

*UNIVERSIDADE PRESBITERIANA MACKENZIE*

*UNIDADE ACADÊMICA*

**LETÍCIA TIEGHI DE MELLO**

**DIREITO À SAÚDE DA POPULAÇÃO INDÍGENA NO PERÍODO DA PANDEMIA (PROJETO  
TCC II)**

SÃO PAULO

2022

**LETÍCIA TIEGHI DE MELLO**

**DIREITO À SAÚDE DA POPULAÇÃO INDÍGENA NO PERÍODO DA PANDEMIA**

Trabalho de Conclusão apresentado ao Curso de Direito, da Universidade Presbiteriana Mackenzie, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Direito.

Orientador(a): Prof(a) FLÁVIO DE LEÃO BASTOS PEREIRA

Banca Examinadora

Prof(a). Dr(a): \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

Prof(a). Dr(a): \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

SÃO PAULO

2022

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço, primeiramente, o suporte e encorajamento de toda minha família durante o trajeto da minha formação profissional. Em especial à minha mãe, Marly, ao meu pai, Arnaldo, e ao meu irmão, Arnaldo.

As minhas amigas, que sempre estiveram ao meu lado ao longo do curso de Direito, sendo fonte de apoio e motivação, e ainda fizeram esse caminho ser mais leve e prazeroso.

Importante agradecer meu orientador, professor Flávio Leão de Bastos Pereira, que me orientou durante este ano de pesquisa, com dedicação e excelência, compartilhando o seu conhecimento e me permitindo desenvolver a pesquisa científica.

Por fim, sou grata a todos os profissionais que compõem a Faculdade de Direito, dentro da Universidade Presbiteriana Mackenzie, que proporciona um ambiente para o desenvolvimento profissional dos alunos.

## **Resumo**

A pesquisa é uma análise sobre o sistema de saúde indígena sob a lente da Pandemia COVID-19.

Ela traz os aspectos jurídicos, sobre a previsão do direito a saúde e o reconhecimento da cidadania da população indígena, a estrutura do subsistema de atenção à saúde indígena do sistema único de saúde e qual foi o plano de contingência elaborado para enfrentamento da pandemia.

A pesquisa faz um comparativo entre alguns programas de saúde destinados os povos originários, para entender como foi garantido o acesso a saúde e destaque como principal questão para a saúde indígena a Terra, abordando o processo de demarcação nos anos de 2020 e 2021.

A pesquisa busca demonstrar e entender quais são os problemas estruturais do sistema de saúde desenvolvido e o que foi agravado durante o período pandêmico.

**Palavras – chaves:** povos indígenas, pandemia, demarcação de terras, sistema de saúde público

## **Abstract**

The research is an analysis of the indigenous health system through the lens of the COVID-19 Pandemic.

It covers the legal aspects of the right to health and the recognition of the citizenship of the indigenous population, the structure of the indigenous health care subsystem of the Brazilian National Health System, and the contingency plan elaborated to face the pandemic.

The research compares some health programs for the native peoples, to understand how access to health care was guaranteed, and to highlight the Land as the main issue for indigenous health, addressing the demarcation process in the years 2020 and 2021.

The research seeks to demonstrate and understand what the structural problems of the developed health system are and what was aggravated during the pandemic period.

**keywords:** indigenous peoples, pandemic, land demarcation, public health system

## Sumário

Introdução .....	5
<b>1 DIREITO À SAÚDE DA POPULAÇÃO INDÍGENA .....</b>	<b>7</b>
<b>1.1 NO PLANO CONSTITUCIONAL .....</b>	<b>7</b>
<b>1.1.1 Dados referentes a ameaças contra vida indígena .....</b>	<b>11</b>
<b>1.2 NO PLANO INTERNACIONAL.....</b>	<b>13</b>
<b>1.3 DURANTE A PANDEMIA COVID-19.....</b>	<b>15</b>
<b>1.3.1 Plano Emergencial para enfrentamento à COVID-19 nos territórios indígenas – Lei 14.021/2020 .....</b>	<b>17</b>
<b>1.3.2 Aplicação das medidas de enfrentamento .....</b>	<b>19</b>
<b>1.3.3 Povos isolados ou de recente contato.....</b>	<b>22</b>
<b>2 PROGRAMAS RELACIONADOS À SAÚDE.....</b>	<b>24</b>
<b>2.1 SAÚDE DA CRIANÇA INDÍGENA .....</b>	<b>24</b>
<b>2.1.1 Acompanhamento do pré-natal e nutricional .....</b>	<b>24</b>
<b>2.1.2 Acompanhamento nutricional das crianças e mortalidade infantil até cinco anos .....</b>	<b>26</b>
<b>2.1.3 Acompanhamento nutricional das crianças e mortalidade infantil até cinco anos durante a pandemia COVID-19 .....</b>	<b>28</b>
<b>2.2 PROGRAMA DE IMUNIZAÇÃO.....</b>	<b>29</b>
<b>2.2.1 Imunização durante a pandemia COVID-19 .....</b>	<b>31</b>
<b>3 PROBLEMAS ESTRUTURAIS DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE INDÍGENA SOB A PANDEMIA .....</b>	<b>36</b>
<b>3.1 QUESTÃO FUNDAMENTAL PARA SAÚDE INDÍGENA .....</b>	<b>36</b>
<b>3.2 FALHAS ESTRUTURAIS .....</b>	<b>38</b>
<b>3.3 CASO CONCRETO DE VIOLAÇÃO DOS DIREITOS.....</b>	<b>40</b>
Conclusão .....	42
Bibliografia.....	44

## Introdução

Para entender qual a amplitude e abrangência do direito à saúde, é preciso compreender o que é saúde e o que se é necessário para efetivamente ter.

Desse modo, o significado definido pelo dicionário diz que saúde é:

*“1. Estado do organismo com funções fisiológicas regulares e com características estruturais normais e estáveis, levando-se em consideração a forma de vida e a fase do ciclo vital de cada ser ou indivíduo. 2 Bem-estar físico, psíquico e social. 3 Vigor físico, energia, força, robustez (...)”<sup>1</sup>”.*

Razoável, então, a conclusão que ter saúde não se trata apenas de questões biológicas, ou seja, não pode ser resumida em possuir ou não uma doença que está presente na Lista CID – 10 (Classificação Internacional de Doenças) elaborada pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

É conceito amplo que engloba aspectos culturais, sociais e as singularidades de cada povo.

Torna-se basilar para que uma população tenha pleno acesso à saúde seja lhe permitido e assegurado uma vida em que seja reconhecida sua cidadania, de forma a ser respeitado sua cultura e valores, e garantido os direitos sociais.

Em específico à população indígena é de suma importância o reconhecimento e proteção do seu território, além de se considerar a individualidade das mais de 300 etnias que residem no Brasil.

Neste panorama, essa pesquisa tem como enfoque o direito à saúde da população indígena durante a pandemia COVID-19 que assolou o mundo desde o início de 2020. Observando se o que o ordenamento jurídico interno Brasileiro prevê foi garantido pelo atual Governo

Para isso foi analisado a jurídica brasileira a respeito do que trata da saúde indígena. Sendo tratado sobre a estrutura e a composição do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do Sistema Único de Saúde e principalmente o processo de demarcação de terras indígenas.

---

<sup>1</sup> Dicionário Michaelis online

A pesquisa traz a análise por intermédio de comparativo de alguns programas destinados a saúde e os dados registrados no Ministério da Saúde, demonstrando como encontra-se o sistema de saúde indígena durante o período pandêmico.



# 1 DIREITO À SAÚDE DA POPULAÇÃO INDÍGENA

## 1.1 NO PLANO CONSTITUCIONAL

O direito a direito à saúde é um direito social da segunda geração que aparece em um contexto mundial de pós Primeira Guerra Mundial, no qual a concepção de bem-estar social começa a se fortalecer.

Isto significa dizer que este direito consiste em uma garantia jurídica universal que busca promover a igualdade, tendo sido consagrado pela primeira vez pelas Constituições de Weimar, de 1919, e Mexicana, de 1917.

Como direito social ganhou mais força após a Segunda Guerra Mundial com o movimento liderado pela Organização das Nações Unidas (ONU) que escreveu o a Declaração Universal dos Direitos Humanos em 1948, sendo o pilar de muitas constituições, inclusive a Constituição Cidadã Brasileira de 1988.

Caracterizado como direito humano de segunda geração os doutrinadores brasileiros explicam que os direitos sociais exigem uma prestação positiva dos Poderes Públicos, ou seja, trata-se de uma obrigação de fazer.

Visando as características o ordenamento jurídico nacional consagrou o direito à saúde pela Constituição Federal Brasileira de 1988, em seu artigo 6<sup>o</sup><sup>2</sup> e 196<sup>3</sup>, como um dever do Estado e um direito de todos. Complementando que para sua efetiva e integral prestação a competência é comum e concorrente entre a União, os Estados, os Municípios e o Distrito Federal, e sua execução pode ser realizada de forma direta ou indireta. Afirmando que todos os Poderes Públicos devem se responsabilizar e promover medidas que possibilitem o acesso à saúde de qualidade, e, ainda, seguir as diretrizes estabelecidas no artigo 198<sup>4</sup> da CF/88.

---

<sup>2</sup> Art. 6º 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.

<sup>3</sup> Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

<sup>4</sup> Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade. (...)

De forma a concretizar a obrigação do Estado de garantir de forma universal e igualitária, foi criado pela Constituição o Sistema Único de Saúde (SUS) e é regulamentado pela Lei nº 8080/90, o qual é responsável pela rede pública de saúde do país e compete não apenas disponibilizar recurso humano médico e hospitalar.

Tem como escopo a fiscalização de atos relacionados à saúde, execuções de ações de vigilância sanitária e epidemiológica, cuidar da formação de recursos humanos para a área da saúde, participar da construção das políticas e das execuções relacionadas a saneamento básico, fomentar a pesquisa e inspecionar alimentos, participar do controle e fiscalização dos atos relacionados a substâncias psicoativas, tóxicas e radioativas, e ainda contribuir na proteção do meio ambiente, além de outras atribuições.

Mas não obstante, como já mencionado, direito à saúde é mais amplo, compreende questões como acesso à água potável, saneamento básico, medicamentos e vacinas, educação, informação e concreta participação política. Demonstrando ser imprescindível se analisar as peculiaridades de cada população e o que é essencial ser assegurado para que os membros de determinada população possam gozar plenamente dos seus direitos.

À vista disso cabe ressaltar, apesar de já garantir o a saúde como um direito de todos, a Constituição Federal Brasileira em seus artigos 231 e 232 reconheceu aos índios a sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, suas terras e personalidade jurídica. Assegurando, desse modo, à cidadania e autonomia da população indígena, além de todos os direitos previstos na lei.

Em harmonia, o Art. 231 da CF/88 prevê que cabe a União demarcar, proteger e atestar que sejam respeitadas as terras que tradicionalmente os índios ocupam, não subsistindo dúvidas quanto ao dever do Estado de promover políticas que propicia a demarcação de novas terras indígenas e tutela que já foram demarcadas.

Destarte com o propósito de viabilizar um serviço com uma maior atenção e especialização para atuar em conjunto com o SUS, a Lei nº 9.836/99 acrescentou o Capítulo V ao Título II da Lei do SUS, cujo objetivo foi à criação do Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas do SUS (SASI-SUS), onde instituir as políticas e preceitos para promoção da saúde indígena ficaria sob responsabilidade do Ministério da Saúde e a aplicação das ações estaria a Fundação Nacional de Saúde (Funasa) incumbida.

A referida lei preconiza que caberá a União o financiamento do Subsistema, que este terá de seguir as diretrizes do SUS – descentralização, hierarquização e

regionalização -, que os Distritos Sanitários Especiais Indígenas funcionarão como pilar e no SUS das regiões que residem os povos indígenas deverá passar por ajustamento e, por fim, os povos indígenas devem gozar da prerrogativa de participar dos organismos colegiados de formação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde.

Em consonância a lei, que estabelece a estrutura do SASI-SUS, foi promulgada a Portaria MS-GM N° 1.163/1999 que delineia que compete a Funasa propiciar a implementação dos Dsei, assim como operacionalizar a sua gestão embasada nos princípios do SUS e da Lei Arouca.

