

DIREITO À SAÚDE E POVOS INDÍGENAS: O ACESSO À SAÚDE PÚBLICA EM TEMPOS DE PANDEMIA COVID-19

RIGHT TO HEALTH AND INDIGENOUS PEOPLES: ACCESS TO PUBLIC HEALTH IN TIMES OF PANDEMIC COVID-19

Janaína Machado Sturza*

Adriana Cristina Cury Azevedo**

SUMÁRIO: 1 Introdução. 2 O direito à saúde e a saúde pública no Brasil em meio à pandemia do coronavírus. 3 A saúde indígena no Brasil. 4 A pandemia e a invisibilidade das comunidades indígenas. 5 Conclusão.

RESUMO: O cenário contemporâneo, diante das adversidades provocadas pela pandemia, é de verdadeiro caos sanitário e humanitário. Neste contexto, o tema da política de saúde para os povos indígenas torna-se uma questão ainda mais polêmica e delicada, exigindo uma atenção redobrada aos setores responsáveis. Assim, o presente artigo tem como objetivo fomentar a reflexão acerca do impacto provocado pela pandemia de Covid-19 nas comunidades indígenas do Brasil. Seguindo este ideário, o problema de pesquisa indica a seguinte indagação: em que medida o Estado Brasileiro está (ou não) cumprindo suas responsabilidades legais de atenção ao acesso à saúde para os indígenas? Através de um estudo bibliográfico, seguindo o método dedutivo, verificou-se que, ainda que apresentadas inúmeras ações governamentais para a proteção à saúde dos povos indígenas, a consolidação deste direito ainda não é efetiva, ou seja, há atualmente um agravamento nas condições de saúde – para além dos problemas já enfrentados, sobreveio a pandemia e agravou a situação sanitária nas e das comunidades indígenas.

Palavras-chave: direito à saúde. pandemia de Covid-19. saúde indígena.

* Pós-doutora em Direito pela Unisinos. Doutora em Direito pela Universidade de Roma Tre/Itália. Mestre em Direito pela Universidade de Santa Cruz do Sul – Unisc. Especialista em Demandas Sociais e Políticas Públicas também pela Unisc. Professora na Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – Unijui, Lecionando na Graduação em Direito e no Programa de Pós-Graduação em Direito - Mestrado e Doutorado. Integrante da Rede Iberoamericana de Direito Sanitário. Integrante do Comitê Gestor da Rede de Pesquisa em Direitos Humanos e Políticas Públicas. Integrante do Grupo de Pesquisa Biopolítica e Direitos Humanos (CNPq). Pesquisadora Gaúcha FAPERGS – PqG Edital 05/2019. Endereço para acessar este cv: <http://lattes.cnpq.br/6189149330530912>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9290-1380>.

** Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Direitos Humanos da Unjversidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - MINTER UNIJUI/UNESC. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4581-7287>.

Artigo recebido em 21/06/2021 e aceito em 05/12/2022.

Como citar: STURZA, Janaína Machado; AZEVEDO, Adriana Cristina Cury. Direito à saúde e povos indígenas: o acesso à saúde pública em tempos de pandemia de COVID-19. **Revista de Estudos Jurídicos UNESP**, Franca, ano 26, n. 43, p. 227, jan./jun. 2022. Disponível em: <https://ojs.franca.unesp.br/index.php/estudosjuridicosunesp/issue/archive>.

ABSTRACT: *The contemporary scenario, in the face of the adversities caused by the pandemic, is one of true health and humanitarian chaos. In this context, the issue of health policy for indigenous peoples becomes an even more controversial and delicate issue, requiring increased attention from the responsible sectors. Thus, this article aims to encourage reflection on the impact caused by the Covid-19 pandemic on indigenous communities in Brazil. Following this idea, the research problem indicates the following question: to what extent is the Brazilian State (or not) fulfilling its legal responsibilities of attention to access to health for indigenous people? Through a bibliographical study, following the deductive method, it was verified that, although numerous governmental actions are presented for the protection of the health of indigenous peoples, the consolidation of this right is still not effective, that is, there is currently an aggravation in the conditions of health – in addition to the problems already faced, the pandemic came and worsened the health situation in and of indigenous communities.*

Keywords: *right to health. Covid-19 pandemic. indigenous health.*

INTRODUÇÃO

Falar de Políticas Públicas em Saúde Indígena a partir da Constituição Federal de 1988, e mais especificamente a partir da Lei Arouca (Lei nº 9.836/99), é falar de um marco no reconhecimento da diversidade étnica, dos direitos dos povos indígenas, do respeito aos costumes e tradições de um povo originário destas terras. Mas é também falar de entraves e duras batalhas para efetivação desses direitos, mormente em tempos de crise, em que se constata o colapso do sistema de saúde pública, como ocorreu em função da pandemia de COVID-19.

A partir desta contextualização, o presente artigo tem como objetivo refletir sobre o impacto provocado pela pandemia de Covid-19 nas comunidades indígenas do Brasil, a despeito das muitas dificuldades e seus agravamentos no que diz respeito ao acesso à saúde. Para tanto, o estudo ora proposto aponta como problema de pesquisa: em que medida o Estado Brasileiro está (ou não) cumprindo suas responsabilidades legais de atenção ao acesso à saúde para os indígenas? Para a construção deste artigo, realizou-se um estudo bibliográfico, seguindo o método dedutivo, sendo que o texto, para fins de compreensão do tema, foi dividido em três capítulos.

Desta forma, no Capítulo 1, resgata-se as concepções de Direitos Humanos, Direitos Fundamentais e Direito à Saúde, levantando o tema positivado na Carta Magna, chegando à criação do SUS (Sistema Único de Saúde), conquista de suma importância para os brasileiros, e ao desafio pela efetivação dos direitos sociais conquistados, com a intenção de evidenciar dificuldade de acesso à saúde na situação de pandemia enfrentada pelo Brasil e pelo mundo, e as respostas do Poder Público frente ao problema.

No Capítulo 2, descreve-se o nascimento do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI), a partir da Lei n. 9.836/99, conhecida por

Lei Arouca, como forma de atender às diversidades geográficas, culturais e sociais dos povos indígenas, e, por meio de tratamento “desigual”, no sentido de “especial” chegar-se ao cumprimento do “acesso igualitário” descrito no artigo 196 da Constituição Federal que trata do direito à saúde. Ademais, na esteira do SASI, nascem também, entre outros, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e a Secretaria Especial de Saúde Indígena. Mais adiante, uma breve consideração é assinalada a respeito da divergência entre as concepções de saúde e cura entre os indígenas e não indígenas, refletindo a imprescindibilidade de compatibilização entre essas culturas, mantendo o maior respeito possível no momento de intervenção na saúde indígena.

