



ALAP 2020

IX Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población



9 a 11 diciembre

EL ROL DE LOS ESTUDIOS DE POBLACIÓN TRAS LA PANDEMIA DE COVID-19 Y
EL DESAFÍO DE LA IGUALDAD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

*Adriana Athila, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (RJ),
adrianarathila@gmail.com*

EPIDEMIAS E DIREITOS ESPECÍFICOS DE SAÚDE: REFLEXÕES SOBRE O
PRIMEIRO DISTRITO SANITÁRIO INDÍGENA DO BRASIL E A POLÍTICA DE
SAÚDE INDÍGENA (1991-2020)¹

¹ Este trabalho está inserido em um projeto coletivo mais amplo, denominado “Saúde dos Povos Indígenas no Brasil: Perspectivas Históricas, Socioculturais e Políticas”, com financiamento concedido ao Dr. Ricardo Ventura Santos, pelo Wellcome Trust/ UK (203486/Z/16/ Z). A pesquisa foi avaliada e aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (parecer CONEP no. CAAE 61230416.6.0000.5240) (ENSP-Fiocruz/Museu Nacional). A pesquisa sobre a criação do Distrito Sanitário Yanomami, contou com financiamento de uma bolsa de PNPD/CAPES e respectivos auxílios de bancada, junto ao Programa de Pós-Graduação de Epidemiologia em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, FIOCRUZ (RJ), de dezembro de 2018 a novembro de 2020.

I - CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA

O DISTRITO SANITÁRIO YANOMAMI, A (IN)VISIBILIDADE DE POVOS E MOVIMENTOS INDÍGENAS E A CONSTRUÇÃO DE UMA POLÍTICA DE SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL

Nas últimas décadas, as Constituições Nacionais de parte significativa dos países com povos indígenas na composição de sua população passam a reconhecê-los e a seus direitos fundamentais (DPLF/OXFAM, 2015). A América latina é considerada como a mais representativa região relativamente à existência de direitos específicos de povos indígenas e, dentre os países sulamericanos, praticamente todos consideram povos indígenas em seus dispositivos constitucionais e supra-constitucionais, com possíveis variações derivadas de condições sociopolíticas particulares (Ferdinand et al 2020).

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 adota princípios como os de “equidade social” e o “multiculturalismo”, norteando a formulação de políticas públicas de modo geral e atingindo diretamente povos indígenas do país (Souza Lima 2005; Cortina 2005). No campo da saúde, a reforma constitucional estabeleceu marcos conceituais e legais para um sistema público de cobertura universal (Paim et al. 2011). Outro importante marco regulatório foi a Convenção 169, da Organização Internacional do Trabalho (1989), de modo a garantir o reconhecimento “das aspirações desses povos a assumir o controle de suas próprias instituições, formas de vida e de seu desenvolvimento econômico, e a manter e fortalecer suas identidades, línguas e religião dentro do marco do Estado em que vivem” (OIT 2011: 93).

A luta do movimento indígena e indigenista garante a inclusão de um Capítulo específico na nova Constituição, “Dos Índios”. O movimento também reivindicou a organização de políticas sociais específicas e diferenciadas, segundo contextos socioculturais de povos indígenas, como um subsistema público específico e integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS) (Santos et al. 2008; Cardoso et al. 2012).

Este período de conquistas sucede imediatamente as décadas de 70 e 80, quando demógrafos e antropólogos previam que povos indígenas não iriam sobreviver como segmento sociocultural diferenciado no Brasil (Coimbra Jr. et al. 2003; McSweeney & Arps 2005; Pagliaro et al. 2005; Santos & Teixeira 2011). Alimentando tais expectativas, altos índices de mortalidade relacionada a epidemias, fruto de sistemáticas invasões dos territórios indígenas por frentes econômico-desenvolvimentistas que varam o interior do país (Davis 1978).

Nos retoricamente chamados “vazios demográficos”, sobretudo na Amazônia brasileira, estradas, projetos de colonização, encontram-se com povos indígenas, alguns desconhecidos até então (Ramos 1993; Davis 1977). As epidemias auxiliam o Estado militar-ditatorial brasileiro nesta conquista (Ramos 1993). Mortes, epidemias provocadas ou agravadas pelo “*despreparo*”, ações e “*omissões*” propositais do Estado (Do Pateo 2014: 4, 30) eram resultado do Projeto de Nação daquele período.

Entre as décadas de 70 e 80 esse cenário é transformado. Em sentido contrário às projeções de extermínio, o crescente ativismo político indígena, através da emergência e consolidação de “movimentos indígenas” e de sua articulação a uma rede “indigenista” multidisciplinar, assume iniciativas de localização e contagem de indígenas paralelas ao Estado, reunindo evidências demográficas de seu crescimento populacional e áreas de ocupação ao longo do país (Albert, 1997; Santos et al 2019: 31).

O Distrito Sanitário Yanomami (DSY), criado neste contexto e em meio a agudas epidemias que dizimaram cerca de 20% de sua população, é a primeira organização de atenção à saúde fundada sob as diretrizes do movimento sanitário e indigenista a integrar a estrutura jurídico-formal do Estado brasileiro, em 1991. O Distrito é precursor na adoção de um modelo de atenção à saúde adequada a uma minoria étnico-populacional no país. Em paralelo à criação do Distrito, acontece a demarcação da Terra Indígena Yanomami, tornando o DSY um primeiro exemplo de reconhecimento formal da associação entre uma minoria populacional, um território étnico singular e um programa específico de saúde.

Esta configuração espelha demandas dos nascentes movimentos indígenas, indigenistas e ideais da Reforma Sanitária, compreendidos também como parte da busca por modelos alternativos de políticas de saúde coletiva ao nível mundial (Pontes et al, 2019). Esta rede, no caso dos Yanomami, é construída na longa duração, através de iniciativas culturalmente específicas de saúde e território que se configuram a partir de meados da década de 70. Neste período, vivendo em territórios aos quais o Estado recusava-se reconhecer integralmente, os Yanomami sofrem os primeiros efeitos epidêmicos de um contato desordenado com trabalhadores de uma rodovia planejada para cortar longitudinalmente suas terras. Desde então, elas serão crescentemente atingidas também pelo garimpo e projetos de colonização.

