

Povos Indígenas no Brasil e o Direito à Saúde: os efeitos da pandemia no contexto indígena, um sobrevôo

Douglas Jacinto da Rosa¹

Íris Pereira Guedes²

Resumo

O presente artigo discorrerá sobre o direito à saúde dos Povos Indígenas no Brasil e como tal direito tem sido garantido, ou não, em tempos de Pandemia por COVID-19. De modo particular, aborda brevemente as disposições legislativas do direito à saúde dos Povos Indígenas no escopo nacional e internacional, bem como os órgãos responsáveis pela efetivação da política indigenista de saúde, o contexto indígena na sua relação e os efeitos da atual crise sanitária. O estudo se justifica frente ao crescente número de contágio entre os Povos indígenas nos diferentes contextos territoriais no Brasil em contrapartida com a incipiente atuação por parte dos órgãos responsáveis pela efetivação dos direitos e política indigenista, denunciada por coletivos e organizações indígenas e indigenistas. Entre subnotificações, orçamento ínfimo e invasões de seus territórios os Povos indígenas vivenciam através da pandemia a atualização do genocídio que tem sua gênese com a colonização. Da mesma forma, busca sistematizar informações que auxiliem na interpretação e na visibilidade do contexto indígena no Brasil frente à pandemia. A problemática reflexiva gira em torno de verificar quais as principais medidas que o Estado brasileiro tem adotado diante da instauração da pandemia e, se, estas dialogam positivamente com o disposto no texto constitucional de 1988, na legislação especial e, em Tratados Internacionais que preconizam a proteção e promoção dos Direitos Humanos e Fundamentais. No plano metodológico o estudo incorpora simultaneamente uma revisão de literatura, focalizando a sistematização legislativa, documental e a produção etnológica e uma dimensão etnográfica tendo nos desdobramentos da pandemia e na experiência junto aos coletivos indígenas o fio condutor para o entendimento da realidade colocada aos Povos originários, também cabe destacar que um dos autores a partir de seu coletivo de pertencimento e atuação junto ao movimento social indígena como sujeito indígena Kaingang conferem a moldura da problematização. Os resultados obtidos são parciais, tendo em vista que o espaço temporal de fechamento do artigo ainda se enquadra dentro do período crítico de pandemia por COVID-19 no Brasil.

Palavras-chave: Povos Indígenas. Saúde Indígena. Direitos Humanos e Fundamentais.

1. Introdução

Em decorrência das intensas mobilizações dos Povos Indígenas, assim como, de movimentos sociais de diversos segmentos da sociedade civil, ao qual o intelectual indígena Ailton Krenak chamou de “*momento luminoso de nossa história republicana*” (KRENAK, 2014), o processo da Assembleia Nacional Constituinte, em

¹ Bacharel em Gestão Ambiental/UFPR. Mestre em Antropologia Social no Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social/UFRGS. Pesquisador vinculado ao Laboratório de Interculturalidade e Diversidade/LAID/UFPR. Pesquisador vinculado ao Núcleo de Antropologia das Sociedades Indígenas e Tradicionais/NIT/UFRGS. Pesquisador vinculado ao Núcleo de Antropologia Visual/NAVISUAL/UFRGS. Membro do Comitê Estadual da Reserva da Biosfera da Mata Atlântica do Rio Grande do Sul. Membro do Conselho Estadual dos Povos Indígenas/CEPI. Conselheiro Nacional de Política Indigenista/CNPI.

² Advogada. Professora de Pós-graduação na Organização dos Estados Ibero-americanos. Mestre em Direito. Pesquisadora no Grupo de Estudos sobre Educação, Diversidade Étnico Racial e Direitos Humanos/UFRGS. Pesquisadora no Grupo de Pesquisa sobre Estado, Democracia e Administração Pública/UFRGS. Integra a Comissão Especial da Igualdade Racial e o Grupo de Trabalho sobre os Povos Indígenas da Ordem dos Advogados do Brasil – Seccional Rio Grande do Sul (OAB/RS).

1987, culminou na promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil em 1988 (CRFB/88).

O novo paradigma constitucional que rompeu com séculos de políticas indigenistas marcadamente orientadas por vieses assimilacionistas e tutelares, também possibilitou a internalização de Tratados Internacionais que dispõe sobre a proteção dos Direitos Humanos dos Povos Indígenas e recepcionou demandas históricas a dizer: a pauta pela demarcação das Terras Indígenas, o direito à educação diferenciada e o direito à saúde de acordo com as especificidades de cada Povo, no bojo da autodeterminação.