Isto posto a respeito do Direito à Saúde e Direito à Saúde dos Povos Indígenas do Brasil assegurados pela Carta Magna e legislação infraconstitucional, será abordado, no Capítulo 3, em que medida, perante a pandemia, esses direitos e tudo o que foi construído em termos de legislação, políticas, programas e ações estão sendo efetivados ou não pelos órgãos competentes do Poder Público, bem como serão apresentadas as críticas feitas por instituições não governamentais engajadas com a questão indígena ao atual governo.

1 O DIREITO À SAÚDE E A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL EM MEIO À PANDEMIA DO CORONAVÍRUS

A saúde é tema de imensurável relevância e preocupação, tendo sido uma discussão atemporal e global, uma vez que acompanha a linha do tempo na história dos Direitos Humanos, no qual está inserido e se estende a todas as nações, não se restringindo a nenhuma localidade específica, ultrapassando as fronteiras, sobretudo na era de globalização.

Assim, o direito à saúde é constitucionalmente tutelado como um bem jurídico e está assegurado no título destinado aos Direitos e Garantias Fundamentais, dentro do capítulo dos Direitos Sociais da Constituição Federal,¹ e garantido a todos (brasileiros) conforme disposto no artigo 196: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

¹ Art. 6.º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 90, de 2015).

O conteúdo expresso no artigo 196 é bastante abrangente, pois declara a universalidade do acesso à saúde por parte de todos os brasileiros; constitui um dever ao Poder Público para a efetivação desse direito por meio da formulação e implementação de políticas sociais e econômicas que garantam não somente a cura, mas também a prevenção de doenças e ainda, determina o caráter igualitário, ou seja, que não se pode haver discriminação no acesso às ações e aos serviços de saúde.

Neste contexto, o direito à saúde é aquele que, dentro dos direitos fundamentais, oportunizará o exercício dos demais, como afirma Cretella Júnior (2002, p. 4.331) citando Zanobini:

nenhum bem da vida apresenta tão claramente unidos o interesse individual e o interesse social, como o da saúde, ou seja, do bem-estar físico que provém da perfeita harmonia de todos os elementos que constituem o seu organismo e de seu perfeito funcionamento. Para o indivíduo, saúde é pressuposto e condição indispensável de toda atividade econômica e especulativa, de todo prazer material ou intelectual. O estado de doença não só constitui a negação de todos estes bens, como também representa perigo, mais ou menos próximo, para a própria existência do indivíduo e, nos casos mais graves, a causa determinante da morte. Para o corpo social a saúde de seus componentes é condição indispensável de sua conservação, da defesa interna e externa, do bem-estar geral, de todo progresso material, moral e político.

Na busca pela efetivação do mandamento constitucional do direito a esse bem maior, nasce o SUS: Sistema Único de Saúde, financiado com recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, conforme artigo 195 da Constituição Federal² e composto pelo Ministério da Saúde, Estados e Municípios, cada ente com suas corresponsabilidades. A gestão nacional do SUS cabe ao Ministério da Saúde, que, em articulação com o Conselho Nacional de Saúde, é responsável por formular, fiscalizar, monitorar e avaliar as políticas e ações na área da saúde. As secretarias estaduais e municipais também participam da formulação das políticas e ações de saúde, cada qual dentro de suas atribuições e competências (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).³

² Art. 195. A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios [...]

³ Ministério da Saúde: Gestor nacional do SUS, formula, normatiza, fiscaliza, monitora e avalia políticas e ações, em articulação com o Conselho Nacional de Saúde. Atua no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) para pactuar o Plano Nacional de

O SUS é uma grande conquista da saúde pública no Brasil e é considerado um dos maiores sistemas de saúde do mundo, entretanto, apesar de inúmeras conquistas desde sua criação, tem enfrentado diversos desafios, como assevera Paim (2018, p. 1.725):

Apesar de a Constituição proclamar a saúde como direito de todos e dever do Estado, o Estado brasileiro através dos poderes executivo, legislativo e judiciário, não tem assegurado as condições objetivas para a sustentabilidade econômica e científico-tecnológica do SUS. Problemas de gestão como a falta de profissionalização, o uso clientelista e partidário dos estabelecimentos públicos, número excessivo de cargos de confiança, burocratização das decisões e descontinuidade administrativa, têm sido destacados, embora as alternativas acionadas impliquem a desvalorização dos trabalhadores de saúde, através das terceirizações e da precarização do trabalho.

Outros aspectos negativos na construção do SUS podem ser identificados nas políticas de medicamentos e de assistência farmacêutica, no controle do *Aedes* e na segurança e qualidade do cuidado. A insuficiência da infraestrutura pública, a falta de planejamento ascendente, as dificuldades com a montagem de redes na regionalização e os impasses para a mudança dos modelos de atenção e das práticas de saúde também comprometem o acesso universal e igualitário às

Saúde. Integram sua estrutura: Fiocruz, Funasa, Anvisa, ANS, Hemobrás, Inca, Into e oito hospitais federais. Secretaria Estadual de Saúde (SES): Participa da formulação das políticas e ações de saúde, presta apoio aos municípios em articulação com o conselho estadual e participa da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para aprovar e implementar o plano estadual de saúde. Secretaria Municipal de Saúde (SMS): Planeja, organiza, controla, avalia e executa as ações e serviços de saúde em articulação com o conselho municipal e a esfera estadual para aprovar e implantar o plano municipal de saúde. Conselhos de Saúde: O Conselho de Saúde, no âmbito de atuação (Nacional, Estadual ou Municipal), em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo. Comissão Intergestores Tripartite (CIT): Foro de negociação e pactuação entre gestores federal, estadual e municipal, quanto aos aspectos operacionais do SUS. Comissão Intergestores Bipartite (CIB): Foro de negociação e pactuação entre gestores estadual e municipais, quanto aos aspectos operacionais do SUS. Conselho Nacional de Secretário da Saúde (Conass): Entidade representativa dos entes estaduais e do Distrito Federal na CIT para tratar de matérias referentes à saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems): Entidade representativa dos entes municipais na CIT para tratar de matérias referentes à saúde. Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems): São reconhecidos como entidades que representam os entes municipais, no âmbito estadual, para tratar de matérias referentes à saúde, desde que vinculados institucionalmente ao Conasems, na forma que dispuserem seus estatutos.

ações e serviços de saúde. Verifica-se a reprodução do modelo médico hegemônico, centrado mais na doença que na saúde, no tratamento que na prevenção ou promoção, no hospital e nos serviços especializados, e menos na comunidade, no território e na atenção básica.

Neste contexto, percebe-se que há muito a fazer para tornar o SUS eficaz, porque além dos aspectos apontados pelo autor, acrescenta-se o fator orçamentário. Como apontam Sturza e Sippert (2019, p. 23):

No Brasil, destaca-se o acesso à saúde pública previsto na Carta Magna como direito social de todos e muito embora estejam positivados no ordenamento jurídico, a sua efetivação na prática está longe de ser implementada de forma eficaz, influenciada por diversos fatores, principalmente econômicos, políticos, operacionais, entre outros.

