

A espacialização da Covid-19 nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas da Amazônia Legal

The spatialization of Covid-19 in Special Indigenous Sanitary Districts in the Legal Amazon

La espacialización de la Covid-19 en los Distritos Sanitarios Especiales Indígenas en la Amazonía Legal

Atamis Antonio Foschiera
Universidade Federal do Tocantins
foschieraa@uft.edu.br

Jair Souza da Silva
Universidade Federal de Catalão
jair_edificacoes@hotmail.com

Resumo

Epidemias em indígenas têm sido relatadas desde a chegada dos colonizadores na América, causando um elevado número de óbitos entre essas populações. A pandemia da Covid-19 tem trazido uma grande preocupação em relação aos indígenas. Este artigo tem como objetivo apresentar a espacialização dos casos da Covid-19 entre indígenas na Amazônia Legal, tendo como referência os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs). Para a realização da análise tomaram-se por base os dados publicados nos boletins epidemiológicos da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), divulgados às terças-feiras, no período de 6 de abril de 2020 até 6 de julho de 2020. A espacialização do Covid-19 nos DSEI da Amazônia Legal não seguiu um padrão específico. O DSEI Alto Rio Solimões foi o que mais teve casos confirmados durante a maior parte do período de análise, sendo que em momento específico o DSEI Manaus ocupou essa posição. No final do período analisado, o DSEI Maranhão passou a ter mais casos confirmados da Covid-19.

Palavras-Chave: Espacialização. Covid-19. Indígenas. DSEI.

Abstract

Epidemics in indigenous peoples have been related since the arrival of the colonizers in America, causing an increased number of deaths among these populations. The Covid-19 pandemic has brought a great concern over the indigenous peoples. This article has the objective to present the spatialization of Covid-19 cases among the Brazilian natives in the Legal Amazon, having as reference the Special Indigenous Sanitary Districts (DSEIs). To accomplish this analysis, we used as a basis the published data in the epidemiological newsletters of Special Bureau of Indigenous Health (SESAI) during the period from April

sixth 2020 to July sixth 2020, having as a reference date the newsletters published on Tuesdays. The spatialization of Covid-19 in the DSEIs of the Legal Amazon hasn't followed a specific pattern, being the Alto Rio Solimões DSEI the one which had the most confirmed cases during most of the analysis period, in a specific moment the DSEI of Manaus occupied this position and, in the end of the analyzed period, the DSEI of Maranhão state had more confirmed Covid-19 cases.

Keywords: Spatialization. Covid-19. Indigenous. DSEI.

Resumen

Desde la llegada de los colonizadores en América han sido reportadas epidemias en pueblos indígenas, que han provocado un gran número de muertes entre estas poblaciones. Se ha suscitado una gran preocupación con los pueblos indígenas en la pandemia de Covid-19. El objetivo de este artículo es presentar la espacialización de los casos de Covid-19 entre indígenas de la Amazonía Legal, teniendo como referencia los Distritos Sanitarios Especiales Indígenas (DSEIs). Para realizar este análisis fueron utilizados los datos publicados en los boletines epidemiológicos de la Secretaría Especial de Salud Indígena (SESAI) desde el 6 de abril de 2020 al 6 de julio de 2020. Estos datos están basados en los boletines publicados en todos los martes del período analizado. La espacialización de la Covid-19 en el DSEI de la Amazonía Legal no siguió un patrón específico, siendo el DSEI Alto Rio Solimões el que tuvo la mayor cantidad de casos confirmados durante la mayor parte del período de análisis. Por su vez, el DSEI Manaus ocupó esa posición en un momento específico. Al final del período analizado, el DSEI Maranhão comenzó a tener más casos confirmados de Covid-19.

Palavras clave: Espacialización. Covid-19. Indígenas. DSEI.

Introdução

A pandemia da Covid-19 expõe os não indígenas a uma trágica situação vivenciada por indígenas desde o período de colonização, no que diz respeito a como lidar com doenças para as quais não se tem imunidade nem vacina para sua prevenção, bem como ter de conviver com a incerteza da contaminação e, caso ela ocorra, quais os impactos acarretados nas pessoas e comunidades/sociedades.

Para os indígenas da América as doenças trazidas do além-mar tiveram efeitos mais nocivos que os próprios confrontos diretos com os não indígenas, sendo uma das armas utilizadas pelos invasores, seja de forma consciente ou não, para assegurar seu domínio das terras e territórios e subjugar os nativos aos seus interesses.

Agora, todos sob a ameaça do mesmo perigo, a Covid-19, que não escolhe cor, etnia, religião, sexo, gênero, idade, nacionalidade e classe social para fazer suas presas, seja de forma mais amena ou com vítimas fatais, vemos que a democracia dela em atacar suas presas não é tão democrática quanto se trata de seus efeitos e formas de enfrentamento. Grupos sociais mais vulneráveis, social e economicamente, estão mais expostos aos agravos da doença. Dentro desses grupos, os indígenas, e nesse caso mais especificamente os residentes em Terras Indígenas (TIs) da Amazônia Legal, tendem a sofrer as grandes mazelas dessa pandemia da Covid-19.

A Amazônia Legal foi a denominação que passou a imperar sobre a área de abrangência do Plano de Valorização Econômica da Amazônia, criado pela Lei nº 1.806, de 1953. Essa lei, em seu Artigo 1º, aponta que o Plano era composto por

[...] um sistema de medidas, serviços, empreendimentos e obras, destinados a incrementar o desenvolvimento da produção extrativa e agrícola pecuária, mineral, industrial e o das relações de troca, no sentido de melhores padrões sociais de vida e bem-estar econômico das populações da região e da expansão da riqueza do País. (CONGRESSO NACIONAL, 1953, p. 1).

Segundo a referida lei, a Amazônia Legal era formada pelos estados do Pará e Amazonas; pelos territórios federais do Acre, Amapá, Guaporé e Rio Branco; por parte do estado de Mato Grosso, a norte do paralelo de 16°, e parte do Estado de Goiás, a norte do paralelo de 13°, e parte do Maranhão, a oeste do meridiano de 44°. Na atualidade, segundo a Lei Complementar nº124, de 2007, a Amazônia Legal abrange as seguintes unidades da federação: os estados do Acre, Amapá, Amazonas, Mato Grosso, Rondônia, Roraima, Tocantins, Pará e do Maranhão – na sua porção a oeste do Meridiano 44° (SUDAM, 2020).

O objetivo deste artigo é apresentar a espacialização dos casos da Covid-19 entre indígenas na Amazônia Legal, tendo como referência os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs). Ao total são 34 DSEIs no território brasileiro, na Amazônia Legal se encontram 25 deles (Figura 01).

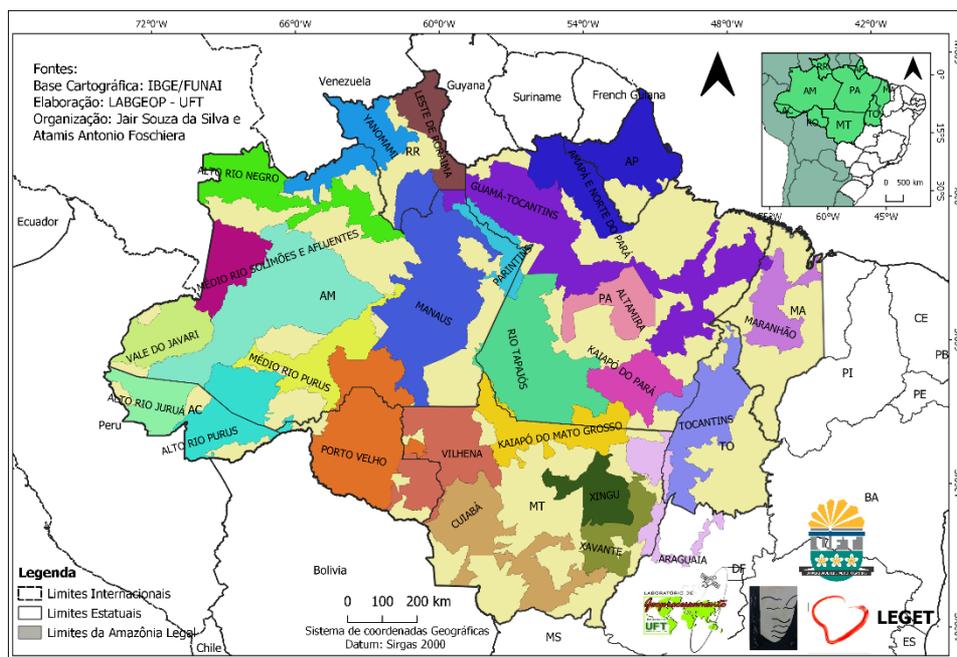


Figura 01: Mapa de localização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) na Amazônia Legal.

Segundo o Ministério da Saúde (2020):

O Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) é a unidade gestora descentralizada do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS). Trata-se de um modelo de organização de serviços – orientado para um espaço etnocultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado – que contempla um conjunto de atividades técnicas, visando medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde. Promove a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolve atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência, com o Controle Social.

Na fundamentação teórica apresentam-se diferentes relatos de epidemias pelas quais os indígenas foram acometidos ao longo da história, com destaque pelas ocorridas na área de abrangência da Amazônia Legal.

Na confecção dos mapas utilizou-se o Quantum-GIS (Q-GIS) 3.10 – A Coruña. Os vetores foram importados do Portal de Mapas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e do Portal de Mapas da Fundação Nacional do Índio (FUNAI). As informações utilizadas na elaboração dos mapas foram baseadas nos Boletins Epidemiológicos de Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) publicados às terças-feiras, do período em análise, que foi de 6 de abril de 2020 até 6 de julho desse mesmo ano, abrangendo o período em que ocorreu o primeiro caso da Covid-19 em um DSEI até a data em que todos os DSEIs apresentavam pelo menos um caso.

