Supremo Tribunal Federal (STF) solicitando uma resposta efetiva do governo brasileiro na prevenção e tratamento da COVID-19 dentre os povos indígenas, incluindo os povos em contexto urbano. Em agosto, obteve medida cautelar determinando a criação de uma sala de situação para gestão da pandemia com a participação das comunidades indígenas representadas pela APIB, a instalação de barreiras sanitárias em terras indígenas e a elaboração de um plano intersetorial de enfrentamento da COVID-19 em que seja garantida a participação indígena, entre outras providências. (BRASIL, 2020f)

Para análise da resposta da União à decisão judicial, o STF intimou entidades e instituições a se manifestarem, entre elas a Abrasco, autora também de uma proposta de enfrentamento à pandemia, diante da falta de uma resposta coordenada a nível nacional. Para isso, a Abrasco reuniu diversas organizações da saúde coletiva e conduziu um processo colaborativo de construção que culminou no Plano da Frente pela Vida,⁵ com um capítulo específico de ações para reduzir impactos negativos da COVID-19 nas populações indígenas. Nesse plano, é denunciado o abandono das instituições públicas e reforçada a necessidade de ação interministerial coordenada e articulada, com capacidade de incidir sobre as iniquidades preexistentes que caracterizam as condições de vida e saúde dos povos indígenas e os tornam mais suscetíveis às complicações decorrentes da COVID-19.

⁵ Ver em: <https://frentepelavida.org.br>.

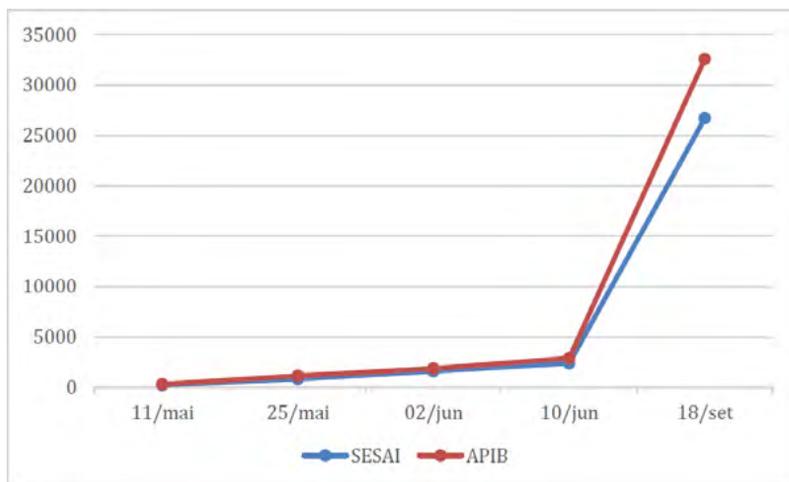
Em resposta à intimação do STF, a Abrasco emitiu nota técnica na qual elencou uma série de falhas no plano apresentado pela União, recomendando a revisão do documento, e propôs a adoção de medidas imediatas para minimizar a progressão e impacto da pandemia em povos indígenas. (ABRASCO; FIOCRUZ, 2020) Enquanto o Judiciário aguardava a manifestação das demais entidades, cresciam os casos de COVID-19 na população indígena, com mais de 26 mil casos confirmados e 426 óbitos de acordo com o boletim epidemiológico da SESAI à época. (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2020)

A qualidade e confiabilidade dos dados epidemiológicos, entretanto, continuam sendo um desafio para o controle do SARS-CoV-2 na população indígena. As informações se configuram como primeira barreira programática para o adequado planejamento e monitoramento no âmbito da gestão, assim como na previsão dos impactos e da emergência da COVID-19 nesse grupo populacional. O Siasi não produz dados de acesso aberto, o que dificulta qualificação, divulgação e uso das informações de saúde pública. Além disso, os dados do Siasi não permitem uma avaliação sobre a prestação de uma atenção diferenciada à saúde em comunidades indígenas, uma vez que monitora os mesmos indicadores de saúde dos demais modelos de atenção, sem especificidades. (MOTA; NUNES, 2018)

Diante disso, o movimento indígena representado pelo Comitê Nacional de Vida e Memória Indígena da APIB, em colaboração com instituições indigenistas, passou a monitorar dados sobre contaminação e mortalidade por COVID-19 informados pelas próprias comunidades e por meio de uma busca ativa utilizando diferentes fontes de dados oficiais para identificação de casos entre indígenas em contexto urbano, como Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde e Ministério Público Federal. Esses dados são confrontados com aqueles disponibilizados pela Sesai/MS em boletins epidemiológicos diários, apesar das diferenças em relação ao universo das populações em análise.