Na esteira deste entendimento, assevera Limberger (2016, p. 144): “dois direitos sociais têm por parte dos poderes públicos as chamadas “verbas carimbadas”, no sentido de que o percentual de recursos já se encontra previamente definido são: educação (art. 212, da CF) e saúde (art. 198, § 2.º, da CF)”.

Não adentrando aos “problemas sistêmicos” que assolam o Poder Público no país, a falta de investimentos na área da saúde não é novidade para nenhum brasileiro. É reportado, quase que diariamente pela mídia, o descaso na saúde pública, como falta de medicamentos, de leitos, de médicos e outros profissionais da saúde, atrasos nos atendimentos ou a infinita demora nos atendimentos que, muitas vezes, a inviabiliza. E assim, recorrer ao Poder Judiciário para tentar efetivar um direito assegurado constitucionalmente se torna, muitas vezes, a única saída (Sturza, 2008). Por esse motivo, o Judiciário nunca foi tão demandado quanto nos últimos tempos. Sob a ótica de Sturza (2008, p. 40):

[...] o Direito à Saúde é o segundo dos direitos sociais, conforme o art. 6º da Constituição Federal, logo após a educação. Surge como um direito subjetivo público que não pode ser negado a nenhuma pessoa sob pretexto algum, apesar de, na maioria das situações da vida diário, ele estar sendo constantemente negado, devendo ser assegurado pelo judiciário e não pelo sistema da saúde.

Esse triste cenário de ter que recorrer ao judiciário, por metáfora, é como pegar um atalho tortuoso quando se poderia seguir pelo caminho perfeito. Entretanto, por outro lado, essa dinâmica entre os Poderes

pode ser saudável, na medida em que, dentro de suas áreas de atuação, contribuam para a efetivação de direitos. Neste diapasão, Limberger (p. 185-6) assevera que:

Passados 200 anos de histórica política brasileira e mais de 25 anos da CF/88, a luta não é mais pela codificação de direitos, mas sim pela sua efetividade, por uma leitura madura que otimize os recursos orçamentários existentes, dos direitos sociais, em geral e do direito à saúde, em particular. O que torna o direito à saúde de maior complexidade para sua efetividade é a sua dependência com outras políticas públicas. A efetividade do direito social à saúde é diretamente relacionada à educação e informação, ambos se situam na esfera preventiva. A população com maior grau de instrução se alimenta melhor e tem mais cuidados com sua saúde. O direito à informação utilizado de uma maneira preventiva propicia o exercício do direito à saúde e também a fiscalização a respeito da execução orçamentária. A via a ser construída, aponta que os Poderes e organismos institucionais podem construir alternativas de aperfeiçoamento, objetivando a informação recíproca, com o objetivo de melhorar a prestação do direito social à saúde, mediante a racionalização de rotinas e procedimentos, conferindo-lhe uma maior efetividade, bem como a otimização de recursos e sua fiscalização. Enfim, cada um dos atores jurídicos e dos poderes comprometidos no seu papel, trabalhando de uma maneira integrada.

O desafio para efetivação dos direitos sociais, em especial a saúde, tem sido compartilhado pelos três poderes e ainda assim, tem muito a trilhar para que seja realizado na sua integralidade, sobretudo no momento em que o mundo todo luta contra um inimigo comum e invisível: o novo coronavírus (SARS-CoV-2),⁴ que instaurou a pandemia, decretada pela OMS em março do corrente ano. Portanto, o início da pandemia de Covid-19 foi atribuído à cidade de Wuhan, na China, onde foram anunciados os primeiros casos em dezembro de 2019. Para o enfrentamento desta pandemia, a OMS publicou um Plano Estratégico de Preparação e Resposta à COVID-19 com as principais ações que os países precisam

⁴ Segundo o Ministério da Saúde, os coronavírus causam infecções respiratórias e intestinais em humanos e animais e a maioria das infecções por coronavírus em humanos são causadas por espécies de baixa patogenicidade, com sintomas do resfriado comum, podendo, eventualmente, levar a infecções graves em grupos de risco, idosos e crianças. Sobre a COVID-19, especificamente, a clínica ainda não está completamente descrita e não se sabe muito sobre o padrão de letalidade, mortalidade, infectividade e transmissibilidade, bem como ainda não há vacina ou medicamentos específicos disponíveis, sendo que o tratamento é de suporte e inespecífico. (BRASIL, [2022]).

desenvolver. Esse plano, que serve como um guia para desenvolvimento de planos específicos para cada país, é atualizado à medida que novos dados e informações chegam à OMS e esta passa a ter uma melhor compreensão do assunto (ONU, 2020).

No Brasil, foram editadas diversas normativas, entre elas, portarias, decretos, e a Lei 13.979/2020, que dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional, na tentativa de combate ao avanço da doença no país. Entretanto, na história das epidemias e pandemias no Brasil, como a varíola, poliomielite e gripe espanhola, nunca antes a desarticulação na saúde foi tão exaustivamente noticiada como agora.

2 A SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL

Muito embora não haja na Constituição Federal dispositivo específico para tratar da saúde indígena, os artigos 6.º e 196, conjugados com os princípios constitucionais, em particular o Princípio da Igualdade, autorizam a existência de um braço especializado dentro do sistema de saúde para atender as peculiaridades da saúde dos povos indígenas, uma vez que, para atingir a igualdade real, muitas vezes se tornam necessários tratamentos desiguais. Na lição de Nelson Nery Junior, “Dar tratamento isonômico às partes significa tratar igualmente os iguais e desigualmente os desiguais, na exata medida de suas desigualdades” (1999, p. 42).

No mesmo sentido, assevera Rui Barbosa em “Oração aos Moços” sobre o Princípio da Igualdade:

A regra de igualdade não consiste senão em quinhoar desigualmente aos desiguais, na medida em que se desigualem. Nessa desigualdade social, proporcionada à desigualdade natural, é que se acha a verdadeira lei da igualdade. Tratar com desigualdade a iguais, ou a desiguais com igualdade, seria desigualdade flagrante, e não, igualdade real (1999, p. 26).

Na esteira desse entendimento, é instituído o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena — SASI, pela Lei 9.836, de 23 de setembro de 1999 que acrescentou dispositivos à Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990.⁵

⁵Poucos são os personagens que emprestam seu próprio nome a uma lei. Essa honraria só é dada àqueles que, por sua dedicação, abnegação e empenho, conseguiram o reconhecimento de seus pares como verdadeiros mentores de determinada causa. Nem mesmo a Lei Áurea ganhou o nome de quem a promulgou, a Princesa Isabel. Já o médico sanitarista e doutor em Saúde Pública Antônio Sérgio da Silva Arouca, paulista de Ribeirão Preto, mereceu tal

Com a criação do SASI, “a responsabilidade formal e de toda a estrutura de Estado relacionada ao atendimento à saúde indígena, incluindo as unidades de saúde, os funcionários, as funções de confiança e os recursos orçamentários, passou a ser da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), órgão executivo do Ministério da Saúde” (BRASIL, 2009, p. 10).

