



**Saúde das Populações Indígenas Brasileiras:
vulnerabilidades históricas e o enfrentamento da COVID-19 na
atualidade**

*Health of Brazilian Indigenous Populations:
historical vulnerabilities and the confrontation of COVID-19 today*

*Salud de las Poblaciones Indígenas Brasileñas:
vulnerabilidades históricas y la lucha contra el COVID-19 hoy*

*Santé des Populations Indigènes Brésiliennes:
vulnérabilités historiques et lutte contre le COVID-19 aujourd'hui*

Ana Elisa Rodrigues Alves Ribeiro¹ e Regina Célia de Souza Beretta²

¹ Graduada em Odontologia pela Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil, e em Pedagogia pela Universidade Federal de Lavras, Lavras, MG, Brasil. Mestre em ciências com ênfase em Biologia Oral pela Universidade de São Paulo e doutora em Promoção de Saúde pela Universidade de Franca. Atualmente é docente do curso de Odontologia da Universidade de Franca, Franca, SP, Brasil.

E-mail: anaelisa.rar@gmail.com

² Graduada em Serviço Social pela Faculdade de Serviço Social de Araraquara, Araraquara, SP, Brasil, mestra e doutora em Serviço Social pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Franca, SP, Brasil. É docente no Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde e líder do Grupo de pesquisa Populações vulneráveis e promoção da saúde na Universidade de Franca, Franca, SP, Brasil.

E-mail: regina.beretta@unifran.edu.br

Resumo

Na maior parte da história da saúde indígena, os diversos povos originários do Brasil contaram somente com seus recursos em saúde para o enfrentamento de "novas" doenças. Em 1999, a Lei Arouca, marco organizacional do setor, estabeleceu o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena; antes disto, ações aleatórias em saúde aconteceram como forma de proteção social a estes povos. A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas foi aprovada em 2002, em 2010 foi criada a Secretaria Especial de Saúde Indígena para gestão do subsistema. Este histórico sinalizou maiores vulnerabilidades em saúde a estes povos, incluindo o atual cenário de pandemia do Sars-Cov-2. Esta é uma revisão integrativa, sobre como a COVID-19 envolveu os territórios indígenas brasileiros de forma específica e preocupante. Com números muito maiores para estes grupos, podendo-se sugerir impactos mais profundos, devido à inviabilização de identidade indígena e necessidades de melhoria de informação da saúde indígena, é preciso contextualizar para compreender estes desfechos atuais (e antigos) da saúde indígena. Mesmo com sinalizações prévias, os impactos desta doença incluíram perdas culturais irreparáveis, suas formas de vida, de tradição oral, e as características de risco da doença, levaram muitos guardiões dos saberes dos povos indígenas brasileiros.

Palavras-Chave: Saúde de Populações Indígenas; Política pública; Infecções por Coronavírus; COVID-19; Saúde Pública.

Abstract

For most of the history of indigenous health in Brazil, the diverse groups have relied only on their health resources to face "new" diseases. The Arouca Law, in 1999, was the sector's organizational framework and established the Indigenous Health Care Subsystem; before that, only random health actions took place as a form of social protection for these peoples. In 2002, was approved the National Policy for the Attention to Health of Indigenous Peoples and in 2010, the Special Secretariat for Indigenous Health was created to manage the subsystem. This record signaled greater health vulnerabilities to these peoples, including the current Sars-Cov-2 pandemic scenario. This is an integrative review, about how COVID-19 involved Brazilian indigenous territories in a specific and worrying way. With greater number of cases for these groups, and suggestion of deeper impacts due to the impossibility of indigenous identity and the need to improve information on indigenous health system, contextualization is necessary to understand these current (and old) outcomes of indigenous health. Even with previous signs, the impacts of this disease included irreparable cultural losses, due to the risk characteristics of the disease and their oral tradition ways of life and, reaching many guardians of the knowledge of Brazilian indigenous peoples.

Keywords: Health of indigenous Peoples; Public Policy; Coronavirus infections; COVID-19; Public Health.

Resumen

Durante la mayor parte de la historia de la salud indígena, los diferentes pueblos de Brasil solo tenían sus recursos de salud para hacer frente a las “nuevas” enfermedades. En 1999, la Ley Arouca, marca organizativa del sector, estableció el Subsistema de Atención de Salud Indígena; antes de eso, se llevaron a cabo acciones de salud aleatorias como una forma de protección social para estos pueblos. La Política Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas fue aprobada en 2002, en 2010 se creó la Secretaría Especial de Salud Indígena para administrar el subsistema. Esta historia señaló mayores vulnerabilidades de salud para estos pueblos, incluido el escenario pandémico actual Sars-Cov-2. Se trata de una revisión integradora de cómo COVID-19 involucró a los territorios indígenas brasileños de manera específica y preocupante. Con números mucho mayores para estos grupos, lo que puede sugerir impactos más profundos, debido a la imposibilidad de la identidad indígena y la necesidad de mejorar la información sobre la salud indígena, es necesario contextualizar para comprender estos resultados actuales (y antiguos) de la salud indígena. Incluso con signos previos, los impactos de esta enfermedad incluyeron pérdidas culturales irreparables, sus formas de vida, de tradición oral y las características de riesgo de la enfermedad, llevaron a muchos guardianes del conocimiento de los pueblos indígenas brasileños.

