

COVID-19 E POVOS INDÍGENAS EM CONTEXTO URBANO: VIOLAÇÕES AOS DIREITOS DA SAÚDE INDÍGENA E AÇÕES AUTÔNOMAS NO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA EM MANAUS *

COVID-19 AND INDIGENOUS PEOPLES IN URBAN CONTEXT: INDIGENOUS HEALTHCARE RIGHTS VIOLATIONS AND AUTONOMOUS ACTIONS TO FACE THE PANDEMIC IN MANAUS (AMAZONAS)

COVID-19 Y LOS PUEBLOS INDÍGENAS EN EL CONTEXTO URBANO: VIOLACIONES A LOS DERECHOS INDÍGENAS A LA SALUD Y ACCIONES AUTÓNOMAS PARA ENFRENTAR LA PANDEMIA EN MANAUS (AMAZONAS)

Diego Ken Osoegawa¹

Gabriel Esperança Lisboa²

Caroline Barbosa Contente Nogueira³

Resumo: Este artigo tem por objetivos descrever o panorama de contágio e de enfrentamento da Covid-19 pelos indígenas na cidade de Manaus; dar visibilidade às violações de direito e as reivindicações dos indígenas em contexto urbanos na capital amazonense e analisar juridicamente a responsabilidade do Estado no oferecimento de ações de saúde específicas para os povos indígenas da cidade de Manaus. A pesquisa tem caráter analítico-descritiva, partindo de pesquisa bibliográfica, documental, legal e jurisprudencial, sendo complementada com entrevistas. Ficou demonstrada a responsabilidade de todas as esferas administrativas em garantir o direito à saúde indígena aos indígenas em contexto urbano. Todavia, observa-se uma omissão sistemática do poder público na efetivação dos direitos indígenas e a ineficácia e omissão das ações de saúde aos indígenas em contexto urbano durante a pandemia de Covid-19 estão causando danos irreparáveis, que só não foram mais agravantes devido às ações autônomas adotadas pelos povos.

Palavras-chaves: Povos Indígenas; Covid-19; Pandemia; Direitos Indígenas; Saúde Indígena.

Abstract: This article aims to describe the scenario of contagion and confrontation of Covid-19 by indigenous peoples in Manaus city; to give visibility on rights violations and demands

* Artigo submetido em 10/10/2020 e aprovado para publicação em 15/10/2020.

¹Professor colaborador do curso Licenciatura Indígena: Políticas Educacionais e Desenvolvimento Sustentável, Universidade Federal do Amazonas. Ecólogo, mestre em Ciências do Ambiente e Sustentabilidade na Amazônia, doutorando em Biotecnologia. Integrante do Observatório de Direito Socioambiental e Direitos Humanos/UFAM. Email: diego.ecologo@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0498-6917>.

²Acadêmico do Curso de Direito, Faculdade de Direito, Universidade Federal do Amazonas. Integrante do Observatório de Direito Socioambiental e Direitos Humanos/UFAM. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8129-3508>.

³Professora do Departamento de Direito Público, Faculdade de Direito, Universidade Federal do Amazonas. Coordenadora do Observatório de Direito Socioambiental e Direitos Humanos na Amazônia/UFAM. Doutora em Direito - Socioambiental e Sustentabilidade, Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Mestra em Direito Ambiental, Universidade do Estado do Amazonas. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2282-3687>

of indigenous in Manaus at a urban context, and to legally analyze the State's responsibility in offering specific healthcare actions to indigenous peoples living in Manaus. The research has an analytical-descriptive methodology, starting from bibliographic, documentary, legal and jurisprudential research that were complemented with interviews. The analysis demonstrated the responsibility of all administrative spheres in guaranteeing the right to culturally adequate indigenous healthcare for indigenous in an urban context. However, there is a systematic omission by the public authorities in realizing indigenous rights and the ineffectiveness and omission of health actions for indigenous people in an urban context during a Covid-19 pandemic are causing irreparable damage, which was not even worse due to autonomous measures adopted by the indigenous peoples.

Keywords: Indigenous peoples; Covid-19; Pandemic; Indigenous Rights; Indigenous Healthcare.

Resumen: Este artículo tiene como objetivo describir el escenario de contagio y enfrentamiento del Covid-19 por parte de los indígenas en la ciudad de Manaus; Dar visibilidad a las violaciones a la ley y las demandas de los pueblos indígenas en contextos urbanos en la capital de Amazonas y analizar legalmente la responsabilidad del Estado en ofrecer acciones específicas de salud a los pueblos indígenas de la ciudad de Manaus. La investigación tiene un carácter analítico-descriptivo, partiendo de la investigación bibliográfica, documental, jurídica y jurisprudencial, siendo complementada con entrevistas. Se demostró la responsabilidad de todos los ámbitos administrativos en garantizar el derecho a la salud indígena de los pueblos indígenas en un contexto urbano. Sin embargo, existe una omisión sistemática por parte de las autoridades públicas en la realización de los derechos indígenas y la ineficiencia y omisión de las acciones de salud de los pueblos indígenas en un contexto urbano durante la pandemia de Covid-19 están causando daños irreparables, que ya no se agravaban debido a las acciones autónomas de los pueblos.

Palabras-Clave: Pueblos Indígenas; COVID-19; Pandemia; Derechos indígenas; Salud indígena.

Introdução

A Covid-19 é uma doença respiratória causada pelo vírus SARS-CoV-2, que é da família dos coronavírus. Esta é uma doença nova – cuja população mundial ainda não havia tido contato – e possui alto potencial de transmissibilidade. Esses dois fatores acarretaram que a doença se espalhasse rapidamente por todo globo, sendo declarada como emergência de saúde pública de importância internacional pela OMS no dia 30 de janeiro de 2020 e como pandemia no dia 11 de março de 2020 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020d; OPAS/OMS, 2020).

A falta de acesso, a omissão e inadequação das políticas públicas que poderiam dar suporte aos povos indígenas no enfrentamento da Covid-19 cria um panorama de aprofundamento da situação de vulnerabilidade enfrentadas por esses povos. Para os povos

indígenas da cidade a negação de direitos é ainda mais expressiva, e sistemática. Em todos os campos dos direitos indígenas esses povos enfrentam dificuldades para a sua efetivação.

Os indígenas em contexto urbano sofrem preconceito institucional e enfrentam diuturnamente entraves para que lhes sejam efetivados os direitos sociais sob a dimensão da especificidade, considerando seus contextos socioculturais, trajetórias societárias e planos de vida.

A situação em relação aos serviços públicos de saúde para enfrentamento da pandemia não é diferente. Os povos indígenas da cidade de Manaus têm enfrentado dois grandes problemas: a **falta de ações e programas de saúde específicos e diferenciados**, tanto por parte da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), sob responsabilidade do governo federal, quanto pelos outros órgãos do Sistema Único de Saúde (SUS) ligados ao estado e municípios, e a **subnotificação da morbidade e mortalidade dos indígenas acometidos pela Covid-19 na cidade**.

Os indígenas da zona urbana de Manaus que se infectaram com o coronavírus não têm recebido atendimento específico. A SESAI por intermédio do Distrito Sanitário Especial Indígena de Manaus (DSEI-Manaus) tem se negado a prestar assistência aos indígenas da cidade. A desconsideração da etnicidade dos indígenas em contexto urbano e a omissão frente aos direitos indetitários associados é uma invisibilização deliberada realizada pelo Estado, fruto de uma herança colonialista e visão integracionista que se retrata no colonialismo interno, em que políticas públicas aos povos indígenas são marginalizadas, colocadas no final da lista de prioridades.

A maior parte dos casos de contágio e óbitos de indígenas da cidade não estão entrando para as estatísticas dos casos de Covid-19 em povos indígenas. Estão sendo computados somente os casos que estão entrando no sistema do Sistema Único de Saúde (SUS) por intermédio da SESAI, com raras exceções quando são registrados pontualmente os casos que ocorrem na cidade.

Diante deste contexto este artigo tem como objetivos: I) descrever o panorama de contágio e de enfrentamento da Covid-19 pelos indígenas na cidade de Manaus e dar visibilidade às violações de direito e as reivindicações dos indígenas urbanos na capital amazonense; II) analisar juridicamente a responsabilidade do Estado no oferecimento de ações de saúde específicas para os povos indígenas da cidade de Manaus; III) Dar visibilidade às ações autônomas realizadas pelos indígenas para enfrentamento da pandemia em Manaus.

Este trabalho é resultado de uma pesquisa analítico-descritiva, que utilizou metodologias de pesquisa bibliográfica, documental e jurisprudencial, observação direta de reuniões que trataram da saúde indígena no enfrentamento da pandemia, e entrevistas abertas sobre as situações vivenciada por indígenas na cidade de Manaus.

1. Políticas etnocidadas de saúde: subnotificação e desassistência aos indígenas em contexto urbano.

De acordo com os dados oficiais da SESAI, foram registrados até o dia 18 de setembro de 2020 a confirmação de infecção de 26.723 indígenas pela Covid-19 e óbito de 426 pessoas pela enfermidade. Indígenas de todo o país estão sendo afetados pelo coronavírus, todos os 34 DSEIs existentes apresentaram casos e óbitos. As regiões com mais casos são o dos DSEIs Leste de Roraima, Mato grosso do Sul, Rio Tapajós, Alto Solimões e Alto Rio Negro (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020e).

Entretanto, as informações apresentadas pela SESAI são subnotificadas e não ilustram a real perda dos povos indígenas em virtude do coronavírus. A Articulação dos povos indígenas do Brasil (APIB) tem monitorado o contágio através da plataforma “Emergência Indígena” e traz dados mais realistas de contágio a partir da consolidação das informações obtidas junto às organizações indígenas locais e regionais. No dia 19 de setembro de 2020, a APIB contabilizou 32.615 casos de Covid-19 em indígenas e 818 mortes (um número praticamente duas vezes em relação aos dados da SESAI), que acometeram 158 povos no Brasil (APIB, 2020a).

A Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB) tem monitorado os casos na região amazônica e também tem demonstrado a subnotificação e invisibilização dos casos de Covid-19 em indígenas por parte da SESAI e do Ministério da Saúde.

