

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
AGÊNCIA DE INOVAÇÃO, EMPREENDEDORISMO, PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO
E INTERNACIONALIZAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**AVALIAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE INDÍGENA FEDERAL NO ESTADO DO
MARANHÃO FACE À PANDEMIA DO COVID-19 (2020-2022):** uma análise do caso da
comunidade indígena Canela Memortumré.

JOFRAN CONCEIÇÃO DA SILVA FILHO

São Luís
2024

JOFRAN CONCEIÇÃO DA SILVA FILHO

AVALIAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE INDÍGENA FEDERAL NO ESTADO DO MARANHÃO FACE À PANDEMIA DO COVID-19 (2020-2022): uma análise do caso da comunidade indígena Canela Memortumré.

Projeto apresentado para qualificação da banca avaliadora para o curso de Mestrado em Políticas Públicas, através da Agência de Inovação, Empreendedorismo, Pesquisa, Pós-graduação e Internacionalização da Universidade Federal do Maranhão.
Orientador: Dr. Ruan Didier Bruzaca

AGRADECIMENTOS

Esta pesquisa não seria possível sem o direcionamento do meu orientador Ruan Didier Bruzaca que com suas valiosas considerações lapidou esse estudo e a quem agradeço por toda a dedicação.

Agradeço ao vice-governador, professor, membro da banca de qualificação e, principalmente, meu amigo, Felipe Camarão, e a diretora geral do Instituto Estadual de Educação, Ciência e Tecnologia do Maranhão (IEMA), Cricielle Muniz, pelo apoio e inspiração na condução da minha pesquisa e vida acadêmica.

Agradeço aos meus fiéis amigos Layse e Evaldo por estarem ao meu lado sempre e ao meu amigo Washington pelo incentivo e conselhos valorosos.

Agradeço também aqueles que estiveram comigo e me deram o suporte e impulso necessário para que eu pudesse me dedicar à pesquisa e ao mestrado, minha mãe Adriana, e o meu marido Pablo. Essa pesquisa só foi possível com a ajuda de vocês.

RESUMO

Esta dissertação aborda a eficácia das políticas públicas de saúde voltadas aos povos indígenas do Brasil durante a pandemia de Covid-19, com ênfase na comunidade indígena Canela Memortumré no estado do Maranhão. Ao longo da história do país, os povos indígenas enfrentaram diversas formas de expropriação de terras e perda de identidade cultural, resultando em sérios problemas de saúde decorrentes da falta de acesso a recursos básicos e da degradação do meio ambiente. Utilizando uma abordagem metodológica que combina análise política e materialismo histórico, este estudo investiga as motivações por trás das políticas públicas, os atores envolvidos e a perspectiva dos próprios indígenas. Por meio de pesquisa bibliográfica, documental e entrevistas semiestruturadas, foram analisados tanto os aspectos históricos das políticas de saúde indígena quanto a resposta do governo federal durante a pandemia. Os resultados revelaram falhas na administração das políticas de saúde indígena, com falta de acesso mínimo à saúde, falta de água potável e escassez de remédios nas aldeias. A análise também destacou a resistência indígena e a importância de considerar as vozes das comunidades afetadas ao avaliar políticas públicas. Este estudo contribui para o entendimento das políticas de saúde indígena no Brasil e destaca a necessidade de uma abordagem mais inclusiva e eficaz para garantir o bem-estar dessas comunidades vulneráveis durante crises como a pandemia de Covid-19.

Palavras-chave: Canela Memortumré; Saúde Indígena; Políticas Públicas de Saúde.

ABSTRACT

This dissertation addresses the effectiveness of public health policies aimed at indigenous peoples in Brazil during the Covid-19 pandemic, with a focus on the Canela Memortumré indigenous community in the state of Maranhão. Throughout the country's history, indigenous peoples have faced various forms of land expropriation and loss of cultural identity, resulting in serious health problems due to lack of access to basic resources and environmental degradation. Using a methodological approach that combines political analysis and historical materialism, this study investigates the motivations behind public policies, the actors involved, and the perspective of indigenous peoples themselves. Through bibliographic, documentary research, and semi-structured interviews, both the historical aspects of indigenous health policies and the federal government's response during the pandemic were analyzed. The results revealed shortcomings in the administration of indigenous health policies, with a lack of minimum health access, lack of clean water, and shortages of medicines in the villages. The analysis also highlighted indigenous resistance and the importance of considering the voices of affected communities when assessing public policies. This dissertation contributes to understanding indigenous health policies in Brazil and emphasizes the need for a more inclusive and effective approach to ensure the well-being of these vulnerable communities during crises such as the Covid-19 pandemic.

Keywords: Canela Memortumré; Indigenous Health; Public Health Policies.

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Mapa da Terra Indígena Kanela e as unidades de saúde.	82
Figura 2 -Terra Indígena Kanela	83
Figura 3- Terra Indígena Kanela Memortumré.	84
Figura 4- Jaldo, ex-cacique.....	94
Figura 5- Francisquinho.....	95
Figura 6- Beato e Edvirgens.	95
Figura 7- Ioio, agente de saúde indígena	97
Figura 8- Terra Indígena Canela/Memortumré Escalvado.	100
Figura 9- Opções de referência no atendimento indígena	102
Figura 10-Unidade Básica de Saúde Indígena de Escalvado.	105
Figura 11-Determinantes sociais da saúde / Povo Memortumré.....	107
Figura 12- Placa da sala de vacina em Jê na Unidade Básica de Saúde do Escalvado.	108
Figura 13 - Bíblia Sagrada traduzida para o dialeto da família linguística Jê.	110

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
1 DIREITO A SAÚDE COMO POLÍTICA PÚBLICA.....	8
1.1 APORTES HISTÓRICOS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DO BRASIL COLÔNIA AO SUS	13
1.2 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS: OBJETIVOS, FUNCIONAMENTO, DESAFIOS E DESENCADEAMENTO HISTÓRICO	23
1.3 REFLEXÕES SOBRE RACISMO, POLÍTICAS PÚBLICAS, DIREITOS SOCIAIS E DESCOLONIZAÇÃO: AMÉRICA LATINA, BRASIL E MARANHÃO	35
2 A POLÍTICA DE SAÚDE INDÍGENA NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19.....	48
2.1 DO DECRETO 9.795/2019 AO CONTEXTO PANDÊMICO	49
2.2 A RESISTÊNCIA INDÍGENA.....	61
2.3 SAÚDE INDÍGENA NO MARANHÃO DURANTE A COVID-19	68
3 COVID-19 E OS CANELA MEMORTUMRÉ: UMA ANÁLISE DA POLÍTICA PÚBLICA	79
3.1 O POVO CANELA MEMORTUMRÉ E A TERRA INDÍGENA MEMORTUMRÉ....	80
3.2 PARA UMA AVALIAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA	87
3.3 AVALIAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NA PERSPECTIVA DOS MEMORTUMRÉ	94
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	115
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	115

INTRODUÇÃO

Ao longo da história do Brasil, muitas áreas tradicionalmente ocupadas pelos povos indígenas foram perdidas para a construção de estradas, hidrelétricas, represas, mineradoras e outras atividades econômicas. A expropriação dessas terras e a consequente expulsão dos povos indígenas resultou em perda de identidade cultural, línguas e tradições.

Hoje, os povos indígenas no Brasil ainda lutam para proteger suas terras e seu modo de vida, enfrentam ameaças de garimpeiros, madeireiros, grileiros, além de grandes empresas que buscam explorar as riquezas naturais das terras indígenas. Essas ameaças têm consequências graves para a saúde dos povos indígenas, pois a perda de território e a degradação do meio ambiente resultam em escassez de alimentos, falta de acesso a recursos básicos, além de problemas de saúde decorrentes da exposição a produtos químicos e destruição do habitat natural.

De acordo com o Conselho Indigenista Missionário (CIMI) (2022), no Maranhão, há falhas na administração dessa política pública, o que resulta em casos de mortes nas aldeias por falta de acesso mínimo à saúde. O descaso do poder público é evidente em situações como a falta de água potável, ausência de água encanada e escassez de remédios nas Unidades Básicas de Saúde nas aldeias, além do envio de remédios com data próxima ao vencimento foram algumas das dificuldades levantadas pelos indígenas no Maranhão, dentre eles os Canela Ramkokamekrá.

Para além desse contexto, questiona-se: no âmbito da Pandemia da Covid-19 e tendo em vista articulações legislativas, judiciais e dos movimentos indígenas, partindo da avaliação de políticas públicas e da perspectiva da comunidade Canela Memortumré, em que medida foram eficazes as políticas federais de prevenção e combate à Covid-19 no Estado do Maranhão?

A hipótese vislumbrada em primeiro momento avança que os povos indígenas brasileiros sofrem um genocídio continuado decorrente primeiramente da colonização e, com a formação do Estado moderno, com a falta de efetividade das políticas públicas, pois a atuação estatal segue um padrão marcado pela presença do patrocínio de terceiros: bandeirantes, garimpeiros e empresas, até a ação direta de agentes públicos, como o exército brasileiro, e a FUNAI, e também em omissões, como falta de suporte humanitário na forma de assistência médica, medicamentos, alimentos etc. durante a pandemia de Covid-19.

O presente trabalho constitui uma continuação de pesquisa realizada, pelo pesquisador, do trabalho de conclusão do curso de Direito, na UNDB – Centro Universitário, em 2019, com o tema “Por uma Antropofagia do Estado: estado de exceção e genocídio indígena nos fundamentos liberais da democracia brasileira”, onde se discorreu sobre as implicações da formação do Estado, sua concepção e seu modelo representativo, como causa do genocídio contínuo que as populações indígenas sofrem e apresentou como solução um estado plurinacional, baseado no pluralismo jurídico e decolonial.

A importância da pesquisa e seu recorte no Covid-19 reside na escassez de trabalhos voltados para análise de políticas públicas indígenas durante a pandemia, período desafiador para toda a população em que o governo federal foi criticado pela inércia. Nesse diapasão, a atualidade do tema, e a composição do referencial teórico, que agrega conceitos de avaliação de políticas sociais pela legislação e jurisprudência, demonstram a relevância da temática tanto para o contexto acadêmico, quanto para o contexto social, vez que os frutos da pesquisa podem promover mudanças positivas nas políticas públicas colocadas em prática no governo federal atual.

Nesse sentido, o objetivo geral consiste em Avaliar política de saúde indígena do Governo Federal durante a pandemia da Covid-19 (2020-2022). No tocante aos objetivos específicos tem-se ainda: discorrer sobre a política de saúde indígena no Brasil; Abordar a política de saúde indígena do Governo Federal durante a Pandemia da Covid-19 e analisar a política de saúde indígena do Governo Federal sob a perspectiva da comunidade indígena Canela Memortumré.

Para alcançar os objetivos elencados optou-se por utilizar como método de raciocínio pelo materialismo histórico para traçar de forma dialética a temática da saúde indígena, dá-se a partir da necessidade de considerar os conflitos ocorridos entre diferentes grupos sociais durante um período histórico específico que culminaram na aplicação de determinadas políticas públicas, de maneira a possibilitar a análise de como o objeto de estudo reflete esses antagonismos sociais e as lutas de classes implícitas, de forma concreta, a partir do que é material. Nesse sentido, o método proposto parte exatamente dessa compreensão, das várias determinações, fatores e condições que originaram a política social de saúde do governo federal para os povos indígenas durante a pandemia da covid-19.

Nesse contexto, levando em consideração a realidade em si, que pensou-se as políticas públicas de saúde indígena no Brasil, buscando compreender de que maneira o tema tem sido tratado nos últimos anos através da análise política dessas políticas públicas federais, sobretudo no período da pandemia de Covid-19.

Quanto à natureza da pesquisa optou-se pela pesquisa qualitativa vislumbrando que as políticas públicas são resultado das relações humanas, logo, a pesquisa sobre o arcabouço tanto jurídico, mas também de outros, como político e social, que condicionaram a política de saúde indígena do governo federal durante a pandemia da covid-19, serão pertinentes no processo de avaliação, bem como o conhecimento proveniente das entrevistas de representantes dos povos indígenas.

Nesse sentido, as técnicas de pesquisa utilizadas foram a pesquisa bibliográfica, documental e entrevistas. A pesquisa bibliográfica disciplinada, crítica e ampla contou com a seleção dos artigos com base na sua relevância depreendida a partir da quantidade de citações e pela atualidade, em que se deu prioridade aos escritos realizados após o ano de 2019 que trouxeram informações relacionadas à temática abordada e o Covid-19.

Além da pesquisa bibliográfica, era necessário para a compreensão do arcabouço gerador das políticas públicas empregadas e, portanto, a utilização de pesquisa de cunho documental com a investigação dos decretos e legislações que propiciaram o surgimento das redes de atendimento aos indígenas, bem como as ações práticas utilizadas para combater a Covid-19.

Contudo, para se obter a visão dos indígenas a partir de suas vivências únicas, foi utilizada a técnica de entrevistas semiestruturadas, voltadas para a produção primária de dados. Para tanto, o recorte fora fixado na etnia Canela Memortumré. Portanto, a escolha da etnia baseou-se na proximidade geográfica viável para o pesquisador dentro do limite de tempo da pesquisa, e na possibilidade de contato linguístico direto, facilitando o vínculo entre pesquisador e entrevistado. Destaca-se ainda a opção pela entrevista semiestruturada para permitir que os entrevistados expressem suas percepções livremente, mantendo os objetivos centrais da pesquisa. Contudo, ao ter reivindicado a entrevista como técnica, esta foi meramente um meio, pois o conteúdo extraído foi tratado de maneira não hierarquizada, e os conceitos e conhecimentos foram integrados à matriz teórica do corpo do projeto.

A análise de dados considerou a análise política concentrando-se em examinar o propósito, a evolução, o conteúdo e a coerência de determinada política pública. Nesse sentido, mostrou-se importante investigar as motivações por trás dessa política, desvelando como ela foi construída e decidida, que problema ou oportunidade ela visava abordar, quais seus objetivos e instrumentos, bem como como ela se integrava com outras políticas. Nesse sentido, os atores que permearam as políticas públicas também foram analisados, pois em uma análise política de políticas públicas, os atores sociais que as embasam, tanto fornecendo quanto recebendo, foram observados, razão pela qual os discursos dos indígenas acerca da política

pública em questão proporcionada pelo governo federal foram avaliados e não apenas os documentos que consubstanciaram tais políticas.

A partir da fala dos Memortumré foi possível identificar como funciona sua cosmovisão acerca da saúde e quais são os fatores que formam essa ideia, bem como as circunstâncias que impactam diretamente a comunidade.

No primeiro tópico trata-se do surgimento do direito a saúde como política pública traçando os aspectos históricos das políticas públicas de saúde do Brasil colônia ao SUS. Em seguida, trata-se da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas em que se demonstra os objetivos, o seu funcionamento, e os desafios implícitos e o desencadeamento histórico. A partir desses aspectos faz-se um paralelo sobre racismo, políticas públicas, direitos sociais e descolonização da América Latina, Brasil e Maranhão e como esse contexto se entrelaça com o histórico de políticas públicas de saúde indígena.

Em seguida passa-se para a análise dessa política pública no contexto pandêmico, analisando os decretos do governo Bolsonaro e a resistência indígena que se iniciou em reação, passando à análise para o contexto maranhense da saúde indígena.

No último capítulo tem-se uma análise da política pública indígena a partir da visão dos Canela Memortumré, mas primeiro apresenta-se essa comunidade indígena e após discorre-se sobre a avaliação de políticas públicas e suas bases teóricas para então abordar a visão dos Memortumré vislumbrada a partir das entrevistas.

1 DIREITO A SAÚDE COMO POLÍTICA PÚBLICA

Este tópico tem como objetivo dar os primeiros passos que possibilitem avaliar a eficácia da política de saúde indígena federal no estado do Maranhão durante o período de 2020 a 2022, com foco na comunidade indígena Canela Memortumré. Nesse sentido será realizado um exame das políticas públicas voltadas para a saúde dos povos indígenas no Brasil, explorando o histórico dessas políticas e sua implementação.

Para compreender a complexidade das políticas públicas na área da saúde indígena, é essencial abordar conceitos fundamentais e o desenvolvimento histórico dessas políticas no Brasil, explorando a relevância dos direitos sociais na formulação e implementação dessas ações, com base na Constituição Federal de 1988. Além disso, será discutido o papel do Sistema Único de Saúde (SUS) e suas características, dada sua importância fundamental na oferta de serviços de saúde para as populações indígenas no país.

A incorporação de noções de saúde e bem-estar é essencial para fortalecer o Estado de Direito no Brasil, alinhando-se aos princípios de desenvolvimento sustentável, justiça social e respeito aos direitos fundamentais. A Constituição Federal de 1988 destaca a dignidade da pessoa humana como pilar do Estado, exigindo a promoção de condições que permitam uma vida digna. Nesse contexto, o direito à vida e à saúde emerge como um compromisso constitucional, demandando a implementação de políticas públicas que garantam o acesso universal a serviços de saúde de qualidade.

O papel do Estado na prevenção e promoção da saúde é destacado, sendo necessário o estabelecimento de políticas públicas eficientes e a garantia de acesso a serviços de saúde de qualidade. A saúde, enquanto direito social, é interconectada a outros direitos fundamentais, como educação e trabalho digno, destacando a importância de políticas abrangentes.

Uma visão ampla das políticas de saúde, como pretendida na presente dissertação, é crucial ao analisar as relações históricas de poder e dominação que moldaram a realidade das comunidades indígenas. Essa análise oferece insights valiosos sobre as perspectivas e demandas dessas comunidades em relação à saúde. Ao compreender as concepções indígenas de saúde e bem-estar, torna-se evidente que tais aspectos estão interconectados, transcendendo as fronteiras do setor de saúde e se entrelaçando com outros aspectos fundamentais da vida.

Nesse contexto, a abordagem crítica às políticas de saúde indígena se torna essencial. Aprofundar a compreensão das relações históricas contribui para reflexões mais amplas sobre o enfrentamento das consequências da colonialidade na saúde indígena, com impactos específicos na comunidade Canela Memortumré. Esta abordagem crítica transcende as análises

meramente setoriais, permitindo uma compreensão mais completa dos desafios enfrentados pelas comunidades indígenas no Maranhão.

Ao considerar a interseccionalidade entre questões étnico-raciais e a saúde indígena, a análise crítica proporciona uma visão holística dos aspectos legais e dos desafios específicos dessas comunidades. Além disso, essa abordagem fortalece discussões sobre o enfrentamento do racismo estrutural nas políticas públicas, ressaltando a necessidade de ações que promovam a autonomia e a saúde dos povos indígenas no Brasil.

Tendo em vista o exposto, será abordado nesse primeiro tópico o histórico da saúde como política pública no Brasil desde as primeiras diretrizes até a sua consolidação com a criação e desenvolvimento do Sistema Único de Saúde para contextualizar as políticas públicas de saúde indígena e seus aspectos basilares. No último subtópico desta seção será explorada a relação dessas políticas de saúde indígenas com o racismo ambiental.

1.1 APORTES HISTÓRICOS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DO BRASIL COLÔNIA AO SUS

Políticas públicas são ações e medidas adotadas pelo governo ou pela administração pública com o objetivo de solucionar problemas ou alcançar metas sociais, econômicas ou ambientais. Elas envolvem a formulação, implementação e avaliação de diretrizes, programas e projetos que visam melhorar as condições de vida da população, promover o desenvolvimento social e econômico, garantir direitos e equidade, e atender às demandas da sociedade como um todo. As políticas públicas são fundamentais para o funcionamento e o bem-estar da sociedade, uma vez que buscam atender os interesses coletivos e garantir o acesso da população a serviços e direitos básicos. São exemplos de políticas públicas: saúde, segurança, educação, transporte, meio ambiente, entre outras áreas de atuação do Estado (Agum; Riscado; Menezes, 2015).

A origem das políticas públicas remonta ao desenvolvimento das formas de governo e da administração pública ao longo da história. Desde os primórdios das sociedades antigas, os governantes já promoviam ações que visavam o bem-estar coletivo e a organização da sociedade, mas é a partir do desenvolvimento dos Estados modernos, no século XIX, que as políticas públicas se tornaram mais sistematizadas e efetivas.

No final do século XIX e início do século XX, surgiu o movimento do *Welfare State* (Estado de Bem-Estar Social), que influenciou o desenvolvimento das políticas públicas em muitos países. O objetivo dessa abordagem era garantir a proteção social e o bem-estar dos

cidadãos por meio de uma intervenção mais ativa do Estado na economia e na provisão de serviços públicos, como saúde, educação, previdência, entre outros (Paranhos, 2021).

No Brasil, o *welfare state* se desenvolveu a partir da década de 1930, com a criação de políticas sociais como a Previdência Social, a Consolidação das Leis do Trabalho e o Serviço Social. Essas políticas foram ampliadas ao longo da segunda metade do século XX, com a criação de programas como o Sistema Único de Saúde (SUS) (Lei n. 8080/1990), o Bolsa Família (Lei n. 10.836/2004), e o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) (Lei n. 11.947/2009) (Paranhos, 2021).

A partir daí, as políticas públicas passaram a ser entendidas como um conjunto de ações deliberadas pelos governos para atender às necessidades da população e promover o desenvolvimento social e econômico. Com o avanço das teorias e práticas de gestão pública, a formulação e implementação de políticas públicas tornaram-se cada vez mais complexas e embasadas em análises e evidências técnicas, visando uma melhor alocação de recursos e resultados mais efetivos.

As primeiras políticas públicas implementadas no Brasil datam do período colonial. Durante o período colonial, foram estabelecidas políticas para o estabelecimento e exploração das colônias, como as capitanias hereditárias. Com a independência do Brasil em 1822, durante o Império, políticas foram implementadas para estruturar o novo Estado. Exemplos dessas políticas incluem a criação da primeira Constituição do Brasil em 1824, o estabelecimento do Código Criminal do Império em 1830, a criação do ensino público gratuito e obrigatório por meio do Ato Adicional de 1834 e a implementação da Lei de Terras em 1850 (Paranhos, 2021).

Já as primeiras políticas públicas implementadas no Brasil na área da saúde remontam ao período imperial. Em 1851, a Lei nº 651 estabeleceu a abertura de escolas de medicina nas capitais provinciais, com o intuito de formar profissionais médicos para atender às necessidades da população. A criação dessas escolas foi um importante passo para o desenvolvimento do sistema de saúde no país.

Posteriormente, durante a República Velha, algumas iniciativas foram implementadas visando o controle de doenças e a promoção da saúde pública. No período de 1897 a 1930, os assuntos relacionados à saúde pública eram tratados no Ministério da Justiça e Negócios Interiores, mais especificamente na Diretoria Geral de Saúde Pública. Em 1904, por exemplo, foi criado o Serviço de Profilaxia da Febre Amarela, com o objetivo de combater a epidemia de febre amarela que assolava o país. Além disso, foram criados institutos de pesquisa, como o Instituto Oswaldo Cruz, voltados para o estudo e combate às doenças tropicais (Paranhos, 2021).

O Estado vai acentuando sua atuação na saúde de forma progressiva. O ano de 1923 marca a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP) através da Lei Eloy Chaves. Essa lei conferiu estatuto legal a iniciativas já existentes de organização dos trabalhadores por fábricas, visando garantir pensão em caso de algum acidente ou afastamento do trabalho por doença, e uma futura aposentadoria. Com as "caixas", surgem as primeiras discussões sobre a necessidade de se atender à demanda dos trabalhadores, nascendo nesse momento complexas relações entre os setores público e privado que persistirão no futuro Sistema Único de Saúde (Reis; Araújo; Cecílio, 2012).

A assistência à saúde oferecida pelo Estado até a década de 1930 estava limitada às ações de saneamento e combate às endemias. Nesse período, também surgiu e se desenvolveu o chamado "sanitarismo-campanhista", que visava dar apoio ao modelo econômico agrário-exportador, garantindo condições de saúde para os trabalhadores empregados na produção e na exportação. As campanhas visavam ao combate de endemias, como a peste, a cólera, a varíola, entre outras (Paulus Junior; Cordoni Junior, 2006).

Até 1933, foi criado um total de 183 Caixas de Aposentadorias e Pensões no Brasil. Essas caixas representaram o início do sistema previdenciário no país, funcionando como entidades de autogestão em que os trabalhadores contribuíam para garantir benefícios futuros, como aposentadoria e pensão (Paulus Junior; Cordoni Junior, 2006).

No entanto, a partir de 1933, durante o regime do Estado Novo de Getúlio Vargas, ocorreu uma mudança significativa no sistema previdenciário com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Esses institutos surgiram como resposta às demandas dos trabalhadores no contexto de rápida industrialização e urbanização do Brasil (Reis; Araújo; Cecílio, 2012).

Os IAPs eram entidades de grande porte e abrangiam diferentes setores de atividade. Entre eles, destacam-se o IAPTEC para trabalhadores do setor de transporte e cargas, o IAPC para comerciários, o IAPI para industriários, o IAPB para bancários, o IAPM para marítimos e portuários, e o IPASE para servidores públicos (Paulus Junior; Cordoni Junior, 2006).

Além de concentrar recursos financeiros para impulsionar a industrialização do país, os IAPs também foram responsáveis pela implementação da assistência médica aos trabalhadores. No entanto, é importante ressaltar que inicialmente essa assistência não era universal e estava atrelada aos vínculos trabalhistas. Somente os trabalhadores que contribuíam para a Previdência Social, ou seja, aqueles com carteira assinada, tinham direito aos benefícios (Paulus Junior; Cordoni Junior, 2006).

Para viabilizar a assistência médica, os IAPs estabeleceram uma estrutura que envolvia tanto a oferta de serviços próprios de saúde como a contratação de serviços do setor privado. Dessa forma, os trabalhadores vinculados a cada Instituto podiam acessar os cuidados médicos necessários para sua saúde. Portanto, observa-se que a partir da década de 1930 o foco vai passando do atendimento coletivo para o individual (Reis; Araújo; Cecílio, 2012).

O Ministério da Saúde surgirá de forma independente apenas em 1953 a partir do Plano SALTE, iniciado em 1948 pelo General Eurico Gaspar Dutra. Na época o Ministério era responsável pelas campanhas de vigilância sanitária e outras atividades em prol da saúde coletiva. A assistência médica, por outro lado, crescia a partir de instituições previdenciárias que vislumbravam a necessidade de manutenção da força fabril (Paulus Junior; Cordoni Junior, 2006).

A criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966 foi resultado da fusão dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), visando à uniformização e centralização da previdência social. Nessa época, a previdência social se consolidou como principal órgão de financiamento dos serviços de saúde, concentrando as políticas de saúde e ampliando a cobertura assistencial. Adotando uma estratégia de compra de serviços assistenciais do setor privado, o INPS estabeleceu um modelo assistencial hospitalocêntrico, voltado para o tratamento curativo e com foco nos médicos (Reis; Araújo; Cecílio, 2012).

Essa abordagem hospitalocêntrica e centrada nos médicos adotada pelo INPS teve uma grande influência no futuro Sistema Único de Saúde (SUS). Através da concentração das políticas de saúde e da ampliação da cobertura assistencial, a previdência social se tornou o principal órgão de financiamento dos serviços de saúde. A criação do INPS, resultado da fusão dos IAPs, foi um passo importante para a uniformização e centralização da previdência social. Com uma estratégia de compra de serviços assistenciais do setor privado, o INPS adotou um modelo assistencial hospitalocêntrico, priorizando o tratamento curativo e com os médicos como centro do atendimento. Essa abordagem teve uma influência significativa no surgimento do SUS (Paulus Junior; Cordoni Júnior, 2006).

Na década de 1970, a política de saúde no Brasil se dividiu em duas esferas distintas. Enquanto o Ministério da Saúde concentrava-se em ações coletivas de saúde, como programas de combate a doenças e vacinação, o INPS, órgão do Ministério da Previdência e Assistência Social, priorizava a assistência médica individual. Essa abordagem centrou-se na privatização dos serviços e impulsionou o desenvolvimento de instituições hospitalares. Com o rápido processo de industrialização, houve uma maior demanda por serviços de saúde, o que reforçou a necessidade de ação estatal na saúde do trabalhador (Paulus Junior; Cordoni Júnior, 2006).

Nesse contexto, a medicina hospitalar expandiu-se consideravelmente na década de 1970. Dados de Cordoni Júnior (1986) apontam que a taxa de internações hospitalares aumentou significativamente, passando de 2,9% da população em 1970 para 9,7% em 1980. A cobertura previdenciária também se ampliou, abrangendo categorias como empregadas domésticas, trabalhadores rurais e autônomos.

No ano de 1974, foi introduzido o Plano de Pronto Ação (PPA) juntamente com o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) como uma resposta à crescente demanda por serviços de saúde curativos. O FAS, um fundo composto por recursos públicos, concedia empréstimos com juros subsidiados. Esses recursos eram direcionados principalmente para a construção de hospitais privados, os quais, por sua vez, garantiam o retorno do capital por meio do credenciamento junto ao INPS. O PPA consistiu em um conjunto de medidas que simplificaram o atendimento de urgência aos segurados e permitiram que a população em geral recebesse atendimento ambulatorial nos casos de urgência, foi o início de uma universalização da saúde (Paulus Junior; Cordoni Júnior, 2006).

Em 1975, foi feita a primeira tentativa de regulamentar o papel dos municípios na política de saúde através da Lei 6.229, datada de 17 de julho daquele ano. Essa lei buscava organizar o Sistema Nacional de Saúde, estabelecendo as competências municipais, que incluíam a manutenção dos serviços de saúde, em especial os de Pronto Socorro, a realização da vigilância epidemiológica, a articulação dos planos locais de saúde com os estaduais e federais, e a integração dos serviços municipais ao sistema nacional de saúde. No entanto, a municipalização prevista por essa lei não teve o resultado desejado, uma vez que a maior parte dos recursos das prefeituras foi utilizada em atendimentos especializados, com pouca atenção aos serviços primários de saúde (Paulus Junior; Cordoni Júnior, 2006).

A Lei 6.229/1975 não foi capaz de estabelecer um sistema de saúde unificado no Brasil. Na época, cada ministério tinha suas atribuições específicas na área da saúde, o que resultava em ações fragmentadas e descoordenadas. A assistência médica, em sua maioria, ocorria no setor privado e era financiada pela previdência social (Paulus Junior; Cordoni Júnior, 2006).

Em 1976, a experiência do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento para o Nordeste (PIASS) demonstrou a importância da atenção primária de saúde (APS). Esse programa tinha como objetivo levar assistência pública de saúde para regiões carentes, adotando um novo modelo de atenção primária à saúde com a participação da comunidade local. Inicialmente implementado apenas no Nordeste, o conceito de APS acabou sendo ampliado para todo o país (Paulus Junior; Cordoni Júnior, 2006).

Em 1977, o governo criou o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) através da Lei 6.439. Esse sistema era composto por diversas instituições, como o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), a Fundação Legião Brasileira de Assistência (LBA), a Fundação Nacional do Bem Estar do Menor (FUNABEM), a Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV), o Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS) e a Central de Medicamentos (CEME). Essa abordagem adotada pelo INAMPS, embora tenha sido substituída pela criação do SUS, ainda possui influência no atual Sistema Único de Saúde (Paulus Junior; Cordoni Júnior, 2006; Reis; Araújo; Cecílio, 2012).

Esse modelo médico-assistencial adotado nos anos 1970 estava focado principalmente no atendimento individual e curativo, com pouca ênfase em ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. Essa abordagem privilegiava o tratamento hospitalar e especializado, deixando em segundo plano a atenção primária à saúde e ações voltadas para a saúde coletiva (Paulus Junior; Cordoni Júnior, 2006).

Somente em 1978, durante o primeiro encontro municipal do setor saúde, foi reconhecida a importância da atenção primária à saúde como prioridade das prefeituras. Essa abordagem consistia em estabelecer uma rede de serviços básicos de saúde, com foco na promoção da saúde, prevenção de doenças e atendimento primário à população. Isso significava que os casos de maior complexidade e especialidades médicas seriam de responsabilidade dos governos estaduais e federal (Paulus Junior; Cordoni Júnior, 2006).

A falta de integração e coordenação na política de saúde da época resultou em um sistema fragmentado, com diferentes ministérios trabalhando de forma independente e sem uma visão ampla de cuidados de saúde. Isso levou a lacunas na cobertura assistencial e na coordenação dos serviços. Além disso, o modelo predominante de financiamento da assistência médica no setor privado, por meio da previdência social, acabou consolidando um padrão privatista de cuidados de saúde. O Estado atuava como grande financiador, enquanto o setor privado nacional e internacional desempenhava um papel significativo na prestação de serviços e na produção de insumos.

Nesse contexto, em 1982, foi introduzido o Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), que tinha como ênfase principal a Atenção Primária. O objetivo do programa era integrar as instituições de saúde públicas mantidas pelos diferentes níveis de governo em uma rede regionalizada e hierarquizada. O PAIS propunha a criação de sistemas de referência e contrarreferência, dando prioridade à utilização da rede pública de serviços de saúde e

complementando com a rede privada apenas quando necessário. Além disso, o programa buscava descentralizar a administração dos recursos, simplificar os mecanismos de pagamento por serviços terceirizados, controlar efetivamente esses pagamentos, racionalizar o uso de procedimentos de alto custo e estabelecer critérios racionais para todos os procedimentos (Reis; Araújo; Cecílio, 2012).

O PAIS também possibilitou a realização de convênios entre o Ministério da Saúde, o Ministério da Previdência e Assistência Social e as Secretarias de Estado de Saúde, visando a otimização dos recursos públicos disponíveis. Os princípios e diretrizes presentes no PAIS foram fundamentais para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo as bases para uma abordagem mais equitativa e integrada no cuidado em saúde no país (Reis; Araújo; Cecílio, 2012).

A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foi um marco histórico para a saúde no Brasil. Logo após o fim da ditadura militar, essa conferência foi marcada pela intensa participação social e consagrou a concepção ampliada de saúde, reconhecendo-a como um direito universal e dever do Estado. Esses princípios fundamentais seriam incorporados na Constituição de 1988 (Reis; Araújo; Cecílio, 2012).

A VIII CNS foi o ponto culminante das conferências de saúde no país até então. Foi a primeira vez que a população teve a oportunidade de participar ativamente das discussões da conferência. Mais de 4 mil delegados, impulsionados pelo movimento da Reforma Sanitária, estiveram presentes e propuseram a criação de uma ação institucional correspondente ao conceito ampliado de saúde, abrangendo promoção, proteção e recuperação (Reis; Araújo; Cecílio, 2012).

Essa falta de integração e coordenação no sistema de saúde dos anos 1970 teve implicações significativas no acesso e na qualidade dos serviços de saúde. Esses desafios acabariam por culminar na necessidade de reformas mais amplas, que levariam à criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, visando a uma maior integração, universalidade e equidade na prestação de serviços de saúde em todo o país.

As propostas apresentadas durante a conferência foram acolhidas tanto no texto da Constituição Federal de 1988 quanto nas leis orgânicas da saúde, especificamente as Leis 8.080/90 e 8.142/90. Essas legislações consagraram os princípios da saúde como direito universal e do dever do Estado de garantir o acesso igualitário aos serviços de saúde (Paulus Junior; Cordoni Júnior, 2006).

A VIII Conferência Nacional de Saúde teve um papel fundamental na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. As bases do sistema, como a descentralização

acelerada, a participação social e a municipalização, foram estabelecidas durante essa conferência, que reuniu mais de 5.000 participantes. O relatório produzido pela conferência subsidiou decisivamente a Constituição Federal de 1988 no que diz respeito às questões de saúde, tornando-se um marco histórico para o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde no país (Paulus Junior; Cordoni Júnior, 2006).

A Constituição Federal de 1988 estabeleceu o SUS como um sistema público, universal, integral e descentralizado, com o objetivo de garantir o acesso universal e igualitário à saúde para toda a população brasileira. Assim, o setor de saúde no Brasil é regido por um conjunto de leis e regulamentações que têm como objetivo garantir o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde para toda a população. A Constituição Federal de 1988 representa um marco importante nesse contexto, ao consagrar a saúde como um direito fundamental, cabendo ao Estado a responsabilidade de fornecer os serviços necessários para sua promoção, proteção e recuperação.

As diretrizes do SUS estão previstas no artigo 198¹ da Constituição Federal. A Lei 8.080/90 regulamentou o SUS e estabeleceu as diretrizes para a organização e o funcionamento do sistema. Os princípios orientadores do SUS estão previstos no artigo 7º da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) e são compostos por: universalidade, equidade, integralidade, descentralização, regionalização, hierarquização, participação da comunidade e eficiência. Esses princípios são fundamentais para a organização e o funcionamento do SUS, e devem ser observados em todas as ações e serviços de saúde prestados pelo sistema. A universalidade, por exemplo, garante o acesso de todos os cidadãos aos serviços de saúde, sem qualquer tipo de discriminação. Já a equidade busca garantir que todos tenham acesso aos serviços de saúde de acordo com suas necessidades, independentemente de sua condição social, econômica ou geográfica. A integralidade, por sua vez, busca garantir que todos os aspectos da saúde sejam abordados, desde a prevenção até a reabilitação. A descentralização e a regionalização buscam garantir que os serviços de saúde sejam organizados de acordo com as necessidades locais, e a participação social busca garantir a participação da população na gestão do SUS (Lucion, 2016).

A Lei nº 8.142/1990 complementa o arcabouço legal ao estabelecer a participação da comunidade na gestão do SUS e regular as transferências de recursos financeiros entre os entes federativos, o que fortalece a descentralização e a participação da sociedade na formulação e

¹ O caput do artigo 198 da Constituição Federal de 1988 estabelece que : “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.”

implementação das políticas públicas de saúde. Essas leis são fundamentais para garantir o funcionamento efetivo do sistema de saúde no Brasil, permitindo que o país avance em direção à universalização dos serviços de saúde e à promoção da igualdade e justiça social nessa área essencial para o bem-estar da população (Paulus Junior; Cordoni Junior, 2006).

As primeiras políticas públicas brasileiras foram marcadas por uma clara tendência de privilégio às populações mais ricas. Essas políticas eram desenhadas para atender exclusivamente a uma parcela privilegiada da sociedade, negligenciando as necessidades e demandas dos grupos mais vulneráveis. Essa abordagem se reflete em diversas áreas até a atualidade, desde a distribuição de recursos e investimentos até as políticas de educação, saúde e moradia. O resultado é uma profunda desigualdade social, onde alguns segmentos da população são excessivamente beneficiados, enquanto outros são deixados à margem, sem acesso aos mesmos direitos e oportunidades.

No que diz respeito aos Direitos Sociais no Brasil, na atualidade, as políticas públicas são programas de ação governamental que visam coordenar os meios disponíveis ao Estado e as atividades privadas para alcançar objetivos socialmente relevantes e politicamente definidos. O Estado possui o dever jurídico-constitucional de proteger e promover os direitos fundamentais, incluindo os direitos sociais, e isso é realizado por meio da criação e implementação de políticas públicas. Essas políticas, para serem eficazes, devem ser abrangentes e envolver um planejamento com múltiplas atividades, a participação de diversos atores públicos e privados, alocação adequada de recursos e uma avaliação contínua dos resultados alcançados (Carvalho, 2019).