Os mapas foram organizados no tamanho de folha A4 e, além dos dados de legenda, foram inseridas informações de número de casos confirmados da Covid-19 e de óbitos de cada DSEI no interior dos mesmos.

Epidemias em indígenas no Brasil

A chegada dos europeus na América representou um marco importante na história da humanidade. Crenças e mitos eram contados por viajantes e religiosos, incluindo as maravilhas desta terra, com povos com ótima saúde, sem enfermidades, destacando a longevidade destes, sem deficiência física, na perspectiva do bom selvagem, a existência de uma ilha de mulheres guerreiras, em analogia com a mitologia grega das Amazonas. Também, em outra perspectiva, destacava-se a ferocidade dos nativos, possuídos por maus espíritos, adeptos do canibalismo e outras bestialidades, o que levantava suspeitas se seriam realmente seres humanos. No final do século XVI, descrições sobre o Brasil apontavam uma terra “quente como um vulcão e doentio”, considerada imprópria para uma vida saudável e tranquila (GURGEL, 2009, p. 133).

O certo é que os povos que aqui residiam passaram por períodos diferenciados com a chegada de colonizadores europeus, no final do século XV, mudando o rumo de sua história. Doenças não conhecidas no continente, a que os grupos sociais aqui presentes não tinham resistência imunológica, bem como os confrontos armados entre não indígenas e indígenas, ou entre indígenas e indígenas incentivados por não indígenas, além das alterações dos

ecossistemas pelos não indígenas visando explorar a terra e a necessidade de migração e/ou fuga de indígenas para ambientes com pouca oferta de alimentos, entre outros, causaram uma redução drástica dos nativos do continente americano.

As estimativas de perda populacional de nativos entre 1492 e 1650 são muito variadas: alguns autores mencionam 25%; outros até estipulam 96% (GURGEL, 2009). A autora destaca, também, que a previsão de quantitativo populacional de indígenas no momento da chegada dos colonizadores variava de 8.400.000 até 112.550.000 pessoas. Levando-se em consideração a menor estimativa populacional, com a perda de 25% da mesma, teria havido uma diminuição de 2.100.000 pessoas. Já na estimativa de 96% de perda populacional, a mesma representaria uma diminuição de 8.064.000 pessoas. Se for considerada a maior estimativa populacional, a perda de 25% representaria um quantitativo de 28.125.000 pessoas. Já na estimativa de 96%, representaria uma perda populacional de 108.000.000 de pessoas.

Em relação ao Brasil, o país tinha uma população estimada próxima de cinco milhões de pessoas, que aos poucos foi sendo dizimada pelas expedições punitivas às suas manifestações religiosas e aos seus movimentos de resistência, pela desestruturação social, econômica e de valores coletivos, mas, “principalmente, pelas epidemias de doenças infecciosas, cujo impacto era favorecido pelas mudanças no seu modo de vida impostas pela colonização e cristianização” (BRASIL, 2002, p. 7).

Segundo estimativas do IBGE (2000), calcula-se que no século XVI o país possuía uma população de quase dois milhões e quinhentos mil indígenas. Vale assinalar que em 1998 havia, morando em terras indígenas, 302.888 indígenas. Nessa relação entre nativos e população exógena, o grande responsável pelo decréscimo dos primeiros, mais que as armas, foram as doenças, principalmente epidemias, que fizeram da baixa imunidade dos indígenas um caminho para sua redução populacional.

Em relação à baixa imunidade dos indígenas e a incapacidade de resposta orgânica a infecções, Gurgel (2009) aponta duas possíveis causas: uma ligada à escassez ou ausência de animais domésticos entre indígenas, não havendo uma troca de micro-organismos, o que derivaria em uma maior exposição a agentes agressores sem condições de combatê-los; outra teria relação com o isolamento geográfico perante outros continentes, que levaria à baixa imunidade desses grupos.

Havia doenças entre os indígenas brasileiros causadas por várias espécies de ácaros, tênias, parasitas, etc., para os quais eles já tinham conseguido certa imunidade pela exposição a esses organismos, adquirindo anticorpos, o que, somado a seus conhecimentos sobre plantas medicinais e outras práticas de saúde, associadas a seus rituais, lhes possibilitava combater. Também o seu seminomadismo poderia ser responsável pela prevenção de doenças causadas por parasitas (GURGEL, 2009). A autora justifica esse tema ao destacar que “os nativos enterravam suas fezes, mas a ocupação continuada de um sítio permitiria a contaminação do solo e da água por micro e macro organismos, potenciais causadores de enfermidades” (GURGEL, 2009 p. 48).

A questão da saúde indígena sofreu mudanças significativas com a chegada dos colonizadores, que trouxeram novas doenças, originárias na Europa e nos demais continentes

por onde circulavam, que se aceleravam com a chegada de pessoas escravizadas vindas da África. As péssimas condições higiênicas dos navios, a carência nutricional durante a viagem, as péssimas condições de conservação de alimentos e água, a frágil saúde de muitos tripulantes das embarcações que eram focos de doenças, tudo isso já causava a perda de muitos integrantes da tripulação ainda nas viagens (GURGEL, 2009).

Gurgel (2009, p. 84) refere que, “além do escorbuto, as causas mais frequentes de morbidade e óbito a bordo [dos navios] eram febres de origens diversas e distúrbios digestivos”. Fungos, bactérias, vírus, protozoários, todo tipo de parasitas, encontraram nas embarcações meios próprios de disseminação. A autora aponta como principais infecções existentes nos navios a varíola, o sarampo, a difteria, a escarlatina, a caxumba, a coqueluche, o tétano e a tuberculose.

Ao chegarem à América esses males eram transmitidos para as populações locais por missionários, soldados, mercenários, colonos e outros grupos sociais que passaram a ter contato com os nativos. As vítimas mais mortais desse encontro foram os indígenas, que, controlados pelos não indígenas, pela fé ou pela força, eram convertidos ao cristianismo e “transformavam-se em mão-de-obra para o governo, colonos e a própria Igreja” (GURGEL, 2009, p. 112).

Desde a chegada dos europeus até tempos recentes os indígenas foram acometidos por uma série de epidemias com consequências drásticas à sua população. Comumente chamadas de “peste”, as epidemias se deram em todas as regiões do Brasil ao longo dos séculos.

Gurgel (2009) faz uma descrição de epidemias que ocorreram no Brasil nos séculos XVI e XVII, mostrando o quanto elas impactaram a população indígena no país. A epidemia de “prioris” (*pleuris*, espécie de pneumonia), em 1553, teve resultados catastróficos, conforme destacou José de Anchieta. A epidemia de gripe (possivelmente suína) na capitania de São Vicente, em 1554, dizimou famílias inteiras de Tupinambás. Epidemia de “prioris” e “câmaras de sangue” (diarreia hemorrágica) abalaram a capitania do Espírito Santo, entre 1558 e 1559, matando mais de 600 indígenas.

A varíola, que chegou inicialmente em Itaparica (BA), espalhou-se por uma vasta área do Brasil entre 1563 e 1564, estimando-se que matou mais de 30 mil indígenas. Falando sobre essa epidemia no Espírito Santo, um padre da época descreveu que “a mortalidade foi tamanha, que uma mesma moradia podia servir como enfermaria para doentes e cemitério para os mortos” (GURGEL, 2009, p. 125).

No século XVI, segundo Gurgel (2009), registrou-se uma série de epidemias de varíola em diferentes pontos do Brasil, principalmente nos polos econômicos mais dinâmicos da época. A mesma autora cita surtos ocorridos em 1616, 1621, 1631, 1642, 1662-1663, 1665-1666, e 1680-1684. Em 1695 se descreveu o primeiro surto dessa doença no Rio Grande do Sul, mas a autora não descarta a possibilidade de ter havido outras anteriormente.

Gurgel (2009) descreve que a varíola teve um efeito tão grande entre os indígenas Potiguaras que, depois de 25 anos de resistência militar aos portugueses, os poucos que

sobreviveram se renderam e foram recrutados para a luta contra os indígenas Aimorés, que posteriormente também foram abatidos por essa e outras doenças.

A compreensão do poder destrutivo da varíola sobre os indígenas fez que colonos, buscando se apoderar de terras, deixassem roupas contaminadas próximas às aldeias cuja população visava extinguir. Gurgel (2009, p. 128) assinala que se deu, assim, a origem “à primeira arma biológica na história das Américas e estas práticas nefastas, longe de serem exceção, perpetuaram-se nos séculos seguintes”.

O sarampo também fez muitas vítimas indígenas. Calainho (2010, p. 71) registra uma epidemia de sarampo em 1563, sem apresentar o local, que “agravou a crise demográfica indígena, afetando a economia colonial, nestes tempos dependentes da mão-de-obra escravizada nos engenhos açucareiros e da produção de gêneros alimentícios nativos”. Gurgel (2009) informa que em 1615 o surto ocorreu na Província do Grão-Pará e Maranhão, atacando, principalmente, os indígenas “domesticados”. Um novo surto se deu em 1688 na Província de São Vicente, e no Ceará ocorreram vários deles, sendo o primeiro em 1691.

Nesses primeiros séculos eram raros os médicos que atuavam no Brasil e, onde havia, atendiam um grupo social seletivo. As práticas medicinais eram feitas, sobretudo, por leigos, dos quais se destacavam os pajés, entre os indígenas, e os padres, principalmente os jesuítas. A flora brasileira foi o principal elemento das receitas utilizadas para as doenças. O conhecimento indígena sobre essa questão foi fundamental, e os religiosos foram se apossando pouco a pouco dele. Trata-se de missionários que tiveram a vantagem de fazer uma “medicina híbrida”, juntando os conhecimentos dos indígenas e de pessoas de outros continentes, já que se verificava a circulação de informações sobre as doenças e formas de tratamento nos diversos continentes em que atuavam religiosos (GURGEL, 2009).

