

Parte II — Narrativas sobre populações vulnerabilizadas

9. Pandemia de Covid-19 e os povos indígenas no Brasil: cenários sociopolíticos e epidemiológicos

Ana Lucia de Moura Pontes
Andrey Moreira Cardoso
Leonardo S. Bastos
Ricardo Ventura Santos

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

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>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Pandemia de Covid-19 e os Povos Indígenas no Brasil: cenários sociopolíticos e epidemiológicos¹

Ana Lucia de Moura Pontes, Andrey Moreira Cardoso,
Leonardo S. Bastos e Ricardo Ventura Santos

Na progressão da pandemia de Covid-19 no Brasil, seus impactos têm sido bastante desiguais entre segmentos populacionais, especialmente para aqueles em extrema vulnerabilidade socioeconômica. Particularmente alarmante tem sido a situação dos povos indígenas, o que levou diversas entidades nacionais e estrangeiras a emitirem notas técnicas e informes alertando para a necessidade de medidas governamentais específicas para retardar a disseminação da doença e minimizar seus impactos nesse segmento da população (Santos *et al.*, 2020).

Segundo o Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010, a população indígena no Brasil totaliza aproximadamente 900 mil pessoas, constituindo 305 povos, falantes de 274 línguas indígenas. Ainda que constituam apenas 0,4% da população nacional, trata-se de uma das mais expressivas sociodiversidades nativas da América Latina. Em 2010, 572 mil (63,8%) das pessoas que se declararam indígenas no censo demográfico residiam em áreas rurais, das quais 517 mil em terras indígenas reconhecidas pelo governo federal. Uma parcela expressiva da população indígena, pouco conhecida do ponto de vista de indicadores socioeconômicos e sanitários, vive em áreas urbanas, havendo evidências de significativas desigualdades em relação à população brasileira em geral (IBGE, 2012; Santos *et al.*, 2019).

A questão da vulnerabilidade socioeconômica e sanitária dos povos indígenas no Brasil tem sido destacada em inúmeras análises, que têm apontado para, em comparação à população nacional, indicadores socioeconômicos e de saúde desfavoráveis (Coimbra *et al.*, 2013). Estudos com dados do IBGE e de outras agências governamentais eviden-

¹ Este texto resulta de projeto de pesquisa apoiada pelo Wellcome Trust (Financiamento 203486/Z/16/Z).

ciaram a fragilidade das condições de saneamento nas terras indígenas e a carência da infraestrutura em saúde nas regiões do país com maior concentração dessas terras (Azevedo *et al.*, 2020). Esses diversos níveis de expressão de desigualdades em saúde e de marginalização são observados em distintas regiões do mundo (Anderson *et al.*, 2016).

Mesmo no período anterior à pandemia de Covid-19, as infecções respiratórias agudas já se situavam entre as principais causas de morbidade e mortalidade em populações indígenas no Brasil, afetando sobretudo o segmento infantil (Farias *et al.*, 2019). Ademais, a introdução de vírus respiratórios em comunidades indígenas apresenta elevado potencial de espalhamento, resultando em altas taxas de internação e com potencial de causar óbitos (Cardoso *et al.*, 2019). Nesse cenário, a gravidade da exposição dos povos indígenas ao novo coronavírus se potencializa nas múltiplas adversidades relacionadas ao violento contato interétnico e devido às crescentes violações de direitos, ameaças e invasões dos seus territórios (Apib, 2020).

A dinâmica de transmissão da Covid-19 em território nacional ao longo dos meses resultou em acelerado incremento da proporção da população indígena em situação de alto risco imediato para epidemia, tanto em zonas urbanas quanto em zonas rurais. Atingiu inclusive áreas de ocupação de povos isolados e de recente contato. Atualmente, a epidemia afeta mais da metade dos 305 povos indígenas, com cerca de 800 óbitos e mais de 40 mil casos confirmados (Apib, 2020).

Desde os primeiros alertas da disseminação do Sars-CoV-2 em território nacional, diversas comunidades e organizações indígenas têm adotado estratégias de autoproteção, como o isolamento voluntário, a redução da circulação de pessoas das aldeias para os centros urbanos, a produção e disseminação de materiais educativos e a organização de campanhas para garantir a segurança alimentar das famílias indígenas. Essas ações são entendidas como complementares às medidas governamentais, que devem garantir o direito à saúde dos povos indígenas.