Palabras Clave: Salud de Poblaciones Indígenas; Política Pública; Infecciones por Coronavirus; COVID-19; Salud Pública.

Resumé

Pendant la plus grande partie de l'histoire de la santé autochtone, les différents peuples du Brésil n'avaient que leurs ressources sanitaires pour faire face aux « nouvelles » maladies. En 1999, la loi Arouca, marque organisationnelle du secteur, a créé le sous-système de soins de santé autochtone; avant cela, des actions de santé aléatoires avaient lieu comme une forme de protection sociale pour ces peuples. La politique nationale de soins de santé pour les peuples autochtones a été approuvée en 2002, en 2010, le Secrétariat spécial pour la santé des peuples autochtones a été créé pour gérer le sous-système. Cette histoire a signalé de plus grandes vulnérabilités pour la santé de ces peuples, y compris le scénario actuel de pandémie Sars-Cov-2. Il s'agit d'un examen intégratif de la manière dont COVID-19 a impliqué les territoires indigènes brésiliens d'une manière spécifique et préoccupante. Avec des nombres beaucoup plus importants pour ces groupes, ce qui peut suggérer des impacts plus profonds, en raison de l'impossibilité de l'identité autochtone et de la nécessité d'améliorer les informations sur la santé autochtone, il est nécessaire de contextualiser pour comprendre ces résultats actuels (et anciens) de la santé autochtone. Même avec des signes antérieurs, les impacts de cette maladie comprenaient des pertes culturelles irréparables, leurs modes de vie, de tradition orale et les caractéristiques de risque de la maladie, ont conduit à de nombreux gardiens du savoir des peuples autochtones brésiliens.

Mots Clés: Santé des Populations Autochtones; Politique Publique; Infections à Coronavirus; COVID-19; Santé Publique.

Introdução

Em dezembro de 2019, um surto de pneumonia causada por uma nova cepa de Corona vírus, teve início na cidade de Wuhan, província de Hubei - China, e rapidamente se espalhou para outros vinte e quatro países. Em 30 de janeiro de 2020 a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou emergência em saúde pública e em 11 de março de 2020, decretou uma pandemia dessa doença, que perdura até os momentos atuais, envolvendo de forma específica os territórios indígenas brasileiros (Peng e cols., 2020)

De acordo com Ribeiro em 2006, O Brasil, desde seu ‘descobrimento’ (ou porque não desde sua invasão) até os dias mais atuais, teve momentos históricos que favoreceram a deterioração do estado de saúde, morte e quase dizimação dos dos seus povos originários, sendo o aspecto biótico o de maior impacto. Dos 5 milhões de indígenas calculados em 1500, há uma população de apenas 896 mil dentre todos os povos; o que representa atualmente 0,42% da população do país (ISA, 2018, Machado e Cols., 2020).

‘A pandemia de COVID-19 (...) em segmentos sociais específicos, observam-se conformações próprias. É o caso dos povos indígenas no Brasil, uma parcela da população que tem sido duramente atingida pela pandemia’ (Coimbra Jr e cols., 2020). O cenário da saúde indígena em tempos atuais, decorrente da pandemia do novo Coronavírus, não se apresentou de forma diferente, podendo-se considerar os desfechos do novo corona vírus previstos para as populações indígenas brasileiras. Uma vez que a literatura já havia sinalizado a alta vulnerabilidade dos povos indígenas às infecções respiratórias agudas, com elevado potencial de transmissão, taxas de ataque, internações e óbitos, desde o surto da doença H1N1 (Cardoso e cols., 2019), este trabalho tem por objetivo fazer uma revisão integrativa do atual momento. Em uma reflexão histórica, considerando as características de transmissão do novo Sars-Cov-2, sobre as políticas de saúde para estes povos e sua relação com a transmissão do novo coronavírus dentre estes grupos incluindo os impactos culturais irreversíveis.

1. Materiais e Métodos

A revisão integrativa de literatura é um método que busca agrupar e resumir resultados ou discussões sobre um tema ou alguma abordagem, de maneira ordenada e abrangente, para contribuições ampliadas (Baptista e cols., 2012). Para guiar esta revisão integrativa as seguintes perguntas nortearam a busca: O que faz dos povos indígenas mais vulneráveis ao novo corona vírus? Em números oficiais e características culturais, qual o impacto desta doença para estes povos e sua comparação com o restante do Brasil?

A busca dos estudos e informações foi realizada junto à Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), portal Scientific Eletronic Library Online (SciELO) e Google Acadêmico e fontes de informações oficiais do sistema de informação da saúde indígena. Utilizadas as seguintes palavras-chave: “Saúde indígena”; “COVID-19”; “Políticas de Saúde para indígenas”; “vulnerabilidade indígena”; acrescidos de “E”.

Além disto, materiais complementares foram utilizados para compreender melhor as políticas de enfrentamento da COVID-19 no contexto dos povos indígenas (Fiocruz, 2021).

Os critérios de inclusão para esta revisão, foram textos que solucionavam alguma das perguntas norteadoras; publicados nos últimos 5 anos, sendo excluídos àqueles que não tratavam da temática indígena brasileira.