Com o reconhecimento de seu território em disputa e na ausência de um programa de atenção permanente à saúde, o ápice deste contato e efeitos sanitários, epidêmicos e sociológicos é o episódio conhecido por “invasão garimpeira”, em 1987. Cerca de 40.000

garimpeiros invadem as terras Yanomami, enquanto o Estado brasileiro expulsa todos aqueles então responsáveis pelo atendimento à sua saúde.

É quando a rede multiprofissional e multi-institucional transnacional envolvida em ações de saúde e território, aliada à potência dos Yanomami, internacionalmente descritos enquanto a maior nação das Américas com estilo de vida preservado e estando seriamente ameaçada, dedicam-se a produzir dados sobre sua saúde, comprometimento da vida e condições de território. Estas iniciativas alternativas e emergenciais de “quantificação”, tornam visível o caráter letal e destrutivo das epidemias sobre a vida dos Yanomami de diversas regiões, em sua relação com o garimpo e a ausência de um programa permanente e específico de atenção à sua saúde. Junto a lideranças e mobilizações indígenas, elas contribuem à criação formal do primeiro distrito sanitário indígena do país, como também aos rumos trilhados pela vindoura Política Nacional de Atenção à Saúde de Povos Indígenas no Brasil (MS 2002).

A convergência destes atores, voltada, entre outras ações, à produção de dados e visibilização de epidemias, mortes e adoecimentos, gera efeitos inéditos nas políticas públicas de saúde indígena. A emergência do DSY inaugura a longa trajetória da saúde indígena diante do aparato jurídico-formal do Estado brasileiro: de 1991, quando o Distrito é criado por uma Portaria Interministerial, ao ano de 1998, quando a chamada “Lei Arouca” inaugura as bases legais do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), dedicado à totalidade da população brasileira. Ao menos em suas diretrizes, programas e ações de saúde direcionados aos povos indígenas passam a incorporar noções de respeito às diferenças socioculturais nas diferentes áreas, como na produção de informações e na formação de profissionais (Ferreira 2015; Garnelo 2014; Langdon 2004).

O Subsistema de saúde indígena tem gestão e especificidades administrativas distintas das adotadas pelo SUS, organizado segundo os diferentes municípios do país. São atualmente 35 Distritos Sanitários Especiais Indígenas, com alguma correspondência territorial e etno-cultural com os povos atendidos e tendo por competência a atenção primária nas aldeias e a articulação deste atendimento com os maiores graus de complexidade, no âmbito do SUS (Santos et al. 2008; Cardoso et al. 2012). Apenas indígenas em Terras Indígenas formalmente reconhecidas pelo Estado são atendidos pelo Subsistema.

Apesar dos censos incluírem algumas informações sobre indígenas, o Brasil chega aos anos 2000 sem que o instrumento fosse especificamente construído para capturar

características deste universo da população, como acontecia há algum tempo em outros países da América Latina (Pereira et al 2009: 177). Até pelo menos 2005, os especialistas concordavam que ainda eram “*pouco conhecidas as mais diversas dimensões da dinâmica demográfica – seja natalidade, mortalidade ou migração – dos povos indígenas no Brasil Contemporâneo*” (Pagliaro et al 2005: 11). Algumas iniciativas se delineavam à época, principalmente atribuídas a uma maior consistência, organização e visibilidade do chamado “movimento indígena” e indigenista no país, como à disseminação de estudos de campo de antropólogos e demógrafos (Santos et al 2019).

O Censo Demográfico de 2010 é o primeiro a incluir informações sobre a identificação étnica e linguística daqueles autodeclarados ou que se consideram indígenas, seja vivendo dentro de territórios em diferentes situações de reconhecimento pelo Estado, seja em contextos urbanos, trazendo contrastes numéricos e modalidades de “visibilidade” significativos. Ainda que muitos indicadores careçam de um desenho capaz de contemplar as plurais realidades dos povos indígenas do país, é indiscutível a importância da iniciativa, em termos de conhecimento sobre povos indígenas brasileiros (Caldas et al 2017: 2) e de seu reconhecimento e de suas especificidades diante do Estado.

São disponibilizados dados sobre uma série de indicadores, como aqueles educacionais ou de condições sanitárias e moradias. É possível saber que no Brasil ao menos 817 mil pessoas se declararam indígenas – cerca de 0,5% da população brasileira –, tendo sido identificadas 305 etnias e 274 línguas indígenas (IBGE 2012; Santos et al 2019). Como acontece a qualquer segmento populacional, a “visibilidade” – não apenas demográfica, mas em diversas áreas –, idealmente cada vez mais qualificada, é condição *si ne qua non* para a elaboração de políticas públicas específicas e adequadas aos padecimentos de povos indígenas no país (Anderson et al 2016: 153).

Na medida em que apenas indígenas em Terras Indígenas formalmente reconhecidas pelo poder público são atendidos pelo Subsistema de Saúde Indígena, sabemos também que um contingente importante de indígenas em áreas não regularizadas e cidades deverá ser atendido pelo SUS, a depender das possibilidades de acesso (ibge, 2012). O atendimento, quando realizado, não obedece a qualquer especificidade culturalmente sensível ou gera registro sobre cor/etnia nos sistemas públicos de informação, impossibilitando o monitoramento de suas condições específicas de saúde e sociodemografia (APIB, 2020).

Dentro deste panorama sociodemográfico e depois de quase duas décadas de funcionamento do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, dentro do Sistema Único de

Saúde brasileiro (SASISUS), persistem expressivas iniquidades na saúde de indígenas (Coimbra et al. 2013: 3). Isto se reflete em escala internacional, quando indicadores de saúde e outros determinantes sociais entre povos indígenas e tribais de diversos países comportam-se de modo desfavoravelmente desigual quando comparados àqueles de segmentos não indígenas da população (Anderson et al, 2016).

A “visibilidade”, sendo ao mesmo tempo possibilidade e resultado de participação efetiva de povos e “movimentos indígenas” nos rumos específicos de sua saúde, é reconhecida como um motor de transformação dentro do quadro maior da saúde coletiva e bem-estar de povos indígenas. A constituição de redes inclusivas, não apenas no Brasil ou em cada país, mas articuladas em escala global, vem sendo apontada como fundamental à governança em saúde e ao desenvolvimento de “*sistemas de dados indígenas*”, atuando contrariamente a contextos nacionais usualmente desfavoráveis (Anderson et al 2016).