CENÁRIOS DAS AÇÕES GOVERNAMENTAIS E A MOBILIZAÇÃO INDÍGENA

De forma proeminente, a pandemia evidenciou as deficiências do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do Sistema Único de Saúde (Sasi-SUS)² e a sua frágil articulação com os demais níveis de complexidade da rede SUS. Transcorridos oito meses

² O Subsistema de Saúde Indígena (Sasi-SUS) foi criado em 1999 pela lei 9.836, com vistas a prover atenção primária a saúde aos povos indígenas, de maneira diferenciada e articulada com a rede SUS, e é organizado a partir de 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs). Sua gestão em nível federal é feita pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai), vinculada ao Ministério da Saúde.

desde os primeiros casos no país, a resposta governamental permanece em discussão, no âmbito judiciário, em particular por meio da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 709 (ADPF 709), enquanto, na esfera legislativa, foi aprovada a lei 14.021/2020, ainda não plenamente implementada. Ambas as iniciativas foram impulsionadas por lideranças e movimentos indígenas.

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.

A proposição e implementação de um plano operacional para enfrentamento da Covid-19 direcionado aos povos indígenas foi um tema candente ao longo de 2020. Em 13 de março a Sesai divulgou o Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo Novo Coronavírus (Covid-19) em Povos Indígenas – Versão Preliminar (Brasil, 2020a). Tal plano apresentava poucas adequações às realidades dos povos indígenas e às características do Sasi-SUS, além de não conter indicações detalhadas quanto ao planejamento de ações. Em decorrência, verificaram-se falta de clareza acerca das normativas e insuficiente agilidade na organização dos fluxos assistenciais nos DSEIs. O plano de março de 2020, desde então, não foi atualizado pela Sesai, ainda que os 34 DSEIs tenham formulado seus próprios planos distritais, que no conjunto se mostraram bastante heterogêneos.

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.

Diante desse cenário, as lideranças e organizações indígenas desenvolveram diversas estratégias para pressionar a União. A Frente Parlamentar Mista em Defesa dos Povos Indígenas (FPM DPI), liderada pela deputada federal Joenia Wapichana, desencadeou várias iniciativas, como a Proposta de Fiscalização e Controle (PFC) para monitoramento das ações governamentais e manifestações dirigidas à Organização Mundial da Saúde sobre a situação dos povos indígenas. Destaque deve ser dado à formulação do projeto de lei 1.142, que propõe medidas específicas de proteção e enfrentamento da Covid-19 no contexto dos povos indígenas, quilombolas e outras comunidades tradicionais. O projeto de lei foi apresentado na Câmara dos Deputados em março de 2020 e, após intensa tramitação, sancionado pelo presidente da República, em julho, como a lei 14.021. Apesar das alterações e vetos que sofreu, é um projeto robusto, que estabelece amplo leque de medidas necessárias para o enfrentamento da pandemia, relacionadas, entre outras dimensões, a insumos para prevenção e assistência, proteção territorial, protocolos sanitários e segurança alimentar. A lei está direcionada a ações para um conjunto amplo de populações vulneráveis, incluindo indígenas isolados e de recente contato, indígenas aldeados, indígenas que vivem fora das terras indígenas, quilombolas, pescadores artesanais e outros povos e comunidades tradicionais. Trata também de mecanismos financeiros para essas ações, da obrigatoriedade do registro da variável cor ou raça nos sistemas de informação e da integração das informações geradas entre o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (Siasi) e demais sistemas de informação do Ministério da Saúde.

A outra estratégia transcorre no âmbito do Supremo Tribunal Federal (STF), por meio da ADPF 709 movida pela Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (Apib), que questiona a omissão do Estado e o agravamento da situação da pandemia nas populações indígenas. Essa ação é considerada um marco histórico, pois pela primeira vez foi reconhecida a legitimidade dos indígenas para entrar com ação jurídica nessa instância do judiciário (Eloy, 2020). Nos autos da ADPF 709, o ministro relator Luís

Roberto Barroso determinou, em 8 de julho, que a União tomasse providências com vistas ao enfrentamento da pandemia em diversas frentes. Entre elas, a criação de barreiras sanitárias e a implantação de uma sala de situação para discutir, planejar e monitorar a proteção dos povos indígenas isolados e de recente contato; a elaboração de um plano para a desintrusão de invasores das terras indígenas; a extensão do Sasi-SUS aos povos aldeados situados em terras não homologadas e a indígenas residentes em áreas urbanas que enfrentam barreiras no acesso ao SUS; e a elaboração e monitoramento de um plano de enfrentamento da Covid-19 pela União, com participação indígena, do Conselho Nacional de Direitos Humanos (CNDH), do Ministério Público Federal (MPF), da Defensoria Pública da União (DPU) e de consultores especializados indicados pela Apib, particularmente da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e do GT de Saúde Indígena da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco).