2. A Saúde Indígena Ontem e Hoje no Brasil

Na maior parte da história da saúde indígena, estes povos contaram somente com seus próprios recursos de saúde - saberes de saúde milenares tradicionais - que sustentaram o enfrentamento de ‘novas’ doenças, sendo a abstinência de proteções sociais e iniquidades para com as populações indígenas brasileiras responsáveis por uma maior vulnerabilidade em saúde desde o princípio. Esta vulnerabilidade também se deu a partir do próprio contato destes com a civilização européia e novas enfermidades, da retirada de suas terras originais, e da negação de suas práticas culturais e políticas na tentativa de “civilização”; cenário que se perpetua nas diversas esferas de nossa sociedade (Ribeiro, 2006).

Até o início do século XX não haviam políticas ou ações governamentais que se preocupassem com a vida e proteção destes povos efetivamente. Neste percurso institucional da saúde indígena, houve inicialmente ações esporádicas que muitas vezes não levavam em conta os valores e práticas milenares já existentes e utilizados para a manutenção da saúde desses povos, apenas em uma tentativa de se resolver as discrepâncias assistenciais sofridas por estes povos. Pode-se citar dentre estas iniciativas a oferta do Serviço de Proteção ao Índio, a criação de Unidades Sanitárias Aéreas, e o surgimento da Fundação Nacional do Índio – FUNAI (Brasil, 2002).

Considerando o perfil epidemiológico dos povos indígenas com altas taxas de incidência de doenças respiratórias, diarreicas, imunopreveníveis, malária e tuberculose, foi preciso o desenvolvimento de uma assistência específica, com ênfase na promoção da saúde nas próprias comunidades. Esta saída favoreceu e favorece ainda hoje as condições de saúde dessas populações, e é uma abordagem justificável, visto que os indicadores de saúde destes povos sempre foram significativamente mais graves quando comparados aos valores médios brasileiros (Brasil, 2019).

Na década de cinquenta surgiram alguns movimentos que favoreceram uma organização de políticas públicas voltadas à saúde indígena. Com a criação de um plano de combate à tuberculose no país e o conceito de equipes volantes de saúde (EVS), foi possível um modelo de trabalho aplicável junto a estas comunidades em seus próprios territórios. Este modelo relevou a importância de serem criadas barreiras sanitárias no entorno dos territórios indígenas de forma que o acesso a estes pudesse ter um controle mais rigoroso da transmissão de doenças a estes grupos. Em tese, cada EVS da saúde indígena deveria ser composta por médico, enfermeiro, técnico de laboratório e odontólogo, e dispor de meios de transporte para levá-la a visitas periódicas as aldeias indígenas (Fiocruz, 2021).

Este novo olhar para a especificidades do setor esteve presente na 8ª Conferência Nacional de Saúde, com a implementação do Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS), mais enfaticamente na 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, que ocorreu neste mesmo evento. Foi também neste mesmo período que a saúde indígena passou da coordenação da FUNAI, para o Ministério da

Saúde (MS), com o reconhecimento de sua operacionalização como parte de uma ação governamental maior e ligado ao setor da saúde (Brasil, 1988).

As bases operacionais do SUS a despeito do controle social, e da descentralização, por meio da municipalização, justificaram a participação indígena na formulação, planejamento, execução e avaliação dos serviços de saúde indígena; possibilitando reclamarem pela atenção diferenciada, o reconhecimento dos seus sistemas de saúde milenares e da necessidade de adequação de um modelo diferenciado a partir dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, em um subsistema de atenção (Brasil, 1988; Brasil, 1993).

Impasses institucionais decorrentes da divisão entre FUNAI e MS, fizeram com que em 1994 ações ligadas a saúde indígena estivessem sendo desenvolvidas pelos dois órgãos governamentais; e em 1988 o total das atribuições deste setor ficou destinado ao MS em consonância com o SUS. Este marco organizacional da saúde indígena ficou conhecido como Lei Arouca, n. 9.836/1999, que estabeleceu o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS), sendo gerido agora pela Fundação Nacional de Saúde (Funasa), no MS (Brasil, 2009).

O SASI-SUS, considerando as populações residentes em territórios indígenas, se estruturou em 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), estes distritos se consolidaram como sistemas de saúde locais, com finalidade administrativa e gerencial da dinâmica etnocultural da saúde destes povos, no intuito de qualificar a atenção em saúde indígena. Contemplando o conjunto de atividades técnicas da saúde, reordenação da rede de saúde, práticas sanitárias e controle social, cada DSEI foi provido de certa autonomia para a realização das ações de atenção primária (Brasil, 2002).

Cada DSEI passaria a contar com postos de saúde nas aldeias e polos-base em determinados territórios de aldeias; com as casas de Saúde Indígena (Casai), estrategicamente nos municípios de referência, para acolhimento de pacientes e acompanhantes dos serviços da rede de atenção à saúde indígena. Suas equipes multidisciplinares em saúde indígena (EMSI) foram compostas por agentes indígenas de saúde (AIS), Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN), médicos, enfermeiros, odontólogos, técnicos de enfermagem e de saúde bucal, de forma articulada com o SUS (Brasil, 2002).

Para organização e estruturação dos serviços de atenção, desde 2000, toda a informação da saúde indígena conta com o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (Siasi), no intuito de coletar e processar informações da saúde indígena que nunca antes haviam sido devidamente registradas. Entretanto diversos impasses ainda permeiam estas notificações, e o uso de fontes alternativas, como as do IBGE, ainda sugerem que os dados de saúde para estas populações se apresentam subnotificados e limitados (Fiocruz, 2021; Brasil, 2007).