O presente estudo visa discorrer sobre essas mudanças paradigmáticas, em específico quanto ao direito indígena à saúde, no âmbito nacional e internacional; buscando também analisar como se dá parte da estrutura operacional da política indigenista de saúde. Considerando a gravidade do atual contexto que tem assolado o país e os Povos Indígenas pela instauração da pandemia decorrente do SARS-CoV-2, vírus que causa a doença COVID-19, serão analisadas quais medidas o Poder Público tem tomado e em que grau estas dialogam, ou não, com as condições específicas dos Povos Indígenas. Ainda, serão analisados os dados referentes ao número de pessoas infectadas em seus territórios, fornecidos tanto pelos órgãos governamentais responsáveis, quanto por organizações indígenas e indigenistas.

Os resultados obtidos são parciais, tendo em vista que o espaço temporal de fechamento da presente sistematização ainda se enquadra dentro do período crítico de pandemia por COVID-19. Porém, é possível adiantar uma das conclusões do trabalho: a de que a compreensão das políticas de saúde para os Povos indígenas no Brasil é indissociável do reconhecimento das relações entre o Estado brasileiro, em sentido amplo, e as populações originárias. A compreensão dessas relações e dos seus desdobramentos é o fio condutor para análises mais complexas dos encontros e desencontros entre alteridades ontologicamente diversas.

2. O Direito à Saúde dos Povos Indígenas no Brasil: luta, posituação e desafios

O texto constitucional preceitua o reconhecimento do caráter pluriétnico da sociedade brasileira, os direitos originários dos Povos indígenas às terras tradicionalmente ocupadas, seus usos, costumes, línguas e organização social (artigo 231), assim como o reconhecimento da plena capacidade civil, inclusive para ingressar em juízo em seu favor e de sua comunidade (artigo 232). A positivação do direito à diferença se soma aos demais direitos fundamentais e princípios basilares constitucionais, a exemplo do artigo 5º que dispõe que todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade e do artigo 6º, que por sua vez, garante direitos sociais, dentre os quais o direito à saúde. A saúde passa a ser, então, um direito de todos e dever do Estado, o qual deve garanti-lo “mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (artigo 196, CRFB/88).

A Constituição Federal (1988), também garante que “as normas definidoras dos direitos e garantias fundamentais têm aplicação imediata” (artigo 5º, §1º, da CRFB/88), o que importa dizer que não carecem da concretização legislativa para que sejam efetivados. Ademais, nas palavras do jurista e Professor Ingo Sarlet (2007): “parece elementar que uma ordem jurídica constitucional que protege o direito à vida e assegura o direito à integridade física e corporal, evidentemente também protege o direito à saúde”, pois “onde está não existe e não é assegurada, resta esvaziada a proteção prevista para a vida e integridade física” (SARLET, 2007, p. 2-3).

A partir da previsão constitucional, é publicada a Lei nº 8.080 de 1990 que regulamentou o Sistema Único de Saúde (SUS), determinando as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, assim como, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dando outras providências (BRASIL, 1990). O SUS é então definido como “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” (BRASIL, 1990a, artigo 4º).

Importante ressaltar que no texto original da Lei nº 8.080 não havia menção à prestação dos serviços de saúde aos Povos Indígenas, portanto, esta não era assegurada pelo Sistema Único de Saúde, cabendo à Fundação Serviços de Saúde Pública prestar a assistência de forma articulada com a Fundação Nacional do Índio (BRASIL, 1991a), até que, posteriormente, fosse instituída a Fundação Nacional de Saúde (BRASIL, 1991b).

A jurista Thaís Recoba ressalta que a atuação dos Povos Indígenas desde 1986, especificamente a partir da I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, e, portanto, antecedendo ao processo da Constituinte em 1987, foi marco decisivo para a propositura da universalização do direito à saúde ao mesmo tempo em que fosse assegurada a prestação específica e diferenciada, envolvendo “as comunidades indígenas em todas as etapas da política de saúde” (RECOBA, 2015, p. 50).

Em 1997, diante das omissões do Governo Federal em implementar uma política adequada de saúde, foram realizadas novas mobilizações das organizações indígenas com o acionamento do Ministério Público Federal para que se manifestasse a respeito. Em novembro do mesmo ano, em Audiência Pública para tratar da temática, concluiu-se que em decorrência dos avanços constitucionais a responsabilidade “pela atenção à saúde indígena era do Ministério da Saúde no âmbito federal, e que a recusa das instituições ligadas ao SUS em prestar esta assistência configurava ato ilícito passível de ser confrontado nas vias competentes” (CIMI, 2013, p.11).

Devido ao aumento das pressões foi editado o Decreto nº 3.156 (BRASIL, 1999a) estabelecendo que a saúde indígena seria prestada no âmbito do SUS. Em ato decorrente, aprovou-se a Lei nº 9.836 (BRASIL, 1999b), também conhecida como “Lei Arouca”, que acrescentou o Capítulo V à Lei 8.080 de 1990 e instituiu o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena como um componente do SUS (SASI-SUS), seguindo “diretrizes aprovadas na II Conferência Nacional de Saúde Indígena, que estavam engavetadas no Congresso Nacional desde 1994” (CIMI, 2013, p. 11). Assim como o SUS, o Subsistema deverá ser descentralizado, hierarquizado e regionalizado (BRASIL, 1990, artigo 19-G), tendo como base os 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), criados pela Portaria 852 de 1999,

como forma de aproximar as demandas dos Povos Indígenas ao órgão governamental.