No mês de outubro, o STF homologou parcialmente o Plano de Barreiras Sanitárias e solicitou a manutenção das reuniões da sala de situação para proteção dos povos isolados e de recente contato. Por sua vez, após duas reformulações coordenadas pelo Ministério da Mulher, da Família e do Direitos Humanos, o chamado Plano de Enfrentamento e Monitoramento da Covid-19 para Povos Indígenas Brasileiros pela União não foi aprovado. Em decorrência, o STF determinou nova elaboração, agora coordenada pelo Ministério da Justiça, com previsão de entrega no fim de novembro. Cabe indicar que, apesar de o Plano da União ainda não ter sido homologado, já houve alguns avanços, tais como a reativação do Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais; a elaboração de protocolos sanitários para entrada de profissionais da saúde em territórios indígenas; atualizações de informes técnicos da Sesai; disponibilização parcial de dados sobre a Covid-19 a partir do Siasi; o reconhecimento pela Sesai de que seu monitoramento de óbitos pela Covid-19 cobre apenas uma parcela dos casos efetivamente observados na população indígena no país; e a inclusão dos indígenas como grupo prioritário no Plano Nacional de Imunização da Covid-19.

EXPLICITANDO AS DESIGUALDADES: ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA COVID-19 NA POPULAÇÃO INDÍGENA

Os dados oficiais sobre a ocorrência de casos e óbitos por Covid-19 na população indígena, tal como para a população brasileira em geral, provêm do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) – que inclui o Sistema de Informação de Vigilância da Gripe (Sivep-Gripe) e o e-SUS Notifica – e do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), que utilizam a variável cor ou raça. Além desses, há o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (Siasi), restrito à população indígena atendida pelo Sasi-

SUS, basicamente residente em áreas rurais. Em princípio, os eventos de interesse em saúde de notificação compulsória identificados no Sasi-SUS, como é o caso da Covid-19, alimentam os sistemas de informação universais (Sivep-Gripe, e-SUS e SIM), salvo no caso de falhas potenciais no processo de notificação. Dessa forma, limitações da qualidade, comparabilidade, complementaridade, oportunidade e transparência dos dados desses sistemas de informação dificultam a análise mais fidedigna da situação da Covid-19 na população indígena em âmbito nacional.

Ressalta-se que a base de dados do Siasi é de acesso restrito, ao contrário das demais bases mencionadas, o que limita o potencial de análises comparativas. Os dados do Siasi têm sido disponibilizados somente de forma agregada por meio dos informes e boletins epidemiológicos, de modo que não é possível a condução de análises outras que não aquelas apresentadas oficialmente.

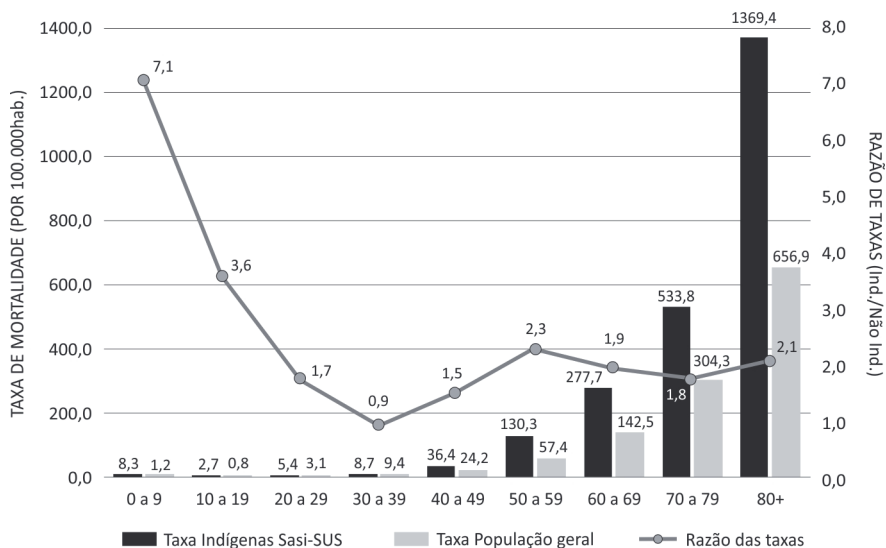
A partir da divulgação dos casos e óbitos por Covid-19 pela Sesai, as lideranças indígenas começaram a alertar que tais estatísticas poderiam ser parciais. Em decorrência, as organizações indígenas se organizaram para realizar um monitoramento participativo próprio, através da plataforma Emergência Indígena ([Apib, 2020](#)). A disparidade entre os dados oficiais e os informados pela Apib, amplamente discutida, foi argumento fundamental na justificativa do requerimento que subsidiou a ADPF 709. Outro ponto de disputas se refere à gravidade da Covid-19 em povos indígenas, expressa pelas taxas de mortalidade e letalidade. O governo tem apontado que as taxas seriam inferiores às daquelas da população geral, mas organizações indígenas e pesquisadores têm apresentado questionamentos acerca deste importante ponto, ressaltando a necessidade de análises além daquelas reportadas pela Sesai.