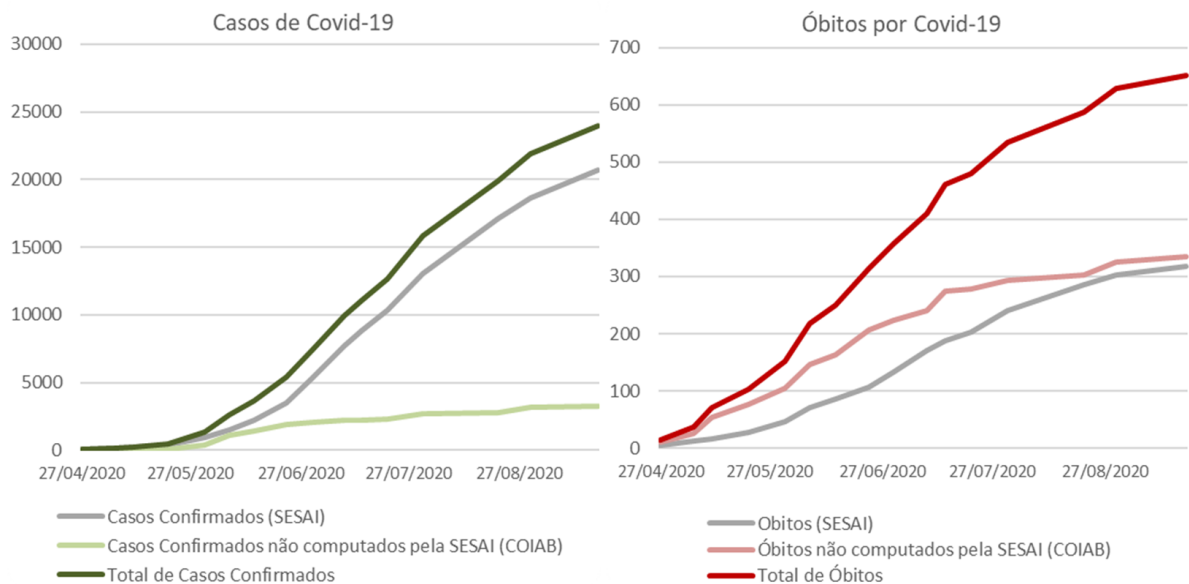
No dia 18/09/2020, os dados levantados pela COIAB indicavam que 23.960 indígenas, de 132 povos na Amazônia Brasileira, testaram positivo para infecção pelo coronavírus e que houve 652 óbitos nesta região, mas os dados oficiais dos 25 DSEIs que abrangem a Amazônia legal⁴ registraram somente 20.732 casos confirmados e 317 óbitos. Os

⁴ Os 25 DSEIs ficam localizados em: 1. Altamira, 2. Alto Rio Juruá, 3. Alto Rio Negro, 4. Alto Rio Purus, 5. Alto Rio Solimões, 6. Amapá e Norte do Pará, 7. Araguaia, 8. Cuiabá, 9. Guamá- Tocantins, 10. Kaiapó do Mato Grosso, 11. Kaiapó do Pará, 12. Leste de roraima, 13. Manaus, 14. Maranhão, 15. Médio Rio Purus, 16.

335 óbitos não contabilizados pela SESAI foram levantados pela COIAB através das lideranças indígenas, profissionais de saúde indígena e organizações do movimento indígena (COIAB, 2020b). Essa discrepância existe principalmente devido ao não reconhecimento da etnicidade dos indígenas que estão em contexto urbano pelo Ministério da Saúde.

As figuras a seguir evidenciam a variação no tempo dos casos confirmados e óbitos de indígenas por Covid-19 na Amazônia brasileira. Apontam o aumento dos indicadores da epidemia considerando: i) dados da SESAI; ii) casos e óbitos subnotificados, que não foram contabilizados como pacientes indígenas em dados oficiais, mas foram propostos em conjunto pela COIAB, organizações e líderes indígenas. iii) estimativa do total de casos e óbitos.

Figuras 1 e 2 - Casos confirmados e óbitos de indígenas com Covid-19



Elaboração própria (Dados: COIAB, 2020b).

A assessora política da COIAB, Valéria Paye, do povo Kaxuyana, no Pará, explica que desde o início da nova pandemia de coronavírus, a instituição acompanhou a coleta de dados de 25 DSEIs com incidência na Amazônia brasileira para monitorar a relação entre o novo vírus e os povos indígenas (COIAB, 2020a).

Após o lançamento dos boletins informativos, a COIAB observou a diferença no conteúdo dos boletins e nos relatos das lideranças e dos indígenas da área da saúde. Havia

Médio Rio Solimões e Afluentes, 17. Parintins, 18. Porto Velho, 19. Rio Tapajós, 20. Tocantins, 21. Vale do Javari, 22. Vilhena, 23. Xavante, 24. Xingu e 25. Yanomami.

diferenças entre os casos relatados pelos povos indígenas e os dados da SESAI uma vez que os indígenas residentes na cidade não estavam sendo inseridos nesses dados (COIAB, 2020a).

Os indígenas que iniciam o atendimento pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS) - através da solicitação de resgate ou encaminhamento do agente de saúde indígena ou do atendimento nos polos base de saúde indígena (localizados em sua maioria nas terras indígenas) - estão sendo contabilizados como indígenas e suas informações relacionadas ao coronavírus estão sendo consolidadas nas bases da SESAI.

No entanto, a maioria dos indígenas que vive em áreas urbanas não têm sua etnicidade considerada nos registros, entram para os boletins epidemiológicos como não indígenas. Isso se deve a duas questões: a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) se recusa a fornecer ações de saúde para indígenas nas áreas urbanas, a despeito de sua responsabilidade legal, e não há registro adequado dos indígenas que acessam os serviços de saúde diretamente através do SUS⁵ (pelas unidades básicas de saúde, atendimento emergencial em hospitais, ou outras portas de entrada vinculadas aos estados e municípios e não à SESAI).

Marcivana Paiva, do povo Sateré-Mawé, atual coordenadora financeira da Coordenação dos Povos Indígenas de Manaus e Entorno (COPIME⁶) ressaltou a gravidade do não reconhecimento étnico dos indígenas da cidade por parte das instituições estatais, fato que se materializa na negação dos direitos às políticas públicas específicas, notadamente no campo da educação e da saúde (PAIVA, 2020a).

Pontuou ainda a extrema indignação com que os povos indígenas de Manaus têm recebido as informações oficiais sobre o acometimento dos indígenas pela Covid na capital amazonense. Estão indignados, pois encampam uma luta cotidiana para o reconhecimento da etnicidade e acesso às políticas públicas específicas em Manaus e nem mesmo quando vêm à óbito por Covid-19 no contexto de pandemia eles têm a identidade étnica reconhecida. Afirma que desta forma: “mata duas vezes, morre o físico e morre o cultural” (PAIVA,

⁵Desde 2017 existe uma portaria do Ministério da Saúde determinando que seja preenchido o campo “raça/cor” nos serviços de atenção à saúde, a partir da autodeclaração do usuário de saúde entre as classificações definidas pelo IBGE: branca, preta, amarela, parda ou indígena (Portaria MS/GM 344/2017). Contudo, esse registro tem sido ineficaz. Alguns fatores podem ter influenciado nessa ineficácia, como: i) pressão do preconceito sofrido pelos indígenas; ii) desrespeito à autodeclaração, tendo o preenchimento do campo efetuado pelo funcionário responsável sem o questionamento da autoidentificação; incorrendo em erros como a classificação como pardo, em vez de indígena iii) não preenchimento do campo; iv) adoção dos critérios restritivos do IBGE, que são colonialistas e baseados no colorismo, que propicia erros quando a autodeclaração não é respeitada.

⁶ A COPIME é a organização indígena mais representativa da região de Manaus e entorno, COPIME é uma associação que congrega 47 organizações indígenas de base da cidade de Manaus e 12 organizações do Entorno, com aproximadamente 3000 associados. Sua área de atuação abrange 8 municípios: Manaus, Careiro da Várzea, Iranduba, Itacoatiara, Manacapuru, Novo Airão, Presidente Figueiredo e Rio Preto da Eva.

2020b). A usurpação da identidade nos registros representa a continuidade de uma política colonialista que classifica as mortes de forma arbitrária, apagando a presença de indígenas na cidade e a dimensão do problema de saúde sobre os povos indígenas.

A falta de informações sobre o reconhecimento da identidade étnica na vigilância de coronavírus e as subnotificações violam o direito à memória, evidenciando a invisibilização de identidades coletivas e as desigualdades no acesso aos sistemas de saúde. Ângela Kaxuyana, do povo Kaxuyana, afirma: “Não estamos falando apenas de dados, mas de nossas vidas” (COIAB, 2020a).

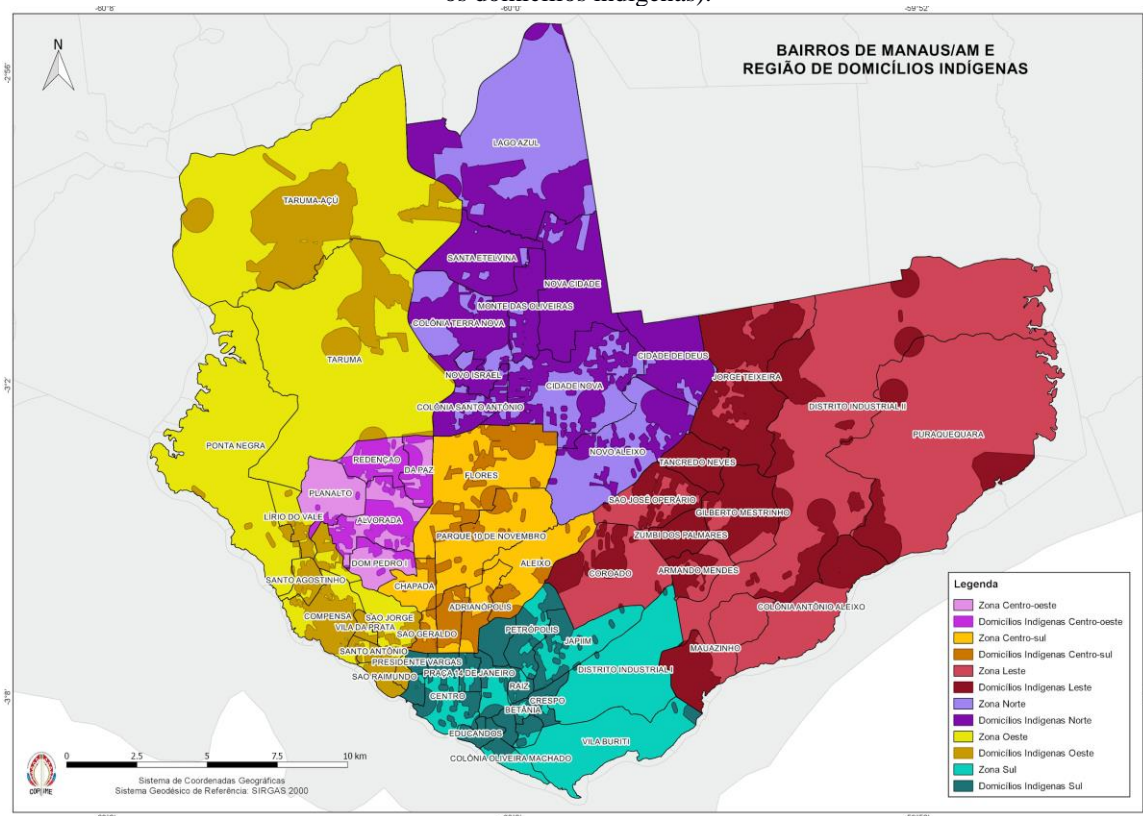
O monitoramento em tempo real da distribuição espacial e temporal do contágio é importante para o planejamento qualificado de ações de prevenção - como instauração de barreiras, fornecimento de alimentos e de equipamentos de proteção individual - para promoção de ações de assistência em saúde e para justificar investimentos na atenção em saúde indígena. Informações sobre a dinâmica de contágio e mortalidade são essenciais para compreender e mitigar o impacto da Covid-19 aos povos indígenas (POWER, 2020).