Esta aparente digressão tem o propósito de evocar a ideia de que um elemento-chave para uma construção de instrumentos e bancos de dados capazes de expressar as peculiaridades de povos indígenas e, a partir disto, gerar políticas com efeito sobre suas particulares – e desiguais - condições de saúde e bem-estar, é a participação de indígenas, em todas suas etapas. Este esforço “torna visíveis” povos indígenas e suas iníquas condições sociodemográficas e de saúde, conciliando estas avaliações a seus “*valores, conceitos de saúde e prioridades*” e promovendo adequadamente seu “*bem-estar e saúde*”, dentro de noções próprias (Anderson et al 2016: 154) [trad. minha].

Em 2019, na contramão destas recomendações e ignorando o longo percurso da construção do Subsistema, marcado pelo protagonismo de movimentos indígenas e indigenistas, o governo brasileiro resgata o discurso assimilatório, dedicando-se a desconstruir a Política Nacional de Atenção à Saúde de Povos Indígenas, entre outros direitos conquistados eles. A proposta é reinserir a atenção ao nível do município, apagando os contornos do Subsistema de Saúde Indígena.

Ocorrem mobilizações nacionais em março de 2019, inclusive por parte dos Yanomami, em Boa Vista, e o governo recua na proposição. A 6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, fórum mobilização, discussão e controle social, inicialmente prevista para maio de 2019, é seguidas vezes adiada pelo Estado.

Neste quadro sociopolítico instaura-se a pandemia de Covid-19, atingindo diferencial, rápida e tragicamente diversos aspectos da vida de povos indígenas do país (Santos et al 2020).

II – OBJETIVOS

Através de uma análise sociopolítica sobre as Epidemias Yanomami – caracterizadas por “*pandemias*”, no início dos anos 90 (Ramos & Menegolla, 1991) - e sobre a criação do Primeiro Distrito Sanitário Especial Indígena do país, este trabalho salienta alguns aspectos sobre o percurso de lutas e mobilizações indigenistas e indígenas em torno da construção de ações de saúde específicas e da Política Nacional de Atenção à Saúde de Povos Indígenas no Brasil. Este vultoso movimento de forças difusas, catalisadas em um momento de emergência epidêmica e condições degradadas de existência dos Yanomami e outros povos indígenas do país, envolve lideranças e indígenas em aldeias e cidades, articulados a agentes de diversas disciplinas e instituições, e com diferentes modalidades de organização política.

Esta rede híbrida atua contrariamente à invisibilidade deste segmento populacional, inclusive do ponto de vista da produção de dados específicos sobre população, território e saúde, remetida a seus determinantes amplos e indissociável da existência de indígenas em áreas física e sanitariamente resguardado. Por outro lado, faz o exercício de contrastar este sólido percurso para sugerir algumas reflexões sobre a relação entre Estado, Povos indígenas e Políticas específicas de Saúde no Brasil, considerando a intervenção contemporânea do movimento indígena frente a um governo reconhecido como “a mais séria ameaça à população indígena”, desde as conquistas constitucionais de 1988 (LANCET 2019) (trad. minha), suas ações, omissões e desfigurações de direitos, no decorrer da Pandemia de COVID-19.

III – Material e Métodos

Fazendo-as contrastar com o exercício de refletir preliminarmente sobre o impacto da COVID-19 entre os povos indígenas brasileiros, este trabalho emprega análises históricas, sociopolíticas e discursivas para abordar um conjunto de processos sobre a formulação de uma política pública de saúde direcionada aos povos indígenas, imediatamente antes e durante a transição do período militar para a democracia no final da década de 1980. Este período corresponde àquele dentro do qual a criação do Distrito Sanitário Yanomami representa um marco central para as políticas de saúde indígena e coletiva, como para a consolidação do movimento indígena brasileiro, em sua articulação

com o Estado e com setores internacionais, seja da sociedade civil organizada, seja de instituições como o World Bank e a própria Organização Mundial da Saúde.

Com destaque para a participação de movimentos indígenas e através da análise de fontes bibliográficas e documentais amplas e entrevistas de atores-chave, são analisadas as implicações da constituição do DSY e de seus impactos na composição do campo da saúde indígena, dentro do período de democratização, com destaque para as décadas de 80 e 90. Esta compreensão, como o trabalho propõe, não pode ser dissociada nem da busca por modelos alternativos de políticas de saúde coletiva, em um momento de crise de paradigmas, nem da elaboração e sedimentação de um corpo de direitos constitucionais de povos indígenas no Brasil e em outros países da América Latina. Essa associação demonstra o profundo comprometimento das ideias, práticas e demandas de movimentos indígenas e indigenistas, com relação a uma concepção ampla de “saúde”.

Diferentes noções e apropriações sobre “epidemias”, “projetos de nação” e suas relações com uma dada conceituação de “Povos Indígenas”, com as singularidades dos Yanomami, no âmbito nacional e internacional, são tomadas como categorias metodológicas centrais para acessar diferentes percepções, aproximações, distanciamentos e associações relevantes à compreensão dos múltiplos agentes e das condições de materialização do DSY (Dent & Santos 2017). No contexto pandêmico, estas articulações estão a serviço da compreensão de algo acerca da relação entre povos indígenas, Estado e sua política específica de saúde.

Trata-se de uma investigação histórico-antropológica sobre o envolvimento dos atores indígenas na formulação, implementação e participação na governança das políticas de saúde para as populações indígenas no Brasil. Metodologicamente, os papéis desempenhados pelos atores indígenas foram investigados através de entrevistas em profundidade e uma análise polifônica de documentos e outras fontes alternativas disponíveis sobre o período, como jornais, informativos de entidades e associações relacionadas aos movimentos indígena, indigenista e sanitário, ou mesmo sessões da câmara e do senado, onde o tema das epidemias, dos Yanomami e de uma série de agentes e situações sociopolíticas do país encontram eco.