Uma forma de evidenciar potenciais desigualdades no impacto da pandemia entre os indígenas assistidos pelo Sasi-SUS e a população geral é a comparação entre as taxas de mortalidade específicas por idade reportadas pela Sesai, a partir do Siasi, e aquelas obtidas para a população geral, a partir do Sivep-Gripe.³ Como pode ser visto no Gráfico 1, essa análise aponta para taxas de mortalidade superiores em pelo menos 50% nos indígenas em praticamente todas as faixas etárias. Os diferenciais de mortalidade entre indígenas e a população geral tendem a ser mais expressivos nos extremos de idade, com destaque para os grupos de 0 e 9 anos (razão de taxas: 7,1), de 10 a 19 anos (razão de taxas: 3,6), de 50 a 59 (razão de taxas: 2,3) e de 80 anos ou mais (razão de taxas: 2,1), que atinge a alarmante taxa de mortalidade de 1.369,4 óbitos por 100 mil habitantes.⁴

³ O *Informe Epidemiológico 17*, publicado pela Sesai, apresenta dados sobre a Covid-19 até a Semana Epidemiológica (SE) 35 (29/08/2020) (Brasil, 2020b). Com os dados disponibilizados nesse informe, foi possível recompor a população indígena por grupos etários correspondentes àqueles apresentados nas projeções do IBGE para a população geral em 2020, permitindo estimar taxas de mortalidade específicas por idade e Covid-19 minimamente comparáveis às da população geral, obtidas a partir do Sivep-Gripe. Em decorrência de atrasos na confirmação laboratorial de casos que, em geral, chegam a um mês, considera-se adequado para o cálculo da taxa de mortalidade por Covid-19, ainda que existam limitações metodológicas, excluir da base de dados do Sivep-Gripe as observações (óbitos) relativas às últimas quatro semanas da série histórica, a fim de minimizar possível viés. Dessa forma, para as análises aqui apresentadas, utilizaram-se dados da população geral brasileira disponibilizados na SE 40, descartando-se as observações cuja data de início dos sintomas era posterior à SE 35 (30/08/2020). Como não era possível aplicar o mesmo procedimento aos dados do *Informe Epidemiológico 22* (SE 40) da Sesai (pela indisponibilidade da data de início dos sintomas), optou-se por utilizar para esta comparação os dados indígenas publicados no *Informe Epidemiológico 17* da Sesai, relativo à SE 35. Embora essa diferença metodológica no tratamento dos dados indígenas e população geral possa implicar alguma limitação na comparação de taxas e interpretação das razões de taxas, adotou-se a opção metodológica mais conservadora. Tendo em vista que o atraso de notificação atenua as taxas de incidência e mortalidade por Covid-19, se as taxas de mortalidade indígena tivessem sido corrigidas da mesma forma que foram as da população geral, as primeiras seriam ainda mais elevadas, resultando em razões de taxas também mais elevadas, isto é, taxas indígenas e não indígenas mais discrepantes do que o observado.

⁴ Neste texto apresentamos comparações de dados de indígenas com a população brasileira em geral, cabendo destacar a importância de análises desagregadas segundo categorias de cor ou raça. Como em outros desfechos em saúde, há evidências de significativas desigualdades de mortalidade por Covid-19 segundo cor ou raça no Brasil (Araújo & Caldwell, 2020; Baqui *et al.*, 2020), o que se relaciona a uma multiplicidade de fatores sociopolíticos e econômicos, inclusive relacionados a acesso aos serviços de saúde.

Gráfico I – Taxas de mortalidade específicas por síndrome respiratória aguda grave decorrente de Covid-19 (Srag-Covid) e faixa etária, na população geral brasileira e nos indígenas atendidos pelos Subsistema de Atenção à Saúde Indígena – Brasil, 2020



Fontes

População geral: projeção de população do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), disponível no Datasus <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/projpopuf.def>>;

Óbitos por Srag: Sivep-Gripe. Indígenas: óbitos em indígenas e taxas de mortalidade específicas por faixa etária disponibilizadas no *Informe Epidemiológico 17* da Secretaria de Saúde Indígena do Ministério da Saúde <<https://saudeindigena1.websiteseguro.com/coronavirus/pdf/Informe%20Epidemiologico%20SE%2035%20-%20SESAI%20COVID%2019%20-%20F.pdf>>.