O funcionamento do Subsistema deve ocorrer de forma integrada, cabendo à União, Estados e Municípios a função de financiá-lo (BRASIL, 1990, artigo 19-E). Ainda, conforme o artigo 19-D, cabe ao SUS promover “a articulação do Subsistema [...] com os órgãos responsáveis pela Política Indígena do País” (BRASIL, 1990), uma vez que, deve-se “obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global”, contemplando os aspectos como saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras e educação sanitária (BRASIL, 1990, artigo 19-F).

O movimento indígena permaneceu tensionando para que “a gestão da saúde indígena passasse às mãos de uma secretaria específica, diretamente vinculada ao Ministério da Saúde – demanda que foi atendida pela presidência da República no ano de 2010” (ISA. s.d), com a publicação da Lei nº 12.314 (BRASIL, 2010) que autorizou a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), substituindo a atuação da Fundação Nacional de Saúde. O órgão passou a ser responsável pelo processo de gestão do Subsistema e também a coordenar e executar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), instituída em 2002, desenvolvendo “ações de atenção integral à saúde indígena e educação em saúde, [...] observando as práticas de saúde tradicionais; e realizando ações de saneamento e edificações de saúde indígena” (inserido pela Lei nº 9.795 de 2019, artigo 40).

Ainda na esfera jurídico-normativa, é importante ressaltar que o Brasil é signatário de diversos Tratados Internacionais que versam sobre a proteção do direito à saúde e que são direcionados aos Povos Indígenas. A Convenção 169 sobre Povos Indígenas e Tribais da Organização Internacional do Trabalho (OIT) garante que o direito à saúde deverá ser uma das prioridades nos planos de desenvolvimento econômico global das regiões em que estão inseridos, e que para tanto deverá contar com a participação dos Povos interessados na “formulação, aplicação e avaliação dos planos e programas de desenvolvimento nacional e

regional suscetíveis de afetá-los diretamente” incluindo melhoria das condições de vida e do nível de saúde (OIT, 1989, artigo 7º). Aos Estados cabe a adoção de medidas de acordo com as tradições e culturas dos Povos interessados, a fim de lhes proporcionar seus direitos no que se refere à saúde e aos demais direitos derivados da Convenção, promovendo traduções escritas e utilizando os meios de comunicação de massa nas línguas maternas (OIT, 1989, artigos 25 e 30).

A Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas (ONU, 2007), por sua vez, destaca a fundamentalidade do direito de todos os Povos à autodeterminação, o qual é requisito para o livre desenvolvimento de acordo com seus usos e costumes, e reflete o disposto na Carta das Nações Unidas, no Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais e no Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos, assim como na Declaração e no Programa de Ação de Viena. Em seus artigos 21, 23, 24 e 29, a Declaração estipula que os Povos Indígenas têm direito, livres de qualquer discriminação, à melhora de suas condições econômicas e sociais, especialmente em áreas como a da saúde, sendo incluída a sua participação na elaboração de prioridades e estratégias para o exercício dos seus direitos; cabendo ao Estado signatário adotar medidas eficazes e medidas especiais para assegurar tal melhoria contínua. Também é assegurado o direito dos Povos Indígenas ao uso de seus medicamentos e de práticas tradicionais, assim como, de terem acesso a todos os serviços sociais e de saúde (ONU, 2007, artigo 24).

O Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais da ONU, em seu artigo 12, dispõe ser “direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental”, sendo de responsabilidade dos Estados Partes atuarem inclusive na prevenção e tratamento de doenças epidêmicas, endêmicas, profissionais e outras, (BRASIL, 1992); já a Convenção Internacional sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação Racial assegura o direito à saúde pública como um direito social, cabendo ao Estado Parte garantir tal direito em igualdade de condições perante a lei, sem distinção de raça, de cor ou de origem nacional ou étnica (BRASIL, 1969, artigo 5º, alínea “e”).

Como podemos perceber, a partir das lutas dos Povos indígenas em busca da efetivação do direito à saúde universal, atendendo às especificidades de cada Povo,

o Estado brasileiro promoveu alterações legislativas que se adequassem às demandas, bem como se responsabilizou perante a comunidade internacional. No entanto, as organizações e o movimento social indígena têm apontado negligências, omissões, atos contraditórios e prejudiciais perpetrados pelo atual governo, sinalizando para a possibilidade de instauração de crimes e de violações de direitos.

3. Povos indígenas no contexto da pandemia, uma aproximação

A primeira notificação de contágio por COVID-19 ocorreu na cidade de Wuhan, província de Hubei, na República Popular da China no final do ano de 2019. A doença se espalhou rapidamente e logo atingiu proporções continentais, sendo caracterizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como pandemia em 11 de março de 2020 (OPAS, 2020).