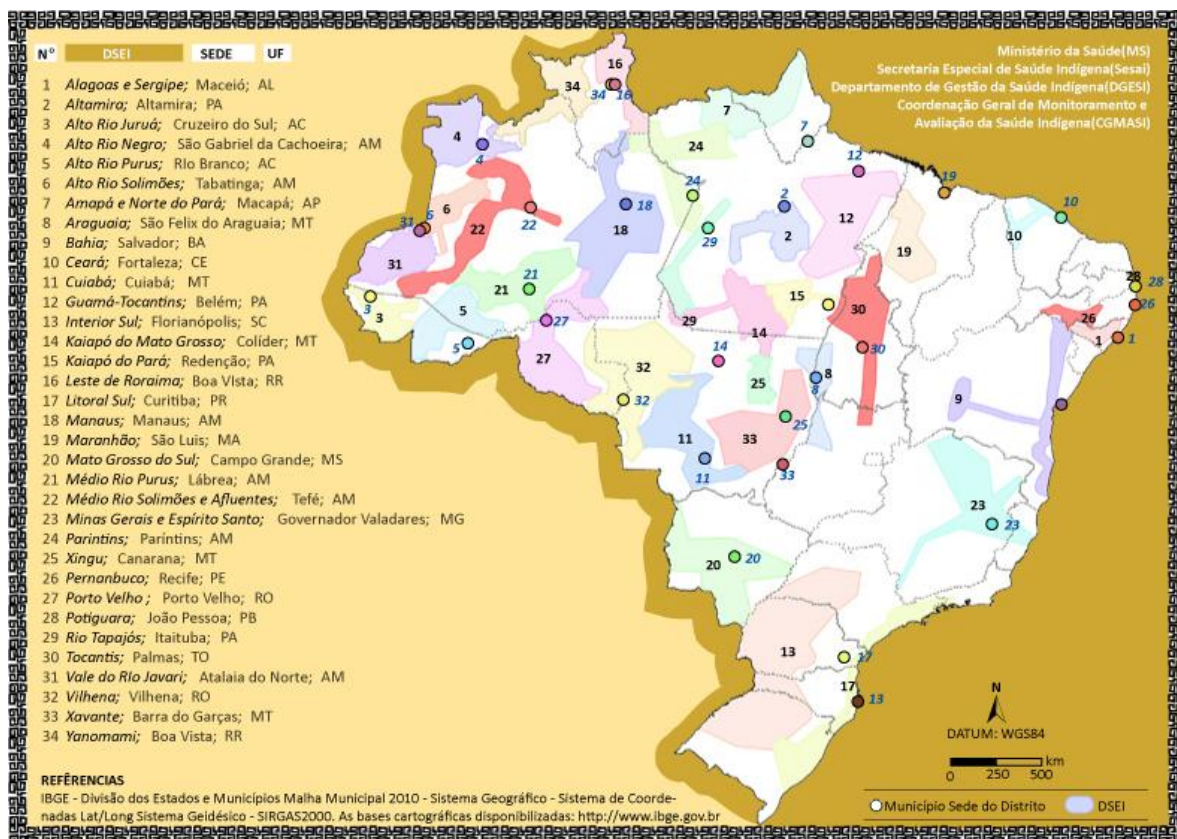
Diante à falta de estrutura para conduzir o projeto a Funasa encontrou como alternativa a parceria com Organização Não Governamentais. Entretanto, essa parceria não foi frutífera e findou na condenação da Funasa e da União na Ação Civil Pública n° 0751-2007-018-10-00-4, que determinou o fim da terceirização da responsabilidade com os serviços e infraestrutura da saúde indígena.

Diante desse cenário foi desenvolvido o Grupo de Trabalho (GT) dentro do Ministério da Saúde, que teve por finalidade desenvolver projetos e ações a serem implementados para melhor gestão dos serviços de saúde oferecidos. O GT sofreu alterações em sua composição durante os anos, sendo no final composto por 26 membros, no qual 16 eram representantes indígenas.

O projeto final concebido foi a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), tendo a autorização legal na Lei n° 12.314/2010. Com isso, toda logística e controle dos componentes que integram o SASI-SUS passaram para a SESAI.

Sua estrutura é formada pelos Departamentos de Atenção à Saúde Indígena (DASI) e de Determinantes Ambientais Saúde Indígena (DEAMB), pelos Distritos Sanitário Especial Indígena (DSEI), pela Coordenação Geral de Planejamento e Orçamento (CGPO) e Controle Social.

O Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) a princípio era a menor estrutural funcional do sistema, cujo propósito era a atenção primária funcionando em modelo assistencial. Atualmente trata-se de um arquétipo de estruturação de serviços, norteado para um ambiente etno-cultural vivo, geográfico e populacional, que tem um conjunto de atividades técnicas que se respaldam em parâmetros de racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde. Existindo no Brasil 34 unidades espalhadas.



Fonte: Centro Cultural do Ministério da Saúde - Mapa dos 34 DSEI

A estrutura dos DSEI é composta por Pólos-Base, que são as unidades base de primeira referência de cada Distrito, podendo ser estabelecida em uma aldeia ou município de referência, sendo neste caso o correspondente a Unidade Básica de Saúde, lugar que exerce a capacitação e supervisão dos agentes indígenas de saúde e conterão uma equipe multidisciplinar. Além disso, em alguns, ainda integra a estrutura as Casas de Apoio que funcionam como um pré ou pós-atendimento feito pelo Pólo-Base ou Hospital, sendo seu quadro de funcionários formado pelos agentes indígenas de saúde treinados no Pólo-Base

Desde 2011 a SESAÍ constam com 34 DSEI, 354 Polos Base, 68 Casas De Saúde Indígena (CASAI), 751 postos de saúde distribuídos em todas as Regiões. Em números isso significa dizer que assiste em torno de 769.183 indígenas, que integram 835 etnias residentes em 6.182 aldeias, segundo os dados do Ministério da Saúde.

A figura 1 é um esquema do modelo de saúde indígena:

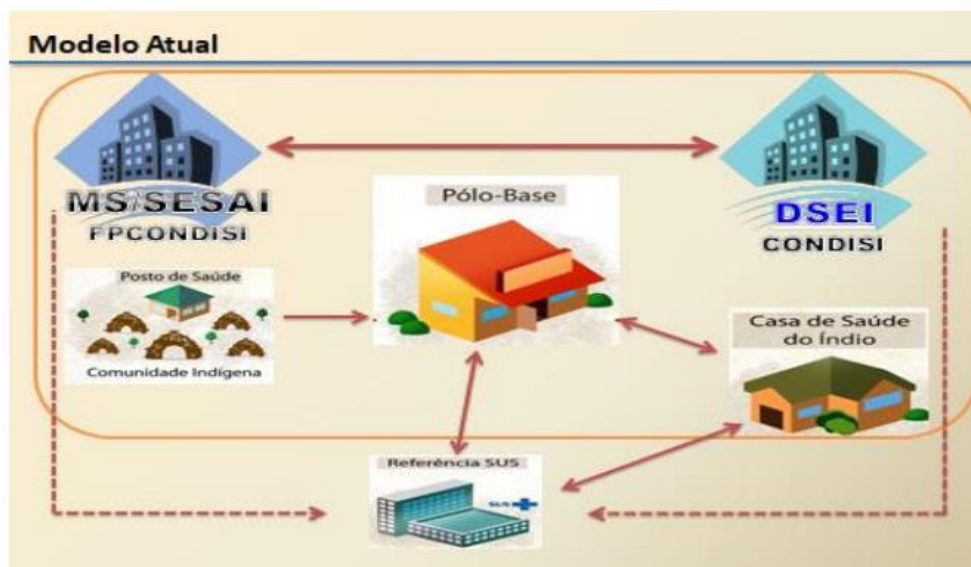


Figura 1. Organização assistencial da rede de saúde indígena.

Nota. Fonte: Secretaria Especial de Saúde Indígena (2017).

O sistema jurídico constitucional brasileiro é cristalino e absoluto ao estabelecer que seja encargo do Estado, incluindo todos os seus Poderes em todas as suas esferas e de toda a sociedade, disponibilizar um acesso amplo, absoluto e equânime à saúde a todos sem discriminação e restrição.

Mas falha ao ter uma limitação legislativa quanto a obrigação da SASAI. Pois atende somente os índios aldeados, assim a notificação em dos casos é restrita apenas uma parcela da população, visto que uma boa parte da população vive em contexto urbano. A esta parcela o atendimento é realizado pelo SUS, portanto a notificação é em conjunto com a população não indígena.

Portanto todos os dados governamentais a respeito da saúde indígena são baseados nos registros de controle do SASI-SUS, implicando em uma subnotificação dos casos em geral.

Além de não ser considerada a população indígena por completo e sem discriminação, é válido destacar que como muitos não possuem documentação, seja por viverem isolados ou não terem o entendimento da importância do registro, o cadastramento no sistema do SASI-SUS é incompleto.

### 1.1.1 Dados referentes a ameaças contra vida indígena

Destaca-se como fatores a demarcação paralisada e o aumento dos conflitos decorrentes de disputas territoriais, a fragilidade que os povos se encontram e a influência

do tráfico de drogas principalmente dos jovens indígenas, casos de exploração da mão de obra indígena, a constantes divulgações de *fake news* em relação aos tratamentos e cuidados com a pandemia.

O Relatório do Cimi traz os dados referentes as ameaças contra a vida dos povos indígenas, sendo elas classificadas em ameaças diversas, assassinato, tentativa de assassinato, homicídio culposo, lesões corporais dolosas, racismo e discriminação étnico cultural e violência sexuais.

A tabela abaixo é um comparativo dos dados de 2020 e 2021 trazidos pelos relatórios do CIMI acerca dos tipos de violência contra a população indígena:

<b>Tipo de violência</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>
<b>Abuso de poder</b>	13	33
<b>Ameaça de morte</b>	17	19
<b>Ameaças diversas</b>	34	39
<b>Assassinato</b>	182	176
<b>Tentativa de Assassinato</b>	13	12
<b>Homicídio Culposo</b>	16	20
<b>Lesões Corporais Dolosas</b>	8	21
<b>Racismo e Discriminação Étnico Cultural</b>	15	21
<b>Violência Sexuais</b>	5	14
<b>Total</b>	<b>304</b>	<b>355</b>
Fonte: Elaboração própria com dados do Relatório da Violência Contra Povos Indígenas - CIMI, 2020, p. 244 e CIMI, 2021, p. 278		

Esses números são alarmantes e vem crescendo ano a ano, tendo sido intensificados durante o período da pandemia. Devido a flexibilização na fiscalização e o escasso auxílio governamental.

De modo que, além de estarem vulneráveis a infecção do coronavírus, ainda precisam combater as ameaças às suas vidas das mais variáveis vertentes e sem apoio dos órgãos que foram criados com a finalidade de protege-los.

## 1.2 NO PLANO INTERNACIONAL

As normas internacionais nem sempre são providas de obrigatoriedade, quer dizer, que há normas que são consideradas meras recomendações e diretrizes sobre determinado tema. Entretanto, tem normas que se desrespeitadas serão capazes de imputar uma sanção ao País que desacatou, de forma administrativa, por uma comunidade internacional, ou judicialmente por algum Tribunal Internacional.

A doutrina divide em dois regimes jurídicos o primeiro é denominado de *hard law*, cujo tem como elementar a vinculação da norma, ou seja, a sua obrigatoriedade, são as que podem implicar em sanção. O segundo é o contraposto, de modo que só existe na medida que o primeiro seja conhecido, é, portanto, nomeada *soft law*, que são as convenções e tratados que elaboram parâmetros a se seguir, normas morais. Todavia, uma norma criada como *soft law* pode ser transformada posteriormente em *hard law*.

Assim evidencia-se que o Brasil já ratificou diversos tratados e convenções sobre direito humanos, se comprometendo, portanto, a desenvolver, assegurar e promover políticas e ações em consonância com as diretrizes estabelecidas.

Inicialmente cabe mencionar que o Brasil em 1992 ratificou o Pacto de San José de Costa Rica, conhecida como Convenção Americana de Direito Humanos, que criou a Corte Interamericana de Direitos Humanos (Corte IDH) e Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH), e foi consagrado pelo Supremo Tribunal Federal como norma suprallegal, o que significa dizer, que não terão aplicabilidade as normas internas que conflitarem com a Convenção. Cabe ressaltar que a legitimação da competência da Corte IDH é facultativa aos Estados, só que uma vez consagrada passa a ser obrigatória, e o Brasil aderiu em 1988, quanto a exigência da CIDH é controvérsia, sendo considerado seus pareceres como recomendações.

No entanto, apesar de ter assinado e reconhecido o Brasil não é exemplo, pois além de demorara para reconhecer a competência da Corte, havia uma demora excessiva em dar respostas, e quando feita eram comuns, e constantemente desdenhou das recomendações da Corte.

E encontra-se dificuldade também pelo despreparo do Judiciário Brasileiro, visto que a matéria Direitos Internacional não é de conhecimento de grande parte do corpo que compõem o judiciário, o que cria um obstáculo na aplicação das sentenças e pareceres da Corte ou Comissão de Direitos Humanos.

Não obstante a dificuldade de efetivação das decisões é claro que geram responsabilidade internacional ao País e que tem efeitos jurídicos e não somente políticos.

No centro da temática povos indígenas tem como medular a Convenção n° 169 da Organização Internacional do Trabalho, que o Brasil ratificou em 25 de julho de 2002, mediante o Decreto Legislativo n° 143/2002, pois é definida como *hard law*, ou seja, é vinculante. Bem como a Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas e a Declaração Americana sobre os Direitos dos Povos Indígenas, que são consideradas *soft law*.

Ambas as Declarações são repletas de orientações aos Estados de como devem viabilizar os direitos e garantir a de forma íntegra a fruição dos mesmo pelos povos indígenas. Apesar de não serem guias e não serem guarnecidas de obrigatoriedade, é identificável na Constituição Brasileira de 1988 seus traços ao assegurar a cidadania, a crença e costumes, tal como reconhecer as terras indígenas.

Não foram esquecidos nas Declarações sequer tema, de forma que aborda como deve ser o tratamento em relação a saúde, educação, economia, terras, participação política, respeito as tradições e culturas e crenças, modo de intervenção militar, e tudo que a eles devem ser assegurados.

Em relação a saúde, especificamente, é delineado que têm de ser concedido auxílio e reservado o direito a manterem suas práticas, abrangendo o cultivo das plantas e ervas, cuidados com animais e minerais que são considerados medicinais, assim como, ter acesso ao sistema de saúde público de qualidade e especializado, para que possam fruir de saúde física e mental.

A Convenção já tem como diretriz central, além dos direitos que trazem as Declarações supracitadas, o consentimento e consulta dos povos em todos os aspectos que de algum modo que os afetam. Frisando que sempre deverão ter o poder de participar e integrar o quadro de integrantes dos projetos que lhe são destinados, lhe sendo garantido voz e autonomia.