Medicina, magia e religião andavam juntos nesse período, tanto para os religiosos como para os nativos, porém, com discordância na crença da origem da doença: “[...] se para o brasilíndio elas [doenças] significavam que a vítima tivera sua alma roubada por alguma entidade maligna – o que permitia a instalação da moléstia –, para os missionários esta alma era de um pecador que merecia castigo e redenção” (GURGEL, 2009, p. 170). A medicina híbrida dos religiosos tornou esses os “novos pajés” de muitos indígenas, figura a que lançavam muitas críticas. A destruição da figura do pajé era importante, pois esses eram vistos como detentores do saber nas comunidades indígenas. Com o descrédito dos pajés os missionários abririam caminho para o que diziam ser o verdadeiro e único saber, o Deus cristão, o qual representavam (CALAINHO, 2005).

Alguns relatos de epidemias em indígenas na Amazônia Legal

Tratando-se mais especificamente da área que abrange a Amazônia Legal, há locais em que o contato entre não indígenas e indígenas vai se efetivar ainda nos primeiros séculos da colonização e outros em que isso se dará na década de 1980, bem como existem povos indígenas não contactados. Apesar da diferença de tempo, um resultado em comum foi a morte de considerável número de indígenas por epidemias, confrontos armados, desabastecimento decorrente da migração forçada, bem como a subordinação dos indígenas aos ditames do capital que buscava apropriar-se de suas terras.

Porro (1992, p. 176) assinala que “nos últimos anos do século XVII a várzea Amazônica estava praticamente despovoada e infestada pelas epidemias trazidas pelo não indígena”. O autor diz que no ano de 1647 uma epidemia de varíola, que durou três meses, dizimou um terço da população Omáguas.

Renard-Casevitz (1992) descreve que, na Alta Amazônia, em 1643, uma primeira epidemia teria matado mais de duas mil pessoas. A autora cita, também, que entre 1665 e 1667 uma série de epidemias assolou postos missionários, causando milhares de mortes. Esse fato uniu os grupos indígenas Kampa, Piro e Pano, que passaram a combater não indígenas, missionários e neófitos (novos cristãos), expulsando-os de suas terras. Ela destaca que a população Arawak, de aproximadamente 150 mil pessoas, se reduziu a 85 mil e, com o *boom* da borracha, não passava de 50 mil.

Em relação às bacias hidrográficas dos rios Madeira e Tapajós, Menéndez (1992) aponta que, na segunda metade do século XVII, a presença dos não indígenas que buscavam drogas do sertão e escravos indígenas, somada à dos missionários, levou a uma desestruturação das organizações indígenas. Como consequência dessa presença, diante de suas hostilidades e das epidemias que para ali levaram, ocorreu uma diminuição na população dos Tupinambás, Tapajós e Iruri. A utilização de mercenários, principalmente de indígenas Munduruku, foi amplamente utilizada pelos colonos para expansão de seus domínios na área Madeira-Tapajós.

Santilli (1992) menciona uma epidemia de varíola na década de 80, do século XVIII, que se inicia no rio Negro e se disseminou pelo rio Branco pelos indígenas que fugiam da quarentena dos batelões. Erikson (1992) reporta a depopulação de um terço dos Ucayali por conta de epidemias (e alcoolismo) no século XIX, sendo que após o *boom* da borracha a mortalidade teria um aumento considerável. Segundo a OPAN/CIMI-MT (1987), os Bororos Ocidentais, também conhecidos como Coroados ou Porrudos, foram extintos no final do século XIX em razão das epidemias ou cruzamento com não indígenas.

Em seu Dossiê, a OPAN/CIMI-MT (1987, p. 21) também destaca a introdução deliberada de varíola, gripe, tuberculose e sarampo por parte de especuladores e latifundiários, sendo que “um número incontável de indígenas morreu rapidamente”. Citando Davis, a publicação ressalta o desaparecimento de aldeias inteiras por causa das epidemias de varíola e febre amarela.

Turner (1992) registra que o grupo indígena Ira’a Mrayre, também conhecido como Pau d’Arco, que em 1909 era considerado um grande grupo, com aproximadamente mil pessoas, desapareceu na década de 1940, em consequência de uma série de atritos com colonos, por doenças e epidemias. O autor menciona, também, a extinção de um grupo indígena denominado Djores no mesmo período e pelas mesmas causas.

Uma onda de novas epidemias entre indígenas ocorrerá na década de 1940, com a presença dos integrantes da Expedição Roncador-Xingu. Franchetto (1992) cita uma violenta epidemia de sarampo, em 1954, que atingiu as aldeias do Alto Xingu. O Dossiê Índios em Mato Grosso aponta a extinção da nação indígena Nararute e a diminuição populacional de outras em virtude das epidemias de gripe e sarampo trazidas pelos integrantes da expedição Roncador-Xingu, na década de 1940 (OPAN/CIMI-MT, 1987).

Ravagnani (1987-1989) cita a formação de um aldeamento indígena onde hoje está localizada a cidade de Pedro Afonso no Tocantins. Assinala que, segundo informações do frei responsável (Rafael Targgia), em 1857 estavam aldeados, aproximadamente, 3.800 indígenas Xavantes e Xerentes. O autor também destaca que, já, no fim do século, não passavam de centenas de Xerentes e nenhum Xavante. O frei descreveu em seu diário que muitos indígenas haviam sido dizimados pelas frequentes epidemias e invasões de bandeirantes.

O Dossiê da OPAN-CIMI-MT (1987) menciona o despreparo dos militares quanto às maneiras de lidar com os indígenas, chegando, em alguns episódios mais graves, a transmitirem doenças contagiosas, sobretudo na epidemia de sarampo, de 1954, que atacou todas as aldeias do Alto Xingu, causando muitas mortes, revelando os efeitos negativos de sua presença.

Em relação aos indígenas Xavantes, Lopes da Silva (1992) faz alusão à ocorrência de uma epidemia de gripe nos anos 1954-1955, quando estavam localizados às margens do rio Kaluente, situado na porção leste de Mato Grosso. O Dossiê da OPAN-CIMI-MT (1987) também aponta que os Xavantes sofreram muitas perdas, na década de 1950, por epidemias, em razão do contato com os não indígenas. Esse documento ainda registra que os indígenas Rikbaktsa, também conhecidos como Canoeiros, no fim da década de 1950 e início dos anos 1960, no período de pacificação e momento posterior, foram impactados por epidemias de gripe, sarampo e varíola, resultando na perda, aproximada, de 75% de sua população.

O Dossiê da OPAN-CIMI-MT (1987), também aponta que um grupo indígena Arara, que vivia em Mato Grosso, às margens do rio Aripuanã, foi acometido por uma epidemia na década de 1960, dizimando quase todos os velhos e uma parte de adultos e crianças. Ribeiro (1996) registra uma epidemia de sarampo, que se abateu sobre povos indígenas no Vale do Guaporé – Tapuri, Makurap, Arikapu, Jajuti entre outras –, causando grande mortalidade. Como exemplo, apresenta o caso dos Tapuri, que eram aproximadamente 200 integrantes e foram reduzidos a 65 pessoas.

Tendo como referência a década de 1970, o Dossiê da OPAN-CIMI-MT (1982) relata uma série de epidemias em grupos indígenas. Uma epidemia de sarampo atingiu os indígenas Nambikwaras no ano de 1972, matando todas as crianças da tribo. Também, nesse mesmo ano, fazendeiros foram denunciados por utilizar um desfoliante chamado Tordon¹, para facilitar o desmatamento das terras indígenas. As várias migrações forçadas dos indígenas Bakairi causaram uma separação desse grupo, os quais também foram bastante reduzidos pelas epidemias. Os indígenas Suruí foram impactados por epidemias de gripe e sarampo, diminuindo sua população em mais de 50%, em áreas de interesse de grileiros, fazendeiros e garimpeiros, na década de 1970. Uma epidemia de gripe atingiu os Cinta-Larga, também na década de 1970.

Outro grupo muito impactado por epidemias e praticamente dizimado foi os Umutinas. Conforme destaca o OPAN-CIMI-MT (1987), os Umutinas foram acometidos por

¹ Este produto tem na sua composição o Agente Laranja, utilizado pelo exército dos Estados Unidos na Guerra do Vietnã com o objetivo de dizimar as safras agrícolas e desfolhar as florestas onde estavam escondidos os exércitos vietcongues.

gripe, sarampo, broncopneumonia e tuberculose. Esse grupo indígena, que foi estimado, em 1826, como tendo 400 pessoas, em 1920 estava com 150, em 1923 com 23 pessoas, e 50 crianças órfãs estavam sob os cuidados do Estado na sede do Posto Fraternidade Indígena. No fim da década de 1980 sabia-se da existência de apenas uma pessoa dessa origem, “que saiu da aldeia com 12 anos, e seria a última representante dos Umutinas independentes” (OPAN-CIMI-MT, 1997, p. 74-75).

Sá (2003) reporta um surto de malária em indígenas na região amazônica, em alguns casos evidenciados pelo contato com garimpeiros e pessoas dos projetos de colonização, bem como pelo maior trânsito entre os integrantes de diferentes aldeias. A autora refere-se ao aumento de mais de 500% nos casos de malária entre os Yanomami entre 1987 e 1989, sendo a maior causa de mortalidade nesse grupo. Na década de 1990 esse cenário foi mantido.