No Brasil, o primeiro caso noticiado de COVID-19 ocorreu no dia 26 de fevereiro de 2020, no Estado de São Paulo, tendo evoluído para 614.941 casos, com estimativa de taxas de letalidade de 5,5 % até a data de fechamento do presente estudo, em 05 de junho de 2020 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020a). Devido ao alto grau de contágio, em apenas quatro meses desde a data da primeira notificação, todos os Estados do país confirmaram casos da doença.

No que se refere aos Povos indígenas, embora a subnotificação seja uma possibilidade, o primeiro caso de contágio por COVID-19 noticiado data de 01 de abril de 2020. Trata-se de uma jovem de 20 anos do Povo Kokama no Amazonas, a mesma atua como Agente Indígena de Saúde e fora contagiada após contato com o médico da equipe multidisciplinar infectado (Agência Brasil, 2020). Por sua vez, o primeiro óbito noticiado entre os Povos indígenas data de 09 de abril de 2020. Trata-se de um jovem de apenas 15 anos de idade do Povo Yanomami em Roraima (EL PAIS, 2020).

De acordo com a SESAI, foram registrados 1.737 casos confirmados entre os Povos indígenas, acarretando em 70 óbitos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020b). No entanto, dados distintos têm sido apresentados por organizações indígenas, como a Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB)³, que em seu levantamento

³ A APIB é uma organização que representa os Povos indígenas no Brasil, conforme artigo 231 da CRFB/88, formada por representantes de organizações indígenas das cinco regiões do país:

apontou o total de 2.390 casos confirmados e 236 óbitos, atingindo 93 Povos, chegando a uma taxa de letalidade de 9,7% entre os Povos indígenas (QUARENTENA INDÍGENA, 2020).

Em 20 de março de 2020, a APIB através de nota reivindicou um Plano de Ações Emergenciais por parte do Estado brasileiro (APIB, 2020b). A nota é categórica ao requerer ações específicas e imediatas para a prevenção à infecção e propagação da pandemia que se espalhava rapidamente no Brasil. A condição atual dos Povos Indígenas, como segmento vulnerável - historicamente construído - e o perfil epidemiológico afetado drasticamente ao longo dos anos diante de epidemias e doenças infectocontagiosas, confere o tom das preocupações das lideranças, pesquisadores e indigenistas. Cabe destacar que a reivindicação da APIB está em consonância com o ordenamento jurídico contemporâneo sobre os direitos indígenas, em referência especial aqueles expressos nas diretrizes da PNASPI (2002).

A APIB também tem sinalizado para as subnotificações de casos, a falta de testagem, assim como a não contabilização de contágios e óbitos de indígenas que vivem em contexto urbano, o que pode indicar a existência de um número ainda maior de casos. No que se refere aos coletivos indígenas em contexto urbano “além de sofrerem com o descaso no atendimento, são vítimas de racismo institucional por parte da SESAI” (APIB, 2020a). O discurso institucional ganha, então, roupagens dicotômicas associadas a visão colonial e de senso comum de indígenas aldeados e não aldeados.

Esse tema já longamente debatido e superado no movimento social indígena tem referência normativa na própria Constituição. Ou seja, no que tange aos Povos Indígenas, a Constituição Federal (1988) tanto ampara (em nome do pluralismo enquanto respeito à diversidade) a atenção específica e diferenciada em saúde, quanto reconhece (em nome do princípio da igualdade) o seu direito de acesso aos serviços de saúde universal. Trata-se aqui, tanto do direito à igualdade, quanto do

Articulação dos Povos Indígenas do Nordeste, Minas Gerais e Espírito Santo (APOINME); Conselho do Povo Terena, Articulação dos Povos Indígenas do Sudeste (ARPINSUDESTE); Articulação dos Povos Indígenas do Sul (ARPINSUL); Grande Assembléia do povo Guarani (ATY GUASU); Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB); e, Comissão Guarani Yvyrupa. Ademais das informações coletadas junto às organizações indígenas, a APIB também se utiliza de dados da SESAI.

direito à diferença como princípios fundamentais, independente dos contextos fundiário e territorial.

Organizações indigenistas, como o Conselho Indigenista Missionário (CIMI), têm sinalizado que a atual situação de contágio pelo COVID-19 entre os Povos indígenas e o descaso por parte do Governo Federal deve ensejar a atenção da Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH)⁴. De acordo com o CIMI, não bastam medidas pontuais e isoladas, a histórica restrição de acesso às diferentes políticas públicas resultaram em contextos estruturalmente precários, dificultando a efetivação da PNASPI (2002). Dentre as condições para tal efetivação, tem-se a necessidade de criação de uma rede de serviços nas comunidades, de forma a superar as deficiências das estruturas físicas, logísticas, de cobertura, acesso e recepção plena do SUS para os Povos indígenas (PNASPI, 2002).