Em Manaus a situação de violação aos direitos à saúde aos indígenas em contexto urbano é ainda mais preocupante, a capital amazonense é a cidade que registra o maior número de indígenas em contexto urbano e ainda assim, povos e comunidades indígenas que estão vivendo na cidade não têm acesso às ações e serviços de saúde prestados pela SESAI. Somado a essa omissão, as políticas de atenção à saúde ofertadas pelo estado e município não são adequadas a partir do princípio de especificidade e da visão autônoma de saúde dos povos indígenas.

Um levantamento de domicílios indígenas no contexto urbano de Manaus-AM realizado em 2019 pela COPIME traz o total de 5.920 moradores indígenas⁷ em 1377 unidades domiciliares visitadas. Destaca-se, na capital amazonense, a presença do povo Kokama com 1441 pessoas, o povo Mura com 784 e o povo Sateré com 767, sendo os povos com maior população na área urbana da capital (COPIME, 2019).

⁷ COPIME tem realizado grandes esforços para o levantamento, mas os números reais são ainda maiores. A COPIME estima que os indígenas de Manaus e entorno cheguem à 35mil. O levantamento apresentado não contabilizou os indígenas Warao, oriundos da Venezuela.

Figura 3. Distribuição dos povos indígenas na Zona Urbana de Manaus (Em tons mais escuros estão indicados os domicílios indígenas).



Fonte: COPIME, 2019.

Marcivana ressaltou que Manaus foi construída sobre território sagrado para os povos indígenas e que há registros arqueológicos da presença dos povos originários. Ela reafirmou a necessidade do reconhecimento da identidade étnica dos indígenas da cidade, ressaltando que as relações culturais com os territórios e com os familiares se mantém mesmo com os movimentos migratórios para a cidade: “o indígena sai do território, mas ele leva seu território no corpo” (PAIVA, 2020a).

A representante da COPIME ainda destacou em entrevista à Amazônia Real que indígenas em Manaus, mesmo ao apresentarem sintomas de Covid-19, têm receio de ir aos hospitais da capital e serem mal atendidos, preferindo iniciar o tratamento em casa com a medicina tradicional (FARIAS, 2020).

Ao ver os sintomas de Covid persistirem mesmo após o uso da medicina tradicional, alguns superam o receio de ir aos prontos-socorros e unidades básicas de saúde, mas nem sempre conseguem ser atendidos.

Muitas vezes, chegando a esses locais lhes é negado atendimento sob a argumentação de que a saúde indígena é competência da SESAI, sendo encaminhados a procurar órgãos da SESAI, como a Casa de Saúde do Índio (CASAI), a Fundação Nacional do Índio (FUNAI) ou

outras instituições que trabalham com a saúde dos povos indígenas. Uma vez procuradas tais instituições, alguns indígenas alegam que não são atendidos, sob a justificativa de viverem na cidade. Ou seja, casos em que não conseguem nenhum tipo de atendimento (NEAI, 2020). Nogueira *et al* (2020) apresenta outra dificuldade encontrada pela população indígena urbana em Manaus:

apesar de as unidades da Casa do Índio se situarem nos centros urbanos, a negativa de atendimento aos indígenas residentes na cidade os obriga a serem atendidos nos espaços comuns ofertados pelo SUS, que não atendem às suas especificidades e às vezes estão repletos de racismo institucional. (NOGUEIRA *et al*, 2020, p. 258)

A falta de planejamento é um problema para os indígenas: não existe um plano de contingência específico para que os indígenas residentes em Manaus sejam assistidos de forma correta⁸. Não há preparo prévio adequado dos hospitais e das equipes para atendimento das especificidades dos povos indígenas e as poucas tentativas de adequação deixam à desejar.

Um exemplo da falta de preparação do Estado para o atendimento de indígenas e da ineficácia na integração do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS) ofertado pelo governo federal às outras ações de atenção à saúde do sistema SUS, ofertadas pelos estados e municípios, é o caso do Julio Cesar Godinho.

O senhor Júlio é morador da Comunidade Tatuyo, localizada na Reserva de Desenvolvimento Sustentável Poranga Conquista, no baixo rio Negro, próximo à área urbana do município de Manaus, este veio a Manaus-AM para fazer uma cirurgia e precisou voltar para acompanhamento do tratamento, visto que estava tendo complicações de saúde; chegando a Manaus novamente, foi atendido no Hospital e Pronto-Socorro 28 de Agosto e quando recebeu alta não podia voltar a sua comunidade, deveria ficar em quarentena por quatorze dias para verificar se estava infectado com o novo coronavírus.

De acordo com Paiva (2020a), Julio não conseguiu atendimento no DSEI quando procurou a instituição para cumprir a quarentena, alegaram que ele era indígena desaldeado e o município também se negou a assisti-lo; Julio ficou na porta do Hospital e Pronto-Socorro 28 de Agosto sem saber pra onde ir.

Diante desta situação a FUNAI entrou com ação solicitando o referenciamento do Sr. Júlio no DSEI-Manaus e seu atendimento na Casa de Saúde Indígena (CASAI) para

⁸ Plano de contingência do Distrito Sanitário Especial indígena de Manaus deixa clara a sua omissão ao atendimento aos indígenas em contexto urbano. Este ponto será aprofundado no tópico seguinte. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020b)

cumprimento da quarentena. Somente mediante decisão de tutela de urgência providências foram tomadas para garantir a assistência em saúde ao Sr. Júlio por parte da SESAI.⁹

Este caso deixa evidente a omissão da SESAI na atenção à saúde aos indígenas em contexto urbano, a ineficiência da integração entre as diversas esferas que fazem parte do SUS, com agravo na Saúde indígena, considerando que garantir essa integração é uma das responsabilidades da SESAI.

Apesar de haver competência compartilhada entre os entes da federação em promover ações de saúde específicas aos povos indígenas, os indígenas em contexto urbano se situam em um limbo protetivo fruto de insegurança jurídica que decorre de interpretações restritivas do dever prestacional por parte da SESAI e secretarias de saúde estaduais e municipais (NOGUEIRA, 2020).

De um lado a SESAI não assume a responsabilidade na promoção de ações de saúde para indígenas em contexto urbano, adota ações somente aos indígenas aldeados e delega competência de atenção aos indígenas não aldeados aos demais entes federativos contrapondo fundamentos constitucionais e promovendo classificação arbitrária, ilegítima e contrária às convenções internacionais (NOGUEIRA, 2020).

Por outro lado, as secretarias de saúde reproduzem o racismo institucional deixando a desejar na promoção de ações de saúde adequadas aos povos indígenas, sem considerar seus critérios de especificidade cultural e a prioridade decorrente de sua vulnerabilidade epidemiológica.

No tópico a seguir apresentamos os fundamentos jurídicos que demonstram que a postura interpretativa realizada pela SESAI, que visa a restringir seu dever prestacional aos indígenas aldeados, ofende direitos fundamentais e convenções internacionais ratificadas pelo Brasil.

2. Análise jurídica da responsabilidade do Estado no oferecimento de ações de saúde específicas para os povos indígenas da cidade de Manaus

⁹ Seção Judiciária do Amazonas. 3ª Vara Federal Cível da SJAM. PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL Nº 1006916-70.2020.4.01.3200, Julio Cesar Prado Godinho, Matheus Antunes Oliveira, Fundação Nacional do Índio, União Federal, Procuradoria da República no Estado do Amazonas (fiscal da lei), 20 de abr. de 2020. Disponível em: <https://pje1g.trf1.jus.br/consultapublica/ConsultaPublica/listView.seam>. Acesso em: 24 de mai. de 2020.

A saúde é um direito fundamental, reconhecido na constituição como um dos direitos sociais mais importantes, tendo destaque no artigo 6º¹⁰ e uma seção específica para tratar do assunto (BRASIL, 1988).

É reconhecida a essencialidade e a relação do direito à saúde com o princípio da dignidade da pessoa humana e da inviolabilidade do direito à vida ao se reconhecer que “a saúde é um direito de todos e dever do Estado”, que deve garantir por meio de políticas públicas que assegurem o acesso “**universal e igualitário** às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação” da saúde, conforme artigo 196 da Constituição Brasileira (BRASIL, 1988, grifo nosso). Deve ser exercida por todos os entes federativos como competência comum (artigo 23, inciso II) de forma descentralizada, mas integrada em um sistema único de saúde (artigo 198), de acordo com a Carta Magna (BRASIL, 1988).¹¹

A Constituição também reconheceu a importância e corresponsabilidade de todos os entes federativos sobre a garantia deste direito social ao definir a obrigatoriedade de investimento de percentuais orçamentários mínimos para atenção em saúde por todos esses entes (BRASIL, 1988, artigo 198, § 2º).

2.1 Atenção de saúde aos indígenas e subsistema de saúde indígena

O ordenamento jurídico deve ser interpretado sistematicamente. Os órgãos do executivo no exercício das políticas públicas têm o dever de efetivar os direitos sociais atendo-se aos diferentes prismas de direitos que atravessam transversalmente a atuação do Estado, harmonizando-as perante a legislação interna, as disposições constitucionais e os direitos humanos, e outras normas do direito internacional recepcionadas no ordenamento jurídico nacional.