Não depois de muita luta, foi aprovada a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), em 2002, esta formalização da saúde indígena possibilitou diretrizes concretas na organização dos serviços à estas comunidades, na preparação de recursos humanos, no monitoramento das ações de saúde, na articulação entre os sistemas de saúde ocidental e tradicional indígena, para o uso de medicamentos, situações especiais, ética e pesquisa e ações envolvendo os povos originários. A promoção de ambientes saudáveis e proteção à saúde indígena também ficariam fundamentadas pelo controle social do SUS (Brasil, 2002).

Apesar de uma estruturação, a gestão do SASI-SUS dentro da Funasa necessitou de reformas a partir de 2008, pela perpetuação de entraves na atenção à saúde indígena e suas especificidades, e em 2010 foi criada a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) para gestão do subsistema, uma reivindicação que havia sido feita desde aquela primeira conferência, em 1986. Estes ajustes continuaram a acontecer, em 2019, também para melhorias na consolidação da PNASPI, a SESAI, por meio do decreto n.9795, teve suas competências redefinidas (Fiocruz, 2021; Brasil, 2019).

Observando o caminho da saúde indígena como ação governamental, percebe-se ainda sua conformação à modelos anteriores, apesar de toda a luta por uma ação diferenciada e que respeite as especificidades étnicas e culturais. O planejamento, coordenação, supervisão, monitoramento e avaliação da implementação da PNASPI pela SESAI, deveria abranger a gestão do SASI-SUS para a promoção, proteção e a recuperação da saúde dos diversos povos indígenas, com o planejamento, coordenação, supervisão, monitoramento e avaliação das ações de saúde e saneamento, segundo peculiaridades de cada DSEI e as práticas médicas tradicionais indígenas e sua articulação com os municípios e o SUS (Brasil, 2002; Brasil, 2010; Brasil, 2019).

Para atingir estes objetivos, a participação dos conselhos distritais de saúde indígena (CONDISI) e envolvimento das comunidades também precisaria ser fortalecida, inclusive para discussões atuais como é o caso da pandemia do novo Sars-Cov-2 que vem afetando mais enfaticamente estes povos; entretanto, a 6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena prevista para 2019 e adiada para 2020, encontra-se suspensa (Brasil, 2018).

Considerando a saúde como direito, e em decorrência deste histórico vulnerável percorrido, é possível ainda visualizar muitos desafios, inclusive de implementação do que está disposto na PNASI (Brasil, 2002). Toda a organização sustentada pelas especificidades de cada povo e de cada DSEI é geradora de demandas novas dentro do SUS e isto também ainda está em construção. A cobertura da atenção primária ainda é frágil e instável nos territórios; o acesso à rede de serviços para a integralidade da atenção ainda inexistente e, desta forma, o movimento indígena vem requerendo melhorias como ampliações para territórios ainda não homologados e também para os indígenas que estejam em contexto urbano.

3. A Pandemia do Novo Corona Vírus no Contexto dos Povos Indígenas Brasileiros

Pensando na disseminação global do novo corona vírus, nos determinantes sociais da saúde, nas condições de risco para esta doença e no histórico de iniquidades em saúde sofridas pelas populações indígenas no Brasil, os resultados desta pandemia já sinalizavam uma maior atenção a estes grupos (Dahlgren & Whitehead, 1991; Diaz-Quijano e cols., 2020).

Em muitas regiões e aldeias do país, o acesso à água é restrito, e para os territórios indígenas o saneamento básico também é uma necessidade prevalente. A garantia de acesso à água e ao sabão como medida básica de prevenção da COVID-19 precisou ser considerada para avaliar maiores vulnerabilidades para esta doença, assim como a recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS) no uso de máscaras onde há transmissão comunitária. Além disto, o perfil epidemiológico destes povos, sinalizado por alguns estudos com aumento do número de indivíduos adultos portadores de hipertensão, diabetes, obesidade e doenças renais, fatores de risco para o novo Sars-Cov-2, acentuou fatores de risco (Basta e cols., 2012; Coimbra Jr.; e cols., 2007).

Muitos determinantes sociais de saúde que poderiam agravar as condições das populações indígenas brasileiras no contexto de pandemia ficaram evidentes. Pode-se dizer que este perfil epidemiológico indígena e as características dos riscos de piores desfechos para esta nova doença, sobrepuseram determinantes sociais e biológicos (Basta e cols., 2012).

Por todos estes aspectos, esta doença no contexto indígena trouxe alertas de diversas organizações e autoridades mundiais, como a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), e a Comissão Interamericana de Direitos Humanos da Organização dos Estados Americanos (OEA). Entretanto, o histórico e a invisibilidade de dados sociodemográficos e epidemiológicos de atenção à saúde destas populações no Brasil desfavoreceram formulações de políticas públicas para o enfrentamento dessas desigualdades (Silva, 2018; Godoy Flores, 2019), assim como o monitoramento dos reais impactos do novo Sars-Cov-2 junto a estas populações (Fiocruz, 2021).

Para agravamento da situação vivenciada, o cenário político brasileiro por inúmeras questões sociais e econômicas, gerou impasses junto a estas populações, acentuando as lutas históricas destes povos no país. Desde a campanha presidencial, o atual governante do país Jair Bolsonaro afirmava paralisar a demarcação de terras indígenas, ou reduzir áreas já demarcadas, defendendo também a abertura destes territórios já homologados para mineração, além de justificar uma necessidade de expansão do agronegócio para além destes territórios. As questões etnoculturais também foram confrontadas pelo atual governante, se utilizando de discursos integracionistas ultrapassados (Fellet, 2021).