Essas condicionantes estão em diferentes estágios nos diferentes contextos territoriais no Brasil, revelando casos complexos que vão do atendimento médico irregular à falta de saneamento básico nas aldeias e de acesso à água potável. Da falta de Equipamentos de Proteção Individual para as equipes multidisciplinares nas aldeias à insuficiente estrutura organizacional dos Distritos Sanitários Especiais de Saúde Indígena (Dsei's), cuja atribuição de atenção básica não lhe confere condições de alta complexidade, de modo que respiradores e leitos de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) não estão imediatamente disponíveis à população indígena, sendo compartilhada com a população regional através do SUS, já bastante sobrecarregado. Existem contextos indígenas no Brasil, em especial na Amazônia Legal, em que o leito de UTI mais próximo pode estar à mais de 1.000 quilômetros de distância (INFOAMAZONIA, 2020).

Ademais, faz o contorno da incipiente política indigenista de saúde a falta de políticas públicas socioambientais consistentes que avancem na direção da soberania alimentar e nutricional, de fomento à autosuficiência indígena, especialmente em territórios indígenas não plenamente regularizados (CIMI, 2020). O CIMI menciona ainda, que apesar das medidas protetivas de isolamento social e

⁴O Brasil é signatário da Convenção Americana de Direitos Humanos, portanto, pode ser denunciado perante a CIDH e se submete ao caráter jurisdicional da Corte Interamericana de Direitos Humanos, podendo ser responsabilizado internacionalmente pelas ações ou omissões que violem os direitos dos Povos Indígenas (Decreto Legislativo nº 89, de 03 de dezembro de 1998).

barreiras sanitárias organizadas pelas lideranças indígenas e suas comunidades, o Ministério da Saúde ainda não apresentou um planejamento de combate contra o coronavírus nas aldeias, como, por exemplo, o atendimento às demandas de construção de hospitais de campanha e de testagens ampliadas (CIMI, 2020).

O organismo também destaca a gravidade do baixo investimento financeiro, considerando que apenas 33% das verbas emergenciais destinadas ao combate da COVID-19 foram aplicadas nas aldeias até o final do mês de maio de 2020, além da omissão por parte dos órgãos responsáveis sobre as queimadas e invasões nas Terras Indígenas, principalmente por madeireiros e garimpeiros⁵, que aumentam a exposição de comunidades indígenas em isolamento e pessoas não indígenas, potencialmente vetores de contaminação (CIMI, 2020).

Além desses desafios, referimos medidas oriundas dos Poderes Legislativo e Executivo, como o Projeto de Lei (PL) n° 2633/2020, que estabelece critérios simplificadores para a regularização fundiária de imóveis de até 06 módulos, sem a necessidade de vistoria prévia para a comprovação de ocupação (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2020), e a Instrução Normativa n° 09 expedida pela FUNAI, que permite que o órgão certifique limites de imóveis “e até mesmo de posses (ocupações sem escritura pública)”, dispondo que estas “não se sobrepõem apenas em relação à Terras Indígenas (TIs) homologadas por decreto do Presidente da República” (APIB, 2020c), afetando negativamente os 245 processos de regularização em curso (FUNAI, s.d.) e de mobilizações e reflexões coletivas de luta pela terra que não estão regularizadas completamente.

Observando que ambas as medidas foram expedidas no contexto de pandemia, talvez o momento de maior desafio aos Povos originários nos últimos anos, essas intencionalidades desvelam-se como a face do que o pesquisador Silvio Luiz de Almeida apresenta como racismo estrutural, presente em nossas instituições, cuja hermenêutica se expressa como parte de um processo social, histórico e político que elabora mecanismos para que pessoas ou grupos sejam

⁵ De acordo com o CIMI: “Na Terra Indígena Yanomami, estimativas do Fórum de Lideranças Yanomami e Ye'kwana dão conta de que 20 mil garimpeiros seguem operando lavras ilegais no interior do território, sendo hoje os principais vetores da doença entre a população indígena que ainda conta com grupos em situação de isolamento voluntário e secularmente alvo de epidemias levadas de forma deliberada por invasores” (CIMI, 2020b).

sistematicamente alijados (ALMEIDA, 2018), conjugando-se em última instância como práticas etnocidas no contexto indígena.

De acordo com o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010, o Brasil comporta uma diversidade de 305 Povos⁶ Indígenas falantes de mais de 274 línguas, distribuídos em todas as regiões do território nacional. No mesmo censo, tínhamos 896.917 pessoas declaradas indígenas, cerca de 0,47% da população total do país, destes, 324.834 vivem em cidades e 572.083 em áreas rurais (IBGE, 2010).