Utilizando a abordagem analítica, previamente empregada em outros estudos sobre a emergência e consolidação do campo da saúde pública no Brasil (Lima 2007; Vieira-da-Silva & Pinell 2013), as entrevistas priorizaram líderes de movimentos sociais que participaram na formulação e desenvolvimento histórico da política nacional de saúde. Também foram conduzidas e/ou analisadas entrevistas com acadêmicos e atores

políticos do campo da saúde pública e ciências sociais que estiveram envolvidos nas discussões que conduziram à formulação e implementação da política nacional de saúde direcionada as populações indígenas no Brasil.

IV – Resultados

A criação do Distrito Sanitário Yanomami, em 1991, remete a diferentes campos disciplinares, modalidades de organização e representação política, projetos de nação, financiamentos, controvérsias científicas e/ou da opinião pública, em arenas regionais, nacionais e internacionais, atributos peculiarmente articulados sob a égide dos Yanomami (e não de outro povo indígena brasileiro). Ela ilumina algo acerca da história das ideias e práticas que trariam transformações significativas ao campo da saúde de povos indígenas do país, como da saúde coletiva.

As mobilizações associadas à área da saúde encontram-se em um momento de transformação de paradigmas. Em um movimento de expressão mundial, a saúde cada vez mais remete a concepções e determinantes amplos, aproximando-se de modelos e experiências centradas na participação comunitária nas ações de saúde (WHO 1978; Verani 1999: 3; Langdon & Cardoso 2015:14). Esferas locais e globais dos diversos e mais abrangentes movimentos políticos mundo afora – e adentro - aproximam-se nos termos de redes, no sentido latouriano (Latour [1991] 2008). Estas “*redes labirínticas*” e que não se submetem a uma separação e que comportam caminhos para além dos retilíneos (Latour [1991] 2008: 119, 120), são pertinentes a uma compreensão ampla sobre a criação e a relevância do DSY para a saúde coletiva e a saúde indígena no Brasil.

No contexto brasileiro, sob regime ditatorial, Shankland & Athias (2007) assinalam como elementos que integravam ou viriam a integrar os movimentos sanitarista e popular em torno da saúde, por não serem formalmente associados à militância, encontravam-se menos submetidos aos rigores do controle da polícia secreta. Alguns destes profissionais, de maneira insuspeita, viriam a ocupar posições dentro de uma burocracia de saúde, ao nível federal ou estadual, em paralelo à sua atuação junto a universidades, comunidades ou igreja católica, possibilitando conexões, talvez não possíveis de outra forma (Shankland & Athias 2007: 78).

Quanto aos povos indígenas, Albert registra, para o final de 1978, a tentativa do “Estado” em emplacar um decreto sobre emancipação de povos indígenas “*aculturados*”, a guisa de expropriação de terras, gerando uma importante e inédita mobilização

contrária, com expressão midiática (Kopenawa & Albert 2010). A mobilização associava o movimento indígena emergente a setores intelectuais multidisciplinares – incluindo a saúde coletiva -, unidos contrariamente à ditadura militar.

Foi neste contexto que Claudia Andujar – fotógrafa engajada que trabalhava desde 1974 entre os Yanomami -, o antropólogo Bruce Albert e o missionário da Ordem Consolata, Carlo Zacquini, criaram formalmente a Comissão pela Criação do Parque Indígena Yanomami (CCPY) (Kopenawa & Albert 2010: 714). A CCPY, à qual a antropóloga Alcida Ramos e Davi Kopenawa se juntariam por volta de 1983 teria, na pessoa de seus fundadores, protagonismo no trânsito das questões relativas às ações de saúde e ao território Yanomami, por diferentes fóruns transnacionais.

Estes aspectos são inextricáveis ao contexto de emergência e mesmo àquele concomitante e posterior ao estabelecimento do Distrito Sanitário Yanomami, atravessando a chamada “redemocratização” brasileira. Notadamente a Amazônia é descrita e criada nos documentos do período como um “*imenso vazio*” que “*clama ocupação*” no sentido humano e econômico; ela precisa ser “*descoberta*” e “*renascida*”, ao mesmo tempo em que mapeada, com tecnologias cartográficas e visando a exploração por uma classe empresarial privada, em seus potenciais produtivos (DNPM 1974).

Amazônia descoberta pelo Estado. Povos Indígenas, invisíveis. É assim que o volume número 8 do projeto RADAM, publicado em 1975 pelo Departamento Nacional de Produção Mineral (DNPM) e dedicado àquele mapeamento em “Boa Vista, Tumucumaque e Roraima” é um marco para a invasão do território Yanomami e seus episódios de catástrofe epidemiológica. Ao mesmo tempo em que localiza reserva minerais no cerne do território Yanomami, o documento não registra uma palavra específica sobre eles, ao longo de seu vultoso e detalhado corpo.

Por outro lado, os Yanomami apontam para algumas peculiaridades que desempenhariam um lugar central nos rumos e possibilidades que levariam à instituição do primeiro Distrito Sanitário do Brasil. Em meio a disputas e desconfigurações quase simultâneas, o DSY é instituído em paralelo à regularização de uma Terra Indígena que com ele se confunde. Isto não é destituído de relevância e significado. Ele é um primeiro exemplo de reconhecimento formal, no campo da saúde indígena brasileira, de uma associação entre “saúde”, em uma concepção ampla, e “território”, ou seja, um “território de/para saúde”. Neste período, que é também de transformações de paradigmas na saúde coletiva ao nível mundial, estas noções emergem associadas, nas demandas tanto de movimentos indígenas e indigenistas, como naqueles mais propriamente sanitários.

Seus primeiros contatos com a biomedicina missionária acontecem entre o fim da década de 50 e início da década de 60, com os primeiros missionários, da MEVA (Missão Evangélica da Amazônia), da Consolata e dos Salesianos (FUNASA 1991, Guimarães 2015). A presença missionária levaria a uma epidemia de sarampo, de modo que uma história inaugural da “saúde Yanomami”, conforme ela é contada por um relatório que pretende realizar um primeiro balanço sobre a atuação do DSY, começa ela mesma pela “epidemia” que “varreu grande parte do território Yanomami, tanto no Brasil quanto na Venezuela, em 1967-1968” (FUNASA 1991: 25).