Os conflitos com os não indígenas ou provocados por eles e as migrações forçadas para lugares que muitas vezes não tinham alimentos em abundância contribuíram fortemente para a depopulação indígena no Brasil, em especial, na Amazônia Legal. Porém, além de tudo isso, o grande elemento que desfalcou os indígenas na relação com os não indígenas foi sua fraca imunidade contra as doenças vindas do além-mar. “Sem a imunidade eficaz, as guerras tencionadas ou de fato travadas contra os colonizadores já estavam perdidas, antes de iniciadas” (GURGEL, 2009, p.175).

Por quase todo o período da presença dos não indígenas no Brasil, pouco se fez como política de saúde indígena. Enquanto isso, a expansão de doenças e epidemias servia como meio de expropriar seus territórios. Depois da metade do século XX é que se iniciará uma política mais estruturada voltada para a saúde indígena (BRASIL, 2002).

Estrutura da saúde indígena e a Covid-19

Segundo o Censo Demográfico de 2010 (IBGE, 2010), no Brasil, existiam 896.917 indígenas, sendo que, deste total, 58% viviam em Terras Indígenas e 42% fora destas (Quadro 01).

Quadro 01: Pessoas indígenas, por localização de domicílio no Brasil em 2010

Localização	Total	Em TI	% em TI	Fora de TI	% fora de TI
Brasil	896.917	517.383	58%	379.534	42%

Fonte: IBGE (2010).

No ano de 2010, do total dos indígenas que viviam no Brasil, 48% se localizavam na Amazônia Legal e 52% fora dessa região. Considerando apenas a população indígena que morava em Terras Indígenas, na Amazônia Legal viviam 63% do total, ao passo que, em outras áreas, 37%. Da população indígena que vivia fora de Terra Indígenas, 29% se encontravam na Amazônia Legal e 71% em outras áreas (Quadro 02). Evidencia-se aqui que, apesar de na Amazônia Legal viverem menos indígenas do que nas demais áreas do país, considerando-se apenas os que vivem dentro de Terras Indígenas essa situação se altera, passando essa região a ter maior população.

Quadro 02: Pessoas indígenas, por localização do domicílio, dentro e fora da Amazônia Legal – 2010

Localização	Total	%	Em Terras Indígenas		Fora de Terras Indígenas	
			Pessoas	%	Pessoas	%
Brasil	896.917	100%	517.383	100%	379.534	100%
Amazônia Legal	433.363	48%	324.037	63%	109.326	29%
Fora da Amazônia Legal	463.554	52%	193.346	37%	270.208	71%

Fonte: IBGE (2010)

A saúde indígena, ao longo do tempo, passou por diferentes estruturas. Na atualidade, tem-se como referência a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), à qual se agregam 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), 360 Polos-Bases, 66 Casas de Saúde Indígena (CASAI) e 882 Unidades Básicas de Saúde Indígena (UBSIs) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

A SESAI foi criada por reivindicação dos próprios indígenas no decorrer da realização de Conferências Nacionais da Saúde Indígena, pois estavam descontentes com o modelo de gestão da saúde a eles direcionada.

Conforme o Ministério da Saúde (2017 p. 10), a principal missão da SESAI é:

[...] o exercício da gestão da saúde indígena, no sentido de proteger, promover e recuperar a saúde dos povos indígenas, bem como orientar o desenvolvimento das ações de atenção integral à saúde indígena e de educação em saúde segundo as peculiaridades, o perfil epidemiológico e a condição sanitária de cada Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), em consonância com as políticas e programas do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os DSEIs atendem as pessoas que residem nas Terras Indígenas. Para os que vivem em áreas urbanas a atenção primária fica por conta dos municípios. Cada DSEI organizou um “Plano de Contingência Distrital para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID-19)”². Esses planos tinham como referência o Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo Coronavírus em Povos Indígenas, que busca respostas rápidas para prevenção e controle das emergências de saúde em decorrência da pandemia da Covid-19.

A SESAI disponibiliza e atualiza os dados referentes à Covid-19 nos DSEIs de forma on line diariamente³. A organização não governamental Instituto Socioambiental (ISA) aponta que as informações oficiais não apresentam a totalidade da realidade da pandemia envolvendo os indígenas. Também ressalta que, como os DSEIs englobam vários povos e Terras Indígenas, não é possível dimensionar as regiões e povos mais afetados. O ISA (2020) destaca a sistematização paralela de dados pela Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB), com

² Site dos Planos: <https://drive.google.com/drive/folders/1NypkAgVkBQU5ztQ4yWVgh1bgxdiBIBhh>

³ Ver site: <https://saudeindigena1.websiteseguro.com/coronavirus/boletimEp.php>

o objetivo de apresentar maior detalhamento das informações, porém, nas datas em que buscou-se informações no endereço eletrônico indicado, a página apresentava erro.

As formas de disseminação da Covid-19 entre indígenas não estão claras, mas existem algumas hipóteses que vão sendo apontadas em reportagens, em diferentes mídias, que foram destacadas por Foschiera e Silva (no prelo).

Uma dessas hipóteses é que o contato de indígenas ou não indígenas com o Coronavírus em capitais de estados como Manaus, Belém e Macapá e posteriores viagens destas pessoas de navio, mesmo antes que esse fosse contabilizado pelo sistema de saúde, pode ser responsável pela disseminação em vários portos do interior da Amazônia e em Terras Indígenas (MEDEIROS, 2020).

Outra hipótese é a possibilidade de que militares da Aeronáutica, a serviço do Ministério da Saúde, tenham introduzido o vírus em aldeias indígenas no norte do Pará, divisa com Suriname. Militares foram diagnosticados com o vírus, e indígenas que trabalhavam em empresa prestadora de serviços à Aeronáutica teriam se contaminado também.

Mais uma hipótese de forma de disseminação da Covid 19 pode ser a presença de garimpeiros ilegais em Terras Indígenas, que tiveram contato com seus moradores.

Outra hipótese é a presença de indígenas nas filas de bancos em momentos de grande procura nas agências em função da liberação de auxílio emergencial relativo à Covid-19. Não houve uma estratégia que levasse em consideração as especificidades indígenas. E também que integrantes de equipes de saúde indígena que vivem em cidades estariam contaminados, porém ainda sem sintomas, e ao irem trabalhar nas Terras Indígenas disseminaram o vírus.

O ISA (2020) lembra que o informe técnico da SESAI, recomendando o isolamento familiar de quem estivesse com sintomas ou tivesse confirmado possuir a Covid-19 e não precisasse hospitalização, fez ampliar rapidamente a disseminação nas casas compartilhadas, onde em algumas delas vivem de vinte a trinta pessoas ou mais. A entidade também aponta as Casas de Apoio à Saúde Indígena como foco de disseminação do vírus, infectando indígenas que estavam ali alojados em busca de atendimento à saúde.

Pesquisas mais aprofundadas poderão confirmar ou refutar as hipóteses apresentadas, bem como arrolar outras formas de disseminação e espacialização da Covid-19 em Terras Indígenas na Amazônia Legal.

Mapeamento da Covid-19 nos DSEI da Amazônia Legal

O primeiro Boletim Epidemiológico disponibilizado pela Secretaria Especial de Saúde Indígena foi no dia 24 de março de 2020, apresentando casos suspeitos da Covid-19 nos DSEIs Xavante, Maranhão e Cuiabá. Os resultados dos exames desses casos suspeitos deram negativo. O primeiro caso positivo registrado foi no dia 1º de abril de 2020, no DSEI Alto Rio Solimões.

No dia 6 de abril de 2020 apenas o DSEI Alto Rio Solimões apresentava casos confirmados da Covid-19, num total de quatro, e nenhum óbito (Figura 02).

XS

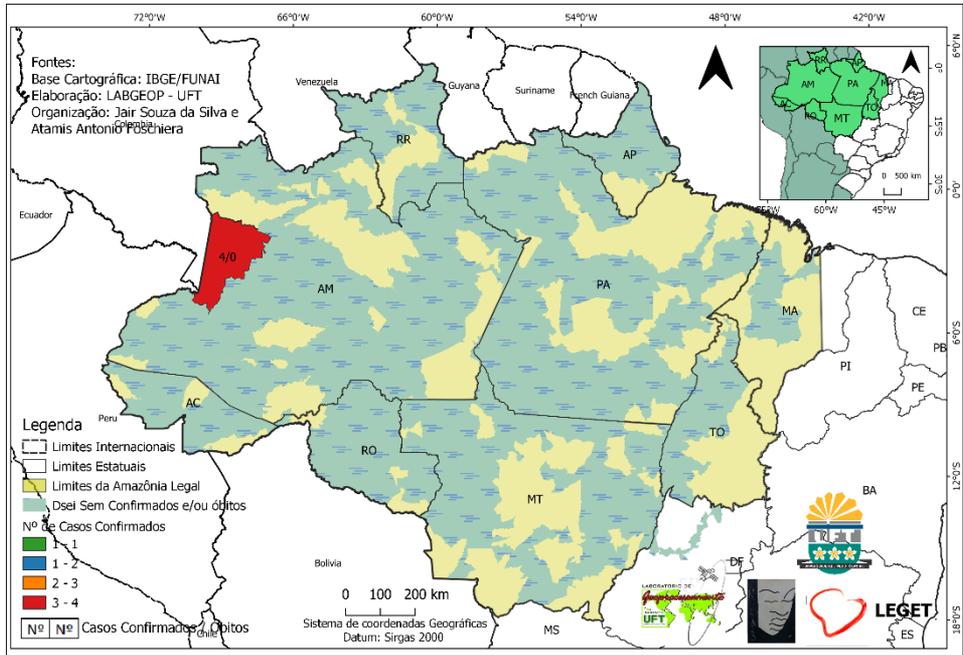


Figura 02: Casos Confirmados de Covid-19 e óbitos nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas na Amazônia Legal (até 6 de abril de 2020).