No decorrer da Convenção é acentuada a importância de preservar e proteger as terras que habitam, a imprescindibilidade da prestação de um serviço de saúde individualizado e que observe as especificidades de cada povo indígena, bem como cuidar da educação dos povos, mas não se restringir a ela, se estendo as populações que fazem fronteira para minimizar o preconceito e choques culturais.



É verificável a aplicação da Convenção de forma explícita no ordenamento jurídico Brasileiro por intermédio da Lei n° 9.836/99, em que estabeleceu como direito da população indígena a participação em toda célula que compõem o organismo direcionado a cuidar da saúde indígena. Sendo esse, apenas um exemplo da aplicação direta das normas internacionais dentro da legislação brasileira.

### **1.3 DURANTE A PANDEMIA COVID-19**

Inicialmente é válido trazer um breve resumo sobre a pandemia do coronavírus.

Em dezembro de 2019 a Organização de Saúde Mundial (OMS) foi alertada sobre a disseminação de um novo vírus, ainda não identificado em humanos, em uma província de Hubei, na República Popular da China.

O vírus foi identificado em janeiro de 2020, e já no final do mês foi declarado pela OMS como Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII). Nos termos do Regulamento Sanitário Internacional é considerado “um evento extraordinário que pode constituir um risco de saúde pública para outros países devido a disseminação internacional de doenças; e potencialmente requer uma resposta internacional coordenada e imediata”.

Em março de 2020 em razão da distribuição geográfica e proporção de contaminação do Covid-2019 a OMS concretizou como uma pandemia. O SARS-CoV-2, como é denominado, é um vírus de alta transmissibilidade, que apresentou variantes, sendo algumas mais transmissíveis e algumas mais letais. Fez no mundo aproximadamente 6,5 milhões de vítimas<sup>5</sup>, sendo que no Brasil foram 687.155 mortes, dentre as quais foram 928 indígenas<sup>6</sup>.

Em um primeiro momento, as recomendações eram de evitar lugares aglomerados, bares e restaurantes funcionarem com sua capacidade de atendimento reduzida, uso de máscaras para proteção pessoal e a limpeza de produtos com álcool.

No entanto quando ganhou os status de pandemia, as orientações passaram a ser mais rigorosas no sentido de evitar o contato e aglomerações, assim as restrições parciais mostraram-se ineficazes, obrigando os países a tomarem medidas mais drásticas, como

---

<sup>5</sup> Dado retirado do site da Organização Mundial de Saúde – OMS – disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>

<sup>6</sup> Dado retirado do site do Ministério da Saúde – disponível em: <http://www.saudeindigena.net.br/coronavirus/mapaEp.php>

fechamento de suas fronteiras, e a instalação do modelo de lockdown, que consiste em toda população ficar dentro de suas casas, exceto, principalmente, os profissionais de saúde e agentes de segurança pública. Além de ser recomendado o uso dos equipamentos de proteção individual, como mascarás e uso de álcool em gel.

Todos os documentos que foram emitidos pela OMS e outros órgãos de saúde internacionais com instruções de como enfrentar a pandemia, são meras orientações, de forma que cada país tem o poder de escolher e conduzir a pandemia como melhor entender e mais se adequar a sua realidade. Visto que, diante do cenário mundial o modo de se viver foi modificado, onde o trabalho passou a ser feito em casa, os encontros com amigos e familiares ficaram restritos aos meios digitais e o desdobramento da situação afetou todos os setores

No Brasil, os primeiros casos confirmados apareceram no final de fevereiro de 2020 e em aproximadamente 20 dias já eram confirmados 234 casos, revelando um crescimento de casos confirmados e suspeitos de forma exponencial. Assim, em 16 de março de 2020 foi quando se iniciou os primeiros passos do Plano de Contingência, com restrição a 30% do funcionamento de bares e restaurantes, e a obrigatoriedade da realização de isolamento em caso positivo. Tendo sido decretado Estado de Calamidade em 20 de março de 2020 pelo Decreto Legislativo nº 06/2020.

No âmbito da saúde a pandemia escancarou um sistema público sucateado e sem infraestrutura, além do despreparo para lidar com situações de emergências. Com a demora no início de medidas de contenção da transmissão o sistema foi sobrecarregado e se tornou comum notícias retratando a falta de equipamentos, medicamentos e mão de obra humana.

Assim, como o SASI-SUS é um braço do SUS, que já apresentava um investimento menor, mostrou se ainda mais precário e sem assistência governamental necessária.

Os DSEIs e as Casas de Apoio, que contam com profissionais especializados ao atendimento dos povos indígenas, durante o surto do coronavírus deveriam receber uma nova equipe preparada para enfrentar a situação, equipamentos de uso no tratamento e para a testagem, materiais de limpeza e tratamento para lidar com os povos, e assim ensina-los e adaptarem as medidas de segurança, como por exemplo, a desinfecção do ambiente e produtos externos, a quarentena e o isolamento, e ainda o uso dos equipamentos de proteção pessoal. O que, os dados revelam que não aconteceu.

Expondo o Governo Federal Brasileiro como um verdadeiro inimigo da população indígena, desrespeitando sua cultura, tradições e crenças, além de dificultar o pleno gozo dos seus direitos, por intermédio de vetos em leis destinados a esta população.

### **1.3.1 Plano Emergencial para enfrentamento à COVID-19 nos territórios indígenas – Lei 14.021/2020**

O Projeto de Lei 1142/2020 de elaboração da Deputada Federal Professora Rosa Neide tem como finalidade desenvolver o plano de estratégico para lidar com a pandemia frente aos povos indígenas e quilombolas, o projeto tem a seguinte ementa:

“Dispõe sobre medidas de proteção social para prevenção do contágio e da disseminação da Covid-19 nos territórios indígenas; cria o Plano Emergencial para Enfrentamento à Covid-19 nos Territórios Indígenas; estipula medidas de apoio às comunidades quilombolas e aos demais povos e comunidades tradicionais para o enfrentamento à Covid-19; e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, a fim de assegurar aporte de recursos adicionais nas situações emergenciais e de calamidade pública”.

No entanto o projeto foi transformado em norma jurídica com veto parcial direto do Presidente da República. A Lei aprovada nº 14.021/2020, representa primeiramente uma ofensa aos princípios e direitos básicos previstos na Constituição.

Foi vetado no primeiro capítulo da lei, que trata do plano de contingência, o acesso universal a água potável; a distribuição gratuita de materiais de higiene, limpeza e desinfecção de superfícies; a oferta emergencial de leitos hospitalares e de unidade de terapia intensiva (UTI); a aquisição de ventiladores e máquinas de oxigenação sanguínea; distribuição de materiais informativos sobre a covid-19; e pontos de internet nas aldeias para evitar a ida aos centros urbanos. (Agência Senado)

Como amplamente já discorrido no presente trabalho, o direito à saúde para ser assegurado é muito mais que apenas a disponibilização de trabalho humano especializado, medicamentos e serviços hospitalares. Assim, a negligência em disponibilizar leitos hospitalares e adquirir equipamentos essenciais para o tratamento dos infectados viola o dever de fornecer acesso digno e de qualidade. Já os vetos relacionado ao acesso de água potável, distribuição de material de higiene e EPIs, assim como a disponibilização de

acesso a informação fere a obrigação do Estado em promover de forma igualitária e equânime o direito a saúde.

No segundo capítulo da lei, que dispõem sobre a segurança alimentar e nutricional foi vetado a distribuição de alimentos diariamente e a criação de programa de créditos para o Plano Safra 2020. Isso implica em um agravamento na situação alimentar e, conseqüentemente, no aumento do índice de mortalidade entre os povos indígenas.

Por fim a lei traz as diretrizes referentes aos povos isolados e de recente contato, e nesse ponto foi vetado a criação do plano de contingência para situações de contato para registro dos casos e para os surtos e epidemias específicas de cada povo.

A omissão na criação do plano contradiz as próprias normas estabelecidas pelo Governo, e favorece a transmissão do vírus não tendo estabelecido um planejamento de quarentena aos agentes humanitários que estabeleceram contato.

À vista disso, os vetos aprovados não só mostram a omissão, ofensa e agressão as normas nacionais e internacionais e acentuam a situação de fragilidade que o Governo pretende manter.

Entretanto alguns vetos foram derrubados pela Câmara de Deputados e o Senado Federal, em conjunto com mobilizações da sociedade civil e organizações. Assim, referente aos povos indígenas foi garantido:

- I. A disponibilização de água potável, materiais de higiene, limpeza e desinfecção, leitos hospitalares, UTIs, ventiladores e máquinas de oxigenação, materiais informativos e internet; planos de contingência para indígenas isolados e de recente contato;
- II. A inclusão dos povos indígenas nos planos emergenciais para atendimento dos pacientes graves das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde;
- III. O registro e notificação da declaração de raça ou cor pelo Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo a identificação de todos os indígenas atendidos nos sistemas públicos de saúde;
- IV. A adoção, em áreas remotas, de mecanismos que facilitem o acesso ao auxílio emergencial, benefícios sociais e previdenciários, de modo a possibilitar a permanência de povos indígenas, quilombolas, pescadores artesanais e de demais povos tradicionais em suas próprias comunidades.

A derrubada dos vetos foi considerada uma derrota ao Governo, evidenciando a política baseada no preconceito e desrespeito aos povos indígenas.

### **1.3.2 Aplicação das medidas de enfrentamento**

Como é uma doença nova e que se alastrou pelo mundo, em virtude da globalização, de maneira muito célere, indicar quais seriam as medidas mais efetivas para controlar as situações nos países demoraram para serem determinadas. O mundo se voltou a pesquisar e estudar sobre o novo vírus que assolava o planeta.

As primeiras notícias e pesquisas que surgiram divergiam sobre o tempo de duração que o vírus sobrevivia a superfícies dos objetos, da roupa, dos alimentos, a forma de tratamento e sobre sequelas que poderiam vir a ter quem contraísse o vírus. O período de isolamento foi alvo de grandes discussões, ao ponto que no início não se sabia qual o período que uma pessoa contaminada poderia transmitir e até quanto tempo o vírus sobreviveria no corpo. Os casos de pessoas que contraíram o vírus e eram assintomáticas também gerou repercussões.

Com isso, foi surgindo os primeiros artigos e orientações, por se tratar de uma doença que afetava principalmente o sistema respiratório e tem sua transmissibilidade pela via aérea, as principais condutas que os indivíduos deveriam passar a adotar é o distanciamento social, o uso de máscaras, álcool em gel e evitar levar mão a boca e aos olhos. Ao chegar em casa o recomendado era trocar as roupas, deixar os sapatos para fora da casa, tomar a banho, limpar todos os objetos que vieram da rua.

Os estudos foram avançando e apresentando novos resultados, mostrando que o vírus não sobrevive tanto tempo nas superfícies em geral, que alguns medicamentos que a princípio poderia ajudar no tratamento se mostraram ineficazes.

No Brasil, em virtude das declarações do Presidente da República irem, em muitos casos, contra as orientações da OMS, principalmente no tocante ao isolamento e uso de medicamentos, que foram comprovadamente declarados ineficazes, o Supremo Tribunal Federal por unanimidade confirmou a autonomia do Estados, Municípios e do Distrito Federal, na Ação Direta de Inconstitucionalidade 63417, justificando na competência concorrente para legislar sobre saúde pública.

---

<sup>7</sup> ADI 6341 – Ação julgada pelo STF em razão da pandemia do COVID -19, nela foi analisada a competência constitucional no âmbito de saúde pública

Posto isso, cada Ente Federativo pode elaborar o seu próprio plano de emergência adequado a sua região e necessidades. Logo, teve municípios que adotaram as medidas mais restritivas, como o lockdown, enquanto alguns apenas reduziram a capacidade de funcionamento, a obrigatoriedade do uso de máscara também não foi unanime na federação, tendo cada lugar suas determinações.

Destarte a Frente Parlamentar Indígena elaborou e divulgou a “Guia Prático – Monitoramento da Implementação” que tem por objetivo espalhar informação e ensinar sobre o que dispõem a Lei 14.021/2020 – lei referente ao plano de contingência de enfrentamento da pandemia destinados a povos indígenas, quilombolas e demais comunidades tradicionais.

A campanha “fica na aldeia” é um exemplo de umas das desenvolvidas na tentativa de controlar a situação da pandemia na população indígena. Entretanto, não é sempre que é viável, uma vez que os centros de saúde em sua maioria se situam no centro urbano, assim como, existe a necessidade de realização de comércio, para garantir a renda familiar.

A ainda o aspecto econômico. Com a paralisação dos setores em virtude a necessidade de isolamento social, o país enfrentou uma crise econômica junto da sanitária.

Para amenizar a crise econômica o Governo Federal criou o auxílio emergencial, que consiste em uma assistência financeira, para suplementar a renda familiar em conjunto com os benefícios já existentes.

Instituído pela Lei nº 13.982/2020, o auxílio foi concedido no valor de R\$ 600,00 mensais por três meses aos trabalhadores que cumpram cumulativamente os requisitos<sup>8</sup> previstos no artigo 2º da referida lei.

---

<sup>8</sup> I - seja maior de 18 (dezoito) anos de idade, salvo no caso de mães adolescentes;

II - não tenha emprego formal ativo;

III - não seja titular de benefício previdenciário ou assistencial ou beneficiário do seguro-desemprego ou de programa de transferência de renda federal, ressalvado, nos termos dos §§ 1º e 2º, o Bolsa Família;

IV - cuja renda familiar mensal **per capita** seja de até 1/2 (meio) salário-mínimo ou a renda familiar mensal total seja de até 3 (três) salários mínimos;

V - que, no ano de 2018, não tenha recebido rendimentos tributáveis acima de R\$ 28.559,70 (vinte e oito mil, quinhentos e cinquenta e nove reais e setenta centavos); e

VI - que exerça atividade na condição de:

a) microempreendedor individual (MEI);

b) contribuinte individual do Regime Geral de Previdência Social que contribua na forma do **caput** ou do inciso I do § 2º do art. 21 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991 ; ou

Assim, como há muito povos indígenas que vivem em contexto urbano ou dependem do comércio com o Município vizinho da aldeia, foram abrangidos pelo programa e puderam ter acesso ao auxílio. No entanto, um dos requisitos é ter o Cadastro de Pessoas Física (CPF) regularizado, isso apresentou-se como um óbice a população indígena que muitas vezes não tem a documentação.