Nota: Dados acumulados até a Semana Epidemiológica 35.

Uma alternativa para superar algumas das mencionadas limitações na comparação das taxas de mortalidade oriundas de diferentes fontes de dados (Siasi e Sivep-Gripe) é utilizar dados sobre indígenas e não indígenas oriundos de uma mesma base de dados, no caso o Sivep-Gripe. Essa opção permite uma análise mais robusta dos casos graves de Covid-19 – síndrome respiratória aguda grave (Srag) – no país e dos óbitos por Srag-Covid-19. Por outro lado, persistem limitações de comparabilidade em relação aos dados oficiais da Sesai, na medida em que esta incorpora as notificações de Srag e óbitos por Srag na totalidade dos indígenas no país, incluindo uma parcela adicional de cerca de 20% da população indígena total, que vive majoritariamente em cidades ou em territórios não homologados.

No Gráfico 2 são apresentadas as frequências de casos de hospitalização e óbitos por Srag-Covid-19 notificados por semana epidemiológica (SE), da SE 8 à SE 35, no Sivep-Gripe no Brasil e regiões, para indígenas e não indígenas. Verifica-se que as frequências de hospitalizações e óbitos em indígenas apresentam padrões similares aos de não indígenas no Brasil e nas respectivas regiões de residência, assim como uma sequência cronológica na ocorrência de hospitalizações e óbitos que espelha o padrão de disseminação e interiorização da pandemia de Covid-19 no país. Tanto em indígenas quanto em não indígenas, o registro de casos e óbitos teve início nas regiões Sudeste e Norte, seguidas pelo Nordeste, Centro-Oeste e Sul. Verifica-se uma frequência mais expressiva de casos e óbitos em indígenas na região Norte e, particularmente, na região Centro-Oeste.

Gráfico 2 – Frequência de internações e óbitos por síndrome respiratória aguda grave decorrente de Covid-19 (Srag-Covid) por semana epidemiológica, em indígenas e não indígenas – Brasil e regiões, 2020, SE 8 a SE 35

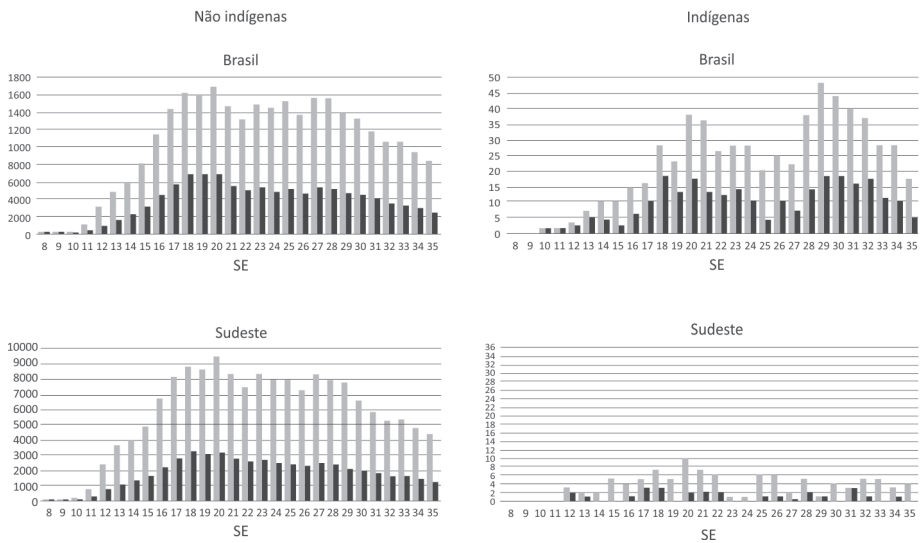
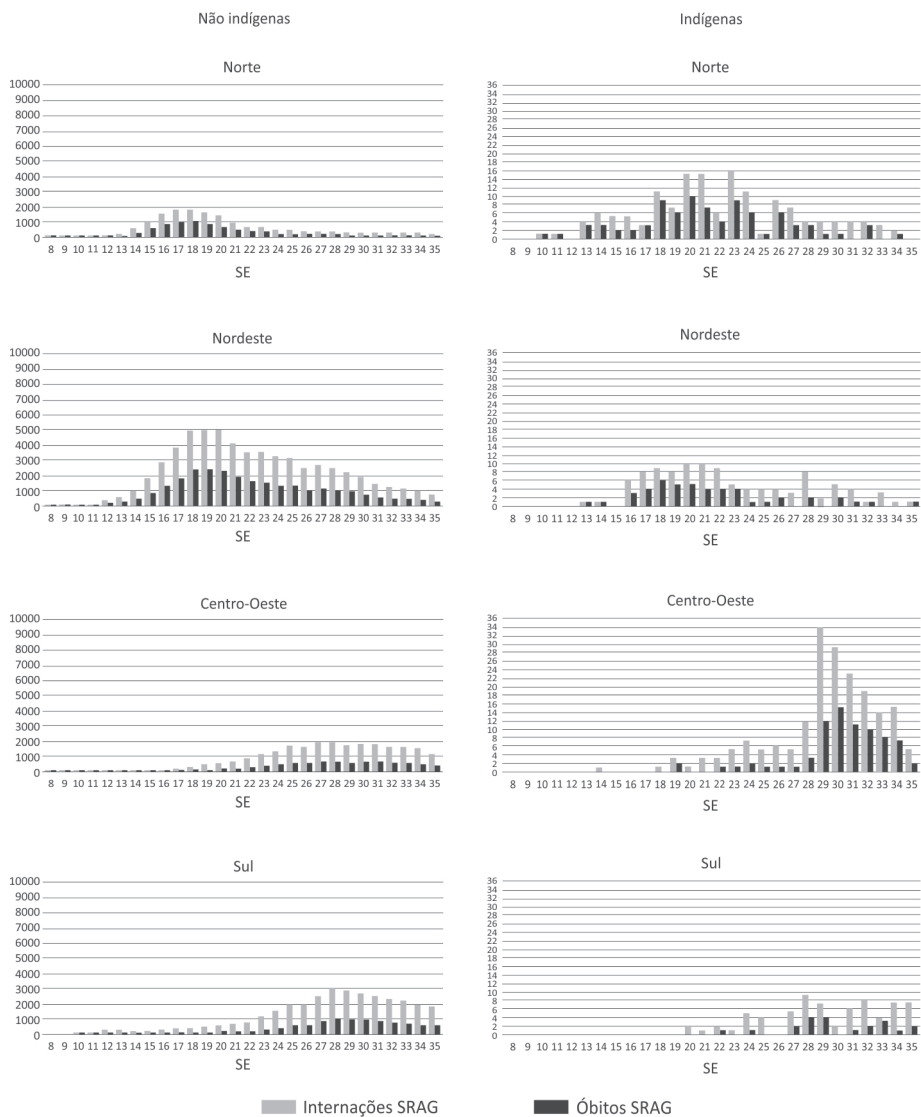