Em termos internacionais, a organização internacional do trabalho (OIT), preconiza a obrigação dos Estados em consultar os povos indígenas sobre quaisquer medidas que impactem suas vidas e territórios, por meio da Convenção 169. O governo brasileiro, contrapondo esta convenção, desencadeou mudanças internas em órgãos indigenistas dentro dos diversos ministérios no período de pandemia, incluindo escolhas para a própria SESAI, sem as devidas consultas a estes povos. Todos estes aspectos, geraram manifestações e instabilidade nas abordagens voltadas a estas populações, em um cenário de violações de direitos que pode ter impactado a saúde destes grupos dando continuidade a iniquidades históricas (Fellet, 2021; Courtis, 2009).

Os modos de vida destas populações, com dificuldade de acesso à equipamentos de proteção individual e insumos de higiene, precariedade de saneamento básico dos territórios, além da necessidade de uma abordagem em saúde diferenciada para medidas de prevenção em linguagens e formatos diversos, fizeram os desafios imensos neste contexto de pandemia (Cardoso e cols., 2019).

O Instituto Sócio Ambiental, sinalizou estas vulnerabilidades da saúde indígena no contexto da pandemia, classificando terras indígenas em vulnerabilidades crítica, intensa, alta ou moderada. 17 Municípios foram sinalizados como estratégicos e prioritários para instalação de estruturas de atendimento emergencial aos povos indígenas: São Gabriel da Cachoeira/AM, Tabatinga/AM, Itacoatiara/AM, Pacaraima/RR, Boa Vista/RR, Paulo Afonso/BA, Água Boa/MT, Redenção/PA, Jacareacanga/PA, Oriximiná/PA, Altamira/PA, Amambai/MS, Grajaú/MA, Guajará-Mirim/RO, Tarauacá/AC, Oiapoque/AP e Itarema/CE. Entretanto, apesar de sinalizações internacionais, territoriais e de instituições do campo da saúde, em janeiro de 2021 houve um colapso hospitalar justamente no estado do Amazonas, no qual a ausência de oxigênio levou a morte inúmeros pacientes acometidos pela doença do novo corona vírus, COVID-19 (Azevedo e cols., 2020; Lemos, 2021).

Buscando enfrentar todo este contexto, indígenas de diversos povos buscaram participar de etapas de planejamento, execução e avaliação das políticas e ações por meio dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena na formulação do ‘Plano de Contingência Distrital para Infecção Humana pelo novo Corona vírus (COVID-19)’. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena esteve na linha de frente, na prevenção da transmissão e no cuidado com os doentes afetados pela COVID-19, na qual foi desenvolvida a estratégia de criação de Equipes de Resposta Rápida (ERR) para contratação temporária de profissionais de saúde indígena, e adequação dos diferentes espaços e rotinas de trabalho, como a descentralização do atendimento (Fiocruz, 2021).

Houve, também, iniciativas de articulação e parcerias com instituições acadêmicas como o Projeto Xingu/Unifesp, Fiocruz e GT Saúde Indígena da Abrasco, na publicação de uma carta de recomendação sobre as medidas de controle da COVID-19 voltadas a estas populações. Apesar disso, em resposta ao crescente número de casos de COVID-19 entre indígenas, a SESAI precisou desenvolver uma estratégia temporária de assistência denominada Unidades de Atenção Primária Indígena (UAPI) para oferecer atendimento e suporte respiratório (oxigênio) para os casos leves, buscando evitar encaminhamentos desnecessários e respeitando a especificidade cultural de cada etnia (Fiocruz, 2021).

Historicamente, o contato com civilizações europeias foi um dos fatores que mais dizimou estas populações, em decorrência de doenças não conhecidas por estes povos e 500 anos depois continua se apresentando de maneira semelhante. Apesar da COVID-19 ser uma doença nova, os povos indígenas vêm vivenciando e se protegendo geração em geração, de situações semelhantes ligadas a novas doenças e às dificuldades dos serviços de saúde (Ribeiro, 2006).

O conhecimento histórico destes grupos sobre o cuidado com o corpo, como por exemplo a prática de reclusão ou isolamento de indivíduos, é um costume que se assemelha ao isolamento social preconizado para a COVID-19, sendo familiar para alguns povos. A medicina tradicional indígena milenar neste sentido, precisa e precisou ser considerada pelos profissionais de saúde, na abordagem em saúde em tempos de pandemia, ao promover ações educativas, ou para adequar as orientações sobre Sars-Cov-2 (Fiocruz, 2021).

Conhecimentos indígenas e científicos precisaram dialogar para a construção de estratégias de enfrentamento à doença. A equipe de saúde, além de atuar na organização e planejamento da atenção básica, teve um importante papel: informar a comunidade como se proteger da COVID-19; sendo os agentes indígenas de saúde fundamentais nas ações de educação em saúde, por conhecerem o cotidiano, língua e costumes, em m uma melhor tradução e adaptação das orientações acerca da COVID-19.

Como citado no histórico institucional da saúde indígena, a precariedade na rede de atenção à saúde destes povos, com dificuldade de acesso a meios de diagnóstico e assistência hospitalar, em uma articulação SASI-SUS e referências secundárias e terciárias, expuseram vulnerabilidades. Sem contar os grupos de contexto urbano que estão mais expostos à nova doença e sem a especificidade da atenção em saúde dos DSEIs (Fiocruz, 2021).