No âmbito jurídico brasileiro, A Constituição Federal de 1988 estabeleceu diversos dispositivos para a efetivação das políticas públicas e para a proteção dos direitos sociais. Entre eles, destacam-se os Conselhos de Políticas Públicas, o Mandado de Segurança, a Ação Popular, o Mandado de Injunção, a Denúncia Direta ao Tribunal de Contas da União de Irregularidades, a Ação de Inconstitucionalidade, dentre outros. Esses instrumentos são importantes para garantir a participação da sociedade civil na deliberação e no controle social das políticas públicas, bem como para assegurar a sua efetivação (Andrade, 2019).

Entretanto, apesar do longo percurso até a instrumentalização da saúde como Direito fundamental no Brasil, a efetiva realização do direito à saúde, mediante políticas públicas promovidas pelos entes estatais, mostra-se como um dos maiores desafios do país, devido à falta de planejamento do Executivo, às inúmeras demandas da população e a diversos outros fatores. Além disso, na atualidade, o direito à saúde está sendo cada vez mais submetido ao crivo das instituições jurídicas para a sua efetivação. Portanto, a implementação de políticas

públicas de saúde no Brasil enfrenta desafios relacionados à gestão, planejamento, demanda da população e judicialização (Luque, 2020).

Outrossim, existem desafios significativos, como o subfinanciamento, pois os recursos destinados à operacionalização e financiamento do SUS são insuficientes para atender às suas necessidades. Isso é um problema histórico que compromete a disponibilidade e a qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população. Junto a esse fator tem-se ainda outros problemas enfrentados pelo SUS, como a baixa qualidade e resolutividade da atenção básica, a dificuldade de constituir a porta de entrada preferencial do sistema e a congestão dos serviços assistenciais de média e alta complexidade (Reis; Araújo; Cecílio, 2012).

Outras críticas ao sistema de saúde brasileiro são apontadas por Lucion (2016), ao afirmar que o modelo de atenção predominante ainda investe em métodos curativos, em vez de priorizar o atendimento integral da saúde pública. De acordo com a autora, tal posicionamento pode se tornar insustentável para o SUS tanto financeiramente quanto no potencial de reverter os problemas de saúde do país. Além disso, há uma dicotomia entre o modelo de saúde pública e a concepção biomédica, o que pode colocar em risco a sustentabilidade do sistema como inicialmente planejado.

A dicotomia entre o modelo de saúde pública e a concepção biomédica mencionada se refere a uma divergência entre duas abordagens diferentes na área da saúde. A concepção biomédica é uma abordagem que se concentra na doença e no tratamento de seus sintomas, utilizando principalmente métodos curativos e medicamentosos. Já o modelo de saúde pública é uma abordagem mais ampla, que busca promover a saúde e prevenir doenças, levando em consideração fatores sociais, econômicos e ambientais que influenciam a saúde da população. Essas duas abordagens são muitas vezes vistas como opostas ou contraditórias, e a dicotomia entre elas pode gerar conflitos e dificuldades na implementação de políticas de saúde (Lucion, 2016).

As dificuldades enfrentadas pelo SUS, como mencionado anteriormente, podem impactar também a criação e implementação da Atenção à Saúde Indígena. O sistema de saúde brasileiro ainda tem o desafio de garantir uma abordagem integral e adequada às necessidades das populações indígenas, levando em consideração suas especificidades culturais, sociais e de saúde.

Mostra-se essencial que as políticas públicas se baseiem em metas coletivas conscientes e abordem questões de interesse público em sentido amplo. Importa ressaltar que o papel do governo é fundamental na criação e implementação dessas políticas para garantir os direitos sociais. Isso pode ser alcançado tanto por meio de atuações normativas, como a

aprovação de leis, quanto por meio de atuações práticas relacionadas à execução dessas leis. Dessa forma, o Estado deve desempenhar um papel ativo na formulação e execução de políticas públicas que promovam a igualdade, a justiça social e o bem-estar da população como um todo (Carvalho, 2019).

A dicotomia entre o modelo de saúde pública e a concepção biomédica se torna especialmente complexa quando se trata da saúde das comunidades indígenas, pois essas populações possuem conhecimentos tradicionais e práticas ancestrais de cuidado e cura que devem ser respeitados e integrados ao sistema de saúde. A criação da Atenção à Saúde Indígena visa justamente superar esses desafios, promovendo uma abordagem culturalmente sensível e garantindo o acesso adequado aos serviços de saúde para as comunidades indígenas. No entanto, é fundamental que o SUS também aprimore seu modelo de atenção como um todo para enfrentar essas dificuldades e garantir um sistema de saúde inclusivo, equitativo e sustentável para toda a população brasileira.

1.2 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS: OBJETIVOS, FUNCIONAMENTO, DESAFIOS E DESENCADEAMENTO HISTÓRICO

Ao longo da história do Brasil, a população indígena enfrentou inúmeros desafios que levaram à redução significativa de seus números. Desde o século XVI, expedições punitivas, epidemias de doenças infecciosas e imposições da colonização e cristianização resultaram na diminuição drástica da população indígena, bem como na perda de sua autoestima, estrutura social e valores coletivos. A desestruturação econômica e cultural, juntamente com conflitos regionais em relação à posse da terra e exploração de recursos naturais, continuam a ser questões presentes até os dias de hoje.

Desde a colonização portuguesa, a assistência à saúde aos indígenas permaneceu desorganizada e esporádica, refletindo a falta de interesse real nesse tema por parte dos governos. A política de saúde voltada aos povos indígenas se iniciou apenas com as ações de assistência do Serviço de Proteção aos Índios (SPI), a partir de 1910. Criado com o objetivo de estabelecer uma convivência pacífica com os povos indígenas, garantir a sobrevivência física desses povos, estimulá-los a adotarem gradualmente hábitos "civilizados", influir "amistosamente" na vida indígena, fixar o indígena à terra, contribuir para o povoamento do interior do Brasil, possibilitar o acesso e a produção de bens econômicos nas terras indígenas, empregar a força de trabalho indígena com o objetivo de aumentar a produtividade agrícola e

fortalecer as iniciativas cívicas e o sentimento indígena de pertencer à nação brasileira (Santos, 2020).

A criação do Serviço de Proteção aos Índios (SPI) em 1910 no Brasil revela um aspecto problemático da relação do Estado com os povos indígenas. Sob a pretensão de tutelar e transformar essas populações em "civilizados" e mão de obra útil para o desenvolvimento do país, o interesse na saúde indígena estava subordinado a essa política de assimilação². O próprio SPI, apesar de ter a questão da saúde indígena como uma de suas atribuições, não foi capaz de proporcionar uma assistência adequada. Essa abordagem contraditória revela a visão paternalista do Estado em relação aos indígenas, impondo sobre eles uma ideia de "civilização" que desconsidera suas especificidades culturais e suas formas de lidar com a saúde e o bem-estar.

Somente na década de 1950, com a criação do Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA) e, posteriormente, da Fundação Nacional do Índio (FUNAI), foram estabelecidas ações básicas de saúde destinadas a atender as populações indígenas em áreas remotas e de difícil acesso, mas ainda com abordagens esporádicas e limitadas. Nesse contexto, a assistência à saúde indígena permaneceu negligenciada e desorganizada ao longo do tempo, mesmo com a criação de instituições como o SPI e a FUNAI, as ações voltadas para a saúde indígena eram, em grande parte, reativas e inseridas em processos de "pacificação", não havendo uma prestação sistemática de serviços (FUNASA, 2002).

A saúde indígena foi pensada no governo brasileiro com mais afinco a partir da década de 1970, quando surgiram as primeiras iniciativas de atenção à saúde dos povos indígenas. Essas iniciativas foram motivadas por diversos fatores, como a preocupação com a saúde dos povos indígenas, que eram afetados por doenças como a malária e a tuberculose, e a pressão de organismos internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS), que reconheciam a importância de garantir o acesso à saúde de qualidade para as populações indígenas. Somados

² De acordo com Mindoso (2021), o termo refere-se a um processo no qual os indivíduos são encorajados a adotar e internalizar os valores, práticas e identidades de uma cultura dominante. Esse fenômeno frequentemente ocorre à custa de suas próprias identidades étnicas, tribais, linguísticas e raciais. O Estado moderno pode desempenhar um papel significativo ao impulsionar esse processo, utilizando-o como uma estratégia para estabelecer identidades hegemônicas e promover a homogeneização na sociedade. A premissa subjacente é que os indivíduos se tornem mais semelhantes à cultura dominante, frequentemente percebida como superior e civilizada, em detrimento de suas próprias tradições culturais e identidades. Esse fenômeno de assimilação também está associado à ideia de uniformização dos valores e práticas dos indivíduos, sendo uma estratégia de poder adotada pelo Estado. O intuito é moldar uma sociedade mais homogênea, alinhada aos padrões considerados predominantes, muitas vezes em detrimento da diversidade cultural e étnica.

a esses fatores tem-se os esforços dos próprios povos originários pelos seus direitos, que reivindicavam o acesso à saúde e a proteção de suas culturas e territórios (Sbaraini, 2016).

No entanto, as intervenções ainda eram pontuais e esporádicas, concentradas em vacinação, atendimento odontológico e controle de doenças transmissíveis. A assistência médica era fornecida por Equipes Volantes de Saúde (EVS), que realizavam atendimentos temporários em comunidades indígenas específicas e supervisionavam o trabalho de profissionais de saúde locais (FUNASA, 2002).

Após o período da crise financeira, na década de 1970, a FUNAI enfrentou dificuldades significativas na organização de serviços de saúde que atendessem à diversidade e dispersão geográfica das comunidades indígenas. Tais desafios incluíram escassez de recursos financeiros e capacidade administrativa, precariedade na estrutura básica de saúde, falta de planejamento das ações e ausência de um sistema de informações em saúde adequado. Além disso, os profissionais das Equipes Volantes de Saúde (EVS) se estabeleceram em centros urbanos, afastando-se das aldeias, o que levou à prestação rara e pouco qualificada de ações de assistência curativa e emergencial nos postos indígenas (FUNASA, 2002).

Apesar de algumas políticas direcionadas aos povos originários terem surgido no período de ditadura militar no Brasil, nasce a partir do discurso de "integração" dos povos originários à sociedade brasileira fomentando tentativas de apagamento das culturas indígenas. Essa suposta integração incentivava na verdade a invasão de suas terras e o assassinato de seus membros. Esse discurso que se inicia desde a colonização marcou os períodos de atuação do Serviço de Proteção ao Índio (SPI) e os primórdios da Fundação Nacional do Índio (FUNAI) (Santos, 2020).

Em 1988, a Constituição Federal reconheceu a necessidade de respeitar as organizações socioculturais dos povos indígenas e estabeleceu a competência da União para legislar sobre a questão indígena. A Constituição também definiu os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), e em 1991, o Decreto Presidencial nº 23 transferiu ao Ministério da Saúde a coordenação das ações de saúde para os povos indígenas, com base na estratégia de Distritos Sanitários Especiais Indígenas, visando garantir o acesso universal e integral à saúde e envolver a população indígena em todas as etapas do processo de planejamento, execução e avaliação das ações. Foi criada, no Ministério da Saúde, a Coordenação de Saúde do Índio (COSAI), subordinada ao Departamento de Operações da Fundação Nacional de Saúde, com a responsabilidade de implementar esse novo modelo de atenção à saúde indígena (FUNASA, 2002).

A Constituição Federal de 1988 reconheceu os direitos dos povos indígenas à saúde e à proteção de suas culturas, o que impulsionou a criação de políticas públicas específicas para a atenção à saúde indígena. No entanto, essas iniciativas eram marcadas por uma visão integracionista³ que buscava incorporar os povos indígenas à sociedade nacional, sem levar em conta suas especificidades culturais e epidemiológicas (Sbaraini, 2016).

Em 1991, a Resolução 11 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) criou a Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (CISI) com a função de assessorar o CNS na formulação de princípios e diretrizes de políticas governamentais relacionadas à saúde indígena. Após uma reformulação na composição da CISI, foram abertas vagas para representantes de organizações indígenas, buscando maior participação e representatividade. Por outro lado, em sentido oposto ao processo de construção da política de atenção à saúde indígena no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Decreto Presidencial nº 1.141/94 instituiu uma Comissão Intersetorial de Saúde (CIS) em maio de 1994, com participação de diversos Ministérios relacionados à questão indígena, coordenada pela FUNAI, devolvendo, na prática, a coordenação das ações de saúde a essa fundação. A CIS aprovou o "Modelo de Atenção Integral à Saúde do Índio", atribuindo responsabilidades específicas para a FUNAI e o Ministério da Saúde, porém a divisão das ações entre a FUNASA e a FUNAI resultou em fragmentação e conflitos, com convênios pouco definidos em termos de objetivos, metas e indicadores de impacto na saúde da população indígena (FUNASA, 2002).

A partir de 1993, a Organização Panamericana de Saúde (OPS) implementou uma iniciativa de saúde direcionada aos povos indígenas das Américas. O principal objetivo dessa iniciativa era adotar uma abordagem abrangente da saúde, que respeitasse a cultura indígena e promovesse a participação e autodeterminação dessas comunidades. A Resolução V da OMS/OPAS reforçou esse compromisso, reconhecendo as condições precárias de vida e saúde enfrentadas pelos povos indígenas. Além disso, foi destacada a importância de valorizar e preservar os conhecimentos tradicionais e práticas culturais dessas comunidades, incluindo seus enfoques na promoção da saúde e no tratamento de doenças. Também foram enfatizadas a necessidade de transformação dos sistemas de saúde nacionais e o desenvolvimento de modelos alternativos de cuidados de saúde em nível local (Sbaraini, 2016).

³ De acordo com Silva e Brasil (2020), o integracionismo é um paradigma que busca integrar os povos indígenas à sociedade majoritária, muitas vezes visando a assimilação cultural desses povos. No Brasil, isso se refletiu em políticas e legislações que buscavam incorporar os povos indígenas à comunhão nacional, muitas vezes desconsiderando suas identidades culturais próprias. Essa abordagem envolveu tentativas de catequização, civilização e integração forçada dos povos indígenas à sociedade dominante, sem respeitar suas especificidades culturais e sociais.

A política indigenista no Brasil foi fortemente influenciada por concepções positivistas, que consideravam os índios em um estágio "infantil" da humanidade e os viam como passíveis de "evolução" e integração na sociedade nacional por meio de projetos educacionais e agrícolas. A partir da década de 1990, entretanto, paulatinamente iniciou-se uma mudança na política indigenista, que buscava integrar os povos indígenas na sociedade nacional sem considerar sua diversidade cultural. Esse movimento pode ser observado no Brasil, ainda que prevalecessem legislações e políticas questionáveis, de cunho assimilacionista e protecionista, na maioria dos países latino-americanos. A antiga tradição indigenista, marcada pelo integracionismo e pelo paternalismo, gradualmente deu lugar a políticas baseadas na participação, na busca de interesses comuns e no estímulo das formas de desenvolvimento dos povos indígenas dentro do processo de desenvolvimento nacional (Murrieta, 2003).

O relatório CEPAL (2014) resume as lutas dos povos indígenas pelo acesso à saúde com dignidade. De acordo com o documento, existe um padrão de direitos em relação à saúde desses povos, que inclui o direito individual ao mais alto nível de saúde e o acesso ao bem-estar de acordo com as concepções indígenas, levando em consideração dimensões culturalmente adequadas, com inclusão da espiritualidade e da relação com a natureza. Esses direitos estão ligados ao reconhecimento da autonomia, direitos territoriais e participação dos povos indígenas, com base no respeito ao consentimento livre, prévio e informado. Portanto, a melhoria das condições de vida, bem-estar e saúde dos povos indígenas não pode ser vista apenas como responsabilidade do setor de saúde e dos serviços sanitários. É necessário formular estratégias integradas e intersetoriais, uma vez que as lacunas na implementação do direito à saúde são resultado da atual subordinação sociopolítica, da degradação e do despojo de seus territórios, e da violência que enfrentam.

A Política Nacional de Atenção à Saúde pauta sua atuação nesses preceitos e tem como finalidade a promoção da saúde e o bem-estar das populações indígenas, respeitando suas especificidades culturais e territoriais. Primeiramente, o objetivo era garantir a promoção universal e igualitária dos serviços de saúde, assegurando que todos os povos indígenas tenham acesso aos cuidados necessários para a prevenção, proteção e recuperação da saúde. Além disso, a política visava fortalecer a participação e o controle social das comunidades indígenas na gestão das políticas de saúde, reconhecendo a importância do protagonismo desses povos na definição das estratégias e ações que afetam diretamente suas vidas e saúde. Para tanto, era fundamental promover a formação e capacitação de recursos humanos especializados na atenção à saúde indígena, que compreendam as particularidades culturais e históricas dessas

comunidades e estejam aptos a prestar um atendimento sensível e respeitoso, alinhado com suas crenças e tradições (FUNASA, 2002).

A década de 1990, influenciada por fatores externos e a recém redemocratização brasileira foi marcada por muitas mudanças institucionais na saúde indígena brasileira, impulsionadas pelo contexto da saúde amplamente relacionado à previsão constitucional do SUS. Entre essas mudanças, estavam a existência de legislação específica regulamentando as políticas públicas, a divisão de competências entre as três esferas de governos, a presença de conselhos nacionais e do controle social. Essas mudanças, no entanto, se deram em meio a diferentes ideias, interesses e configurações institucionais (Paranhos, 2021).

Em consequência tem-se os dados consolidados de 1998, que demonstram a vulnerabilidade dessas populações a época. De 22 das 47 administrações regionais da FUNAI, em uma população de cerca de 60 mil indivíduos, foram registrados 466 óbitos, com quase 50% deles ocorrendo entre menores de cinco anos de idade, principalmente por doenças transmissíveis como infecções das vias respiratórias, parasitoses intestinais, malária e desnutrição. A violência e o suicídio também foram importantes causas de mortalidade, especialmente nas regiões de Mato Grosso do Sul e Roraima. Em relação à tuberculose, comunidades indígenas enfrentaram altas taxas de incidência, evidenciando a necessidade de ações sistemáticas e contínuas de atenção básica à saúde. Além disso, a infecção pelo HIV/Aids tem ameaçado várias comunidades, com o número de casos aumentando, especialmente devido à falta de informações e dificuldades de comunicação e prevenção entre os indígenas (FUNASA, 2002).

Em 1999, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas foi estabelecida como subsistema do SUS em resposta à imperativa necessidade de proporcionar um acesso universal e igualitário à saúde para os povos indígenas, respeitando suas características culturais e territoriais peculiares. O desenvolvimento dessa política contou com a participação ativa e abrangente de diversos atores, desde representantes dos órgãos responsáveis pelas políticas de saúde e pela política indigenista do governo, até organizações da sociedade civil com expertise no campo da atenção e formação de recursos humanos para a saúde indígena.

A colaboração não se limitou apenas às instâncias governamentais e sociais, mas também incluiu representantes das próprias comunidades indígenas, que possuem uma rica vivência na execução de projetos de saúde para seus povos. O objetivo central foi assegurar a participação indígena em todas as etapas da formulação, implantação, avaliação e aprimoramento da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Maciel; Missawa, 2009).

Entretanto, somente em 2002 a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas foi instituída como nacional de fato, o que significa que ela passou a ter um caráter mais abrangente e a ser reconhecida como uma política pública específica para os povos indígenas em todo o país (Santos, 2020).

Com o objetivo de assegurar o acesso à saúde das comunidades indígenas no Brasil, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas propôs a criação de uma rede de serviços de saúde específica, destinada a superar as lacunas existentes no Sistema Único de Saúde (SUS) em relação a essa população.

As políticas de saúde indígena são coordenadas pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), cujo objetivo é garantir atenção integral à saúde das comunidades indígenas. A SESAI realiza ações como a implantação de unidades de saúde em áreas indígenas, capacitação de profissionais, campanhas de prevenção e controle de doenças, além de promover a participação das comunidades na gestão das políticas de saúde através de instâncias de participação social, como os Conselhos Locais e Distritais de Saúde Indígena (FUNASA, 2002).

De acordo com a referida política, essa rede deve ser cuidadosamente planejada para abordar as particularidades culturais, epidemiológicas e operacionais dos povos indígenas, garantindo assim uma atenção mais sensível e adequada às suas necessidades de saúde. Uma das características essenciais desse modelo seria a participação ativa das próprias comunidades indígenas na gestão e no controle social das políticas de saúde, permitindo que eles influenciem as decisões que afetam diretamente suas vidas e bem-estar (FUNASA, 2002).

Outro ponto relevante da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas é a priorização da formação e capacitação de profissionais da área de saúde para atuar com competência e respeito na assistência aos povos indígenas. Além da capacitação de recursos humanos especializados, a política também prevê a formação de agentes indígenas de saúde, reconhecendo o valor e a importância de ter membros da própria comunidade envolvidos diretamente na prestação de cuidados de saúde. Essas ações de formação têm como objetivo aprimorar o atendimento prestado, respeitando os saberes tradicionais dos povos indígenas e valorizando sua cultura, ao mesmo tempo em que se busca estreitar o vínculo entre profissionais de saúde e as comunidades indígenas, fortalecendo a relação de confiança e respeito mútuo (FUNASA, 2002).

Contudo, o sucesso da implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas depara-se com uma série de desafios complexos e multifacetados. Dentre eles, destaca-se a escassez de recursos financeiros e de recursos humanos adequados para estabelecer

e manter uma rede eficiente de serviços de saúde nas terras indígenas. As dificuldades de acesso a algumas áreas remotas e de difícil alcance também se revelam como obstáculos significativos para garantir uma cobertura abrangente e igualitária (FUNASA, 2002).

Muitas comunidades indígenas têm se mobilizado, por meio de suas organizações, para adquirir conhecimentos e controle sobre as doenças de maior impacto em sua saúde, valorizando a medicina tradicional indígena. De acordo com a FUNASA (2002), mais de 1.400 agentes indígenas de saúde têm atuado voluntariamente no Brasil, especialmente na Amazônia, onde são essenciais em áreas remotas com difícil acesso aos serviços de saúde. Embora representem cerca de 13% dos agentes de saúde, a inserção institucional e o suporte para suas atividades são limitados, sendo a maioria das iniciativas tomada por organizações indígenas e não-governamentais, principalmente na Região Amazônica.

O quantitativo de agentes indígenas de saúde chegou a 5106 no ano de 2006, mas passou a reduzir nos anos seguintes, passando para 3833 em 2007. Entretanto, o Ministério da Saúde afirmou em 2021 que o Brasil tem 7,6 mil agentes indígenas, sendo 4,8 mil Agentes Indígenas de Saúde e 2,8 mil Agentes Indígenas Sanitários. Eles representam 52% dos profissionais de saúde que compõem as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), e fazem parte da força de trabalho da SESAI que atua diretamente nas aldeias (FUNASA, 2002; Ministério da Saúde, 2021).

Ademais, tem-se a carência de profissionais de saúde devidamente capacitados para lidar com as especificidades culturais e de saúde dos povos indígenas o que demanda atenção e investimentos na formação desses profissionais, a fim de proporcionar um atendimento mais sensível e respeitoso. Além disso, existe a resistência por parte de alguns profissionais de saúde em reconhecer e respeitar os saberes tradicionais e as práticas de saúde dos povos indígenas, o que requer um esforço contínuo de conscientização e valorização dessas abordagens (FUNASA, 2002).

As iniciativas de atenção à saúde indígena frequentemente ignoravam os sistemas de representações, valores e práticas relacionadas à saúde dos povos indígenas, bem como seus próprios especialistas. Os sistemas tradicionais de saúde dessas comunidades, ricos em diversidade cultural, apresentavam-se como valiosos recursos para a preservação e recuperação de sua saúde, mas muitas vezes não eram devidamente considerados.

Os povos indígenas no Brasil possuem uma visão que difere da ocidental baseada na racionalidade científica. Enquanto na sociedade ocidental o corpo é compreendido como uma estrutura biológica regulada geneticamente, para os indígenas, o "corpo" é uma construção cultural dependente de intervenções sociais, variando de acordo com aspectos específicos como

sexo, idade e linhagem. Essa percepção impacta profundamente a abordagem à saúde, com a medicina indígena priorizando aspectos sociais, espirituais e culturais na busca pela cura, indo além da ausência de doenças para alcançar uma harmonia integral entre o indivíduo, a comunidade e o ambiente ao redor. Essas diferenças demonstram a diversidade cultural e a influência das crenças e valores no entendimento do corpo humano e da reprodução, tornando essencial respeitar e valorizar essas distintas perspectivas para uma abordagem inclusiva e sensível na área da saúde (Castro, 1986).

A construção do corpo e da identidade pessoal nas sociedades indígenas é fortemente influenciada por intervenções sociais ao longo da vida. Além da concepção e nascimento, rituais de reclusão enfrentados por adolescentes em diferentes comunidades indígenas moldam o conceito de "corpo" e "pessoa". Essas práticas incluem proibições alimentares rigorosas, uso de eméticos, aplicação de sangrias e atividades físicas extenuantes, como a caçada de fogo entre os Xavante. Tais intervenções destacam a importância das influências socioculturais na construção do corpo humano ao longo do tempo e ressaltam a necessidade de compreender e valorizar essas diversidades para promover políticas de saúde adequadas às necessidades específicas de cada comunidade indígena (Castro, 1986).

Outro desafio crucial é assegurar a participação ativa das comunidades indígenas na gestão e no controle social das políticas de saúde. Para isso, é fundamental criar mecanismos efetivos de diálogo e consulta, que possibilitem aos povos indígenas influenciarem diretamente as decisões relacionadas à saúde. Nesse sentido, é imprescindível promover o reconhecimento e a valorização das práticas tradicionais de saúde dessas comunidades, integrando-as de forma respeitosa e complementar às práticas da medicina ocidental, a fim de construir um sistema de saúde mais abrangente e inclusivo para todos (FUNASA, 2002).

Essa abordagem participativa e inclusiva na criação da política é fundamental para garantir que as especificidades culturais e as necessidades dos povos indígenas sejam devidamente consideradas e respeitadas ao longo de todo o processo. O envolvimento direto das comunidades indígenas e suas organizações na elaboração da política ajuda a assegurar que as soluções propostas sejam genuinamente compatíveis com suas crenças, valores e práticas de saúde tradicionais. Essa parceria colaborativa também é essencial para superar barreiras como a falta de compreensão e o preconceito em relação às práticas indígenas de saúde, bem como para combater a discriminação e as desigualdades históricas que frequentemente afetaram negativamente a saúde desses povos. Portanto, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, ao ser construída de forma participativa e inclusiva, representaria um importante passo para a construção de um sistema de saúde mais equitativo, sensível às

diversidades culturais e efetivo na promoção do bem-estar e da qualidade de vida das comunidades indígenas em todo o Brasil (FUNASA, 2002).

Em 2010, foi criada por meio do Decreto 12.314 em 19 de agosto, a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), com a finalidade de coordenar a implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) e administrar o Subsistema de Saúde Indígena (SasiSUS) em todo o país através dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). O objetivo principal da SESAI, conforme definido pela própria Secretaria e pela PNASPI, é fornecer atendimento primário à saúde e ações de saneamento de forma participativa e adequada às especificidades epidemiológicas e socioculturais das comunidades indígenas (Ministério da Saúde, 2010).

Além das atividades relacionadas à atenção primária, a SESAI e os DSEIs possuem a responsabilidade de assegurar a coordenação do cuidado integral à saúde dos povos indígenas, conforme destacado pelo Decreto 9.795 de 17 de maio de 2019, no seu artigo 40. A Secretaria Especial de Saúde Indígena é incumbida de planejar, coordenar, supervisionar, monitorar e avaliar as ações de cuidados abrangentes à saúde no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e sua integração com o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2019).

No processo de construção das políticas de saúde indígena, houve envolvimento de lutas, organização e protagonismo das comunidades indígenas, confrontando os modelos e formas de atuação estatal que muitas vezes não consideravam suas realidades. A organização do modelo de atenção à saúde indígena é influenciada por fatores regionais, características étnicas e pelas próprias dinâmicas e relações das comunidades, o que impacta a implementação desse modelo (Paranhos, 2021).

O protagonismo indígena na saúde se reflete não apenas nas instâncias formais de participação, mas também nas práticas cotidianas, nos conhecimentos tradicionais e nas formas de organização comunitária. Os indígenas têm se fortalecido na defesa de seus direitos à saúde, reivindicando o acesso a serviços de qualidade que considerem suas especificidades culturais e suas concepções de bem-estar. Essa atuação vai além da simples inserção dos indígenas no sistema de saúde estabelecido, buscando uma abordagem intercultural que promova a autonomia e o empoderamento dessas comunidades. Portanto, reconhecer o protagonismo indígena na saúde significa valorizar suas vozes, experiências e conhecimentos como pilares essenciais para a construção de políticas mais inclusivas e efetivas (Paranhos, 2021).

Afinal, de acordo com o Censo de 2022 (finalizado em 2023), realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população indígena no Brasil ultrapassou a marca de 1,6 milhão de pessoas. Trata-se de cerca de 1.693.535 pessoas, o que representa 0,83%

do total de habitantes do país. Esse número é quase o dobro do registrado em 2010, quando havia 896.917 mil indígenas no território nacional, correspondendo a 0,47% da população total. Em 2010, constatou-se a existência de 274 línguas indígenas no Brasil, e pessoas pertencentes a 305 etnias distintas (IBGE, 2023).

Dessa população, a maioria (51,25% ou 867,9 mil indígenas) vive na Amazônia Legal, uma região formada pelos estados do Norte, Mato Grosso e parte do Maranhão. O Norte concentra 44,48% da população indígena do país em 2022, totalizando 753.357 pessoas. Outros 31,22% estão no Nordeste, o que equivale a 528.800 pessoas. A Terra Indígena Yanomami (AM/RR) é a que possui o maior número de pessoas indígenas, com 27.152, seguida pela Raposa Serra do Sol (RR), com 26.176 habitantes indígenas, e pela Évare I (AM), com 20.177 (IBGE, 2023).

Dos 72,4 milhões de domicílios particulares permanentes ocupados do Brasil, 630.041 têm pelo menos um morador indígena, correspondendo a 0,87% desse universo total. Dentre esses domicílios, 137.256 estão localizados dentro de Terras Indígenas (21,79%) e 492.785 estão localizados fora de Terras Indígenas (78,21%) (IBGE, 2023).

Esses números representam uma parte significativa da diversidade étnica e cultural do país, evidenciando a importância de reconhecer e valorizar as comunidades indígenas em suas especificidades e necessidades. A preservação da identidade e dos direitos dessas populações torna-se ainda mais relevante em um contexto em que questões como a garantia da demarcação de terras, o acesso à saúde e à educação, bem como o respeito à cultura e aos saberes ancestrais, demandam atenção e esforços coletivos para a construção de uma sociedade mais justa e inclusiva para todos (Gandra, 2023).

Apesar do crescimento populacional apontado pelo IBGE (2023), muitos desses povos estão ameaçados de desaparecimento devido à alta mortalidade e redução populacional. Os povos indígenas no Brasil enfrentam uma série de ameaças provenientes de garimpeiros, madeireiros, grileiros e grandes empresas que buscam explorar as riquezas naturais presentes em suas terras. Esses desafios representam uma grande preocupação para a saúde dessas comunidades, uma vez que a perda de território e a degradação do meio ambiente resultam em escassez de alimentos, falta de acesso a recursos básicos e exposição a produtos químicos prejudiciais à saúde, além da destruição do habitat natural (Amorim; Silva, 2021).

O crescimento demográfico entre os povos indígenas também está associado à conservação do ambiente natural, estabilização das relações interétnicas e demarcação das terras indígenas para além dos desafios de acesso aos serviços de atenção básica à saúde. A confluência desses fatores reverberam nas altas taxas de morbidade e mortalidade,

principalmente de doenças preveníveis, evidenciando a necessidade de ações sistemáticas e contínuas de atenção à saúde no interior das áreas indígenas (FUNASA, 2002)

Em alusão ao exposto acima tem-se indicadores preocupantes de saúde para a população indígena, como alta taxa de mortalidade materna e infantil, desnutrição e doenças como diabetes, doenças cardiovasculares, malária e tuberculose. Um inquérito realizado nas regiões sul e sudeste do país revelou percentuais elevados de diabetes mellitus entre esses povos em comparação com outras regiões. Além disso, o perfil epidemiológico dos povos indígenas no Brasil mostra que a malária é uma das principais doenças endêmicas, especialmente na região amazônica, e outras doenças como leishmaniose, doença de Chagas, hepatite B e tuberculose também afetam essa população. Diante dessa complexidade, é necessário realizar ações integradas e articuladas entre diferentes setores e níveis de governo para abordar a situação de saúde dos indígenas (Paranhos, 2021).

Entretanto, as principais questões enfrentadas pelas comunidades indígenas abrangem a escassez de remédios, restrições no acesso a consultas e exames na Unidade Básica de Saúde Indígena, a carência de serviços odontológicos e transporte para indivíduos doentes, assim como a inadequação e a deficiência dos serviços médicos para a população, e a falta de acesso a água potável (CIMI, 2022).

A saúde indígena foi objeto de muitas mudanças no decorrer da história, incluindo mudanças na gestão dos serviços, na estrutura, nos objetivos e princípios da política, no formato dos recursos humanos envolvidos, entre outros elementos que conformam o atual modelo de atenção à saúde dos povos indígenas. Entretanto todas as lacunas apontadas são resultado da negligência do Estado em prover os cuidados necessários.

Portanto, compreende-se que garantir o acesso à saúde desses povos vai além do fornecimento de serviços de saúde, envolvendo ações que abordem as desigualdades estruturais e sociais que afetam sua qualidade de vida. É fundamental levar em consideração suas concepções culturais, espirituais e sua relação com a terra, e promover a participação dos próprios povos indígenas no planejamento e na implementação de políticas de saúde, respeitando sua autonomia e direitos territoriais. Essa abordagem ampla e interdisciplinar é necessária para superar as barreiras enfrentadas pelos povos indígenas no acesso à saúde de qualidade.

Para garantir o cumprimento dos direitos à saúde dos povos indígenas, é fundamental considerar suas necessidades específicas, suas formas de conhecimento e compreensão da saúde, e promover uma abordagem culturalmente sensível. Além disso, é preciso enfrentar as questões estruturais que contribuem para a desigualdade de acesso, como a subordinação

socioeconômica, o desrespeito aos direitos territoriais e a violência sofrida por essas comunidades.

É de extrema importância que as políticas e estratégias adotadas sejam inclusivas, participativas e interconectadas, levando em conta a multidimensionalidade da saúde dos povos indígenas e buscando superar as lacunas existentes na implementação do direito à saúde. Somente assim será possível garantir o acesso universal e equitativo à saúde para todas as comunidades indígenas, promovendo o bem-estar e o respeito aos seus direitos fundamentais.

1.3 REFLEXÕES SOBRE RACISMO, POLÍTICAS PÚBLICAS, DIREITOS SOCIAIS E DESCOLONIZAÇÃO: AMÉRICA LATINA, BRASIL E MARANHÃO

A inclusão nas políticas de saúde indígena significa considerar e respeitar as diversas concepções de saúde presentes nas diferentes culturas, envolvendo os próprios membros das comunidades no processo decisório. A participação ativa das comunidades indígenas na formulação e implementação de políticas é crucial para garantir que estas se alinhem efetivamente às necessidades específicas de cada grupo, promovendo, assim, o respeito aos direitos fundamentais dessas populações.

A interconexão entre diferentes áreas da vida indígena, como cultura, território e autonomia, deve ser incorporada nas políticas de saúde para abordar integralmente a saúde dessas comunidades. Isso implica reconhecer que a saúde indígena vai além do aspecto biomédico, englobando elementos sociais, culturais e espirituais. A promoção do bem-estar indígena requer uma compreensão que vá ao encontro das suas concepções próprias de saúde.

Contudo, ao abordar as políticas de saúde indígena, é essencial confrontar as implicações do racismo, que historicamente tem impactado negativamente essas comunidades que sofrem com o pensamento colonial. Nesse sentido, o racismo muitas vezes se reflete nas políticas públicas de saúde, afetando o acesso aos serviços e a qualidade do atendimento. A discriminação racial pode resultar em desigualdades significativas na saúde indígena, comprometendo a eficácia das ações do Estado e das políticas públicas sanitárias.

Portanto, é fundamental que o Estado reconheça e enfrente as manifestações de racismo nas políticas de saúde indígena, buscando ações afirmativas e estratégias que garantam a equidade. Somente através de políticas inclusivas, participativas e interconectadas, que abordem de maneira eficaz as implicações do racismo, será possível promover o acesso universal à saúde para todas as comunidades indígenas, respeitando e fortalecendo seus direitos

fundamentais. Nesse sentido importa traçar a contextualização histórica da colonização que impacta diretamente na dinâmica dessas políticas públicas de saúde até a atualidade.

A história da América Latina é profundamente marcada por influências externas, moldando suas estruturas política, econômica e social por meio de interferências estrangeiras desde a colonização. Essa dinâmica estabeleceu a América como o "Outro" em relação ao poder hegemônico europeu, consolidando-se a partir de 1492. Essa influência estrangeira, desde a colonização europeia, moldou a identidade latino-americana e perpetuou padrões de poder que persistem e impactam diretamente as políticas públicas direcionadas para esses povos, principalmente as relacionadas à saúde (Maia; Farias, 2020).

Durante séculos, as potências colonizadoras impuseram suas crenças, valores e estruturas de poder sobre as culturas indígenas, resultando em uma marginalização sistemática dessas comunidades. As tradições, línguas e modos de vida indígenas foram desvalorizados e muitas vezes extintos. A colonialidade, com seus eixos fundamentais, estabeleceu uma hierarquia social baseada em noções de raça, superioridade europeia e controle sobre o trabalho. Esse sistema estrutural de poder deu origem ao eurocentrismo, influenciando a racionalidade na região. A disseminação global desse paradigma silenciou outros conhecimentos, marginalizando culturas do sul global (Maia; Farias, 2020).

Ao construir essa noção de supremacia, também universalizam suas crenças e valores, impondo-os aos povos americanos por meio de violência e destruição das realidades dos colonizados. O encobrimento ocorre em diversos âmbitos - econômico, político, cultural e social -, subjugando a vida dos indígenas em todas as formas de subjetividade (Maia; Farias, 2020).

Na análise de Fanon (2008) capitalismo, colonialismo e racismo, conectam-se de forma interdependente. O autor argumenta que o colonialismo não apenas reflete o capitalismo e o racismo, mas também é profundamente enraizado neles, formando uma estrutura em que esses sistemas se apoiam mutuamente. Fanon (2008) enfatiza o colonialismo como uma estrutura voltada para a exploração econômica e a dominação política das populações colonizadas, perpetuando, assim, as lógicas do capitalismo.

Tal visão coaduna com o exposto por Césaire (2006) que articula uma crítica contundente à colonização, retratando-a como um ato de pilhagem que não apenas explorava recursos materiais, mas também desumanizava tanto colonizadores quanto colonizados, corroendo a humanidade de ambos os grupos.