No dia 13 de abril de 2020 existiam casos confirmados da Covid-19 em quatro DSEIs da Amazônia Legal. Além do DSEIs Alto Rio Solimões, com oito casos, havia seis infectados no Manaus, um no Parintins e um no Yanomami, somando dezesseis casos. Nesta data já tinha ocorrido o óbito de dois indígenas no DSEI Alto Rio Solimões (Figura 03).

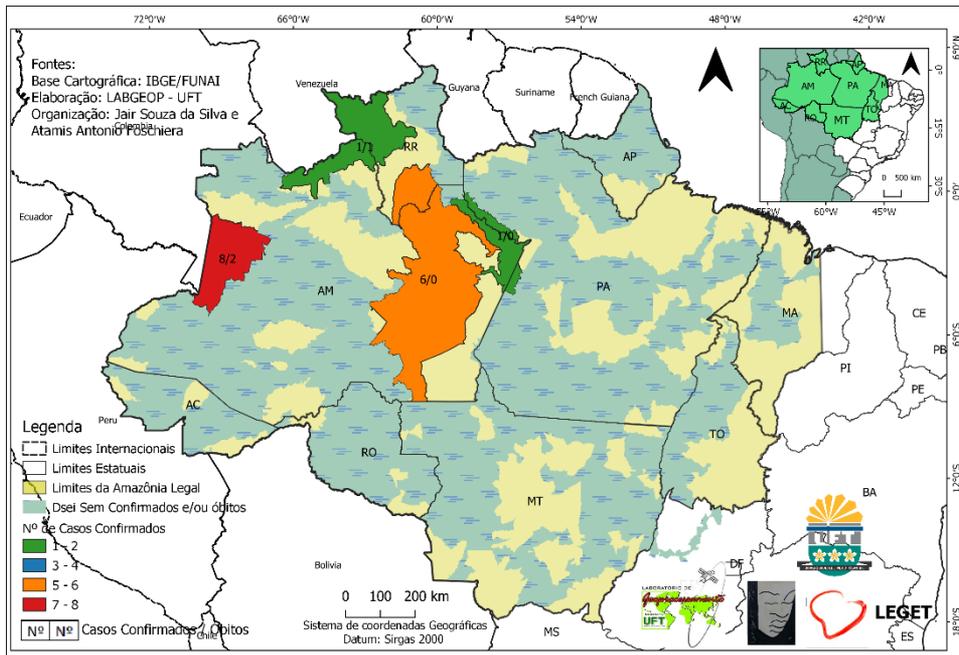


Figura 03: Casos confirmados de Covid-19 e óbitos nos Distritos Especiais Indígenas na Amazônia Legal (até 13 de abril de 2020).

No dia 20 de abril de 2020, os casos confirmados da Covid-19 ainda se limitavam aos quatro DSEIs da Amazônia Legal acima descritos, ocorrendo somente o crescimento no número de casos em relação à semana anterior. O DSEI Alto Rio Solimões aumentou de oito para dez casos confirmados; o DSEI Manaus saltou de seis para quinze casos confirmados; já os DSEIs Parintins e Yanomami permaneceram com um caso cada, perfazendo trinta casos. O DSEI Manaus passou a ser o que apresentou o maior número de casos. Não ocorreram novos casos de óbitos (Figura 04).

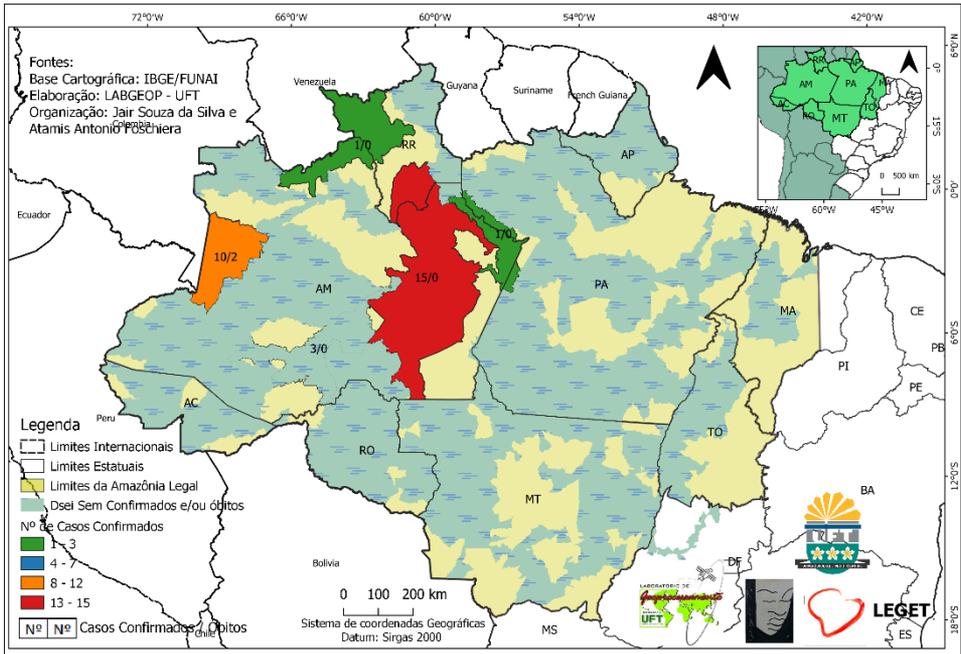


Figura 04: Casos Confirmados de Covid-19 e Óbitos nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) na Amazônia Legal (até 20 de abril de 2020).

No dia 27 de abril, sete DSEIs da Amazônia Legal apresentavam casos confirmados da Covid-19, sendo eles: Alto Rio Solimões, Manaus, Parintins, Médio Solimões e Afluentes, Médio Rio Purus, Amapá e Norte do Pará e Yanomami. O DSEI Parintins teve um significativo aumento no número de casos, subindo de um caso para dezessete casos confirmados nessa nova data. O DSEI Alto Rio Solimões voltou a ter o maior número de casos nessa data, com 42 casos confirmados. Ao total na Amazônia Legal apresentaram-se 84 casos confirmados da Covid-19.

Nessa data apresentou-se mais um óbito, no DSEI Parintins, tendo um total acumulado de quatro (Figura 05).

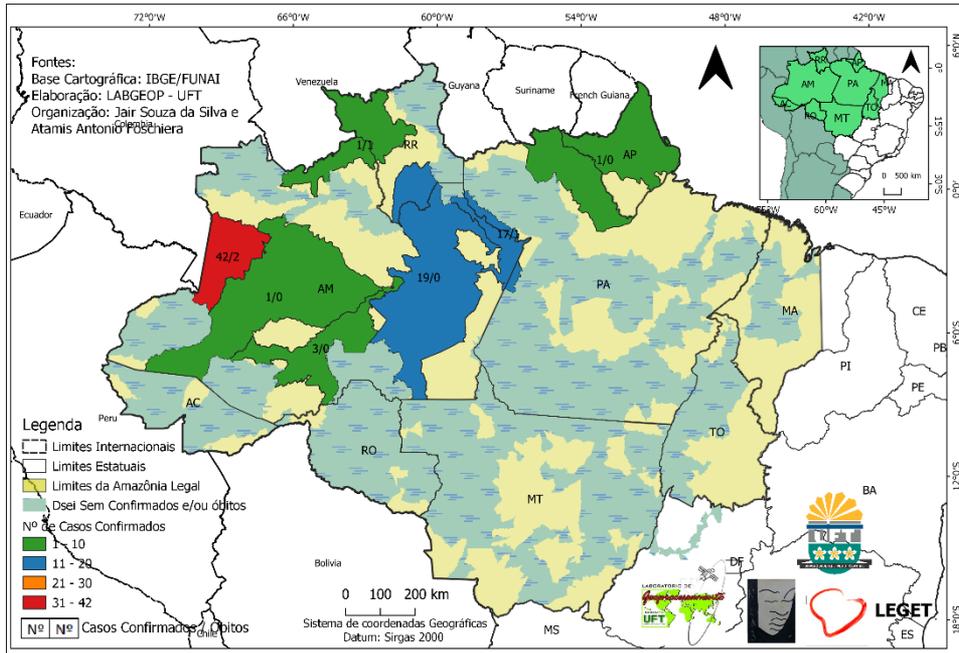


Figura 05: Casos Confirmados de Covid-19 e Óbitos nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) na Amazonia Legal (até 27 de abril de 2020).

No dia 4 de maio de 2020 existiam casos confirmados da Covid-19 em onze DSEIs da Amazônia Legal, sendo eles: Alto Rio Solimões, Manaus, Parintins, Médio Solimões e Afluentes, Médio Rio Purus, Amapá e Norte do Pará, Yanomami, Leste de Roraima, Gumá-Tocantins, Altamira e Alto Rio Negro. Entre os DSEIs que apresentaram pela primeira vez casos confirmados da Covid-19 e nos que já existiam, o aumento não ultrapassou o número de três casos cada, exceto no DSEI Alto Rio Solimões, que teve um acréscimo considerável, passando de 42 para 72 casos confirmados, totalizando 126 casos.

Nessa data já se somavam oito óbitos, um no DSEI Parintins, um no Yanomami e seis no Alto Rio Solimões, sendo que esse último na data anterior tinha apenas dois (Figura 06).