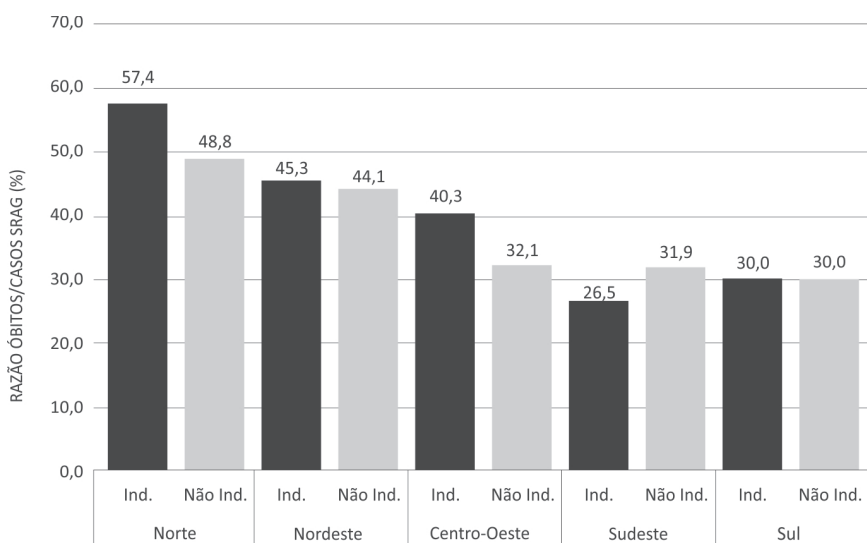
Gráfico 2 – Frequência de internações e óbitos por síndrome respiratória aguda grave decorrente de Covid-19 (Srag-Covid) por semana epidemiológica, em indígenas e não indígenas – Brasil e regiões, 2020, SE 8 a SE 35 (continuação)



Fonte: Sivep-Gripe.