Frente a isso foi interposto Agravo de Instrumento<sup>9</sup>, pelo Estado do Pará, para suspender essa exigibilidade para a população indígena. O Tribunal Regional Federal da 1ª Região reconheceu que tal condição não tem amparo legal e ainda, proporciona a aglomerações nos estabelecimentos de regularização da documentação, tendo, assim proferido decisão que suspendeu o requisito.

O auxílio, apesar de disponibilizado, o seu valor não acompanhou o poder de compra, em virtude da inflação causada pela pandemia, e a sua retirada nas agências bancárias foram caóticas. Não tendo conseguindo suprir as necessidades das famílias beneficiárias, levando muitos a morarem nas ruas.

Mas a subnotificação dos casos é uma barreira para a elaboração de ações personalizadas aos povos originários, levando em conta as suas singularidades.

Há uma crítica da Articulação de Povos Indígenas no Brasil (APIB) nos critérios usados para notificar os casos, ao considerar apenas uma parte da população, e segundo o senso de 2010 do IBGE 34% vive em centros urbanos. Com isso, tem-se que no mínimo 34% dos casos não são reportadas as autoridades e não integram a estatísticas.

No caso da Pandemia do COVID-19 nas palavras de Dinaman Tuxá, coordenador do da Apib, em entrevista ao Nexo:

“Essa política de negação leva à falta de implementação das políticas voltadas ao combate à covid-19 entre os indígenas. [Isso] já configurou a institucionalização do genocídio”.

A subnotificação implica na falta de política públicas direcionadas, principalmente, ao que vivem em contexto urbano, por não serem reconhecidos pelos Municípios, reforçando a discriminação, amplamente condenada pelas normas nacionais e internacionais.

---

c) trabalhador informal, seja empregado, autônomo ou desempregado, de qualquer natureza, inclusive o intermitente inativo, inscrito no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico) até 20 de março de 2020, ou que, nos termos de auto declaração, cumpra o requisito do inciso IV.

<sup>9</sup> TRF 1ª Região, AI nº 1010150-57.2020.4.01.0000, Relator: Ilan Presser, DJe 15/04/2020

Impedindo de ser ter uma noção verdadeira e concreta dos números de casos suspeitos e confirmados, de óbitos e o percentual de vacinação.

### **1.3.3 Povos isolados ou de recente contato**

O tratamento aos povos que são isolados ou que tiveram recente contato é mais específico e delicado, pois demanda mais atenção, sendo regidos por normativa própria graças as singularidades que decorrem de sua vulnerabilidade socioepidemiológicas.

São consideradas quatro vulnerabilidades: i) imunológica – trata-se do déficit de imunidade para lidar com doenças corriqueiras externas; ii) sociocultural – ocasionada pela morte das crianças e anciões, que implica na perda de liderança e redução da capacidade de renovação; iii) territorial – devida aos ataques e invasões constante sobre seu território; e por fim a iv) política – em razão da dificuldade de ingressarem nos meios políticos e manifestarem sua vontade. (Huertas, 2015, p. 19)

Diante desse panorama e de acordo com a Portaria Conjunta nº 4.094/2008, da Funai e do Ministério da Saúde, casos de pandemia são considerados emergência e pedem medidas imediata. A Portaria é quem defini as diretrizes e estratégias em relação a saúde desses povos.

Logo, no momento em que a OMS decretou a situação da Covid como de Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional, os órgãos brasileiros deveriam iniciar a elaboração de Planos de Contingência.

A Funai esclareceu que os planos foram criados, mas houve demora na sua publicação. Contudo, consta nesses planos apenas orientações gerais, de modo que os DSEIs que abrangem esses povos têm que readequá-los a situação local.

Não se tendo notícias da formação de barreiras sanitárias para possibilitar a implementação do isolamento para os casos suspeitos e a quarentena para os agentes que trabalham e possuem contato com os povos, a estrutura de logísticas de locomoção de infectados e tratamento, o fornecimento de medicamentos e vacinas. Bem como, não há diretrizes estabelecidas para como o contato deve ser realizado.

A realidade mostra que dentre as cinco Terras Indígenas mais afetadas pela pandemia encontram-se as Terras Indígenas Yanomani e Vale do Javari, que pertencem a povos isolados ou de recente contato.



Mostrando-se falho todo o processo de construção do plano, tendo violado o princípio da publicidade, e quando publicado não efetivo, considerando o alto número de casos.

## **2 PROGRAMAS RELACIONADOS À SAÚDE**

### **2.1 SAÚDE DA CRIANÇA INDÍGENA**

#### **2.1.1 Acompanhamento do pré-natal e nutricional**

Destinar ações específicas, com atenção as práticas e conhecimento indígenas, para ao período pré-natal, o momento do parto e o puerpério é crucial para garantir um desenvolvimento adequado, seguro e digno ao feto e a mãe. Sendo o ponto estratégico para redução da mortalidade infantil até cinco anos e deficiência evitáveis com suplementação.

O bom atendimento inclui, além das consultas de pré-natal com obstetra qualificados, acompanhamento nutricional, psicológico, acesso a medicamentos e exames, entre outros. Assim como, um atendimento acolhedor e humanizado.

O Ministério da Saúde tem como indicador, informado em nota técnica<sup>10</sup> divulgada pelo órgão, que é necessário o mínimo de seis consultas de pré-natal de forma que a 1ª consulta até a 12ª semana de gestação. As consultas deverão ser distribuídas da seguinte maneira: uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre de gestação. (Estratégicas, 2022)

Diante dessa prerrogativa e observando o cenário dos anos de 2015 a 2017 é possível verificar que o número de grávidas que não tiveram acesso a nenhuma consulta diminuiu, enquanto as que tiveram acesso a pelo menos seis aumentou. Para essa contagem é utilizado os registros no Sistema Integral de Atenção à Saúde Indígena (SIASI).

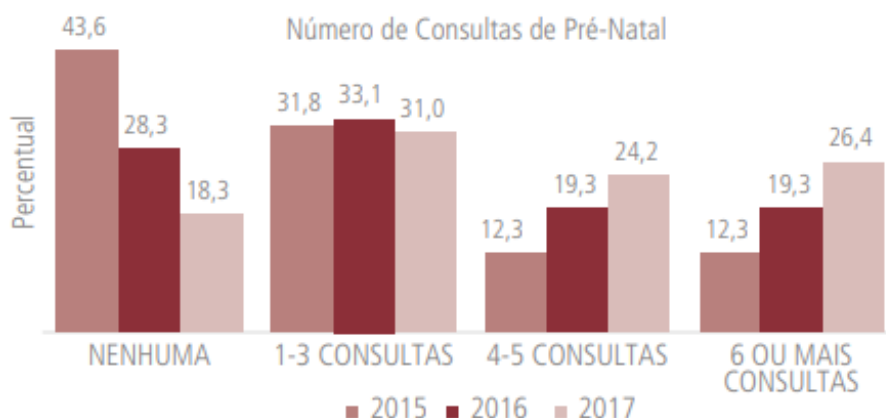
Ocorre que o número de gestantes que tem acesso ao número mínimo recomendado de consulta ainda continua baixo em decorrência ao sucateamento do sistema de saúde brasileiro. Devido à falta de investimento na estrutura, no fornecimento de materiais para realização dos exames necessários, vacinas e medicamentos, e principalmente, a escassez de agentes de saúdes, considerando médicos/enfermeiros/psicólogos/nutricionistas/assistentes sociais preparados para lidar com as mulheres indígenas.

---

<sup>10</sup> NOTA TÉCNICA Nº 4/2022-DAPES/SAPS/MS

O gráfico a seguir mostra o percentual de gestantes que tiveram consultas de pré-natal entre os anos de 2015 a 2017.

**Gráfico 1** - Percentual de gestantes indígenas atendidas pelo SasiSUS que tiveram consultas de pré-natal, Brasil. 2015 a 2017\*\*



Fonte: SIASI/SESAI/MS.

\* Extração dos dados 2015 e 2016 em 06/2018; 2017 extraído em 10/2018

\*\* Dado sujeito à revisão.

n = 57.663

Como já dito, o acompanhamento nutricional da gestante é vital, visto que, a alimentação e o ganho ou perda de peso estão ligados diretamente com o bom desenvolvimento do feto, uma vez que formação de estrutura humana do bebê depende dos minerais, proteínas e vitaminas que são providos via placenta.

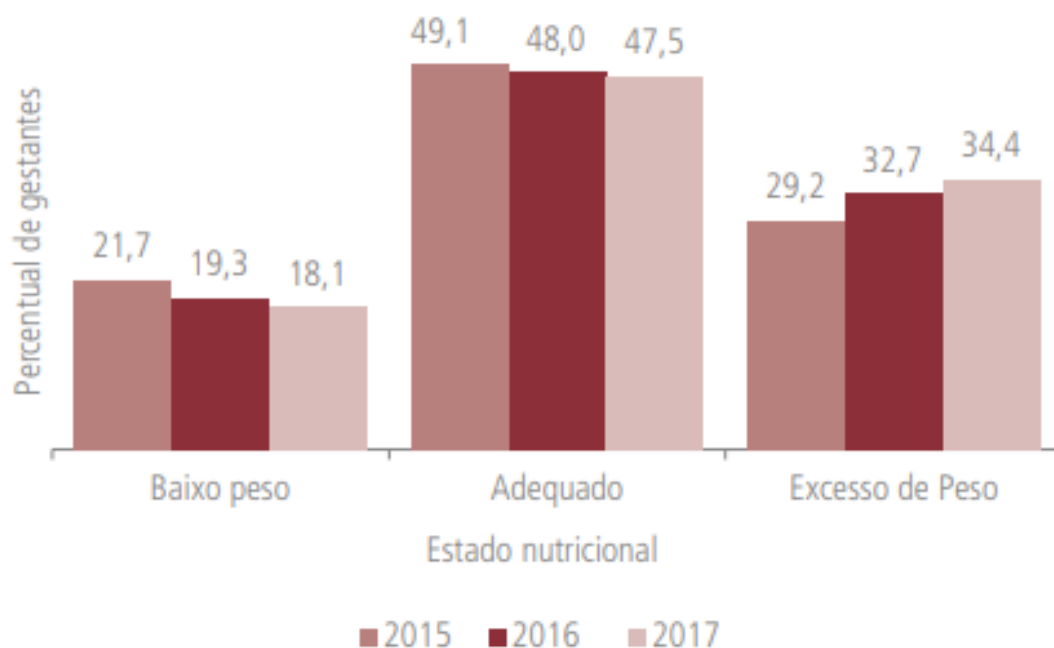
Conseqüentemente, se a mãe tiver uma alimentação desregulada afetará o crescimento adequado, podendo deixar marcar permanentes no feto, bem como levar a um parto prematuro e morte perinatal. Sem contar os riscos a vida da mãe que também aumentam, podendo variar entre anemia, desenvolvimento de diabetes, obesidade ou doenças infecciosas ou parasitárias, podendo culminar em morte.

Diante essa conjuntura o SIASI fornece o atendimento e acompanhamento nutricional as gestantes, ainda que precário. Devendo ser ressaltado que essa questão está ligada a cultura alimentar e as terras indígenas.

Uma vez que sofreram com os processos de invasão de terras, industrialização e mudanças socioambientais, dificultando manter a alimentação que possuíam baseada na caça, pesca e cultivo dos alimentos, e tendo contato aos produtos industrializados que tem baixos valores nutricionais.

O gráfico a seguir mostra que o número de mulheres com o peso adequado não sofre, praticamente, alteração ao longo dos anos 2015 a 2017, em compensação a quantidade mulheres acima do peso ampliou.

**Gráfico 2** - Classificação do estado nutricional das gestantes acompanhadas pelo SasiSUS, segundo IMC gestacional, Brasil, 2015 a 2017



**Fonte:** SIASI/SESAI/MS. Extração dos dados 2015 e 2016 em 06/2018; 2017 extraído em 10/2018 e sujeito à revisão.

\*Excesso de peso: Somatória das gestantes classificadas, segundo IMC gestacional, com sobrepeso e obesidade.

### 2.1.2 Acompanhamento nutricional das crianças e mortalidade infantil até cinco anos

Apesar de não ser considerada diretamente a desnutrição infantil é uma das causas mais comuns de morte infantil no mundo. Vez que estimula a vulnerabilidade o organismo deixando-o suscetível a desenvolver outras doenças.

Carecendo de um melhor sistema de saúde, educação, renda, saneamento básico e tratamento devido de água as crianças indígenas tem números mais elevados de percentual de crianças que apresentam déficit de peso, o que acarreta em um déficit de estatura. Como resultado disso os indicadores de mortalidade infantil indígena superam a média nacional.