Enquanto os dados fornecidos pela Sesai informam casos suspeitos, confirmados, descartados, curados e óbitos agregados por DSEI, considerando a população aldeada, os dados disponibilizados pela APIB permitem uma leitura da evolução da COVID-19 na população indígena total, a partir da desagregação por etnia/povo e pela área geopolítica dos estados brasileiros. Dessa forma, os dados disponibilizados pela Sesai e APIB apresentam diferenças quantitativas, mas ambos demonstram um aumento acelerado dos casos confirmados e óbitos nessa população (Figuras 2 e 3).

Figura 2 – Casos confirmados de COVID-19 na população indígena segundo boletim da APIB e boletim epidemiológico da SESAI, por data da publicação, Brasil, 2020



Fonte: elaborada pelos autores com base em dados disponíveis nos sítios eletrônicos da Sesai e APIB.⁶

Nota: Número total de casos por COVID-19 entre populações indígenas divulgado pela Sesai e pela APIB, por data de registro da publicação.

⁶ Disponível em: <https://saudeindigena.saude.gov.br/corona> e https://emergenciaindigena.apiboficial.org/dados_covid19/.

Figura 3 – Óbitos por COVID-19 na população indígena segundo boletim da APIB e boletim epidemiológico da Sesai, por data da publicação, Brasil, 2020



Fonte: elaborada pelos autores com base em dados disponíveis nos sítios eletrônicos da Sesai e APIB.

Nota: Número total de óbitos por COVID-19 entre populações indígenas divulgado pela Sesai e pela APIB, por data de registro da publicação.

A ONU recomenda que outras informações afetas ao contexto da pandemia sejam também desagregadas por etnia, como dados sobre violência contra a mulher e de impacto econômico. Em publicação recente, a ONU destacou iniciativas governamentais que podem servir para a proteção dos povos indígenas no contexto da pandemia como a experiência australiana de priorização dessa população na resposta nacional, a costa-riquenha de destaque para a medicina tradicional, a neozelandesa de produção de regulamentos respeitando as práticas culturais e as experiências da Colômbia e Peru de instituir um comitê binacional dirigido aos povos que vivem em região fronteiriça na Amazônia. (UNITED NATIONS, 2020c) Ratificou ainda a necessidade de incluir os

representantes indígenas nas entidades e comitês de emergência e resposta sanitária à COVID-19. (UNITED NATIONS, 2020a, 2020d)

A Portaria da Sesai que estabelece o “Comitê de Crise Nacional para planejamento, coordenação, execução, supervisão e monitoramento dos impactos da COVID-19 no âmbito da Saúde dos Povos Indígenas” não prevê a representação de indígenas na sua composição no nível central, estabelecendo no âmbito dos Comitês de Crise Distritais a participação do presidente do Condisi. (BRASIL, 2020e)

Sobre isso, cabe destacar que diversos autores apontam a estrutura do controle social do subsistema como burocrática, com foco gerencial, que não reconhece o modo de organização dos povos originários, dificultando a sua participação e o debate acerca da efetivação da atenção diferenciada. (LANGDON; DIEHL, 2007; CRUZ; COELHO, 2012; VIEIRA, 2019) Ferreira (2012) e Vieira (2019) discutem que, na prática, a participação da comunidade acontece para muito além do ambiente de controle social que, na maioria das vezes, silencia as pautas indígenas.

A emergência da pandemia exigiu das lideranças e organizações indígenas um protagonismo para além dos canais institucionais de participação. Diversas mobilizações têm sido organizadas, nacional e internacionalmente, como principal estratégia para dar visibilidade e pressionar autoridades governamentais na construção de respostas eficazes de enfrentamento à pandemia nos territórios indígenas. No Brasil, temos como exemplo a Emergência Indígena Maracá que reúne intelectuais, ativistas, artistas e lideranças indígenas do Brasil e do mundo.