A Funasa é, portanto, gestora do SASI, e a sua missão institucional compreende duas vertentes: Saneamento Ambiental e Atenção Integral à Saúde Indígena, que são desenvolvidas por intermédio de elaboração de planos estratégicos e, dentre as unidades que a compõem, nas ações de atenção integral à saúde, estão os Distritos Sanitários Especiais Indígenas e as 26 Coordenações Regionais (Cores), instaladas em todos os estados, com exceção do Distrito Federal onde fica a sede da Funasa (BRASIL, 2009, p. 14).

Desta forma, o Ministério da Saúde é o responsável por estabelecer as políticas e diretrizes para promoção e recuperação da saúde do índio, e a FUNASA, é responsável pela coordenação e execução das ações de saúde.

A partir da criação do SASI, foi elaborada a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas – PNASPI, cujo propósito é:

garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura (BRASIL, 2002, p. 13).

Para coordenar e executar a PNASPI, no ano de 2010, foi aprovada a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), que também é responsável por todo o processo de gestão do SASI, implementado, neste, um novo modelo de gestão e de atenção, de modo descentralizado, com autonomia administrativa, orçamentária, financeira e responsabilidade sanitária dos

privilégio. Por quatro anos, entre 1985 e 1989, Arouca presidiu a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e, em 1986, esteve à frente da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1996, em Brasília, e cuja principal conquista foi a elaboração de um projeto de reforma sanitária prevendo a criação de um Sistema Único de Saúde. Posteriormente, foi eleito deputado federal para os períodos de 1991/1994 e de 1995/1998. Durante a sua segunda legislatura, o parlamentar encaminhou o projeto de lei que veio a ser sancionado em 23 de setembro de 1999 e que, desde então, ficou conhecido como “Lei Arouca” (n. 9.836/99). Entre outras medidas, a lei transferiu as ações de saúde indígena para a Funasa (BRASIL, 2009, p. 13).

Distritos Sanitários Especiais Indígenas. São atribuições da SESAI entre outras: “desenvolver ações de atenção integral à saúde indígena e educação em saúde, em consonância com as políticas e os programas do SUS e observando as práticas de saúde tradicionais indígenas; e realizar ações de saneamento e edificações de saúde indígena” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Além dos trinta e quatro Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dseis), localizados em diversas regiões do território nacional, a estrutura da FUNASA compreende, ainda, Postos de Saúde, Polos-Base e Casas de Apoio à Saúde do Índio (CASAIS). Os Dseis “são responsáveis pelo conjunto de ações técnicas e qualificadas que têm por objetivo promover a atenção à saúde e as práticas sanitárias adequadas, estimulando também o controle social”, os Polos-Base, por prestar assistência à saúde, realizando a capacitação e supervisão dos Agentes Indígenas de Saúde, sendo estruturados como Unidades Básicas de Saúde. Nos Polos-Base atuam “Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) compostas, principalmente, por médicos, enfermeiros, nutricionistas, dentistas e técnicos de enfermagem, entre outros profissionais”. Os Postos de Saúde são responsáveis pela execução de atividades de atenção básica à saúde, como acompanhamento de crianças e gestantes, imunização, acompanhamento de pacientes crônicos e de tratamentos de longa duração, além de atendimentos de primeiros socorros e outros atendimentos básicos.

As Casas de Apoio - Casais - alojam e alimentam os pacientes indígenas encaminhados à rede do Sistema Único de Saúde, prestam assistência de enfermagem 24 horas por dia e são responsáveis por marcar consultas, exames complementares e internação hospitalar, enfim, prestam todo o apoio ao paciente indígena até seu retorno a sua comunidade. “Além disso, nas Casais são promovidas atividades de educação em saúde, produção artesanal, lazer e atividades para os acompanhantes e para pacientes em condições de participar desses eventos” (Brasil, 2009, p. 30-5).

Feitas essas primeiras considerações sobre a estrutura geral para o cumprimento da norma constitucional de direito à saúde (indígena, no caso), resta entender como compatibilizar o entendimento de saúde sob o ponto de vista do branco e sob o ponto de vista dos povos indígenas e se realmente toda essa estrutura tem cumprido sua missão, ou seja, tem sido efetiva.

A medicina tradicional indígena difere muito da convencional do não indígena. A concepção de doença e cura para o indígena está atrelada ao sobrenatural, tanto é que Orlando Villas Bôas (2000, p. 48),⁶ afirma que:

⁶Orlando Vilas-Boas foi um sertanista e indigenista brasileiro. Ele integrou, ao lado dos

“os índios acreditam que os males que os atinge procedem sempre de dois fatores: o material, ou racional; e a ação de entidades espirituais que habitam um espaço que transcende a realidade” e ainda, sobre a cura, continua:

Como início de cura mágica, o pajé acende sua cigarrilha de folhas nativas e aspira-a fortemente inúmeras vezes soprando a fumaça sobre o corpo do doente. Terminada essa primeira operação de cura, o pajé principal convoca os demais curadores da aldeia para juntos começarem a atrair as mães.⁷ Então, sacudindo energicamente um chocalho, ele começa a cantar. Com isso, o doente passa a sentir uma melhora, mas só ficará totalmente bom quando sua alma for resgatada de todo (2000, p. 48).

Nos casos mais comuns, como dores de cabeça, ouvido e barriga entre outras, a cura é feita pelo ervatário que utiliza as ervas da aldeia. Entretanto, ainda nas palavras de Villas Bôas (2000, p. 47):

A falta de defesa do organismo do índio contra infecções faz com que qualquer manifestação estranha seja levada para o vasto campo da medicina mágica. O tratamento sai da mão do ervatário e cai nas mãos dos pajés. Não conhecendo nem tendo a menor defesa contra esses males, os índios curadores - os grandes pajés - buscam no sobrenatural a maneira de aplacar o mal surgido.

Compatibilizar os saberes e práticas indígenas com os serviços de saúde que o Estado oferece é um desafio que impõe respeito à cultura, reconhecendo a eficácia da medicina tradicional indígena, buscando articulá-las entre si.