No contexto da região Sul do país, território ancestral dos Povos originários Kaingang, Laklãnõ Xokleng, Xetá, Charrua, Mbyá Guarani, Guarani Xiripá, Guarani Nhandeva e Avá-Guarani. Conforme o IBGE (2010), são identificadas 74.945 pessoas indígenas, divididas em mais de 70 parcelas territoriais, sendo 32.989 pessoas indígenas no Rio Grande do Sul; 16.041 pessoas indígenas em Santa Catarina e 25.915 pessoas indígenas no Paraná, perfazendo um total de aproximadamente 15 mil famílias.

Esses coletivos indígenas resistiram ao violento processo de extermínio e esbulho territorial vinculados à colonização, e se reconhecem em continuidade histórica e cultural com matrizes étnicas pré-colombianas, que em seu protagonismo conquistaram junto ao Estado brasileiro o reconhecimento de parcelas territoriais na forma de TIs. As parcelas territoriais reconhecidas pelo Estado brasileiro oficialmente a partir das primeiras décadas do século XX representam a possibilidade de manutenção de seus modos de vida e são referência material e simbólica de sua historicidade, territorialidade e humanidade.

No contexto da Região Sul se apresentam de formas diminutas, em alguns cenários com alto grau de degradação ambiental, levados a cabo pelos sucessivos usos coloniais e projetos de desenvolvimento regional, não sendo essas suficientemente capazes de garantirem plenamente a autonomia socioeconômica dos coletivos indígenas, e, estando os territórios nas zonas de fronteiras com cidades, latifúndios, hidrelétricas, Rodovias, lavouras e demais elementos do

⁶ Importante ressaltar que dados atuais oriundos da SESAI, a partir do Plano Distrital de Saúde Indígena referente ao quadriênio de 2020 a 2023, apontam a existência de 416 etnias, situadas em 6.238 aldeias as quais são atendidas por 1.199 Unidades Básicas de Saúde Indígena (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020a).

chamado “processo civilizatório”, se configurou um intenso e necessário circuito de trocas que extrapolam os limites das TIs. Sejam a partir de atividades vinculadas ao sistema de produção e comercialização do artesanato tradicional ou na prestação de serviços sazonais em colheitas e plantios de diferentes culturas fora das TIs, em trabalhos assalariados na cadeia agroindustrial da carne, entre outros.

Portanto, são inúmeras as atividades que têm na mobilidade e no deslocamento aos centros urbanos e regiões de plantio uma condição colocada pela contingência histórica. Por ocasião da crise sanitária que estamos vivenciando, as diferentes atividades socioeconômicas dos coletivos indígenas foram afetadas. Algumas dessas atividades distantes centenas de quilômetros das comunidades e em diversos casos submetidos a péssimas condições de trabalho. Não é por acaso que os primeiros surtos de contágios entre os indígenas na região deu-se a partir de trabalhadores indígenas (ALERGS, 2020).

As circunstâncias estabelecidas em decorrência da pandemia de COVID-19 e as medidas de prevenção e propagação, muito bem executadas pelas lideranças e suas comunidades, embora essenciais, impactam significativamente a circulação de capital e mercadorias dentro das comunidades, implicando na iminência de carência material e situação real de insegurança alimentar e nutricional. Esse cenário é ampliado em relação aos coletivos que se mobilizam pela regularização fundiária.

A morosidade do Estado brasileiro em efetivar o direito territorial, conforme artigo 67 (CRFB/88 – Ato das Disposições Constitucionais Transitórias), configura contextos de extrema exposição aos efeitos da pandemia, para fins de ilustração, no Rio Grande do Sul, de acordo com o relatório de violência contra os Povos indígenas no Brasil, produzido pelo CIMI em 2018, são 38 parcelas territoriais em pleito pelos coletivos indígenas que estão sem qualquer tipo de providência por parte do Estado brasileiro, esses coletivos estão ocupando diferentes espaços, seja na beira de BRs, áreas públicas, unidades de conservação ou em contextos urbanos etc., com uma tônica em comum na precarização nas estruturas habitacionais, sanitárias e restrição de acesso à políticas públicas, tendo reiteradamente seus direitos como Povos originários lesados e agora atravessados pela crise sanitária.

No dia 18 de março de 2020, o presidente do Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI- Interior Sul), manifestou-se através de nota endereçada às

lideranças e aos órgãos públicos que se relacionam com a política indigenista, solicitando ações de prevenção à propagação do COVID-19. Entre as orientações para as lideranças estavam o isolamento social, com especial cuidado aos anciãos e as crianças e a construção de barreiras sanitárias nas comunidades indígenas, ao Poder Público, por sua vez, cobrou-se o incremento orçamentário nos órgãos que executam a política indigenista de saúde e aos órgãos que executam a política indigenista de segurança alimentar e nutricional e assistência social.