Considerando a colonização como um empreendimento baseado em saque, Césaire (2006) aduz que as justificativas civilizatórias são meras racionalizações para a exploração, denunciando a hipocrisia das narrativas coloniais que buscam legitimar a dominação.

Dentre as justificativas para a opressão colonial e a exploração econômica das comunidades não brancas, Fanon (2008) discute o racismo como uma ferramenta ideológica. Ele ilustra como o racismo está intrinsecamente ligado ao sistema colonial, sendo empregado para manter a hierarquia de poder e subjugar os povos colonizados.

Césaire (2006) promove uma valorização das vozes silenciadas dos colonizados e uma crítica profunda à epistemologia ocidental, visando descolonizar o pensamento e promover uma perspectiva mais autêntica da experiência colonial. Essa abordagem reforça a necessidade de confrontar as estruturas de poder e conhecimento que sustentaram a colonização, fomentando uma reflexão crítica sobre suas implicações humanas e sociais.

Nesse mesmo diapasão tem-se o exposto por Fanon (2010) para quem a resistência anticolonial não pode ser dissociada da luta contra o capitalismo e o racismo, uma vez que esses sistemas estão entrelaçados e se fortalecem mutuamente, exigindo uma práxis anticolonial que busque a emancipação integral das populações colonizadas em todos os aspectos políticos, econômicos e sociais.

O colonialismo como processo histórico resultou em um sistema de opressão e exploração que se traduz em racismo estrutural, violência e uma negação sistemática de direitos básicos, especialmente no contexto indígena. A dominação europeia permeou todos os aspectos da sociedade latino-americana, resultando na invisibilização dos conhecimentos locais e na exclusão de minorias étnicas na construção dos Estados (Maia; Farias, 2020).

Com o início do colonialismo na América inicia-se não apenas a organização colonial do mundo mas – simultaneamente – a constituição colonial dos saberes, das linguagens, da memória e do imaginário. Dá-se início ao longo processo que culminará nos séculos XVIII e XIX e no qual, pela primeira vez, se organiza a totalidade do espaço e do tempo – todas as culturas, povos e territórios do planeta, presentes e passados – numa grande narrativa universal. Nessa narrativa, a Europa é – ou sempre foi – simultaneamente o centro geográfico e a culminação do movimento temporal. Nesse período moderno primevo/colonial dão-se os primeiros passos na articulação das diferenças culturais em hierarquias cronológicas e do que Johannes Fabian chama de a negação da simultaneidade. Com os cronistas espanhóis dá-se início a “massiva formação discursiva de construção da Europa/Ocidente e o outro, do europeu e o Índio, do lugar privilegiado do lugar de enunciação associado ao poder imperial (Lander, 2005, p. 10).

A construção dos Estados latino-americanos refletiu uma visão homogeneizadora que excluiu minorias étnicas, perpetuando uma estrutura política que não considerou a diversidade

das sociedades e consolidou uma dominação eurocêntrica ao invisibilizar conhecimentos e estruturas locais. Apesar das diferenças entre países, e as etnias que os compunham, a América Latina passou por um desenvolvimento capitalista semelhante, caracterizado por uma relação estrutural de dependência europeia.

Com o objetivo de explorar a terra e seus recursos naturais, os colonizadores impuseram a violência e a força, despojando os indígenas de suas terras. Essa realidade persiste até os dias atuais, ecoando também na política sanitária, evidenciando o protagonismo da Europa e de suas instituições na reprodução do poder e na imposição do sistema colonial (Quijano, 2005).

Quijano (2005) introduz a noção de colonialidade no contexto da América Latina, destacando um dos pilares do novo padrão de poder formado: a introdução da ideia de raça como fator distintivo de identidades sociais. Essa concepção foi instrumentalizada para legitimar o processo de colonização e a subsequente dominação europeia sobre os povos latino-americanos. O autor argumenta que o sentido moderno de raça, utilizado para categorizar seres humanos, não tinha aplicação conhecida antes da colonização nas Américas. Foi durante esse período que surgiram as distinções fenotípicas entre colonizadores e colonizados.

A colonialidade do poder, sua conexão intrínseca com a concentração do capital, dos assalariados e do mercado na Europa, pode servir como um eixo central para compreender a narrativa eurocêntrica dominante. Esse fenômeno, enraizado na modernidade, pressupõe a supremacia da zona centro-norte da Europa Ocidental, configurando-a como o epicentro intelectual. Além disso, a colonialidade do poder tem íntima relação com a reconfiguração das relações coloniais entre as raças e seu impacto global perceptível. Desse modo, a perspectiva crítica sobre a colonialidade é de suma importância para desvelar as complexas dinâmicas de poder, dominação e exclusão presentes nas relações de desenvolvimento e nas tomadas das instituições (Bruzaca, 2021).

As supostas diferenças, criadas em contextos de dominação, foram vinculadas a posições e hierarquias sociais. Com o tempo, essa associação tornou-se parte integrante das relações coloniais, transformando-se em um critério determinante para a distribuição de posições e poder na sociedade. Assim, a ideia de raça, aliada à identidade social que ela representa, consolidou-se como um instrumento essencial de classificação social (Quijano, 2005).

Posteriormente, as novas categorias sociais também foram vinculadas às funções na divisão do trabalho, transformando-se em uma divisão racial do trabalho. Nesse contexto, o trabalho assalariado tornou-se um privilégio para os brancos, enquanto aos indígenas foi

destinado o trabalho escravo ou servil, e aos negros, o trabalho escravo. Essa associação discriminatória no âmbito laboral foi reproduzida em todas as colônias europeias nos anos subsequentes (Maia; Farias, 2020)

De acordo com Mignolo (2007) o racismo europeu suprime todas as outras narrativas em prol de uma visão eurocentrada. A criação de um sistema classificatório para marginalizar determinados saberes, línguas e comunidades surge para justificar a apropriação de terras e a exploração de mão de obra. Essa dinâmica de desigualdade e opressão entre colonizadores e povos indígenas criou um sistema racista que persiste até hoje, já que houve uma perpetuação desse sistema pelos próprios sistemas institucionais dos locais colonizados. Nesse sentido, indígenas continuam sofrendo exclusão em diversas áreas, como educação e saúde, além de serem alvo de estereótipos e preconceitos cotidianos.

A geopolítica do conhecimento está intrinsicamente vinculada à colonialidade que permeia o poder global. A partir do contexto em que concebemos nossas ideias, tanto a geopolítica quanto o corpo-política do conhecimento são moldados, determinando o que se torna visível ou invisível em uma teoria. A colonialidade do poder representa um modelo global de influência que afeta não apenas a produção de conhecimento, mas também a visibilidade de diversas experiências. Isso sugere que a elaboração do conhecimento é profundamente afetada pelas complexas relações de poder em escala global, destacando a importância da perspectiva de onde o pensamento se origina para compreender o que emerge ou permanece obscurecido em uma teoria (Grosfoguel, 2016).

O problema da postura anti-indígena, não é algo que se restringe ao Brasil, pois a presença da colonialidade no campo jurídico dos países latino-americanos vai além da dominação econômica, abrange aspectos culturais e epistemológicos. O legado do colonialismo reflete-se na exploração contínua de grupos historicamente marginalizados na estrutura do trabalho capitalista. O modelo jurídico adotado na América Latina muitas vezes exclui a rica diversidade étnica e cultural presente na região, criando obstáculos para uma participação democrática e pluralista mais inclusiva.

No Brasil, destaca-se que a persistência dos fundamentos teóricos da arqueologia brasileira e do pensamento americanista, perpetuam a teoria da degeneração indígena e o argumento colonialista, sendo uma questão secular com reflexos tanto temáticos quanto políticos nessas áreas. A continuidade dessas teorias têm implicações políticas relevantes, especialmente quando se considera que as sociedades indígenas estão cada vez mais em busca de legitimar sua soberania política no presente, e a arqueologia brasileira pode desempenhar um papel crucial nesse processo plural (Noelli; Ferreira, 2007).

A insistência dessas teorias pode se tornar um obstáculo para essa legitimação, uma vez que elas tendem a reforçar estereótipos negativos sobre os povos indígenas e sua relação com o passado. A manutenção dessas doutrinas pode limitar a capacidade da arqueologia brasileira de participar de diálogos mais abrangentes sobre a história e cultura do país, restringindo assim a compreensão de aspectos importantes e complexos da história indígena e sua relevância para a sociedade atual plurais (Noelli; Ferreira, 2007).

Desde o momento do contato entre os europeus e os povos originários das Américas, tem-se observado um padrão sistemático de extermínio e despojo territorial dos povos indígenas. O genocídio⁴ e o etnogenocídio⁵ acompanham essas comunidades desde o início do seu encontro com os povos europeus, que se autointitulavam civilizados. Apesar dos séculos transcorridos e dos avanços na garantia gradual de direitos por parte das nações, as populações indígenas que conseguiram resistir e sobreviver às diversas adversidades impostas pelos colonizadores permanecem em situação de risco.

Nesse sentido, é fundamental repensar e questionar a influência dessas teorias, buscando uma abordagem mais sensível, inclusiva e responsável para garantir o respeito à diversidade cultural e a construção de uma arqueologia e um pensamento americanista mais abertos ao diálogo e à construção de narrativas históricas mais justas e plurais (Noelli; Ferreira, 2007).

As diversas manifestações de racismo, violência explícita e desrespeito a cultura, sofridas pelas comunidades indígenas brasileiras também se refletem nas políticas sanitárias adotadas pelo governo federal para essas populações. Pois, esse tipo de discriminação não é resultado de desconhecimento, mas sim de uma postura arrogante que desvaloriza suas identidades advinda do pensamento colonial que nega a existência e diversidade dos povos indígenas e contribui para a perpetuação do racismo, ignorando a violência e o genocídio enfrentados por essas populações. Para dirimir tais consequências é preciso empoderar os

⁴ Genocídio é um crime contra a humanidade que se caracteriza por práticas que visem à eliminação de um grupo de seres humanos por questões raciais, étnicas e religiosas. A Lei nº 2.889, de 1º de outubro de 1956 define o crime de genocídio como quem, com a intenção de destruir, no todo ou em parte, grupo nacional, étnico, racial ou religioso, como tal: a) matar membros do grupo; b) causar lesão grave à integridade física ou mental de membros do grupo; c) submeter intencionalmente o grupo a condições de existência capazes de ocasionar-lhe a destruição física total ou parcial; d) adotar medidas destinadas a impedir os nascimentos no seio do grupo; e) efetuar a transferência forçada de crianças do grupo para outro grupo (BRASIL, 1956).

⁵ Etnogenocídio surge como categoria teórica cunhada por Longhini que a propõe como possibilidade para nomear as especificidades das violências que os povos indígenas sofrem que resultam no seu apagamento identitário indígena, reflexo de práticas racistas anti-indígenas. A categoria é proposta com base em eixos construídos a partir da análise dos TCCs de autoria indígena, a partir da pesquisa partilhada na oralidade e em formatos escritos Laís Santos Maxakali, Casé Tupinambá, além da própria vivência da autora como ativista indígena (LONGHINI, 2023).

indígenas como autores de suas próprias narrativas e abordar as particularidades de seus contextos

A dinâmica colonialista persistiu durante o século XX, embora sob diferentes pretextos, como o progresso e soberania nacional, especialmente no contexto da política desenvolvimentista do governo militar e das tentativas de assimilacionismo que geraram o etnocídio⁶ de indígenas.

Nesse sentido, a abordagem do racismo anti-indígena mostra-se fundamental para combater as diversas manifestações de etnocídio e desigualdades na distribuição de recursos entre grupos étnico-raciais, contribuindo para contextualizar o conceito de Racismo Ambiental no Brasil. Para promover uma sociedade mais justa e inclusiva, é necessário enfrentar as estruturas sistêmicas que perpetuam o racismo e a alienação ideológica. A inversão de perspectiva e o respeito à diversidade são fundamentais para uma visão consciente e respeitosa da vida (Oliveira; Freitas, 2020).

O legado do colonialismo nas políticas sanitárias indígenas brasileiras é marcado pela desconsideração das práticas tradicionais de saúde, perda de autonomia das comunidades e persistente racismo estrutural. A introdução de doenças pelos colonizadores, a desapropriação territorial e a falta de representação nas decisões de saúde agravam a vulnerabilidade epidemiológica e as disparidades socioeconômicas. Superar esses desafios requer abordagens inclusivas, participativas e culturalmente sensíveis para garantir a equidade no acesso à saúde para as comunidades indígenas.

O racismo estrutural, uma herança constante do colonialismo, permeia as políticas de saúde destinadas às populações indígenas. Desde o acesso desigual aos serviços até a falta de representação nas decisões que afetam sua saúde, as comunidades indígenas enfrentam sistemáticas barreiras que comprometem o pleno exercício de seus direitos fundamentais à saúde.

Adicionalmente, a impactação territorial decorrente do colonialismo continua a influenciar negativamente a saúde das comunidades indígenas. A desapropriação de terras resultou em perdas significativas, afetando não apenas a relação com seus territórios ancestrais, mas também prejudicando o acesso a recursos naturais essenciais, como plantas medicinais e água potável, comprometendo a saúde ambiental e a segurança alimentar.

⁶ Calheiros (2015) argumenta que o etnocídio pode ser entendido como uma forma de "política de assimilação forçada", aproximando-se do conceito de genocídio cultural resultante diretamente das políticas assimilacionistas (Calheiros, 2015).

A vulnerabilidade epidemiológica, originada com a introdução de doenças pelos colonizadores, persiste como desafio contemporâneo. As comunidades indígenas enfrentam condições socioeconômicas desfavoráveis e obstáculos no acesso a serviços de saúde adequados, contribuindo para disparidades epidemiológicas persistentes.

Um dos aspectos mais evidentes dos impactos do colonialismo na saúde indígena é o cerceamento do direito à saúde indígena pelo governo federal brasileiro que impacta diretamente as populações originárias do país. Este fenômeno se manifesta através de diversas ações e omissões que comprometem o acesso dessas comunidades aos serviços de saúde, ferindo princípios fundamentais de justiça social e direitos humanos. É a negligência estatal na provisão de serviços adequados, juntamente com a falta de investimento nesse setor, que muitas vezes leva a resultados ainda mais graves, caracterizando um verdadeiro genocídio.

A título de exemplo, tem-se a negação de acesso a água potável que compromete a saúde e a sobrevivência das comunidades, levando à propagação de doenças e mortes evitáveis. A falta de água potável está relacionada a diversos contextos ambientais em que há exploração ilegal das terras indígenas que levam a poluição das fontes hídricas das comunidades e a necessidade de abastecimento externo que não ocorre a contento.

Assim é possível relacionar a questão da saúde indígena com o racismo ambiental que é caracterizado por políticas, práticas ou orientações promovidas por instituições governamentais, jurídicas, econômicas, políticas e militares, que impactam de maneira racialmente desigual as condições ambientais relacionadas à habitação, trabalho ou lazer de pessoas, grupos ou comunidades. Essa forma de discriminação não está limitada a ações intencionalmente racistas, abrangendo também aquelas que resultam em impactos racistas, independentemente de suas intenções iniciais (Jesus, 2020).

O racismo ambiental é compreendido como uma manifestação do racismo institucional, uma vez que a negligência em políticas públicas contribui para a perpetuação de determinantes de desigualdade social e racial no ambiente, resultando em disparidades raciais, exploração política e enfrentamento desproporcional dos graves problemas ambientais pelas comunidades indígenas (Jesus, 2020).

O racismo ambiental está intrinsecamente conectado às terras indígenas e à saúde das comunidades indígenas, especialmente durante a pandemia. As terras indígenas frequentemente enfrentam ameaças de exploração predatória, desmatamento e poluição, resultando em impactos diretos na qualidade do ambiente e, consequentemente, na saúde das populações indígenas.

É importante reconhecer que o genocídio e o racismo contra indígenas são consequências diretas de um sistema colonizador que ainda opera atualmente. A luta contra essas injustiças requer uma reflexão profunda sobre a nossa história, bem como transformações nas estruturas sociais e políticas que perpetuam essas desigualdades. É indispensável valorizar e respeitar genuinamente as culturas indígenas, para construir uma sociedade verdadeiramente inclusiva, na qual todos os povos e culturas sejam reconhecidos e tenham acesso aos mesmos direitos e oportunidades.

Para uma compreensão mais abrangente e justa da história e das questões relacionadas à raça e ao racismo, é essencial evitar o viés etnocêntrico ocidental e dar espaço para que essas comunidades expressem suas visões de mundo. O reconhecimento e respeito às vozes das comunidades são fundamentais para construir uma sociedade mais inclusiva e que valorize a diversidade (Bruzaca, 2020).

Para enfrentar o racismo e valorizar as culturas indígenas, é fundamental reconhecer e respeitar seus direitos, estimulando a produção e disseminação de conteúdos criados por eles. A educação intercultural, o diálogo entre diferentes grupos e a luta contra a discriminação em todas as esferas da sociedade são medidas importantes. Apoiar as organizações indígenas e movimentos sociais que lutam pelos direitos e valorização das culturas e identidades indígenas é essencial para promover uma sociedade mais justa e respeitosa (Milanez. et al, 2019).

Assim, a busca pela "decolonização permanente do pensamento" é um objetivo crucial para superar a colonialidade do pensamento. Valorizar e ouvir as perspectivas das comunidades é essencial para desafiar os sistemas de opressão historicamente estabelecidos e trabalhar em direção a uma sociedade mais inclusiva, justa e equitativa. Ao adotar uma visão crítica e reflexiva, pode-se questionar as estruturas que perpetuam desigualdades e injustiças sociais, valorizando as vozes e experiências das comunidades originárias e outros grupos marginalizados. Essa abordagem mais pluralista e democrática do conhecimento enriquece nossa compreensão da sociedade como um todo e mostra-se essencial para uma política sanitária indígena (Bruzaca, 2020).

No recorte maranhense, a persistência da colonialidade no estado é evidenciada por práticas que se entrelaçam com empreendimentos capitalistas, deslocamentos compulsórios e vestígios da escravidão republicana. A elite detentora do poder estatal perpetua um sistema de exploração dupla, subjugando as populações locais internamente e sujeitando o Estado às lógicas capitalistas dominantes. Deslocamentos compulsórios e uso da escravidão republicana, enraizados na era colonial, permanecem interligados com a continuidade da colonialidade. A expropriação de territórios e modos de vida das comunidades locais, a exploração da força de

trabalho e a geração de desemprego e baixa escolaridade estão intrinsecamente ligadas à persistência da escravidão republicana no Estado, reforçando uma estrutura desigual e opressiva (Mendonça, 2017).

Nesse contexto do estado do Maranhão, a dinâmica regional é profundamente influenciada pelos efeitos oriundos da região amazônica, especialmente no que se refere aos modelos de desenvolvimento adotados. Esses modelos se correlacionam à consolidação de significativos empreendimentos econômicos direcionados à produção e exportação de commodities primárias, como a extração mineral, a produção de recursos primários para exportação, a concentração de terras, a exploração de recursos florestais, entre outros. Ademais, o Estado do Maranhão enfrenta impactos ambientais e conflitos com comunidades locais derivados de atividades de grandes proporções, como implantação de ferrovias, construção de estradas, implementação de usinas hidrelétricas, termelétricas e portos. Esses impactos e embates evidenciam a persistência da colonialidade na região, resultando na violação dos direitos de grupos étnicos e comunidades tradicionais, a exemplo dos quilombolas e indígenas, reafirmando a continuidade de um legado de domínio e desigualdades estruturais (Bruzaca, 2021).

Em relação à Política Sanitária não é diferente. O Maranhão é um dos nove estados que compõem a Amazônia Legal, uma região que abrange mais de 5 milhões de km² e representa cerca de 60% do território brasileiro. Infelizmente, a região tem sido alvo de desmatamento e perda de biodiversidade. Segundo o Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais (INPE), em novembro de 2022, mais de 550 km² da Amazônia Legal foram desmatados, dos quais, mais de 245 km² no Maranhão. A perda da floresta é causada por vários fatores, incluindo queimadas, ação de criminosos e exploração ilegal de madeireiros (INPE, 2022).

Tais ações impactam principalmente determinados grupos étnicos indígenas que passam a ser as maiores vítimas da degradação ambiental e seus consequentes impactos como a poluição, ou destruição das espécies de fauna e flora essenciais para a existência dessas populações que nutrem importante relação com a terra e o meio ambiente. A terra é vista como um elemento fundamental para a sobrevivência física e cultural desses povos, e a sua perda representa uma ameaça à sua existência como grupo étnico (Calheiros, 2015).

Para enfrentar essa realidade, é crucial entender as raízes históricas que sustentam a colonialidade no Maranhão e reconhecer seus impactos contínuos sobre as comunidades locais. Medidas devem ser tomadas para romper com esse ciclo, buscando uma sociedade mais igualitária e justa, onde as antigas estruturas coloniais não mais encontrem espaço para se perpetuar. O resgate da dignidade e do respeito aos direitos humanos é fundamental para que o

Estado do Maranhão possa verdadeiramente trilhar um caminho de transformação e superação da colonialidade histórica (Mendonça, 2017).

No contexto da região Amazônica e do estado do Maranhão, destaca-se a importância da sustentabilidade ambiental e das práticas adotadas pelas comunidades tradicionais como uma abordagem oposta à política desenvolvimentista. É necessário valorizar os direitos dos indígenas, por meio de políticas públicas que os protejam e garantam. Essa abordagem jurídica deve respeitar as particularidades culturais e históricas das comunidades, possibilitando uma coexistência harmoniosa entre as populações tradicionais e o meio ambiente, para preservar e respeitar os recursos naturais para as gerações presentes e futuras (Bruzaca, 2020).

O racismo ambiental se manifesta ainda na falta de saneamento básico e acesso à água potável, um problema grave na região, em especial no contextos das reservas indígenas. A escassez de água potável gera sérias implicações para a saúde humana, fomentando a propagação de doenças transmitidas pela água, como cólera e disenteria, devido à ingestão de recursos contaminados. Além disso, a falta de acesso à água limpa resulta em desnutrição, má nutrição e eleva o risco de doenças dermatológicas e infecções oculares, decorrentes da inadequação na higiene. Crianças, sendo particularmente suscetíveis, enfrentam um aumento significativo no risco de mortalidade infantil. A insuficiência de água não é meramente uma preocupação ambiental, mas uma questão vital de saúde pública global, exigindo intervenções substanciais para aprimorar o acesso a fontes de água limpa e implementar medidas eficazes de saneamento (Viana, 2014).

Tais fatores, como a ausência de saneamento básico e água potável, além da invasão das terras indígenas com degradação ambiental e violência agravaram-se durante a pandemia de COVID-19, intensificando a vulnerabilidade das populações indígenas.

Nesse contexto, a pandemia intensificou o racismo ambiental contra os povos indígenas, aumentando sua vulnerabilidade. Os povos indígenas confrontam uma gama de desafios de saúde, que incluem desnutrição e anemia em crianças, juntamente com o aumento da incidência de hipertensão, diabetes, obesidade e enfermidades renais em adultos. Esses problemas de saúde tornam essas comunidades mais suscetíveis a complicações, agravando os impactos da epidemia de coronavírus em seus meios (Silva Filho; Bruzaca; Ribeiro Filho, 2023).

A análise detalhada das formas de discriminação revela os mecanismos que dificultam a situação dessas comunidades. Razão pela qual alerta-se para o risco de genocídio devido a tentativas de alterar políticas consolidadas que respeitam a autonomia dessas comunidades vulneráveis durante a pandemia (Oliveira; Freitas, 2020).

Assim, apesar da previsão de políticas públicas voltadas à proteção da saúde dos indígenas no Brasil, tanto durante a pandemia da covid-19 como atualmente, tais povos não recebem a devida assistência, o que levanta preocupações sobre a possibilidade de um genocídio sistematizado em relação a essas comunidades. Essa situação é influenciada pela colonialidade e pelo racismo anti-indigenista, que marginalizam os indígenas na tomada de decisões e não reconhecem plenamente seus direitos e saberes, que são tão valiosos quanto os conhecimentos ocidentais.

É crucial reconhecer as persistentes e históricas violações dos direitos humanos enfrentadas pelos povos indígenas no Brasil, especialmente relacionadas à contínua espoliação territorial. Isso resultou em danos irreversíveis em suas práticas culturais ancestrais e modos de vida. A discriminação e o preconceito também prejudicaram suas relações com o poder público, aprofundando a violação de seus direitos fundamentais (Werneck, 2021).

Nesse sentido, rememora-se a noção de biopoder, conforme discutida por Mbembe (2017) a partir de Foucault (1997), associada ao controle sobre a vida e a morte, exercido sobre os corpos e populações para regular sua existência e saúde. Esse poder não só preserva vidas, mas também decide quem vive e quem morre, sendo uma forma de controle sobre a mortalidade e uma expressão de soberania. Por vezes as ações estatais incrustadas de racismo estrutural e ambiental alternam-se com a necropolítica, intensificando mais as políticas públicas nocivas para os indígenas.

Mbembe (2017), vai além em sua análise do biopoder ao focar na capacidade de determinar quem deve morrer, instrumentalizando a morte como ferramenta de poder político. Ela destaca a gestão da morte e a decisão sobre quem merece viver, revelando como o poder político se manifesta através da violência e da destruição de vidas humanas, evidenciando as desigualdades e injustiças nas relações de poder e nas estruturas sociais.

Essa forma de poder se manifesta por meio das ações e omissões do Estado, resultando, em alguns casos, na morte de comunidades inteiras, como se observa na situação dos povos indígenas no Brasil. A necropolítica é concebida como um mecanismo que impulsiona as modalidades contemporâneas de desumanização, operando por meio do apagamento e da exclusão social, em um contexto em que ainda persiste a lógica colonial e o racismo como instrumentos de governança (Fonseca, 2023).

A ausência de uma atenção adequada à saúde indígena reflete a persistência de estruturas coloniais e preconceituosas que perpetuam a desigualdade e a exclusão dessas populações. A falta de representatividade e inclusão dos indígenas no processo decisório e a não valorização de suas culturas e conhecimentos contribuem para a perpetuação de um sistema

que favorece o desamparo e a vulnerabilidade dessas comunidades. É fundamental repensar as abordagens e políticas em relação à saúde indígena, considerando suas perspectivas e necessidades específicas, e promovendo a descolonização dos sistemas de cuidados de saúde, para garantir a efetiva proteção e respeito aos direitos dos povos indígenas no Brasil.

Portanto, a análise das relações históricas de poder e dominação que moldaram a realidade das comunidades indígenas auxiliam na compreensão de suas perspectivas e demandas em relação à saúde. Essa abordagem permite uma visão mais abrangente das concepções indígenas de saúde e bem-estar, amparando na análise crítica da política de saúde indígena.

2 A POLÍTICA DE SAÚDE INDÍGENA NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19.

A pandemia de COVID-19 impactou profundamente diversas camadas da sociedade, representando uma crise global de saúde pública que teve início no final de 2019, quando um novo vírus surgiu em Wuhan, na China, e foi identificado como o novo coronavírus (SARS-CoV-2). A doença se disseminou rapidamente pelo mundo, afetando milhões de pessoas e resultando em grande número de óbitos. Essa pandemia impôs enormes desafios aos sistemas de saúde, governos e sociedades, demandando respostas ágeis e coordenação global para conter a disseminação do vírus, tratar os afetados e mitigar as consequências sociais.

No caso do Brasil, de um modo geral, apresentou-se um cenário de tragédia decorrente da gestão desastrosa do Governo Federal no contexto da pandemia da Covid-19, em uma situação que poderia ter sido contida e ter suas consequências dirimidas. Nessa conjuntura pandêmica, a abordagem das crescentes violações de direitos que afligiam a nação exigia uma ação unificada e enérgica em prol da defesa e efetivação dos princípios civilizatórios que foram legados à população brasileira.

No que se refere às populações indígenas, suas características particulares as tornaram mais suscetíveis aos efeitos adversos da doença. A prevalência de comunidades em áreas remotas e de difícil acesso, aliada às condições de saúde pré-existentes e à carência de infraestrutura adequada, intensificou os riscos de transmissão e agravamento da enfermidade.

Nesse contexto, as políticas públicas direcionadas à saúde indígena precisavam ser intensificadas. Para tanto, estratégias específicas foram adotadas, incluindo a implementação de ações preventivas, como campanhas de conscientização e distribuição de materiais de proteção. Paralelamente, a testagem e o tratamento adequado foram priorizados para conter os impactos da COVID-19 nessas comunidades.

Entretanto, ao longo dessa seção será possível observar que os esforços do governo federal foram insuficientes para atender as necessidades das comunidades indígenas. É imperativo reconhecer os desafios enfrentados pelas políticas públicas, tais como a escassez de recursos, a complexidade burocrática e, ocasionalmente, a resistência de algumas lideranças. A promoção do acesso equitativo aos serviços de saúde, a adaptação cultural nas estratégias de prevenção e tratamento e o respeito aos conhecimentos tradicionais constituem aspectos essenciais a serem considerados na concepção e implementação de políticas efetivas.

2.1 DO DECRETO 9.795/2019 AO CONTEXTO PANDÊMICO

Durante o governo Bolsonaro, de primeiro de janeiro de 2019 a trinta e um de dezembro de 2022, a política de saúde indígena no Brasil foi marcada por polêmicas e mudanças significativas que levaram diversas organizações e líderes indígenas a expressar preocupações sobre a redução de recursos e a alteração na abordagem da assistência à saúde para comunidades indígenas.

Em 2019, o governo federal propôs transferir a responsabilidade da saúde indígena do âmbito federal para o municipal, gerando críticas e protestos de organizações indígenas e defensores dos direitos humanos. Adicionalmente, foi alvo de protestos a Medida Provisória 870 que visava transferir para o Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (MAPA), pasta ocupada por representantes do agronegócio, a responsabilidade pelas demarcações de Terras Indígenas e pelo licenciamento ambiental de projetos que afetam áreas tradicionalmente ocupadas. Ambas as medidas poderiam ter impactos significativos na saúde das comunidades devido à degradação ambiental e à perda de recursos naturais (CIMI, 2019).

Portanto, ainda antes da pandemia surge o Decreto n. 9.795/2019 que 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 (Brasil, 2019).

Tal decreto suscitou preocupações substanciais, especialmente quando observados seu impacto durante a pandemia de forma mais ampla. A fragilização dos órgãos e da política de atenção à saúde indígena revelou de maneira dolorosa seus efeitos concretos à medida que o sistema de saúde enfrentava o desafio do coronavírus. Além disso, constatou-se uma desconexão gritante entre as intenções expressas no decreto e sua implementação na prática. Isso agravou ainda mais a já precária situação dos povos e comunidades tradicionais, que, mais do que nunca, necessitavam de apoio e proteção durante a pandemia. (Carvalho, 2021).

Desse modo, o Decreto n. 9.795/2019, embora aborde uma variedade de questões relacionadas ao Ministério da Saúde e às mudanças na sua estrutura organizacional, gerou apreensões, especialmente no que diz respeito à saúde indígena. Nesse sentido o decreto introduziu uma nova configuração no Ministério da Saúde e realocou cargos importantes. Uma das principais inquietações residiu na frequente menção à "integração" do subsistema de saúde

indígena ao Sistema Único de Saúde (SUS). A utilização da palavra "integração" levantou preocupações entre as lideranças indígenas, que denunciaram que isso abriria caminho para uma gradual municipalização do setor, tornando-o potencialmente mais vulnerável do que antes, quando estava sob a gestão do governo federal (Jucá, 2019).

O decreto resultou na extinção do Departamento de Gestão da Saúde Indígena (DGESI), que antes desempenhava um papel crucial na garantia das condições necessárias para a administração do subsistema, coordenando unidades de atendimento e planejando a aquisição de insumos. Inicialmente o governo federal havia sinalizado que pretendia extinguir a SESAI, entretanto, optou pela extinção do referido Departamento após protestos das populações indígenas. Essas mudanças no modelo de gestão das políticas de saúde indígena, promovidas pelo então presidente Jair Bolsonaro, levantaram um alerta crítico dentro do movimento indigenista brasileiro, que temia impactos negativos na assistência à saúde das comunidades indígenas e na preservação de seus direitos fundamentais (Brasil, 2019; Scalco; Nunes; Louvison, 2020).

O Decreto nº 9.759/2019 estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal, e extingue aqueles que não estejam previstos em lei. A eliminação de órgãos representativos independentemente de sua criação por meio de lei, decreto ou atos infralegais abrange uma variedade de entidades, incluindo conselhos, comitês, comissões, grupos, juntas e fóruns. Entre os impactados, destaca-se o Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena (FPCondisi), uma instância essencial para a articulação entre os representantes desse segmento (Supremo Tribunal Federal, 2019).

O referido decreto⁷ gerou críticas por parte de movimentos sociais e organizações da sociedade civil, que argumentam que a medida pode enfraquecer a participação social e a democracia no país. No contexto da saúde indígena, a extinção de fóruns e conselhos pode afetar a participação dos povos indígenas na construção e no controle social das políticas públicas de saúde (Scalco; Nunes; Louvison, 2020).

A participação social é fundamental para a construção e o controle social das políticas públicas de saúde indígena. Por meio dos Conselhos Locais, Conselhos Distritais de Saúde Indígena e do Fórum de Presidentes de Condisi, os povos indígenas têm a oportunidade de participar ativamente na definição das políticas de saúde que afetam suas vidas e comunidades.

⁷ O Decreto Federal n. 9.795/2019 foi revogado pelo Decreto n. 11.098/2022 que aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde e remaneja e transforma cargos em comissão e funções de confiança. Por sua vez, o Decreto n. 11.098/2022 foi revogado pelo Decreto federal de número 11.350 de 2023, já na presidência de Luiz Inácio Lula da Silva.

Esses espaços permitem que os povos indígenas expressem suas necessidades e demandas em relação à saúde, além de contribuir para a valorização dos saberes e práticas tradicionais de saúde. No entanto, o texto também destaca que a crescente burocratização desses espaços pode limitar e condicionar a participação dos povos indígenas (Scalco; Nunes; Louvison, 2020).

As mudanças implementadas pelo presidente Jair Bolsonaro no modelo de gestão das políticas de saúde indígena geraram grande preocupação no movimento indigenista brasileiro, pois entraram em conflito com a luta de longa data dos povos indígenas por um sistema de saúde autônomo e participativo que reconhecesse e respeitasse a vasta diversidade cultural, territorial e linguística das diferentes etnias indígenas do país (Jucá, 2019).

A carência de assistência médica teve repercussões danosas na saúde e no bem-estar das comunidades indígenas, que já eram vulneráveis e enfrentaram desproporcionalmente os desafios da pandemia. O movimento indígena batalhou incansavelmente por um subsistema de saúde apoiado pelo governo federal, projetado para levar em consideração as particularidades étnicas, culturais e epidemiológicas dos 305 diferentes povos indígenas do Brasil, buscando integrar as tradições de cura de cada comunidade no atendimento público, reconhecendo sua importância crucial (Jucá, 2019).

A indicação de possíveis transformações nas políticas de saúde indígena levantou receios sobre uma centralização do controle pelo governo federal, ameaçando a autonomia e a participação das comunidades na administração de sua própria saúde, bem como sobre como as especificidades culturais e territoriais de cada etnia seriam levadas em conta na prestação de serviços de saúde, o que é essencial para garantir a eficácia e o respeito às tradições de cura de cada grupo. Consequentemente, o alerta emitido pelo movimento indigenista sublinhou a importância crítica de manter um diálogo aberto e respeitoso com as comunidades indígenas, bem como de garantir que as políticas de saúde estejam alinhadas com seus interesses e necessidades, com o objetivo de preservar sua saúde e bem-estar de acordo com suas próprias perspectivas e valores (Jucá, 2019).

Nesse sentido, na Ação Direta de Inconstitucionalidade 6.121 do Distrito Federal, ajuizada pelo Partido dos Trabalhadores, o Supremo Tribunal Federal concedeu parcialmente a medida cautelar, interrompendo a extinção de órgãos colegiados que permitem a inclusão da população na formulação das políticas públicas. A justificativa para essa decisão foi baseada na importância de manter a participação ativa da sociedade e preservar as atribuições do Poder Legislativo. Assim, essa determinação buscou assegurar os princípios da estabilidade legal e da inclusão da comunidade nas decisões governamentais. Assim, a Corte, em junho de 2019, determinou a suspensão parcial da medida, argumentando que o governo não poderia extinguir

colegiados com respaldo legal. Essa interpretação preserva 1,2% do total de 2.593 colegiados ligados ao Poder Executivo federal, conforme levantamento do Ministério da Economia (Sampaio, 2019).

A decisão do STF gerou apreensão no movimento indígena. Além de confirmar o fim do FPCondisi, a interpretação da Corte colocou em questão a situação dos Conselhos Locais de Saúde Indígena (CLSIs) e dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena (Condisi), que não foram estabelecidos por lei, mas por decreto. Essas entidades servem como canais de interação entre os representantes indígenas e o poder público, desempenhando um papel crucial no monitoramento das políticas voltadas para o setor (Sampaio, 2019).

De acordo com dados oficiais da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), órgão do Ministério da Saúde (MS), os CLSIs representam mais de 5 mil comunidades e abrangem 305 etnias. Já os Condisi totalizam 34 no país, envolvendo 1.390 conselheiros. Embora os CLSIs e os Condisi tenham sido mantidos como exceções pelo Executivo até o momento, os representantes dos conselhos relatam que a instabilidade marcante na existência dessas entidades de controle social deixa os indígenas em um cenário de incertezas (Sampaio, 2019).

Além da municipalização da saúde indígena, as organizações representativas dos povos originários destacam a suposta intenção da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), vinculada ao Ministério da Saúde, de delegar a entidades privadas funções estratégicas que, por lei, seriam de responsabilidade do Estado. A preocupação foi levantada quando a SESAI divulgou, em novembro de 2022,⁸ uma proposta de edital para a contratação de ONGs que seriam responsáveis por disponibilizar profissionais, como técnicos, enfermeiros, médicos, entre outros, para atuar nos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) distribuídos pelo Brasil. Essa espécie de terceirização não é bem-vinda pelos usuários que afirmam que há precariedade nesse modelo de assistência em que não há responsabilização direta do ente público na prestação de serviços (Pajolla, 2022).

A falta de assistência médica não apenas prejudica a saúde física e mental dessas comunidades, mas também ameaça a preservação de suas ricas tradições culturais e de cura, enfatizando a necessidade urgente de proteger esses direitos fundamentais e assegurar que as políticas de saúde respeitem e atendam às necessidades específicas desses grupos.

⁸ Durante esse período embora as barreiras sanitárias inexistissem devido ao início de vacinação em massa, ainda se tratava de estado pandêmico, já que foi apenas em 5 de maio de 2023 que a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou o fim da Emergência de Saúde Pública da pandemia da Covid-19 em todo o planeta. O anúncio ocorreu mais de três anos depois que a pandemia foi decretada pela entidade, em 2020 (Henrique, 2023).