As ações e serviços de atenção à saúde para os povos indígenas têm de observar os princípios de universalidade e igualdade sob a dimensão da equidade. O exercício das políticas públicas de saúde tem de estar harmonizado com os direitos indígenas, atuando de

¹⁰ 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 (BRASIL, 1988).

¹¹ 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. (BRASIL, 1988, grifo nosso)

maneira a efetivar nas políticas de saúde os direitos étnicos, indentitários, políticos, culturais, territoriais, direitos à autodeterminação e à consulta prévia, livre, informada e de boa-fé e outros direitos relacionados.

Para nortear toda a aplicação das normas referentes à saúde indígena e executar as políticas de atenção em saúde para os povos indígenas, deve-se partir de três premissas: a saúde enquanto direito fundamental social e dever do Estado¹²; a necessidade de atenção diferenciada aos indígenas; e respeito ao paradigma intercultural trazido pelo artigo 231 da Constituição Federal¹³ e Convenção Nº 169 da Organização Internacional do Trabalho. (BRASIL, 1988; OIT, 1989).

No artigo 231 da Constituição Federal, o legislador deixou a responsabilidade de demarcar as terras indígenas, como também proteger e fazer respeitar os bens, para a União (BRASIL, 1988). É coerente interpretar e afirmar que um dos bens referidos pelo legislador é a saúde, posto que sem o acesso a saúde especializada e de qualidade, não há de se falar em qualquer desfrute de direitos, tendo sempre os indígenas o desfavor de serem sujeitos de direitos vulneráveis, se comparados à população hegemônica.

No mesmo sentido versa a Convenção Nº 169 da OIT onde foi determinado que os estados membros devem proporcionar serviços de saúde adequados aos povos indígenas.

Artigo 25

1. Os governos deverão zelar para que sejam colocados à disposição dos povos interessados serviços de saúde **adequados** ou proporcionar a esses povos os meios que lhes permitam organizar e prestar tais serviços sob a sua própria responsabilidade e controle, a fim de que possam gozar do nível máximo possível de saúde física e mental. [...]

2. Os serviços de saúde deverão ser organizados, na medida do possível, em nível comunitário. **Esses serviços deverão ser planejados e administrados em cooperação com os povos interessados e levar em conta as suas condições econômicas, geográficas, sociais e culturais**, bem como os seus métodos de prevenção, práticas curativas e medicamentos tradicionais. (OIT, 1989, grifo nosso)

Importante ressaltar que o critério de adequação não deve se pautar pelos *standards* dos órgãos do estado e sim através da perspectiva indígena, que deve ser aplicada às políticas públicas de saúde através da construção de uma relação intercultural pautada pela consulta prévia, livre, informada e de boa-fé. A participação indígena na construção de políticas públicas de saúde tem de ter como orientação o respeito à autodeterminação dos projetos societários dos povos indígenas e deve se efetivar pelo instituto da consulta prévia, livre,

¹² Art. 6 e Art. 196 da Constituição Federal (BRASIL, 1988).

¹³ Art. 231. São reconhecidos aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os seus bens (BRASIL, 1988).

informada e de boa-fé¹⁴ para que seja sejam atingidos os critérios de adequação e especificidade (OIT, 1989).

Em 1999, após as reivindicações do movimento indígena, foi criado o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (Sasi-SUS)¹⁵ visando o estabelecimento de ações de serviços de saúde específicos e diferenciados, para promover melhor integração dos direitos indígenas nas políticas públicas da saúde.

A Lei Arouca trouxe em seus dispositivos¹⁶ que: o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena é um componente do Sistema Único de Saúde (SUS) voltado para atendimento das populações indígenas em **todo território nacional** e deve funcionar em integração com os outros órgãos que compõem o SUS. As ações e serviços de atenção à saúde indígena devem ter abordagem diferenciada e global, a partir da dimensão integral da saúde, levando em consideração a realidade local e especificidades de cada povo (BRASIL, 1999a).

Os outros órgãos que compõem o SUS relacionados aos estados e municípios tendem a priorizar ações em áreas urbanas sem que haja uma política de atenção específica e diferenciada à saúde indígena, de forma que se considerou necessária a estruturação de um subsistema de saúde indígena, sob a administração de outra esfera (GARNELO & PONTES, 2012).

O Sasi-SUS foi estruturado sob administração do governo federal por solicitação do movimento indígena, adotando direcionamento alternativo ao direcionamento dado pelas ações de saúde à população geral, que tem como a maior parte das ações e serviços de saúde efetivados por intermédio da esfera municipal¹⁷. A federalização do Sasi-SUS foi considerada uma conquista para os indígenas pois o preconceito institucional e a hostilidade contra

¹⁴ Fundamentado no princípio geral do reconhecimento trazido pelo artigo 231 da Constituição Federal de 1988 e referenciado no Art. 6º da Convenção Nº 169 da OIT (BRASIL, 1988; OIT, 1989).

¹⁵ Estabelecido pela lei 9.836, conhecida como Lei Arouca (BRASIL, 1999a)

¹⁶ Art. 19-A. As ações e serviços de saúde voltados para o atendimento das populações indígenas, **em todo o território nacional**, coletiva ou individualmente, obedecerão ao disposto nesta Lei.

Art. 19-B. É instituído um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, **componente do Sistema Único de Saúde – SUS**, criado e definido por esta Lei, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, **com o qual funcionará em perfeita integração**.

Art. 19-F. **Dever-se-á obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena**, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional (BRASIL, 1999a).

¹⁷ DRESCH (2014) ressalta que a atenção à saúde é uma competência comum entre todos os entes federativos, mas a constituição deu especial destaque para os municípios na execução das políticas públicas de saúde no art 30, listando entre as competências municipais “prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população” (BRASIL, 1988).

indígenas se expressam de forma mais aguda nas esferas municipais (GARNELO & PONTES, 2012).

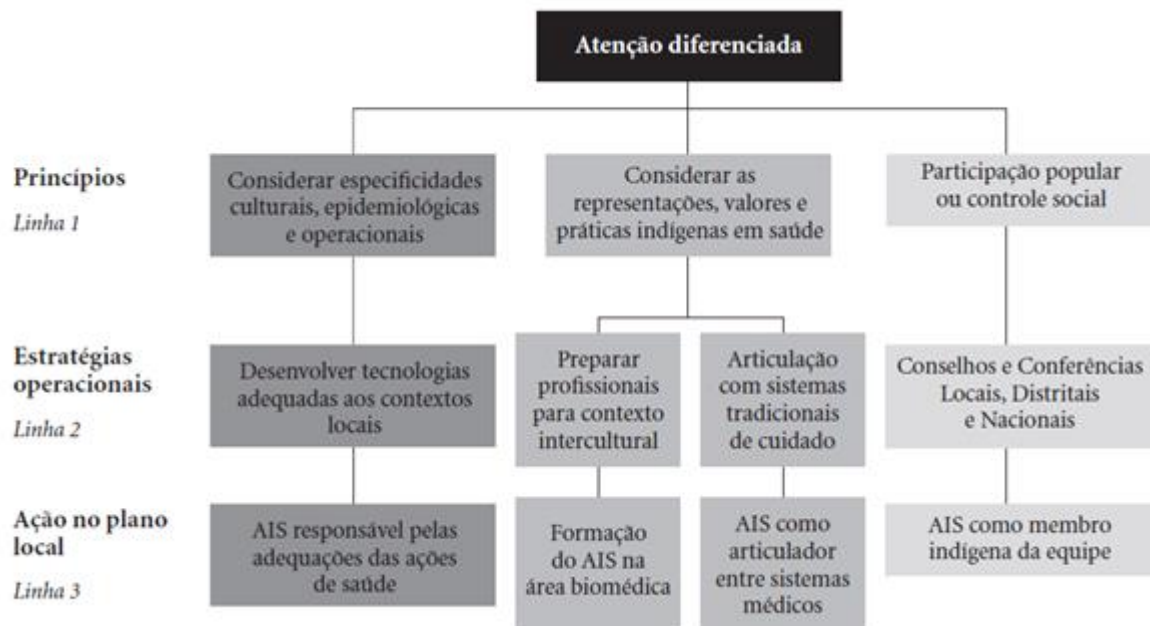
Pontes *et al* (2015) sintetiza três princípios organizativos que devem nortear a atenção de em saúde específica e diferenciada aos povos indígenas a partir da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos indígenas (PNASPI)¹⁸. O primeiro deles se refere a levar “em consideração as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais desses povos”, o que pode ser operacionalizado mediante o desenvolvimento e uso de “tecnologias apropriadas por meio da adequação das formas ocidentais convencionais de organização de serviços”.

O segundo princípio sustenta a proposição de que, para a organização do modelo, deve-se levar em consideração os “sistemas de representações, valores e práticas relativas ao adoecer e buscar tratamento dos povos indígenas, bem como seus próprios especialistas”. Assim, indica, como estratégias operacionais, a preparação dos profissionais de saúde para a atuação em contexto intercultural e a articulação com os sistemas tradicionais de saúde.

Considera-se como terceiro princípio a participação das lideranças e organizações indígenas e indigenistas na formulação, gestão e execução do sistema de saúde indígena por meio da estruturação de conselhos e conferências. Para além da realização do controle social, essas estruturas pretenderiam garantir a especificidade e adequação cultural das políticas e ações executadas nos Distritos.

¹⁸ (Portaria nº. 254/2002 do Ministério da Saúde).

Figura 4. Síntese dos princípios, das estratégias operacionais e das ações no plano local atribuídos ao modelo de atenção diferenciada identificados na PNASPI



Fonte: PONTES *et al*, 2015

Além desses princípios na atenção em saúde ressaltamos a necessidade da integração entre as ações das diferentes esferas para a adequada atenção e promoção da saúde indígena. O subsistema Sasi-SUS deve funcionar de modo integrado aos outros órgãos do SUS, de forma que os indígenas tenham direito aos serviços de saúde prestados tanto pelo subsistema de saúde indígena, quanto por outros órgãos do SUS vinculado aos estados e municípios, incluindo a atenção primária, secundária e terciária¹⁹.

O Decreto 3.156/1999, que dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas traz como uma das diretrizes o direito dos indígenas de ter acesso às ações de nível primário, secundário e terciário do Sistema Único de Saúde - SUS (Art. 2º, Inciso VII). Também aponta que é dever da União prestar ações e serviços de saúde indígena e que as ações desenvolvidas pela união não prejudicam as ações desenvolvidas pelos estados e municípios (Art 1º) (BRASIL, 1999b). O judiciário também tem se posicionado nesse sentido. Abaixo segue transcrição de trecho de decisão da juíza Jaiza Maria Pinto Fraxe, do TRF1 que reforça essa interpretação.