Quanto à efetividade das normas constitucionais e infraconstitucionais de saúde indígena, embora vasta, também não se mostra evidente. Como afirmam Scalco, Aith e Louvison (2018):

A análise das legislações reconhecidas como pertinentes ao tema indicam uma grande quantidade e diversidade de normas que tratam de forma segregada as temáticas indígenas e as

irmãos Leonardo e Cláudio, uma das mais importantes expedições feitas para desbravar o interior do Brasil, a expedição Roncador-Xingu, que teve início em 1943. Depois dessa expedição, os irmãos Vilas-Boas nunca mais abandonaram a causa indígena. Orlando dedicou quarenta anos de sua vida à defesa dos índios. Ele propôs a criação do Parque Nacional do Xingu (atual Parque Indígena do Xingu), criado em 1961. Foi presidente do parque durante seis anos, depois, foi trabalhar na Funai (Fundação Nacional do Índio), que também ajudou a criar. (Britannica Escola, 2020)

⁷Mamaés são espíritos, uns bons, outros maus, que vivem num universo paralelo ao do índio” (Villas Bôas, 2000, p. 49).

normas da política de saúde nacional. Demonstram para além da fragmentação legal e normativa, algumas iniciativas que avançam na integralidade da assistência, bastante pontuais como a criação de incentivos financeiros específicos. Destaca-se a complexidade para a articulação interfederativa considerando que a territorialização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, que se propõe a respeitar a relação cultural dos indígenas com a terra, não coincidem com os territórios de estados e municípios.

Assim, a atenção à saúde indígena promovida (ou não) pelo Estado, como desenhada no mundo das ideias e na legislação, tem sido alvo de duras críticas por pesquisadores e líderes indígenas. Como se constata em Mendes, Leite, Langdon, Grisotti (2018, p. 76):

Alguns autores têm descrito a presença de estruturas de saúde precárias e insumos e equipamentos escassos que, somados à alta rotatividade de profissionais e à complexidade logística encontrada em algumas regiões, têm reflexos negativos na qualidade da prestação de serviços dentro dos territórios indígenas. Cuidados paliativos e atenção emergencial têm sido priorizados, caracterizando o enfraquecimento da APS. Em relação à alta rotatividade dos profissionais, o não estabelecimento de vínculo tende a inviabilizar o reconhecimento das especificidades culturais que permeiam o cuidado em saúde desses povos.

Muitos são os desafios: efetivar a atenção à saúde indígena na sua integralidade, superar as diferenças culturais na área da saúde, respeitando seus saberes e tradições e ainda, desintegrar o preconceito e a discriminação em relação aos povos indígenas, que neste momento, não se adentrará, pois é assunto vasto e relevante, merecendo um olhar mais acurado, contendo-se apenas no olhar quanto à saúde, que já está bastante deficitária, principalmente em se tratando da pandemia.

3 A PANDEMIA E A INVISIBILIDADE DAS COMUNIDADES INDÍGENAS

Não obstante aos problemas para efetivação das políticas públicas da saúde no Brasil, principalmente em se tratando de saúde dos povos indígenas, a pandemia de Covid -19 veio a agravar ainda mais a fragilidade e o grau de vulnerabilidade desses povos, quer sejam aldeados ou vivendo nos centros urbanos. Vale lembrar que no Censo realizado pelo Instituto

Brasileiro de Geografia e Estatística, no ano de 2010, 896 mil pessoas se declaravam ou se consideravam indígenas, sendo que 57,7% vivem em Terras Indígenas oficialmente reconhecidas e 36,2% residem em centros urbanos (IBGE, 2010).

É notório o maior grau de vulnerabilidade dos povos indígenas às doenças infectocontagiosas, dificuldade de acesso a saneamento básico nas aldeias, problemas de desnutrição, anemia e doenças crônicas agravam a saúde das comunidades indígenas. Não havendo vacina para combate à disseminação da doença, não havendo medicamento para cura oficialmente reconhecido como eficaz pela comunidade científica, não havendo leitos hospitalares para acolhimento dos casos graves resta apenas seguir as orientações das autoridades em saúde sobre as medidas de distanciamento, uso de máscaras e higienização constante das mãos. Entretanto, se essas medidas não são simples de serem aplicadas nos centros urbanos, muito menos nas aldeias indígenas por uma série de razões, pois os indígenas, como lembra Ana Lúcia Pontes, coordenadora do GT Saúde Indígena da Abrasco e pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz), “têm um grau de convívio muito maior, seja em momentos de compartilhamento de comida, banho no rio, rituais que fazem parte do cotidiano da aldeia” e ainda, “se a grande estratégia de prevenção do coronavírus, além do isolamento, é a higienização de mãos e de produtos, eles [indígenas] têm desafios para conseguir garantir essas medidas” (Observatório do Terceiro Setor, 2020), ou seja, em outras palavras, possuem um modo de vida coletivo, compartilhado, a começar por suas moradas: uma habitação pode abrigar várias famílias.

Portanto, se faz necessário pensar uma maneira diferenciada de atenção à saúde indígena em tempos de pandemia. Muito embora o Ministério da Saúde, por meio do SESAI, tenha apresentado um Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID-19) em Povos Indígenas, operacionalizar e realizar as ações não são tarefa fácil de sair do papel por diversos fatores, entre os já citados, a falta de materiais de higiene, materiais de insumo para prevenção do vírus, insumos laboratoriais para exames de diagnóstico, de equipamentos de comunicação como internet, de transporte para remoção de emergência, até mesmo falta de alimentos.

Considerando a situação da saúde indígena em tempos de pandemia, por um lado, na divulgação do governo, observa-se uma gama de normatizações sobre o enfrentamento da doença nas comunidades indígenas,

tal sua estrutura, seus fundamentos e princípios; por outro, a realidade vivida, mostra um cenário bem diferente: comunidades precariamente assistidas, enfrentando praticamente sozinhas o avanço do contágio da doença, não sendo respeitadas em suas peculiaridades culturais e, ainda, lutando com os velhos problemas: invasões de toda ordem em seus territórios, quer de empresas extrativistas de madeira, minério, garimpos e grileiros.

No comunicado de imprensa, emitido em junho de 2020, em forma de declaração conjunta do Representante da ONU em Direitos Humanos na América do Sul, do Representante da ONU em Direitos Humanos na Colômbia, do Coordenador da Missão ONU em Direitos Humanos na Bolívia, e do Secretário-Executivo da CIDH,⁸ há um retrato preciso da real situação em que se encontram os povos indígenas da Amazônia. Na declaração, fazem um alerta ao número de infecções e mortes, à falta de acesso aos serviços de saúde, à infraestrutura; alertam para a situação específica da mulher indígena e fazem um apelo aos governos no sentido de intensificar a atenção a esses povos, inclusive garantindo a participação de representantes desses povos na formulação e implementação de políticas públicas, sob o risco de ver em extinção, todo um povo e sua cultura:

Habitada por mais de 420 povos indígenas - pelo menos 60 deles em isolamento voluntário -, a Amazônia é uma das regiões mais naturais e culturalmente diversas do mundo. Lá, a disseminação do COVID-19 cresceu exponencialmente, afetando povos que vivem na região [...] o coronavírus tornou mais evidente a ausência histórica ou presença limitada do estado em muitos territórios e sua capacidade insuficiente para atender às necessidades desses povos, levando também em consideração seus conhecimentos ancestrais, práticas de cura e medicamentos tradicionais, a partir de uma abordagem intercultural. [...] congratulamos as iniciativas dos Estados que incluem apoio socioeconômico, fortalecendo a autonomia alimentar e medidas de autocuidado para os povos indígenas [...] Compartilhamos a preocupação com a natureza insuficiente ou inadequada de algumas dessas medidas: às vezes os apoios são inacessíveis, não chegam aos territórios em tempo hábil ou as comunidades recebem

⁸ A CIDH é um órgão principal e autônomo da Organização dos Estados Americanos (OEA), cujo mandato surge a partir da Carta da OEA e da Convenção Americana sobre Direitos Humanos. A Comissão Interamericana tem como mandato promover a observância e defesa dos direitos humanos na região e atua como órgão consultivo da OEA na temática. A CIDH é composta por sete membros independentes, que são eleitos pela Assembleia Geral da OEA a título pessoal, sem representarem seus países de origem ou de residência. (ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS, [2023]).

alimentos inadequados para seus modos de vida, visão de mundo ou cultura. E os modos de distribuição nem sempre observam os regulamentos sanitários, causando multidões que podem contribuir para a disseminação do COVID-19. [...] pedimos às autoridades que promovam os direitos das mulheres indígenas, que correm um risco desproporcional durante a pandemia, devido ao seu papel de liderança na economia informal e como prestadoras de cuidados em casa. É preciso garantir que as mulheres indígenas se beneficiem igualmente de medidas de proteção social; prevenir e responder à violência que tem aumentado como resultado de medidas de confinamento doméstico; e garantir que a situação de sobrecarga dos sistemas de saúde não leve a um aumento alarmante nas taxas de mortalidade materna entre mulheres e adolescentes indígenas ou a dificuldades adicionais no acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva (OEA - CIDH, 2020).

Em relação aos cuidados básicos como distanciamento social, uma vez que isso se torna impraticável dentro das aldeias pelo modo de vida coletiva dos povos indígenas, ao isolamento de toda a aldeia com a comunidade externa, se torna imprescindível, entretanto, isso também não tem acontecido, como apontado na declaração:

Durante a crise, recebemos informações alarmantes de que algumas empresas (extrativistas, florestais e outras), sem respeito pelo direito dos povos a consultas livres, prévias e informadas, não cessaram suas atividades, mesmo em áreas onde há restrições quanto à circulação e outras medidas extraordinárias, expondo-os a um alto risco de contágio. Além disso, essas cidades estão expostas às operações de atores armados ligados ao crime organizado e ao tráfico de drogas. Por todas essas razões, exortamos os Estados a abster-se, no âmbito da pandemia de COVID-19, de promover iniciativas legislativas e / ou autorizar projetos extrativistas para exploração ou desenvolvimento em ou ao redor de territórios indígenas, devido à impossibilidade de realizar os processos de consulta prévia, livre e informada, de acordo com as normas internacionais aplicáveis (OEA - CIDH, 2020).

Corroborando com a exposição dessa dura realidade, vários artigos e reportagens, como a da Agência Pública, em abril deste, sobre o coronavírus, os invasores e a situação indígenas no Brasil: “O vaivém descontrolado de pessoas nos garimpos ilegais, segundo as entidades indigenistas [...] é

atualmente o grande desafio dos profissionais de saúde e das lideranças que lutam para evitar o contato” (Quadros e Anjos, 2020). Já na reportagem: Condições das aldeias geram preocupação coma saúde dos indígenas, realizada pelo Observatório do Terceiro Setor, o médico sanitaria, professor e pesquisador do Projeto Xingu da Universidade Federal de São Paulo afirma que um dos fatores para a alta taxa de mortalidade indígena pela COVID em comparação ao não-indígena dá-se pelo fato de que “as políticas públicas não chegam a eles com intensidade, eles têm dificuldade de acesso ao sistema de saúde”, e ainda, a coordenadora executiva da Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB),⁹ sugere a criação de casa de apoio específica no atendimento de casos da doença nas aldeias, e afirma: “as CASAIs, Casas de Saúde Indígena, [...] não têm condições nem de atender os casos que já existem de outras doenças, imagina atender coronavírus? Não suporta” (Observatório do Terceiro Setor, 2020).

A própria APIB, preocupada com a falta de atenção do governo federal frente à crise, encaminhou carta aos governos estaduais solicitando colaboração na adoção de medidas especiais, afirmando que “os povos indígenas não estão apenas expostos ao novo coronavírus, mas também à acentuada vulnerabilidade social que dificulta o enfrentamento do processo epidêmico, assim como a sustentabilidade alimentar (APIB, 2020)

Os ânimos se acirram diante das ações do governo federal no sentido contrário ao apoio necessário às comunidades indígenas e outras tradicionais, a ponto da Associação Brasileira de Saúde Coletiva expedir uma Carta Aberta ao Congresso Nacional (2020), na data de 13 de julho do corrente, expressando seu espanto diante da situação:

Nós, abaixo assinados, estamos em estado de perplexidade diante dos 22 dispositivos vetados de forma desumana no Plano Emergencial para Enfrentamento à Covid-19 nos Territórios Indígenas, comunidades quilombolas e demais povos e comunidades tradicionais (PL nº 1142/2020) pelo Presidente da República ao sancionar a Lei nº 14.021, no último dia 7 de julho. Os vetos, que denotam desconhecimento e racismo estrutural, pretendem neutralizar a efetividade da nova Lei, que dispõe sobre medidas de proteção social para prevenção do contágio e da disseminação da Covid-19 nos territórios indígenas, e de apoio às comunidades quilombolas, aos pescadores artesanais e aos demais povos e comunidades tradicionais para o enfrentamento desse

⁹ APIB é uma instância de aglutinação e referência nacional do movimento indígena no Brasil.

vírus invisível e mortal. Trata-se de afronta autoritária à Constituição Federal e à decisão soberana do Congresso Nacional, que aprovou nas duas casas legislativas, quase por unanimidade o Projeto de Lei. O texto é fruto de esforços coletivos de parlamentares, representações dos povos indígenas, quilombolas e demais povos e comunidades tradicionais, além das organizações da sociedade civil. Os vetos agravam a ameaça de etnocídio contra esses povos, diante da pandemia e da invasão de seus territórios, e ocorre no momento em que no Brasil são contabilizados 13.241 indígenas infectados, 461 óbitos e 127 povos indígenas afetados, conforme o Comitê Nacional de Memória e Vida Indígena. Entre os quilombolas existem 3.034 infectados e 131 óbitos, monitorados pela Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas (Conaq), até a presente data.