Na aprovação do Orçamento de 2022, o presidente Jair Bolsonaro tomou a decisão de vetar recursos que previamente haviam sido aprovados para duas áreas cruciais: pesquisas científicas e políticas públicas destinadas às comunidades indígenas e quilombolas. Esses vetos são sintomáticos das prioridades do governo e suscitaram preocupações significativas (Martello, 2022).

O corte de verbas para a pesquisa científica é especialmente alarmante, pois a ciência desempenha um papel vital no progresso e no desenvolvimento de qualquer nação, além de ser fundamental para enfrentar desafios complexos como a pandemia. O veto de recursos para políticas direcionadas às comunidades indígenas e quilombolas levanta preocupações sobre a falta de apoio a grupos historicamente marginalizados, que já enfrentam obstáculos significativos em termos de acesso a serviços essenciais e direitos básicos. Essas decisões orçamentárias destacam a importância do debate sobre prioridades de gastos públicos e como elas refletem nas metas e compromissos do governo em relação à pesquisa científica e à igualdade de direitos para todas as comunidades do país (Martello, 2022).

O Brasil, ao receber os primeiros casos de Covid-19 em fevereiro de 2020, reagiu de maneira tardia à crise global. As medidas de contenção foram implementadas após o anúncio da OMS em março de 2020, sendo adotadas por governos estaduais e municipais à medida que os casos aumentavam. O presidente Jair Bolsonaro inicialmente minimizou a gravidade da pandemia, associando-a a uma "gripezinha", apesar das obrigações do Brasil de seguir as diretrizes da OMS (OPAS, 2023).

Esse atraso na resposta à pandemia gerou críticas e desafios políticos, com a opinião pública voltando-se contra o presidente devido ao aumento de mortes e à polarização política. A Lei nº. 13.979/2020 estabeleceu normas gerais para enfrentar a emergência de saúde pública, mas diante das divergências entre Estados e União, o Judiciário assumiu um papel protagonista na luta contra a Covid-19, buscando aplicar critérios de proporcionalidade e razoabilidade. A contínua ambiguidade do governo federal que surgia com posicionamentos negacionistas e atrasos na vacinação prejudicou a compreensão e a adesão adequada às medidas de saúde pública, criando um ambiente de incerteza e desconfiança.

Desse modo, ficou evidente que as principais transgressões aos direitos humanos no Brasil durante a pandemia estiveram intrinsecamente ligadas à falta de uma resposta integrada para enfrentar a crise sanitária e à violação flagrante do direito à saúde, que deveria ser assegurado a todos os cidadãos (Carvalho, 2021).

No que diz respeito às comunidades indígenas, tal cenário era ainda mais grave, uma vez que o Brasil enfrentou uma série de violações dos direitos humanos desses povos, o que

incluiu a falta de proteção oficial, tornando os indígenas extremamente vulneráveis à Covid-19 devido à ausência de medidas preventivas adequadas. A recusa de ajuda e falta de acesso a serviços essenciais, como água potável e leitos hospitalares, ampliaram o sofrimento das aldeias. O desmantelamento das estruturas de proteção socioambiental afetou não apenas os indígenas, mas toda a população, prejudicando a qualidade de vida e o meio ambiente. Além disso, a falta de transparência do governo em relação à pandemia gerou confusão e desconfiança na sociedade (Terena, 2021).

Diante desse panorama pandêmico agravou-se a vulnerabilidade dos povos indígenas do Brasil haja vista fatores socioeconômicos, de saúde e geográficos. Suas condições precárias, falta de acesso à assistência médica e distância de centros urbanos contribuíram para a disseminação rápida e letal do vírus em suas comunidades. Era crucial adotar medidas específicas para proteger os indígenas durante crises de saúde pública e investir em saúde, infraestrutura e políticas que abordem as desigualdades, assegurando acesso igualitário a serviços de saúde (Serra; Mascarenhas, 2021).

Durante a pandemia de COVID-19, as comunidades indígenas brasileiras enfrentaram obstáculos relacionados à política de saúde, como a falta de acesso a recursos essenciais, apoio governamental insuficiente e carência de atendimento médico adequado. Essa situação levanta preocupações sobre a ocorrência de um genocídio contínuo, resultado de históricos problemas de colonização e negligência estatal durante a pandemia. A ausência de apoio governamental afeta diversos aspectos dos serviços de saúde para os povos indígenas, destacando a necessidade urgente de correções para garantir seus direitos à saúde e bem-estar (Silva Filho; Bruzaca, Ribeiro Filho, 2023).

As comunidades indígenas enfrentam uma gama de desafios de saúde, incluindo desnutrição e anemia em crianças, assim como uma crescente incidência de hipertensão, diabetes, obesidade e doenças renais em adultos. Essas condições de saúde tornam os indígenas mais vulneráveis a complicações da Covid-19. Em conjunto com a falta de distanciamento social em habitações comunitárias típicas da cultura e a exposição da população à flexibilização da legislação socioambiental que permitiu invasões e atividades ilegais em suas terras tem-se campo fértil para a disseminação do vírus. Portanto, a crise sanitária expôs a vulnerabilidade dessas comunidades devido à falta de acesso adequado a serviços de saúde e à persistente violência estrutural que enfrentam. Faltou, e são necessárias, políticas públicas inclusivas e abrangentes para proteger e apoiar os povos indígenas durante situações extremas como a pandemia (Debastiani; Sobrinho; Calgaro, 2020; Menezes, et. al, 2020).

Nesse sentido, o relatório da Comissão Interamericana dos Direitos Humanos⁹, que já abordava a situação dos direitos humanos no Brasil, destacou um conjunto alarmante de violações dos direitos indígenas que continuam a assolar o país, dentre as principais violações identificadas, encontravam-se ameaças e invasões sistemáticas aos territórios indígenas por parte de não indígenas, o que perpetua um ciclo de conflitos e insegurança para as comunidades nativas (Almeida, 2021).

O referido relatório apontou desafios significativos relacionados à titulação e proteção das terras indígenas, onde a falta de medidas adequadas por parte do Estado contribui para a vulnerabilidade dessas populações. A ausência de proteção eficaz contra atos de violência e ameaças direcionadas às lideranças e comunidades indígenas é outra questão crítica, resultando em um ambiente de perigo constante (Almeida, 2021).

A destruição ambiental dos territórios indígenas é um problema adicional que afeta não apenas as comunidades, mas também o equilíbrio ecológico dessas regiões. A falta de acesso a serviços básicos de saúde, educação e saneamento perpetua a marginalização e a exclusão dessas comunidades, limitando suas oportunidades de desenvolvimento e bem-estar. Além disso, a discriminação e o preconceito enfrentados pelas populações indígenas continuam a ser obstáculos significativos para a sua plena participação na vida política, econômica e social do país. Essas violações não apenas ameaçam as vidas, culturas e identidades das comunidades indígenas, mas também minam os princípios fundamentais dos direitos humanos e a igualdade no Brasil (Almeida, 2021).

A preservação das terras indígenas é de extrema importância para a política de saúde pública dessas comunidades, conforme evidenciado por um levantamento realizado pelo Instituto Sócio Ambiental (ISA). O estudo revelou uma taxa de contágio da Covid-19 de 30% acima da média do estado de Roraima na comunidade indígena Ye'kwana. Essa situação é atribuída à presença de garimpeiros ilegais que utilizam os postos de saúde indígenas para atendimento, tornando-se vetores de propagação da doença ao entrar em contato com as comunidades indígenas. A disseminação acelerada da doença nas aldeias é agravada por

⁹ No relatório sobre a situação dos direitos humanos no Brasil em 2021, a Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH) destaca seu trabalho através do sistema de petições e casos. Emitiu relatórios de admissibilidade em casos como o envolvendo membros da comunidade indígena de Ananas e outros versus Brasil (Informe de Admisibilidad No. 80/06, Petición 62/02 – Miembros de la comunidad indígena de Ananas y otros - Brasil, 21 de outubro de 2006). Além disso, a CIDH concedeu diversas medidas cautelares em benefício de diversos povos indígenas na Amazônia brasileira. Exemplificando, no caso dos povos Wapichana, Patamona, Ingaricó, Taurepang e Macuxi, assim como nas comunidades indígenas da bacia do rio Xingu, Pará (CIDH. Brasil, 6 de dezembro de 2004, parágrafo 13; CIDH. MC 382/10 Comunidades Indígenas de la Cuenca del Río Xingu, Pará, Brasil, 1 de abril de 2011) (CIDH, 2021).

condições socioambientais características da cultura indígena, como a ausência de isolamento familiar (ISA, 2020).

Esses fatores reacenderam um debate crucial sobre a política de extermínio historicamente adotada pelo Estado brasileiro em relação aos povos indígenas, ressaltando a necessidade urgente de ações governamentais eficazes para proteger essas comunidades e garantir seus direitos básicos à vida e à saúde (Alves; Souza, 2020).

O Brasil enfrentou altos números de casos e óbitos entre os indígenas, demonstrando assim, a ineficácia das políticas de saúde pública e educação para proteger e representar adequadamente as comunidades indígenas ensejando medidas cautelares e ações da Comissão Interamericana de Direitos Humanos para suprir a proteção dos direitos e da saúde das comunidades indígenas durante a pandemia (Guedes, 2020).

Relatórios da Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB) e do Observatório Covid-19 da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) destacaram a vulnerabilidade desses grupos devido à falta de acesso a recursos básicos e à demarcação de terras indígenas. Embora tenha sido promulgado o Plano Emergencial para Enfrentamento à Covid-19 nos territórios indígenas¹⁰, sua eficácia e implementação eram essenciais para mitigar os impactos devastadores da pandemia nas populações indígenas e garantir seus direitos e bem-estar contínuos.

Contudo, a falta de efetivas políticas públicas direcionadas aos povos indígenas durante a crise sanitária se tornou uma ameaça grave que pode resultar no extermínio dessas comunidades. Esse risco se agravou pelo fato de que esses povos enfrentaram uma exposição significativamente maior ao contágio pelo novo coronavírus devido às suas condições de vida e falta de assistência adequada que leve em consideração suas especificidades culturais e de saúde (Alves; Souza, 2020).

¹⁰ A promulgação da Lei nº 14.021/2020 que dispõe sobre medidas para prevenção do contágio da Covid-19 nos territórios indígenas teve considerável destaque no contexto da pandemia de Covid-19 nos territórios indígenas, estabelecendo medidas de proteção social essenciais para prevenir o contágio e a disseminação do vírus. No entanto, essa ação legislativa também evidenciou desafios persistentes no contexto das políticas públicas voltadas para as populações indígenas no Brasil. A Constituição Federal de 1988 estabelece o direito universal à saúde, incluindo os povos indígenas, e diversos decretos foram promulgados para proteger essas populações e instituir políticas nacionais de desenvolvimento sustentável para povos e comunidades tradicionais. No entanto, a eficácia dessas políticas tem sido prejudicada pela persistência de hierarquias de cidadania que impedem a plena realização dos direitos e da cidadania para todos os membros da sociedade. Isso destaca a necessidade contínua de se abordar e superar essas desigualdades estruturais, garantindo que todos os cidadãos, incluindo os povos indígenas, tenham acesso igualitário aos serviços de saúde e a todas as dimensões da cidadania, independentemente de sua origem étnica, em consonância com os princípios fundamentais da Constituição (Serra; Mascarenhas, 2021).

Acerca das falhas verificadas na condução da pasta da saúde indígena tem-se as expostas a seguir por Pontes *et al.* (2020) que demonstram a falta de organização e investimento em medidas voltadas para a proteção indígena:

A resposta governamental do setor Saúde direcionada aos povos indígenas, coordenada pela Secretaria Especial de Atenção à Saúde Indígena (Sesai) do Ministério da Saúde, tem se baseado em diversas notas e documentos norteadores. Apesar das especificidades da saúde indígena, tais documentos, em geral, se caracterizaram por reproduzir as normativas do Ministério da Saúde e órgãos vinculados. Uma tônica foi o repasse da responsabilidade de estruturação regional e local do enfrentamento da pandemia para os gestores dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), sem a necessária coordenação das ações pela gestão federal. Ao mesmo tempo, manteve-se a centralização dos processos de compra e licitação de insumos e transportes, o que retarda a implementação das ações. Segundo Saraiva e Cardoso (2020), nos primeiros meses da pandemia a execução orçamentária federal na saúde indígena foi inferior à observada no mesmo período em 2019, mantendo a tendência de cortes observada em anos anteriores (Pontes *et al.*, 2020, p. 125).

Desde o início da pandemia declarada pela OMS, e, embora dados precisos sobre o total de mortes ainda sejam escassos devido à subnotificação e à falta de ação do governo Bolsonaro¹¹, há registros que fornecem alguma perspectiva. Por exemplo, em março de 2021, o Comitê Nacional de Vida e Memória Indígena, estabelecido pela Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB), informou que, durante o auge da pandemia, o país tinha registrado mais de mil óbitos de indígenas dentre os 50.468 casos confirmados de contaminação e mais de 163 povos indígenas afetados. Na região norte do país, os povos xavantes, kokama e terena foram particularmente afetados, registrando o maior número de óbitos (Raquel, 2021).

Pescarini *et al.* (2022) sublinham a necessidade de investigar a abrangência vacinal e a efetividade das vacinas entre os povos indígenas no Brasil. Essa imperatividade é derivada do histórico de menor cobertura vacinal nesse grupo e maior susceptibilidade a doenças infecciosas, originada principalmente pela carência de saneamento básico, desnutrição e acesso restrito aos serviços de saúde. Adicionalmente, a discriminação, violência, degradação ambiental e as limitações territoriais enfrentadas pelos indígenas contribuem para a perpetuação das infecções respiratórias como questões de saúde notáveis para essas comunidades.

Mesmo após a pandemia a taxa de cobertura vacinal completa entre a população indígena é estimada em apenas 48,7%, significativamente menor do que a taxa entre os não-

¹¹ De acordo com o Conselho Nacional de Saúde (2020), os registros de casos de infecção e óbitos por Covid-19 na população indígena no Brasil revelam discrepâncias entre as informações fornecidas pelo governo federal e as apresentadas por organizações representativas desses povos. O levantamento da Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai), vinculada ao Ministério da Saúde, indica aproximadamente 24 mil casos confirmados e 398 óbitos. Por outro lado, os dados da Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (Apib) apontam para quase 30 mil casos de infecção e 785 mortes.

indígenas (74,8%). Esse cenário é especialmente alarmante na região Norte, onde a cobertura atinge apenas 40,3%, e essa região concentra a maior proporção de população indígena. Os especialistas expressam grande preocupação com essa baixa cobertura vacinal, pois aumenta a vulnerabilidade dessas comunidades a doenças e agravos de saúde, especialmente em meio à pandemia de COVID-19. Medidas urgentes são necessárias para melhorar o acesso à vacinação e garantir a proteção dessas populações vulneráveis (Granchi, 2023).

A ineficácia em conter invasões às aldeias, o aparente apoio ao garimpo e o negacionismo refletido na cobertura vacinal resultaram em uma notável disparidade na taxa de infecção pelo vírus entre a população indígena, comparativamente aos não indígenas, apresentando uma prevalência de anticorpos 87% superior. Essa divergência está vinculada a violações que geram vulnerabilidade socioeconômica e restringem o acesso aos serviços de saúde, acarretando uma taxa de mortalidade 16,7% superior entre os povos indígenas no primeiro ano da pandemia. A negligência e a falta de ações adequadas por parte do governo central refletiram políticas sociais que prejudicaram a população em prol do "capital" e do "mercado", intensificando as condições precárias da população empobrecida. Tais políticas reduzem as necessidades dos mais pobres a uma mera subsistência precária, desconsiderando suas exigências fundamentais, enfatizando assim a importância de atender a essas necessidades para garantir o desenvolvimento dos cidadãos, com destaque para a situação das comunidades indígenas (Pescarini *et al.*, 2022).

Outro fator agravante durante a pandemia advém de uma problemática pré-existente na saúde indígena, a desnutrição infantil, que apresenta taxas quatro vezes superiores à média nacional no contexto das comunidades indígenas (Athila; Zachini, 2021). A ausência de acesso a alimentos saudáveis e a dependência de produtos industrializados e ultraprocessados são alguns dos fatores que contribuem para essa realidade. Esse cenário evidencia a desnutrição infantil como uma ramificação das políticas de saúde indígena adotadas pelo governo federal, o qual alocou apenas 0,013% do total de recursos destinados à população brasileira para essa área.

Nesse sentido, Oliveira *et al.* (2021) destaca que crianças e adolescentes indígenas apresentam ao menos o dobro de risco de morte por covid-19 em relação às de outras etnias no Brasil. Além da variável étnica, os autores apontaram outros elementos de risco que incluem a idade e a macrorregião geográfica de origem, observados a partir de uma taxa de mortalidade mais elevada entre crianças menores de dois anos e adolescentes com idades entre 12 e 19 anos. Indivíduos residentes nas regiões Nordeste e Norte apresentaram um maior risco de desfechos adversos em comparação com aqueles provenientes da região Sudeste.

A população indígena apresenta um perfil demográfico distinto, com uma menor proporção de idosos, entretanto, os anciões indígenas desempenharam um papel fundamental na cultura e sabedoria de suas comunidades, tornando-os alvos significativos da ameaça da pandemia. Pontes *et al.* (2020) destaca que de acordo com lideranças e movimentos indígenas, a morte de pessoas idosas representa uma ameaça significativa para a preservação das culturas e identidades dos povos indígenas.

Nesse contexto o aumento nos índices de mortalidade por Covid-19 a partir dos 50 anos entre os indígenas, quando comparado aos não indígenas leva à preocupação considerando o papel central que os idosos desempenham nas comunidades indígenas, sendo frequentemente líderes religiosos, políticos e detentores essenciais dos conhecimentos tradicionais. A perda desses membros mais velhos da comunidade representa não apenas uma tragédia individual, mas também uma ameaça concreta à continuidade e integridade das culturas indígenas (Pontes *et al.*, 2020).

A definição de políticas sociais deve ser uma construção coletiva que vise atender às necessidades humanas básicas em diferentes momentos históricos, sendo implementada por meio de programas sociais. No entanto, no contexto da política de saúde indígena durante a pandemia de Covid-19, as demandas incluíram a escassez de medicamentos, acesso limitado a serviços médicos, necessidade de serviços odontológicos e transporte para pacientes, além de atendimento médico insuficiente e precário, juntamente com a falta de acesso à água potável, devido à negligência do Estado em fornecer o devido cuidado (CIMI, 2022).

As ações e omissões do Governo Federal em relação aos ataques aos territórios tradicionais, desmonte de órgãos estatais de proteção aos direitos originários e pela constante mortificação de povos indígenas durante a pandemia de COVID-19, demonstram o caráter de necropolítica assumido por essa gestão, como uma engrenagem que promove as formas contemporâneas de mortificação, ocorrendo por meio do apagamento e esquecimento social. Esse fenômeno se associa ao contexto marcado pela persistência da lógica colonial e do racismo como tecnologia de governo (Fonseca, 2023).

A exemplo da insuficiência das políticas públicas de contenção da COVID-19 na população indígena que podem indicar a opção pela necropolítica exposta acima tem-se as fragilidades apontadas por Pontes *et al.* (2020, p.126-127):

Diversas fragilidades foram observadas na implementação das medidas governamentais direcionadas à redução dos impactos da disseminação da pandemia na população indígena, tais como: baixa testagem; critérios desatualizados e pouco sensíveis para identificação dos casos da doença; e falta de clareza na recomendação de estratégias de busca ativa de sintomáticos e rastreamento de seus contatos, entre

outros pontos. A provisão tardia ou insuficiente de equipamentos de proteção individual (EPIs), a precária qualificação técnica específica para o enfrentamento da pandemia, a dificuldade de acesso a meios de comunicação a distância e a demanda incrementada pela progressão da doença, fatores agravados pela localização frequente de territórios indígenas em regiões que exigem complexa logística de atenção e em municípios com precária estrutura de serviços de saúde, afetaram a capacidade assistencial, resultando em manejo da pandemia aquém do desejável e possível nessas populações. Outra característica da resposta governamental tem sido o parco diálogo com as instâncias do controle social indígena e com representações indígenas na formulação e execução das medidas, mesmo com o amplo interesse e implementação de iniciativas próprias por parte de lideranças e comunidades indígenas (Pontes et al., 2020, p. 126-127).

Nesse contexto pandêmico, instituições indígenas apresentaram acusações contundentes contra o Poder Executivo Federal brasileiro, apontando a implementação de uma política explicitamente "anti-indígena". Essas denúncias evidenciaram diversas violações graves, incluindo a participação de agentes do Estado na disseminação do vírus, subnotificação intencional de casos de Covid-19 entre indígenas, desconsideração dos ritos culturais e tradições, presença prejudicial do agronegócio e frigoríficos nos territórios indígenas, exposição de comunidades isoladas a riscos de infecção, desrespeito às recomendações internacionais de proteção aos povos indígenas, tentativas governamentais de vetar medidas cruciais contra a pandemia, ataques criminosos a locais sagrados, e conflitos violentos em territórios tradicionais, resultando em crescente insegurança e violência. Essas denúncias sublinham a urgência de ações concretas para proteger e promover os direitos dos povos indígenas, bem como a necessidade premente de responsabilização daqueles envolvidos nessas violações (Fonseca, 2023).

Os povos indígenas também travaram resistências contínuas pela demarcação e preservação de suas terras ancestrais, bem como pelo acesso igualitário a serviços de saúde e educação, enfrentando obstáculos como a falta de infraestrutura adequada e discriminação sistêmica. A luta desses povos abrange várias frentes de incidência, buscando justiça e reconhecimento em sua busca incansável pelos direitos fundamentais (Rosa, 2022).

Portanto, verifica-se que durante os anos de 2019 a 2022, houve controvérsias e mudanças significativas na política de saúde indígena no Brasil sob o governo Bolsonaro. Em 2019, a transferência da responsabilidade pela saúde indígena da FUNASA para o Ministério da Saúde causou preocupações e protestos devido aos cortes orçamentários. O Decreto n. 9.795/2019 trouxe alterações na organização do Ministério da Saúde, gerando questionamentos acerca da descentralização do subsistema de saúde indígena para os municípios. Houve destaque nos relatórios da Comissão Interamericana de Direitos Humanos para as violações

persistentes que afetam os povos indígenas; entre elas estão invasões territoriais, falta de proteção eficaz, destruição ambiental e discriminação.

Ao longo da pandemia, graves acusações apontando para uma política "anti-indígena" surgiram, incluindo sérias violações como negligência na saúde, subnotificação de casos de Covid-19 e desrespeito às tradições culturais. A urgência de garantir a proteção dos direitos dos povos indígenas e responsabilizar aqueles que cometem tais violações é destacada pelas acusações. Nesse ínterim, os povos indígenas seguem lutando pela demarcação de suas terras ancestrais e pela igualdade na oferta de serviços básicos.

2.2 A RESISTÊNCIA INDÍGENA

Por meio da análise realizada sobre a política de saúde nos anos compreendidos entre o período de 2019 até 2022, foi possível constatar que existiam diversos aspectos polêmicos e transformações impactantes diante das dificuldades encontradas pelos povos indígenas. As preocupações e os protestos foram desencadeados pela transferência da responsabilidade sobre a saúde indígena para o Ministério de Saúde em 2019, acompanhada por mudanças na estrutura administrativa e redução do financiamento.

No contexto pandêmico vivido foi possível constatar a existência contínua das violações brutais contra os direitos destas comunidades. Sujeitas a uma séria negligência por parte do setor da saúde assim como ao não-relato adequado dos casos e falta de apreciação e respeito às heranças culturais deste grupo específico. Sobretudo, essas acusações revelaram uma política prejudicial aos povos indígenas, enfatizando cada vez mais a importância de garantir seus direitos e punir os responsáveis por tais violações.

Considerando essa realidade, fica evidente como a resistência indígena emerge como um aspecto central que permite compreender as batalhas enfrentadas por essas comunidades no intuito de garantir a preservação de suas terras, identidade e uma distribuição justa dos serviços básicos necessários.

Em diversos estados brasileiros, comunidades indígenas estabeleceram barreiras sanitárias financiadas por recursos próprios para controlar o acesso a seus territórios e manter o distanciamento social como medida preventiva. No entanto, a maioria dessas comunidades enfrenta insegurança alimentar, uma vez que não possui capacidade para produzir todos os alimentos necessários, enquanto a resposta governamental à pandemia entre os povos indígenas careceu de um plano específico desde o início da crise sanitária. Essa negligência levantou preocupações, especialmente em relação aos grupos indígenas isolados e de contato recente,

que enfrentam o perigo das invasões de seus territórios por atividades ilegais, agravando uma situação já crítica (Rosa, 2022).

Em razão das falhas na assistência de saúde indígena por parte do governo federal no contexto da pandemia de Covid-19, a Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB) estabeleceu o Comitê Nacional pela Vida e Memória Indígena, monitorou a disseminação do vírus, lutando contra o silenciamento das mortes e buscando o registro adequado desses óbitos. Do mesmo modo, a organização pressionou vigorosamente o governo brasileiro a adotar medidas eficazes de proteção, abrangendo prevenção, cuidados de saúde, segurança alimentar e defesa contra invasões territoriais. A APIB colaborou com organizações internacionais, mobilizando recursos e promovendo campanhas de conscientização para destacar a importância da proteção e preservação dos povos indígenas como parte essencial da riqueza cultural do Brasil (Rosa, 2022).

A APIB ainda articulou outras ações para minimizar os impactos da Covid-19 nas comunidades indígenas, incluindo a proteção das terras indígenas, fortalecimento das redes de informação e apoio, mobilização para medidas emergenciais e busca por justiça e reconhecimento dos direitos indígenas. Adaptando-se ao ambiente virtual, a APIB organizou eventos como o Acampamento Terra Livre e a Assembleia Nacional da Resistência Indígena, permitindo a discussão de temas relacionados à pandemia, incluindo o mapeamento da situação da Covid-19, a formação de redes de informação, a logística de combate à doença e a busca por ações jurídicas (Rosa, 2022).

Em julho de 2020, a Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB) e seis partidos políticos moveram uma Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF)¹² no Supremo Tribunal Federal (STF), alegando que o governo não estava adequadamente protegendo os povos indígenas durante a pandemia de Covid-19. A ação destacou a

¹² Esclarecendo, a ADPF, sigla para Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental, foi introduzida na Constituição de 1988 e sua regulamentação ocorreu posteriormente, em 1999, através da Lei 9.882. Este instrumento legal de controle concentrado é de competência exclusiva do Supremo Tribunal Federal (STF), a mais alta instância jurídica do Brasil. A ADPF desempenha um papel importante ao preencher as lacunas deixadas pelas ações diretas de inconstitucionalidade, as quais não podem contestar leis ou atos normativos anteriores à promulgação da Constituição, nem atos de âmbito municipal. Sua previsão constitucional é concisa, porém fundamental, estabelecendo que o STF deve apreciar a arguição de descumprimento de preceito fundamental "decorrente desta Constituição, na forma da lei" (art. 102, § 1º, Constituição de 1988). Importante ressaltar que essa ação tem efeitos vinculantes, aplicando-se a todos. Tem a finalidade de evitar ou corrigir violações a preceitos fundamentais decorrentes de ações da União, estados, Distrito Federal e municípios. No entanto, sua admissão só é possível quando não há outro meio eficaz para resolver a lesão apontada, conferindo-lhe um caráter subsidiário. Para que seja admissível, o parâmetro constitucional violado deve ser um preceito fundamental, incluindo princípios do Título I da Constituição, direitos e garantias fundamentais do Título II, princípios sensíveis, bem como cláusulas pétreas definidas no art. 60, § 4º da Constituição (Novelino, 2015).

vulnerabilidade das comunidades indígenas devido à falta histórica de acesso a cuidados de saúde e ao estilo de vida comunitário.

A Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) n.º 709, visou pressionar o governo brasileiro a adotar medidas eficazes contra a disseminação da Covid-19 entre os povos indígenas. Essa ação, parte de uma série de iniciativas do movimento indígena diante da falta de resposta adequada do governo à pandemia, buscou promover a participação ativa dos povos indígenas na formulação e implementação de políticas públicas para proteger suas vidas e saúde. A ação destacou a relação entre a gestão da saúde indígena e o reconhecimento dos territórios tradicionais, envolvendo diversos atores e tornando-se um marco na busca por justiça e na proteção dos direitos indígenas no Brasil (Vieira; Terena, 2022)

A ADPF apresentou dois grupos de pedidos: um voltado para "Índios Isolados e de Contato Recente" e outro para todos os povos indígenas no Brasil. O STF, em resposta, ratificou uma medida cautelar anteriormente concedida, reconhecendo a legitimidade da APIB para propor a ADPF e ampliando a interpretação da Constituição para incluir associações que defendem interesses de grupos vulneráveis e minoritários (Rodrigues, 2022).

Assim, no contexto da ADPF n.º 709, em 8 de julho de 2020, o Ministro Luís Roberto Barroso deferiu parcialmente a medida cautelar que foi apresentada pela principal Associação Indígena Nacional, a Articulação dos Povos Indígenas (APIB), com o apoio de seis partidos políticos brasileiros do Congresso Nacional. Esta ADPF contestou a ação do Governo Federal de vetar 14 disposições da Lei 14.021, que trata das medidas para enfrentar a pandemia e seus impactos sobre a população indígena, quilombolas e comunidades tradicionais. Esses vetos levantaram preocupações sobre um possível retrocesso nas políticas de proteção indígena no Brasil. O deferimento parcial da medida cautelar determinou que a União estabelecesse "barreiras sanitárias" para proteger as comunidades indígenas em isolamento, com o objetivo de evitar a introdução do vírus nessas áreas vulneráveis. Essa decisão representou um passo importante na busca pela proteção da saúde e dos direitos das comunidades indígenas em meio à pandemia (Guedes, 2020).

A decisão do STF estabeleceu diretrizes fundamentais, incluindo princípios de prevenção e precaução diante da pandemia, a necessidade de diálogo institucional entre os poderes Executivo e Judiciário para definir medidas de proteção aos povos indígenas, bem como a importância do diálogo intercultural entre o Judiciário, o Executivo e as comunidades indígenas. Foi determinada a criação de uma sala de situação para gerir a pandemia com a participação de membros do Ministério Público Federal, da Defensoria Pública Federal e representantes dos povos indígenas nomeados pela APIB. Além disso, o STF acatou a

solicitação de criação de barreiras sanitárias, cujo plano seria elaborado pela Sala de Situação em um prazo de 10 dias. A decisão também incluiu a elaboração de um novo plano de combate à Covid-19 para a população indígena em colaboração com o Conselho Nacional de Direitos Humanos e representantes indígenas, com a criação de um grupo de trabalho para garantir a execução da determinação (Rodrigues, 2022).

Quanto ao pedido de retirada de invasores de terras indígenas, o STF considerou informações alarmantes sobre a presença de garimpeiros ilegais e reconheceu a complexidade da situação. A Corte determinou que a União incluísse uma estratégia para a retirada de invasores em um plano a ser apresentado, levando em conta a preocupação com o aumento do risco de contágio para as comunidades indígenas e a possível escalada de conflitos armados nas terras indígenas. Caso a determinação não fosse cumprida, o STF indicou que o assunto seria reavaliado posteriormente. Essas decisões buscam equilibrar a proteção da saúde e da integridade das comunidades indígenas com a minimização de conflitos potencialmente prejudiciais (Rodrigues, 2022).

A criação da Sala de Situação para monitorar e coordenar ações relacionadas à proteção da saúde dos povos indígenas isolados e de recente contato durante a pandemia de COVID-19 é uma medida significativa por parte do governo brasileiro. No entanto, como em muitas iniciativas governamentais, há desafios e críticas a serem considerados (Godoy; Santana; Oliveira, 2021).

Primeiramente, é importante reconhecer que a Sala de Situação oferece um espaço para os povos indígenas participarem do processo de tomada de decisões relacionadas à sua própria saúde. Isso é crucial em um contexto em que as oportunidades de participação social têm sido limitadas, especialmente para comunidades indígenas que muitas vezes enfrentam barreiras de acesso à informação e aos órgãos governamentais. Portanto, a Sala de Situação representa uma via importante para que esses grupos expressem suas preocupações e necessidades (Godoy; Santana; Oliveira, 2021).

No entanto, também é preciso abordar as críticas e desafios enfrentados pela Sala de Situação. Algumas críticas apontam equívocos que resultaram em decisões que prejudicaram a proteção dos povos isolados. Isso destaca a necessidade de uma gestão eficaz e sensível às nuances das diferentes situações enfrentadas pelos povos indígenas. Além disso, relatos de ofensas e perseguições por parte do governo federal contra membros da Sala de Situação foram preocupantes, pois minaram sua efetividade. (Godoy; Santana; Oliveira, 2021).

Em resumo, a Sala de Situação foi uma iniciativa importante para a proteção da saúde dos povos indígenas, proporcionando uma voz ativa a essas comunidades em um momento

crítico. No entanto, para que fosse eficaz, seria essencial abordar as críticas e garantir um ambiente de trabalho seguro e respeitoso para seus membros. Isso garantiria que as decisões tomadas sejam verdadeiramente voltadas para a proteção dos direitos e da saúde dos povos indígenas durante a pandemia (Godoy; Santana; Oliveira, 2021).

Ainda, a ADPF n. 709/DF, buscou proteger os povos indígenas durante a pandemia da COVID-19 no Brasil, pressionando o governo federal a adotar medidas de proteção, como a criação de barreiras sanitárias e um plano emergencial. O julgamento pelo Supremo Tribunal Federal (STF) resultou em uma decisão importante, destacando o papel da jurisdição constitucional na proteção dos direitos de grupos vulneráveis. No entanto, a eficácia da ADPF dependia da implementação efetiva das decisões judiciais e da vontade política do governo em cumprir suas obrigações constitucionais, tornando o diálogo e a negociação contínuos essenciais para a proteção dos povos indígenas (Nakamura, 2021).

Portanto, a ADPF n. 709/DF representou um marco significativo na luta dos povos indígenas do Brasil para proteger sua existência e prevenir o genocídio e etnocídio que ameaçam suas comunidades diante da devastação causada pela pandemia de Covid-19 e políticas anti-indigenistas. Ao buscar o reconhecimento de seus direitos fundamentais junto ao Supremo Tribunal Federal (STF), os povos indígenas trazem à tona questões cruciais que afetam não apenas suas vidas, mas também o patrimônio cultural e a riqueza de suas tradições ancestrais. Esta ação judicial representou um passo corajoso, uma vez que é a primeira vez que os povos indígenas se apresentam perante o STF em nome próprio, através de seus representantes legais, para iniciar um processo de jurisdição constitucional. Essa iniciativa não apenas destacou a necessidade urgente de proteger essas comunidades em um momento de crise de saúde global, mas também ressaltou a importância de garantir que seus direitos sejam devidamente reconhecidos e respeitados, reforçando assim a sua voz na busca por justiça e igualdade no Brasil (Debastiani; Sobrinho; Calgaro, 2020).

A ADPF n. 709/DF teve como embasamento constitucional o artigo 231, que reconhece os direitos originários dos povos indígenas sobre as terras que tradicionalmente ocupam e exige que sejam consultados de maneira livre, prévia e informada em relação a medidas que afetem seus direitos. A decisão judicial resultante dessa Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) atestou o papel fundamental do Supremo Tribunal Federal (STF) na proteção dos direitos fundamentais dos povos indígenas, uma minoria que historicamente enfrenta discriminação sistemática e estrutural. Em particular, a decisão do STF enfatizou a obrigação do Estado de implementar medidas destinadas a preservar a saúde dos povos indígenas no contexto da pandemia de COVID-19, com destaque para a

criação da Sala de Situação. Esse marco jurídico reforça a importância da jurisdição constitucional como uma salvaguarda essencial para os direitos dos grupos vulneráveis, oferecendo um contrapeso aos desafios enfrentados por essas comunidades e garantindo que os princípios constitucionais sejam efetivamente aplicados em sua proteção (Godoy; Santana; Oliveira, 2021).

No cerne dessa ação estava a necessidade de implementar barreiras sanitárias em virtude da vulnerabilidade intrínseca das comunidades indígenas, visando a permitir que essas populações permanecessem isoladas e, assim, garantir a proteção e a redução dos riscos de contaminação pelo vírus. A decisão da Suprema Corte ao analisar a ADPF reconheceu a ilegalidade das ocupações por invasores em territórios indígenas e determinou sua remoção, destacando a importância de um diálogo institucional entre órgãos governamentais para a formação de uma força-tarefa capaz de mapear as áreas mais gravemente afetadas (Serra; Mascarenhas, 2021).

A ADPF n. 709/DF, representou uma acusação contundente contra uma série de ações e omissões por parte das autoridades governamentais que, traduziram-se em sérios riscos de genocídio e extermínio de várias comunidades indígenas. De acordo com os dados apresentados na petição inicial, a letalidade da Covid-19 entre os povos indígenas é substancialmente superior, atingindo a marca de 9,6%, em contraste com a taxa de 5,6% registrada na população brasileira em geral. Essa discrepância nos números ressalta a urgência e a gravidade da situação, enfatizando a necessidade premente de ações corretivas e medidas de proteção específicas para preservar a vida e o bem-estar dessas comunidades vulneráveis. A ADPF 709, portanto, busca enfrentar esses desafios cruciais em prol da justiça e da preservação da diversidade cultural e étnica do Brasil (Almeida, 2021).

A ação concentrou-se nas falhas do Poder Público no combate à pandemia, expondo comunidades indígenas a sérios riscos, incluindo a ameaça de extinção. Essa iniciativa legal destacou a urgência de proteger os direitos dessas comunidades historicamente vulneráveis, agravados pela pandemia, enfatizando a responsabilidade do governo federal e ressaltando a importância do Judiciário na defesa dos direitos fundamentais, especialmente em momentos de negligência de outros poderes. A ADPF 709 destaca a importância das ações legais e judiciais para garantir direitos fundamentais em situações de crise, reforçando a necessidade de proteger os grupos mais vulneráveis e demonstrando o papel vital do sistema jurídico na defesa dos direitos humanos e da justiça social (Alves; Souza, 2020).

Em decorrência do ajuizamento da ADPF, em 29 de julho de 2020, a União apresentou o "Plano de Barreiras Sanitárias para os Povos Indígenas Isolados e de Recente Contato." Após

a intimação da APIB, PGR, DPU e CNJ para se manifestarem sobre o plano, ficou claro que ele era incompleto, confuso e genérico. Diante desse consenso, o STF acolheu a sugestão de complementação e solicitou informações sobre o cumprimento da cautelar de extensão do atendimento da SESAI. Em 14 de agosto de 2020, foi apresentada a segunda versão do "Plano de Barreiras Sanitárias para os Povos Indígenas Isolados e de Recente Contato", que incorporou comentários e sugestões anteriores e determinou a adoção de medidas para atender os indígenas em terras não homologadas. Essa versão também foi alvo de críticas, tendo em vista o pequeno progresso, resultando em poucas novas determinações (Matos, 2022).