No âmbito internacional, fóruns e redes de apoio têm sido criados ou fortalecidos nesse contexto de enfrentamento à COVID-19, como o Fórum Indígena de Abya Yala – *Foro Indígena de Abya Yala* (FIAY) –, promotor da Plataforma Indígena Regional frente à COVID-19 para América Latina e Caribe, o Grupo Internacional de Amigos dos Povos Indígenas – *Group of*

Friends of Indigenous Peoples_GOF Indigenous Peoples –, composto por representantes de 16 países de diferentes continentes e o Pacto de Povos Indígenas da Ásia – *Asia Indigenous Peoples Pact (AIPP)*.

Essa mobilização tem sido muito importante para o avanço das ações destinadas ao controle da pandemia entre comunidades indígenas. No contexto brasileiro, tem sido fundamental para acionar os poderes da União no sentido de salvaguardar os direitos e proteger a vida e saúde dos povos indígenas. A título de síntese, sistematizamos as principais ações aqui apresentadas em uma linha do tempo (Figura 4).

Quadro - *Linha do tempo das principais ações de combate à pandemia da COVID-19 voltadas às populações indígenas desenvolvidas entre janeiro e agosto de 2020*

Linha do tempo das principais ações de combate à pandemia	
28/01	SESAI encaminha aos DSEI a Nota Informativa nº 02/2020 sobre o coronavírus.
30/01	OMS declara Emergência Internacional
03/02	Brasil declara Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (Espin).
19/02	Brasil apresenta ações para enfrentamento ao coronavírus durante reunião dos ministros da Saúde do Mercosul.
26/02	Confirmado o primeiro caso de coronavírus no Brasil, em São Paulo.
13/03	Sesai encaminha aos DSEI o Plano de Congnência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID-19) e o Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID-19) em Povos Indígenas (versão eletrônica preliminar).
20/03	APIB exige que o governo federal elabore um plano de enfrentamento para a pandemia da COVID-19 para os povos indígenas.
21/03	Publicação de Nota Técnica do GT de Saúde Indígena da Abrasco e Comissão de Assuntos Indígenas da Associação Brasileira de Antropologia sobre o respeito à vulnerabilidade dos povos indígenas e às implicações no enfrentamento da epidemia.
24/03	Portaria Sesai nº 16/2020 – Institui o comitê de crise para o enfrentamento da COVID-19.

Linha do tempo das principais ações de combate à pandemia	
27/03	Apresentação do Projeto de Lei (PL) nº 1142/2020 pela Frente Parlamentar Mista em Defesa dos Direitos dos Povos Indígenas.
30/03	Portaria Conjunta nº 1 CNJ - Estabelece procedimentos excepcionais para sepultamento e cremação de corpos durante a situação de pandemia do coronavírus.
01/04	Portaria Sesai nº 36/2020, de 1º de abril de 2020, institui o Comitê de Crise Nacional para enfrentamento da COVID-19.
13/04	Portaria Sesai nº 55/2020 - Institui a Equipe de Resposta Rápida no âmbito dos DSEI para enfrentamento da pandemia de COVID-19. Comunicado da Sesai aos DSEI quanto a inclusão dos povos indígenas na segunda fase de vacinação da Campanha Contra a Influenza e necessidade de intensificação de vacinação contra o sarampo.
17/04	Publicação de Nota Técnica do GT de Saúde Indígena da Abrasco e Comissão de Assuntos Indígenas da Associação Brasileira de Antropologia sobre a COVID-19 e a situação alimentar entre os povos indígenas: recomendações para o enfrentamento da pandemia.
25/04	Carta da Abrasco ao Ministério da Saúde sobre a informação raça/cor nos sistemas de informação da COVID-19.
29/06	Lançamento pela APIB do plano "Emergência Indígena". APIB encaminha ao STF o pedido de Liminar na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) nº 709.
03/07	Frente pela Vida lança o Plano Nacional de Enfrentamento à pandemia de COVID-19.
07/07	Transformação do PL nº 1142/2020 na Lei Ordinária nº 14021/2020 com 22 vetos pela Presidência.
08/07	Liminar parcialmente deferida <i>ad referendum</i> pelo relator do STF referente à ADPF nº 709 no STF
05/08	ADPF nº 709 no STF julgada pertinente pelo plenário do STF.
19/08	Câmara dos Deputados derrubou 16 dos 22 vetos da Presidência à Lei 14021/2020.
31/08	STF publica a decisão quanto à ADPF nº 709.

Fonte: elaborado pelos autores.