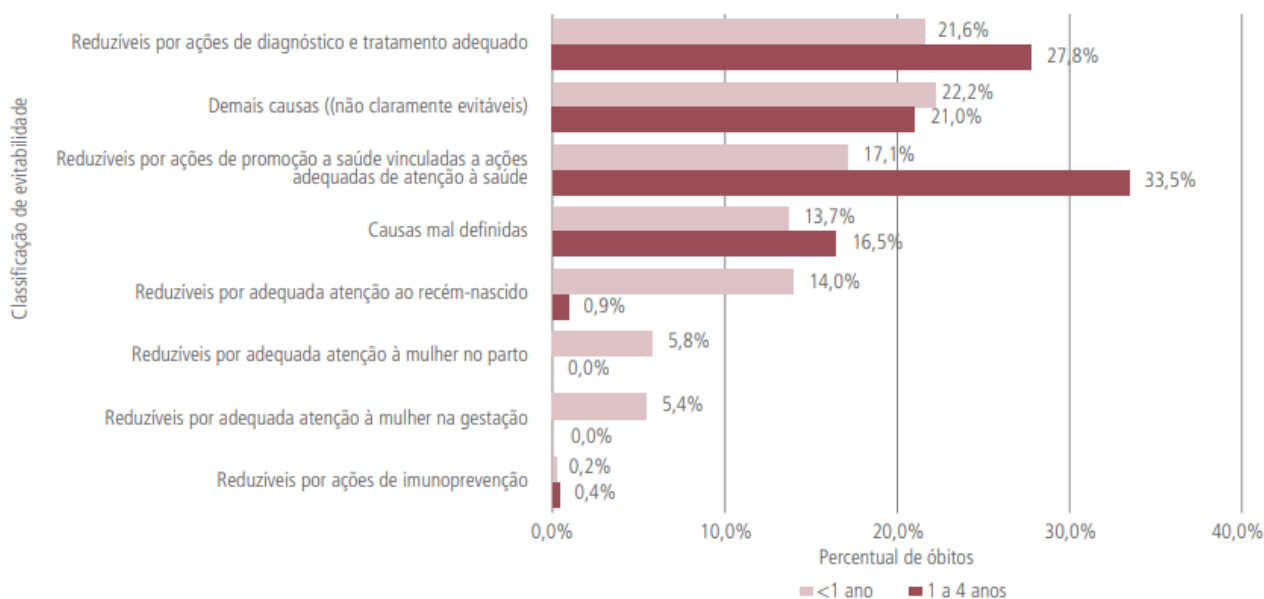
Conforme análise da tabela 1 identificamos que nas crianças menores de um ano as duas maiores causas são doenças do aparelho respiratório e algumas infecções originadas no período perinatal, ou seja, estão ligadas a tratamento condizente e atenção a gestação. Já para as crianças entre um a quatro anos as causas são, também, doenças do aparelho respiratório e doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, de modo que seriam evitáveis se tivessem tratamento e acompanhamento nutricional eficaz, conforme mostra o gráfico 3.

**Tabela 1** - Percentual de mortalidade por grupos de causas em menores de cinco anos, segundo grupos de causas por capítulo da CID-10. Brasil, 2010 e 2016.

Capítulo CID-10	<1 ano	1 a 4 anos
	n (%)	n (%)
Capítulo I- Algumas doenças infecciosas e parasitárias	507 (13,7)	350 (25,7)
Capítulo II- Neoplasias	6 (0,2)	25 (1,84)
Capítulo IV- Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	196 (5,3)	239 (17,6)
Capítulo IX- Doenças do aparelho circulatório	178 (4,8)	59 (4,3)
Capítulo X- Doenças do aparelho respiratório	1.023 (27,7)	395 (29,0)
Capítulo XX- Causas externas de morbidade e de mortalidade	457 (12,4)	141 (10,4)
Capítulo XVI- Algumas afecções originadas no período perinatal	879 (23,8)	22 (1,6)
Demais causas definidas*	451 (12,2)	130 (9,6)
Total	3.697 (100,0)	1.361 (100,0)

Fonte: SIASI/SESAI/MS. Data da extração realizada em: 21/6/2018.

\*Todos os demais capítulos, exceto os XVIII, XIX e XXI da CID 10.

**Gráfico 3** - Proporção de óbitos em crianças indígenas menores de cinco anos por Grupo de Causas evitáveis, Brasil – DSEI, 2013 a 2016

Fonte: SIASI/SESAI/MS. Data da extração realizada em: 21/6/2018.

Os altos números de casos que poderiam ter sido evitáveis é alarmante, porque mostram o quão deficiente o sistema se encontra, pois não demanda de altos níveis de complexidade para solucionar.

No entanto, exige uma atuação multidisciplinar nas aldeias para auxiliar, ensinar e acompanhar, investimento financeiro e trabalho de fiscalização, treinamento e capacitação dos agentes de saúde, inclusão dos povos indígenas no corpo de funcionários de toda estrutura.

Juntamente com implementação efetiva de política públicas destinada a tutelar o direito à saúde, que vai garantir uma vida digna, princípio vital do nosso ordenamento jurídico.

### 2.1.3 Acompanhamento nutricional das crianças e mortalidade infantil até cinco anos durante a pandemia COVID-19

Apesar do SASI-SUS do programa direcionado ao cuidado e acompanhamento nutricional das crianças de zero a cinco anos os números já eram preocupantes, principalmente porque a maior parte dos casos poderiam ser evitados se tratados e diagnosticados corretamente.

Ocorre, no entanto, que durante a pandemia, que por si só é um fator para agravar a situação, os vetos, apesar de derrubados, ao projeto que elaborou o programa de emergência impulsionaram para que houvesse um aumento relevante. Porque mesmo que

previsto na Lei o dever de fornecer alimentos e cestas básicas, a sua concretização foi precária.

São elencados como as principais doenças a anemia, a desnutrição, diarreia, infecção por coronavírus, morte sem assistência e pneumonia. A fome tem sido uma causa preponderante em 2022.

Com a pandemia em curso e toda a vulnerabilidade que ela apresentou, foi possível ver surtos de malária em algumas aldeias.

A tabela a seguir mostra o número total de óbitos de crianças de zero a cinco anos durante os anos acometidos pela pandemia.

<b>Mortes/ano</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>
<b>Total</b>	<b>776</b>	<b>744</b>
Fonte: Elaboração própria com dados do Relatório da Violência Contra Povos Indígenas - CIMI, 2020, p. 245 e CIMI, 2021, p. 279		

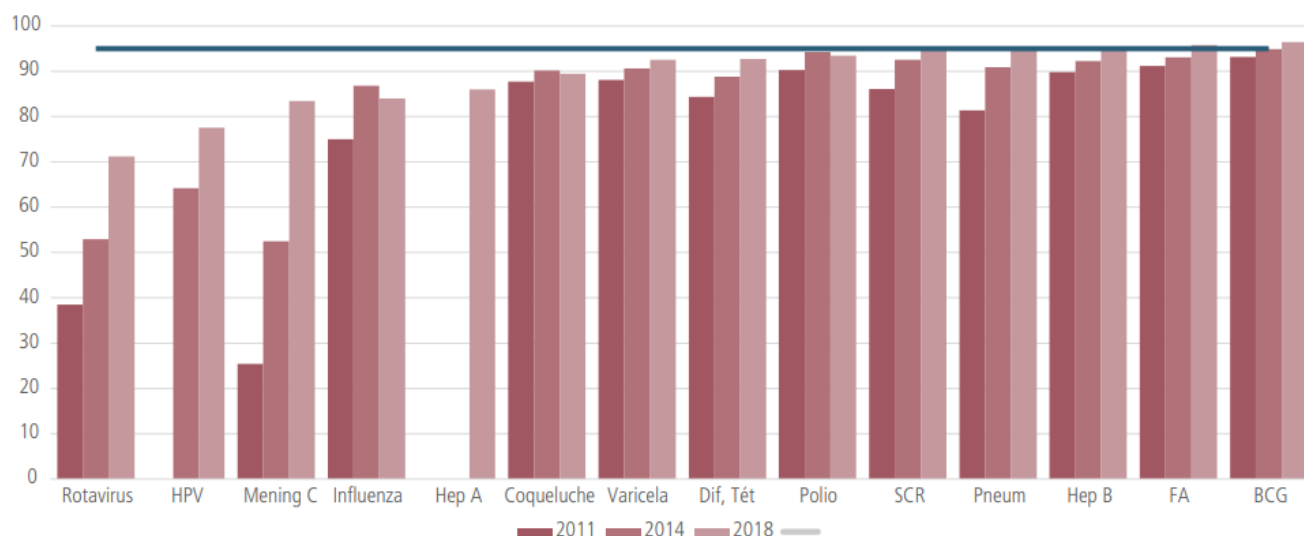
## **2.2 PROGRAMA DE IMUNIZAÇÃO**

O Programa Nacional de Imunizações (PNI) criado em 1971 é referência mundial mesmo tendo tamanho continental, em razão de ter erradicado do país a varíola e poliomielite, tal como controlou outras diversas doenças. Sendo responsável por ajudar outros países nos programas de imunização.

Sendo distribuído pelo SUS, de forma gratuita, todas vacinas consideradas essenciais para o cuidado da saúde humana, é também considerado transversal por acompanhar desde o nascimento até a morte do cidadão.

Contudo, o SASI-SUS não foi capaz de ter 100% da população indígena com a cartela completa de vacinação. Entretanto tem altos níveis de alcance e de adesão, porque as políticas de esclarecimento acerca de vacinas são assertivas e claras em enfatizar a eficácia para a redução de doenças nas tribos e se evitar surtos e epidemias.

O gráfico abaixo mostra a vacinação nos anos de 2011, 2014 e 2018 para as doenças imunopreviníveis.

**Gráfico 4** – Cobertura vacinal na população indígena para as doenças imunopreveníveis, segundo calendário. Brasil. 2011, 2014 e 2018\*

**Fonte:** Instrumento de coleta de dados primários de monitoramento dos DSEI. Consolidados pela DGISI/DGESI/SESAI/MS.  
 \* Coberturas referentes ao ano de 2018: dados referentes ao 1º semestre, sujeitos à revisão.  
 A vacina HPV foi iniciada em 2014 e a Hepatite A em 2017.

A faixa etária do zero aos cinco anos é a mais afetada, pois é a que tem o maior número de vacinas a serem tomadas e dependem não só do sistema público como também dos familiares que acabam apresentando resistência por serem várias doses em um único encontro.

Destarte, os maiores obstáculos encontrados são em alguns casos a falta de material para aplicação, profissional qualificado e a locomoção de equipes de saúde e dos indígenas até um centro de saúde que aplica a vacina, ou ainda coincidir o encontro nos dias em que as equipes saem em campanha com o público alvo.

Bem como em ações *in loco* nas aldeias a logística até elas acabam por afetar, uma que vez, para chegar em algumas aldeias o transporte é feito via barco, e devido a questões climáticas nem sempre se tem o equipamento que é preciso para manter as doses das vacinas nas temperaturas corretas para que não sejam danificadas e precisem ser descartadas.

Além da disponibilização de vacinas pelo PNI, decorrente de questões orçamentárias até demora na produção laboratorial. Outros fatores são o falho sistema de dados que existe nos postos de saúde e o controle com os cartões de vacinação.

Não obstante, tem impasse do choque cultural para algumas tribos que tem como tradição e cultura enxergar a doença de uma forma distinta e, assim, consequentemente, tem como método de cuidado próprio como a medicina tradicional, seja com a medicina



homeopática, baseada no uso de ervas e plantas medicinais, ou outros. Rejeitando os tratamento e remédios utilizados pela população não indígena.

### **2.2.1 Imunização durante a pandemia COVID-19**

A “vacinação em rebanho” é aquela que busca imunizar ao menos 80% da população e foi tida como a principal solução para conter a disseminação do coronavírus uma vez que a maioria da população está imunizada a transmissão cai bruscamente, junto com os casos de internação e óbitos.

Em virtude disso, a corrida pela vacina logo se iniciou e com o devido avanço da tecnologia e das pesquisas os primeiros imunizantes foram produzidos ainda no primeiro ano da pandemia (2020).

Foi comprovado que após o início da vacinação os casos de contaminação diminuíram, reduzindo o número de casos graves, que necessitavam de intubação e ventilação mecânica. Como mostra as notícias “Não vacinados representam 75% das mortes por Covid-19, diz estudo brasileiro<sup>11</sup>”.

No entanto, devido as *fakes news* que ocorrem no Brasil acerca da vacina, e o descrédito dado pelo Governo Federal a sua eficácia, o processo de imunização começou tardiamente e foi um longo processo para que se atingisse grande parte da população.

A negligência do Governo foi determinante para atrasar a vacinação, uma vez que a fabricante de vacina *Pfizer*, entre os meses de agosto e setembro de 2020 fez ao menos três ofertas de compra de 70 milhões de doses do imunizante, mas só obteve respostas, em maio de 2021 do Estado Brasileiro. Os laboratórios nacionais também não receberam auxílio econômico federal.

Posto isso, o programa de imunização, que poderia ter sido iniciado ainda em 2020, começou a passos lentos no início de 2021, no Estado de São Paulo, que por iniciativa própria financiou as pesquisas do Instituto Butantã. As primeiras doses foram aplicadas no dia 17 de janeiro.

O PNI desenvolveu um calendário de vacinação, priorizando as populações de alto risco, assim, os primeiros grupos foram os profissionais da saúde, preferencialmente os

---

<sup>11</sup> Título de notícia publicada no portal do Butantan baseada em pesquisa realizada nos primeiros 10 meses de 2021, publicado em março de 2022

que se encontravam na linha de frente do combate, idosos, quilombolas e indígenas, e pessoas com comorbidades no geral.

A população indígena foi considerada pelo PNI como prioritária, de forma que as primeiras doses compradas foram em parte, destinadas aos DSEI, iniciando a imunização de indígenas acima dos 18 anos de idade. Entretanto os que vivem em contexto urbano precisaram de decisão do STF para serem incluídos como prioritários na vacinação.