O foco principal foi a definição e priorização das áreas de maior risco, visando iniciar a implementação das barreiras sanitárias o mais rápido possível. Além disso, em relação aos indígenas em terras não homologadas, a principal determinação envolveu a identificação das áreas para dimensionamento de equipes e insumos. O plano de barreiras sanitárias foi parcialmente homologado, mas ainda era necessário tomar medidas para garantir o cumprimento integral da cautelar. Esses desenvolvimentos demonstraram a complexidade e a importância da abordagem das questões de saúde indígena em um contexto desafiador como o da pandemia de Covid-19 (Matos, 2022).

Quanto ao Plano de Enfrentamento e Monitoramento da COVID-19 para Povos Indígenas Brasileiros, em agosto de 2020, a União apresentou sua primeira versão, mas várias entidades, incluindo a APIB, o CNDH, a FIOCRUZ, a ABRASCO, o Ministério Público Federal e a Defensoria Pública da União, convergiram em sua crítica ao plano. Eles apontaram que a proposta não incorporava as sugestões feitas pelo Grupo de Trabalho e se recusava a fornecer dados epidemiológicos essenciais, argumentando erroneamente que isso preservaria os direitos dos indígenas.

A segunda versão do Plano de Barreiras Sanitárias, que mostrou melhorias significativas após correções. No entanto, o mesmo progresso não foi observado em relação ao Plano Geral de Enfrentamento. A nova versão deste plano permaneceu insatisfatória, ignorando as sugestões anteriores e repetindo erros, o que levou à sua não homologação e à determinação de elaborar um novo plano em outubro.

Em novembro de 2020, foi apresentada a terceira versão do Plano de Enfrentamento e Monitoramento da COVID-19 para Povos Indígenas. Antes que a outra parte pudesse se manifestar, a APIB denunciou que a União não havia implementado as barreiras sanitárias em algumas terras indígenas, levando à convocação de uma reunião extraordinária da Sala de Situação e à solicitação de esclarecimentos sobre o descumprimento da ordem judicial pela União. Essa série de eventos reflete a complexidade e os desafios enfrentados na formulação e

implementação de planos eficazes para proteger a saúde dos povos indígenas durante a pandemia de Covid-19 (Matos, 2022).

Assim, para enfrentar a pandemia de Covid-19, as comunidades indígenas no Brasil adotaram medidas como estabelecer barreiras sanitárias que foram financiadas por eles próprios. Essa iniciativa teve como propósito regular quem entra nos territórios das comunidades e promover o distanciamento social. Foi um desafio lidar com a insegurança alimentar contínua causada pela impossibilidade de produzir alimentos no local. Foi feita uma série de críticas à resposta governamental pelo seu fracasso em apresentar um plano detalhado desde o início da crise. Isso gerou crescente preocupação especialmente para os grupos isolados e recém-contatados que estavam sujeitos a ameaças de invasão territorial através das atividades ilegais.

Ao criar o Comitê Nacional pela Vida e Memória Indígena, a APIB demonstrou sua importância central ao controlar a expansão da Covid-19, reivindicando iniciativas protetivas específicas e trabalhando em conjunto com organizações globais. A partir da iniciativa da APIB, foi protocolada junto ao STF uma importante medida: a ADPF 709. Isso teve como propósito ressaltar as situações de vulnerabilidade extrema vivenciadas pelos povos indígenas e buscar soluções para lidar com o desinteresse governamental em relação à sua proteção. Durante momentos de negligência dos poderes públicos, as ações legais destacaram o papel crucial do Judiciário e enfatizaram a responsabilidade que cabe ao governo federal na defesa dos direitos humanos, especialmente no contexto da pandemia da Covid-19.

2.3 SAÚDE INDÍGENA NO MARANHÃO DURANTE A COVID-19

O enfrentamento da pandemia de Covid-19 gerou um cenário desafiador para as comunidades indígenas no Brasil, incluindo aquelas situadas no estado do Maranhão. Diante da necessidade de proteção, essas comunidades adotaram estratégias como a criação de barreiras sanitárias, financiadas internamente, visando regular o acesso aos seus territórios e promover o distanciamento social como medidas preventivas. Contudo, os desafios constantes e a lenta e insuficiente resposta governamental desde o início da crise, surgiu uma crescente preocupação da situação dos povos indígenas naquele contexto.

Diante daquele quadro geral, a atuação proativa da Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB) e a criação do Comitê Nacional pela Vida e Memória Indígena assumiram um papel central no controle da disseminação da Covid-19, na busca por medidas protetivas

específicas e na colaboração com organizações internacionais. A iniciativa da APIB resultou na apresentação da ADPF 709 ao Supremo Tribunal Federal (STF), destacando a extrema vulnerabilidade dos povos indígenas e buscando soluções para enfrentar a falta de interesse governamental na proteção dessas comunidades. Essas ações legais ressaltaram a importância do Judiciário e sublinharam a responsabilidade do governo federal na defesa dos direitos humanos, particularmente em contextos desafiadores como a pandemia da Covid-19, o que reflete um panorama crucial a ser abordado na análise da saúde indígena no estado do Maranhão neste contexto específico.

No que diz respeito à Amazônia Legal¹³ como um todo, a pandemia da Covid-19 demonstrou uma profunda inquietação em relação à situação dos indígenas que habitam sua vasta extensão. Essa preocupação foi fundamentada no fato de que os indígenas, sobretudo aqueles que residem em Terras Indígenas (TIs) nessa região, enfrentaram desafios consideráveis diante dessa crise sanitária. Eles são classificados como um grupo social particularmente vulnerável, tanto do ponto de vista social quanto econômico, e estão mais suscetíveis aos impactos severos causados pela doença. Os números de casos confirmados de Covid-19 e óbitos nos Distritos Especiais Indígenas da Amazônia Legal evidenciam que a doença já atingiu diversas comunidades indígenas, reforçando a necessidade de ações efetivas para proteger esse segmento da população e garantir sua sobrevivência física e cultural (Foschiera; Silva, 2020).

Essa região, reconhecida por sua vasta biodiversidade e importância ambiental, desempenha um papel crucial no contexto econômico e ambiental do Brasil, requerendo políticas e iniciativas específicas para promover seu desenvolvimento sustentável e a preservação de seus recursos naturais. Portanto, a definição e evolução da Amazônia Legal ao longo do tempo refletem a preocupação constante em conciliar o crescimento econômico com a conservação ambiental e o bem-estar das populações que ali habitam (SUDAM, 2020).

¹³ A denominação "Amazônia Legal" teve origem a partir do estabelecimento do Plano de Valorização Econômica da Amazônia pela Lei nº 1.806, de 1953. De acordo com o Artigo 1º desta lei, o Plano tinha como objetivo a implementação de medidas, serviços, empreendimentos e obras para impulsionar o desenvolvimento de setores como a produção extrativa, agrícola, pecuária, mineral e industrial, bem como melhorar as relações comerciais, visando elevar os padrões de vida e o bem-estar econômico das populações na região e contribuir para o crescimento econômico do país. A Amazônia Legal, conforme definida por essa lei, compreendia os estados do Pará e Amazonas, bem como os territórios federais do Acre, Amapá, Guaporé e Rio Branco, além de partes dos estados de Mato Grosso e Goiás, delimitadas por coordenadas geográficas específicas, e parte do Maranhão, a oeste do meridiano de 44°. Atualmente, a delimitação da Amazônia Legal é regida pela Lei Complementar nº 124, de 2007, que inclui os estados do Acre, Amapá, Amazonas, Mato Grosso, Rondônia, Roraima, Tocantins, Pará e parte do Maranhão, desde que situada a oeste do Meridiano 44° (SUDAM, 2020).

No âmbito da pandemia, o estado do Maranhão serviu como um paradigma notável para as considerações e conclusões em relação aos demais estados da Amazônia Legal, conforme a evolução do mapeamento da Covid-19 nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) na região. Inicialmente, o Maranhão registrou sete casos confirmados em maio de 2020, e em junho desse mesmo ano, esse número aumentou para 89 casos, destacando-se em termos de crescimento percentual. No entanto, essa evolução não foi isolada, e outros estados também apresentaram aumentos significativos no número de casos confirmados, como o Amapá e o Norte do Pará, com um aumento de 700%, e o Guamá-Tocantins, com um aumento de 227% em relação a maio de 2020. Isso ressalta a rápida disseminação da doença em várias partes da Amazônia Legal, evidenciando a necessidade de medidas de prevenção e controle eficazes (Foschiera; Silva, 2020).

No decorrer dos meses subsequentes, a situação no Maranhão continuou a se agravar, com um aumento considerável no número de casos confirmados. Em junho de 2020, o estado já registrava 238 casos, e esse número aumentou para 449 em 15 de junho. Destacou-se também em relação ao número absoluto de casos confirmados, ultrapassando outros estados. Esse aumento vertiginoso no número de casos no Maranhão e em outros estados da Amazônia Legal coloca em evidência os desafios enfrentados para conter a propagação do vírus nessa vasta e diversificada região (Foschiera; Silva, 2020).

À medida que o tempo avançou, os dados revelaram uma situação ainda mais preocupante, com todos os 25 DSEIs da Amazônia Legal apresentando casos confirmados da Covid-19 em julho de 2020. O Maranhão liderou com 868 casos confirmados. O aumento contínuo no número de casos e óbitos, não apenas no Maranhão, mas em toda a região, apontou a premente necessidade de ações de saúde pública mais robustas, acesso a cuidados médicos adequados e estratégias de mitigação eficazes para proteger as comunidades indígenas e a população em geral da Amazônia Legal (Comissão Interamericana de Direitos Humanos, 2021).

O aumento acentuado no número de casos e óbitos em todos os estados da Amazônia Legal ressalta a complexidade dos desafios enfrentados pelas comunidades indígenas e pela população em geral nessa área geográfica diversificada, tornando essencial uma abordagem coordenada e adaptável para mitigar os impactos da pandemia (Foschiera; Silva, 2020).

Em fevereiro de 2020, os primeiros casos suspeitos do novo coronavírus foram notificados no estado do Maranhão, Brasil. A partir de março, esses casos suspeitos aumentaram rapidamente, passando de 25 para 205 em apenas quatro dias. No entanto, os boletins epidemiológicos do governo do estado, que começaram a ser divulgados em abril, não incluíam

dados sobre a Covid-19 entre os povos indígenas do Maranhão. A invisibilidade desses números foi destacada como ponto de partida para os dados e análises apresentados. Somente em 13 de maio de 2020, os primeiros casos de contaminação pela Covid-19 entre os povos indígenas do Maranhão foram registrados pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) e pelo Distrito Sanitário Especial Indígena do estado (DSEI-MA). A partir desse momento, a pandemia se espalhou rapidamente entre os indígenas, colocando o Maranhão como um dos epicentros da pandemia da Covid-19 entre essas comunidades no Brasil em julho de 2020 (Oliveira et al., 2021).

A rápida disseminação da Covid-19 entre os povos indígenas do Maranhão expôs a fragilidade da política indigenista e de saúde pública em lidar com os desafios enfrentados por essas comunidades no Estado. Além da demora na implementação de um plano emergencial federal eficaz para combater a pandemia nos territórios indígenas, a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), por meio do Distrito Sanitário Especial Indígena do Maranhão (DSEI-MA), pressionou os municípios a não divulgar detalhadamente os casos confirmados de Covid-19 entre os indígenas em seus boletins epidemiológicos. Essa falta de transparência na divulgação de dados se intensificou durante o período das campanhas eleitorais municipais em setembro de 2020. À medida que as campanhas ganhavam força nos municípios, os boletins municipais que anteriormente continham informações sobre casos entre os indígenas deixaram de ser publicados. A justificativa apresentada pelos gestores das secretarias municipais de saúde foi a solicitação do DSEI-MA para suspender a divulgação desses boletins epidemiológicos (Oliveira et al., 2021).

Essa situação levantou preocupações quanto ao efetivo acesso a informações cruciais sobre a saúde dos povos indígenas, especialmente em um contexto de pandemia. A falta de divulgação de dados detalhados dificultou a avaliação precisa do impacto da Covid-19 nessas comunidades e a implementação de medidas de prevenção e combate adequadas (Oliveira et al., 2021).

No caso do Maranhão mais especificamente, por exemplo, os membros dos Povos Indígenas Guajajara e Awá, que habitam a Terra Indígena Araribóia, enfrentaram uma situação notável de vulnerabilidade diante da pandemia da COVID-19. Esta vulnerabilidade decorreu de diversas circunstâncias, incluindo a falta de um atendimento médico oportuno e adequado em saúde, o que compromete a capacidade de resposta às necessidades de saúde dessas comunidades. Adicionalmente, a presença constante de terceiros não autorizados em suas terras, que estão envolvidos em atividades ilegais, como a extração de madeira, representou

grande risco. Esses intrusos, além de ameaçarem o ambiente ecológico, também atuaram como potenciais vetores da doença, introduzindo o vírus nas comunidades indígenas.

A Resolução n.º 1/2021 da Comissão Interamericana de Direitos Humanos reconheceu a vulnerabilidade imunológica específica dos povos indígenas de contato recente ou isolados, enfatizando que essa condição aumentava significativamente o risco de contágio e agravamento da doença entre essas populações, tornando ainda mais urgente a necessidade de proteger e apoiar essas comunidades em meio à pandemia (Comissão Interamericana de Direitos Humanos, 2021).

Nesse sentido, o Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Maranhão, encarregado do atendimento à saúde na região, identificou, no início de julho de 2020, que a concentração de casos positivos de COVID-19 entre os povos indígenas estava sendo subnotificada, sugerindo um cenário mais preocupante do que inicialmente percebido. Isso era resultado de uma série de deficiências nas ações do Poder Público em relação às comunidades indígenas.

Entre essas carências, incluíam-se a ausência de medidas eficazes para controlar a entrada de não indígenas em territórios indígenas, a carência de testagem sistemática realizada pelos órgãos de saúde indígena para o diagnóstico da COVID-19, a falta de instalação de unidades de saúde designadas para receber casos suspeitos e confirmados da doença, a carência de campanhas educativas concretas promovidas pelo Poder Público para prevenir a disseminação da COVID-19, a falta de monitoramento adequado dos pacientes, a presença de indígenas afetados por doenças respiratórias, bem como a insuficiência de distribuição de equipamentos de proteção individual (EPIs) e produtos de higiene por parte das autoridades públicas destinados às comunidades indígenas. Essas deficiências evidenciam a necessidade urgente de medidas coordenadas e eficazes para proteger a saúde e bem-estar desses povos vulneráveis em face da pandemia (Comissão Interamericana de Direitos Humanos, 2021).

Nos autos da Medida Cautelar Nº 754-20 da Comissão Interamericana De Direitos Humanos (CIDH), o Ministério Público Federal se manifestou em junho de 2020 em relação à situação dos povos indígenas no Maranhão, apontando uma série de lacunas e deficiências no atendimento às comunidades indígenas se tornaram evidentes. Isso incluiu a falta de iniciativas por parte do Poder Público para controlar a entrada de não indígenas em territórios indígenas, a ausência de testagem sistemática para o diagnóstico da COVID-19 realizada pelos órgãos de saúde indígena, a carência de unidades de saúde dedicadas ao atendimento de casos suspeitos e confirmados da doença, bem como a insuficiência de campanhas educativas promovidas pelo governo para prevenir a disseminação do vírus.

O monitoramento insatisfatório dos doentes, a presença de indígenas afetados por doenças respiratórias e a falta de distribuição de equipamentos de proteção individual (EPIs) e produtos de higiene por parte das autoridades públicas também foram destacados. Adicionalmente, profissionais de saúde que não cumpriram a quarentena antes de se dirigirem às aldeias Awá Guajá e a inadequação dos locais de quarentena para indígenas que se ausentaram das aldeias antes de retornarem foram apontados como preocupações (Comissão Interamericana de Direitos Humanos, 2021).

No contexto dessa situação, a obtenção de dados específicos sobre casos de COVID-19 e mortes entre os povos indígenas beneficiários tornou-se um desafio significativo devido à falta de registros apropriados. A ausência de testes fornecidos pela Secretaria Especial de Saúde Indígena complicou ainda mais a obtenção de informações precisas. Até outubro de 2020, haviam sido confirmados 1.909 casos e 69 mortes entre os povos indígenas no estado do Maranhão. No entanto, a Frente de Proteção Etnoambiental Awá estimou que a taxa de infecção poderia ter atingido 50% da população Guajajara. Essas informações revelam a urgência de ações coordenadas e eficazes para garantir a saúde e a segurança dessas comunidades em meio à pandemia (Comissão Interamericana de Direitos Humanos, 2021).

Nesse contexto, ressalta-se que as falas das lideranças se mostram necessárias para compreender a real situação dos indígenas, como deu-se durante o II Encontro das Mulheres Mermotumré-Canela, realizado em março de 2022, em que o povo Canela denunciou a falta de acesso à saúde em sua comunidade. As principais reivindicações dessa etnia incluíam a falta de medicamentos, acesso limitado à consulta e exames na Unidade Básica de Saúde Indígena, a necessidade de serviços odontológicos e transporte para pessoas doentes, e um atendimento médico precário e insuficiente para a população. Essa situação é comum para o povo Canela, como evidenciado pelo falecimento de duas crianças do povo Memortumré-Canela em 2021, devido à negligência do estado em fornecer os cuidados necessários, como por exemplo, água potável (CIMI, 2022).

Entretanto, ressalta-se que a pandemia expôs violações ao direito à saúde dos indígenas pregressos destacados pelo Conselho Indigenista Missionário – CIMI (2022) como a falta de acesso à água potável que é um problema persistente na aldeia Canela, com menos de 50% das famílias tendo acesso à água encanada. A situação odontológica também é preocupante, com a extração de dentes sendo a solução comum devido à falta de produtos necessários para tratamentos adequados.

Aos desafios impostos pela pandemia e as já costumeiras violações aos seus direitos, soma-se o histórico de violência e impunidade que assola os povos indígenas no Maranhão em

decorrência de seus esforços na defesa de seus territórios. Registrou-se, nos anos 2000, um número de pelo menos 47 assassinatos de indígenas Guajajara no Estado, com 18 desses ocorrendo apenas na Terra Indígena Araribóia. Isso está diretamente relacionado ao fato de que essa terra indígena enfrenta uma das maiores incidências de invasões. Para evitar o aumento de invasões diante da inércia do poder público foi necessária reação por parte dos povos originários, como a do povo indígena Guajajara, que estabeleceu um grupo de líderes conhecido como "Guardiões da Floresta", cuja responsabilidade é monitorar e proteger o território. (Gonçalves, 2022).

Portanto, a violência contra indígenas assola a região do Maranhão desde antes da pandemia, e com ela permaneceu robustecendo os índices de morte dos indígenas da região. Em 2020, os "Guardiões da Floresta" tenham denunciaram ataques ocorridos desde 2016, quando seis indígenas da TI Araribóia foram brutalmente assassinados, sendo três deles integrantes dos "Guardiões". Os métodos utilizados para o extermínio dos que tentam proteger a terra indígena variam de tiroteios a espancamentos, atropelamentos intencionais e até mesmo esquartejamento, como no trágico caso de um adolescente indígena em dezembro de 2019.

Após a denúncia, líderes envolvidos na defesa de seus territórios e direitos continuaram a sofrer uma série de ameaças e ataques de diversas origens. Esse cenário foi agravado pela disseminação de informações falsas, alimentando um clima hostil contra o povo Guajajara, inclusive com acusações infundadas de "crimes de lesa-pátria" proferidas por autoridades estatais de alto escalão, demonstrando como o Estado pratica o racismo contra os indígenas de forma reiterada. Essa situação retrata um contexto de extrema vulnerabilidade enfrentado pelos indígenas no Maranhão, que clama por medidas eficazes de proteção e justiça (Gonçalves, 2022).

A violência estrutural apoiada no colonialismo possui diversas facetas que reverberam, como demonstrado, nas políticas públicas de saúde indígena. Nesse sentido, tem-se a exclusão de povos indígenas do plano de vacinação contra a COVID-19, que representou uma dupla violação e penalização, como destacado em uma carta aberta assinada por seis povos indígenas do Maranhão. O governo federal, ao limitar a vacinação prioritária aos indígenas considerados "aldeados," excluiu uma parte significativa da população indígena. Esse critério baseado na residência em terras demarcadas reflete uma perspectiva integracionista, que vai de encontro à Constituição Federal e a marcos legais internacionais que garantem a proteção dos direitos das populações originárias. Muitos indígenas no Maranhão que vivem nas áreas urbanas foram deslocados de seus territórios devido a invasões e colonização, tornando essa exclusão uma injustiça flagrante. O governo federal, ao ter tomado essa decisão, perpetua o processo de

genocídio e extermínio dos povos indígenas, exacerbando as dificuldades enfrentadas por essas comunidades, que já sofrem com a ausência de políticas públicas e assistência desde o início da pandemia da COVID-19 (Miotto, 2021).

Essa exclusão ressalta os desafios enfrentados pelos povos indígenas que vivem em terras não demarcadas ou em contextos urbanos, expondo acentuadamente o racismo e a negligência sistêmica que enfrentam diariamente. A ausência de políticas públicas adequadas e de assistência durante a pandemia agrava ainda mais as dificuldades dessas comunidades. Portanto, é fundamental que o governo federal reavalie essa política de exclusão e cumpra seu dever constitucional de demarcar terras indígenas, reconhecendo que a identidade indígena não é determinada apenas pela localização geográfica, mas por uma herança cultural e étnica que merece proteção e respeito (Miotto, 2021).

A abordagem utilizada pela SESAI/DSEI-MA para registrar os dados da Covid-19, considerando apenas o número geral de casos e não levando em conta a identificação dos povos, territórios e aldeias afetadas, representou uma lacuna significativa na compreensão da extensão do impacto do novo coronavírus sobre as comunidades indígenas. Do mesmo modo, os boletins epidemiológicos das secretarias municipais adotavam termos genéricos, como "aldeia" e "área indígena," sem especificar quais povos estavam sendo afetados pela doença. A exceção era o município de Amarante do Maranhão, que registrava os casos a partir das "Terras Indígenas" (TIs) (Oliveira et al., 2021).

Essa falta de detalhamento dificultou a análise precisa da situação epidemiológica das populações indígenas no estado, tornando desafiadora a elaboração de estratégias de prevenção e controle da Covid-19 direcionadas a essas comunidades específicas. Para uma resposta eficaz à pandemia entre os povos indígenas, é fundamental que os registros incluam informações detalhadas sobre os grupos étnicos afetados, territórios específicos e aldeias, a fim de direcionar recursos e ações de forma mais direcionada e assertiva, levando em consideração as particularidades culturais e geográficas dessas populações (Oliveira *et al.*, 2021).

Diante desses obstáculos, os povos originários do Maranhão demonstraram resiliência e resistência, buscando visibilizar sua situação e exigir o cumprimento de seus direitos, como o acesso prioritário à vacinação contra a Covid-19. A articulação entre essas comunidades tem sido fundamental para potencializar suas vozes e demandas, como evidenciado na carta aberta publicada por povos indígenas do Maranhão em janeiro de 2021 que denuncia a falta de vacinação para os indígenas em terras não homologadas (CIMI, 2021).

Devido a pressão e mobilização dessas comunidades, houve a convocação de lideranças indígenas por parte do Estado para dialogar sobre a imunização dos povos indígenas,

manifestando abertura para garantir a vacinação. Isso demonstra a importância do diálogo entre as autoridades e as comunidades indígenas para garantir o acesso à vacinação e a proteção contra a Covid-19 (Araújo, Oliveira, Folhes, 2023).

Para aprimorar a atenção à saúde nas comunidades indígenas é essencial adotar uma abordagem abrangente. Primeiramente, deve-se fortalecer a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, assegurando que os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) sejam plenamente aplicados. Isso envolve a promoção da formação de profissionais de saúde que possam atuar com sensibilidade e respeito às especificidades culturais das comunidades indígenas (Carvalho *et al*, 2020).

Adicionalmente, é crucial expandir o acesso aos serviços de saúde nas comunidades indígenas, por meio da implementação de unidades básicas de saúde, postos de saúde, polos base e casas de saúde indígena. Isso garantiria que as comunidades tivessem acesso adequado aos cuidados de saúde. Paralelamente, é importante realizar ações de prevenção e promoção da saúde, com foco na promoção de uma alimentação saudável, incentivo à atividade física, prevenção de doenças crônicas e cuidados com a saúde mental (Carvalho *et al*, 2020).

A disponibilidade de medicamentos e insumos necessários para o tratamento das doenças mais comuns nas comunidades indígenas também deve ser assegurada. Isso garantiria o acesso aos tratamentos adequados quando necessário. Igualmente, é fundamental estimular a participação ativa das lideranças indígenas e das próprias comunidades no planejamento e na gestão das ações de saúde. Isso não apenas fortalecerá o controle social sobre as políticas de saúde, mas também garantirá que as estratégias sejam culturalmente sensíveis e alinhadas com as necessidades reais das comunidades indígenas. No geral, essas medidas contribuiriam significativamente para melhorar a atenção à saúde nas comunidades indígenas do Brasil (Carvalho *et al*, 2020).

Os desafios enfrentados nas políticas públicas no Brasil na busca pelo reconhecimento e garantia dos direitos dos povos indígenas são multifacetados e urgentes. Esses grupos enfrentam vulnerabilidades políticas decorrentes de sua representação limitada nas estruturas de poder, tornando-os ainda mais suscetíveis à marginalização. Suas práticas culturais singulares e suas localizações geográficas de difícil acesso, complicam ainda mais a visibilidade dessas comunidades pelo poder público (Debastiani; Sobrinho; Calgaro, 2020).

Além disso, políticas anti-indigenistas, como a invasão de terras indígenas e a exploração desenfreada de recursos naturais em seus territórios, ameaçam diretamente a existência desses povos e suas culturas ancestrais. Para superar esses desafios, é fundamental que toda a sociedade brasileira, incluindo órgãos governamentais e organizações não

governamentais, se envolva ativamente na defesa dos direitos indígenas e na proteção de suas terras e recursos naturais (Debastiani; Sobrinho; Calgaro, 2020).

Uma abordagem eficaz exige a colaboração direta e respeitosa com as comunidades indígenas, reconhecendo e valorizando seus conhecimentos tradicionais e respeitando suas tradições. Além disso, é imperativo que haja investimentos substanciais em infraestrutura e serviços básicos, como saúde e educação, para melhorar significativamente as condições de vida desses povos historicamente marginalizados. Somente por meio de um esforço conjunto, abrangente e sensível às necessidades e aspirações dos povos indígenas, pode-se avançar na construção de uma sociedade mais justa e inclusiva para todos os brasileiros (Debastiani; Sobrinho; Calgaro, 2020).

Os povos indígenas em isolamento, devido às particularidades de suas vidas e às ameaças que enfrentam, são extremamente vulneráveis do ponto de vista socioepidemiológico. Seu isolamento os torna suscetíveis a doenças infectocontagiosas, pois têm pouco ou nenhum acesso aos sistemas de saúde convencionais e frequentemente carecem de recursos médicos e alimentares. Além disso, a degradação ambiental em seus territórios tradicionais agravou ainda mais sua saúde e bem-estar. No Brasil, a implementação de políticas de saúde para esses povos enfrenta desafios como a falta de recursos financeiros e pessoal, infraestrutura inadequada em áreas remotas, participação insuficiente das comunidades indígenas na formulação e execução de políticas, desrespeito à diversidade cultural e aos conhecimentos tradicionais, e falta de comprometimento político do governo.

A pandemia de COVID-19 ampliou a vulnerabilidade dos povos indígenas, com restrições à mobilidade, acesso limitado à saúde e interrupções em suas práticas culturais e modos de vida. Portanto, a proteção desses povos requer não apenas políticas de saúde específicas, mas também um compromisso mais amplo com a preservação de seus direitos, cultura e modo de vida, reconhecendo sua importância como parte integral da diversidade do Brasil (Godoy; Santana; Oliveira, 2021).

O enfrentamento da COVID-19 nas populações indígenas ressalta a importância da colaboração entre instâncias governamentais, organizações não governamentais e lideranças indígenas. A construção de estratégias conjuntas, envolvendo ativamente as comunidades nas decisões pertinentes à saúde, emerge como um elemento crucial para transpor os desafios específicos impostos pela pandemia a essas populações.

Nesse sentido, podem ser realizadas reflexões mais amplas sobre o enfrentamento das consequências da colonialidade na saúde indígena e seus impactos na comunidade Canela Memortumré, contribuindo para a discussão sobre o enfrentamento do racismo estrutural nas

políticas públicas e a promoção de ações que valorizem a autonomia e a saúde dos povos indígenas no Brasil. A abordagem crítica também considera a interseccionalidade entre questões étnico-raciais e a saúde indígena, proporcionando uma análise aprofundada dos aspectos legais e dos desafios enfrentados pelas comunidades indígenas no Maranhão.

3 COVID-19 E OS CANELA MEMORTUMRÉ: UMA ANÁLISE DA POLÍTICA PÚBLICA

Até o momento essa pesquisa utilizou-se principalmente das técnicas de pesquisa bibliográfica para a compreensão do arcabouço gerador das políticas públicas empregadas e a pesquisa de cunho documental com a investigação dos decretos e legislações que propiciaram o surgimento das redes de atendimento aos indígenas, bem como as ações práticas utilizadas para combater a Covid-19.

Contudo, para obter-se a visão dos indígenas a partir da sua vivência única, esse capítulo passará para a análise empírica por meio da técnica de entrevistas semiestruturadas, voltadas para a produção primária de dados. O recorte para tanto, fora fixado na etnia Canela, a ser apresentada no próximo tópico. Os critérios para a escolha dessa etnia constitui-se a partir da proximidade geográfica que torna a aproximação viável do pesquisador dentro dos limites de tempo da pesquisa.

Outrossim, pensou-se na possibilidade de contato linguístico sem o uso de intérpretes, facilitando o vínculo entre pesquisador e entrevistado. Destaca-se ainda que a opção por uma entrevista semiestruturada dá-se no mesmo sentido de aproximar-se dos entrevistados, deixando-os livres para falar suas percepções, sem que para tanto perca-se de vista os objetivos centrais da pesquisa.

Cabe ressaltar a finalidade das informações colhidas e seu tratamento dentro da pesquisa. De acordo com Smith (2018), a formulação do conhecimento em matrizes europeias faz com os povos indígenas permaneçam somente como objetos nas pesquisas realizadas, como fonte de conhecimento complementar, secundário. Contudo, ao reivindicar a entrevista como técnica, esta será meramente meio, pois o conteúdo extraído será tratado de maneira não hierarquizada, e os conceitos e conhecimentos serão integrados à matriz teórica do corpo do projeto.

O primeiro tópico trará uma descrição do povo Memortumré Canela e o histórico da Terra Indígena Memortumré. Em seguida, no segundo tópico, no intuito de contextualizar o leitor, abordar-se-á os conceitos relativos à avaliação de políticas públicas, metodologia que será empregada para interpretar as entrevistas realizadas, o método de avaliação de políticas públicas a ser utilizado. No último tópico apresentar-se-á a discussão e resultados obtidos a partir da entrevista, debatendo a avaliação dos Memortumré acerca da política pública de saúde durante a pandemia de COVID-19.

3.1 O POVO CANELA MEMORTUMRÉ E A TERRA INDÍGENA MEMORTUMRÉ

Kanela ou Canela é o nome pelo qual ficaram conhecidos dois grupos Timbira: os Ramkokamekrá/ Memortumré¹⁴ e os Apanyekrá. Embora tenham suas diferenças, esses grupos vizinhos falam a mesma língua e possuem o mesmo repertório cultural. Também integram os Timbira os grupos étnicos Gavião Pyhcop Catiji, Apanjekrá-Canela, Memortumré–Canela e Krahô, juntamente com as comunidades Krikati Pão Catiji, Apinayé, Krepym Catejê, Krenyê e Paracatejê. Todos, por sua vez, estão vinculados ao tronco linguístico Jê. O território tradicional ocupado por esses povos abrangia uma extensa área de Cerrado e transição para a Amazônia, estendendo-se ao longo de toda a bacia do Rio Tocantins e em sua confluência com o Rio Araguaia (Hivos, 2021).

Esses agrupamentos humanos partilham não apenas língua e ancestralidade comuns, mas também referências culturais, assim como formas homogêneas de estruturação social e política. Os distintos coletivos Timbira reciprocamente se identificam como parentes e integrantes de uma mesma coletividade, cujo elo evidente é observado na prática uniforme de cortar o cabelo de maneira idêntica, no uso de discos volumosos que distendem o lóbulo das orelhas, na configuração de aldeias circulares com habitações dispostas ao redor de um espaço central, denominado pátio. Ademais, esses povos demonstram ser matrilineares e matrilocais, praticantes de corredores de tora, apresentam padrões gráficos e cultura material semelhantes, e compartilham substancialmente o mesmo repertório de cantos, mitos e rituais, organizando-se em metades cerimoniais ou grupos rituais notavelmente convergentes entre si (Oliveira, 2006).

Os Timbira, historicamente dedicados à prática da caça e coleta, iniciaram seus contatos com a sociedade no século XIX, notadamente com as frentes de expansão agropastoris originárias dos estados da Bahia e Piauí. Esse período marcou o surgimento dos primeiros conflitos fundiários, desencadeando massacres, despovoamento e rotas de dispersão e migração entre os subgrupos Timbira. Mesmo após mais de dois séculos de interação com a sociedade circundante, esses povos conseguiram preservar elementos fundamentais de sua identidade, incluindo a língua, a organização social e política, a disposição circular de suas aldeias e a riqueza de seus rituais (Hivos, 2021).

¹⁴ De acordo com o levantamento realizado durante as entrevistas a etnia dominante na terra indígena estudada sempre se autodeterminou como Memortumré, mas foram classificados pelos órgãos oficiais como Ramkokamekrá, etnia minoritária.

Parte de seus territórios foi delimitada e demarcada como terras indígenas descontínuas, situadas no sul do estado do Maranhão, norte do Tocantins e sudeste do Pará, ao longo das décadas de 1940 a 1990. Atualmente, com uma população que ultrapassa os 10.000 indivíduos, esses povos enfrentam desafios similares decorrentes do histórico modelo de uso e ocupação do solo na região. Esse modelo, fundamentado na expansão da fronteira agrícola e na implementação de grandes projetos de desenvolvimento e infraestrutura, impacta diretamente seus territórios e modos de vida. Além disso, confrontam-se com a precarização e fragmentação das políticas públicas, promovidas pelos entes federados, destinadas à proteção territorial, etnodesenvolvimento e assistência à saúde indígena (Bogéa, 2019; Hivos, 2021).

Os Memortumré, iniciaram seus primeiros contatos indiretos com forças militares no final do século XVII, enfrentando ataques efetivos apenas na última década do século XVIII. Após ataques periódicos, as perdas populacionais levaram os Memortumré a renderem-se às forças brasileiras em 1814, resultando na cessão de parte de suas terras a diversas nações timbira. Um período de relativa paz se estendeu por cem anos, até que, em 1938, o Serviço de Proteção aos Índios (SPI) estabeleceu um agente próximo à aldeia Memortumré, acelerando mudanças culturais (Povos Indígenas no Brasil, 2021).

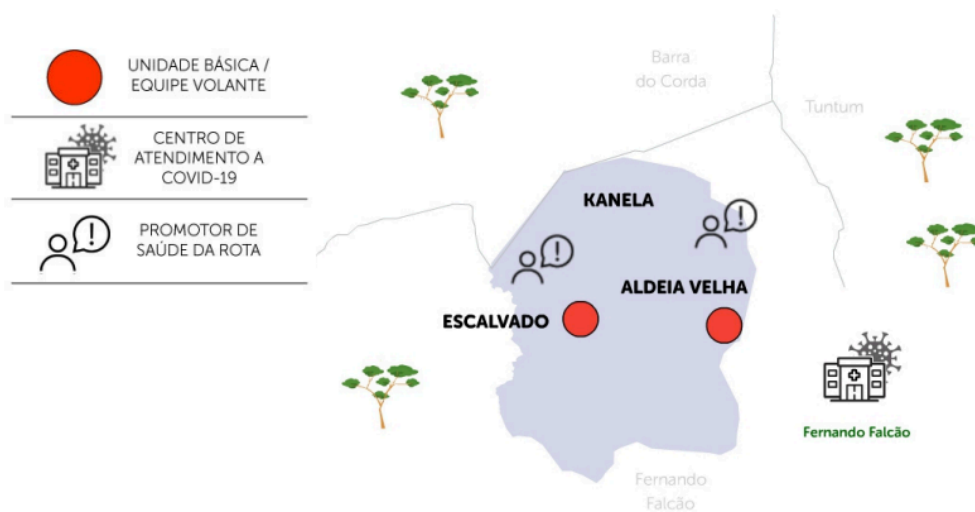
No século XIX, relatos de viajantes e cronistas coloniais indicam que os Memortumré-Canela eram constituídos por subgrupos étnicos autônomos, tais como Ramkokamekrá, Xâkamekrá, Sakamekrá e Capiiekran, cada qual com domínios territoriais específicos. Ao longo do histórico de contato e das violências sofridas, esses subgrupos se amalgamaram, culminando na autodenominação atual como Memortumré, que significa povos originários (Hivos, 2021).

Até o decênio de 1940, os Memortumré estabeleciam contatos menos frequentes com a sociedade nacional e outras comunidades indígenas em comparação aos Apanyekrá. Subsequentemente, a dinâmica alterou-se, invertendo-se tal condição. Entretanto, ambas as agremiações, atualmente, enfrentam considerável interferência proveniente de entidades de contato, como a Fundação Nacional do Índio (FUNAI), proprietários rurais e missionários. Ao longo da década de 1960, o movimento milenarista de 1963 contribuiu para o descrédito nas tradições, levando os Memortumré a uma transferência temporária para evitar represálias de fazendeiros. A construção de uma ponte em 1956 facilitou o acesso a bens comercializáveis, alterando valores e estimulando investimentos agrícolas. Na década de 1990, um projeto visando superar a escassez alimentar incentivou a cooperação em grandes roças comunitárias, impulsionando uma nova orientação cultural voltada para a obtenção de bens industrializados (Povos Indígenas no Brasil, 2021).

Os Memortumré-Canela residem no centro do estado do Maranhão, particularmente na porção meridional do município de Barra do Corda, em uma área delimitada como a terra indígena Kanela. Esta demarcação ocorreu em 1977 e englobou parte de seu território histórico tradicional, que se estendia por vastas áreas de Cerrado nos vales do Rio Itapecuru (Bogéa, 2019).

Diante de conflitos históricos e do processo demarcatório, os Memortumré-Canela adotaram a estratégia de não dispersão, vivendo inicialmente na aldeia Escalvado, que recentemente se dividiu na Aldeia Velha. Apesar do contato prolongado com a sociedade não indígena, mantêm práticas culturais e de subsistência ativas, destacando-se por rituais intensos, pesca, caça, coleta de recursos e agricultura. Estabelecem laços mais estreitos com os Apanjekrá, sendo referência na preservação de funções sociais e marcadores culturais entre os Timbira (Hivos, 2021).