A SESAI emite Boletins Epidemiológicos, cujos números, em 07 de agosto, somam: 17.497 casos confirmados, 12.033 cura clínica, 5.123 infectados atualmente, 310 óbitos entre os indígenas do Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020). Entretanto, lideranças e organizações indígenas como APIB, Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (Coiab) entre outras, alertam para as subnotificações de casos, a ponto do Ministério Público Federal recomendaram ao Ministério da Saúde a adoção de medidas operacionais para tornar obrigatório o preenchimento por autodeclaração o campo etnia nos seus sistemas, pois, no Amazonas:

[...] somente os casos notificados pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai) vinham gerando registro dos casos de indígenas contaminados, de modo que grande parte dos pacientes indígenas de comunidades urbanas no Amazonas que buscaram atendimento diretamente nas unidades do SUS não foram identificados como indígenas, o que tem gerado inconsistências entre os dados registrados. Em razão dessa subnotificação que contribui para a invisibilidade dos indígenas que vivem nas cidades, organizações indígenas como a Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (Coiab) passaram a fazer seus próprios levantamentos a partir do controle social, obtendo dados que revelam uma clara defasagem dos números de notificações oficiais de indígenas infectado (OBIND, 2020).

Por outro lado, a SESAI afirma no Relatório das Ações realizadas pela SESAI para Enfretamento da Pandemia da COVID-19, versão atualizada em 31 de julho, que “as controvérsias e orientações para que a SESAI atenda indígenas não aldeados não possuem suporte na legislação vigente” e cita as leis nº 8.080/199, modificada pela Lei nº 9.836/1999; o Decreto nº 3.156/1999 e a Portaria nº 70/2004, constante da Portaria de Consolidação nº 2/2017, afirmando, ainda, que ao SESAI cabe o atendimento dos indígenas aldeados, mas que aos não aldeados, “os atendimentos devem ser feitos diretamente pelos estados e pelos municípios onde moram” (SESAI, 2020), tentando explicar, assim, a controvérsia da subnotificação.

Enfim, aldeados ou não, casos notificados ou não, o bem maior, que é a vida, está garantido e consagrado na Carta Magna, portanto, dar concretude ao direito à saúde de todos os brasileiros, sem exceção, não é uma faculdade do Poder Público; é um dever.

Como bem sustenta Harari sobre a atual realidade mundial:

Hoje, a humanidade enfrenta uma crise aguda não apenas por causa do coronavírus, mas também pela falta de confiança entre os seres humanos. Para derrotar uma epidemia, as pessoas precisam confiar nos especialistas, os cidadãos precisam confiar nos poderes públicos e os países precisam confiar uns nos outros. Nos últimos anos, políticos irresponsáveis solaparam deliberadamente a confiança na ciência, nas instituições e na cooperação internacional. Como resultado, enfrentamos a crise atual sem líderes que possam inspirar, organizar e financiar uma resposta global coordenada (2020, p. 10).

De uma forma sem precedentes na história, a pandemia veio para descortinar todos os flagelos que assolam os mais vulneráveis, mostrando ao mundo quão invisíveis se torna parte da comunidade humana e até onde vai a irresponsabilidade dos líderes que deveriam garantir sua segurança e acolhimento. Não por sorte, como se costuma dizer, mas por dignidade, fraternidade ou outro atributo tão elevado quanto, vozes se levantam e mãos se estendem e fazem, pelos “invisíveis”, o que os verdadeiros (ir) responsáveis deveriam fazer.

CONCLUSÃO

Diante do cenário desanimador que se encontra o Brasil no controle da pandemia pelo coronavírus, causador da COVID-19, uma questão ainda mais complexa emerge nesse meio, que é o agravamento da desatenção à saúde dos povos indígenas do Brasil, cuja situação no restante do mundo, não deve ser muito diferente. Instituições não governamentais e acadêmicas engajadas nas questões indígenas, denunciam a extrema vulnerabilidade e os impactos no contexto desses povos, mostrando o despreparo e descaso das autoridades públicas para com esses grupos.

Importante lembrar que não só o vírus invade as terras indígenas, mas outras invasões não cessaram, como as dos grileiros, garimpeiros e outros, e agora duplamente arrasador, ao descrever o avanço do vírus pelo interior das regiões. Desta forma, é urgente a necessidade de mudança de postura em relação à atenção indígena no Brasil não só na saúde, mas em outras áreas, pois como se percebe, a falta da efetivação de um direito (sobre suas terras) leva à ameaça de outro, o da saúde, uma vez que o necessário isolamento não é respeitado.

Em suma, talvez seja necessária a vinda de uma pandemia desse porte para que desperte nos cidadãos o grau de vulnerabilidade que todo o gênero humano, independente de raça, credo, posição social, se encontra, e assim, uma vez “na pele” daqueles que têm nisso uma constante, possam se posicionar perante às injustiças do dia-a-dia vivida pelos invisíveis.

Foram apresentadas inúmeras ações governamentais para a proteção à saúde dos povos indígenas durante a pandemia, todavia, a consolidação deste direito ainda não é efetiva, ou seja, há atualmente um agravamento nas condições de saúde para além das fragilidades evidenciadas durante a pandemia - é necessário e urgente um outro olhar para a saúde indígena, voltado à ações que privilegiem as particularidades destes povos.

REFERÊNCIAS

ABRASCO. Pela vida dos povos indígenas, quilombolas, pescadores artesanais e demais povos e comunidades tradicionais. **Carta Aberta ao Congresso Nacional**. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/pela-vida-dos-povos-indigenas-quilombolas-pescadores-artesanais-e-demais-povos-e-comunidades-tradicionais-carta-aberta-ao-congresso-nacional/50165/>. Acesso em: 7 ago. 2020.

AGÊNCIA PÚBLICA. **Coronavírus de um lado, invasores de outro: como está a situação dos indígenas no Brasil.** Disponível em: <https://apublica.org/2020/04/coronavirus-de-um-lado-invasores-de-outro-como-esta-a-situacao-dos-indigenas-no-brasil/>. Acesso em: 6 ago. 2020.

APIB. **Coronavírus:** APIB articula com Governadores estratégias para proteção aos povos indígenas de todo Brasil. Disponível em: <http://apib.info/2020/04/07/coronavirus-apib-articula-com-governadores-estrategias-para-protacao-aos-povos-indigenas-de-todo-brasil/> Acesso em: 7 ago. 2020.

BARBOSA, Rui. **Oração aos Moços.** Rio de Janeiro: Fundação Casa de Rui Barbosa, 1999. Brasil.

BRASIL. **Constituição Federal do Brasil.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm Acesso em: 28 jul. 2020.