Praticamente em paralelo a isso, acontece o *début* dos Yanomami e de outros povos indígenas latinoamericanos, como alvos preferenciais de cientistas como Neel e Salzano e do “*International Biological Program*” (Neel & Salzano 1964), também centrado na noção de “doença” e “epidemia”. Estes povos eram considerados preferenciais para testar de vacinas a hipóteses sobre evolução humana. Eram “laboratórios” na iminência de serem “corrompidos”, em seus atributos de “*primitive*” ou “*virgin soil populations*”, justamente pelo avanço de projetos de “desenvolvimento” e “ocupação” da amazônia (Neel & Salzano 1964: 85; Dent & Santos 2017).

Esta imagem dos Yanomami, enquanto povos tipicamente “primitivos”, não corrompidos, tem força em articular, tanto iniciativas exterminatórias, digamos assim, quanto preservacionistas dentro e fora do país. Por serem transfronteiços, concentrarem interesse científico e alguma projeção internacional, entre fins dos anos 70 e fim dos anos 80, a categoria de “*segurança nacional*” interage com os Yanomami de modo a permitir toda sorte de “intervenção”, “omissão proposital” e “extermínio”.

Neste período, caracterizado como de transição democrática, diferentes projetos de nação e participação política que se articulam ao exterior estão em clara disputa (Magalhães 2001). É neste panorama heterogêneo que se fundam as bases para a construção de políticas de saúde coletiva em geral e de povos indígenas e outras minorias em particular, dentro de uma concepção universal, integral e participativa, conforme elas, ao menos até este momento, têm sido formalmente compreendidas.

Estradas, penetrações espaciais e doenças vão se instalando, sendo provocadas por ação e omissão calculada por setores do Estado, personagens políticos e instituições de diversos níveis da federação, ao mesmo tempo em que marcos jurídicos e pactos em defesa de povos e direitos indígenas vão acontecendo, muitas vezes em um mesmo ano. As pesquisas geológicas do RADAM em 1975 são divulgadas, projetos de assentamento vão sendo instalados em locais cada vez mais tangenciais ao território Yanomami e

estradas construídas, sendo a Perimetral Norte um marco epidemiológico e de colapso nas condições de existência dos Yanomami daqui para a frente.

A penetração nos territórios Yanomami e a degradação de suas condições de vida e saúde acontecem em paralelo à primeira ação de saúde com sentido interdisciplinar e culturalmente específico entre aquele povo. A FUNAI, então responsável pelas ações de saúde entre povos indígenas, aprova o “plano Yanoama” (1975), coordenado por Kenneth Taylor, então antropólogo da UNB.

Marcado pela preocupação em juntar e gerar dados epidemiológicos e mapear histórias de vida dos Yanomami e de suas adoentadas e impactas comunidades ao longo do traçado da estrada Perimetral Norte, o Plano Yanoama tentava controlar os efeitos dos contatos interétnicos e epidemiológicos do empreendimento, para posteriormente assistir mais sistematicamente a saúde Yanomami e demarcar seu território. Inevitavelmente, as relações entre índios e “brancos” se descontrolam. Os projetos de Taylor são continuamente minados em suas possibilidades logísticas, por uma série de órgãos oficiais então associados aos cuidados de saúde de povos indígenas. Cerca de um ano mais tarde (1976), por ser “*estrangeiro*”, em “*zona de fronteira*”, o antropólogo é impedido de trabalhar em Roraima, por razões da tal “*segurança nacional*”.

Mineradoras e um grande número de garimpeiros continuam a invadir o território Yanomami, causando o “*primeiro pico de endemia do estado*”. Quatro comunidades Yanomami são reduzidas à metade. Em paralelo a isso, o Estado, através da FUNAI fragmenta seu território tradicional em 21 áreas descontínuas; nele instaura uma colônia penal agrícola, que não deixa de atuar como vetor de contágio.

A Assembléia Mundial de Saúde, com a declaração-marco de Alma-Ata (WHO 1978), é contemporânea da criação da Comissão pela Criação do Parque Indígena Yanomami (CCPY) é criada. Entre os anos de 1980 e 1981, começam as primeiras mobilizações e algum atendimento mais sistemático à saúde dos Yanomami, por diversos agentes, que podem atuar em paralelo ou conjuntamente ao longo do tempo, como a MEVA, a ordem da Consolata, Salesianos, Protestantes, MDM, MSF, e mesmo a FUNAI, com destaque para seu convênio com a CCPY, enquanto principal articuladora informal daquelas organizações.

Médicos, sanitaristas também de diversas instituições, como a Escola Paulista de Medicina e a Fundação Oswaldo Cruz, podiam ser também recrutados, a depender de relações marcadas mais por relações interpessoais do que propriamente institucionais. Nesta época, começa a ser mais formalmente constituída a União das Nações Indígenas,

a UNI, com o apoio do Conselho Indigenista Missionário (CIMI). Trata-se de uma longa e heterogênea história.

Precisamente de 1985 em diante, a UNI estabelece conexão direta com os Yanomami. A organização é ator-chave de diversos episódios importantes ao estudo de caso do DSY e diante de uma compreensão sociopolítica participativa dos indígenas nos rumos das ações e da política de saúde e território do período. Juntos, promovem, em 1986, a Primeira Assembleia Yanomami, no Demini, com a participação dos Yanomami de diversas sub-regiões, do próprio Davi Kopenawa, Ailton Krenak (pela UNI), representantes de instituições públicas, um Senador da República e também artistas (CCPY, 1986).

No Brasil, o núcleo de cultura da UNI mantinha um programa de rádio, veiculado pela rádio USP e apresentado por Ailton Krenak, o Programa de Índio. Os Yanomami, a partir de Boa Vista ou de comunicação articulada ao rádio de suas aldeias, participaram de vários destes Programas. Como outros povos indígenas do Brasil, denunciavam situações em área, estabelecendo um elo entre contextos locais e uma grande capital do país. Médicos e antropólogos responsáveis pelas ações de saúde da CCPY também participaram de uma série de programas.

Ao nível internacional, lideranças indígenas, como Ailton Krenak e Davi Kopenawa, acessam diretamente representantes do World Bank e da Organização Mundial da Saúde, denunciando aos financiadores os efeitos nocivos dos projetos “desenvolvimentistas” às populações indígenas no Brasil.