Considerações finais

A pandemia de COVID-19 acirrou não apenas as iniquidades que afetam as condições de vida e saúde dos povos indígenas, mas também as fragilidades de um subsistema criado para oferecer uma atenção diferenciada aos povos indígenas no âmbito do SUS. Revelou um modelo de organização da atenção à saúde que demanda uma preocupação honesta para o aprimoramento tanto dos diferentes processos de trabalho e práticas de cuidado desenvolvidos, muitas vezes de forma improvisada, por equipes terceirizadas, como da qualidade dos serviços e ações ofertados aos seus usuários, numa perspectiva intercultural.

Demonstrou também que a recente extinção da instância nacional de controle social do subsistema, assim como a sucessiva postergação da conferência nacional de saúde indígena, têm provocado entre as lideranças a necessidade de se articular nacionalmente para garantir a sua participação na gestão das políticas de saúde dirigidas aos seus povos, e que os principais avanços alcançados na construção de estratégias para enfrentamento à pandemia nas comunidades indígenas são resultados dessa articulação.

A nível global, destacou os piores indicadores de saúde com os quais convivem populações indígenas em todo o mundo, historicamente, quando comparados com a população não indígena concidadã. Como quem levanta o tapete, na expressão popular, a COVID-19 exigiu dos diferentes sistemas e autoridades sanitários a reconciliação com questões fundamentais para a efetivação do direito à saúde de suas populações.

No que se refere à população indígena, a garantia do direito à saúde passa pela valorização e reconhecimento da autodeterminação e organização desses povos, dos seus conhecimentos e línguas, da sua relação particular com o ambiente natural, das suas concepções próprias de saúde e adoecimento, de suas práticas

tradicionais de cuidado, seus rituais ancestrais de cura e despedida, em suma, do seu direito de viver segundo seus princípios e cosmovisões, livres de violências e injustiças.

Referências

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA - ABRASCO. *Carta ao Ministério da Saúde sobre a informação raça/cor nos sistemas de informação da COVID-19*. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2020/04/Carta-ao-Minist%C3%A9rio-da-Sa%C3%BAde-sobre-a-informa%C3%A7%C3%A3o-ra%C3%A7a-cor-nos-sistemas-de-informa%C3%A7%C3%A3o-da-COVID-19-1.pdf>. Acesso em: 8 set. 2020.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA - ABRASCO; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ. *Nota Técnica em resposta à intimação n. 2636/2020: manifestação ao Supremo Tribunal Federal do Grupo de Consultores do GT de Saúde Indígena da Associação Brasileira de Saúde Coletiva e Fundação Oswaldo Cruz referente a medida cautelar na arguição de descumprimento de preceito fundamental 709*. Rio de Janeiro, 17 ago. 2020. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icit/42967/2/RespostaIntimacaoFiocruzAbrasco17_08_c2.pdf. Acesso em: 8 set. 2020.

ANDERSON, I. *et al.* Indigenous and tribal peoples' health (The Lancet-Lowitja Institute Global Collaboration): a population study. *Lancet*, London, v. 388, n. 10040, p. 131-157, 2016.

ARTICULAÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS DO BRASIL- APIB. *Plano emergência indígena: plano de enfrentamento da COVID-19 no Brasil*. 2020. Disponível em: <http://emergenciaindigena.apib.info/files/2020/06/PLANO-ENFRENTAMENTO-PT-290620.pdf>. Acesso em: 7 jul. 2020.

ARNOLD, R. H. *et al.* Rural and Remote Cardiology During the COVID-19 Pandemic: Cardiac Society of Australia and New Zealand (CSANZ) Consensus Statement. *Heart, Lung and Circulation*, [s. l.], v. 29, p. e88-e93, 2020. DOI: 10.1016/j.hlc.2020.05.001. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32487432/>. Acesso em: 13 ago. 2020.

ATHIAS, R.; MACHADO, M. A saúde indígena no processo de implantação dos Distritos Sanitários: temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 425-431, mar. 2001. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2001000200017>. Acesso em: 18 ago. 2020.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO. Brasília, DF: Ministério da Saúde, n. 155, 2020. Disponível em: https://saudeindigena1.websiteseguro.com/coronavirus/pdf/18-09-2020_Boletim%20epidemiologico%20SESAI%20sobre%20COVID%2019.pdf. Acesso em: 18 set. 2020.