Além de barreiras naturais, que envolvem a questão geográfica de algumas aldeias, onde o acesso é apenas fluvial e questões climáticas podem afetar o percurso. Há ainda óbices no cadastramento da população, dificultando a imunização em massa da população, uma vez que impede de encontrar os indígenas para aplicação da primeira dose e dificulta o retorno para completar a vacinação com a segunda dose.

Os dados revelam a demora na vacinação, mesmo com dez meses de campanha o Ministério da Saúde não alcançou metade da população indígena. A baixa adesão dos indígenas revela-se pela política antivacina adotada pelo Governo, disseminação de *fakes news* e influência religiosa nas tribos.

Profissionais da saúde narram que por conta da desinformação envolta da vacinação enfrentam dificuldades, porque a população se nega a receber o imunizante com justificativas embasadas pela *fakes news*.

No Alto do Xingu, em virtude do aspecto cultural, a associação feita da vacina com animais, impactou em uma forte rejeição, já que para eles os animais estão relacionados a doença, enfraquecendo o corpo e podendo culminar em óbito.

Para reverter o medo e insegurança líderes indígenas, principalmente, iniciaram a divulgação de vídeos para relembrar a epidemia de sarampo, que afetou a população na década de 50 e que, só melhorou, após a chegada da vacina. Assim, os números da vacinação começaram a aumentar.

Mas alguns DSEI revelam números baixos em relação à vacinação completa, ou seja, as duas doses do imunizante, conforme os dados do SASI-SUS.

Ao todo foi aplicado 727.032<sup>12</sup> doses, sendo 373.829 com a primeira dose representando 91% da população indígena, e 353.203 com a segunda dose representando

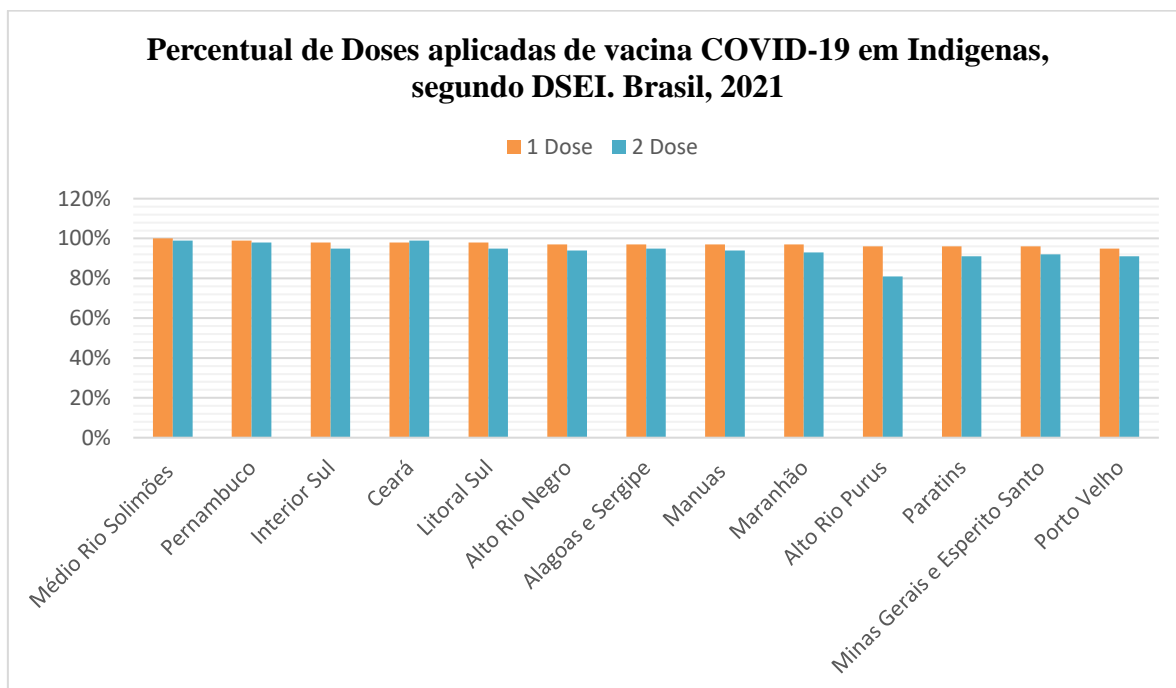
---

<sup>12</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Atualização do painel em 29/03/2022. Disponível em: [https://infoms.saude.gov.br/extensions/imunizacao\\_indigena/imunizacao\\_indigena.html](https://infoms.saude.gov.br/extensions/imunizacao_indigena/imunizacao_indigena.html)

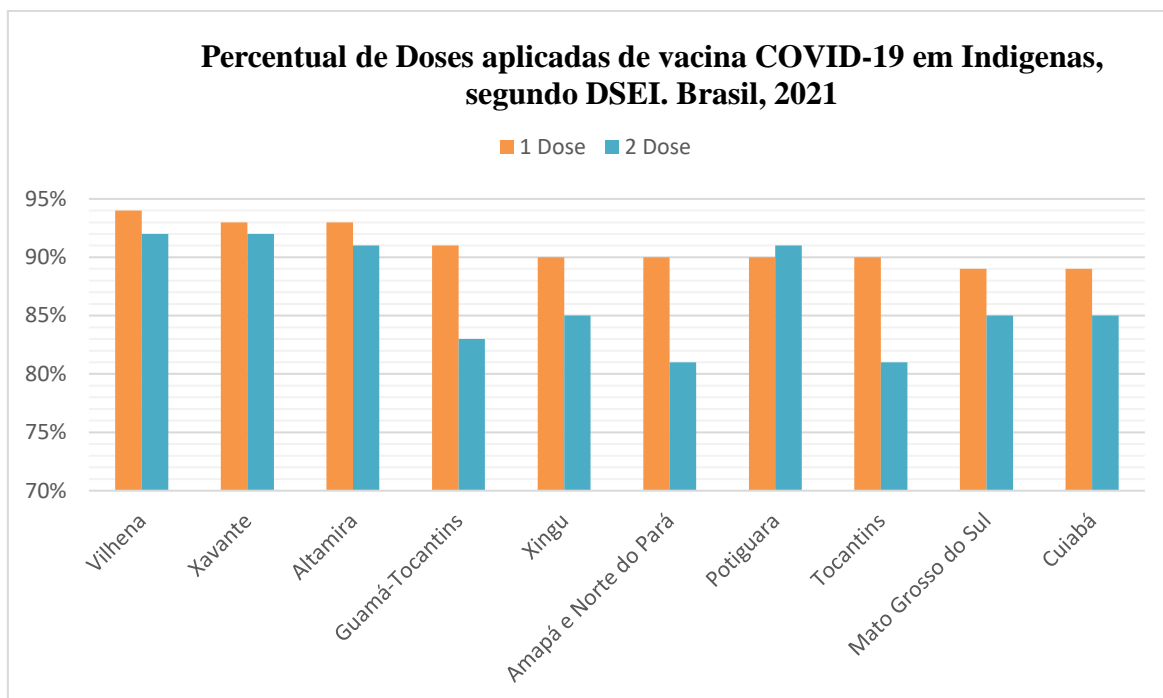
86%. Foi considerado público alvo os indígenas acima de 18 anos atendida pelo SASI-SUS, incluindo as especificidades da ADPF 709.

Conforme os dados mesmo após a autorização da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) ter autorizado a aplicação em crianças acima de 12 anos, para a população indígena iniciou apenas dois meses depois. Resultando em novo surtos da doença nas escolas indígenas.

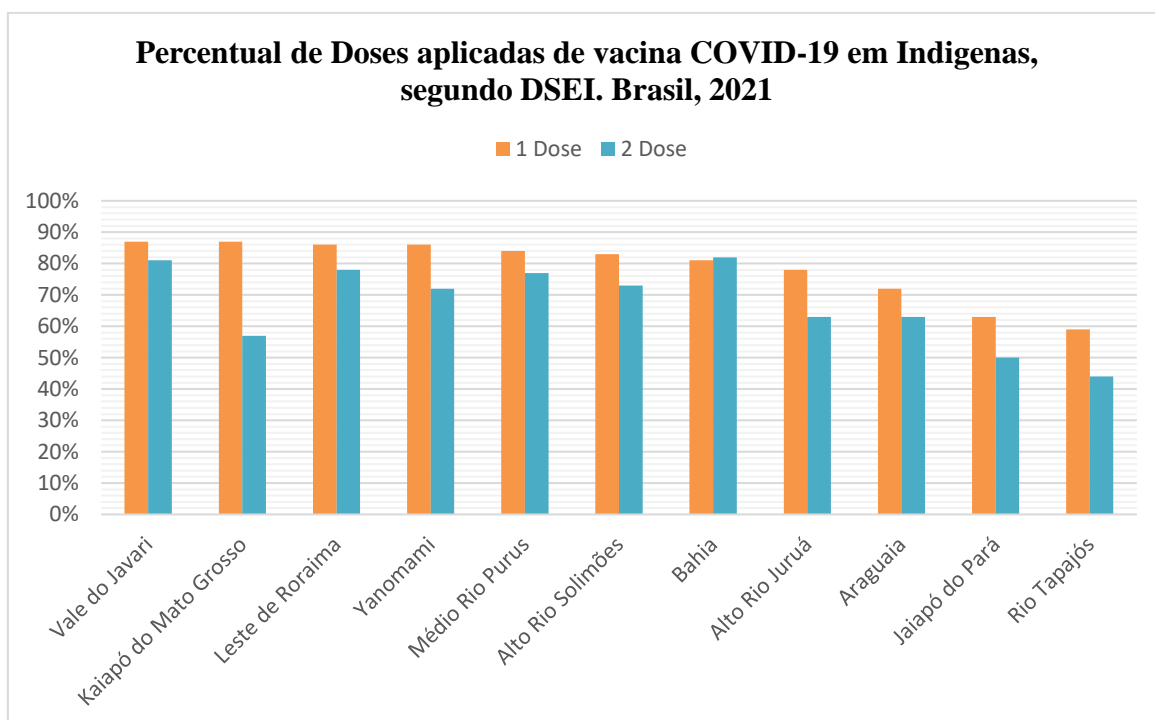
Os gráficos a seguir mostram o percentual conforme cada DSEI da população acima de 18 anos.



Fonte: Elaboração própria com dados do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do SUS - SASISUS



Fonte: Elaboração própria com dados do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do SUS – SASISUS



Fonte: Elaboração própria com dados do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do SUS – SASISUS

Como observado no gráfico foi em grande parte utilizados imunizantes que necessitam da segunda dose para completar a imunização e ela ser mais efetiva, entretanto os gráficos revelam que não foi concluído o esquema de vacinação em muitos DSEI,

sendo que isto poderia ser evitado se fosse utilizado imunizantes que são com doses únicas.

O Município de São Paulo usou essa abordagem com a população que vive em situação de rua tendo um resultado eficaz na imunização, visto a dificuldade para dar continuidade a imunização.

Os resultados mostram um grande avanço na vacinação, no entanto a para a concretização é sempre uma batalha, mesmo sendo considerados prioritários pelo Programa de Imunização, e este ser referência mundial de assertividade e efetividade.

### **3 PROBLEMAS ESTRUTURAIS DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE INDÍGENA SOB A PANDEMIA**

#### **3.1 QUESTÃO FUNDAMENTAL PARA SAÚDE INDÍGENA**

A relação da população indígena com a natureza é como relação de “mãe e filho”, de modo que entendem que nascemos da terra. Logo, como na relação familiar a mãe cuida dos seus filhos desde a sua concepção até a morte, que é a volta à terra. O conceito de terra extrapola a compreensão de moradia.

Assim a natureza é como família, sendo sagrada pois é quem fornece o alimento, sacia a sede, protege e permite a locomoção. A terra é não é conquistada, mas ocupada e transferida de geração para geração.

É visível a importância dos elementos naturais da natureza com a iniciativa de conceder personalidade jurídica para garantir proteção. A exemplo disso na Nova Zelândia o Rio Whanganui teve sua personalidade jurídica reconhecida por lei.

À vista disso, a proteção a terra é algo vital a população indígena sendo, portanto, a questão fundamental para a sua saúde o acesso a sua terra, pois sem ela não existe educação, cultura e saúde. Posto isso a Constituição Federal prevê o direito à terra e sua demarcação.

Entretanto o atual Governo apresenta o pior índice de demarcação de terras. No ano de 2019 foram devolvidos a Fundação Nacional do Índio pelo Ministério da Justiça 27 processos de demarcação de terras para serem revisto a luz da tese do Marco Temporal<sup>13</sup>, contrariando a liminar do Supremo Tribunal Federal no Recurso Extraordinário nº 1.017.365, com Repercussão Geral (Tema 1031<sup>14</sup>).

A liminar determinou a suspensão dos efeitos do Parecer nº 001/2017, da Advocacia Geral da União, que trata do Marco Temporal, até o final do julgamento de mérito. Ademais, a diretoria da FUNAI foi trocada e hoje quem está à frente, de um dos principais órgãos de proteção, são militares, o que fez com que os processos de demarcação fossem cancelados ou suspensos e não mais se manifestou em processos judiciais.

---

<sup>13</sup> Tese que estabelece que os povos indígenas só podem reivindicar as terras em que ocupavam na data da promulgação da Constituição Federal

<sup>14</sup> Ainda se encontra em julgamento

Ademais, com a Instrução Normativa (IN) 09/2020 se disciplina a fornecer certificação de que os limites de imóveis privados respeitam os limites de terras indígenas homologadas, reservas indígenas e terras dominiais indígenas. Permitindo com isso a propriedade a terceiro sobre terras que estão em processo de demarcação, culminando em mais entraves.