O fato do COVID-19 estar se apresentando proporcionalmente mais letal entre os Povos Indígenas, têm trazido uma especial preocupação com os anciãos entre as lideranças, uma vez que estes se enquadram no chamado grupo de risco da população em geral. Aos Povos indígenas, sobretudo esse fato se revela catastrófico. Os anciãos representam a esses coletivos fundamentalmente a conexão e atualização da sua existência enquanto Povos indígenas que se reconhecem como em continuidade com seu passado milenar, princípios e valores como matrizes originárias. Acrescenta-se a esse cenário uma taxa de morbidade elevada associada a doenças crônicas, como diabetes, hipertensão, pressão alta entre outros fatores de risco que conferem um alto grau de complicação em eventual contágio.

4. Considerações finais

A partir das reflexões feitas, entende-se que embora tenhamos a sinalização de avanços importantes no âmbito normativo, a realidade demonstra que a efetivação de tais direitos é permeada de desafios e vicissitudes que remontam à colonização, as quais desdobradas se expressam a partir de relações de poderes assimétricas e genocidas, e no presente conjugam-se na forma do que o Sociólogo Anibal Quijano denominou de *paradigma da colonialidade* (1992, p.438-439).

O conceito de colonialidade remete ao fenômeno da subordinação imposto pelo empreendimento colonial, através da violência e espoliação de territórios e territorialidades pré-existentes, para muito além das formas de imposição e de dominação política e econômica exercidas pelos atuais Estados independentes sobre as populações étnica e culturalmente diferenciadas que resistiram e resistem em seus territórios. Para Quijano a expressão “colonialidade” encerra o próprio

paradigma das relações de dominação constitutivas da modernidade a partir da expansão europeia no século XVI, a qual segue vigente (1992 *in* LACERDA, 2015, p.313).

Dito de outra forma, a colonialidade do poder está se referindo as relações que não estão reduzidas à presença do colonialismo formal, mas que ainda reproduzem relações sociais hierárquicas de exploração e dominação construídas durante a expansão colonial europeia e que se aprofunda no capitalismo globalizado. Uma perspectiva de conhecimento que se torna mundialmente hegemônica, uma vez que coloniza e se sobrepõe às demais, e que tem se mostrado mais profunda e duradoura que o colonialismo (QUIJANO, 2005). Assim, e em forma de violência epistêmica, se materializa como tentativa de colonizar as diferentes lógicas que fundam outras sociedades e, nesse caso, as alteridades ameríndias. Perspectiva corrente na lógica integracionista e racista presente na máxima: “*cada vez mais o índio é um ser humano igual nós*” (G1, 2020, grifo nosso).

Esses aspectos se acirram em períodos críticos, como é o caso da atual crise sanitária em curso, a qual têm evidenciado as mazelas da desigualdade no Brasil e amplificado radicalmente a condição dos Povos Indígenas como segmento vulnerável, condição esta, que, construída através da violência, se apresenta como um dos estigmas do processo atroz de invasão.

Referências

- AGÊNCIA BRASIL. “Agente de saúde é a primeira indígena a ter coronavírus confirmado”. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-04/agente-de-saude-e-primeira-indigena-ter-coronavirus-confirmado>>.
- ALERGS. “Audiência trata das dificuldades dos povos indígenas durante a pandemia de Covid-19”. Disponível em: <<http://www.al.rs.gov.br/radioassembleia/Detalhes/tabid/758/Default.aspx?IdMateria=18590>>. 2020.
- APIB.#15 Mês de abril marcou o crescimento da pandemia entre indígenas no Brasil. **APIB online**. 09 de mai. 2020a. Disponível em: <<http://apib.info/2020/05/09/15-mes-de-abril-marcou-o-crescimento-da-pandemia-entre-indigenas-no-brasil/>>.
- _____. Nota da APIB: Governo deve apresentar plano de prevenção e atendimento para evitar riscos de contaminação de Coronavírus nos territórios indígenas. **APIB online**. 20 de mar. de 2020b. Disponível em: <<http://apib.info/2020/03/20/governo-deve-apresentar-plano-de-prevencao-e-atendimento-para-evitar-riscos-de-contaminacao-de-coronavirus-nos-territorios-indigenas/>>.

_____. Conselho Terena aciona MPF contra Instrução Normativa n. 9 da Funai. **APIB online**. 29 de mai. de 2020c. Disponível em: <<http://apib.info/2020/05/29/conselho-terena-aciona-mpf-contrainstrucao-normativa-n-9-da-funai/>>.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>.

_____. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>.

_____. Decreto nº 23, de 4 de fevereiro de 1991a. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1991/decreto-23-4-fevereiro-1991-342597-publicacaooriginal-1-pe.html>>.

_____. Decreto nº 100, de 16 de abril de 1991b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D0100.htm>.

_____. Decreto nº 591, de 6 de julho de 1992. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0591.htm>.

_____. Decreto nº 3.156, de 27 de agosto de 1999a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3156.htm>.

_____. Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9836.htm>.

_____. Lei nº 12.314, de 19 de agosto de 2010. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Lei/L12314.htm>.

_____. Lei nº 9.795, de 17 de maio de 2019. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9795.htm>.

_____. Decreto nº 65.810, de 8 de dezembro de 1969. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1950-1969/D65810.html>.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. Projeto de Lei nº 2633 de 2020. Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/propostas-legislativas/2252589>>.