BOURKE, S. *et al.* Evidence review of Indigenous culture for health and wellbeing. *The International Journal of Health, Wellness; and Society*, Champaign, v. 8, n. 4, p. 11-27, 2018. DOI: 10.18848/2156-8960/CGP/v08i04/11-27. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/327225093_Evidence_Review_of_Indigenous_Culture_for_Health_and_Wellbeing#:~:text=There%20is%20growing%20evidence%20that,influence%20their%20health%20and%20wellbeing.&text=The%20literature%20largely%20report%20that,and%20reduces%20risk%2Dtaking%20behaviours. Acesso em: 8 jul. 2020.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 2179, de 2020. Dispõe sobre a obrigação dos órgãos e instituições de saúde de promover o registro e cadastramento de dados relativos a marcadores étnico-raciais; idade; gênero; condição de deficiência e localização dos pacientes por eles atendidos em decorrência de infecção pelo vírus SARS-CoV-2 (Covid19); e dá outras providências. Brasília, Brasília, DF, 2020a. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/141723>. Acesso em: 15 ago. 2020.

BRASIL. Congresso Nacional. *Ofício do Congresso Nacional nº 293/2020*. Comunica à Câmara dos Deputados a rejeição do Veto Parcial nº 27; de 2020; aposto ao Projeto de Lei nº 1.142; de 2020. Brasília, 2020b. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=8880009&ts=1600437109944&disposition=inline>. Acesso em: 8 set. 2020.

BRASIL. Decreto nº 3.156, de 27 de agosto de 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 nºs 564, de 8 de junho de 1992, e 1.141, de 19 de maio de 1994, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 28 ago. 1999a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3156.htm. Acesso em: 1 ago. 2020.

BRASIL. Decreto nº 10.088, de 5 de novembro de 2019. Consolida atos normativos editados pelo Poder Executivo Federal que dispõem sobre a promulgação de convenções e recomendações da Organização Internacional do Trabalho - OIT ratificadas pela República Federativa do Brasil. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 6 nov. 2019a. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Decreto/D10088.htm#art5. Acesso em: 15 ago. 2020.

BRASIL. Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999. Acrescenta dispositivos à Lei nº 8.080; de 19 de setembro de 1990. Acrescenta dispositivos à Lei nº 8080, 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. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 24 set. 1999b. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1999/lei-9836-23-setembro-1999-345060-norma-pl.html>. Acesso em: 3 jan. 2016.

BRASIL. Lei nº 14.021; de 7 de julho de 2020. 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; estipula medidas de apoio às comunidades quilombolas; aos pescadores artesanais e aos demais povos e comunidades tradicionais para o enfrentamento à COVID-19; e altera a Lei nº 8.080; de 19 de setembro de 1990; a fim de assegurar aporte de recursos adicionais nas situações emergenciais e de calamidade pública.). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 27 ago. 2020c. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2019-2022/2020/Lei/L14021.htm. Acesso em: 8 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *II Conferência Nacional de Saúde Para os Povos Indígenas*. Brasília, DF, 1993. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2_conferencia_nacional_saude_povos_indigenas_relatorio_final.pdf. Acesso em: 1 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio*. Brasília, DF, 1986. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/1_conferencia_nacional_protecao_saude_indio_relatorio_final.pdf. Acesso em: 1 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM 344, de 1º de fevereiro de 2017. Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, n. 24, p. 62, 2017. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/20785617/do1-2017-02-02-portaria-n-344-de-1-de-fevereiro-de-2017-20785508. Acesso em: 8 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 755, de 18 de abril de 2012. Dispõe sobre a organização do controle social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2012. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0755_18_04_2012.html#:~:text=1%C2%BA%20Esta%20Portaria%20disp%C3%B5e%20sobre;Sa%C3%BAde%20\(SESAI%2F%20MS\).&text=%C2%A7%202%C2%BA%20Os%20membros%20dos;DSEI%2FSESAI%2FMS](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0755_18_04_2012.html#:~:text=1%C2%BA%20Esta%20Portaria%20disp%C3%B5e%20sobre;Sa%C3%BAde%20(SESAI%2F%20MS).&text=%C2%A7%202%C2%BA%20Os%20membros%20dos;DSEI%2FSESAI%2FMS). Acesso em: 8 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Indígena*: análise de situação de saúde no SASISUS. Brasília, DF, 2019b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Plano de contingência nacional para infecção humana pelo novo coronavírus (COVID-19) em povos indígenas*. Brasília, DF, mar. 2020d. Disponível em: <https://saudeindigena.saude.gov.br/corona>. Acesso em: 8 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Portaria MS/SESAI nº 36 de 1º de abril de 2020. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2020e. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-36-de-1-de-abril-de-2020-250848451>. Acesso em: 15 ago. 2020.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. *Arguição de descumprimento de preceito fundamental 709 Distrito Federal*. Relator: Ministro Roberto Barroso. Brasília, DF, 2020f. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/adpf709.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2020.