O estudo “Risco de espalhamento da COVID-19 em populações indígenas: considerações preliminares sobre vulnerabilidade geográfica e sociodemográfica” (PROCC/Fiocruz & EMap/FGV, 2020) analisou três momentos distintos do curso da pandemia no país, mostrando a dinâmica de transmissão entre indígenas dos municípios em alto risco imediato para pandemia, com elevada transmissão, impactos em número de casos e mortes. A disseminação com interiorização por vias rodoviária e hidroviária expôs as populações indígenas mais remotas e localizadas no interior do país, ameaçando inclusive aquelas em isolamento voluntário ou de recente contato.

Em março de 2020, Seis casos suspeitos foram identificados em terras indígenas - nos DSEI Cuiabá, Xavante e Litoral Sul; em 19 de março ocorreu a primeira morte na cidade de Santarém, de uma idosa da etnia Borari. Em abril, foi confirmado o primeiro caso de indígena com COVID-19, DSEI Alto Rio Solimões e o primeiro óbito notificado pela SESAI, no DSEI Yanomami (Fiocruz, 2021).

Além dos casos registrados nos territórios indígenas, foi evidenciada por um estudo, uma maior exposição dos indígenas residentes em área urbana. A prevalência do novo corona vírus entre a população indígena urbana foi cinco vezes maior que a encontrada na população branca. Assim, decorrente da divisão entre os sistemas de informação da SASI-SUS e SUS nas cidades, organizações

indígenas começaram um processo de monitoramento participativo para os casos e óbitos de pessoas indígenas residentes em área urbana e territórios não-homologados (Xacriabá, 2020).

Nos primeiros seis meses de pandemia, observou-se que a disseminação do Sars-Cov-2 atingiu todos os 34 DSEIs, a maioria dos casos se concentrando na Região da Amazônia Legal e Centro-Oeste. A região amazônica teve uma rápida progressão de casos e óbitos com elevada interiorização a partir de maio, no DSEI Manaus o primeiro caso foi notificado em 07 de abril, em 15 de abril eram 12 casos, e em 1o. de maio, 20 casos (PROCC/Fiocruz & EMAP/FGV, 2020).

A região do Alto Solimões, particularmente chama atenção pelo alto número de casos e óbitos entre maio e junho o que motivou uma política pública emergencial para a região, também foram divulgados aumentos de casos de COVID-19 em terras com cenários de invasões ilegais enfatizando aspectos de invisibilidade e iniquidades das questões indígenas do país (Fiocruz, 2021).

Em maio, ocorreu uma maior expansão de casos confirmados no Nordeste. A partir de julho, alguns DSEIs apresentaram mais de mil casos confirmados, como por exemplo no caso do DSEI Leste Roraima com um importante aumento de casos e mortes. O DSEI Alto Solimões foi o que registrou maior número de óbitos até 27 de julho, com 24 falecimentos, quando o número de mortes no DSEI Xavante passou de 05 para 31 casos em 28 de julho. O DSEI Mato Grosso do Sul chega ao final de agosto com 1.199 casos confirmados e 36 óbitos, e os casos começam a aumentar no Xingu (Fiocruz, 2021).

A COVID-19 evidenciou iniquidades da saúde indígena brasileira, e perdas culturais imensuráveis. Com o cenário mais desfavorável para indígenas que não indígenas e taxas de mortalidade por grupos de idade maiores para indígenas a partir dos 50 anos, a perda de pessoas indígenas mais velhas descreve impactos socioculturais uma vez que os indivíduos de mais idade são os guardiões dos conhecimentos tradicionais, línguas e da memória das lutas históricas desses povos.

‘Mortes indígenas no Brasil não são apenas números, são corpos com memórias, histórias e vozes coletivas. A cada Indígena que se vai é uma voz que deixa de entoar o canto. É uma mão que deixa de bater o maracá. Do luto à luta. Não é somente número, cada corpo Indígena tem uma encantaria ancestral. A cada Indígena morto, morre parte da nossa história coletiva’ (Xacriabá, 2020; Fiocruz, 2021).

O contexto de pandemia também gerou grande preocupação ao chegar no Vale do Javari, região com maior registro de povos isolados. O Brasil é um dos países da América Latina com maior número de registro de povos isolados e de recente contato, com 114 registros citados pela FUNAI. Cabendo a ela proteger esses povos “sem a necessária obrigatoriedade de contatá-los”, por meio da fiscalização dos territórios onde vivem (Dos Santos, 2020).

Verifica-se que devido ao processo histórico de iniquidades, o movimento indígena de luta também tem adotado iniciativas autônomas em um processo coletivo de enfrentamento da pandemia. As iniciativas comunitárias vão desde a criação de barreiras sanitárias, a produção de materiais educativos, produção e uso de medicamentos tradicionais; iniciativas de arrecadação de alimentos, de material de higiene pessoal, Equipamentos de Proteção Individual e recursos financeiros por meio de vaquinhas virtuais e articulação de doações da sociedade civil (Xacriabá, 2020; Dos Santos, 2020).