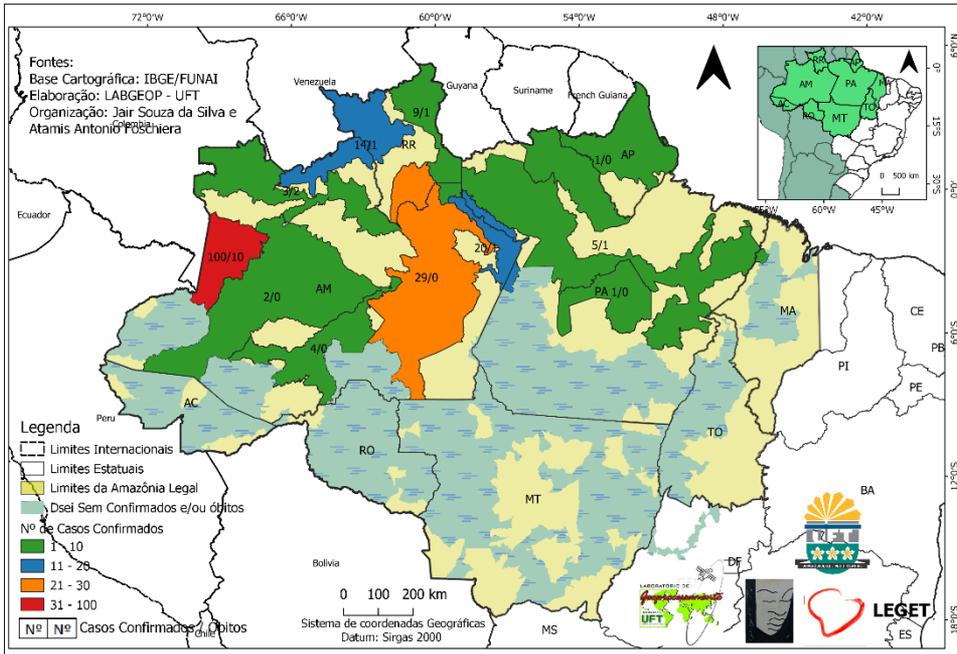


Figura 07: Casos Confirmados de Covid-19 e Óbitos nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) na Amazonia Legal (até 11 de maio de 2020).

No dia 18 de maio de 2020 eram quinze DSEIs da Amazônia Legal com casos confirmados da Covid-19, tendo novos casos no Vale do Javari e Xavante, com um caso cada; Porto Velho, com três, e Maranhão, com sete. Em percentual de aumento destaca-se o DSEI Alto Rio Negro, com 200%, indo de três para nove casos confirmados. Já em números absolutos, o DSEI Alto Rio Solimões passa de 100 para 173 casos, diferenciando-se bastante dos demais. Ao total se acumulavam 320 casos confirmados da Covid-19.

Ocorrem dois novos óbitos – um no DSEI Alto Rio Solimões e outro no Guamá-Tocantins –, ampliando-se para um total de vinte (Figura 08).

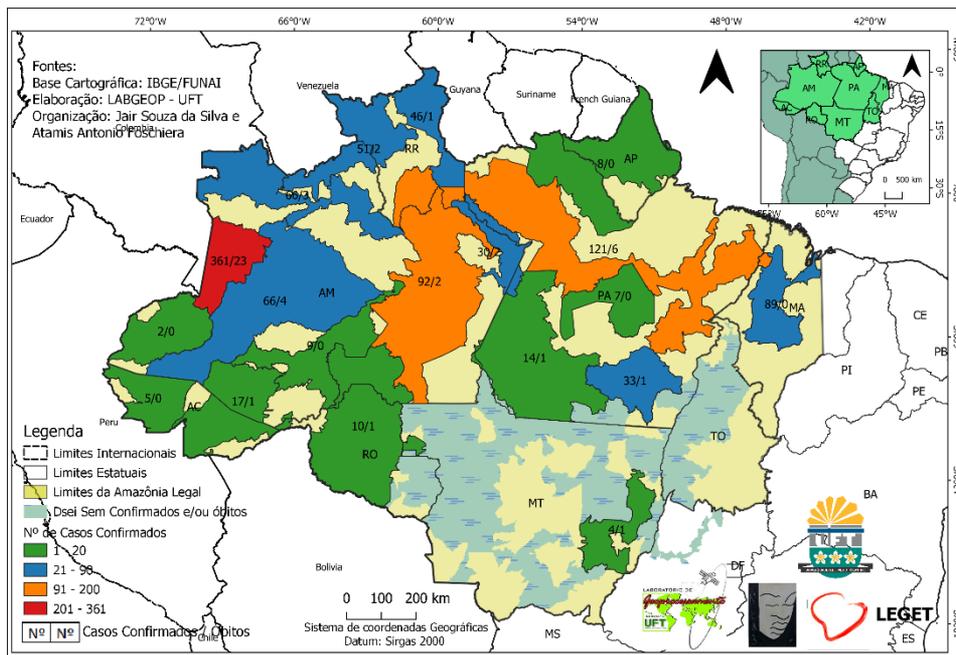


Figura 10: Casos Confirmados de Covid-19 e Óbitos nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) na Amazonia Legal (até 01 de junho de 2020).

No dia 8 de junho de 2020 havia casos confirmados da Covid-19 em 21 DSEIs da Amazônia Legal, agregando-se Tocantins, com um caso, e Xingu, com dois casos. O aumento em percentuais destacou-se nos DSEI Tapajós, com 100%, indo de 14 para 28 casos; Alto Rio Purus, com 123%, passando de 17 para 38 casos; Amapá e Norte do Pará, com 1.362%, saindo de oito para 117 casos. Em números absolutos, o DSEI Alto Rio Solimões se manteve à frente dos demais, indo de 361 para 444 casos; o Maranhão, passando de 89 para 148 casos; e Yanomami, saindo de 51 para 90 casos confirmados. Na presente data acumulavam-se 1.617 casos confirmados da Covid-19 nos DSEIs da Amazônia Legal.

Em relação à data anterior, houve mais 25 óbitos, sendo que os DSEIs Altamira e Maranhão apresentaram seu primeiro óbito. Também, ocorreu mais um óbito nos DSEIs Alto Rio Purus e Porto Velho; dois no Yanomami, Manaus, Alto Rio Negro e Médio Rio Solimões e Afluentes; três no Rio Tapajós; e cinco no Guamá-Tocantins e no Leste do Roraima, acumulando-se um total de 73 óbitos (Figura 11).

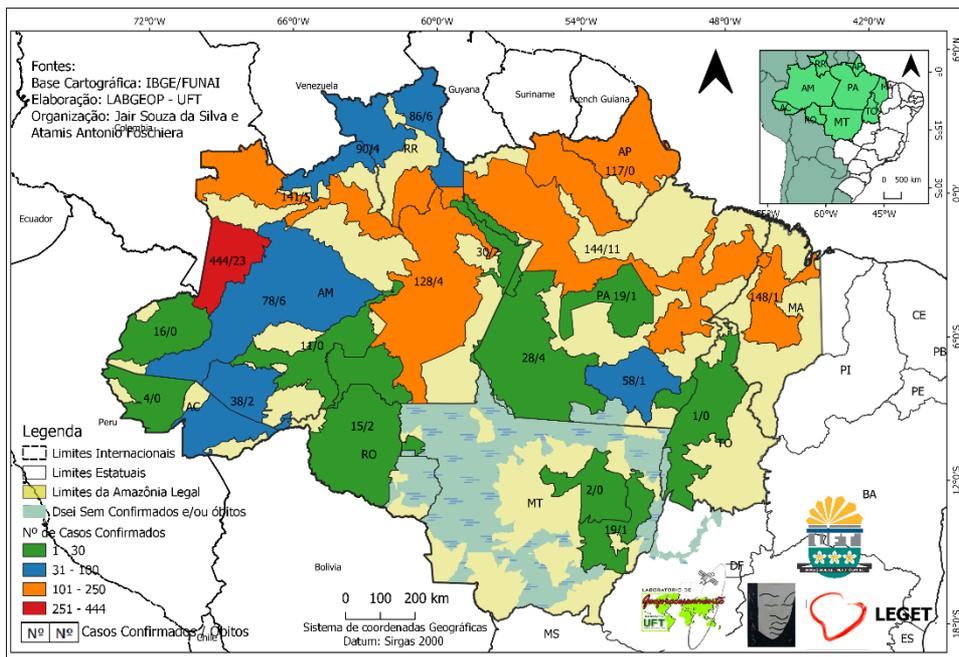


Figura 11: Casos Confirmados de Covid-19 e Óbitos nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) na Amazonia Legal (até 08 de junho de 2020).

Na data de 15 de junho de 2020, 22 DSEIs na Amazônia Legal tinham casos confirmados da Covid-19, ocorrendo pela primeira vez no Caiapó de Mato Grosso, com quatro casos. O aumento em percentuais destacou-se nos DSEIs Vale do Javari, com 100%, indo de 16 para 32 casos; Caiapó do Pará, com 145%, passando de 58 para 142 casos; Porto Velho, com 160%, saindo de 15 para chegar a 39; Tapajós, com 179%, indo de 28 para 78 casos; e Alto Rio Juruá, 200%, passando de 4 para 12 casos. Em números absolutos, o DSEI Alto Rio Solimões se manteve à frente dos demais, saindo de 444 para 495 casos; o Guamá-Tocantins, indo de 144 para 279; e o Maranhão, passando de 148 para 238 casos confirmados. Na presente data havia acumulados 2.310 casos confirmados da Covid-19 nos DSEIs da Amazônia Legal.

Em relação à data anterior, ocorreram mais quatorze óbitos, sendo que o DSEI Xingu apresentou seu primeiro óbito. Houve mais um óbito nos DSEIs Médio Rio Solimões e Afluentes, Manaus, Caiapó do Pará, Guamá-Tocantins e Alto Rio Solimões, Porto Velho; dois no Rio Tapajós e no Maranhão; e quatro no Leste do Roraima, chegando a um total acumulado de 87 óbitos (Figura 12).