Ao mesmo tempo, acontecem a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que delinea o Sistema Único de Saúde, e a Primeira Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (1986). Muitas lideranças indígenas, como Raoni, participam do evento. A UNI participa diretamente da organização das mesas e cobre o evento através do Programa de Índio.

Na Primeira Conferência, se determina, entre outras diretrizes e de acordo com aspirações do movimento indígena e de ONGs, que a saúde indígena deveria sair da competência da FUNAI, sendo assumida e centralizada no futuro órgão gestor do SUS. As ideias sobre especificidade cultural, saúde e território ganham corpo, acirrando a convergência entre movimentos indígenas e o ideário da reforma sanitária.

A CCPY, como um organismo híbrido, mas com um centro *culturalmente* atento, digamos assim, é ventilada pela participação de um movimento indígena florescente e cada vez mais organizado, sendo responsável pelo levantamento de dados

epidemiológicos, antropológicos e ações de saúde diferenciadas, entre os Yanomami. Este múltiplo investimento é a marca das iniciativas e relatórios de saúde produzidos sob sua coordenação. Desde o início, adota um “Programa Interdisciplinar de Saúde” ou “atividades interdisciplinares de saúde”, compreendendo ações mais estritamente biomédicas, mas também aquelas culturalmente específicas.

Justamente 1987 e 1988 foram anos especialmente críticos. Rondando o ano da Promulgação da Constituição Federal e a luta pela inclusão do Capítulo “dos Índios” e “da Saúde”, há uma série de tentativas de impedimentos e transfigurações de direitos de povos indígenas no país.

Em 1987, acontece a trágica “*invasão garimpeira*” no território Yanomami, simultaneamente à expulsão de equipes de saúde de ONGs e missões religiosas católicas da área, novamente sob alegação de motivos da tal “*segurança nacional*”. Como assinala Ramos (1993), foram expulsos todos aqueles diretamente envolvidos “*na proteção cultural e sanitária dos Yanomami*”. Afinal, mais do que nunca, não era recomendável fazer alianças e pactos institucionais formais com “*estrangeiros*”, em plena Amazônia brasileira.

Garimpeiros passam a “*medicar*” os Yanomami adoentados e transporta-los até a cidade. As motivações vão das mais humanitárias às mais torpes, sem que possamos separá-las de maneira incontaminável. Em paralelo a isso, maior trânsito entre a Terra Indígena e a cidade, maior convívio e, consequentemente, maior contágio acontece, reforçando a potência da epidemia.

Por outro lado, é este conjunto de episódios trágicos e de profunda dor o responsável por gerar a denúncia na Comissão dos Direitos Humanos do Conselho Econômico e Social da ONU. Ela é preenchida com carne, sangue mas também com o imaginário sobre os Yanomami, na medida em que outros povos padeciam em paralelo a eles.

Ainda em 1987, à beira da Constituição Federal, os Yanomami são invadidos por via aérea, ocorrem massacres, milhares de garimpeiros permanecem na área. Jucá assina um convênio da FUNAI com o DNPM, para exploração mineral empresarial dentro de áreas indígenas. São produzidas medidas para intervir nos modos de demarcação de terras indígenas no país, procurando submetê-los, ainda mais, ao controle militar e aos poderes de influência locais.

Acontece a chamada “*expropriação ecológica*” e os Yanomami ficam ilhados, em meio a “Parques” e “Florestas Nacionais”, de apelo “ecológico”, mas que poderiam ser

economicamente explorados (Albert 1992: 51). Outros decretos marcam desqualificações étnicas de povos indígenas, com vistas simplesmente a transfigurar seus direitos territoriais, de modo a franquear suas áreas à exploração mineral.

Apesar de todos os contra-ataques, a luta do movimento indígena e indigenista conseguiu garantir a inclusão de um capítulo na nova Constituição. O movimento também reivindicou a organização de políticas sociais específicas e diferenciadas, segundo contextos socioculturais de povos indígenas, como um subsistema público específico e integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS) (Langdon 2004; Santos et al. 2008; Cardoso et al. 2012).

No mesmo ano em que Davi Kopenawa ganha o Prêmio Global 500, das Nações Unidas, o genocídio e o concerto perverso de forças entre garimpeiros, empresários, militares, e políticos de várias esferas é constatado pela comitiva da Ação Pela Cidadania (1989), como pela série de denúncias, artigos científicos e de divulgação que se seguiriam a ela. São estimados cerca de 40.000 garimpeiros em território Yanomami. A Comissão anuncia que os garimpeiros cada vez mais se “*alastravam*” pelo território indígena, evocando uma infelizmente realística imagem epidemiológica.

O território e os Yanomami em colapso e ruínas: fome, malária, acentuada pela desnutrição, mortalidade infantil, envenenamento por mercúrio, aniquilamento de recursos, desestruturação completa de aldeias, algumas extintas ou com população reduzida em 80%, grupos fragmentados. Entre 15 e 20% da população fora exterminada naquele período (Pithan et al, 1989). Em regiões com presença intensa de garimpo, comunidades inteiras praticamente desapareceram ou tiveram sua estrutura demográfica comprometida (Confalonieri, 1990). A imagem do território Yanomami é comparada a uma zona de guerra (Porantin, 1990).

No mesmo ano, a demarcação das terras Yanomami em ilhas é homologada, em tempo recorde. São criadas 3 reservas garimpeiras, dentro das “*florestas nacionais*”, estabelecidas no ano anterior, sem a participação do IBAMA ou da FUNAI.

Os anos imediatamente seguintes, de 1990 e 1991, foram cruciais, do ponto de vista das políticas de saúde coletiva e indígena.

Em 1990, diante de pressões nacionais e internacionais, é instituído o “Plano Emergencial de Atenção à Saúde Yanomami” (PEASY) e, dentro dele, o “Distrito Sanitário Yanomami”, que é posto em prática ainda antes do DSY estar formalmente reconhecido.

A ideia era que pudesse ser feito atendimento emergencial e sobretudo um diagnóstico sobre a situação de saúde entre os Yanomami, preenchendo o vácuo de informações do período em que ficaram sem atendimento regular ou informações epidemiológicas disponíveis. Tanto garimpeiros quanto ações mal planejadas para sua retirada, redundavam em um terrível impacto epidemiológico, em um território e com um povo em completo colapso de existência.