A IN fomentou a atuação de grileiros, posseiros, fazendeiros, madeireiros, garimpeiros e praticantes da caça e pesca ilegal, de modo que a paralisação na demarcação não apenas acentuou confrontos como perpetua a situação de vulnerabilidade, que é ainda mais agravada em meio à pandemia da Covid-19.

Visto que na maioria das invasões e ataques as terras indígenas são de forma bárbara e agressiva, e são agentes que não utilizam máscaras de proteção pessoal se tornando vetores de várias doenças, principalmente contribuindo com a disseminação do *coronavírus* nas aldeias. Essa situação pode vir a culminar na extinção de alguns povos.

A atuação desses agentes além de agredir a sociedade indígena, também é responsável pelo desmatamento das florestas, poluição dos rios, extinção de animais, de forma geral, são os autores da degradação do meio ambiente.

A destruição vem ocorrendo de forma descontrolada e acelerada, atingindo patamares irreversíveis e está ligada pessoalmente a crise sanitária vivida no país. Afetando assertivamente os povos indígenas, que vem apresentado quadros de intoxicação e problemas respiratórios, em virtude do aumento das queimadas.

Com a flexibilização na fiscalização sobre o território indígena e sem uma política eficaz de demarcação de terras a atuação dos posseiros e as invasões são avassaladoras e criminosas tornando-se inviável construir um sistema de saúde indígena para mais de 300 etnias indígenas.

Uma vez que a medicina tradicional, definida como “a soma total de conhecimentos, habilidades e práticas com base nas teorias, crenças e experiências indígenas de diferentes culturas que são usadas para manter a saúde, bem como para prevenir, diagnosticar, melhorar ou tratar doenças físicas e mentais” (WHO, 2008 apud Giovanni, 2011). Com a pandemia não é diferente, cada tribo tem o seu entendimento e com resultado enfrenta a situação de formas distintas.

O Relatório Violência Contra os Povos Indígenas no Brasil produzido pelo Conselho Indigenista Missionário relativo a 2020 aponta 96 casos de conflitos referentes a direito territorial, e em 2021 são 118 casos, enquanto mostra que desde de 2019 não

houve a demarcação de nenhuma terra. Em casos relativos a invasões possessórias, exploração ilegal de recursos naturais e danos aos patrimônios foram registrados em 2020 263 casos e 305 em 2021. Já em relação a omissão e morosidade na regularização de terras em 2020 foram registrados 832 casos e em 2021 o número aumento para 871. (Missionário, 2020/2021)

O Governo, além de desrespeitar o que preceitua a Constituição Federal nos artigos 231 e 232, também desconsidera a sua competência de proteger o meio ambiente, combater a poluição e preservação das florestas, da fauna e a flora, conforme artigo 23 do referido ordenamento. Igualmente a outros dispositivos que reforçam esse dever.

### **3.2 FALHAS ESTRUTURAIS**

Foram criado 34 DSEIs sendo distribuido geograficamente pelo Brasil, sendo que o projeto tem o objetivo de entrelaçar os parâmetros usados no SUS com a cultura indígena.

Ocorre que são mais de 300 etnias indígenas com leque diversificado de cultura, assim o sistema é genérico aniquilando a possibilidade de atendimento capacitado, singular, profundo e que respeite a especificidades existentes.

De forma que o acesso a saúde pelos indígenas passa a ser uma verdadeira barreira com obstáculos que apresentam não ter um fim.

Um entrave é o fato de não se ter profissionais indígenas que consigam garantir a comunicação com as tribos que não utilizam ou conhece a língua portuguesa, fazendo com que deixem de procurar atendimento ou se realizado é defeituoso.

O fato dos contratos dos profissionais serem anuais, impede o aprendizado das línguas e dos costumes dos indígenas pelos profissionais de saúde, não sendo possível garantir um acompanhamento individualizado e que possam dar continuidade no atendimento.

E sem a comunicação entre os métodos aplicados não há como ser assertivo o sistema.



Além da questão social e regional há juntamente problemas orçamentários, nos últimos quatro anos as despesas executadas com a atuação na área da saúde foram menores que o orçamento. Tendo aos anos de 2018 e 2019 com os menores valores<sup>15</sup>.

Influenciando nos quadros reduzidos de médicos clínicos gerais e especializados, enfermeiros e técnicos de enfermagem, a falta de equipamentos e medicamentos, bem como a interrupção nos projetos de capacitação dos profissionais para entenderem e conhecerem as particularidades da região que atuaram.

As auditorias realizadas nos DSEIs revelam essa falhas e mostram que as constatações giram entorno desses problemas em primeiro lugar está o grupo de constatações sobre recursos financeiros (34,92%), sendo seguido do grupo de problemas no âmbito da atenção básica (27,09%), assistência farmacêutica (9,50%); controles internos (7,26%); programas estratégicos (5,03%); regionalização, planejamento e programação (4,75%); vigilância em saúde (4,47%); controle social (3,63%); recursos humanos (1,95%); assistência de média e alta complexidade – MAC (1,40%). (Raimunda, 2021)

O resultado das auditorias só explicita que o problema central é no cumprimento dos preceitos estabelecidos nas normas jurídicas – Constituição Federal, Decretos, Leis Complementares e Ordinárias, Portarias e Normas Internacionais.

A consequência dessas falhas no período da pandemia foi enfrentá-la com um sistema enfraquecido e acentuar a vulnerabilidade dos povos originários. A falta de diálogo e verba impossibilita o êxito no tratamento, implicando em números inquietantes de casos confirmados entre a população e que culminaram em óbito.

No entanto a pandemia não impactou apenas no número de indígenas que residem no Brasil, mas com as falhas do sistema que deveria proteger, foi posto em cheque a memória e histórias de muitos povos, negou o ensino das crianças indígenas e favoreceu a invasão de suas terras.

Por ser uma enfermidade que afetou a população idosa, nas tribos indígenas significou perder seu líder, aquele que passa o conhecimento das crenças e tradições, perdendo as gerações a própria identidade.

---

<sup>15</sup> Dados retirados do Portal da Transparência do Governo Federal, disponibilizado em: <https://portaltransparencia.gov.br/funcoes/10-saude?ano=2018>

Tal como realçou problemas sanitários, como saneamento básico, a diferença socioeconômica e incentiva a marginalização e o preconceito.

### **3.3 CASO CONCRETO DE VIOLAÇÃO DOS DIREITOS**

No capítulo 15 do livro *Fronteiras e Direitos Humanos Análises Interdisciplinares* retrata o caso de violação aos direitos dos KAIOWÁ e GUARANI no Sul do Mato Grosso do Sul nos tempos de pandemia.

A luta pelo território na região foi iniciada com a colonização do Brasil, e desde então os povos resistem a constantes ataques e invasões inicialmente dos portugueses e das missões jesuítas e hoje em dia com os fundiários. Com isso muitos indígenas foram dizimados, e mesmo após o início do processo de demarcação de terras esses povos não tiveram reconhecidas todo o seu território.

Além do conflito da terra, os colonizadores através da aproximação tentaram impor a cultura ocidental, em busca de assolar a cultura indígena, proibindo a realização de suas tradições. Quanto à medicina também houve a tentativa.

Os autores trazem no livro relatos coletados durante a pandemia por agentes comunitários, que confirmam os problemas estruturais, pois é apontada a negligência médica em realizar o atendimento ou por falta de médicos, e no caso oposto, de atendimento e evolução a óbito há falta de repasse de informação.

Os relatos também apresentam indagações ao serviço prestado de transporte de pacientes, que é defeituoso e contrário à previsão legal, no caso uma idosa com mais de 90 anos que utilizou o veículo da saúde foi deixada a 15 km de distância da sua residência.

As violações vão de encontro a tudo que a norma jurídica brasileira estabelece e ferem todos os princípios primordiais do SUS.

Com a falta de assistência governamental o enfrentamento da pandemia pelos povos KAIOWÁ e GUARANI tem ocorrido por iniciativa própria e com ajuda de organizações da sociedade civil, para a realização de barreiras sanitárias para conter a disseminação do vírus.

Mas tem povos que vivem em situação de extrema vulnerabilidade e não conseguem realizar as medidas de contenção por que estão em situação de insegurança alimentar.

As singelas políticas que lhe são destinadas são escassas e reforçam o rascimo institucional ao não atender com qualidade e o preconceito linguístico, aos serem apenas notificados os casos de aldeias homologadas e as cartilhas de campanha de cuidado e prevenção não serem disbinilizadas em todas as línguas utilizadas pelos povos indígenas.

## Conclusão

Como estudado no presente artigo o conceito de direito à saúde é amplo, e vai muito além da saúde biológica do corpo humano, e durante uma pandemia é necessário um olhar mais atento e direcionado.

As populações em estado de vulnerabilidade precisam que as ações públicas sejam postas como prioridade, no entanto não foi o que aconteceu com a população indígena no Brasil durante a pandemia do COVID-19. Como se pode ver a realidade foi outra, e os povos originários foram abandonados.

O ordenamento jurídico é cristalino e cirúrgico ao prever todos os direitos dos povos tradicionais e tem um sistema de saúde em acordo com todas normas nacionais e internacionais referentes a direitos humanos, sendo considerado um dos melhores do mundo, chegando a ser usado como referência em outros países.

O SUS e o SASI-SUS são norteados pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade, além de outros, e com base nos dados trazidos é possível ver que todos foram transgredidos.

Em primeiro lugar não foi garantido o acesso universal e integral à toda população indígena, de modo que os cuidados não referentes a pandemia foram fragilizados e reduzidos e, também, não foi disponibilizado assistência personalizada e treinada para lidar com a pandemia e os índios. Ferindo assim a equidade prevista pelo SUS ao ponto em que não tratou com a devida necessidade uma população vulnerável.

Ademais, o direito a proteção e demarcação do território indígenas foi ignorado em diversos aspectos, tendo o Governo Federal se omitindo em dar continuidade aos processos de demarcação e dar início a novos processos, como também promoveu e proporcionou a ação de posseiros e grileiros.

A política de fiscalização foi frouxa em proibir os ataques as terras indígenas, e por consequência, o garimpo ilegal, o desmatamento e as grandes propriedades de agropecuárias a tomaram a força.

A pandemia foi um fator determinante para escancarar os problemas estruturais que envolvem desenvolver um sistema de saúde a população indígena. E o modo como foi conduzida no Brasil e, com isso, as políticas públicas em relação aos povos originários revela uma política anti indigenista.

Que se mostra despreparada e despreocupada com atender em consonância com os princípios estabelecidos na norma constitucional as singularidades e particularidades da diversidade populacional há no país.

## Bibliografia

**Acordo Regional sobre Acesso à Informação, Participação Pública e Acesso à Justiça em Assuntos Ambientais na América Latina e no Caribe.** 08/2018. Disponível em: <http://www.cepal.org/principio10>

ARAÚJO, T. S. **Desnutrição infantil no município de maior risco nutricional do Brasil: Jordão, Acre, Amazônia Ocidental (2005-2012).** 2017. Tese (Mestrado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

BARROS, Ferreira de Toledo; MARCONDE, Gabriela Tacla (2019 de Julho de 2022). **Políticas públicas de saúde indígena.** Dia da Pesquisa - XXVIII Seminário de Iniciação Científica, pp. 15-21.

BARTOLOMEI, Carlos Emmanuel Fontes; CARVALHO, Mariana Siqueira de; DELDUQUE, Maria Célia. **A saúde é um direito!.** Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 184-191, set./dez. 2003.

BERNARDES, Márcia Nina. **Sistema Interamericano de Direitos Humanos como esfera pública transnacional: aspectos jurídicos e políticos da implementação de decisões internacionais.** SUR-Revista Internacional de Direitos Humanos, v. 8, n. 15, p. 135-156, 2011.

**Bolsonaro sanciona com vetos lei para proteger indígenas durante pandemia.** Agência Senado. Jul/2020. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2020/07/08/bolsonaro-sanciona-com-vetos-lei-para-protoger-indigenas-durante-pandemia>

BORGES, Daniel Moura **A declaração universal dos direitos dos animais: sua aplicação enquanto soft law e hard law.** / Daniel Moura Borges. – Salvador, 2015. 169 f. Orientador: Prof. Dr. Heron José de Santana Gordilho Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade Federal da Bahia.

BRASIL. Decreto Legislativo nº 06, de 20 de março de 2020. Reconhecimento de calamidade pública. Diário Oficial da União, Brasília, DF, publicada em 20 de março de 2020, edição extra C

BRASIL. Lei nº 14.021, de 07 de junho de 2020. Plano de Emergência de enfrentamento da Pandemia destinado a população indígenas, quilombolas e demais comunidades

tradicionais. Diário Oficial da União, Brasília, DF, publicada 27 de agosto de 2020, edição extra, seção 1, pág. 1

BRASIL. Lei nº 13.982, de 02 de abril de 2020. Estabeleceu medidas excepcionais de proteção social a serem adotadas durante o período da pandemia.. Diário Oficial da União, Brasília, DF, publicada 24 de abril de 2020, edição extra A

BRASIL. Lei nº 5.051, de 05 de abril de 2004. Promulga a **Convenção no 169** da Organização Internacional do Trabalho - **OIT sobre Povos Indígenas e Tribais**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006**: dimensões do processo reprodutivo e da saúde as crianças. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária Executiva. **Programa saúde indígena: Etno-desenvolvimento das sociedades indígenas** / Ministério da Saúde, Secretária Executiva – Brasília: Ministério da Saúde, 2001; 52p. il. ISBN 85-334-0280-5

BRASIL, Ministério da Saúde. Saúde indígena: análise da situação de saúde no SasiSUS. **Brasília: Ministério da Saúde**, 2019.