Importante destacar que este subsistema não substitui o Sistema Único de Saúde. Ao contrário, é complementar a este, dedicando-se, por meio dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (mencionados no art. 19-G, § 1º, da Lei Nº

¹⁹ O § 3º do artigo 19-G determina que “As populações indígenas devem ter acesso garantido ao SUS, em âmbito local, regional e de centros especializados, de acordo com suas necessidades, **compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde**”. (BRASIL, 1999a, grifo nosso).

9.836/99), ao atendimento primário e de baixa complexidade. Os atendimentos de média e alta complexidades permanecem pelo no SUS (TRF-1, 2019)

Assim, os indígenas possuem direito de utilização de todo o sistema de saúde SUS, com possibilidade de acesso por duas vias: através das ações e serviços do subsistema de saúde indígena, ofertado pelo governo federal, ou diretamente pelas estruturas municipais e estaduais, que também devem adaptar sua estrutura e organização de acordo com as necessidades dos povos indígenas como disposto no artigo 19-G da Lei 9.836 (BRASIL, 1999a).

Municípios e estados que atuam em regiões onde residem indígenas devem respeitar os princípios da especificidade e diferenciação de acordo com os contextos socioculturais dos povos indígenas e suas epistemologias em torno das concepções de saúde, doença, tratamento e cura²⁰. Contudo são raras as iniciativas adotadas por estes entes para efetivar os direitos indígenas no âmbito da saúde²¹.

Atos jurídicos e legislativos recentes também versam na perspectiva da responsabilidade compartilhada dos entes federativos em oferecer políticas e programas específicos aos povos indígenas, estando em territórios demarcados ou não e em contextos urbanos ou não.

Uma ação de Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) foi movida pela Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB), mais importante organização indígena representante a nível nacional, frente a omissão do governo brasileiro na tomada de medidas preventivas para o contágio e tratamento adequado do Covid-19 nos indígenas, onde o direito à vida e à saúde estão sendo relativizados. A ação está prevista no art. 102, § 1º, da CF/88, e regulamentada pela Lei nº 9.882/1999, é invocada por ato ou omissão danosos do Poder Público a algum princípio básico previsto na Constituição Federal (BRASIL, 1988; BRASIL, 1999).

²⁰ § 2º do artigo 19-G determina que “O SUS servirá de retaguarda e referência ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, **devendo, para isso, ocorrer adaptações na estrutura e organização do SUS nas regiões onde residem as populações indígenas**, para propiciar essa integração e o atendimento necessário em todos os níveis, sem discriminações.” (BRASIL, 1999a).

²¹ Como um dos poucos exemplos podemos citar a destinação de uma ala específica para indígenas no hospital Nilton Lins, em Manaus, para o combate ao coronavírus. A ala foi inaugurada no dia 26 de março de 2020. Os quartos foram adaptados para utilização de redes para que os indígenas pudessem dormir, pois havia grande dificuldade de alguns povos para adaptação nos leitos hospitalares e foi disponibilizada uma sala para que os sujeitos sociais de cura dos povos indígenas possam atuar. Estas medidas atendem alguns pontos críticos solicitados por lideranças meio a emergência do combate ao Covid-19, mas ainda carece de um processo de consulta para a efetiva adaptação das necessidades aos povos indígenas;

Na decisão cautelar do ADPF de Nº 709/2020, relatada pelo ministro Luís Roberto Barroso, foram deferidas as medidas de: criação de barreiras sanitárias; constituição de uma Sala de Situação; extensão dos serviços do Subsistema Indígena de Saúde aos povos situados em terras não homologadas e aos indígenas em contexto urbano que encontrarem barreiras para acesso ao SUS geral; e a elaboração e monitoramento de um Plano de Enfrentamento da Covid-19 para os Povos Indígenas Brasileiros (STF, 2020).

Já a Lei 14.021/2020 publicada no dia 07 de julho de 2020, dispõe sobre medidas de proteção social para prevenção do contágio e da disseminação da Covid-19 nos territórios indígenas, cria o Plano Emergencial para Enfrentamento à Covid-19 nos territórios indígenas entre outras providências.

Dentre as principais determinações relativas ao acesso dos indígenas em contexto urbano aos serviços de saúde estão: a) nenhum indígena pode deixar de ser atendido por falta de documentos ou quaisquer motivos em toda a rede do SUS; b) o atendimento das aldeias e comunidades indígenas localizadas nas áreas urbanas deverá ser articulado pela União com apoio da rede SUS; c) os indígenas que estiverem em migração, mobilidade transnacional ou estiverem residindo fora das terras indígenas deverão ser atendidos diretamente pela rede do SUS, devendo ser respeitadas as especificidades culturais e garantir as adaptações necessárias para tal. d) criação do plano emergencial para a Covid-19 nos territórios indígenas. Além disso, esta lei reconheceu que os povos indígenas, quilombolas e povos tradicionais são grupos em situação de extrema vulnerabilidade e alto risco em relação ao coronavírus, o que justifica as ações em caráter emergencial e prioritário para esses grupos (BRASIL, 2020).

Contudo, as respostas do legislativo e judiciário frente à omissão genocida²² do poder executivo nas esferas municipal, estadual e federal na atenção à saúde indígena foram tardias produzindo eficácia somente nos meses de julho e agosto, sendo que o primeiro pico de infecção em Manaus ocorreu no mês de abril²³. E mesmo estando em vigor, ainda faltam medidas por todos os entes que sejam capazes de dar efetividade ao que está posto.

A pandemia explicitou o Estado de Coisas Inconstitucional (ECI) em relação à saúde indígena e demonstrou que o Estado não foi capaz de produzir a transformação para adequação da situação na celeridade necessária.

²² Indígenas apresentaram taxas de infecção muito superiores à outros segmentos da população brasileira. Hallal e colaboradores (2020) através de entrevista e análises de dados sorológicos com amostras de todas as regiões do Brasil verificaram a prevalência da infecção de coronavírus em indígena é corresponde à 4,57 vezes à taxa de infecção apresentada por pessoas autodeclaradas brancas.

²³ No dia 30 de abril de 2020, foi registrado o maior número de mortes diárias da primeira onda de contágio decorrentes de Covid-19 em Manaus, 60 mortes.

2.2 *Planos de contingência para a Covid-19 e a negação de assistência da SESAI aos indígenas da cidade de Manaus*

Em 2010 foi criada a Secretaria Especial de Saúde indígena (SESAI), vinculada Ministério da Saúde, com o objetivo de coordenar e executar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e realizar gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (Sasi-SUS) no Sistema Único de Saúde (SUS). Ela também é responsável por planejar, implementar e avaliar as ações de saúde indígena realizadas no âmbito do Sasi-SUS e coordenar a integração com as outras instâncias assistenciais do SUS (BRASIL, 2019)²⁴.

Foi adotada uma gestão descentralizada para o Sasi-SUS, que é efetivada através de 34 Distritos Sanitários de Saúde Indígena (DSEIs) distribuídos pelo Brasil. Cada DSEI possui um território de atuação que não coincide necessariamente com os limites políticos dos estados e municípios. O território de atenção em saúde dos DSEIs foi definido levando-se em consideração critérios geográficos, territórios dos povos indígenas, relações interétnicas, distribuição das comunidades, acessibilidade aos serviços locais e regionais do SUS e perfil epidemiológico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Cada DSEI possui: postos de saúde nas comunidades indígenas, onde atendem os agentes indígenas de saúde²⁵; polos base de saúde, onde as equipes multidisciplinares atendem com o objetivo de prover serviços de atenção básica à saúde nas comunidades indígenas; e a Casa de Saúde Indígena (CASAI), no município sede do DSEI, que promove estabelecer um elo de ligação entre as aldeias e as unidades do SUS localizadas no município de referência e presta atenção à saúde primária e de baixa complexidade (PONTES et al, 2015; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020c).

O Distrito Sanitário Especial Indígena de Manaus (DSEI – Manaus) é responsável pela atenção à saúde aos povos indígenas de 19 Municípios do Amazonas, com responsabilidade de ofertar ações de atenção primária aos indígenas de Manaus, Anamã, Autazes, Beruri, Borba, Careiro Castanho, Careiro da Várzea, Humaitá, Iranduba, Itacoatiara, Manacapuru, Manaquiri, Manicoré, Novo Airão, Novo Aripuanã, Nova Olinda do Norte, Rio Preto da Eva, Urucurituba e Urucará.

²⁴ Decreto Nº 9.795 de 17 de maio de 2019

²⁵ Na prática, na maioria das comunidades que possuem agentes de saúde indígenas eles atendem à domicílio, pois a estrutura física dos postos de saúde é inexistente (PONTES et al, 2015).

O Plano de Contingência Nacional para Covid-19 em povos indígenas e o Plano de Contingência do DSEI Manaus para o Covid-19 reconhecem a alta vulnerabilidade epidemiológica dos povos indígenas às infecções respiratórias e o impacto das epidemias no genocídio²⁶ dos povos indígenas do Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020a; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020b).

Contudo, apesar de reconhecerem a vulnerabilidade e a relação histórica dos impactos das epidemias aos povos indígenas, os planos de contingência elaborados pela SESAI trazem redação indicando a responsabilidade da atenção primária aos indígenas nas áreas urbanas para os municípios, sendo omissos nesta função.

É importante destacar nesse Plano de Contingência que a população indígena que vive em contexto urbano, ou seja, na sede dos municípios, a responsabilidade sanitária na Atenção Primária é dos municípios (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020b, p. 07).

Os planos reiteram a negação da assistência da SESAI aos indígenas em contexto urbano. Esse posicionamento é contrário ao estabelecido pela Constituição Federal, à Convenção Nº 169 e a lei que institui o Sasi-SUS, que em conjunto determinam o dever do Estado em prover acesso universal e igualitário da saúde com respeito às especificidades dos povos indígenas, devendo prestar assistência em saúde aos indígenas em todo o território nacional através do Subsistema de saúde indígena em integração com os outros órgãos do SUS.