CARDOSO, A. M. *et al.* Investigation of an outbreak of acute respiratory disease in an indigenous village in Brazil: Contribution of InfluenzaA(H1N1)pdm09 and human respiratory syncytial viruses. *PLoS ONE*, San Francisco, v. 14, n. 7, p. e0218925, 2019.

CARDOSO, M. D. Políticas de saúde indígena no Brasil: do modelo assistencial à representação política. In: LANGDON, E. J.; CARDOSO, M. D. (org.). *Saúde indígena*: políticas comparadas na América Latina, Florianópolis: Ed. da UFSC, 2015. p. 83-106.

CARDOSO, M. D. Saúde e povos indígenas no Brasil: notas sobre alguns temas equivocados na política atual. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 860-866, abr. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X000278>. Acesso em: 20 ago. 2020.

CARVALHO, A. L. M.; OLIVEIRA, A. L. B. da; GUIMARÃES, S. da S. Caracterização epidemiológica das populações indígenas e do Subsistema de Saúde Indígena no Brasil: uma revisão integrativa da literatura. *Boletim Informativo Geum*, Teresina, v. 5, n. 3, p. 72-80, 2014.

COMISSÃO ECONÔMICA PARA A AMÉRICA LATINA E O CARIBE - CEPAL. *Os Povos Indígenas na América Latina: avanços da última década e desafios pendentes para garantir seus direitos*. Santiago do Chile: CEPAL: Nações Unidas, 2015. Disponível em: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37773/1/S1420764_pt.pdf. Acesso em: 20 ago. 2020.

CRUZ, K. R.; COELHO, E. M. B. A saúde indigenista e os desafios da participação Indígena. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 21, p. 185-198, 2012. Suplemento 1.

CURTICE, K.; CHOO, E. Indigenous populations: left behind in the COVID-19 response. *Lancet*, London, v. 395, n. 10239, p. 1753, 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31242-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31242-3). Acesso em: 20 ago. 2020.

DÍAZ DE LEÓN-MARTÍNEZ; L. *et al.* Critical review of social, environmental and health risk factors in the Mexican indigenous population and their capacity to respond to the COVID-19. *The Science of the Total Environment*, Amsterdam, v. 733, p. 139357, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2020.139357>. Acesso em: 20 ago. 2020.

DIEHL, E. E.; PELLEGRINI, M. A. Saúde e povos indígenas no Brasil: o desafio da formação e educação permanente de trabalhadores para atuação em contextos interculturais. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 867-874, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000400867&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 ago. 2020.

DIEHL, E. E.; LANGDON, E. J. Transformações na atenção à saúde indígena: tensões e negociações em um contexto indígena brasileiro. *Universitas Humanística*, Bogotá, v. 80, p. 213-236, jul./dic. 2015.

DIEHL, E. E.; LANGDON, E. J.; DIAS-SCOPEL, R. P. Contribuição dos agentes indígenas de saúde na atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas brasileiros. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 819-831, maio 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000500002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 set. 2020.

FERREIRA, L. B. O. *Controle social no subsistema de atenção indígena: uma reflexão bioética*. 2012. Tese (Doutorado em Bioética) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2012.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). *Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas*. Brasília DF: FUNASA, 2002.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ; FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS. Núcleo de Métodos Analíticos para Vigilância em Saúde Pública. *4º relatório - Risco de espalhamento da COVID-19 em populações indígenas: considerações preliminares sobre vulnerabilidade geográfica e sociodemográfica*. Grupo de Trabalho sobre Vulnerabilidade Sociodemográfica e Epidemiológica dos Povos Indígenas no Brasil à Pandemia de COVID-19 2 e colaboradores. Rio de Janeiro, 18 abr. 2020. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/relatorios_tecnicos_-_COVID-19_procc-emap-ensp-COVID-19-report4_20200419-indigenas.pdf. Acesso em: 20 ago.2020.