O empoderamento coletivo indígena também fortaleceu a atuação política no âmbito do Congresso Nacional e estes grupos para enfrentamento da pandemia, por meio da elaboração do Plano emergencial de enfrentamento da Pandemia para os Povos indígenas, quilombolas e outras comunidades tradicionais - Lei nº 14.021, de 7 de julho de 2020. Buscando considerar os conceitos de saúde e doença próprios dos povos indígenas e os aspectos intersetoriais de seus determinantes de saúde, em uma construção coletiva e de planejamento participativo (Dos Santos, 2020; Oviedo, 2021; Brasil, 2020).

‘Os povos indígenas têm direito a seus medicamentos tradicionais e a manter suas práticas de saúde, incluindo a conservação de suas plantas, animais e minerais de interesse vital do ponto de vista médico. As pessoas indígenas têm também direito ao acesso, sem qualquer discriminação, a todos os serviços sociais e de saúde’ (Brasil, 2002).

Considerações Finais

O Sars-Cov-2, evidenciou aspectos históricos e que se perpetuam do contexto dos povos indígenas brasileiros. A luta por equidade em saúde é antiga, embora as proteções sociais e políticas oficiais voltadas a saúde destes povos sejam relativamente recentes.

Infelizmente, mesmo com sinalizações prévias, os impactos do Sars-Cov-2 para estes grupos, se apresentaram muito maiores, com perdas culturais irreparáveis. As informações oficiais sobre a ocorrência de casos e mortes causados pela COVID-19 na população indígena enfrentam ainda um problema antigo de inviabilização da identidade indígena podendo estar ainda subnotificada, com impactos não considerados neste breve relato, podendo evidenciar novos desafios de implementação das políticas de saúde desses povos.

Referências Bibliográficas

- Antunes, Ricardo. (2020). *Coronavírus: o trabalho sob fogo cruzado*. São Paulo: Boitempo.
- Azevedo, Marta., Damasco, Fernando., & Antunes, Marta. (2020). Municípios estratégicos para instalação de estruturas de atendimento emergencial aos povos indígenas no enfrentamento à covid-19. *Associação Brasileira de Estudos Populacionais*. Acessado em 11 de Fevereiro de 2021, de: <http://www.abep.org.br/site/index.php/demografia-e-covid-19/1718-municipios-estrategicos-para-instalacao-de-estruturas-de-atendimento-emergencial-aos-povos-indigenas-no-enfrentamento-a-covid-19>
- Baptista, Bruna., Beuter, Margrid., Girardon-Perlini, Nara., Brondani, Cecília., Budó, Maria., & Santos, Naiana. (2012). A sobrecarga do familiar cuidador no âmbito domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. *Rev. Gaúcha Enfermagem*, 33(1). 147-156. Acessado em 14 de Fevereiro de 2021, de: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/SFH4h8sJmc3B74TmSZ59HLL/?lang=pt>
- Basta, Paulo C; Melo, Tatiana EMP; Resendes, Ana PC; Souza-Santos, Reinaldo. Distribuição espacial e temporal da tuberculose em indígenas e não indígenas de Rondônia, Amazônia Ocidental, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 28(2):267-280, fev, 2012
- Brasil. (s/d.). *Distritos Sanitários Especiais Indígenas DSEIs, 1991-2001*. Brasília: Fundação Nacional de Saúde. Acessado em 12 de Dezembro de 2018, de: http://www.bvsde.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diret_indigena.pdf
- Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília.
- Brasil. (1993). *Relatório Final da IX Conferência Nacional da Saúde: Municipalização é o caminho*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2002). *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. Brasília: FUNASA.
- Brasil. (2006). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Série B. *Textos Básicos de Saúde*. Série Pactos pela Saúde. Brasília.
- Brasil. (2007). Projeto Vigisus II – Saúde Indígena. Subcomponente II – Ações Inovadoras em Saúde. Área de Medicina Tradicional Indígena. *Anais da I Reunião de Monitoramento*. Brasília: FUNASA.
- Brasil. (2009). *Lei Arouca: a Funasa nos 10 anos de saúde indígena*. Brasília.
- Brasil. (2018). *Portaria nº 1.730*. De 13 de Junho de 2018. Convoca a 6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (6ª CNSI). Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2019). *Decreto nº 9.795*. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde, remaneja cargos em comissão e funções de confiança, transforma funções de confiança e substitui cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores por Funções Comissionadas do Poder Executivo. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2020). *Lei nº 14.021*. 7 de Julho de. Brasília.
- Cardoso, Andrey., Resende, Paola., Paixao, Enny., Tavares, Felipe., Farias, Yasmin., Barreto, Carla., Pantoja, Lúcia., Ferreira, Fernanda., Martins, André., Lima, Ângela., Fernandes, Daniella., Sanches, Patrícia., Almeida, Walquiria., Rodrigues, Laura., & Siqueira, Marilda. (2019). Investigation of an outbreak of acute respiratory disease in an indigenous village in Brazil: Contribution of Influenza A(H1N1)pdm09 and human respiratory syncytial viruses. *PLoS ONE* 14(7), e0218925. 2019. Acessado em 16 de Fevereiro de 2021, de: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0218925>
- Coimbra Jr, Carlos., Lunardi, Rosaline., & Santos, Ricardo. (2007). Morbidade hospitalar de indígenas Xavante, Mato Grosso, Brasil (2000-2002). *Rev. Bras. Epidemiol.*, 10(4), Acessado em 16 de