CIMI. **A Política de Atenção à Saúde Indígena no Brasil: breve recuperação histórica sobre a política de assistência à saúde nas comunidades indígenas**. 2013. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf>.

_____. Mortes por covid-19 entre indígenas precisam virar assunto para a Comissão Interamericana de Direitos Humanos. **CIMI online**. 2020. Disponível em: <<https://cimi.org.br/2020/06/mortes-por-covid-19-entre-indigenas-precisam-virar-assunto-para-a-comissao-interamericana-de-direitos-humanos/>>.

EL PAÍS. “Yanomami de 15 anos morre vítima do coronavírus em Roraima”. Disponível em: <<https://brasil.elpais.com/brasil/2020-04-10/yanomami-de-15-anos-morre-vitima-do-coronavirus-em-roraima.html>>.

FUNAI. Modalidades de Terras Indígenas. Disponível em: <<http://www.funai.gov.br/index.php/indios-no-brasil/terras-indigenas>>.

IBGE. Estudos Especiais - Os Indígenas no Censo Demográfico 2010. Disponível em: <<https://indigenas.ibge.gov.br/estudos-especiais-3.html>>.

INFOAMAZONIA. “Distantes de UTIs e respiradores, indígenas da Amazônia tentam se blindar do vírus”. Disponível em: <<https://infoamazonia.org/pt/2020/05/distantes-de-utis-e-respiradores-indigenas-da-amazonia-tentam-se-blindar-do-virus/#!/story=post-51141&loc=-0.12497150000000676,-407.26204956249995,7>>.

ISA. "Quem São?". 2018. Disponível em: <https://pib.socioambiental.org/pt/Quem_s%C3%A3o>.

_____. "Saúde Indígena". Disponível em: <https://pib.socioambiental.org/pt/Sa%C3%BAde_Ind%C3%ADgena>.

G1. 'Cada vez mais, o índio é um ser humano igual a nós', diz Bolsonaro em transmissão nas redes sociais. **G1 online**. 24 de jan. de 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/01/24/cada-vez-mais-o-indio-e-um-ser-humano-igual-a-nos-diz-bolsonaro-em-transmissao-nas-redes-sociais.ghtml>>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. "Sobre a SESAI - Plano Distrital de Saúde Indígena - quadriênio de 2020 - 2023". Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/saude-indigena/sobre-a-sesai>>.

_____. COVID-19 Painel Coronavírus – atualizado em: 05 de jun. de 2020. 2020a. Disponível em: <<https://covid.saude.gov.br/>>.

_____. Boletim Epidemiológico da SESAI - COVID-19. 2020b. Disponível em: <<https://saudeindigena.saude.gov.br/>>.

OIT. Convenção 169 sobre Povos Indígenas e Tribais em Países Independentes, 07 de junho de 1989. Disponível em: <https://www.ilo.org/brasilia/convencoes/WCMS_236247/lang--pt/index.htm>.

ONU. Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas de 13 de setembro de 2007. Disponível em: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/portugues/BDL/Declaracao_das_Nacoes_Unidas_sobre_os_Direitos_dos_Povos_Indigenas.pdf>.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde – Organização Mundial de Saúde. Folha informativa – COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus). 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875#historico>.

QUARENTENA INDÍGENA. Atualização de Casos Indígena. Disponível em: <<http://quarentenaindigena.info/casos-indigenas/>>.

RECOBA, Thaís Campodonico. **Povos indígenas: desafios e possibilidades ao direito de participação em políticas de saúde**. 2015. 174f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015. Disponível em: <<http://repositorio.pucrs.br/dspace/handle/10923/7647>>.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Algumas Considerações em Torno do Conteúdo, Eficácia e Efetividade do Direito à Saúde na Constituição de 1988**. Bahia: Rev. Direito do Estado, nº 11, set./out./nov. de 2007.

QUIJANO, Aníbal. Colonialidad y modernidad-racionalidad. *in*: BONILLA, Heraclio (Comp.). **Los Conquistados: 1492 y la población indígena de las Américas**. Ecuador: Libri Mundi, Tercer Mundo Eds., 1992, p.438-439.

_____. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina *in*: **A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais**. Perspectivas latino-americanas. Edgardo Landier (org). Colección Sur Sur, CLACSO, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. setembro 2005. pp. 227-278.

LACERDA, Rosane Freire. Pluralismo e descolonização em saúde indígena no Brasil: contribuições e desafios da Convenção n. 169 da OIT. *in*: **Convenção n. 169 da OIT e os Estados Nacionais**. Organizadora: Deborah Duprat. - Brasília: ESMPU, 2015, p. 348.

KRENAK, Ailton. *in*: "ÍNDIO CIDADÃO?". Direção: Rodrigo Siqueira. Brasília-DF. 2014, 52 min.