A fim de verificar de forma mais clara os impactos da Covid-19 na letalidade em indígenas no país, comparou-se a razão entre óbitos por Covid-19 e os casos de hospitalização por Srag acumulados entre as SEs 8 e 35 de 2020, ou seja, a letalidade das formas graves de Covid-19, a partir do Sivep-Gripe. A letalidade acumulada por Srag decorrente de Covid-19 no Brasil até a SE 35 (30/08/2020) atingiu 41,8% em indígenas, excedendo em 19% a letalidade em não indígenas (35,1%). Foram verificados diferenciais de letalidade entre as regiões do país (Gráfico 3). A região Norte apresentou a maior letalidade entre todas as regiões, tanto em indígenas (57,4%) quanto em não indígenas (48,8%). A região Nordeste teve a segunda maior letalidade, com similaridade entre indígenas e não indígenas, ao passo que o Centro-Oeste teve a terceira maior letalidade, sendo que a diferença de letalidade entre indígenas e não indígenas foi a maior entre todas as regiões (26% maior nos indígenas). As regiões Sul e Sudeste apresentaram letalidades similares e mais baixas, destacando-se o Sudeste, com menor letalidade em indígenas do que em não indígenas. Cabe ressaltar que a interiorização do Covid-19 no Brasil ocorreu em diferentes momentos em cada região do país, condição que pode afetar em alguma medida os diferenciais de letalidade por região, se considerarmos a hipótese plausível de que populações rurais ou remotas têm maiores barreiras de acesso aos cuidados de alta complexidade e pior qualidade da informação em saúde.

Gráfico 3 – Letalidade acumulada por síndrome respiratória aguda grave decorrente de Covid-19 (Srag-Covid) em indígenas e não indígenas segundo regiões – Brasil, 2020, SE 8 a 35



Fonte: Sivep-Gripe.

Tendo em vista a elevada taxa de mortalidade por Covid-19 nas faixas etárias acima dos 50 anos em indígenas (Gráfico 1), seria possível supor que a letalidade também pudesse ocorrer de forma desigual entre os grupos etários, sendo maior acima dos 50 anos. Diante disso, repetiu-se o cálculo da letalidade acumulada considerando-se apenas o subconjunto de registros relativos a pessoas com 50 anos ou mais. Essa análise evidenciou o mesmo padrão observado no conjunto da população, mas com maior magnitude da letalidade (incremento absoluto de cerca de 10%), tanto para indígenas (Brasil: 50,7%, Norte: 70,3%, Nordeste: 51,4%, Centro-Oeste: 49,2%, Sudeste: 32,9%, Sul: 40,0%) quanto para não indígenas (Brasil: 43,67%, Norte: 60,2%, Nordeste: 52,5%, Centro-Oeste: 41,0%, Sudeste: 40,0%, Sul: 38,0%). Houve, nesta faixa etária, excesso de letalidade em indígenas – 16%, 17% e 20%, respectivamente no Brasil, no Norte e no Centro-Oeste. Destaca-se ainda a menor letalidade de indígenas no Sudeste (18% menor). Portanto, os níveis de letalidade por Covid-19 dos indígenas superam aqueles da população brasileira em geral em praticamente todas as regiões do país.⁵

Não obstante as limitações inerentes aos desafios de classificar indivíduos por cor ou raça e garantir a qualidade dos dados e a integração entre diferentes fontes de dados, particularmente no contexto de uma pandemia, as análises aqui empreendidas demonstram, de maneira robusta, que o impacto da pandemia tem se mostrado desigual entre regiões e afeta de forma particular os indígenas. Como tem sido amplamente enfatizado pelas lideranças e movimentos indígenas, a morte de indivíduos idosos (e as informações detalhadas neste estudo confirmam maior nível de mortalidade por Covid-19 a partir dos 50 anos em indígenas se comparado ao de não indígenas) representa uma ameaça concreta à preservação das culturas e da identidade desses povos, visto que os idosos são comumente os líderes religiosos ou políticos de suas comunidades e os maiores detentores dos saberes tradicionais.

OS INCERTOS CENÁRIOS FUTUROS...

Em recente editorial, chamou-se atenção para o fato de que a pandemia de Covid-19 pode ser tomada como um “fato social total”, no qual se manifestam e interligam um amplo espectro de dimensões (economia, religião, legislação, moralidade, estética,

⁵ Os diferenciais de letalidade aqui analisados estão sob efeito da qualidade do preenchimento da variável cor ou raça, que além da completude abaixo do desejável, pode ser distinta a depender, por exemplo, da categoria de cor ou raça a ser registrada e da região de residência dos indivíduos acometidos. Esforços no sentido de melhorar o registro da variável cor ou raça no Sivep-Gripe foram adotados pelo governo federal, particularmente em resposta às pressões sociais, que incluíram as ações do movimento indígena, do Ministério Público Federal e do Legislativo. De todo modo, há certo consenso de que os dados sobre letalidade por Srag estão entre aqueles com maior consistência e comparabilidade.