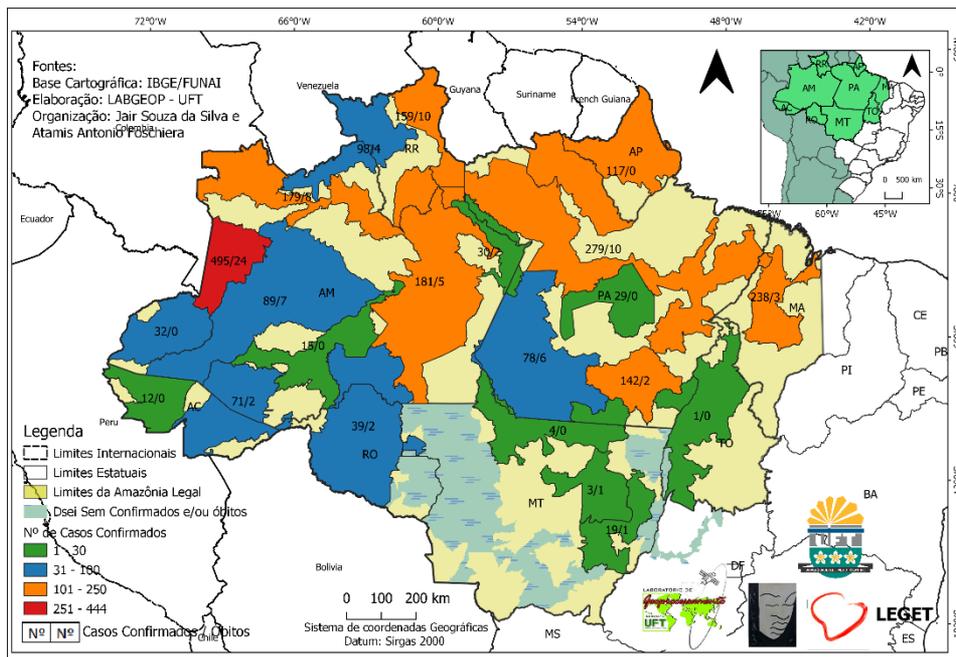


Figura 12: Casos Confirmados de Covid-19 e Óbitos nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) na Amazonia Legal (até 15 de junho de 2020).

Na data de 22 de junho de 2020 contavam-se casos confirmados da Covid-19 em 23 DSEIs na Amazônia Legal, ocorrendo pela primeira vez no Cuiabá, com quatro casos. O aumento em percentuais destacou-se nos DSEIs Amapá e Norte do Pará, com 110%, indo de 117 para 246 casos; Tapajós, com 111%, passando de 78 para 165 casos; e Alto Rio Juruá, 433%, indo de 12 para 64 casos. Em números absolutos, o DSEI Alto Rio Solimões se manteve à frente dos demais, passando de 495 para 555 casos; o Maranhão, indo de 238 para 449; e o Guamá-Tocantins, saindo de 279 para 377 casos confirmados. Na presente data estavam acumulados 3.383 casos confirmados da Covid-19 nos DSEIs da Amazônia Legal.

Em relação à data anterior, ocorreram mais quatorze óbitos, mantendo-se apenas nos DSEIs em que já existiam casos anteriormente. Houve mais um óbito nos DSEIs Alto Rio Purus, Manaus, Leste de Roraima, Alto Rio Negro; três no Rio Tapajós e Caiapó do Pará; e quatro no Maranhão, acumulando-se um total de 101 óbitos (Figura 13).

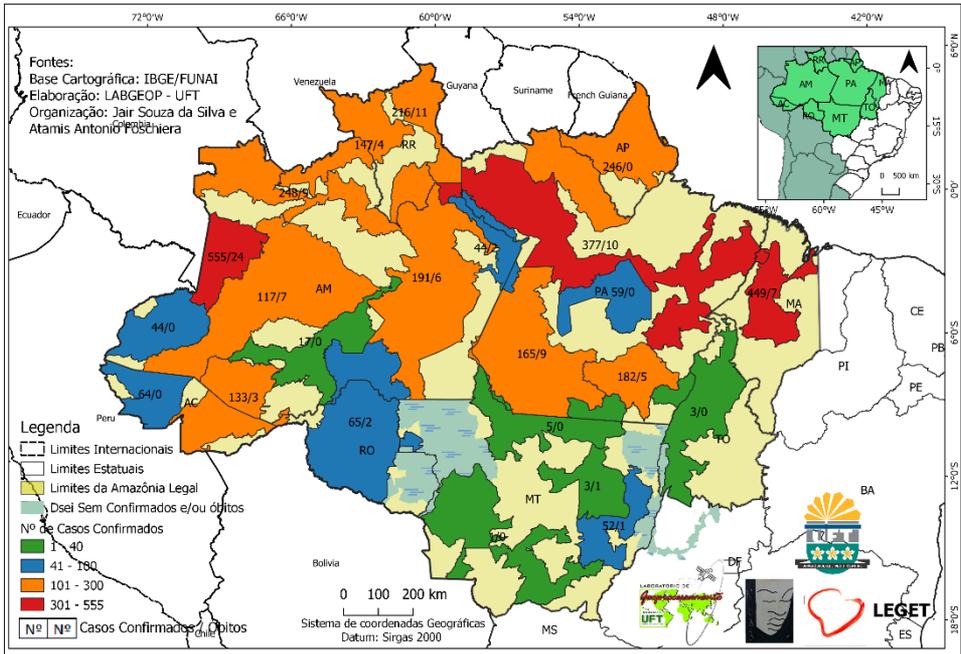


Figura 13: Casos Confirmados de Covid-19 e Óbitos nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) na Amazonia Legal (até 22 de junho de 2020).

Na data de 29 de junho de 2020 existiam casos confirmados da Covid-19 em 24 DSEIs na Amazônia Legal, ocorrendo pela primeira vez no Vilhena, com dois casos. O aumento em percentuais se destacou nos DSEIs Vale do Javari, com 125%, indo de 44 para 99 casos; Alto Rio Juruá, 128%, passando de 64 para 146 casos; e Tapajós, com 202%, saindo de 165 para chegar a 498 casos. Em números absolutos, o DSEI Maranhão passou a liderar, indo de 449 para 614 casos; o Alto Rio Solimões, passando de 555 para 600; e o Rio Tapajós, saindo de 165 para chegar a 498 casos confirmados. Na presente data haviam acumulados 4.811 casos confirmados da Covid-19 nos DSEIs da Amazônia Legal.

Em relação à data anterior, ocorreram mais 26 óbitos, sendo que os DSEIs Alto Rio Juruá, com dois, Amapá e Norte do Pará, com um, e Cuiabá, também com um, apresentaram óbitos pela primeira vez. Houve mais um óbito nos DSEIs Manaus, Alto Rio Negro, Parintins e Rio Tapajós; três no Maranhão; no Xavante ocorreu um aumento considerável, registrando-se quinze óbitos na semana. Passou-se a ter um total acumulado de 127 óbitos (Figura 14).

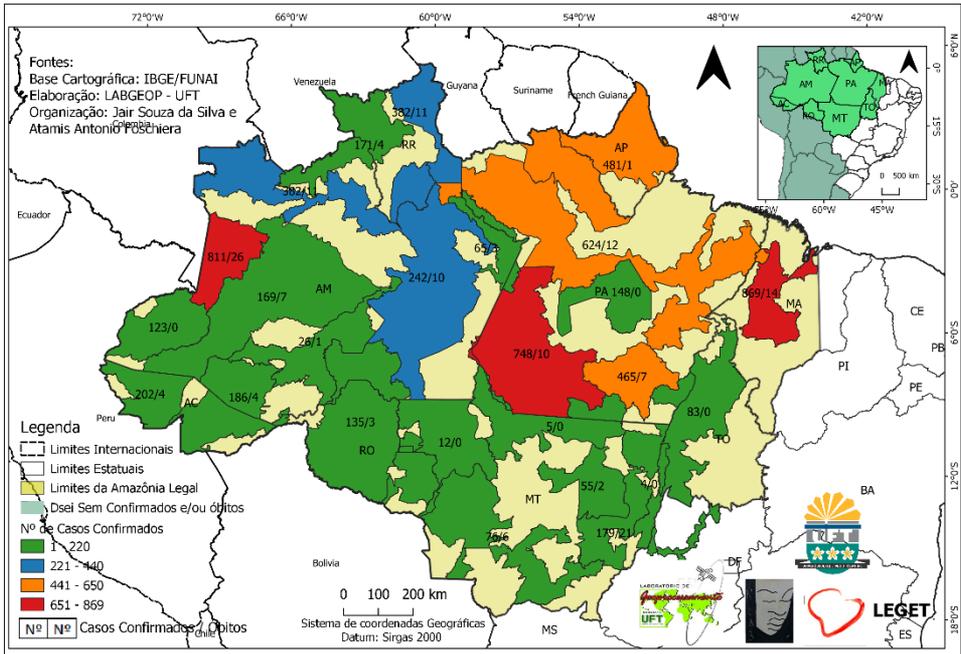


Figura 15: Casos Confirmados de Covid-19 e Óbitos nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) na Amazonia Legal (até 06 de julho de 2020).

Considerações finais

Na Amazônia Legal vive mais da metade dos indígenas residentes em Terras Indígenas do Brasil. Epidemias em povos indígenas nessa região ocorrem desde a chegada dos primeiros colonizadores até a atualidade e foram causadoras de grandes perdas populacionais indígenas.

A Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) é a instância responsável pela saúde indígena e o Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) é uma das referências regionais de atendimento. Do total de 34 DSEIs existentes, 25 deles se localizam na Amazônia Legal.