GARNELO, L. *Política de saúde dos povos indígenas no brasil: análise situacional do período de 1990 a 2004*. Porto Velho: UFRO/ENSP, 2004.

GONÇALVES JÚNIOR, J. R. *et al.* The mental health of those whose rights have been taken away: an essay on the mental health of indigenous peoples in the face of the 2019 Coronavirus (2019-nCoV) outbreak. *Psychiatry Research*, Amsterdam, v. 289, p. 113094, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113094>. Acesso em: 20 ago.2020.

GRUPO DE TRABALHO INTERNACIONAL DE PROTEÇÃO AOS POVOS INDÍGENAS EM SITUAÇÃO DE ISOLAMENTO E CONTATO INICIAL - GTI PIACI. *Informe Trinacional: queimadas e desmatamento em territórios com registros de povos indígenas em situação de isolamento – PIA – Bolívia – Brasil – Paraguai*. Brasília, DF: GTI PIACI, 2020. Disponível em: <https://trabalhoindigenista.org.br/wp-content/uploads/2020/09/informe-incendios-portugues.pdf>. Acesso em: 20 set. 2020.

INDIGENOUS peoples: resilience in the face of adversity. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, London, v. 8, n. 9, p. 731, Sept. 2020. Editorial. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/landia/article/PIIS2213-8587\(20\)30273-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/landia/article/PIIS2213-8587(20)30273-4/fulltext). Acesso em: 17 set. 2020.

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL - ISA. *Isolados e desprotegidos*. 28 set. 2017. Disponível em: <https://www.socioambiental.org/pt-br/noticias-socioambientais/isolados-e-desprotegidos>. Acesso em: 17 set. 2020.

IBGE. *Os indígenas no censo demográfico 2010: primeiras considerações com base no quesito cor ou raça*. Brasília, DF, 2010. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/indigenas/indigena_censo2010.pdf. Acesso em: 5 jun. 2011.

JONES; R. *The Epidemiology of Aboriginal and Torres Strait Islander culture; health and wellbeing*. 2020. Disponível em: <https://openresearch-repository.anu.edu.au/handle/1885/156448>. Acesso em 16 de junho de 2020.

KAPLAN, H. S. *et al*. Voluntary collective isolation as a best response to COVID-19 for indigenous populations? A case study and protocol from the Bolivian Amazon. *Lancet*, London, v. 395, n. 10238, p. 1727-1734, 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31104-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31104-1). Acesso em: 20 ago. 2020.

KIDDELL-MONROE; R. *et al*. Inuit communities can beat COVID-19 and tuberculosis. Correspondence. *The Lancet Public Health*, London, v. 5, n. 6, p. E312; June 2020. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(20\)30091-8/fulltext#articleInformation](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(20)30091-8/fulltext#articleInformation). Acesso em: 20 ago. 2020.

LANGDON, E. J. *et al*. A participação dos agentes indígenas de saúde nos serviços de atenção à saúde: a experiência em Santa Catarina, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 2637-2646, dec. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001200013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 set. 2020.

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*, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 19-36, 2007.

MCLEOD; M. *et al*. COVID-19: we must not forget about Indigenous health and equity. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, Oxford, v. 44, n. 4, p. 253-256, 2020. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1753-6405.13015>. Acesso em: 17 set. 2020.

MENDES, A. M. *et al*. O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, v. 42, p. e184, 2018.

MENDONÇA, S. B. M.; RODRIGUES, D.; PEREIRA, P. P. G. Modelo de atenção à saúde indígena: o caso do DSEI Xingu. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 35, p. 1-3, 2019.

MENDOZA-CAAMAL, E.C. *et al.* Metabolic syndrome in indigenous communities in Mexico: a descriptive and cross-sectional study. *BMC Public Health*, London, v. 20, n. 339, 2020.

MENESES-NAVARRO, S. *et al.* The challenges facing indigenous communities in Latin America as they confront the COVID-19 pandemic. *International Journal for Equity in Health*, London, v. 19, n. 63, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01178-4>. Acesso em: 17 set. 2020.

MESA VIEIRA, C. *et al.* COVID-19: The forgotten priorities of the pandemic. *Maturitas*, Limerick, v. 136, p. 38-41, 2020. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2020.04.004>. Acesso em: 17 set. 2020.