ciência), em imbricações altamente complexas (Santos *et al.*, 2020). Ainda segundo os autores desse editorial, a disseminação e os impactos da pandemia evidenciam, em particular no caso dos povos indígenas,

as múltiplas dimensões e tensões provocadas pela atuação do Estado na implementação de políticas públicas dirigidas a minorias étnico-raciais no Brasil. Ficam evidentes não somente os impactos, como também as modalidades de resistência e enfrentamento do movimento etnopolítico indígena (Santos *et al.*, 2020: 1)

Neste texto, além de recuperar, ainda que brevemente, os debates e embates que envolveram a vulnerabilidade dos povos indígenas, as respostas governamentais e as múltiplas vertentes de atuação da sociedade civil, em particular do movimento indígena, no tocante à Covid-19, apresentamos evidências baseadas em dados epidemiológicos oriundos de sistemas de informação que atestam a gravidade, em termos de mortalidade e letalidade, da doença nos povos indígenas. Mais uma vez, tristemente, fica evidente a magnitude da dívida histórica da sociedade brasileira, por certo agravada pelas condições políticas contemporâneas, para com esse segmento da população, reiterada nas condições presentes de grave crise sanitária.

REFERÊNCIAS

- ANDERSON, I. *et al.* Indigenous and tribal peoples' health (The Lancet-Lowitja Institute Global Collaboration): a population study. *The Lancet*, 388: 131-157, 2016.
- ARTICULAÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS DO BRASIL (APIB). Comitê Nacional de Vida e Memória Indígena. Emergência indígena. Disponível em: <https://emergenciaindigena.apiboficial.org/dados_covid19/>. Acesso em: 3 dez. 2020.
- ARAÚJO, E. & CALDWELL, K. Por que a Covid-19 é mais mortal para a população negra?, 2020. Disponível em: <www.abrasco.org.br/site/gtracismoesaude/2020/07/20/por-que-a-covid-19-e-mais-mortal-para-a-populacao-negra-artigo-de-edna-araujo-e-kia-caldwell/>. Acesso em: 3 dez. 2020.
- AZEVEDO, M. M. *et al.* Análise de Vulnerabilidade Demográfica e Infraestrutural das Terras Indígenas à Covid-19. Caderno de Insumos, 2020. Disponível em: <<https://apublica.org/wp-content/uploads/2020/04/caderno-demografia-indigena.pdf>>. Acesso em: 3 dez. 2020.
- BAQUI, P. *et al.* Ethnic and regional variations in hospital mortality from Covid-19 in Brazil: a cross-sectional observational study. *The Lancet Global Health*, 8: e1.018-e1.026, 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. *Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo Novo Coronavírus (Covid-19) em Povos Indígenas: versão preliminar*. Brasília: Sesai, 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. *Informe Epidemiológico n. 17*. Semana epidemiológica (SE) 35 (23/08/2020 a 29/08/2020). Brasília, 2020b. Disponível em: <<https://saudeindigena1.websiteseguro.com/coronavirus/pdf/Informe%20Epidemiologico%20SE%2035%20-%20ESAI%20COVID%2019%20-%20F.pdf>>. Acesso em: 3 dez. 2020.

CARDOSO, A. M. *et al.* Investigation of an outbreak of acute respiratory disease in an indigenous village in Brazil: contribution of influenza A(H1N1)pdm09 and human respiratory syncytial viruses. *PLoS One*, 14(7): e0218925, 2019.

COIMBRA JR., C. E. A. *et al.* The First National Survey of Indigenous People's Health and Nutrition in Brazil: rationale, methodology, and overview of results. *BMC Public Health*, 13: 52, 2013.

ELOY, L. H. ADPF 709 no Supremo: povos indígenas e o direito de existir, 1 ago. 2020. Disponível em: <<https://apiboficial.org/2020/08/01/adpf-709-no-supremo-povos-indigenas-e-o-direito-de-existir/>>. Acesso em: 3 dez. 2020.

FARIAS, Y. N. *et al.* Iniquidades étnico-raciais nas hospitalizações por causas evitáveis em menores de cinco anos no Brasil, 2009-2014. *Cadernos de Saúde Pública*, 35, supl. 3: e00001019, 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo Demográfico 2010: Características Gerais dos Indígenas – Resultados do Universo*. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

SANTOS R. V. *et al.* The identification of the Indigenous population in Brazil's official statistics, with an emphasis on demographic censuses. *Statistical Journal of the IAOS*, 35: 29-49, 2019.

SANTOS, R. V. *et al.* A “total social fact”: Covid-19 and indigenous peoples in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(10): e00268220, 2020.

SARAIVA, L. & CARDOSO, A. Execução Orçamentária da Saúde Indígena diante da pandemia do novo coronavírus. Nota Técnica. Brasília: Inesc, 2020.