BRASIL. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **Lei Arouca:** a Funasa nos 10 anos de saúde indígena / Fundação Nacional de Saúde. Brasília: Funasa, 2009.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico n. 3:** Doença pelo Novo Coronavírus 2019 - COVID-19. Brasília, 21 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informes diários Covid-19.** [2022] Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/informes-diarios-covid-19>. Acesso em: 29 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS). **Estrutura, princípios e como funciona.** Disponível em: <http://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>. Acesso em: 28 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS). **Institucional.** Disponível em: <https://www.saude.gov.br/o-ministro/692-institucional/unidades-do-ministerio/173-secretaria-especial-de-saude-indigena-sesai>. Acesso em: 28 jul. 2020.

BRASIL. Ministério Público Federal. MPF. **Para evitar subnotificação de casos de covid-19 em indígenas, MPF recomenda obrigatoriedade do preenchimento de campos de raça/cor e etnia em sistemas do SUS.** Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/am/sala-de-imprensa/noticias-am/para-evitar-subnotificacao-de-casos-de-covid-19-em-indigenas-mpf-recomenda-obrigatoriedade-do-preenchimento-de-campos-de-raca-cor-e-etnia-em-sistemas-do-sus>. Acesso em: 7 ago 2020.

BRITANNICA ESCOLA. **Orlando Vilas-Boas.** Disponível em: <https://escola.britannica.com.br/artigo/Orlando-Vilas-Boas/483634>. Acesso em: 4 ago. 2020.

CARTA ABERTA AO CONGRESSO NACIONAL. 2020. Disponível em: https://rca.org.br/wp-content/uploads/2020/07/Carta-Aberta-ao-Congresso-Nacional_vetos-ao-PL-1142-1.pdf. Acesso em: 29 nov. 2022.

CRETELLA JÚNIOR, J. **Comentários à Constituição de 1988.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

ESCOBAR, A. L. A interiorização da pandemia: potenciais impactos em populações em situação de vulnerabilidade na Amazônia. **Revista NAU Social: Fórum Democracia, Políticas Públicas & COVID-19** - v. 11, n. 20, 2020. p. 137-143 ISSN 2237-7840. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/nausocial/article/view/36614/21018>. Acesso em: 8 ago. 2020.

HARARI, Y. N. **Na batalha contra o coronavírus, faltam líderes à humanidade.** São Paulo: Companhia das Letras, 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/noticias-censo.html?busca=1&id=3&idnoticia=2194&t=censo-2010-populacao-indigena-896-9-mil-tem-305-etnias-fala-274&view=noticia>. Acesso em: 29 de nov. 2022.

LIMBERGER, T. **Revisitando o dogma da discricionariedade administrativa:** a tensão instaurada entre os poderes para efetivação das políticas públicas de saúde no Brasil. In: TEIXEIRA, A. V.; GUIMARÃES FILHO, G.; SIMÕES, S. A. S. (Orgs.). **Supremacia constitucional e políticas públicas:** discutindo a discricionariedade administrativa na efetivação de direitos fundamentais. Porto Alegre, RS: Editora Fi, 2016.

MENDES, A. P. M. *et al.* O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.184>. Acesso em: 4 ago. 2020.

NERY JÚNIOR, N. **Princípios do processo civil à luz da Constituição Federal**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1999.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS (OEA). **Indígenas amazônicos estão “em grave risco” frente ao COVID-19, alertam ONU Direitos Humanos e CIDH**. Disponível em: <http://www.oas.org/pt/cidh/prensa/notas/2020/126.asp>. Acesso em: 6 ago. 2020.

OBSERVATÓRIO DOS DIREITOS E POLÍTICAS INDIGENISTAS (OBIND). **MPF: Para evitar subnotificação de casos de covid-19 em indígenas, MPF recomenda obrigatoriedade do preenchimento de campos de raça/cor e etnia em sistemas do SUS**. Disponível em: <http://obind.eco.br/2020/07/08/mpf-para-evitar-subnotificacao-de-casos-de-covid-19-em-indigenas-mpf-recomenda-obrigatoriedade-do-preenchimento-de-campos-de-raca-cor-e-etnia-em-sistemas-do-sus/>. Acesso em: 8 ago. 2020.

OBSERVATÓRIO DO TERCEIRO SETOR. **Condições das aldeias geram preocupação coma saúde dos indígenas**. Disponível em: <https://observatorio3setor.org.br/noticias/poder-publico-ignora-a-saude-dos-povos-indigenas/>. Acesso em: 7 ago. 2020.

OMS. **What is a pandemic?** Disponível em: https://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/pandemic/en. Acesso em: 25 jul. 2020.

ONU. **5 razões pelas quais o mundo precisa da OMS para combater a pandemia da COVID-19**. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/5-razoes-pelas-quais-o-mundo-precisa-da-oms-para-combater-a-pandemia-da-covid-19/>. Acesso em: 26 jul. 2020.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. **O que é a CIDH?** OEA, [2023]. Disponível em: <https://www.oas.org/pt/CIDH/jsForm/?File=/pt/cidh/mandato/que.asp>. Acesso em: 29 nov. 2022.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.23, n.6, p. 1723-1728, 2018.

SCALCO, N.; AITH, F.; LOUVISON, M. C. P. Os indígenas e a universalidade do direito a saúde. *In*: Anais do Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 2018, Rio de Janeiro. **Anais eletrônicos**. Campinas, Galoá, 2018. Disponível em: <https://proceedings.science/saude-coletiva-2018/papers/os-indigenas-e-a-universalidade-do-direito-a-saude>. Acesso em: 4 ago. 2020.

SARLET, I. W. **A eficácia dos direitos fundamentais: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional**. 11. ed. rev. atual. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2012.

SCHMIDT, J. P. Para estudar políticas públicas: aspectos conceituais, metodológicos e abordagens teóricas. **Revista do Direito**, Santa Cruz do Sul, v. 3, n. 56, jan. 2019. ISSN 1982-9957. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/direito/article/view/12688>. Acesso em: 25 jul. 2020.

SESAI. **Relatório Resumido SESAI Coronavirus**. Disponível em: https://saudeindigena1.websiteseuro.com/coronavirus/pdf/Relatorio%20Resumido_SESAI_Coronavirus.pdf. Acesso em: 7 ago. 2020.

STURZA, J. M. **O Direito à Saúde na Sociedade Contemporânea: A figura jurídica do dano biológico na Itália e a proteção à saúde no Brasil**. 2008. Disponível em: https://www.unisc.br/images/mestrado/direito/dissertacoes/2008/janaina_machado_sturza.pdf. Acesso em: 8 ago. 2020.

STURZA J. M.; SIPPERT, E. O acesso ao Direito Humano à Saúde na era da globalização: a ineficácia do Estado na prestação de direitos e a (des)necessária judicialização. In: STURZA, J. M.; SIPPERT, E. (Orgs.). **Estado, políticas públicas e direito à saúde: diálogos ao encontro dos direitos humanos**: vol. II Porto Alegre: Evangraf/Criação Humana, 2017.

VILLAS BÔAS, O. **A arte dos pajés**: impressões sobre o universo espiritual do índio xinguano. São Paulo: Globo, 2000.