- Fevereiro de 2021,
de: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/ZmgPZHKF7NkvDGYKpZ99LBG/?lang=pt>
- Coimbra Jr, Carlos., Santos, Ricardo., (2020). Pontes, Ana. Um “fato social total”: COVID-19 e povos indígenas no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(10), e00268220. Acessado em 16 de Fevereiro de 2021, de: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00268220>
- Courtis, Christian. (2009). Anotações sobre a aplicação da Convenção 169 da OIT sobre povos indígenas por tribunais da América Latina. *Sur, Rev. Int. Direitos Human.*, 6(10). Acessado em 16 de Fevereiro de 2021, de: <https://www.scienceopen.com/document?vid=acd09961-e487-446d-a09c-ae785182fd69>
- Dahlgren, Göran., & Whitehead, Margaret. (1991). *Policies and Strategies to promote social equity in health*. Estocolmo: Institute for Future Studies.
- Diaz-Quijano, Fredi., Rodriguez-Morales, Alfonso., & Waldman, Eliseu. (2020). Translating transmissibility measures into recommendations for coronavirus prevention. *Rev. Saúde Pública*, 54(43), Acessado em 18 de Abril de 2020, de: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002471>
- Fellet, João. (2020). Os 5 principais pontos de conflito entre governo Bolsonaro e indígenas. *BBCNEWSBRASIL*. Acessado em 18 de Abril de 2020, de: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-51229884>
- Fundação Oswaldo Cruz. (s/d.). Campus Virtual. Curso: Enfrentamento da COVID-19 no contexto dos povos indígenas. Acessado em 11 de Janeiro de 2021, de: https://campusvirtual.fiocruz.br/gestordecursos/hotsite/covid19_povos_indigenas
- Godoy-Flores, Iván. (2019). Uma Epistemologia das Políticas Públicas: elementos para a ação pública. *Revista Gestão & Políticas Públicas*, 9(2), 354-360. Acessado em 11 de Janeiro de 2021, de: <https://doi.org/10.11606/rgpp.v9i2.183251>
- Instituto Socioambiental. (2012). *Povos indígenas no Brasil: população indígena no Brasil*. Acesso em 11 de Maio de 2018, de: <http://piib.socioambiental.org/pt/c/0/1/2/populacao-indigena-no-brasil>
- Lemos, Vinícius. (2021, 15 de Janeiro de.). ‘Minha sogra não faleceu de covid-19, ela morreu por falta de ar’: o desabafo de mulher diante da tragédia da falta de oxigênio em Manaus. *BBC News Brasil em São Paulo. Portal Terra*. Acessado em 15 de Janeiro de 2021, de: <https://www.terra.com.br/noticias/brasil/minha-sogra-nao-faleceu-de-covid-19-ela-morreu-por-falta-de-ar-o-desabafo-de-mulher-diante-da-tragedia-da-falta-de-oxigenio-em-manaus,5aa11f68acafcbecda1778901270059482sw4a4r.html>
- Machado, Jorge., Ataíde, Máira., & Ferreira, Carlos. (2020). Ensino-Aprendizagem Por Meio de Vivências com Povos Indígenas. *Revista Gestão & Políticas Públicas*, 10(1), 68-87. <https://doi.org/10.11606/rgpp.v10i1.177100>
- Codeço, Cláudia., Villela, Daniel., Coelho, Flávio., Bastos, Leonardo., Carvalho, Luiz Max., Gomes, Marcelo., Cruz, Oswaldo., & Lana, Raquel. (2020). Núcleo de Métodos Analíticos para Vigilância Epidemiológica do; Grupo de Trabalho sobre Vulnerabilidade Sociodemográfica e Epidemiológica dos Povos Indígenas no Brasil à Pandemia de COVID-19; et al. Risco de espalhamento da COVID-19 em populações indígenas: considerações preliminares sobre vulnerabilidade geográfica e sociodemográfica. *4º relatório técnico*. Acessado em 18 Setembro de 2020, de: <http://www.abep.org.br/site/index.php/demografia-e-covid-19/1638-risco-de-espalhamento-da-covid-19-e>
- Oviedo, Antonio. (2018). Os povos indígenas isolados e as obras de infraestrutura que ameaçam seus territórios. Instituto Sócio-ambiental. Acessado em 12 de Janeiro de 2021, de: <https://acervo.socioambiental.org/sites/default/files/documents/prov0113.pdf>

- Ribeiro Darcy. (2006). *O Povo Brasileiro: a formação e o sentido do Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Santos, Fabiane. (2020). 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*, 27. Acessado em 18 de Fevereiro de 2021, de: <https://doi.org/10.4000/pontourbe.9477>
- Silva, Alessandro Soares da. (2018). A Ação Pública: um outro olhar sobre Estado, Sociedade e Políticas Públicas. *Revista Gestão & Políticas Públicas*, 8(1), 194-204. Acessado em 18 de Fevereiro de 2021, de: <https://doi.org/10.11606/issn.2237-1095.v8p194-204>
- Xacriabá, Célia. (2020). 9 de jun de 2020. Twitter Web App.
- Peng, Xian., Xu, Xin., Li, Yuqing., Cheng, Lei., Zhou, Xuedong., & Ren, Biao. (2020). Transmission routes of 2019-nCoV and controls in dental practice. *Int J Oral Sci.*, 12(1), <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32127517/>

Recebido em 29/05/2021.
Revisado em 21/09/2021.
Aceito 14/12/2021.