Figura 1- Mapa da Terra Indígena Kanela e as unidades de saúde.

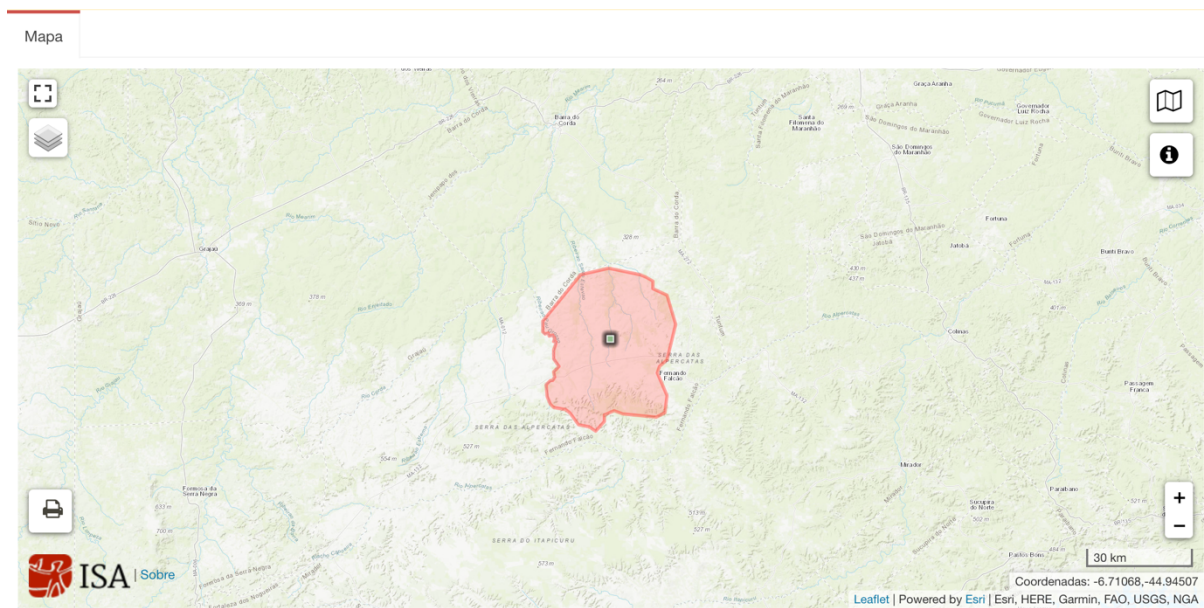


Fonte: Hivos (2021, p.4).

A Aldeia do Ponto aldeia Memortumré, conhecida localmente como Aldeia do Ponto, está situada aproximadamente a 70 km ao sul-sudeste da cidade de Barra do Corda, no estado do Maranhão. A Terra Indígena Canela encontra-se atualmente homologada e registrada segundo Decreto 87.960 – 22/12/1982. Até recentemente, essas terras, que englobam cerrados, florestas-galeria e pequenas chapadas, estavam localizadas no município de Barra do Corda. Contudo, devido ao desenvolvimento da antiga vila Jenipapo dos Resplandes, agora integram

o novo município de Fernando Falcão. A serra das Alpercatas delimita em grande parte o limite sul da Terra Indígena, enquanto o rio Corda corre a uma distância de 20 km, ao longo do limite noroeste, fora da área demarcada. De acordo com dados do IBGE (2022) a terra indígena Kanela possui 2552 habitantes em uma área de 125 mil hectares (Povos Indígenas no Brasil, 2021; Terras Indígenas no Brasil, 2024).

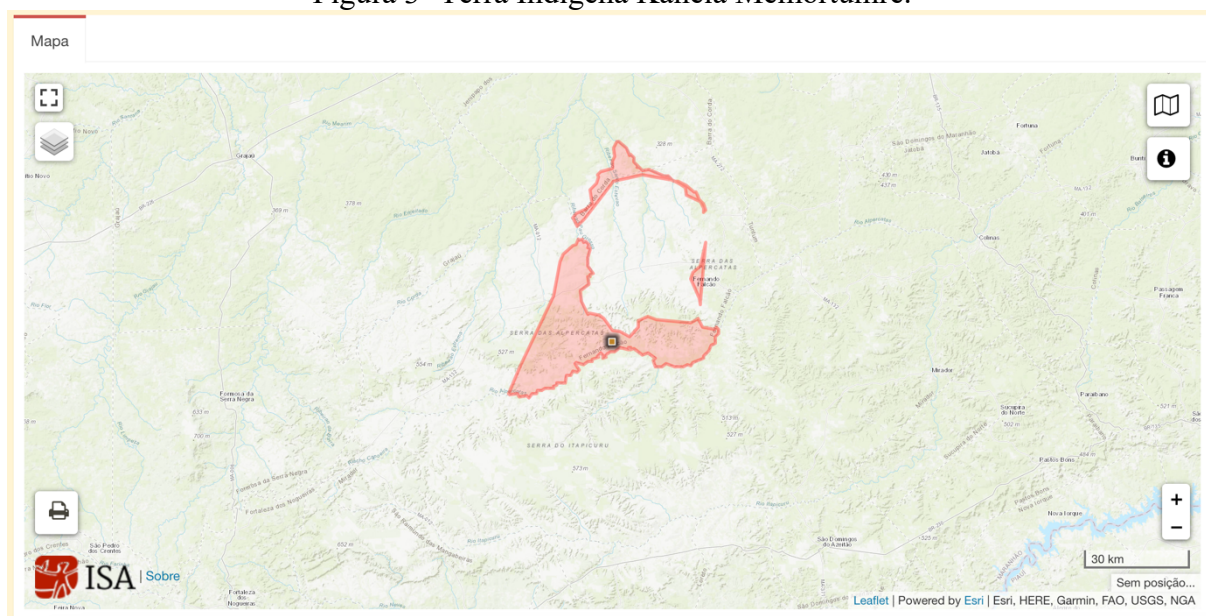
Figura 2 -Terra Indígena Kanela



Fonte: Instituto Socioambiental (Terras Indígenas no Brasil, 2024).

Em paralelo à demarcação já homologada como terra indígena Kanela, tem-se a área de expansão do território Kanela, chamada terra indígena Kanela/Memortumré, cuja situação oficial de reconhecimento é Delimitada, por meio do Despacho 549 de 29/08/2012, conforme observa-se na figura abaixo (Terras Indígenas no Brasil, 2024).

Figura 3- Terra Indígena Kanela Memortumré.



Fonte: Instituto Socioambiental (Terras Indígenas no Brasil, 2024).

A área acima possui cerca de 100 mil hectares e abriga cerca de 1961 habitantes, segundo relatório da FUNAI de 2004. Acerca da organização social, os Canela apresentam sistemas sociais e cerimoniais complexos, baseados em classes de idade e metades, sem caráter exogâmico. As atividades cotidianas e rituais são realizadas por essas metades, competindo entre si. As classes de idade, formadas a cada dez anos, ocupam lados opostos na praça. A liderança é exercida por um conselho de mais velhos, responsáveis por selecionar o chefe, que atualmente mantém o cargo por períodos limitados (Povos Indígenas no Brasil, 2021; Terras Indígenas no Brasil, 2024).

A busca pela paz interna é notável, com desentendimentos sendo resolvidos em reuniões diárias. Os líderes evitam tornar públicas questões contenciosas, e os cilindros auriculares são usados para amplificar a audição e incentivar a obediência. O contato com o SPI e missionários impactou as tradições culturais e sociais dos Canela, contribuindo para mudanças e desafios ao longo do tempo (Povos Indígenas no Brasil, 2021).

No que se refere à habitação, os Canela residem em habitações construídas com materiais locais, como palha de palmeira ou pau-a-pique, seguindo o estilo sertanejo. As casas são dispostas em um amplo caminho circular com cerca de 300 metros de diâmetro, incluindo pequenos quintais associados a cada moradia. No centro desse espaço, encontra-se uma praça com aproximadamente 75 metros de diâmetro. Da praça irradiam caminhos que conduzem a cada residência, criando uma organização espacial característica. Observa-se que, frequentemente, casas adicionais, pertencentes à mesma família, são dispostas em uma segunda

fileira, enquanto algumas residências mais distantes podem formar uma terceira fileira. Essa configuração evidencia a estrutura de organização espacial tradicionalmente adotada pelos Canela (Bogéa, 2019; Povos Indígenas no Brasil, 2021).

O reconhecimento dos laços de parentesco entre os Canela é estabelecido de maneira bilateral, embora haja uma ênfase particular no aspecto matrilinear. Nesse sentido, as crianças são criadas no ambiente da casa da mãe e irmãs da mulher e todos seus filhos. O controle sobre famílias e redes de parentesco é desempenhado pelas mulheres, conferindo-lhes uma posição de destaque nesse contexto. O sistema social dessas comunidades não inclui clãs, mas sim diversas linhagens isoladas, cada uma associada a cerimônias específicas que conferem o direito de assumir determinadas funções sociais. Os principais ritos para ambos os sexos são o nascimento, puberdade e casamento (várias etapas), o resguardo pós-parto (couvade) e o luto (Oliveira, 2006).

Atualmente, as mulheres têm a oportunidade de assumir funções cerimoniais no pátio central, um espaço historicamente dominado pelos homens. O poder masculino, liderado por chefes e anciãos, manifesta-se em reuniões no pátio central, abrangendo toda a aldeia. Em contrapartida, o poder feminino destaca-se principalmente no âmbito doméstico, especialmente no controle da distribuição de alimentos entre os habitantes. Tradicionalmente, é comum que as irmãs estabeleçam suas plantações nas proximidades, seguindo o padrão da "casa longa" na aldeia. Entretanto, homens com inclinações políticas buscam atrair seguidores do sexo masculino para suas áreas agrícolas, originando facções, embora os Canela mantenham discrição em relação às rivalidades políticas. O poder de possíveis líderes, no entanto, surge da gestão de um local de cultivo (Povos Indígenas no Brasil, 2021).

Na contemporaneidade, o grupo se divide em duas amplas comunidades de cultivo, cada uma com um conjunto de residências que abrange 80% da população. Adicionalmente, há pelo menos quatro agrupamentos menores. Apesar disso, cada família possui uma moradia na aldeia principal, Escalvado, retornando para participar das celebrações anuais. Recentemente, nota-se um movimento de regresso à aldeia por parte das famílias cujos filhos frequentam regularmente a escola em Escalvado. Essas famílias passam mais tempo na aldeia principal, deslocando-se esporadicamente às plantações em busca de produtos agrícolas (Povos Indígenas no Brasil, 2021).

Desde 1830, os Canela vêm partilhando de crenças e práticas do catolicismo popular. A partir de 1970, veio crescendo o número de Memortumré que se dizem "crentes" (protestantes), em 1993 chegou a 25% da população, mas em 2001 foi reduzido a 15%. No território indígena tem-se a presença da Assembleia de Deus como missão evangélica. A influência do

cristianismo na aldeia, principalmente após os anos 1950 leva a uma alteração gradual nos costumes levando a perda de algumas tradições e rituais que deixam de ser importantes com o enfraquecimento da crença nos mitos de origem da comunidade e no xamanismo como religião (Povos Indígenas no Brasil, 2021; Terras Indígenas do Brasil, 2024).

Os Canela tradicionalmente empregavam diferentes meios sobrenaturais, naturais e humanos para fortalecer suas vidas, envolvendo a comunicação com almas, a obtenção de força através de canções específicas, a prática de restrições e rituais específicos para cura e o fortalecimento das habilidades dos xamãs. Historicamente, xamãs detinham poderes sobrenaturais, obtendo conhecimento e previsão através das almas. No entanto, a competição entre xamãs e líderes políticos era inexistente. A formação de xamãs ocorre quando almas visitam um indivíduo durante uma doença grave, concedendo-lhe poderes específicos (Povos Indígenas no Brasil, 2021).

As crenças Canela também envolvem a transmissão de poluição, acreditando que a ingestão de caldos de carne e fluidos sexuais são portas de entrada. Essas poluições podem enfraquecer guerreiros, caçadores, corredores ou xamãs, sendo mais prejudiciais a indivíduos doentes. Restrições alimentares e sexuais são impostas para proteger membros de uma família nuclear em caso de doença. Xamãs, chamados Pajé desempenham papel crucial na cura, removendo doenças ou poluições mediante restrições alimentares e sexuais. Rituais específicos, como a ingestão de infusões de ervas, são utilizados para eliminar poluições e fortalecer as habilidades dos xamãs (Povos Indígenas no Brasil, 2021).

A mitologia dos Canela repassada de forma oral ao centro da aldeia também se alterou, Os Canela já tiveram mais de cem mitos, mas hoje eles não acreditam plenamente neles. Na tradição dos Memortumré, mitos e relatos de guerra eram uma prática comum realizada no centro da aldeia, proporcionando entretenimento à comunidade no final do dia e nas primeiras horas da manhã. Entretanto, essa tradição se perdeu em torno dos anos 1950. Atualmente, quando essas histórias são compartilhadas, fazem menção aos "índios brabos", considerados como antepassados distantes. Os grandes guerreiros e líderes proeminentes aproveitavam-se de habilidades xamânicas para alcançar seus objetivos. Da mesma forma, os chefes importantes utilizavam seus poderes limitados para exercer autoridade ou incutir temor na população (Povos Indígenas no Brasil, 2021; Oliveira, 2006).

Um dos mitos de origem que retratam a visão dos Canela sobre a convivência com os brancos traz Awkhêê, dotado de poderes sobrenaturais, que se transformava em diferentes formas, assustando seus tios, que tentaram matá-lo. Sobrevivendo em forma de cinzas, ele retornou como um ser humano, representando tanto Awkhêê quanto Dom Pedro II, e, nessa

forma, convocou os Canela a escolherem entre seu estilo de vida, simbolizado pelo arco e flecha, e a civilização branca, representada por armas de fogo. Os Canela optaram pelo arco e flecha, resultando em uma posição subordinada na sociedade branca, em troca de respeito e obediência, os locais passaram a ajudar os Canela sem custo (Povos Indígenas no Brasil, 2021).

Entretanto, ainda permanecem no imaginário algumas crenças advindas da tradição xamânica, a exemplo da crença de que no resguardo da mulher parida todos aqueles que podem ser o pai da criança devem abster-se de sexo e alguns alimentos para garantir a saúde do bebê. Na tradição Memortumré, existia um ritual em que a mulher indicava os homens com quem havia tido relações durante a gestação para que eles fizessem as restrições necessárias. Ainda que hoje devido ao crescimento da ética cristã não se faça o ritual, é comum o pai ser acusado de traição à esposa quando o bebê adoece nesse período, bem como, há o aviso discreto da mãe da criança aos homens com quem manteve relações sexuais que não sejam o seu marido, para que cumpram as obrigações de restrição (Povos Indígenas no Brasil, 2021).

Conforme pode-se observar as tradições xamânicas dos Memortumré mantem-se ainda nos aspectos relacionados à saúde, como posto acima, ou ainda, com a tradição do uso de garapas criadas com ervas diversas para cura de doenças. A evangelização pode ter alterado muitos dos costumes sociais da aldeia mas a crença na natureza e em espíritos tradicionais da religião xamânica mantiveram-se na cultura e afastam os indígenas da medicina tradicional desenvolvida nos postos de saúde à disposição na terra indígena.

3.2 PARA UMA AVALIAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA

A escolha em tecer uma avaliação de políticas públicas nessa pesquisa reside no seu potencial para identificar pontos de melhoria, corrigir falhas, promover a transparência e a prestação de contas, além de subsidiar a formulação de novas políticas e a alocação eficiente dos recursos públicos. Ela contribui para uma gestão pública mais eficiente, responsável e voltada para atender às demandas e necessidades da sociedade de forma eficaz.

A avaliação de políticas públicas é um processo sistemático de análise e julgamento das ações governamentais, visando compreender seus impactos, eficácia, eficiência e efetividade na resolução de problemas sociais e na promoção do bem-estar da sociedade. Ela envolve a coleta, análise e interpretação de dados e informações para verificar se os objetivos

estabelecidos foram alcançados e se os recursos foram utilizados de forma adequada (Garcia, 2020).

Para Secchi (2013, p. 63),

A avaliação é a fase do ciclo de políticas públicas em que o processo de implementação e o desempenho da política pública são examinados com o intuito de conhecer melhor o estado da política e o nível de redução do problema que a gerou. É o momento-chave para a produção de feedback sobre as fases antecedentes.

Os teóricos da avaliação de políticas públicas oferecem diversas visões e abordagens ao campo. Na década de 1960, Michael S. Scriven e Donald T. Campbell enfatizaram a importância de aplicar princípios científicos na resolução de questões sociais, destacando a avaliação como uma ciência que valora ação baseada em evidências factuais. Por outro lado, na década de 1970, Carol H. Weiss, Joseph S. Wholey e Robert E. Stake propuseram a integração da avaliação com a pesquisa em políticas públicas, enfatizando seu papel no aprimoramento progressivo de programas e ressaltando a avaliação de implementação em nível prático. Já nas décadas de 1980-90, Lee J. Cronbach e Peter H. Rossi buscaram integrar diferentes perspectivas teóricas anteriores, propondo um desenho funcional da avaliação para um ambiente sujeito a questões políticas. Eles enfatizaram a avaliação global, personalizada e baseada na teoria do programa, reconhecendo a legitimidade de diferentes abordagens de acordo com as circunstâncias e objetivos da avaliação (Shadish *et al.*, 1991).

Um dos pontos centrais desse enfoque é a ênfase na integração de diferentes perspectivas teóricas anteriores, reconhecendo a legitimidade de abordagens diversas conforme as circunstâncias e propósitos da avaliação. Isso implica considerar e integrar as contribuições teóricas anteriores de forma a aprimorar a compreensão e a análise das políticas públicas em questão. Dessa forma, o "integracionismo" proposto por Cronbach e Rossi destaca a importância de uma abordagem abrangente e adaptável, que leve em conta a diversidade de perspectivas teóricas e as diferentes nuances dos contextos políticos e sociais em que as políticas públicas estão inseridas. Esses teóricos desempenharam um papel significativo no avanço da avaliação de políticas públicas, contribuindo para moldar o campo com ideias valiosas ao longo do tempo (Shadish *et al.*, 1991).

Na esfera da avaliação, Leeuw e Donaldson (2015) identificaram duas categorias principais de teorias relevantes. A primeira concentra-se nas intenções, expectativas e processos cognitivos dos profissionais envolvidos na avaliação. Já a segunda abrange teorias externas e científicas, especialmente nas áreas sociais, comportamentais e institucionais, fornecendo explicações sobre as consequências de políticas, programas e ações avaliativas.

As teorias acadêmicas de formulação de políticas são cruciais nesse contexto. Algumas delas se dedicam ao desenvolvimento de políticas, considerando aspectos administrativos, políticos, e os processos de tomada de decisão. Outras concentram-se na dinâmica de estratégias e implementação, tanto dentro quanto entre organizações. Por fim, as teorias de domínio social enfocam as características específicas dos contextos em que ocorre a avaliação, permitindo aos avaliadores uma compreensão mais profunda do ambiente social, dos procedimentos e arranjos relativos à política ou programa em avaliação (Garcia, 2020).

Nos anos 1980, houve um aumento do interesse pela avaliação devido à modernização da administração pública no Brasil, com maior foco em eficiência, eficácia, efetividade e prestação de contas (Matias-Pereira, 2012). Essa mudança representou um novo paradigma na gestão pública. Nesse contexto, a avaliação e suas estratégias, incluindo o uso de indicadores, têm sido fundamentais para melhorar a compreensão dos resultados das políticas públicas e, conseqüentemente, aprimorar seus impactos.

Conforme mencionado, a análise das políticas públicas no Brasil experimentou um notável avanço, especialmente a partir dos anos 1980, tal fato deu-se pelo processo de transição democrática. Esse progresso pode ser dividido em três etapas distintas. Inicialmente, na primeira fase, o foco estava primariamente na avaliação de programas e projetos específicos, visando mensurar sua eficácia e impacto. Subsequentemente, a segunda fase ampliou o escopo da avaliação para abranger políticas e programas mais abrangentes, reconhecendo a complexidade das interações entre diversas iniciativas governamentais (Crumpton *et al.*, 2016; Trevisan; Bellen, 2008).

Nesse estágio, houve uma tentativa de compreender as implicações de políticas mais amplas para a sociedade em geral. Já na terceira fase, observa-se uma considerável ênfase na participação dos stakeholders e na avaliação de políticas públicas em um contexto mais amplo de governança. Isso envolve a inclusão de diversos atores, como cidadãos, organizações da sociedade civil e setor privado, na formulação e avaliação de políticas. Essa trajetória reflete a crescente complexidade das políticas públicas e a necessidade de abordagens mais holísticas e participativas para garantir que essas políticas atendam às demandas da sociedade de forma eficaz e responsiva (Trevisan; Bellen, 2008).

A avaliação de políticas públicas abarca uma variedade de metodologias, cada uma com seu enfoque e abordagem específicos. Dentre as principais estratégias encontram-se a análise custo-benefício, cujo propósito é comparar os custos e vantagens de uma política; a análise custo-efetividade, que busca determinar a eficácia dos gastos públicos em relação aos resultados obtidos; a avaliação de impacto, que examina as mudanças decorrentes da implementação de

uma política; a análise de procedimento, focalizada nas etapas de implementação; a análise contextual, que leva em conta os fatores externos que influenciam uma política; a avaliação de implementação, que investiga como uma política é efetivamente aplicada; a avaliação de resultados, que avalia os efeitos de uma política sobre seus objetivos estabelecidos; e a meta-avaliação, que procura avaliar a qualidade e eficácia das avaliações em si (Trevisan; Bellen, 2008).

As avaliações, segundo Cohen e Franco (2013), são categorizadas em quatro tipos: externa, interna, mista e participativa. A diversidade dessas tipologias permite uma avaliação mais abrangente e eficaz das políticas públicas, possibilitando não apenas a verificação de resultados, mas também o aprimoramento constante das ações governamentais.

A avaliação externa é conduzida por especialistas independentes da instituição executora da política ou programa, focando mais na metodologia do que no conhecimento específico da área em questão. Isso oferece vantagens como imparcialidade e objetividade, permitindo comparações com programas semelhantes. A avaliação interna é realizada por colaboradores ou participantes da instituição responsável pela implementação da política. Essa abordagem promove aprendizagem institucional e capacitação dos profissionais envolvidos, mas requer vigilância metodológica devido à proximidade e possíveis conflitos de interesses. Além disso, estimula a cultura da autoavaliação entre os profissionais. A avaliação mista busca combinar as vantagens das avaliações externa e interna, permitindo que avaliadores externos trabalhem em conjunto com os integrantes do projeto. Essa abordagem visa superar limitações e potencializar os benefícios de ambas as modalidades. Já a avaliação participativa envolve a população-alvo do projeto, visando reduzir o distanciamento entre avaliadores e beneficiários, sendo especialmente eficaz em projetos sociais (Cohen; Franco, 2013).

Nesse contexto, a abordagem participativa depende do raciocínio indutivo, pois parte da compreensão do problema deriva da observação direta e da imersão no ambiente do programa em questão. Essa abordagem valoriza a riqueza de dados obtidos através da assimilação de um amplo espectro de informações, incluindo aspectos subjetivos e objetivos, quantitativos e qualitativos, que juntos fornecem uma visão abrangente dos fenômenos avaliados. As avaliações participativas não seguem um plano padronizado, mas evoluem conforme os participantes adquirem experiência na atividade e aprofundam sua compreensão sobre o processo de avaliação em si. Essa flexibilidade permite que a avaliação se adapte dinamicamente às necessidades e realidades identificadas durante sua realização, tornando-a mais sensível e ajustada aos contextos específicos de cada programa ou projeto avaliado (Worthen; Sandes; Fitzpatrick, 2004).

Outro aspecto relevante é que as avaliações participativas representam realidades múltiplas, reconhecendo que as pessoas têm diferentes perspectivas e interpretações dos eventos e situações. Essa diversidade de visões enriquece a análise e contribui para uma compreensão mais completa e holística dos impactos, resultados e desafios enfrentados pelas intervenções avaliadas. Assim, a abordagem participativa não apenas promove a inclusão e o empoderamento dos participantes, mas também fortalece a qualidade e a relevância das avaliações ao considerar de forma mais ampla e profunda as complexidades dos contextos avaliados (Worthen; Sandes; Fitzpatrick, 2004).

Destaca-se, contudo, que não há um acordo claro sobre os aspectos metodológicos e conceituais da avaliação de políticas públicas, resultando em uma "confusão conceitual" na literatura. Isso reflete a complexidade e a variedade de dimensões das políticas públicas, bem como a diversidade de abordagens necessárias para compreender e analisar seu impacto e eficiência. Nesse contexto, é perceptível que a falta de consenso metodológico representa um desafio, mas também uma oportunidade para aprimorar a forma como avaliamos e aperfeiçoamos as políticas públicas (Trevisan; Bellen, 2008).

Silva e Silva (2005), afirma no que diz respeito ao critério de avaliação de política e programa social, que será sobre sua efetividade, considerando os impactos diretos e indiretos aos serviços prestados na vida do público usuário, referindo-se aos resultados, impactos e efeitos. A autora infere que a avaliação da política pública por ser realizada durante sua execução, pode ser denominada por gestão contínua, de maneira a avaliar as mudanças situacionais e possíveis alterações que possam gerar na política pública.

Figueiredo e Figueiredo (1986, p.108), entende a avaliação política como “(...) a análise e elucidação do critério ou critérios que fundamentam determinada política: as razões que a tornam preferível a qualquer outra”. Considerado que a análise política se concentra em examinar o propósito, a evolução, o conteúdo e a coerência de determinada política pública, mostra-se importante investigar as motivações por trás dessa política, desvelando como ela é construída e decidida, que problema ou oportunidade ela visa abordar, quais seus objetivos e instrumentos, bem como como ela se integra com outras políticas.

De acordo com Worthen, Sandes e Fitzpatrick (2004), diversos grupos ou indivíduos têm influência sobre ou são influenciados por uma avaliação: financiadores, clientes, partes interessadas e público-alvo. Nesse sentido, os atores que permeiam as políticas públicas devem também ser analisados, pois em uma análise política de políticas públicas os atores sociais que a embasam, tanto fornecendo-a quanto recebendo-a devem ser observados.

A avaliação de políticas públicas a partir da ótica dos beneficiários se torna uma etapa de suma importância dentro do contexto da gestão pública. Essa abordagem se justifica pela singularidade que os beneficiários possuem ao serem os principais impactados pela implementação das políticas governamentais. Suas percepções e experiências oferecem uma visão precisa e valiosa dos resultados efetivos das ações estatais, constituindo um aspecto crucial na avaliação da eficiência e eficácia das políticas em cumprir suas finalidades junto à população-alvo.

A incorporação da perspectiva dos beneficiários no processo de avaliação permite a identificação de falhas e desafios na execução das políticas, possibilitando ajustes e aprimoramentos contínuos ao longo do ciclo de implementação. Dessa forma, a inclusão das opiniões e *feedbacks* dos beneficiários subsidia decisões mais embasadas e orientadas para resultados por parte dos formuladores de políticas públicas, potencializando o êxito e o impacto positivo dessas iniciativas. Ao garantir que os beneficiários tenham voz no processo de avaliação, fortalece-se a democracia participativa e a governança responsiva, refletindo o compromisso em ouvir e atender às demandas e necessidades da sociedade de forma eficiente e transparente, razão pela qual serão avaliados os discursos dos indígenas acerca da política pública em questão proporcionada pelo governo federal e não apenas os documentos que consubstanciam tais políticas.

Diante da imprescindibilidade de ouvir os atores envolvidos na política pública de saúde indígena no contexto do Maranhão, inicialmente, solicitou-se aprovação do CEP para entrevistar cerca de 30 indivíduos, divididos originalmente por faixa etária, entre indígenas e servidores da Unidade Básica de Saúde da TI Escalvado, para obter-se uma visão ampla da pandemia dentre a população Memortumré. Para tanto, foram desenvolvidos dois roteiros de pesquisa semiestruturada, um direcionado para os grupos indígenas e outro para os profissionais de saúde. Os roteiros são similares e apresentam pequenas diferenças pontuais quanto às perguntas incluídas em cada eixo de pesquisa, como pode ser observado a partir dos roteiros em anexo.

O roteiro foi pensado a partir de quatro eixos temáticos para guiar as entrevistas. O primeiro refere-se à contextualização e experiências indígenas, em que o foco recai sobre o histórico e experiência da aldeia com as transformações sociais, políticas e de saúde. O segundo eixo contempla as experiências durante a pandemia em relação às perdas e as comorbidades que as motivaram e os desafios enfrentados. O terceiro eixo foca nas políticas de saúde indígena como elas são percebidas pela comunidade, sua avaliação, funcionamento. O quarto eixo consiste nos impactos diretos da pandemia nessas políticas, buscando informações sobre o

acesso, adaptações e possíveis resistências travadas. O último eixo investiga a visão dos entrevistados sobre o futuro dessas políticas.

Acerca da condução das entrevistas ressalta-se que entrevistas em comunidades indígenas devem adotar uma abordagem cuidadosa e respeitosa para garantir uma interação significativa e ética. Primeiramente, é fundamental reconhecer a sensibilidade cultural, ajustando-se aos ritmos e tempos específicos da comunidade para estabelecer uma conexão respeitosa. Outro ponto a ser verificado é a adaptação da linguagem e das perguntas, levando em consideração as nuances culturais e a realidade única de cada aldeia, a fim de promover uma comunicação eficaz e compreensiva. É importante manter-se flexível durante as entrevistas, proporcionando espaço para que os participantes expressem suas opiniões e compartilhem suas experiências de maneira livre. Esta flexibilidade não apenas respeita a diversidade de perspectivas, mas também contribui para a construção de um ambiente acolhedor que fomente a liberdade de expressão. Ao adotar essas práticas cuidadosas, busca-se assegurar que o processo de entrevista seja ético, respeitoso e genuinamente colaborativo com as comunidades indígenas envolvidas.

Entretanto, diante de fatores que discutir-se-á no tópico seguinte, não foi possível realizar a quantidade de entrevistas que se pensou inicialmente, tendo sido realizadas um total de quatro entrevistas com membros da população indígena e duas entrevistas com servidores da unidade de saúde de Escalvado, sendo eles, uma das enfermeiras da equipe de plantão e um dos agente de saúde indígena.

Os participantes consentiram com a divulgação de seus nomes e fotos no bojo da pesquisa, assinando os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, além de confirmarem a autorização em áudio na gravação. Portanto, houve o consentimento de gravação de áudio e de imagem de fotos realizadas durante as entrevistas, bem como a sua publicação.

Para conseguir adentrar na terra indígena foi necessário contato prévio com o cacique à época, Jaldo, que assinou o termo de consentimento do local para ser encaminhado ao CEP. As tratativas deram-se principalmente por meio da plataforma do *Whatsapp* em que foi encaminhada a documentação para assinatura e combinado os detalhes da ida e estadia do pesquisador e equipe, que consistia em mais duas pessoas, dentre as quais o fotógrafo autor de muitas das fotos que serão apresentadas ao longo da dissertação. A equipe ficou hospedada na igreja dirigida por Jaldo.

3.3 AVALIAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NA PERSPECTIVA DOS MEMORTUMRÉ

A equipe foi recepcionada por Jaldo, cacique à época do início das tratativas para entrevistas, ocasião em que ele mencionou que não era mais cacique da aldeia, pois iria começar a estudar e portanto, precisaria se afastar de suas funções como cacique.

Figura 4- Jaldo, ex-cacique.



Fonte: Eduardo Moura da Silva (2024).

Jaldo apresentou a equipe para Francisquinho, um dos anciões da aldeia, com 85 anos, membro do conselho e para Beato e sua esposa, Edvirgens que se tornaram participantes da pesquisa. Dentre a equipe de saúde entrevistou-se Solange, enfermeira, e Ioio, agente saúde indígena.

Figura 5- Francisquinho



Fonte: Eduardo Moura da Silva (2024).

Figura 6- Beato e Edvirgens.



Fonte: Eduardo Moura da Silva (2024).

Não foi possível realizar entrevistas com maior número de indígenas e a outra equipe de saúde por limitações de tempo. Durante o período que a equipe esteve na aldeia Escalvado choveu muito o que dificultou não apenas a locomoção, mas também o encontro casual com os indígenas na aldeia que poderia resultar em contato com conversas e visualização de costumes, resultantes em entrevistas para a pesquisa.

As poucas interações possíveis que se deram por intermédio de Jaldo, ainda se deram mediante um custo, vez que há no contexto do Memortumré Canela a ideia de retribuição pecuniária pela acolhida. Para além das limitações climáticas e financeiras da pesquisa, esbarrou-se no tempo e dificuldades de agenda. Portanto, foi necessário agilizar as entrevistas com aqueles que aceitaram conversar com o pesquisador.

Observou-se barreiras até mesmo no contexto da equipe de saúde da Unidade Básica de Saúde Indígena de Escalvado, vez que a enfermeira plantonista Solange, apesar de ter aceitado participar da pesquisa, pediu para ver todas as perguntas com antecedência e escolheu quais responderia. No contexto do agente de saúde indígena, percebeu-se que embora estivesse respondendo tudo com boa vontade foi instruído a não comentar profundamente sobre aspectos das políticas de saúde no contexto da pandemia. Portanto, as respostas provenientes desses servidores não podem ser interpretadas sem algumas ressalvas, vez que havia uma espécie de censura tácita. Não foi possível saber se o comportamento surgia a partir do receio de represálias institucionais.

Ainda no âmbito da Unidade Básica de Saúde Indígena, foi possível perceber a presença da colonialidade vigente nas instituições brasileiras. A enfermeira entrevistada, em alguns momentos que não foram gravados, reproduziu falas que demonstravam nas entrelinhas a sua visão colonizadora que desmerecia a cultura indígena e suas tradições. Foi possível na entrevista perceber que as particularidades da saúde Memortumré citadas pela servidora eram atravessadas pelo racismo colonizador.

Figura 7- Ioio, agente de saúde indígena



Fonte: Eduardo Moura da Silva (2024).

Conforme exposto no tópico anterior, foram desenvolvidos dois roteiros de pesquisa semiestruturada, um direcionado para os grupos indígenas e outro para os profissionais de saúde. Entretanto, os roteiros representavam apenas um direcionamento para o pesquisador de modo a não perder de vista os objetivos da pesquisa. Nesse sentido, na prática, as conversas deram-se em tom mais informal, deixando os entrevistados livres para falarem ao seu tempo e do que achassem necessário.

Seguiu-se principalmente a seguinte ordem de condução da entrevista: pediu-se para o entrevistado falar um pouco sobre a origem que sabe da etnia indígena, relacionando a experiência do entrevistado com a aldeia e a comunidade, posteriormente perguntou-se sobre como foi a época do Covid-19.

A princípio perguntou-se sobre o nome, haja vista existir a terra indígena Canela/Ramkokamekrá e a terra indígena Canela/Memortumré que diz respeito a área de expansão da primeira, ainda não homologada pelo poder público. Os entrevistados contaram que os Memortumré seria o povo original daquele território formado por diversas tribos de origem Timbira. Os indígenas foram migrando até o Escalvado após enfrentamentos com fazendeiros que dizimaram muitos e ainda intervenções estatais por órgãos anteriores à FUNAI e esta

última. As nações ali passaram a viver de forma harmônica, preservando as tradições comuns. A prevalência do nome Ramkokamekrá entre os registros oficiais é explicado pelos locais como uma confusão do homem branco. Aliás, a própria denominação Canela adveio do homem branco.

A língua dos Memortumré é o Jê, portanto, há prevalência dessa língua e poucos são os que falam português, em sua maioria homens a partir de suas experiências comerciais e com missionários que estiveram na aldeia ao longo de sua existência. Observou-se que o idioma é um dos aspectos culturais mais preservados no contexto dos Canela Memortumré, que prepondera até mesmo entre os mais jovens.

Contudo, a cultura Memortumré está passando por transformações significativas devido ao contato com a sociedade não indígena. De acordo com Marigo (1980), a redução progressiva de seu território devido à expansão dos colonos sertanejos, juntamente com o crescimento da população tribal, tem exacerbado os problemas de empobrecimento. Esse cenário seria agravado pela diminuição da produtividade das terras cultiváveis.

Ademais, a adoção de novas necessidades por meio do processo de aculturação resultou em despesas adicionais, desequilibrando sua economia. A fim de atender a essas novas demandas capitalistas, eles precisaram adquirir uma variedade de itens, incluindo facões, machados, ferramentas agrícolas, colheres, facas, panelas, lanternas, pilhas, sandálias de borracha e até mesmo celulares, os quais anteriormente não faziam parte de seu cotidiano.

Desde o estudo de Marigo (1980) a juventude indígena mostrava-se desinteressada das ideias de seus pais, o que parece ainda ser a realidade. Os mais novos não querem mais que suas orelhas sejam furadas para usar o batoque, e, assim como já relatava Marigo (1980), um dos entrevistados contou que os jovens não querem mais cortar os cabelos com o corte tradicional, tampouco as pinturas corporais ainda são utilizadas no cotidiano. Na atualidade a pintura corporal restringe-se aos momentos de comemorações rituais, como os de passagem. A nudez total de outrora tampouco permaneceu, todos usam as roupas que lhes parece mais aprazível, existindo mulheres que optam por cobrir os seios enquanto outras mantem eles a mostra. Segundo Marigo (1980), o sutiã já foi símbolo de *status* junto às Memortumré. Nesse quesito, Beato aponta que a aderência da comunidade às vestimentas surge como uma forma de proteção contra animais que foi aprendida a partir do contato com o homem branco.

Jaldo, entretanto, menciona que olhar para fora da tradição pode trazer benefício e conhecimento para a proteção do povo: “nossa turma também começou a conhecer qual forma que a gente pode adaptar o nosso trabalho como conhecedores de outros conhecedores”. Aliás, as famílias vivem na aldeia central, em casas de construção de pau-a-pique comum dos

sertanejos, diferente das tradicionais ocas. Essas famílias possuem suas roças para cultivo, às vezes conjugando - as com familiares próximos. A manutenção das famílias para além do cultivo das terras se dá por meio de auxílios governamentais, como o Bolsa Família e empregos relacionados a órgãos voltados aos indígenas.

Nas palavras de Jaldo:

“E assim continuamos nossa vida aqui. Tentando alcançar nosso objetivo melhor. Na parte de saúde, na parte da educação. Sempre a gente depender do governo estadual, governo municipal e governo do Brasil também. E pra melhorar a qualidade de vida, sempre a gente fala entre a família mesmo. Em melhorar o nosso plantio, plantar todas as sementes. E assim, a nossa maior sobrevivência é roça. Hoje em dia tem algumas juventudes que já têm conhecimento, um conhecimento novo.” (*sic*)

A sociedade Memortumré, entretanto, ainda se organiza conforme os costumes, caçadores, corredores e coletores, decididos no ritual de passagem para a fase adulta. Quando um homem se casa, ele passa a viver com a família de sua esposa. Os casais não constroem moradias apenas para si mesmos, pois é necessário que mais de uma mulher adulta resida na mesma casa para garantir que as crianças sempre tenham companhia quando a mãe precisa sair para realizar alguma tarefa. As crianças se referem às suas tias maternas como mães, enquanto as tias paternas, que vivem do outro lado da aldeia em um arranjo circular, são chamadas apenas de tias. Os nomes na língua indígena são dados pelos irmãos da mãe, se os filhos são homens, e, quando são mulheres, são nomeadas pelas irmãs da mãe.