Com a pandemia da Covid-19, a SESAI passou a publicar os Boletins Epidemiológicos, tendo como referência os DSEIs. O primeiro caso positivo da Covid-19 que foi registrado na Amazônia Legal ocorreu no DSEI Alto Rio Solimões, no dia 13 de abril de 2020, localizado a oeste do estado do Amazonas. Esse caso chama a atenção por ser distante de Manaus, capital do estado, onde surgiram os primeiros casos no estado do Amazonas.

Foram três meses e sete dias para que se registrassem casos da Covid-19 em todos os 25 DSEIS da Amazônia Legal. O Araguaia, que atende a população de Terras Indígenas do Tocantins e Goiás, foi o último a ter casos no boletim epidemiológico da SESAI.

A territorialização da Covid-19 na Amazônia Legal não se deu de forma homogênea entre os DSEIs. A parte central e norte foram as primeiras a apresentarem casos e com mais intensidade, ao passo que a parte sul, principalmente na área de Cerrado, que envolve Mato Grosso e Tocantins, teve uma ocorrência posterior e com menos casos, no período de análise.

Por três semanas do período em análise, o DSEI Alto Rio Solimões foi o que mais acumulou casos. Mas, a partir de então, foi no DSEI Manaus que os casos confirmados passaram a ser os maiores. Já na semana seguinte o DSEI Alto Rio Solimões volta a ter mais casos, num diferencial maior que os demais. Nas duas últimas semanas de análise o DSEI Maranhão passa a ter o maior número de casos confirmados da Covid-19.

Em relação ao número de óbitos, no período em análise, o DSEI Alto Rio Solimões foi o primeiro a ter registros, mantendo-se com o maior número durante todo o período. Os DSEIs Alto Rio Negro, Guamá-Tocantins e Maranhão também apresentaram um grande número de óbitos, porém bem inferior ao do Alto Rio Solimões. Até a última data em análise, os DSEIs Tocantins, Caiapó do Mato Grosso, Vale do Javari, Araguaia e Vilhena não apresentavam óbitos.

Em várias semanas de análise, alguns DSEIs tiveram saltos consideráveis de casos, o que indica uma rápida transmissão ou demora de realização dos testes. Na situação inversa, cabe assinalar que o DSEI Parintins apresentou casos logo no início do período de análise, porém no decorrer do período não se verificaram grandes saltos quantitativos.

São várias as possíveis causas da transmissão da Covid-19 entre as populações das Terras Indígenas e há necessidade de estudos mais aprofundados para validar as hipóteses existentes. Como se trata de trabalhos iniciais, baseados em dados quantitativos, as respectivas análises são parciais, mas podem colaborar com futuras pesquisas sobre a temática que tenham um objetivo mais qualitativo.

Referências

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CALAINHO, Daniela Buono. Jesuítas e medicina no Brasil colonial. *Tempo*, v.10, n.19, p. 61-75, dez. 2005.

CONGRESSO NACIONAL. Lei nº 1.806, de 6 de janeiro de 1953. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1950-1959/lei-1806-6-janeiro-1953-367342-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 15 mar. 2020.

ERIKSON, Philippe. Uma singular pluralidade: a etno-história Pano. Tradução: Beatriz Perrone-Moisés. In: CUNHA, Manuela Carneiro (org.). *História dos índios no Brasil*. São Paulo: Companhia de Letras; Secretaria Municipal de Cultura; FAPESP, 1992. p. 239-252.

FOSCHIERA, Atamis Antonio; SILVA, Jair Souza da. A espacialização do covid-19 em Terras e Parques Indígenas na Amazônia Legal. *Revista Pegada*, Presidente Prudente, SP: CEGeT FCT/UNESP [no prelo].

FRANCHETTO, Bruna. O aparecimento dos caraíba": para uma história kuikuro e alto-xinguana. In: CUNHA, Manuela Carneiro (org.). *História dos índios no Brasil*. São Paulo: Companhia de Letras; Secretaria Municipal de Cultura; FAPESP, 1992. p. 339-356.

GURGEL, Cristina Brandt Friedrich Martin. *Índios, jesuítas e bandeirantes: medicinas e doenças no Brasil dos séculos XVI e XVII*. 2009, f. 225/Tese (Doutorado em Clínica Médica) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas/SP, 04/09/2009.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Brasil: 500 anos de povoamento*. Rio de Janeiro: IBGE, 2000.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pessoas indígenas, por localização do domicílio e condição de indígena. *Censo Demográfico de 2010*. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/4142#resultado>. Acesso em: 27 maio 2020.

ISA. Plataforma de monitoramento da situação indígena na pandemia do novo coronavírus (Covid-19) no Brasil. Disponível em: <https://covid19.socioambiental.org/home>. Acesso em: 23 jul. 2020.

LOPES DA SILVA, Aracy. Dois séculos e meio de história xavante. In: CUNHA, Manuela Carneiro (org.). *História dos índios no Brasil*. São Paulo: Companhia de Letras; Secretaria Municipal de Cultura; FAPESP, 1992. p. 357-378.

MEDEIROS, Carlos. *Com barcos cheios, coronavírus seguiu rota de rios para infestar a Amazônia*. UOL/ECO. 08/06/2020. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/06/08/com-barcos-cheios-coronavirus-seguiu-rota-de-rios-para-infestar-a-amazonia.htm>. Acesso em 10/06/2020.

MENÉNDEZ, Miguel A. Área Madeira-Tapajós: situação de contato e relação entre colonizador e indígena. In: CUNHA, Manuela Carneiro (org.). *História dos índios no Brasil*. São Paulo: Companhia de Letras; Secretaria Municipal de Cultura; FAPESP, 1992. p. 281-292.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Relatório de gestão do exercício de 2016*. Brasília: 2017. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/abril/26/RG-SESAI-2016-Versao-Final.pdf>. Acesso em: 15 maio 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Sobre a doença*. 2017. Disponível em: <<https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca#o-que-e-covidO>>. Acesso em: 11 maio 2020.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. *Recomendação nº 11/2020-MPF*. Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/df/sala-de-imprensa/docs/RecomendacaoSaudeIndigenaCOVID19.pdf>. Acesso em: 19 maio 2020.

OLIVEIRA, Paulo Henrique de. *Direito indígena à saúde: proteção constitucional e internacional*. 2009 f. 334/Dissertação (Mestrado em Direito) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo/SP, 2009.

OPAN/CIMI-MT. *Índios em Mato Grosso: dossiê*. Cuiabá: OPAN, 1987.

PORRO, Antônio. História indígena do Alto e Médio Amazonas. In: CUNHA, Manuela Carneiro (org.). *História dos índios no Brasil*. São Paulo: Companhia de Letras; Secretaria Municipal de Cultura; FAPESP, 1992. p. 175-196

RAVAGNANI, Oswaldo M. Eu te batizo... em nome da servidão (A catequese dos Xavante). *Revista de Antropologia*, São Paulo: Universidade de São Paulo, v. 30-32, p. 133-149, 1987-1989.

RENARD-CASEVITZ, France-Marie. História Kampa, memória Ashaninca. Tradução: Beatriz Perrone-Moisés. In: CUNHA, Manuela Carneiro (org.). *História dos índios no Brasil*. São Paulo: Companhia de Letras; Secretaria Municipal de Cultura; FAPESP, 1992. p. 196-212.

RIBEIRO, Darci. *Os índios e a civilização*. Integração das populações indígenas no Brasil moderno. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

SÁ, Daniella Ribeiro. *Malária em terras indígenas habitadas pelos Pakaanóva (Wari')*, estado de Rondônia, Brasil: estudo epidemiológico e entomológico. 2003 f.59/Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Programa de Pós-Graduação da Escola Nacional de Saúde Pública –Fiocruz. Rio de Janeiro, 2003.

SANTILLI, Nádia Farage e Paulo. Estado de sítio, territórios e identidades no vale do rio Branco. In: CUNHA, Manuela Carneiro (org.). *História dos índios no Brasil*. São Paulo: Companhia de Letras; Secretaria Municipal de Cultura; FAPESP, 1992. p. 267-278

SESAI. *Boletim Epidemiológico da SESAI, Covid 19*. 18 maio 2020. Disponível em: <https://saudeindigena.saude.gov.br/>. Acesso em: 19 maio 2020.

SUDAM. *Histórico*. Disponível em: <http://www.sudam.gov.br/index.php/ouvidoria/58-acesso-a-informacao/87-historico-sudam>. Acesso em: 10 abr. 2020.

TURNER, Terence. Os Mebengokre Kayapó: história e mudança social, de comunidades autônomas para a coexistência interétnica. Tradução: Beatriz Perrone-Moisés. In: CUNHA, Manuela Carneiro (org.). *História dos índios no Brasil*. São Paulo: Companhia de Letras; Secretaria Municipal de Cultura; FAPESP, 1992. p. 311-338.

Atamis Antonio Foschiera

Doutor em Geografia pela UNESP/Presidente Prudente. Mestre em Extensão Rural pela UFSM. Graduado em Geografia pela UFSM. Atualmente é professor do curso de graduação e do Programa de Pós-Graduação em Geografia pela UFT/Campus de Porto Nacional.

Rua Lizias Rodrigues, Qd. J, Lt. 55, Ed. Porto Nobre. Setor Aeroporto. Porto Nacional, TO.

E-mail: foschieraa@uft.edu.br

Jair Souza da Silva

Bacharel em Geografia pela UFT/Porto Nacional e mestrando em Geografia pela UFCat.

Rua 805, Bairro Santa Rita, Catalão, GO.

E-mail: Jair_edificacoes@hotmail.com

Recebido para publicação em agosto de 2020

Aceito para publicação em outubro de 2020