BUTANTAN, P. D. (17 de JANEIRO de 2022). **Vacinação contra Covid-19 no Brasil completa 1 ano com grande impacto da CoronaVac na redução de hospitalizações e mortes**. Fonte: Portal do BUTANTAN: <https://butantan.gov.br/noticias/vacinacao-contracovid-19-no-brasil-completa-1-ano-com-grande-impacto-da-coronavac-na-reducao-de-hospitalizacoes-e-mortes>

CASTRO NETO, Manoel Felício de Almeida e. **O impacto da pandemia da Covid-19 nos territórios indígenas do Brasil**. 2021. 61 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado e Licenciatura em Geografia)—Universidade de Brasília, Brasília, 2021.

**Covid-19: Congresso derruba vetos de Bolsonaro e garante acesso à água potável e materiais de higiene a indígenas e quilombolas**. ADI SPEZIA. Ago/2020. Disponível em: <https://cimi.org.br/2020/08/covid-19-congresso-derruba-vetos-bolsonaro-garante-acesso-agua-potavel-materiais-higiene-indigenas-quilombolas/>

**Crimes ambientais de Bolsonaro são mais duradouros do que os praticados contra a saúde** - FSP – 18/07/2021. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/colunas/nabil-bonduki>

**CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS CASO DO POVO INDÍGENA XUCURU E SEUS MEMBROS VS. BRASIL.** 05/02/2018. Disponível em: [https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_346\\_por.pdf](https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_346_por.pdf)

DANESE, P.; PEREIRA, F. L. B. **A Proteção Internacional da Infância e Juventude Indígena: Uma Visão a Partir da Medida Cautelar de Proteção a Favor dos Indígenas Yanomamis e YeKwanas.** In: Ana Claudia Pompeu Torezan Andreucci; Michelle Asato Junqueira; Thaís Nascimento Dantas. (Org.). *Desafios Para a Proteção de Crianças e Adolescentes Durante a Pandemia: Construindo Estratégias Para Prevenir o Agravamento de Desigualdades.* 1ed.São Paulo: ESA OAB SP Publicações, 2020, v. 1, p. 75-117

DE FREITAS, Elisângela da Silva **et al. Recomendações nutricionais na gestação.** *Revista destaques acadêmicos*, v. 2, n. 3, 2011.

**Documentário mostra trabalho de agentes comunitários de saúde que atuam na Amazônia** - Chico Terra – 04/10/2021. Disponível em: <https://chicoterra.com/>

DO BRASIL, Articulação dos Povos Indígenas. Racismo e subnotificação de casos: Covid-19 e os povos indígenas [Alerta APIB# 2]. 2020.

Estratégicas, M. d.-S.-D. (2022). **Nota Técnica nº 4/2022.** Brasília, Distrito Federal, Brasil

PEDRO, Thomas e ZUKER, Fábio (8 de Outubro de 2021). *Fake news impacta na decisão de indígenas sobre tomar a vacina.* Fonte: Le Monde Diplomatique Brasil: <https://diplomatie.org.br/fake-news-impacta-na-decisao-de-indigenas-sobre-tomar-a-vacina/>

PEDRO, Thomas e ZUKER, Fábio (6 de Outubro de 2021). *Pandemia entre indígenas é catalisada por fake news.* Fonte: Le Monde Diplomatique Brasil: <https://diplomatie.org.br/pandemia-entre-indigenas-e-catalisada-por-enxurrada-de-fake-news-2/>

QUIROZ, Vitória. (26 de Fevereiro de 2022). *2 anos de covid: Relembre 30 frases de Bolsonaro sobre pandemia.* Fonte: Poder 360: <https://www.poder360.com.br/coronavirus/2-anos-de-covid-relembre-30-frases-de-bolsonaro-sobre-pandemia/>



FEIJÓ, Ricardo Becker e Sáfadi, Marco Aurélio P. **Imunizações: três séculos de uma história de sucessos e constantes desafios**. *Jornal de Pediatria* [online]. 2006, v. 82, n. 3 suppl [Acessado 19 Outubro 2022], pp. s1-s3. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0021-75572006000400001>>. Epub 01 Abr 2008. ISSN 1678-4782. <https://doi.org/10.1590/S0021-75572006000400001>.

FERREIRA, L. B.; PORTILLO, J. A. C.; NASCIMENTO, W. F. DO. **A Criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena**. *Tempus – Actas de Saúde Coletiva*, v. 7, n. 4, p. Pág. 83-95, 2 dez. 2013.

FERREIRA, Raimunda Nonata Carlos; SIMÕES, Dulce (Orientadora). **Saúde Indígena no Brasil: análise de auditorias em três Distritos Sanitários Especiais Indígenas, no período de 2008 a 2018**. 2021. ISMT. Dissertações de Mestrado em Serviço Social. Disponível em: <http://repositorio.ismt.pt/jspui/handle/123456789/1312>

FREIRE, MONICA DA CONSOLACAO LEITE. **Pré-natal e puerpério de mulheres indígenas de uma aldeia de Alagoas**. 2016.

HARARIA, ISABEL E JUNQUEIRA, DIEGO. (10 de Dezembro de 2021). **Após 10 meses, governo Bolsonaro vacinou apenas 44% dos indígenas contra COVID**. Fonte: Reporter Brasil: <https://reporterbrasil.org.br/2021/12/apos-10-meses-governo-bolsonaro-vacinou-apenas-44-por-cento-dos-indigenas-contr-covid/>

GARNELO, Luiza **Aspectos socioculturais de vacinação em área indígena. História, Ciências, Saúde-Manguinhos** [online]. 2011, v. 18, n. 1 [Acessado 19 Outubro 2022], pp. 175-190. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-59702011000100011>>. Epub 01 Jun 2011. ISSN 1678-4758.<https://doi.org/10.1590/S010459702011000100011>.

HUERTAS, B (2015). **Corredor Territorial de Pueblos Indígenas en Aislamiento y Contacto Inicial Pano**, Arawak y otros. FENAMAD.

ÍNDIO, M. d. (22 de Abril de 2020). **Instrução Normativa nº 9/2020**. Brasil: Diário Oficial da União, disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/instrucao-normativa-n-9-de-16-de-abril-de-2020-253343033>

MARTINS, André Luiz. **Política de saúde indígena no Brasil: reflexões sobre o processo de implementação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena**. 2013. 53 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.

MATOS, B. A. et al. **Violações dos direitos à saúde dos povos indígenas isolados e de recente contato no contexto da pandemia de COVID-19 no Brasil.** Mundo Amazônico, v. 12, n. 1, p. 125–156, 2021.

MISSIONÁRIO, C. I. (2019). **Violência Contra os Povos Indígenas no Brasil – Dados de 2019**

MISSIONÁRIO, C. I. (2021). **Violência Contra os Povos Indígenas no Brasil – Dados de 2021**

MOLINA, Luísa Pontes. Terra, luta, vida: autodemarcações indígenas e afirmação da diferença. 2017. 191 f., il. Dissertação (Mestrado em Antropologia) — Universidade de Brasília, Brasília, 2017.

MORAES, Alexandre D. **Direito Constitucional.** Grupo GEN, 2022. 9786559771868. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786559771868/>. Acesso em: 04 mai. 2022

MOTTA, Sylvio. **Direito Constitucional.** Grupo GEN, 2021. 9788530993993. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788530993993/>. Acesso em: 11 mai. 2022.

NAÇÕES UNIDAS. **Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas.** Rio de Janeiro: Nações Unidas, 2008

NOTÍCIAS, SENADO. (13 de Maio de 2021). **Representante da Pfizer dia que ofertas de vacina ao governo brasileiro previam entregas em 2020.** Fonte: Senado Federal: <https://www12.senado.leg.br/noticias/videos/2021/05/representante-da-pfizer-diz-que-ofertas-de-vacina-ao-governo-brasileiro-previam-entregas-em-2020>

NOTÍCIAS, SENADO. (27 de Maio de 2021). **Brasil poderia ter sido o primeiro do mundo a vacinar, afirma Dimas Covas a CPI.** Fonte: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2021/05/27/brasil-poderia-ter-sido-primeiro-do-mundo-a-vacinar-afirma-dimas-covas-a-cpi>

OLIVEIRA, M. (18 de Janeiro de 2022). **Covid-19: descaso do governo e aumento no número de casos preocupam indígenas e indigenistas.** Fonte: Conselho Indigenista Missionário: <https://cimi.org.br/2022/01/covid-19-descaso-do-governo-e-aumento-no-numero-de-casos-preocupam-indigenas-e-indigenistas/>

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS DA AMÉRICA. **Declaração Americana sobre os Direitos dos Povos Indígenas**: AG/RES.2888 (XLVI-O/16): (Aprovada na terceira sessão plenária, realizada em 15 de junho de 2016)

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. CID-10 – **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10. ed. rev. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1997. vol.1. 5.

PADILHA, Rodrigo. **Direito Constitucional**. Grupo GEN, 2019. 9788530988319. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788530988319/>. Acesso em: 11 mai. 2022.

**Pandemia entre indígenas é catalisada por enxurrada de fake news** - Le Monde Diplomatique – 06/10/2021. Disponível em: <https://diplomatique.org.br>

**Parecer técnico-científico entregue à CPI da Covid-19 cita estudo feito pela Coiab e Ipam** - COIAB- 11/10/2021. Disponível em: <https://coiab.org.br>

PAULA, G. D. (01 de OUTUBRO de 2021). **O Desafio de Vacinar população indígenas durante uma pandemia**. Fonte: CONASEMS: <https://www.conasems.org.br/o-desafio-de-vacinar-populacoes-indigenas-durante-uma-pandemia/>

PEREIRA, Flávio de Leão Bastos, ARAUJO, Gabriela Shizue Soares. **A saúde dos povos indígenas e a obscuridade do governo**. LE Monde Diplomatique Brasil, 2020. Disponível em: <https://diplomatique.org.br/a-saude-dos-povos-indigenas-e-a-obscuridade-do-governo/>

REDE NACIONAL DE DADOS – RNDS e SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA DO SUS- SASISUS. **Vacinômetro do COVID-19**. Atualizados 05/11/2022. Disponível em: [https://infoms.saude.gov.br/extensions/DEMAS\\_C19\\_Vacina\\_v2/DEMAS\\_C19\\_Vacina\\_v2.html](https://infoms.saude.gov.br/extensions/DEMAS_C19_Vacina_v2/DEMAS_C19_Vacina_v2.html)

SAÚDE, Ministério da. (Janeiro de 2021). **Governo Federal envia doses da vacina contra COVID-19 para as comunidades indígenas brasileiras**. Fonte: Ministério da Saúde:

<https://saudeindigena1.websiteseuro.com/coronavirus/viewNoticiaGeral.php?CodNot=5478900138>

SAÚDE, Ministério da. (Junho de 2021). **83% dos indígenas já foram vacinados com a primeira dose da vacina contra a Covid-19.** Fonte: <http://www.saudeindigena.net.br/coronavirus/viewNoticia.php?CodNot=1f84880771>

SAÚDE, O. P.-A. (s.d.). **Histórico da Pandemia COVID-19.** Fonte: Organização Pan-Americana da Saúde: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>

SILVA, Guilherme Oliveira., GAVILAN, Jeovanna Lima., DA SILVA, Liana Amin Lima. (2021). **Saúde Indígena em tempos de pandemia e as violações aos direitos dos KAIOWÁ e GUARANI do Mato Grosso do Sul.** Curitiba: Editora Íthala. Pág. 261-283

TENANI, Franciele França et al. **POLÍTICAS PÚBLICAS PARA SAÚDE INDÍGENA: ANÁLISE DOS PLANOS DE CONTINGÊNCIA CONTRA A PANDEMIA DO COVID-19 DE DSEIS DE RONDÔNIA, ACRE E AMAZONAS.** Revista CPAQV–Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida| Vol, v. 14, n. 2, p. 2, 2022.

VICK, Mariana. **Por que indígenas acusam o governo de subnotificar a covid-19. 2020.** disponível em: [https://ds.saudeindigena.iciict.fiocruz.br/bitstream/bvs/3667/1/CP8\\_04620.pdf](https://ds.saudeindigena.iciict.fiocruz.br/bitstream/bvs/3667/1/CP8_04620.pdf)

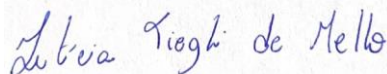
ZELÂNDIA, P. d. (28 de Março de 2017). **Projeto de lei inovador protege o rio Whanganui com personalidade jurídica.** Fonte: Parlamento da Nova Zelândia: <https://www.parliament.nz/en/get-involved/features/innovative-bill-protects-whanganui-river-with-legal-personhood/#>

## TERMO DE AUTENTICIDADE DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Eu, Leticia Tieghi de Mello, discente regularmente matriculado(a) na disciplina TCC II, da 10ª etapa do curso de Direito, matrícula nº 31889786, período matutino, turma 10º C, tendo realizado o TCC com o título: Direito à saúde da População Indígena no Período da Pandemia, sob a orientação do(a) Professor(a): , declaro para os devidos fins que tenho pleno conhecimento das regras metodológicas para confecção do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), informando que o realizei sem plágio de obras literárias ou a utilização de qualquer meio irregular.

Declaro ainda que, estou ciente que caso sejam detectadas irregularidades referentes às citações das fontes e/ou desrespeito às normas técnicas próprias relativas aos direitos autorais de obras utilizadas na confecção do trabalho, serão aplicáveis as sanções legais de natureza civil, penal e administrativa, além da reprovação automática, impedindo a conclusão do curso.

São Paulo, 11 de novembro de 2022.



Assinatura do discente