Os conflitos também são resolvidos no modo tradicional, por meio do diálogo em praça pública durante conversa do conselho junto ao cacique. Outrora, de acordo com Marigo (1980) as reuniões davam-se duas vezes por dia, na qual aqueles que tinham algum problema ou desacordo podiam se expressar e o conflito se resolver. Atualmente as reuniões podem não ser tão frequentes mas ainda existem e são a razão pela qual a comunidade exige que o cacique seja residente da aldeia e não possa se afastar por longos períodos.

Figura 8- Terra Indígena Canela/Memortumré Escalvado.



Fonte: Eduardo Moura da Silva (2024).

Marigo (1980), expressou preocupação sobre o desejo dos Memortumré em se adequar aos costumes não indígenas em um anseio por conhecer mais sobre outras culturas não indígenas. Nesse sentido, observou-se que a manutenção de alguns costumes tradicionais não diminuíram essa busca por conhecimento dentre os indígenas Memortumré. Os entrevistados demonstraram em suas falas a importância da educação formal para a comunidade indígena ao mesmo tempo em que lamentaram a perda da cultura original. Conforme explica Beato: “Porque estudar é muito bom, transforma a pessoa, a pessoa fica diferente. E, em outro lado, nós abandonamos um pouco da nossa cultura, porque eu quero dizer assim, antigamente nós sempre vamos pelo conhecimento tradicional”.

A oralidade desempenha um papel fundamental na preservação e transmissão da cultura indígena ao longo das gerações. É por meio das narrativas orais que os conhecimentos ancestrais, as tradições, os mitos e as histórias são transmitidos de uma geração para outra.

Nas palavras de Francisquinho:

“Dentro de nós, também na cabeça, na mente, também tem uma história aqui. (...)A nossa cabeça é como, tipo, gravador. Aí, houve aquela histórica e fica gravando. E o que que foi entendido também passa para os que... geração que vem, vindo. E aí vai deixando assim pra... até como dia de hoje”. (*sic*)

No entanto, a falta de interesse dos jovens por esses ensinamentos representa uma ameaça significativa à preservação dessas tradições. Quando um ancião falece, ele leva consigo

uma parte valiosa do conhecimento acumulado ao longo dos anos, incluindo suas perspectivas sobre eventos passados e as lições aprendidas com as gerações anteriores. Se os mais jovens não se envolvem com essas histórias e não as reproduzem, há o risco de que esses conhecimentos se percam ao longo do tempo, comprometendo assim a continuidade e a integridade da cultura indígena.

Portanto, os entrevistados analisaram que é necessário buscar a educação formal para abrir seus horizontes para novos conhecimentos, mas sem perder a manutenção de sua própria cultura. Portanto, há um discurso de valorização dos recursos da comunidade, suas vivências e as experiências passadas por meio da oralidade por seus ancestrais, pois a realidade da terra indígena é diferente e a história do povo Memortumré é diferente da história do “livro do branco”.

A educação para os Memortumré perpassa não apenas pela leitura, escrita e matemática, os conhecimentos das ciências ocidentais, mas se liga inteiramente à terra, à ciência que envolve o cultivo sustentável, adaptado às condições locais e respeitando os ciclos naturais, sem uso de agrotóxicos. Membros da comunidade buscam conhecimento em técnicas como a agricultura de subsistência, rotação de culturas, agrofloresta e uso de variedades de plantas nativas.

Os Memortumré não possuem mais cosmovisão da terra como entidade sagrada, mas ela ainda é parte essencial de sua identidade. A relação com a terra está enraizada em mitos, rituais e práticas tradicionais que promovem uma conexão espiritual e cultural profunda, observada principalmente na crença nas bebidas medicinais feitas com as ervas cultivadas por eles. Nesse sentido há um interesse não apenas pela preservação da cultura, mas também das terras da reserva que são constantemente ameaçadas pelos interesses de madeireiros e agropecuaristas.

O cultivo sustentável proporciona aos povos indígenas acesso a alimentos frescos e nutritivos, contribuindo para a segurança alimentar e nutricional de suas comunidades. A diversidade de culturas cultivadas também promove uma dieta variada e equilibrada. A ligação com a terra e a prática de cultivo sustentável têm benefícios diretos para a saúde física e mental das comunidades indígenas. O contato com a natureza e a atividade física envolvida na agricultura promovem um estilo de vida ativo e saudável. Além disso, o consumo de alimentos frescos e orgânicos está associado a melhores resultados de saúde.

As redes de saúde dos Memortumré-Canela começam com o atendimento das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), que operam dentro e fora do território em um sistema rotativo entre duas equipes. O atendimento inicial ocorre nas Unidades Básicas de

Saúde Indígena (UBSI) de Aldeia Velha e Escalvado. Cada equipe inclui médicos, enfermeiros, dentistas, auxiliares de saúde bucal, técnicos em enfermagem e agentes indígenas de saúde (AIS), responsáveis pelo atendimento em ambas as comunidades Memortumré-Canela. O atendimento é baseado na demanda, com programas de Atenção Primária em Saúde, como Pré-Natal e Crescimento e Desenvolvimento. Em casos de necessidade, a rede de saúde de maior complexidade é acionada, mas os atendimentos de baixa complexidade são realizados dentro do território (Hivos, 2021).

Os indígenas de Escalvado foram encaminhados, durante a pandemia, para atendimento médico de maior complexidade no "Centro de Atendimento para Enfrentamento a Covid19" em Fernando Falcão, caso necessário. Essa referência de média complexidade está localizada a cerca de 55 km da aldeia Escalvado, com tempo estimado de 30 a 50 minutos de carro. Outra opção disponível, mas raramente utilizada, é a remoção para as unidades de saúde UPA Maria Rosa Nepuceno e Hospital Municipal Acrísio Figueira, em Barra do Corda, a aproximadamente 124 km de distância da aldeia Escalvado, com tempo estimado de 2 horas de carro. Quando necessário, pacientes que precisam de tratamento de alta complexidade, como internações em UTI, hemodiálise e outros procedimentos de alto nível tecnológico, são encaminhados para unidades de referência em saúde localizadas em Imperatriz ou na capital do estado, São Luís. As transferências são realizadas sempre com o apoio dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) e das Casas de Saúde do Índio (CASAI) (Hivos, 2021).

Figura 9- Opções de referência no atendimento indígena



Fonte: Hivos (2021).

Observou-se que os entrevistados têm conhecimento de que os alimentos orgânicos produzidos por eles são os mais seguros para o consumo, entretanto, eles ressaltaram que principalmente entre os jovens a incorporação de hábitos alimentares típicos de branco, como industrializados, ricos em gorduras saturadas, açúcares e carboidratos refinados trouxe sérios problemas de saúde para a população da terra indígena Canela.

Em entrevista com agentes de saúde em atuação na referida terra indígena foi mencionado o crescimento do diabetes¹⁵ entre os indígenas. A diabetes é uma doença que tem relação direta com a dieta do indivíduo e com mudanças para um estilo de vida mais sedentário e menos ativo, muitas vezes associado à urbanização e à perda de práticas tradicionais de caça, pesca e agricultura. Portanto, o aumento dos índices é mais pronunciado na etnia que mantém uma interação mais significativa com a sociedade urbana não indígena. Isso ocorre devido à influência de comportamentos de risco, passíveis de modificação, tais como o consumo de bebidas alcoólicas, tabagismo, padrões dietéticos inadequados e falta de atividade física (Benedito *et al.*, 2023).

O alcoolismo entre indígenas também foi citado com preocupação pelos entrevistados que observaram tratar-se de um problema crescente na comunidade que gerava não apenas problemas de saúde, mas também, de relacionamentos interpessoal.

O abuso crônico e frequente de álcool tem uma série de consequências adversas em diversos aspectos da vida, incluindo emocional, social e profissional. Adicionalmente, pode causar danos aos órgãos, refletindo uma intoxicação alcoólica prolongada. Esses danos orgânicos podem demorar de 5 a 20 anos para se manifestarem, dependendo da quantidade de álcool consumida regularmente, do estado físico e nutricional do indivíduo e de sua interação com o ambiente. As principais consequências incluem desnutrição, distúrbios gastrointestinais, pancreatite, doenças hepáticas, problemas cardiovasculares, distúrbios musculoesqueléticos, alterações na pele e complicações neurológicas (Santos, 2021).

O álcool não apenas causa danos orgânicos, mas também é uma das principais razões para acidentes e violência. O uso excessivo de álcool frequentemente resulta em comportamentos impulsivos e violentos, contribuindo para incidentes de violência doméstica e comunitária. Nas comunidades indígenas, o consumo de bebidas destiladas, como a cachaça,

¹⁵ Diabetes Mellitus (DM) é uma síndrome metabólica de origem múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade e/ou falta de insulina exercer adequadamente seus efeitos, caracterizando altas taxa de açúcar no sangue (hiperglicemia) de forma permanente. A insulina é produzida pelo pâncreas, sendo responsável pela manutenção do metabolismo (quebra da glicose) para permitir que tenhamos energia para manter o organismo em funcionamento (Biblioteca Virtual em Saúde, s.d.).

misturadas com bebidas tradicionais, como o caxiri, tem se tornado cada vez mais comum, gerando problemas significativos para essas comunidades (Santos, 2021).

O abuso de álcool está relacionado a processos históricos, como a pacificação e a situação atual dos povos indígenas diante da sociedade envolvente, o que evidencia a necessidade de compreender as raízes do problema para implementar soluções eficazes e desenvolver estratégias que promovam o bem-estar social sustentável e a afirmação de identidade positiva dentro dessas comunidades (Langdon, 2013).

O alcoolismo entre as comunidades indígenas e a ocorrência de diabetes estão intrinsecamente ligados à transformação dos hábitos de vida. A crescente interação com a sociedade não indígena, especialmente em áreas urbanas, expõe os indígenas a comportamentos de risco, como o consumo desmedido de bebidas alcoólicas.

Paralelamente, a adoção de uma alimentação inadequada e a falta de atividade física, características do estilo de vida moderno, contribuem para o aumento dos índices de diabetes nessas populações. Essas mudanças comportamentais podem acarretar consequências adversas para a saúde, como o desenvolvimento de doenças crônicas, como a diabetes, criando um ciclo prejudicial que requer medidas de intervenção voltadas para a promoção de hábitos mais saudáveis e sustentáveis.

A desnutrição é um problema recorrente entre os povos indígenas no Brasil. Segundo uma reportagem da Folha de S. Paulo de 2021, a desnutrição infantil entre os indígenas é quatro vezes maior do que a média nacional. A falta de acesso a alimentos saudáveis e a dependência de alimentos industrializados e ultraprocessados são alguns dos fatores que contribuem para essa situação (Athila; Zachini, 2021).

Os Memortumré também convivem com a mortalidade infantil, fato que não é isolado no contexto indígena brasileiro. Crianças indígenas apresentaram elevados riscos de morrer antes de completarem um ano de idade, sendo 60% maior em relação às não indígenas. A cada 10 óbitos infantis indígenas, sete eram crianças com mais de um mês de vida acometidas por doenças infecciosas. Os óbitos infantis indígenas são considerados evitáveis por meio de intervenções na Atenção Primária à Saúde (Marinho *et al.*, 2019).

Nesse sentido, o posto de saúde da comunidade busca a colaboração dos pacientes e familiares por meio do respeito às tradições Memortumré. Conforme mencionou-se anteriormente, problemas de saúde em bebês são associados a infidelidade paterna e segundo a tradição exigem que uma outra mulher dê banho na criança. A busca pelo posto de saúde pelos indígenas ocorre somente quando todas as tentativas de tratamentos alternativos xamânicos falharam, já que as famílias buscam o posto de saúde somente depois de recorrer aos pajés

disponíveis. Portanto, os agentes de saúde tentam incluir as tradições, e, conseqüentemente, os pajés, no tratamento, permitindo aos familiares que façam os rituais concomitantemente com os tratamentos da medicina moderna.

Figura 10-Unidade Básica de Saúde Indígena de Escalvado.



Fonte: Eduardo Moura da Silva (2024).

O respeito às tradições mostra-se essencial para o sucesso do atendimento à saúde indígena, e no contexto pandêmico não foi diferente. De acordo com os relatos a Covid-19 foi tão assustadora para os indígenas quanto foi para o resto da população brasileira.

Segundo Jaldo: “Quando a pandemia chegou, meu irmão, todos... Toda aldeia, toda a pessoa da aldeia escalvada sentiu uma sensação. Primeiro, eles começaram a sentir o gosto. Sentiu um pouco ruim. Meio gripado, assim.” (*sic*)

O mistério em torno das origens da doença, a busca por medicamentos e vacina paralela ao movimento antivacina geraram dúvidas e dificuldade em toda população brasileira.

Nesse sentido, Beato afirmou:

“Sim, para mim foi um dos surpresas grandes que passou por nós, de não saber essa doença. E quando nós descobrimos, quando nós soube, já estava quase um milhão de pessoas mortas já. E por final nós ficamos aqui. Aí morreu alguns velhos, que os velhos que viviam já eram doentes já. E talvez por esse problema de pandemia acabou a vida. Mas na verdade nem um jovem como eu, ninguém morreu. Até as mulheres também, nem um não morreu também.” (*sic*)

Ao serem perguntados sobre a quantidade de idosos que faleceram durante a pandemia as respostas não foram contundentes, segundo os entrevistados indígenas, morreram cerca de 3 ou 4 idosos na aldeia Escalvado, que supostamente já tinham comorbidades. Percebe-se que a visão dos Memortumré sobre essas mortes é de certa forma fatalista, nas palavras de Jaldo: “morreu porque tinha que morrer”.

Entretanto, sabe-se dos riscos para aqueles com comorbidades. Nesse sentido, durante a pandemia de Covid-19, os determinantes sociais da saúde¹⁶ dos indígenas Memortumré desempenham um papel crucial. No nível individual, o alcoolismo e o tabagismo, juntamente com doenças metabólicas como hipertensão arterial, obesidade e diabetes, representam desafios significativos. Além disso, práticas sociais e culturais, como viagens frequentes ao município vizinho para compra de alimentos e acesso a benefícios sociais, exacerbam a vulnerabilidade da comunidade. A falta de apoio para a construção de locais adequados de quarentena e um intenso calendário ritual também complicam a situação (Hivos, 2021).

Na esfera ambiental e territorial, a insegurança territorial devido à paralisação dos processos de demarcação, aliada à expansão da fronteira agrícola e às invasões ilegais de pescadores, caçadores e madeireiros, expõe os indígenas a riscos adicionais. Queimadas extensas contribuem para o desmatamento e problemas respiratórios, enquanto estradas vicinais irregulares facilitam as invasões territoriais (Hivos, 2021).

Em nível macro, a insegurança alimentar, a falta de acesso a um sistema educacional intercultural e a deficiência no acesso a serviços de saúde adequados são questões prementes. A ausência de saneamento básico adaptado e controle de resíduos sólidos agrava ainda mais a situação (Hivos, 2021).

Nesse sentido, apesar dos entrevistados indígenas apontarem que não há invasão das terras por brancos por longo período, todos mencionaram que de alguma forma há a invasão momentânea do espaço da aldeia por não-indígenas, seja por meio de veículos que fazem extração ilegal de madeira, seja por donos de gado que colocam seu por algum período na localidade, sem autorização, para pasto. Os encontros entre indígenas e não-indígenas que ignoram as placas indicando que se trata de reserva indígena, causam acidentes e violência, como casos de atropelamento e agressão.

¹⁶ Os determinantes da saúde são fatores sociais, econômicos, ambientais, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a saúde das pessoas e das comunidades. Eles abrangem uma ampla gama de elementos que afetam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. Esses determinantes são fundamentais para entender e abordar as questões de saúde, considerando o conceito de saúde da OMS como um estado completo de bem-estar físico, mental e social, não apenas a ausência de doença (Hivos, 2021)

Outro aspecto importante sobre a pandemia está relacionado a faixa etária do grupo de risco, os idosos. Conforme demonstrou-se a preservação da cultura dá-se no contexto das experiências ancestrais passadas de forma oral. O isolamento pandêmico não apenas diminui o convívio do grupo, como faz cessar a interação que perpetua a cultura da comunidade. Para além do isolamento, quando se perde um ancião para a Covid-19 também se perde mais um elo entre a comunidade e sua cultura, distanciando ainda mais os sobreviventes dos costumes e origens de seu povo.

Nesse contexto, a partir da perda de idosos para o Covid-19 e a necessidade de manutenção da cultura que é de tradição oral, Jaldo assim se manifestou:

“Então, até nós falamos lá em Goiande sobre isso, nós vamos começar a escrever, começar a fazer um livro por a história que nós temos. Se a pessoa morrer, não acabou tudo. Não tem mais como a gente copiar, nem escrever. E era sobre isso que a gente pensava de fazer esse curso lá. Mantenha a nossa história aí”(sic)

Portanto, os determinantes sociais da saúde dos indígenas Memortumré durante a pandemia de COVID-19 incluem uma série de fatores sociais, econômicos, ambientais, culturais e políticos que influenciam diretamente sua saúde e bem-estar. Esses fatores, em conjunto, destacam a necessidade de políticas e intervenções adequadas para proteger e promover a saúde dessa comunidade vulnerável.

Figura 11-Determinantes sociais da saúde / Povo Memortumré



Fonte: Hivos (p. 8, 2021).

Para além do exposto, foram citados por Jaldo alguns outros fatores complicadores, como os cortes de repasses públicos que ocorreram durante o governo Bolsonaro que levaram a falta de recurso para o encaminhamento de médicos e dentistas, além de remédios básicos. Nas palavras de Jaldo: “Eu avaliei no governo Bolsonaro, cortaram o recurso que nós tínhamos dentro do direito de saúde. Aí ali ficou pior para nós, que não tinha mais recurso para mandar médico, não tinha mais recurso para mandar dentista, nem comprar caixa de remédio.” (*sic*)

Nesse sentido, as dificuldades na obtenção de medicamentos que não estavam sendo distribuídos pelo governo federal ensejou protestos por parte dos Memortumré realizado em Brasília, junto ao Ministério da Saúde. O Movimento Terra-Livre foi citado por Jaldo como manifestação que trouxe reivindicações indígenas relativas à saúde durante a pandemia.

Segundo relatos, os medicamentos somente foram distribuídos após a organização dos indígenas em busca dos seus direitos. Foi apenas diante da movimentação política indígena que o governo federal foi forçado a enxergar essa minoria que passou a ser prioridade devido a suas comorbidades, já citadas. De acordo com os entrevistados, a vacinação também foi iniciada com atraso na comunidade indígena, posterior ao fornecimento realizado nos postos de saúde fora da Unidade Básica de Saúde Indígena, foi dito que a demora foi de cerca de três meses.

Em relação à aderência à vacina por parte dos indígenas os relatos mostram que a comunidade estava temerosa e foi necessário um trabalho intenso por parte do agente indígena para convencer a população dos benefícios da vacina para evitar a morte por Covid-19. Havia muita desconfiança por parte da população indígena quanto a eficácia da vacina.

Figura 12- Placa da sala de vacina em Jê na Unidade Básica de Saúde do Escalvado.



Fonte: Eduardo Moura da Silva (2024).

Embora não tenha ficado claro nas entrevistas as razões para esse comportamento, deduz-se que para além das questões culturais que afastam a comunidade indígena do posto de

saúde, houve influência das *fake news* que povoavam as redes sociais de bolsonaristas afirmando que a vacina trazia malefícios diversos. No período pandêmico muitos negacionistas recusaram-se a procurar a vacina, muitos deles inflamados por vídeos passados nas redes sociais como *whatsapp* que podem ter chegado até os indígenas.

A adesão à vacina foi total, contudo, o sucesso na vacinação dos Memortumré deu-se devido ao diálogo entre os profissionais de saúde e a população realizado principalmente por meio do agente de saúde indígena. O respeito às tradições e o modo de vida dos Memortumré, bem como a manutenção de um canal de diálogo entre os profissionais de saúde e a comunidade foram essenciais. De acordo com Jaldo: “E graças a por essa vacina, não deu assim coisa pior.” (*sic*)

Entretanto, nota-se que os indígenas não olvidaram de sua cultura e forma própria cura durante a pandemia.. Nesse contexto tem-se a fala de Beato: “Aí dentro desse pandemia, um pajé também resolveu curar todos nós. Com, eu sei lá, a folha, a folha que ele sabe. Para ele ele achou melhor a remédia, foi de sucupira que nós temos aqui o pé.” (*sic*)

O diálogo com o poder público, a participação da comunidade nas decisões e projetos a ela voltados foram citados como pontos positivos na política pública de saúde vista após o início da gestão do governo Luís Inácio Lula da Silva. De acordo com um dos entrevistados, ainda existem aspectos a serem melhorados, como o transporte de pacientes entre o posto de saúde da DSEI e o hospital mais próximo, quando em caso de doenças graves, que é realizado em uma caminhonete, haja vista a inexistência de ambulância na terra indígena. Outra reivindicação atual refere-se à construção de um hospital próximo.

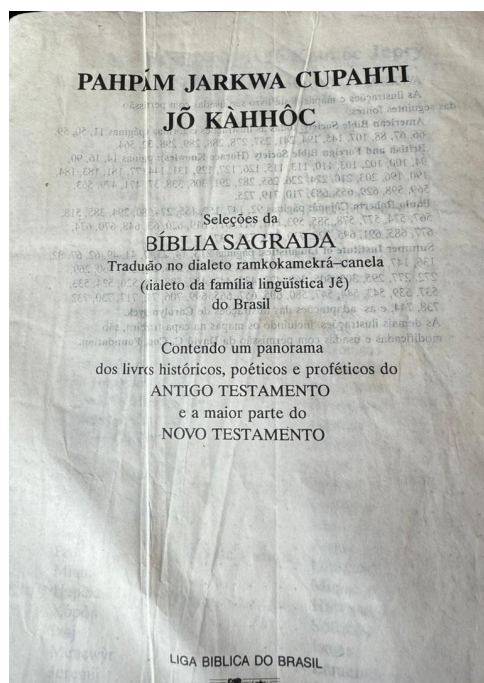
A gestão da saúde indígena durante a pandemia, sob a égide de Jair Bolsonaro, não teve aprovação, de acordo com Francisquinho: “Esse Bolsonaro, ficou só falando contra nós, falando só pra cá pra nós e falando atrás de tudo o que tiraram bastante e cortou mais emprego da gente.

Não houve aprovação nem mesmo daqueles que disseram que admiravam o ex-presidente Bolsonaro devido aos seus princípios evangélicos, como Beato, “nós gostamos muito de falar sobre o Bolsonaro, porque ele é crente, ele é pastor”. A comunidade evangélica é presente entre os Memortumré que falam muito sobre a crença em um Deus cristão, conforme entrevistas. No território, há a presença da igreja evangélica Assembleia de Deus, além de outras, como a citada Igreja de Deus Misionária.

Evangelizadores e missionários de países diferentes, tem entrado em contato com os Memortumré desde meados da década de 1950 levando a alterações culturais significativas na comunidade relacionadas ao modo de vida e moralização sexual. A exemplo da forte

evangelização, alguns dos entrevistados ressaltaram que estiveram envolvidos na tradução da Bíblia para o idioma Jê, cuja foto vê-se abaixo.

Figura 13 - Bíblia Sagrada traduzida para o dialeto da família linguística Jê.



Fonte: produzida pelo autor (2024).

Entre os entrevistados há relatos de contato com evangelizadores de origem estrangeira, advinda da Suécia e da Alemanha, que levaram a intercâmbio de indígenas para essas localidades. O apelo da religião cristã para os indígenas é citado como uma oportunidade de arrepender-se e mudar comportamentos que antes eram associados ao abuso de álcool e violência, por exemplo.

De acordo com Marigo (1980) os Canela gostam de agradecer e fazer o bem ao próximo, sua comunidade reforça tradicionalmente esses princípios, dito isto, ressalta-se que eles costumam receber bem os visitantes que conforme os costumes são recebidos como filhos e recebem um quarto para permanecer. Tal comportamento amistoso em relação a visitantes pode ter ensejado a perpetuação dos evangelizadores na terra indígena.

Entretanto, há outro traço cultural associado a hospitalidade dos Memortumré, a expectativa de recompensa pelo bem realizado, e, nesse sentido, a comunidade espera que o visitante dê presentes aos anfitriões iniciando cobranças por vezes nada sutis de valores em dinheiro e presentes para dar continuidade a sua hospitalidade e manutenção das facilidade do visitante em sede do território indígena.

Essa característica também citada por Marigo (1980) foi percebida durante a execução desse estudo, no qual os entrevistados por vezes demonstraram que só dariam seus depoimentos mediante alguma espécie de pagamento, o que impossibilitou que o estudo tivesse aderência de mais pessoas. Entretanto, ainda que não tenha sido possível conversar com mais residentes do território indígena foi possível aferir que há um sentimento entre a comunidade que as políticas públicas de combate à Covid-19 foram inicialmente insuficientes no contexto da atenção à saúde indígena, principalmente no que se refere a distribuição da vacina, que segundo os participantes indígenas demorou meses para chegar.

De acordo com Silva e Silva (2013, p.119):

Considerando que a avaliação se propõe, sobretudo, emitir um julgamento e que este julgamento não pode ser arbitrário, a prática da avaliação de políticas e programas sociais supõe a adoção de critérios, sendo destacados os seguintes: eficiência ou rentabilidade econômica, entendida como a relação entre os custos despendidos e os resultados do programa; eficácia, que é o grau em que os objetivos e metas foram alcançados em relação à população beneficiária, num determinado período de tempo; e efetividade, considerando os impactos diretos e indiretos dos serviços prestados na vida do público usuário e da comunidade, referindo-se a resultados, impactos e efeitos. A compreensão é de que resultados são 'produtos' do programa, previstos nos objetivos e metas e derivados de seu processo; os impactos são, por sua vez, alterações ou mudanças na realidade objeto de atuação do programa e por ele provocadas, enquanto os efeitos se referem a outros impactos do programa, esperados ou não, que afetam o meio social e institucional onde se realizou (Silva e Silva, 2013, p.119).

Portanto, traçando-se uma análise a partir das entrevistas realizadas na pesquisa e os critérios elencados acima por Silva e Silva (2013, p.119), pode-se dizer que a demora na chegada da vacina foi percebida como um ponto de falha significativo, indicando possíveis problemas de eficiência na execução das políticas. Esse atraso impactou negativamente a capacidade de resposta rápida e eficaz às necessidades de saúde dos povos indígenas, gerando preocupações sobre a proteção adequada dessas populações vulneráveis durante a pandemia.

Além da questão da eficiência, a eficácia das políticas públicas de saúde indígena também foi questionada. A insatisfação da comunidade sugere que as medidas adotadas podem não ter sido suficientemente eficazes para garantir a proteção e o acesso adequado aos cuidados de saúde necessários. Isso levanta questões sobre a capacidade do sistema de saúde em atender às demandas específicas e urgentes das populações indígenas durante crises de saúde pública como a pandemia de Covid-19.

Os impactos diretos e indiretos da demora na distribuição da vacina e da possível falta de eficácia das políticas públicas de saúde indígena se refletem na efetividade dessas medidas. A falta de efetividade pode ter gerado consequências significativas na vida e na saúde dos indígenas, destacando a importância de revisão e aprimoramento das políticas de saúde voltadas

para essas comunidades. Esses aspectos devem ser considerados para garantir uma abordagem mais eficiente, eficaz e efetiva na proteção da saúde dos povos indígenas em situações de emergência sanitária.

As falhas na atenção à saúde indígena mencionadas no capítulo anterior não passaram despercebidas pelo povo indígena que mais uma vez precisou organizar sua resistência para garantir a sua existência. Nesse sentido ressalta-se a importância da avaliação de políticas públicas conforme exposto por Silva e Silva (2013) como instrumento de grupos organizados para aumentar a pressão sobre o Estado e conquistar direitos sociais, vez que ela gera e divulga informações sobre políticas e programas sociais, fortalecendo a capacidade de exigir mudanças e melhorias.

Foi necessário que os indígenas se organizassem politicamente para buscar os seus direitos e garantir a prestação dos serviços públicos e da efetivação de políticas públicas junto ao governo federal. Para tanto, as associações e organizações indígenas mostraram-se essenciais para a união das diversas nações indígenas em prol de suas reivindicações.

De acordo com Silva e Silva (2013), a avaliação de políticas e programas sociais é parte integrante do processo das políticas públicas, que são formas de regulação ou intervenção na sociedade. Essas políticas envolvem diferentes sujeitos com interesses diversos e representam ações ou omissões do Estado, influenciadas por decisões e não-decisões. Elas surgem a partir de interesses sociais organizados em torno de recursos produzidos socialmente, e seu desenvolvimento ocorre por meio de movimentos articulados em resposta a situações problemáticas, materializando-se em programas, projetos e serviços.

Nesse sentido observa-se que a falha na assistência à saúde indígena dialoga com uma visão política de segregação perpetuada pelo governo federal vigente. Essas ações e discursos soam como perpetuadores de uma mentalidade colonizadora, que desconsidera a autonomia e os direitos dos povos indígenas, favorecendo interesses econômicos e políticos em detrimento da proteção das terras, culturas e modos de vida desses grupos.

As ações contrárias aos movimentos indígenas não passaram despercebidas entre a comunidade Memortumré, que embora receba influência dos movimentos evangélicos que apoiavam o governo de Bolsonaro, tiveram ciência de discursos contrários aos indígenas, como ressaltou Beato: “Eu peguei no meu celular e vi ele falando. Uma palavra que ele falou, uma palavra bem forte (*sic*) Eu não dou nem um pedaço de terra para o índio, para ninguém. Ele disse umas coisas que tem muita gente que ainda não tem nada demarcado (*sic*)”.

Ressalta-se que o território indígena Memortumré/ Canela está demarcado e portanto, é reconhecido pelo poder público o que lhe gerou mais celeridade no que se refere às medidas

contra o Covid-19. Entretanto, as populações indígenas de áreas não demarcadas, que ainda brigam pelo reconhecimento de seu território pelo poder público apresentaram mais dificuldades na obtenção de tratamento e principalmente, vacinas.

Uma vez que se estabeleceu que os indígenas eram grupo prioritário, somente aqueles que estavam em território reconhecido pelo poder público tinham acesso a essa vacina no contexto da Unidade Básica de Saúde Indígena, enquanto aqueles que não tinham território reconhecido, principalmente os que residem em área urbana, procuraram postos de saúde destinados à população em geral e não puderam receber a vacina por não poderem comprovar a sua etnia indígena.

Nesse sentido, depreende-se dessa pesquisa a possibilidade de aprofundá-la no sentido de realizar uma comparação entre as vivências diversas que permeiam as comunidades indígenas não regulamentadas pelo poder público, que ainda tem suas terras em processo de demarcação e aqueles que em tese não são mais invisíveis às políticas públicas estatais de saúde.

Conforme demonstrou-se, ainda quando se trata de uma comunidade com longo contato com não-indígenas, e, que já foi fortemente influenciada por culturas diversas, como ocorre com os Memortumré e os impactos da evangelização, há uma relação forte com a terra, quase que simbiótica. Ela pode não ser mais sagrada, mas é essencial para a manutenção da saúde desses povos, já que é sua principal fonte de alimentação.

A manutenção dos territórios indígenas, sua proteção por parte de políticas públicas, mostra-se como essencial para evitar as queimadas e invasões ilegais de extrativistas de madeira, pecuaristas e agricultores de soja que tentam expandir seus pastos e cultivos na região levando não apenas a degradação ambiental, mas também a violência e a morte aos indígenas.

Trata-se de sobrevivência, resistência e saúde manter a terra indígena e os seus roçados sustentáveis. Em uma análise micro, os alimentos que eles plantam são profiláticos para as típicas doenças crônicas trazidas pelo “homem branco” e o capitalismo, como os citados diabetes, obesidade, alcoolismo, hipertensão. Tais doenças associadas à intensa ingesta de açúcar contidos em produtos industrializados se relacionam diretamente com e a frenética busca por dopamina, associada ao excesso de consumismo pregado pelo capitalismo na nossa sociedade.

A saúde para os Memortumré está associada à vitalidade e à capacidade de movimentar-se, como disse Beato: “Saúde é o trabalho porque eu vou trabalhando, eu venho com alegria, vou cantando, eu vou estar pensando muita coisa. Então, você seja assim. Saúde, primeiro lugar (*sic*).” Seu posicionamento sobre saúde coaduna com a visão de outro entrevistado “Saúde é poder pular, dançar, cantar”, segundo Ioio, agente de saúde indígena, em

uma singela, mas cristalina alusão a importância da saúde holística que traga qualidade de vida ao indivíduo. É importante ajudá-los a preservar esses ensinamentos para que eles não se percam no caos da sociedade contemporânea. Nesse sentido tem-se as palavras de Jaldo: “Então, hoje nós conhecemos que o governo está nos ajudando para que a gente possa usar a nossa própria realidade daqui (*sic*)”.

A ideia central de suas palavras referem-se a uma mudança de posicionamento no contexto do governo federal, com o presidente Luiz Inácio Lula da Silva. Acerca desse presidente, todos os entrevistados indígenas demonstram apoio, afirmando que ele olha para os povos originários e busca melhores condições de vida para as comunidades. Vê-se que apesar da religiosidade dos entrevistados ser centrada nas igrejas neopentecostais que são alinhadas à extrema-direita brasileira, a vivência e proximidade dos Memortumré com os movimentos sociais indígenas permite que eles tenham um outro olhar sobre a eficácia das políticas públicas voltadas para os povos originários. Percebe-se que há uma dissociação do Bolsonaro devoto evangélico, homem santo da igreja e o Bolsonaro presidente do Brasil que “não ia dar terra pra índio”, nas palavras de Beato.

O relato dos Memortumré sobre a interligação entre saúde, resistência e manutenção da terra indígena e seus roçados sustentáveis ressoa como um chamado à preservação desses conhecimentos ancestrais em meio às pressões do mundo contemporâneo. A compreensão da saúde para essa comunidade vai além do aspecto físico, envolvendo a vitalidade, a capacidade de movimentação e a qualidade de vida proporcionada pelo trabalho e pela conexão com a natureza. As palavras dos entrevistados refletem uma visão holística da saúde, destacando a importância de preservar esses valores em contraponto à frenética busca por consumismo e à imposição de doenças crônicas advindas do modelo capitalista. A referência positiva ao governo de Luiz Inácio Lula da Silva como um período de apoio e olhar mais atencioso para os povos originários sugere uma esperança por políticas públicas mais eficazes e inclusivas, evidenciando a importância de uma abordagem governamental que respeite e promova os direitos e a saúde dessas comunidades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação crítica das políticas públicas de saúde indígena no Brasil revela a necessidade urgente de uma abordagem interseccional que leve em conta os aspectos históricos, políticos, sociais e culturais que permeiam a saúde dessas comunidades. Com base nos objetivos traçados no capítulo introdutório, a avaliação da eficácia das políticas de saúde indígena no Maranhão, focando na comunidade Canela Memortumré entre 2020 e 2022, foi delineada como uma investigação crítica e abrangente.

Ao longo da dissertação, foram explorados os aspectos históricos e a implementação das políticas públicas de saúde voltadas para os povos indígenas no Brasil, com o intuito de compreender a complexidade dessas iniciativas e seu contexto histórico e social. A análise também abordou conceitos fundamentais e o desenvolvimento histórico das políticas de saúde indígena, ressaltando a relevância dos direitos sociais e o papel crucial do Sistema Único de Saúde (SUS) na oferta de serviços de saúde para essas comunidades. A incorporação dessas noções alinhou-se aos princípios de desenvolvimento sustentável, justiça social e respeito aos direitos fundamentais, conforme estabelecidos na Constituição Federal de 1988.

A compreensão das relações históricas de poder e dominação que moldaram a realidade das comunidades indígenas permite uma análise crítica das políticas de saúde indígena, transcendendo análises meramente setoriais. Essa abordagem crítica fortalece discussões sobre o enfrentamento do racismo estrutural nas políticas públicas, destacando a necessidade de ações que promovam a autonomia e a saúde dos povos indígenas no Brasil. Assim, o primeiro tópico ofereceu uma base sólida para a análise aprofundada das políticas de saúde indígena e seus impactos na comunidade Canela Memortumré.

No entanto, ao confrontar as políticas de saúde indígena, surge a necessidade premente de enfrentar as implicações do racismo, que historicamente têm prejudicado essas comunidades. O racismo, muitas vezes refletido nas políticas públicas de saúde, pode resultar em desigualdades significativas no acesso aos serviços e na qualidade do atendimento, comprometendo a eficácia das ações do Estado. Portanto, é imprescindível que o Estado reconheça e enfrente as manifestações de racismo nas políticas de saúde indígena, adotando ações afirmativas e estratégias que garantam a equidade.

A promoção do acesso universal à saúde para todas as comunidades indígenas requer políticas inclusivas, participativas e interconectadas, que abordem eficazmente as implicações do racismo e fortaleçam os direitos fundamentais dessas populações. Compreender a

contextualização histórica da colonização é essencial para entender a dinâmica atual dessas políticas públicas de saúde e promover uma mudança significativa nesse cenário.

O legado do colonialismo nas políticas sanitárias indígenas brasileiras é evidenciado pela desconsideração das práticas tradicionais de saúde, perda de autonomia das comunidades e persistente racismo estrutural. A introdução de doenças pelos colonizadores, a desapropriação territorial e a falta de representação nas decisões de saúde ampliam a vulnerabilidade epidemiológica e as disparidades socioeconômicas. Superar tais desafios requer abordagens inclusivas, participativas e culturalmente sensíveis, visando garantir a equidade no acesso à saúde para as comunidades indígenas.

O racismo estrutural, uma herança contínua do colonialismo, permeia as políticas de saúde direcionadas às populações indígenas. Desde o acesso desigual aos serviços até a ausência de representação nas decisões que impactam sua saúde, as comunidades indígenas enfrentam barreiras sistêmicas que comprometem o pleno exercício de seus direitos fundamentais à saúde.

Além disso, a impactação territorial decorrente do colonialismo continua a afetar negativamente a saúde das comunidades indígenas. A desapropriação de terras resultou em perdas significativas, prejudicando não apenas a relação com seus territórios ancestrais, mas também o acesso a recursos naturais essenciais, como plantas medicinais e água potável, comprometendo a saúde ambiental e a segurança alimentar. Assim, enfrentar esses desafios exige não apenas uma revisão das políticas de saúde, mas também ações que abordem de forma integral as consequências históricas do colonialismo e promovam a justiça social e a equidade para as comunidades indígenas.