A nível constitucional, de convencionalidade e legal, não há distinção entre indígenas aldeados e em contexto urbano. O direito à saúde diferenciada e específica é uníssono aos povos indígenas, é um direito líquido e certo à todos os indígenas, vinculado à identidade, balizado pelo critério de autoidentificação étnica. Acórdão do Recurso Especial 1.064.009/SC, reforça a necessidade de interpretação constitucional, que garanta maior abrangência dos direitos fundamentais

PROCESSUAL CIVIL. CONSTITUCIONAL. AÇÃO CIVIL PÚBLICA. MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. LEGITIMIDADE ATIVA. INDÍGENAS. SAÚDE. PRESTAÇÃO DE SERVIÇO ODONTOLÓGICO. - É cabível o ajuizamento de ação civil pública para a defesa de quaisquer direitos individuais homogêneos socialmente relevantes. - O Ministério Público é parte ativa legítima para a ação, pois seu objeto não é a defesa de apenas um indígena, mas a prestação da devida assistência odontológica a todo indígena, residente ou não na aldeia. - Ao garantir aos indígenas tratamento médico especializado, a lei não faz qualquer distinção, nem prevê exclusão da assistência à saúde pela FUNASA, de forma que o direito de serem atendidos por aquele órgão independe de estarem aldeados ou não. - **Onde o legislador não restringir não cabe ao intérprete restringir e deve-se**

²⁶ Não utilizam o termo genocídio, mas fazem referência à “ significativa redução do número de indígenas que vivem no território brasileiro” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020b).

dar às normas garantidoras de direitos fundamentais a maior aplicabilidade possível. - Cabe ao poder público a tutela das comunidades indígenas, assegurando-lhes o direito à vida saudável. - Prequestionamento quanto à legislação invocada estabelecido pelas razões de decidir. - Apelação improvida. (STJ, 2011).

O pensamento posto nos planos de contingência, aduz a concepção de que a modificação do critério geográfico - estar na cidade - poderia modificar o fato de serem indígenas, trazendo um posicionamento de fundo colonialista e integracionista.

O fato de estarem na cidade não é capaz de suprimir os aspectos cosmológicos, simbólicos, culturais e línguas maternas que fazem essenciais a existência da atenção de saúde específica aos povos indígenas tampouco é capaz de modificar suas vulnerabilidades biológicas às síndromes respiratórias.

A negação da atenção aos indígenas residentes na cidade bem como a divisão entre indígenas aldeados e urbanos é arbitrária e não se sustenta sob diversos prismas, é inconstitucional, contrária às convenções internacionais, ilegal, ilegítima e imoral. Atenta contra a legalidade, a inviolabilidade do direito à vida, à autodeterminação dos povos indígenas, o respeito à diversidade cultural, a necessidade de reparação histórica e contra os posicionamentos firmados nas instâncias de participação das políticas de saúde indígena²⁷. Apontamos outro excerto do voto do Ministro Herman Benjamin que versa neste sentido:

o atendimento de saúde – integral, gratuito, incondicional, oportuno e de qualidade – aos índios caracteriza-se como dever de Estado da mais alta prioridade, seja porque imposto, de forma expressa e inequívoca, pela lei (dever legal), seja porque procura impedir a repetição de trágico e esquecido capítulo da nossa história (dever moral), em que as doenças (ao lado da escravidão e do extermínio físico, em luta de conquista por território) contribuíram decisivamente para o quase extermínio da população indígena brasileira. (STJ, 2011).

2.3 Autoidentificação como critério fundamental para reconhecimento da identidade étnica e a igualdade do direito à prestação de atendimento à saúde diferenciada aos indígenas aldeados e aos não aldeados

Os legisladores nacionais e internacionais, ao promulgar normas como a Constituição Federal Brasileira e a Convenção Nº 169 da OIT, trouxeram a visão ampla e diferenciada para guiar políticas públicas às populações tradicionais, respeitando diversidades étnicas, culturais e comportamentais desses sujeitos de direitos (BRASIL, 1988; OIT, 1989).

²⁷ A 5ª Conferência Nacional de Saúde foi realizada em dezembro de 2013. A declaração resultante da conferência traz a preocupação e reivindicação do atendimento aos indígenas da cidade. Também foram aprovadas 2 moções que apontam a necessidade do atendimento da SESAI aos indígenas da cidade. (SESAI, 2014)

Entretanto, o critério de autoidentificação para reconhecimento da identidade étnica de cada indivíduo não vem sendo utilizado como critério para o atendimento dos indígenas pela SESAI. Classificam arbitrariamente os indígenas a partir de conceitos discriminantes quando afirmam que para atendimento dentro dos DSEIs e da CASAI o indígena deve ser aldeado, ignorando a autoidentificação dos indígenas residentes em áreas urbanas e em terras indígenas não demarcadas pelo governo.

A interpretação inconstitucional feita pela SESAI do art. 2^a, parágrafo único, do Decreto 3.159, que os levou a atender apenas indígenas aldeados, afronta diretamente a dignidade da pessoa humana; o direito à vida; o acesso a redução do risco de doença e outros agravos; a promoção, proteção e recuperação da saúde e o reconhecimento da organização social, costumes e tradições. Todos preconizados na constituição federal. Urge salientar que a doutrina e jurisprudência predominantes recomendam a não redução ou debilitação da eficácia máxima possível das normas garantidoras de direitos fundamentais (BRASIL, 1999; BRASIL, 1988; TRF-1, 2015).

A identidade de um grupo como povo indígena é, em primeiro lugar, uma questão sujeita ao autorreconhecimento pelos membros do próprio grupo. Ela não depende da homologação do direito à terra. Ao contrário, antecede o reconhecimento de tal direito (STF, 2020).

Em síntese, o status de índio não depende do local em que ele vive, já que, a ser diferente, estariam os indígenas ao desamparo, tão logo pusessem os pés fora de sua aldeia. Mostra-se ilegal e ilegítimo, pois, o discrimen utilizado pelos entes públicos na operacionalização do serviço de saúde, ou seja, a distinção entre índios aldeados e outros que vivam fora da Reserva. **Na proteção dos vulneráveis e, com maior ênfase, dos hipervulneráveis, na qual o legislador não os distingue, descabe ao juiz fazê-lo, exceto se for para ampliar a extensão, o grau e os remédios em favor dos sujeitos especialmente amparados** (STJ, 2011, grifo nosso).

não poderia uma lei infraconstitucional (quanto mais um Decreto presidencial) limitar os efeitos da Constituição. [...] o Decreto foi enfático em garantir o atendimento prioritário (e não exclusivo) nas aldeias [...] se o indígena não estiver dentro de seu território tradicional, o Decreto, em nenhum momento, vedou o atendimento. Dessa maneira, não é o Decreto que é inconstitucional, e sim a interpretação que a SESAI tem feito dele. (TRF-1, 2015, p. 30).

Dentro do autorreconhecimento, deve-se salientar que a formação de uma identidade étnica se pauta nos critérios de autoidentificação e reconhecimento do grupo étnico ao qual pertence, não devendo ser alvo de classificação por agentes externos, conforme prevê a convenção 169 da OIT²⁸. É essencial respeitar esses procedimentos, para que não se chegue à

²⁸Artigo 1º; 2. “A autoidentificação como indígena ou tribal deverá ser considerada um critério fundamental para a definição dos grupos aos quais se aplicam as disposições da presente Convenção.” (OIT, 1989).

posturas colonialistas, generalizadas, e preconceituosas e carregada de interpretações feitas por outrem, que, na maioria das vezes não compreendem o contexto envolvido e a realidade cultural, as tradições e histórico e as fronteiras identitárias; eixos estes que fogem de características fenotípicas, como a cor da pele ou formato dos olhos, e também da localidade onde residem, como em um contexto urbano ou rural. Ministério Público Federal esclarece:

[...] A noção primacial, e que deve ser compreendida a partir do próprio princípio da dignidade da pessoa humana, é de que, na definição da identidade, não há como ignorar a visão que o próprio sujeito de direito tem de si, sob pena de se verificarem sérias arbitrariedades e violências, concretas ou simbólicas [...] (TRF-1, 2015, p. 24-25)

Importante salientar que as portarias do Ministério da Saúde de Nº 1.163/99 e Nº 2.656/07 ou o Decreto Nº 3.156/99 em momento algum diferenciam, em suas disposições, os indígenas aldeados e os indígenas em condições urbanas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007; BRASIL, 1999b). Aliás, a Lei 8.080/1990, em seu art. 19-G, § 2º e a Declaração das Nações Unidas sobre Povos Indígenas, em seu artigo 21 item 1, expõem de forma explícita o atendimento e o direito à área da saúde sem discriminações (BRASIL, 1990; ONU, 2008).

Visto isso, a União deve prestar saúde especializada indígena considerando o processo de autoidentificação identitária dos povos indígenas, independentemente de onde esses sujeitos de direito mantêm residência. Este posicionamento também é defendido pelo Ministério Público Federal em ação civil pública “[...] deve ser assegurada a assistência aos indígenas em todo o território nacional, coletiva ou individualmente, inexistindo respaldo para o critério excludente [...]” (TRF-1, 2015, P. 31).

3. Ações autônomas para o enfrentamento da Covid-19

A Covid-19 atua como uma pressão adicional aos problemas sociais, econômicos e ambientais vigentes. As situações agravadas pela pandemia têm tensionado as instituições e políticas públicas e colocado à prova as trajetórias societárias e decisões que foram tomadas nos últimos anos. Tem desnudado as vulnerabilidades e resiliências das atitudes delineadas e adotadas tanto pelo Estado, como pelos povos indígenas.

Do lado do planejamento societário dos povos indígenas, o fortalecimento dos sistemas agrícolas tradicionais, dos sistemas próprios de cura, da autoridade das lideranças e

engajamento dos jovens e das instituições de autogestão comunitária são fatores que promovem maior resiliência aos impactos da Covid-19.

Frente à desassistência dos serviços específicos de saúde, os povos indígenas têm adotado estratégias e mobilizado ações para o enfrentamento da Covid-19. As unidades de mobilização indígena (ALMEIDA, 2004), suas organizações representativas para reivindicação de direitos frente ao Estado – associações, coordenações e federações do movimento indígena – também têm sido centrais no combate à pandemia.

Elas têm coordenado ações de articulação e informação nas comunidades, campanhas assistenciais aos povos indígenas, ações de cooperação com outras instituições parceiras da sociedade civil, reivindicando direitos e ações adequadas e específicas das políticas públicas estatais para enfrentamento à Covid-19 e atuado consultivamente junto aos órgãos de planejamento, saúde e assistência social, nas raras ocasiões em que o estado têm aberto espaços de diálogo para o desenvolvimento de ações específicas para os povos indígenas.