MOTA, S. E. de C.; NUNES, M. Por uma atenção diferenciada e menos desigual: o caso do Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 11-25, jan. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902018000100011&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 19 set. 2020.

NOVO, M. P. Política e intermedicalidade no Alto Xingu: do modelo à prática de atenção à saúde indígena. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, p. 1362-1370, 2011.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION – PAHO; WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. *Epidemiological Alert: COVID-19 among indigenous peoples in the Americas*. Washington, D.C.: PAHO/WHO, 2020.

PEDRANA, L. *et al.* Análise crítica da interculturalidade na Política Nacional de Atenção às Populações Indígenas no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, v. 42, p. 1-55, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.178>. Acesso em: 17 set. 2020.

POLIDORO, M. *et al.* Territories Under Siege: Risks of the Decimation of Indigenous and Quilombolas Peoples in the Context of COVID-19 in South Brazil. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, Cham, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s40615-020-00868-7>. Acesso em: 17 set. 2020.

POWER, T. *et al.* COVID-19 and Indigenous Peoples: An imperative for action. *Journal of Clinical Nursing*, Oxford, v. 29, n. 15/16, p. 2737-2741, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jocn.15320>. Acesso em: 17 set. 2020.

TEIXEIRA, C. C.; GARNELO, L. P. (org.). *Saúde Indígena em Perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.

TEIXEIRA, C. C.; SIMAS, D. H.; COSTA, N. M. A. C. Controle Social na Saúde Indígena: limites e possibilidades da democracia direta. *Revista Tempus: actas de saúde coletiva*, Brasília, DF, v. 7, n. 4, p. 97-115, 2013.

THE WORLD BANK. *Indigenous peoples*. 2020. Disponível em: <https://www.worldbank.org/en/topic/indigenouspeoples>. Acesso em: 17 jun. 2020.

UNITED NATIONS. Department of Economic and Social Affairs. COVID-19 Response: the Impact of COVID-19 on Indigenous Peoples. *Policy Brief*, New York, n. 70, p. 1-4, 2020a. Disponível em: https://www.un.org/development/desa/dpad/wp-content/uploads/sites/45/publication/PB_70.pdf. Acesso em: 17 jun. 2020.

UNITED NATIONS. Department of Economic and Social Affairs. *Indigenous peoples & the COVID-19 pandemic: Considerations*. New York: United Nations, 2020b. Disponível em: https://www.un.org/development/desa/indigenouspeoples/wp-content/uploads/sites/19/2020/04/COVID19_IP_considerations.pdf. Acesso em: 17 jun. 2020.

UNITED NATIONS. Department of Economic and Social Affairs. *State of the World's Indigenous Peoples: Indigenous Peoples' access to Health Services*. New York: United Nations, 2018. Disponível em: <https://www.un.org/development/desa/indigenouspeoples/wp-content/uploads/sites/19/2018/03/The-State-of-The-Worlds-Indigenous-Peoples-WEB.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2020.

UNITED NATIONS. Human Rights. Office Department of High Commissioner. *Topics in focus COVID-19 and indigenous peoples' rights 29 June 2020*. New York: United Nations, 2020c. Disponível em: https://www.ohchr.org/Documents/Issues/IPeoples/OHCHRGuidance_COVID19_IndigenouspeoplesRights.pdf. Acesso em: 17 jun. 2020.

UNITED NATIONS. *Indigenous Peoples and COVID-19: a Guidance Note for the UN System prepared by the UN Inter- Agency Support Group on Indigenous Issues*. 23 Apr. 2020d. Disponível em: https://www.un.org/development/desa/indigenouspeoples/wp-content/uploads/sites/19/2020/04/Indigenous-peoples-and-COVID_IASG_23.04.2020-EN.pdf. Acesso em: 20 jun. 2020

VIEIRA, N. B. S. *“Tem que ser do nosso jeito”*: participação e protagonismo do movimento indígena na construção da política de saúde no Brasil. 2019. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services*, Westport, v. 22; n. 3, p. 429-445, 1992.

ZAVALETA, C. COVID-19: review Indigenous peoples' data. *Nature*, London, v. 580, n. 185, p. 185, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1038/d41586-020-01032-1>.

Disponível em: <https://www.nature.com/articles/d41586-020-01032-1>.

Acesso em: 8 jul. 2020.