As ações e inações do Governo Federal diante dos ataques aos territórios tradicionais, desmantelamento de órgãos de proteção aos direitos originários e da situação precária enfrentada pelos povos indígenas durante a pandemia de Covid-19 são indicativos de uma abordagem necropolítica adotada por essa administração. Essa abordagem funciona como um mecanismo que promove formas contemporâneas de marginalização e mortificação social, contribuindo para o apagamento e esquecimento das comunidades afetadas. Essa dinâmica está inserida em um contexto que ainda carrega resquícios da lógica colonial e do racismo como instrumentos de governança.

A partir da análise realizada, fica evidente que as políticas públicas de saúde voltadas para os povos indígenas no Brasil, especialmente durante a pandemia de Covid-19, enfrentaram desafios significativos que refletiram a longa história de expropriação, negligência e violência institucionalizada contra essas comunidades. A perda de território, a degradação ambiental e a falta de acesso a recursos básicos impactaram negativamente a saúde e o bem-estar dos povos

indígenas, exacerbando ainda mais os efeitos da pandemia. A falta de efetividade das políticas públicas, aliada à inércia e ao descaso do poder público, perpetuaram um cenário de genocídio continuado das populações indígenas, evidenciando a necessidade urgente de uma abordagem mais inclusiva, sensível e eficaz por parte do Estado.

A hipótese da dissertação, que aponta para um genocídio continuado dos povos indígenas brasileiros decorrente tanto da colonização quanto da falta de efetividade das políticas públicas, mostrou-se correta ao longo da análise realizada. A atuação estatal evidenciada segue um padrão marcado pela presença de diferentes agentes, desde terceiros até ação direta de órgãos públicos como o exército brasileiro e a FUNAI. Essa atuação se manifesta não apenas em ações diretas, mas também em omissões, como a falta de suporte humanitário durante a pandemia de Covid-19, incluindo a escassez de médicos, medicamentos, alimentos, entre outros recursos essenciais.

Na análise dos Memortumré durante a Covid-19 a política realizada por Bolsonaro foi não apenas ineficiente, mas decepcionante, considerando o grande número de evangélicos na comunidade. Sabe-se que os evangélicos são aliados da extrema-direita e as igrejas neopentecostais não raro funcionam como palanques políticos com público cativo para os políticos que se alinham aos seus preceitos socialmente conservadores. No contexto das aldeia de Escalvado, o movimento evangelizador segue os mesmos trâmites de apoio à extrema-direita bolsonarista, segundo a qual Bolsonaro é uma espécie de messias, como diz seu nome. Entretanto, não tardou para que as falas típicas da extrema-direita conservadora chegassem até os indígenas que como minoria ameaçada conseguiu dissociar a figura messiânica-religiosa da figura política de Bolsonaro, tornando possível uma crítica acerca de sua política em relação aos povos originários.

A visão daquele governo que reverberava nas políticas públicas voltadas para os indígenas tinha claro cunho colonial, visando a expulsão dos indígenas de suas terras, por meio de sua omissão a extinção das populações. Viu-se por meio dos documentos analisados e pelas entrevistas realizadas, que as políticas de concessão de exploração de terras indígenas para agricultores, madeireiros e garimpeiros foi percebida pela comunidade Memortumré que por meio de sua articulação com os movimentos sociais indígenas tomou conhecimento das invasões de terras e suas consequências no contexto de povos irmãos. A própria aldeia do Escalvado não escapou dessas políticas públicas e reconhece que precisa constantemente lutar pela manutenção do mapa de seu território e que houve agravamento dessas preocupações no âmbito do governo Bolsonaro.

Em contrapartida, em natural comparação com a situação atual, no governo de Luiz Inácio Lula da Silva os indígenas sentem-se contemplados, afirmando que Lula não dá apenas aos ricos, fazendo muito por aqueles que precisam. Nesse sentido, eles acreditam que o atual presidente só não fez mais pelos povos originários por não ter o apoio do empresariado. A leitura dos Memortumré coaduna com o que vivenciam com as empresas ao redor da aldeia que atuam de forma contrária aos direitos indígenas, portanto, o pensamento pauta-se na experiência e mostra-se acurado em relação a análise política, vez que em atual dualismo político que domina a realidade brasileira, tem-se uma horda de empresários que se alinham com o liberalismo pregado pela direita brasileira, para os quais, o pensamento colonial é a regra.

Diante desse contexto, os resultados desta dissertação destacam a importância de considerar as vozes e perspectivas das comunidades indígenas ao formular e implementar políticas públicas, bem como a necessidade de uma abordagem interseccional que leve em conta os aspectos históricos, políticos, sociais e culturais que permeiam a saúde indígena.

Portanto, é fundamental que o governo federal e demais instituições responsáveis adotem medidas concretas e eficazes para garantir o pleno acesso à saúde e a proteção dos direitos das comunidades indígenas, respeitando suas formas de organização social, cultural e cosmogônica. Somente assim será possível avançar na construção de políticas públicas que promovam de fato a saúde e o bem-estar dessas comunidades, contribuindo para a construção de uma sociedade mais justa, equitativa e inclusiva para todos.

A contextualização histórica das políticas públicas de saúde indígena no Brasil revela a persistência de desafios estruturais que exigem uma abordagem multifacetada e interdisciplinar. A análise das políticas de saúde direcionadas às populações indígenas durante a pandemia de Covid-19 evidenciou a fragilidade dessas estruturas diante de crises sanitárias e a necessidade de um fortalecimento das redes de atendimento e assistência voltadas para essas comunidades.

Do mesmo modo, é fundamental destacar a importância da colaboração entre diferentes atores sociais, incluindo organizações não governamentais, instituições de pesquisa e lideranças indígenas, na formulação e implementação de políticas públicas eficazes e inclusivas. A participação ativa das comunidades indígenas e o reconhecimento de suas práticas tradicionais de saúde são aspectos essenciais para garantir o sucesso dessas iniciativas e promover uma abordagem verdadeiramente integrada e respeitosa em relação aos direitos e necessidades desses povos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRASCO – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA; ABA – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA. A Covid-19 e os povos indígenas: desafios e medidas para controle do seu avanço. Rio de Janeiro, 21 mar. 2020. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/posicionamentos-oficiaisabasco/a-covid-19-e-os-povos-indigenas-desafios-e-medidas-para-controle-do-seuavanco/45866/>>. Acesso em: 28 dez 2021.

AGUM, Ricardo; RISCADO, Priscila; MENEZES, Monique. **Políticas Públicas: Conceitos e Análise em Revisão**. Revista Agenda Política, Vol.3, n.2 – jul/dez, 2015.

ALMEIDA, Jaqueline Reginaldo de; VERONESE, Osmar. **As Sistemáticas Violações Dos Direitos Indígenas No Brasil À Luz Do Conceito De Estado De Coisas Inconstitucional**. In: Anais do Congresso Brasileiro de Processo Coletivo e Cidadania, n. 9, p. 757-772, out/2021.

ALVES, Fernando De Brito; SOUZA, Marina Marques De Sá. **Omissão ou Estratégia? A Ausência De Políticas Públicas Para os Povos Indígenas Durante a Pandemia de Coronavírus e a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental Nº 709**. In: Anais do II Encontro Virtual do CONPEDI, Florianópolis: CONPEDI, 2020.

AMORIM, Rosendo Freitas de; SILVA, Evaldo Lucas Marinho da. A dívida da justiça de transição em relação aos povos indígenas do Brasil. **Revista Jurídica Cesumar - Mestrado**, [S.L.], v. 21, n. 1, p. 81-91, 30 abr. 2021. Centro Universitario de Maringa. <http://dx.doi.org/10.17765/2176-9184.2021v21n1p81-91>. Disponível em: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/revjuridica/article/view/9106>. Acesso em: 23 mar. 2023.

ANDRADE, Marcella Coelho. **Políticas Públicas na Constituição Federal de 1988: Alguns comentários sobre os desafios e avanços**. CSOnline – Revista Eletrônica de Ciências Sociais, Juiz de Fora, n. 29, 2019.

ARAÚJO, Daisy Damasceno. OLIVEIRA, Ana Caroline Amorim; FOLHES, Rodrigo Theophilo. O processo de retomada dos povos originários no Maranhão e a luta pela vacinação contra a Covid-19. XIV Reunião de Antropologia do Mercosul. Universidade Federal Fluminense (UFF), Anais Eletrônicos. 01 a 04 de agosto de 2023, Niterói (RJ). Disponível em: <https://www.ram2023.sinteseeventos.com.br/anais/trabalhos/lista?simposio=178>. Acesso em: 02 mar. 2024.

ATHILA, Adriana; ZACHINI, Carlo. Yanomami revivem ameaça de extermínio com garimpo e omissão governamental. In: Folha de S. Paulo, 2021. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/ilustrissima/2021/12/yanomamis-revivem-ameaca-de-extermínio-com-garimpo-e-omissao-governamental.shtml> Acesso em: 03 abr. 2023.

BENEDITO, Júnior Cesar de Souza; MEDEIROS, Arthur Almeida; DE SÁ, Jennyfer Soares; TESTON, Elen Ferraz. Diabetes na população indígena adulta brasileira: uma revisão integrativa. **Multitemas**, Campo Grande, MS, v. 28 n. 69, p. 47-66, maio/ago. 2023. DOI: <http://dx.doi.org/10.20435/multi.v28i69.3917>. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/374774398_Diabetes_na_populacao_indigena_adulta_brasileira_uma_revisao_integrativa. Acesso em: 04 mar. 2024.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. **Diabetes Melitus**. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/diabetes/>. Acesso em: 10 mar. 2024.

BOGÉA, Mirian. *Arte Memortumré: Representações Visuais dos Povos Canela-Ramkokamekrá*. Imperatriz: 2019.

BRASIL. Lei nº 2.889, de 1º de outubro de 1956. Define e pune o crime de genocídio. 1956. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l2889.htm. Acesso em: 15 dez. 2023.

BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm. Acesso em 15 jun 2023.

BRASIL. **Decreto nº 9.795, de 17 de maio de 2019**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9795.htm. Acesso em: 30 set. 2023.

BRUZACA, Ruan Didier. **Prática Jurídica Entre A “Bainha” e a “Faca”**: Para (Re)Pensar O Direito A Partir da Perspectiva de Quilombolas nos Conflitos Entre a Vale e os Territórios de Santa Rosa dos Pretos e Monge Belo, em Itapecuru-Mirim/Ma. 222 f. Tese (Doutorado em Direito) - Programa de Pós - Graduação em Ciências Jurídicas da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2020.

BRUZACA, Ruan Didier. **Quilombos, Judiciário e Desenvolvimento**: Santa Rosa dos Pretos Contra Vale no Maranhão. São Luís: EDUFMA, 2021.

BRUZACA, Ruan Didier; QUEIROZ, Sarah Valery Mano. Sobre a Colonialidade no Direito e as Perspectivas de Descolonização no Contexto dos Países Latino-Americanos. **Revista Paradigma**, Ribeirão Preto-SP, a. XXIII, v. 27, n. 1, p. 300-317, jan/abr. 2018.

CALHEIROS, Orlando. No Tempo da Guerra: Algumas notas sobre as violações dos direitos dos povos indígenas e os limites da justiça de transição no Brasil. **Revista Verdade, Memória e Justiça**. V9. 2015.

CAMPOS JÚNIOR, Antonio da Silva et al. (org.). *Saúde indígena: análise da situação de saúde no SasiSUS / Ministério da Saúde*, Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

CARVALHO Matheus Barros; et al. Estratégia saúde da família em uma aldeia indígena localizada no interior do Maranhão. *Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba, v. 3, n. 3, p. 5842-5849 may./jun. 2020.

CARVALHO, Euzamara de. Pandemia da Covid-19 e o descumprimento da vigilância em saúde no Brasil. *In: Sociedade Maranhense De Direitos Humanos (SMDH): Violações Dos Direitos Humanos No Brasil: Denúncias E Análises No Contexto Da Covid-19*, Passo Fundo, RS: EAB Editora, 2021. 55-76 p.

CARVALHO, Osvaldo Ferreira de. As Políticas Públicas como Concretização dos Direitos Sociais. **Revista de Investigações Constitucionais**, Curitiba, vol. 6, n. 3, p. 773-794, set/dez. 2019.

CASTRO, Eduardo Viveiros. **Araweté: os deuses canibais**. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1986.

CÉSAIRE, Aimé. Discurso sobre el colonialismo. Madrid: Ediciones Akal, 2006.

COHEN, Ernesto; FRANCO, Rolando. Avaliação de Projetos Sociais (11ª ed.). Petrópolis: Vozes, 2013.

COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. Situação dos direitos humanos no Brasil. OAS, 2021. Disponível em: <http://www.oas.org/pt/cidh/relatorios/pdfs/Brasil2021-pt.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2023.

CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO (CIMI). **Descaso do poder público e desassistência à saúde colocam em risco a vida de povos indígenas no Maranhão**, 2022. Disponível em: <https://cimi.org.br/2022/06/descaso-do-poder-publico-e-desassistencia-a-saude-colocam-em-risco-a-vida-de-povos-indigenas-no-maranhao/> Acesso em: 15 jun 2023.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. 2021. **Relatório de Gestão**. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2021/08/relatorio-gestao-cons-uille-v10082021.pdf>. Acesso em: 30 set. 2023.

CORDONI JÚNIOR Luiz. **Serviços municipais de saúde no Paraná: tendências e perspectivas**. [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1986.

CRONBACH, Lee J. Designing evaluations of educational and social programs. San Francisco: Jossey-Bass, 1982.

CRUMPTON, Charles David; MEDEIROS, Janann Joslin; FERREIRA, Vicente da Rocha Soares; SOUSA, Marcos de Moraes; NAJBERG, Estela. Avaliação de políticas públicas no Brasil e nos Estados Unidos: análise da pesquisa nos últimos 10 anos. *Revista de Administração Pública*, v. 50, n. 6, Nov-Dec 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7612156363>>. Acesso em: 13 abr. 2024.

DEBASTIANI, Joana Silvia Mattia; SOBRINHO, Liton Lanes Pilau; CALGARO, Cleide. Covid-19 e políticas anti-indigenistas no Brasil: o caso da ADPF 709/DF para o reconhecimento do direito de existir. **Nuevo Derecho**, Enigado, Colombia, Vol. 16, No. 27, , pp. 1-21, jul-dez. 2020.

FANON, Frantz. **Pele negra, máscaras brancas**. Salvador: Edufba, 2008.

FANON, Frantz. **Os condenados da terra**. Juiz de Fora: UFJF, 2010.

FIGUEIREDO, Marcus Faria; FIGUEIREDO, Argelina Maria Cheibub. **Avaliação política e avaliação de políticas: um quadro de referência teórica**. *Análise & Conjuntura*, v. 1, n. 3, Belo Horizonte, set./dez. 1986.

FONSECA, Andrei Domingos. **Genocídio Indígena a Partir de Dispositivos da Necropolítica Durante a Pandemia de Covid-19 no Brasil**. Dissertação (Mestrado em Ciência Jurídica) – do Centro de Ciências Sociais Aplicadas da UENP/Campus de Jacarezinho, PR, 2023.

FOSCHIERA, Atamis Antonio; SILVA, Jair Souza da. A espacialização da Covid-19 nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas da Amazônia Legal. **Ateliê Geográfico** - Goiânia-GO, v. 14, n. 3, dez/2020, p. 06 – 34.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE - FUNASA. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. - 2ª edição - Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002.

GANDRA, Alana. 2023. **Agência Brasil**. Censo registra 1.652.876 pessoas indígenas no Brasil. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2023-04/censo-registra-1652876-pessoas-indigenas-no-brasil>. Acesso em: 22 jul. 2023.

GARCIA, Rosineide Pereira Mubarak (Org.). Avaliação de políticas públicas: concepções, modelos e casos. Cruz das Almas, BA: UFRB, 2020. 230 p.; il. ISBN: 978-65-87743-04-2. 2020.

GRAEF, Aldino. Origens e Fundamentos da Carreira de Gestor Governamental. **Revista de Políticas Públicas e Gestão Governamental**. Vol. 9 - No 1. Jan/Jun 2010.

GARNELO, Luiza; PONTES, Ana Lúcia (Org.). **Saúde Indígena: uma introdução ao tema**. Brasília: MEC-SECADI, 2012.

GODOY, Miguel Gualano; SANTANA, Carolina Ribeiro de; OLIVEIRA, Lucas Cravo de. STF, povos indígenas e Sala de Situação: diálogo ilusório. **Revista Direito e Práxis**, Rio de Janeiro, Vol. 12, N. 3, p. 2174-2205, 2021.

GONÇALVES, Josi. Guardiã da Floresta da TI Arariboia é assassinado. **Amazônia Real**. 2022. Disponível em : <https://amazoniareal.com.br/guardiao-da-floresta-assassinado/>. Acesso em: 28 set. 2023.

GRANCHI, Julia. Os motivos que levaram indígenas a serem menos vacinados contra covid-19, apesar dos riscos maiores. In: **BBC News**, 2023. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/articles/c727170wz2vo> Acesso em: 03 abr. 2023.

GROSGOUEL, Ramón. A estrutura do conhecimento nas universidades ocidentalizadas: racismo/sexismo epistêmico e os quatro genocídios/epistemicídios do longo século xvi. **Sociedade e Estado**, [S.L.], v. 31, n. 1, p. 25-49, abr. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-69922016000100003>. Acesso em: 20 set. 2023.

GUAJAJARA, Sonia Bone; ALARCON, Daniela Fernandes; PONTES, Ana Lucia de Moura. Entrevista com Sonia Guajajara: o movimento indígena frente à pandemia da COVID-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, 27, Rio de Janeiro – RJ, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/8d5t6LTsjwRqzrDdZprsZwp/abstract/?lang=pt>. Acesso em 30 set. 2023.

GUEDES, Viviane Dipp. **A Defesa dos Conhecimentos Tradicionais Coletivos de Origem Não Identificada: Uma Repartição Justa de sua Exploração**. Dissertação (Mestrado em Direito) – Universidade de Passo Fundo -UPF. Passo Fundo/RS, 2020.

HIGÍDIO, José. Justiça manda trancar inquérito contra líder indígena Sonia Guajajara. **Conjur**, 2021. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2021-mai-05/justica-manda-trancar-inquerito-lider-indigena-sonia-guajajara>. Acesso em: 30 set 2023.

HIVOS. **Rota de Saúde Indígena Amazônica: Passo a Passo para alcançar as referências de atendimento a Covid-19-Povo Memortumré / Canela / Brasil**. 2021. Disponível em: https://hivos.org/assets/brasil/cartilha_memortumre.pdf. Acesso em: 10 mar. 2024.

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL (ISA). **Levada por garimpeiros, Covid-19 se espalha em aldeias Yanomami**. 2020. Disponível em : <https://www.socioambiental.org/pt-br/noticias-socioambientais/levada-por-garimpeiros-covid-19-se-espalha-em-aldeias-yanomami>. Acesso em 28 dez 2021.

JESUS, Victor de. Racializando o olhar (sociológico) sobre a saúde ambiental em saneamento da população negra: um continuum colonial chamado racismo ambiental. **Saúde e Sociedade**, [S.L.], v. 29, n. 2, p. 1-15, 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902020180519>. Acesso em 30 set 2023.

JUCÁ, Beatriz. Decreto de Bolsonaro com mudanças na saúde indígena dispara alerta no movimento indigenista. **El País**. São Paulo, 31/05/2019. Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2019/05/30/politica/1559238132_162541.html. Acesso em: 30 set 2023.

JULIANO, Tainá Costa. **A Proteção dos Direitos Humanos dos Povos Indígenas: A Situação dos Índios no Contexto da Covid-19 e uma Breve Análise Jurídica Da ADPF 709**. Trabalho de Conclusão de Curso-TCC da Universidade Federal Fluminense (UFF) . Niterói /RJ, 2021.

LANDER, Edgardo. **Ciências Sociais: saberes coloniais e eurocêntricos**. In: LANDER, Edgardo (Org.). *A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais – perspectivas latino-americanas*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Clacso, 2005.

LANGDON, Esther Jean. O Abuso de Alcool entre os Povos Indígenas no Brasil: uma avaliação comparativa. In: SOUZA, M.L.P., comp. *Processos de alcoolização Indígena no Brasil: perspectivas plurais* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2013, pp. 27-46. Saúde dos povos Indígenas collection. ISBN: 978-85- 7541-581-8. <https://doi.org/10.7476/9788575415818.0003>.

LEEuw, Frans L; DONALDSON, Stewart I. Theory in evaluation: reducing confusion and encouraging debate. *Evaluation*, v. 21, n. 4, p. 467-480, 2015.

LONGHINI, Geni Daniela Núñez. Perspectivas indígenas antirracistas sobre o etnogenocídio: contribuições para o reflorestamento do imaginário. Dossiê Psicologia Social e Antirracismo: compromisso social e político por um outro Brasil. *Psicologia & Sociedade*, 35, E277101. Fev. 2023. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/psoc/a/FybYypjXJRVxDJFHd4vSv9j/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em: 15 dez. 2023.

LUCION, Maria Cristina Schneider. **O Sistema Único de Saúde no Brasil: uma demonstração de políticas públicas de promoção ao direito à saúde.** Dissertação (mestrado) – Universidade Regional do Noroeste do estado do Rio Grande do Sul (Campus Ijuí). Direitos Humanos. Ijuí: 2016.

LUKÁCS, György; **Ontologia do Ser Social: Os princípios ontológicos fundamentais de Marx.** [Trad. Carlos Nelson Coutinho] São Paulo: Livraria Editora Ciências Humanas, 1979.

LUQUE, Fernando Da Silva. **O processo estrutural nas políticas públicas de saúde.** Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Mestrado em Direito da Universidade Nove de Julho – UNINOVE. São Paulo: 2020.

MACIEL, Giovana Belem Moreira Lima e MISSAWA, Nanci Akemi. Fauna flebotomínica (Diptera: Psychodidae) em aldeias indígenas do Estado de Mato Grosso. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical** 42(5):597-602, set-out, 2009.

MAIA, Fernando Joaquim Ferreira; FARIAS, Mayara Helenna Verissimo de. Colonialidade do poder: a formação do eurocentrismo como padrão de poder mundial por meio da colonização da América. **Interações (Campo Grande)**, [S.L.], p. 577-596, 16 set. 2020. Universidade Católica Dom Bosco. <http://dx.doi.org/10.20435/inter.v21i3.2300>.

MARIGO, Luiz Claudio. A luta pela tradição dos índios Canela. *Revista Geográfica Universal*. Bloch Editores para informação e cultura, fev. 1980.

MARINHO, Gerson Luiz; BORGES, Gabriel Mendes; PAZ, Elisabete Pimenta Araújo; SANTOS, Ricardo Ventura. Mortalidade infantil de indígenas e não indígenas nas microrregiões do Brasil. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2019;72(1):57-63. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0646>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/3MmDHLz6bNSwx9w6qVHbZSf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 mar. 2024.

MARTELLO, Alexandre. Orçamento: Bolsonaro corta verbas voltadas para indígenas, quilombolas e para pesquisas científicas. **G1**. Brasília, 24/01/2022. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2022/01/24/orcamento-bolsonaro-corta-verbas-voltadas-para-indigenas-quilombolas-e-para-pesquisas-cientificas.ghtml>. Acesso em: 30 out. 2023.

MARX, Karl. **Grundrisse: manuscritos econômicos de 1857-1858: Esboços da crítica da economia política.** São Paulo: Boitempo, 2011.

MATIAS-PEREIRA, J. Curso de planejamento governamental: foco nas políticas públicas e nos indicadores sociais. São Paulo: Atlas, 2012.

MATOS, Flávio Dos Santos Barros De. **A Acusação de Genocídio Indígena na Pandemia da Covid-19: Análise das Políticas Públicas Adotadas no Combate do Contágio do Novo Coronavírus Entre os Povos Indígenas.** Trabalho de Conclusão de Curso-TCC da Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais - FAJS do Centro Universitário de Brasília. Brasília, 2022.

MBEMBE, Achiille. Necropolítica **Arte & Ensaios**, UFRJ, n. 32, 2017. DOI: <https://doi.org/10.60001/ae.n32.p122%20-%20151>. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/ae/article/view/8993> Acesso em: 14 abr. 2024

MELAZZO, Everaldo Santos. Problematizando o Conceito de Políticas Públicas: Desafios à Análise e à Prática do Planejamento e da Gestão. **Tópos** v. 4, nº 2, p. 9 - 32, 2010.

MENDONÇA, Bartolomeu Rodrigues. **Continuum Colonial**: Colonialidade (= Modernidade), Empreendimentos Capitalistas, Deslocamentos Compulsórios e Escravos da República no Estado do Maranhão, Brasil. 314 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Programa de Pós - Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal do Maranhão (PPGCSoc/UFMA), São Luís, 2017.

MENEZES, Marcela.et al. Coronavírus no Sul do Amazonas: Diálogos e Reflexões com Agentes Ambientais Indígenas Kagwahiwa sobre a Pandemia em seus Territórios. Vukápanavo: **Revista Terena**- A Pandemia De Covid-19 Na Vida Dos Povos Indígenas. nº 3, p. 67-87, out./nov. 2020

MILANEZ, Felipe. et al. Existência e Diferença: O Racismo Contra os Povos Indígenas. Revista. **Direito e Práxis.**, Rio de Janeiro, Vol. 10, N. 03, 2019 p. 2161-2181.

MIGNOLO, Walter. **La idea de América Latina**: la herida colonial y la opción decolonial. Barcelona: Editorial Gedisa Blackwell Publishing, 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 25. ed. rev. atual. Petrópolis: Vozes, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Plano de Contingência para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID-19) em Povos Indígenas do DSEI Maranhão**. 2020. Disponível em:<https://ds.saudeindigena.iciet.fiocruz.br/bitstream/bvs/1731/1/Brasil.%20Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde.%20Secretaria%20Especial%20de%20Sa%C3%BAde%20Ind%C3%ADgena.%20Distrito%20Sanit%C3%A1rio%20Especial%20Ind%C3%ADgena%20Maranh%C3%A3o%20-%20Plano%20de%20Conting%C3%Aancia%20para%20infec%C3%A7%C3%A3o%20humana%20pelo%20no.pdf>. Acesso em 29 set. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Ministério da Saúde aumenta os salários dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e Saneamento (AISAN)**. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021/julho/ministerio-da-saude-aumenta-os-salarios-dos-agentes-indigenas-de-saude-ais-e-saneamento-aisan#:~:text=No%20total%2C%20o%20Brasil%20possui,que%20atua%20diretamente%20nas%20aldeias>. Acesso em: 16 dez. 2023.

MINISTÉRIO DOS POVOS INDÍGENAS. Sonia Guajajara. 2023.Disponível em: <https://www.gov.br/povosindigenas/pt-br/composicao/ministerio/sonia-guajajara>. Acesso em 30 set. 2023.

MIOTTO, Tiago. **Indígenas excluídos do plano de vacinação são “duplamente violentados e penalizados”, afirmam povos do Maranhão**. CIMI.org., 2021. Disponível em:

<https://cimi.org.br/2021/01/indigenas-excluidos-vacinacao-duplamente-violentados-maranhao/>. Acesso em: 28 set 2023.

NAKAMURA, Erick Kiyoshi. Os Direitos Indígenas em Disputa na ADPF 709: Há Caminhos Possíveis Na Jurisdição Constitucional? **Law Review**, vol. I, nº I, 2021.

NETTO, José Paulo. **Introdução ao estudo do método de Marx**. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

NOVELINO, Marcelo. **Curso de Direito Constitucional**. 10 ed. rev. atual. Salvador: Ed. JusPodvim, 2015.

NOELLI, Francisco Silva; FERREIRA, Lúcio Menezes. A persistência da teoria da degeneração indígena e do colonialismo nos fundamentos da arqueologia brasileira. **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p.1239-1264, set.-dez. 2007.

OLIVEIRA, Adalberto Luiz Rizzo de. **Messianismo Canela: entre o indigenismo de estado e as estratégias do desenvolvimento**. 2006. 285 f. Tese (Doutorado em Políticas Públicas) - Universidade Federal do Maranhão, São Luis, 2006.

OLIVEIRA, Ana Caroline Amorim *et al.* Estratégias de visibilidade em contexto pandêmico: o mapeamento da pandemia da Covid-19 entre povos indígenas no Maranhão. **Espaço Ameríndio**, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 98-118, mai./ago. 2021.

OLIVEIRA, Mariah Leite de; LEITE, Stephanny Sancho; RODRIGUES, Vaninny Batista; RODRIGUES, Vanize Batista; CAVALCANTI, Virginia Maria Bezerra; LINS, Viviane Maria Bezerra Cavalcanti; MARCOLINO, Alinne Beserra de Lucena. Efeitos das medidas de enfrentamento ao coronavírus no Brasil. **Brazilian Journal Of Health Review**, [S.L.], v. 3, n. 4, p. 10196-10207, 2020. Brazilian Journal of Health Review. <http://dx.doi.org/10.34119/bjhrv3n4-244>.

OLIVEIRA, Tainá B. de; FREITAS, Juliana da S. G. de. Esse é o Pensamento de um Homem Capitalista. Meu Povo não Precisa desse Tipo de Desenvolvimento: Articulação do Racismo Ambiental sobre o Povo Yanomami no Contexto Pandêmico. **Vukápanavo: Revista Terena-** A Pandemia De Covid-19 Na Vida Dos Povos Indígenas. nº 3, p. 167-182, out./nov. 2020

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Histórico da pandemia de COVID-19. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>. Acesso em 17 dez. 2023.

PESCARINI, Julia M.; CARDOSO, Andrey M.; SANTOS, Ricardo V.; SCAFF, Priscila F.; PAIXAO, Enny S.; RANZANI, Otavio T.; CERQUEIRA-SILVA, Thiago; BOAVENTURA, Viviane S.; BERTOLDO-JUNIOR, Juracy; OLIVEIRA, Vinicius A. de; WERNECK, Guilherme L.; BARRETO, Mauricio L.; BARRAL-NETTO, Manoel. (2023). Vaccine coverage and effectiveness against laboratory-confirmed symptomatic and severe Covid-19 in indigenous people in Brazil: a cohort study. **BMC Public Health**, 23(1), 1267. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-16196-4>.

PAJOLLA, Murilo. Governo Bolsonaro quer aprofundar privatização da saúde indígena, alertam organizações. **Brasil de Fato**, Lábrea (AM), 09 de Janeiro de 2022. Disponível em:

<https://www.brasildefato.com.br/2022/01/09/governo-bolsonaro-quer-aprofundar-privatizacao-da-saude-indigena-alertam-organizacoes>. Acesso em: 20 set. 2023.

PARANHOS, Jéssica Camila De Sousa Rosa. **O Papel dos Gestores Estaduais na Política Pública De Saúde Indígena: entre os impasses históricos e a pandemia de covid-19**. Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: 2021.

PAULUS JUNIOR, Aylton; CORDONI JUNIOR, Luiz. Políticas públicas de saúde no Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.8, n.1, p.13-19, dez.2006. Disponível em: https://www.professores.uff.br/jorge/wp-content/uploads/sites/141/2017/10/v8n1_artigo_3.pdf Acesso em: 03 abr. 2023.

PINHEIRO, Charles Humberto Martins. VIANA, Antonia Iracilda e Silva. Perfil epidemiológico da Covid-19 em um município do sudoeste do estado do Maranhão. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**. Ano. 07, Ed. 09, Vol. 03, pp. 147-166, 2022.

PONTES, A.L.M., CARDOSO, A.M., BASTOS, L.S., and SANTOS, R.V. Pandemia de Covid-19 e os povos indígenas no Brasil: cenários sociopolíticos e epidemiológicos. In: MATTA, G.C., REGO, S., SOUTO, E.P., and SEGATA, J., eds. **Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia** [online]. Rio de Janeiro: Observatório Covid 19; Editora FIOCRUZ, 2021, pp. 123- 136. Informação para ação na Covid-19 series. ISBN: 978-65-5708-032-0. <https://doi.org/10.7476/9786557080320.0010>.

POVOS INDÍGENAS NO BRASIL. **Canela Ramkokamekrá**. 2021. Disponível em: https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Canela_Ramkokamekr%C3%A1#Estrutura_familiar. Acesso em: 10 dez. 2023.

QUIJANO, Anibal. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. In: LANDER, Edgardo (Org.). **A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais – perspectivas latino-americanas**. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Clacso, 2005.

RAQUEL, Martha. 2021. Brasil ultrapassa marca de mil indígenas mortos em decorrência da covid-19. **Brasil de Fato**. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2021/03/13/brasil-ultrapassa-marca-de-mil-indigenas-mortos-em-decorrencia-da-covid-19>. Acesso em 27 set. 2023.

REIS, Denizi Oliveira; ARAUJO, Eliane Cardoso de; Luiz Carlos de Oliveira CECÍLIO. **Políticas públicas de saúde: Sistema Único de Saúde**. Especialização em Saúde na Família, UNASUS/UNIFESP, 2012.

RODRIGUES, Beatriz Lopes. Os Povos Indígenas e o Enfrentamento da Covid-19 no Brasil: A Atuação da Suprema Corte. **Research, Society and Development**, v. 11, n.13, 2022.

ROSA, Marlise. **“Isso é uma emergência!”: panorama da mobilização da Articulação dos Povos indígenas do Brasil (APIB) para o enfrentamento da Covid-19**. In: ALARCON, Daniela Fernandes et al. **A Gente Precisa Lutar de Todas as Formas - Povos Indígenas e o Enfrentamento da Covid-19 no Brasil**. São Paulo: Hucitec Editora, 2022. 41-82 p.

ROSA, Marlise. **A campanha de vacinação contra a Covid-19 em povos indígenas: exclusões, mobilização social e protagonismo das mulheres indígenas.** In: ALARCON, Daniela Fernandes et al. *A Gente Precisa Lutar de Todas as Formas - Povos Indígenas e o Enfrentamento da Covid-19 no Brasil.* São Paulo: Hucitec Editora, 2022. 509-556 p.

ROSSI, Peter, FREEMAN, Howard. *Evaluation: a systematic approach.* 5. ed. Newbury Park: Sage, 1993, p.488.

SAMPAIO, Cristiane. Como o governo Bolsonaro excluiu os indígenas da formulação de políticas de saúde. **Brasil de Fato**, Brasília (DF), 15 de Julho de 2019. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2019/07/15/como-o-governo-bolsonaro-excluiu-os-indigenas-da-formulacao-de-politicas-de-saude>. Acesso em: 10 out. 2023.

SANTOS, Pollyanna. **Política Nacional De Atenção À Saúde Dos Povos Indígenas: origem e mudanças.** Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência Política da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte: 2020.

SANTOS, Maíra Mendes dos. *Guia de Saúde Indígena.* Manaus: Fundação Amazônia Sustentável (FAS), 2021. Disponível em: https://fas-amazonia.org/wp-content/uploads/2022/12/saude-guia-saude-indigena_compressed.pdf. Acesso em: 14 mar 2024.

SANTOS, Boaventura de Souza; MENESES, Maria Paula. **Epistemologias do Sul.** Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 2014.

SBARAINI, Fabiana Leticia. **A saúde indígena no território das políticas públicas: encontros e desencontros de práticas e saberes na Casa de Saúde Indígena de Roraima.** São Leopoldo – RS: 2016

SCALCO, Nayara; NUNES, João Arriscado; LOUVISON, Marília. Controle social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena: uma estrutura silenciada. **Saúde Soc.** São Paulo, v.29, n.3, e200400, 2020. DOI 10.1590/S0104-12902020200400. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/Jg3KFFySnKWnCXsqknXJwkD/?format=pdf&lang=pt>. Acesso: 10 set. 2023.

SHADISH, William R.; COOK, Thomas D.; LEVITON, Laura C. *Foundations of Program Evaluation: theories of practice*, Newsbury Park, CA, Sage publications. 1991.

SECCHI, L. *Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos.* 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2013.

SERRA, Emerson Silva; MASCARENHAS, Tamiles Almeida Rebouças. **O Direito Fundamental dos Povos Indígenas à Saúde em Tempos de Pandemia.** In: BRAZ, Laura C e c í l i a; LIMA Raphael Leal. *Direito Ambiental: novos rumos para uma nova década,* Salvador, BA: Editora Mente Aberta, 2021. 64-73 p.

SMITH, Linda Tuhiwai. **Descolonizando metodologias: pesquisa e povos indígenas.** Curitiba: Ed. UFPR, 2018.

SILVA E SILVA, Maria Ozanira da (Org.) **Avaliação de Políticas e Programas Sociais: Teoria e Prática**. São Paulo: Veras, 2005.

SILVA E SILVA, Maria Ozanira da (Org.) **Pesquisa Avaliativa. Aspectos Teóricos-Metodológicos**. São Paulo: Veras, 2013.

SOUZA, Alex Sandro Rolland et al. Aspectos gerais da pandemia de COVID-19. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, 21, Supl. 1, S47-S64, fev, 2021.

SUDAM. Histórico.2020. Disponível em: <https://www.gov.br/sudam/pt-br/aceso-a-informacoes/institucional/historico-sudam>. Acesso em: 29 set. 2023.

TERENA, Luiz Eloy. Povos indígenas e as violações do direito humano à saúde no contexto da pandemia da Covid-19: subsídios à denúncia internacional. In: Sociedade Maranhense De Direitos Humanos (SMDH): **Violações Dos Direitos Humanos No Brasil: Denúncias E Análises No Contexto Da Covid-19**, Passo Fundo, RS: EAB Editora, 2021. 102-127 p.

TERRAS INDÍGENAS NO BRASIL. Terra Indígena Kanela. 2024. Disponível em: <https://terrasindigenas.org.br/pt-br/terras-indigenas/3719#demografia>. Acesso em: 10 dez. 2023.

TREVISAN, Andrei Pittol; BELLEN, Hans Michael van. Avaliação de políticas públicas: uma revisão teórica de um campo em construção. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, maio/jun. 2008.

VIANA, Rosana Lima. **Saneamento e saúde na Amazônia Legal**: uma análise de situação de ambiental nos municípios do estado do Maranhão. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

VIEIRA, Ana Carolina Alfinito; TERENA, Luiz Eloy. **Os caminhos da advocacia indígena e a Ação de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) n.º 709 no Supremo Tribunal Federal (STF)**. In: ALARCON, Daniela Fernandes et al. *A Gente Precisa Lutar de Todas as Formas - Povos Indígenas e o Enfrentamento da Covid-19 no Brasil*. São Paulo: Hucitec Editora, 2022. 245-286 p.

WAGNER, Daize Fernanda. Acesso à Justiça e Povos Indígenas. **Revista Cidadania e Acesso à Justiça**, Encontro Virtual, v. 6, n. 2, p. 92 – 113, Jul/Dez. 2020.

WERNECK, Felipe *Et al.* Passando A Boiada: O segundo ano de desmonte ambiental sob Jair Bolsonaro. **Observatório Climático**, 2021.

WORTHEN, B. R.; SANDERS, J. R.; FITZPATRICK, J. L. Avaliação de Programas: concepções e práticas. Tradução de Dinah de Abreu Azevedo. São Paulo: Gente: 2004.