Assim, a capacidade organizacional e as redes formadas pelo movimento indígena e suas unidades de mobilização também têm sido uma das dimensões do projeto societário adotado por diversos povos indígenas que tem ampliado a resiliência frente à pandemia.

Os povos indígenas passaram por várias epidemias e pandemias causadas pelas doenças dos não-indígenas. Toda essa experiência deixou para os atuais povos uma memória histórica, que tem sido lembrada para auxiliar no planejamento das ações para enfrentamento da pandemia. Alguns relatos de indígenas antropólogos lembram essa dimensão. Justino Sarmiento Rezende (2020), do povo Tuyuka, apresenta essa memória em seu relato quando escreve:

O tempo atual com os seus vírus atuais, com nomes próprios me faz voltar ao passado e lembrar as sabedorias de meus avós que ajudavam a defender a vida. Me fez lembrar das técnicas de defesa: fugir do inimigo, não se expor, mas retirar-se no lugar considerado seguro até a doença passar. (REZENDE, 2020, p. 2)

João Paulo Barreto, do povo Tukano, residente no bairro Cidade Nova em Manaus-AM, observa sobre a pandemia do novo coronavírus:

[...] pandemia na verdade não é primeira vez que nós estamos enfrentando, já quando a gente morava das nossas comunidades nas aldeias, eu vi os meus pais fazendo isso: proteção da comunidade, proteção das pessoas, quando ficavam sabendo do sarampo, do coqueluche, da gripe que se aproximava, uma das medidas era essa proteger a comunidade, proteger as pessoas, proteger individualmente, era uma ação imprescindível, como outra medida era se isolar a gente sempre ia pra cabeceira dos igarapé pro lugar mais difícil acesso mas tudo isso era acompanhado pelos especialistas indígenas [...] que pelos sonhos eles ficavam sabendo, eles monitoravam pelo sonho né, quando as coisas estavam se aproximando, quando as coisas já estavam na região na comunidade e quando as coisas o período estava passando. (NEAI, 2020)

Diante disso, organizações e lideranças indígenas, ao tomarem conhecimento sobre o coronavírus e seu risco, começaram o enfrentamento à Covid-19 dentro das comunidades indígenas na cidade de Manaus-AM, mesmo, ainda, sem iniciativas ou políticas públicas específicas e adequadas por parte do Estado para o combate a pandemia nessas comunidades.

No território indígena da capital amazonense “Parque das Tribos”, com cerca de 3000 pessoas, Vanderlecia Ortega dos Santos, do povo Witoto, técnica de enfermagem, se mobilizou para informar aos outros indígenas do bairro sobre as cautelas que tinham que ser tomadas e organizou doações de cestas básicas com produtos de limpeza e contribuições em dinheiro para compras de remédios; também confeccionou algumas máscaras para distribuição junto com outras moradoras do bairro (FARIAS, 2020). Nas palavras de Vanda:

Diante do cenário da Covid-19, não havia orientação, nenhum direcionamento quanto aos cuidados. As pessoas levando a vida normal, muita gente circulando, aglomerada, que é uma coisa cultural nossa, de estarmos juntos. Mesmo com as informações das mídias, estava tudo normal. Então, tive a iniciativa de começar a fazer vídeo e enviar aos grupos da comunidade informando da necessidade dos parentes se prevenirem, contando com o apoio de amigos e de lideranças daqui, como o cacique Messias e a professora Claudia Baré. (FARIAS, 2020).

Corroborando os fatos vivenciados dentro do Parque das Tribos, Janilda Gouveia, do povo Tariana, residente do bairro Parque das Tribos, apresenta em seu relato que os representantes da comunidade estão acompanhando de perto os possíveis contaminados com o vírus, houve a proibição de aglomerações por futebol e papagaio nas ruas e, que apesar do cenário difícil, há muita solidariedade por parte das lideranças (NEAI, 2020).

Durante a segunda onda de contágio de Covid-19 em Manaus, no mês de janeiro de 2021, em que houve colapso do sistema de saúde na cidade e falta generalizada de oxigênio e outros insumos básicos, em que a lotação dos leitos ultrapassou 100% e fila de espera para internação superou a marca de 550 pessoas (CASTRO, 2021; MADEIRO, 2021), os indígenas do Parque das Tribos montaram de forma autônoma um hospital de campanha na própria comunidade. Foram montados leitos com adaptação para utilização de redes para acomodar os pacientes e providenciados insumos e fornecimento de oxigênio para o tratamento dos doentes adquiridos a partir de campanhas de doação promovidas pelas instituições indígenas e parceiros.

Este processo foi coordenado por Vanderlecia Ortega dos Santos para mitigar as omissões estatais reiteradas frente aos povos indígenas em contexto urbano que se repetem

durante o segundo pico de contágio com o negligencimento do tratamento e a exclusão dos indígenas não aldeados dos grupos prioritários de vacinação²⁹.

A rede de solidariedade entre as organizações indígenas e organizações não governamentais externas foi essencial para o desenvolvimento de ações para o enfrentamento da pandemia, como campanhas de difusão de informação e de arrecadação de cestas básicas e kits de higiene.

A gente percebeu o quão importante é estarmos organizados. Percebemos a fragilidade de algumas comunidades indígenas que não estão organizadas e nós aqui em Manaus acabamos sendo referência para outros municípios, mandamos cestas para Baixo Purus, Manaquiri, Novo Airão, Rio Preto da Eva, Beruri, Tabatinga, Barreirinha, então conseguimos chegar a regiões bem distantes. A gente percebe a importância de termos uma organização representativa, esse é um processo de luta de muito tempo, esse reconhecimento enquanto organização e por isso, conseguimos atingir 18 mil indígenas só na cidade de Manaus (Marcivana Paiva, entrevista realizada em 22/09/2020) (PAIVA, 2020c).

Marcivana ainda comentou que durante o momento de dificuldade da pandemia, fortaleceu-se a rede entre as organizações indígenas e comunidades, em que foi necessário chegar a regiões que não fazem parte da atuação direta da COPIME, só com a distribuição de cestas básicas, realizadas por esta Coordenação, 120 organizações e comunidades indígenas foram atendidas.

As cestas básicas foram importantes para garantir o acesso à alimentação, proporcionar condições mais favoráveis ao isolamento social e reduzir impactos da pandemia no âmbito econômico. As famílias indígenas em contexto urbano e periurbano tiveram impacto sobre os meios de vida, grande parte delas foi impactada, pois muitas desenvolvem atividades de produção e comercialização de artesanato ou de turismo - atividades econômicas que foram altamente impactadas pelo isolamento social.

Considerações Finais

Políticas públicas qualificadas para os povos indígenas, que efetivem o estado social de direito a partir da dimensão intercultural e viabilizem a concretização dos direitos sociais, culturais e territoriais dos povos indígenas também poderiam ampliar a resiliência dos povos indígenas a partir das dimensões integrais da atenção à saúde.

²⁹ Foram considerados como grupo prioritário no plano operacional de vacinação contra a Covid-19 do governo do estado do Amazonas somente “População indígena aldeada em terras demarcadas” (AMAZONAS, 2021).

Contudo, apesar das conquistas dos povos indígenas no âmbito legislativo e no âmbito do executivo, observa-se uma omissão sistemática do poder público na efetivação dos direitos indígenas e quando muito, um cumprimento parcial de suas obrigações. A ineficácia e omissão das ações na área da saúde dos indígenas em contexto urbano durante a pandemia do Covid-19 estão causando danos irreparáveis e mortes que poderiam ser evitadas através da promoção de ações de informação, ações que garantissem a possibilidade de manutenção do isolamento social, testagem para monitoramento do contágio e ações para atenção específica em saúde.

A luta emplacada pelas organizações indígenas é pelo reconhecimento da identidade e a efetivação dos direitos indígenas. As omissões contínuas e recorrentes das políticas públicas específicas aos povos indígenas residentes na cidade acabam ofendendo direitos individuais, coletivos e sociais diretamente relacionados à dignidade da pessoa humana e a inviolabilidade do direito à vida, configurando um estado de coisas inconstitucionais.

A interpretação sistemática do ordenamento jurídico, a partir da integração das normas constitucionais, as normas de direitos humanos, convenções internacionais e legislação nacional é necessária e demonstra que os indígenas da cidade possuem direito líquido e certo à atenção de saúde diferenciada e específica, que deve ser prestada tanto pela SESAI, como pelos outros órgãos que compõem o Sistema Único de Saúde.

Há de se ressaltar que a atenção da SESAI aos povos indígenas da cidade de Manaus bem como dos outros centros urbanos é um dever urgente e deve necessariamente estar vinculada ao aparelhamento da instituição, ampliação do corpo técnico, aumento do orçamento destinado à SESAI e especificamente aos DSEIs que abrangem áreas urbanas com presença de indígenas, de modo que a atenção dos indígenas em contexto urbano não represente prejuízos da atenção em saúde realizada nas terras indígenas, que já enfrenta diversos problemas recorrentes e estruturais.

As ações autônomas das organizações indígenas, que atuaram com campanhas de informação, comunicação e esclarecimento, visibilização da violação de direitos junto à imprensa, litigância estratégica para a garantia de direitos, monitoramento dos casos subnotificados do contágio, a participação em espaços de discussão de políticas públicas, e a formação de redes de colaboração interinstitucional e a promoção de campanhas para arrecadação de insumos e alimentos, foram essenciais para o enfrentamento da Covid-19 e minimizar os danos causados pelas omissões do Estado brasileiro.

Por fim, ecoamos o pensamento que finaliza a carta da Assembleia Nacional da Resistência Indígena, publicada em 10 de maio de 2020 “Em tempos de pandemia a luta e a solidariedade coletiva que reacendeu no mundo só será completa com os povos indígenas, pois a cura estará não apenas no princípio ativo, mas no ativar de nossos princípios humanos” (APIB, 2020b).

Referências

ALMEIDA, Alfredo Wagner Berno de. Terras tradicionalmente ocupadas: processos de territorialização e movimentos sociais: processos de territorialização e movimentos sociais. **Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais**, v.6, n.1, p. 9, 2004.

AMAZONAS. **Plano Operacional de Vacinação Contra a Covid-19**. Manaus: Secretaria de Estado de Saúde/Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas. Disponível em: http://www.fvs.am.gov.br/media/publicacao/plano_operacional_de_imuniza%C3%A7%C3%A3o_covid-19_EKRUygU.pdf. Acesso em: 28 de setembro de 2020a.