As estimativas alarmantes se sucediam. Havia regiões nas quais cerca de 60% da população teria morrido. Os relatos do período muito oportunamente apontavam o fato de que os indígenas haviam sido deixados sem atendimento de saúde, até aquele momento, através de uma comparação entre dados disponíveis para antes e depois do período de interrupção de atendimento.

Depois de 4 meses de governo Collor, a situação dos Yanomami não teria melhorado. O governo é acusado de atuar em um “*espetáculo encomendado para acalmar os ânimos internacionais, que reclamavam o impedimento do genocídio dos Yanomami*”. As mortes efetivas dos Yanomami continuavam.

A questão Yanomami, de seu “*genocídio*” por “*epidemias*”, agravadas por degradadas condições de vida, considerando também a presença destes povos no centro de uma série de debates interdisciplinares transnacionais desde a década de 60, internacionaliza-se. Transforma-se, muito rapidamente, em um embaraço diplomático para o país.

O Brasil está denunciado junto à Comissão de Direitos Humanos da Organização dos Estados Americanos (OEA). As redes acionadas nesta querela diplomática e tendo como objetivo impedir o “*genocídio Yanomami*” é impressionante. Diante das denúncias crescentes com relação ao “*extermínio*” Yanomami, Collor faz uma fala na abertura da 45ª Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas, de modo a afirmar que o Brasil, ao contrário, respeitava “*direitos humanos*”.

Em 1990, o SUS é criado formalmente. São instituídas as Conferências, Conselhos de Saúde e Instâncias de Controle Social. Tem início a desintrusão de garimpeiros, que ainda eram cerca de 7.000, em 1991.

Em fevereiro de 1991, através do Decreto nº 23, os “*distritos sanitários de natureza especial*” são formalizados, ao menos juridicamente “rascunhados”, consideradas “*as especificidades das diferentes áreas e comunidades indígenas*”. A competência dos cuidados em saúde é formalmente transferida da FUNAI ao Ministério da Saúde. Em abril de 1991, o DSY é então constituído, através de portaria

interministerial, que também aprova o “*projeto de saúde Yanomami*”, a ser operado pelo “*Distrito Sanitário Yanomami*” (DSY). Logo em seguida, a área Yanomami sofre uma primeira interdição, em nome “*da preservação da integridade dos índios e de seus territórios*”.

O Conselho Nacional de Saúde cria as Comissões Intersetoriais Nacionais, dentre as quais a “Comissão Intersetorial de Saúde do Índio” (a CISI), com composição híbrida. O objetivo é que a saúde de povos indígenas pudesse ser acompanhada, por diversos setores do Estado e da sociedade civil (Benevides et al 2014: 32), através deste primeiro importante instrumento formal na direção da ideia de “controle social”.

Durante a Eco-92 e sob os olhos e pressões internacionais, é anunciada a demarcação da TI Yanomami, interditada um ano antes.

Destes processos sociopolíticos de longa duração, com destaque para mobilizações indígenas e indigenistas, deflagrados por crises epidêmicas agudas, decorre o Primeiro Distrito, anunciando a competência formal do Estado brasileiro com um atendimento específico de saúde a uma minoria populacional.

Mas e em 2020, com a chegada da COVI-19?

Conforme detalhei na Parte I, desde o ano de 2019, o governo brasileiro, ignorando todo este percurso da construção do Subsistema, onde há protagonismo de movimentos indígenas e indigenistas, resgata o discurso assimilatório, dedicando-se a desconstruir a Política Nacional de Atenção à Saúde de Povos Indígenas, entre outros direitos conquistados por movimentos indígenas e indigenistas no país. A proposta é reinserir a atenção ao nível do município, apagando os contornos do Subsistema de Saúde Indígena; São editadas medidas que reforçam o não atendimento à saúde a indígenas em terras indígenas não regularizadas.

Ocorrem mobilizações nacionais em março de 2019, inclusive por parte dos Yanomami, em Boa Vista, e o governo recua na proposição sobre a municipalização do atendimento, na prática, a extinção do Subsistema de Saúde Indígena. A 6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, fórum de discussão e mobilização, inicialmente prevista para maio de 2019, é seguidas vezes adiada pelo Estado.

Os Yanomami, especificamente, vem sendo alvo de discursos assimilatórios muito semelhantes áqueles sustentados por setores militares e empresariado de mineração, na década de 80. São ditos poucos índios para muitas terras. O Presidente, em 2019, teve na reparação deste engano demarcatório, ou seja, na “desdemarcação” da Terra Indígena Yanomami, uma das plataformas de governo.

Neste quadro sociopolítico desfavorável a povos indígenas e que desconsidera por completo direitos constitucionais vários, como pactos dos quais o Brasil é signatário, instaura-se a pandemia de Covid-19.

Em meio à crise sanitária, as ações e omissões do Governo não apenas ignoram a história pregressa do Subsistema, enquanto conquista de povos indígenas, a qual este trabalho aborda metodologicamente através da história de criação do DSY. Elas também desconsideram a demandas e a participação de povos e movimento indígena na elaboração, execução e monitoramento de planos de enfrentamento à pandemia. Uma das questões centrais é a própria subnotificação de casos e óbitos, onde os sistemas de registro estatais igualmente desconsideram a existência de indígenas em zonas urbanas, periurbanas e em Terras Indígenas ainda em processo de regularização fundiária.

Se a “*invisibilidade demográfica e epidemiológica*” (Coimbra Jr & Santos 2000: 131), ao menos nas políticas públicas, é marca de uma era que não terminou por completo, em 2020, o movimento indígena organizado e com expressão nacional, novamente articulado a uma ampla rede transnacional multidisciplinar e multi-institucional, tem revertido esta situação. Tomado suas próprias ações de registro e monitoramento, campanhas de produzindo dados sobre casos e óbitos através de redes híbridas e que têm tido reconhecimento amplo, desde a grande mídia ao Supremo Tribunal Federal, instância máxima do judiciário brasileiro.