APIB. **Dados Covid 19 | Emergência Indígena**. Disponível em: http://emergenciaindigena.apib.info/dados_Covid19/. Acesso em: 19 de setembro de 2020a.

APIB. **A mãe terra enfrenta dias sombrios | APIB**. Disponível em: <http://apiboficial.org/2020/05/10/carta-final-da-assembleia-de-resiste%cc%82ncia-indigena/>. Acesso em: 19 de setembro de 2020b.

BRASIL. **Lei Nº 14.021, de 7 de julho de 2020**. Dispõe sobre medidas de proteção social para prevenção do contágio e da disseminação da Covid-19 nos territórios indígenas; cria o Plano Emergencial para Enfrentamento à Covid-19 nos territórios indígenas; estipula medidas de apoio às comunidades quilombolas, aos pescadores artesanais e aos demais povos e comunidades tradicionais para o enfrentamento à Covid-19; e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, a fim de assegurar aporte de recursos adicionais nas situações emergenciais e de calamidade pública. Brasília, DF, 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/114021.htm. Acesso em: 05 outubro de 2020.

BRASIL. **Decreto Nº 9.795 de 17 de maio de 2019**. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde, remaneja cargos em comissão e funções de confiança, transforma funções de confiança e substitui cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo - FCPE. Brasília, DF, 2019.

BRASIL. **Lei Nº 9.836, de 23 de setembro de 1999**. Acrescenta dispositivos à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Brasília, DF,

1999a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9836.htm. Acesso em: 25/05/2020.

BRASIL. **Decreto Nº 3.156, de 27 de Agosto de 1999**. Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, pelo Ministério da Saúde, altera dispositivos dos Decretos nºs 564, de 8 de junho de 1992, e 1.141, de 19 de maio de 1994, e dá outras providências. Brasília, DF, 1999b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3156.htm. Acesso em: 25/05/2020.

BRASIL. **Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 25 de maio de 2020.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 1988.

CASTRO, Matheus. **Mulher denuncia falta de oxigênio e descaso com pacientes no Hospital Universitário Getúlio Vargas em Manaus**. <https://g1.globo.com/am/amazonas/noticia/2021/01/14/mulher-denuncia-falta-de-oxigenio-e-descaso-com-pacientes-no-hospital-universitario-getulio-vargas-em-manaus.ghtml>. Acesso em: 28 de janeiro 2021.

COIAB. Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira. **O Covid19 e a situação emergencial dos povos indígenas na Amazônia brasileira**: Contaminações e mortes pelo Coronavírus aumentam a cada dia colocando em grave risco a vida dos nossos parentes. 2020a. Disponível em: <https://coiab.org.br/conteudo/1588018616827x701417793354989600>. Acesso em: 27 de abril de 2020.

COIAB. Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira. **Dados Covid**. 2020b. Disponível em: <https://coiab.org.br/Covid>. Acesso em: 19 de setembro de 2020.

COPIME. Coordenação dos Povos Indígenas de Manaus e Entorno. **Domicílios indígenas na cidade de Manaus**. Manaus: [s.n], 2019.

DRESCH, Renato Luís. Federalismo solidário: A responsabilidade dos entes federativos na área da saúde. In: SANTOS, Lenir; TERRAZ, Fernanda (Org.). **Judicialização da Saúde no Brasil**. Campinas: Saberes, 2014.

FARIAS, Elaíze. **Coronavírus**: Indígenas que vivem na cidade são classificados como “brancos” no Amazonas. Amazônia Real, Manaus, 16 abril 2020. Disponível em: <https://amazoniareal.com.br/coronavirus-indigenas-que-vivem-na-cidade-sao-classificados-como-brancos-no-amazonas/>. Acesso em: 22 de maio de 2020.

GARNELO, Luiza; PONTES, Ana Lúcia. **Saúde indígena**: Uma introdução ao tema. Brasília: Ministério da Educação/SECADI; UNESCO, 2012.

HALLAL, Pedro C.; HARTWIG, Fernando P.; HORTA, Bernardo L.; SILVEIRA, Mariângela F.; STRUCHINER, Claudio J.; VIDALETI, Luís P.; NEUMANN, Nelson A.; PELLANDA, Lucia C.; DELLAGOSTIN, Odir A.; BURATTINI, Marcelo N.; VICTORA, Gabriel D.; MENEZES, Ana M. B.; BARROS, Fernando C.; BARROS, Aluísio J. D.; VICTORA, Cesar G. SARS-CoV-2 antibody prevalence in Brazil: results from two successive nationwide serological household surveys. **The lancet Global Health** (*online first*), 2020 Publicado online em 23 de setembro de 2020. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(20\)30387-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(20)30387-9/fulltext). Acessado em 05 de outubro de 2020.

MADEIRO, Carlos. **AM: fila por leito hospitalar cresce mesmo com transferências e novas vagas.** Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2021/01/27/am-fila-por-leito-hospitalar-cresce-mesmo-com-transferencias-e-novas-vagas.htm>. Acesso em: 28 de janeiro de 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (Covid-19) em Povos Indígenas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2020a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Plano de Contingência para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (Covid-19) em Povos Indígenas do DSEI – Manaus.** Brasília: Ministério da Saúde, 2020b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sobre a SESAI.** Disponível em: <https://www.saude.gov.br/saude-indigena/sobre-a-sesai>. Acesso em: 28 de maio de 2020c.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Coronavírus - Sobre a doença.** Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca>. Acesso em: 28 de maio de 2020d.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim Epidemiológico da SESAI.** Disponível em: <https://saudeindigena.saude.gov.br/corona>. Acesso em: 18 de setembro de 2020e.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.656, de 17 de outubro de 2007.** Dispõe sobre as responsabilidades na prestação da atenção à saúde dos povos indígenas, no Ministério da Saúde e regulamentação dos Incentivos de Atenção Básica e Especializada aos Povos Indígenas.. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt2656_17_10_2007_comp.html. Acesso em: 26 de maio de 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria Nº 254, de 31 de Janeiro de 2002.** Brasília, DF, 2002. Disponível em: http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/Pm_254_2002.pdf. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria N.º 1163/GM, de 14 de setembro de 1999.** Dispõe sobre as responsabilidades na prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no Ministério da Saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 1999c Disponível em: http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/Pm_1163_1999.pdf. Acesso em: 26 de maio de 2020.

NEAI. Núcleo de Estudos da Amazônia Indígena. Entrevista - Mapa da pandemia local: Relatos indígenas sobre o Covid-19 na Amazônia. 2020. Disponível em: <https://neai.ufam.edu.br/mapa-da-pandemia-local/95-sobrevivendo-na-pandemia-relatos-indigenas-sobre-a-situacao-do-Covid-19-no-amazonas.html>. Acesso em: 20 de abril de 2020.

NOGUEIRA, Caroline Barbosa Contente; ALMEIDA, Roger Luiz Paz de; NASCIMENTO, Laura Fernanda Melo; CORREA, Igo Zany Nunes. O Limbo Jurídico do Direito à Saúde de Indígenas Residentes em Contexto Urbano e os Reflexos no Enfrentamento do Covid-19: Uma Análise a Partir da Cidade de Manaus, Amazonas. **RDP**, Volume 17, n.94. p.250-277, 2020.

OIT - Organização Internacional do Trabalho. **Convenção 169 da OIT sobre povos indígenas e tribais**. Genebra, 07 de junho de 1989. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5051.htm. Acesso em: 17 de maio de 2020.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Declaração das Nações Unidas sobre Povos Indígenas**. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: http://www.funai.gov.br/arquivos/conteudo/cogedi/pdf/LEGISLACAO_INDIGENISTA/Legislacao-Fundamental/ONU-13-09-2007.pdf. Acesso em: 19 de maio de 2020

OPAS/OMS - Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde. **Folha Informativa - Covid 19**. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:Covid19&Itemid=875. Acesso em 20 de maio de 2020.

PAIVA, Marcivana. **Entrevista concedida a Caroline Barbosa Contente Nogueira**. 2020a. Manaus, 30 de abr. de 2020.

PAIVA, Marcivana. **Entrevista concedida a Caroline Barbosa Contente Nogueira**. 2020b. Manaus, 04 de mai. de 2020b.

PAIVA, Marcivana. **Entrevista concedida a Diego Ken Osoegawa**. 2020c. Manaus, 22 de setembro de 2020.

PONTES, Ana Lucia de Moura; REGO, Sergio; GARNELO, Luiza. O modelo de atenção diferenciada nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: reflexões a partir do Alto Rio Negro/AM, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, V. 20(10), p.3199-3210, 2015.

POWER, Tamara; WILSON, Denise; BEST, Odette; BROCKIE, Teresa; BEARSKIN Lisa Bourque; MILLENDER, Eugenia; LOWE, John. Covid-19 and Indigenous Peoples: an imperative for action. **Journal of Clinical Nursing**, 2020.

REZENDE, Justino Sarmiento. **Coronavírus me faz lembrar!** Amazonas, 22 de março de 2020. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1DbiesrqcXrOZd67tdMv6gcjcKcE68iy5/view>. Acesso em: 22 de abril de 2020.

SESAI. Secretaria de Saúde Indígena. **Relatório da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena**. Brasília: [s.n.], 2014.

STF. Superior Tribunal Federal. Acórdão da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) N°709/2020, Relator Ministro Roberto Barroso, Brasília, 07 de outubro de 2020. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=15344621000&ext=.pdf>. Acesso em 08 de outubro de 2020.

STJ. Superior Tribunal de Justiça. Acórdão do Recurso Especial 1.064.009/SC, Relator Ministro Herman Benjamin, publicado 27 de abril de 2011. Disponível em: https://ww2.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?componente=ITA&sequencial=898828&num_registro=200801227377&data=20110427&formato=PDF. Acesso em 24 de maio de 2020.

TRF-1. Tribunal Regional Federal da 1ª Região. Sentença de Ação Civil Pública, processo N° 0010368-47.2016.4.01.3200, Juíza Federal Jaiza maria Pinto Fraxe. 1ª Vara de Manaus. Manaus, AM, 19 de março de 2019.

TRF-1. Tribunal Regional Federal da 1ª Região. Ação Civil Pública N° 0002096-29.2015.4.01.3902. 1ª Vara de Santarém. Santarém, PA, 25 de maio de 2015. **Ministério Público Federal.** Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/pa/sala-de-imprensa/documentos/2016/acao-mpf-saude-indigena-pa-terras-nao-demarcadas-e-indios-nao-aldeados/>. Acesso em: 24 de maio de 2020.