Até o dia 16 de novembro de 2020, eram 161 povos indígenas atingidos pela COVID-19 no Brasil, com 877 mortes (fonte: http://emergenciaindigena.apib.info/dados_covid19/). A Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB) e alguns partidos políticos brasileiros tiveram a Ação por Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF nº 709) contra Governo, acolhida pelo Supremo Tribunal de Justiça (STF), diante das “falhas e omissões no combate à epidemia do novo coronavírus entre os povos indígenas brasileiros” e do “risco real de genocídio” (APIB, 2020). É a primeira vez que uma associação indígena ingressa como parte reconhecida em um processo junto ao STF. Dentre as medidas demandadas, estão a adoção de um “plano voltado à proteção dos povos indígenas em relação ao avanço da pandemia do novo coronavírus” e a desintrusão da TI Yanomami, invadida por cerca de 20.000 garimpeiros.

Com seis indígenas mortos pela COVID-19, 3 mortos sem informação e duas mortes suspeitas por garimpeiros², os Yanomami e Ye'kwana tiveram sua denúncia contra o governo do Brasil, acolhida pela CIDH (Comissão Interamericana de Direitos Humanos), vinculada à OEA (Organização dos Estados Americanos), no sentido de assegurar sua saúde durante a pandemia (Fonte: <https://noticias.uol.com.br/colunas/rubens-valente/2020/07/20/coronavirus-amazonia-governo-bolsonaro.htm>).

A expectativa é a de que, uma vez mais, as mobilizações desta extensa rede, em torno de direitos já conquistados, impeçam o que vem sendo caracterizado como genocídio de povos indígenas brasileiros.

Conclusão

A criação do DSY traz ou estimula a consolidação de determinadas e específicas noções das relações entre “saúde” e “povos indígenas” no Brasil. Antes da criação do Distrito Sanitário Yanomami, o modelo formal e nacional de “distritalização”, com um funcionamento diferenciado para povos indígenas, dentro do Sistema Único de Saúde, ainda que em prévias discussões e articulações com movimento sanitário brasileiro e internacional, não integrava, digamos assim, a competência formal da nação. Enquanto paradigmático daquele processo, o DSY torna-se, ele mesmo, um marco para a possibilidade de reorganização da atenção à saúde indígena no Brasil, articulado, em termos específicos, ao Sistema Único de Saúde.

A situação limite, crítica, dos Yanomami e a criação do DSY, se resultado de uma série de condições locais e supralocais, discussões e movimentos prévios, permitiu transformações importantes ao campo da saúde indígena e coletiva de minorias no Brasil. Pessoas e instituições relacionadas ao DSY, tanto quanto seu exemplo e, digamos assim, sua “materialidade” institucional e jurídica, foram tanto resultado quanto resultantes de continuidades e consolidações dentro daquele variado campo.

Neste processo, argumentamos, há destaque à participação de “movimentos indígenas” e “Indigenistas”, de seus diferentes povos, usualmente pouco discriminados na bibliografia usual sobre o tema. A experiência Yanomami atuou contrariamente à “invisibilidade” de mortes, mas também das mobilizações indígenas, indigenistas e

² Dados de 16 de novembro de 2020.

sanitaristas, suas demandas específicas, representando a possibilidade de transcendê-las, dar-lhes visualidade, materialidade.

Foi a partir da situação epidêmica Yanomami e não de outro povo indígena brasileiro, conforme argumentamos aqui, que tais padecimentos desfrutaram de fugaz visibilidade e sobretudo provocaram uma resposta propositiva e algo formalizada dentro da organização da saúde do Estado.

Mais recentemente, mais do que discutido e aprimorado, o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena vem, duplamente, sendo “meio” e “alvo” de desfigurações e ações exterminatórias entre povos indígenas e o Estado. Este processo, agravado na pandemia, encontra um movimento indígena vultoso e nacionalmente posicionado contrariamente às modificações que significariam o patente retorno a uma forma de atendimento não específica, que historicamente se revelou ineficiente.

Esta é a questão central que, neste exercício preliminar, relaciona povos indígenas e o Estado, ao longo da trajetória da construção da política nacional de atenção à saúde indígena e as tentativas de sua desconstrução, potencializadas no contexto da COVID-19. Ações e omissões do poder público que desconsideram e contrariam as mobilizações e demandas dos movimentos indígenas, epidemias exterminatórias, desfigurações de direitos conquistados e invisibilização encontram, uma vez mais, a mobilização de amplas redes indígenas e indigenistas, voltando-se, entre outras ações, à produção de dados-denúncia. A expectativa é a de que haja efeitos jurídicos e práticos no Estado brasileiro, até o momento, pouco significativos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Albert, B Territorialité, ethnopolitique et développement: à propos du mouvement indien em Amazonie brésilienne. *Cahier des Ameriques Latines* 23: 177-210, 1997

_____ Indian lands, environmental policy and military geopolitics in the development of the brazilian Amazon: the case of the Yanomami. *Development and Change* (SAGE, London, Newbury and New Delhi), vol. 23: 35-70, 1992.

Anderson I, Robson B, Connolly M, Al-Yaman F, Bjertness E, King A, Tynan M, Madden R, Bang A, Coimbra Jr CEA, et al. Indigenous and tribal peoples' health: The Lancet–Lowitja Institute Global Collaboration. *The Lancet*, 388(10040): 131–157, 2016.

APIB (ARTICULAÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS DO BRASIL). Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF 709) apresentada ao Superior Tribunal Federal (STF), 2020.

Caldas, ADR.; Santos RV; Borges, GM; Valente, JG; Portela, Mc; Marinho, GL. “Mortalidade infantil segundo cor ou raça com base no *Censo Demográfico de 2010* e nos sistemas nacionais de informação em saúde no Brasil”. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(7), pp: 1-13, 2017.

Cardoso AM, Santos RV, Coimbra Jr. CEA, Garnelo L, Chaves MBG. Políticas públicas de saúde para os povos indígenas. In: L Giovanella, S Escorel, L Lobato, JC Noronha, AI Carvalho (Orgs.), *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. 2º. edição. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 911-932, 2012.

Coimbra Jr. CEA, Santos RV, Escobar AL. (Orgs.). *Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ & ABRASCO 2003.

Coimbra Jr. CEA, Santos RV, Welch JR, Cardoso AM, Souza MC, Garnelo L, Rassi E, Follér M-L, Horta BL. 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.

Coimbra Jr, CEA; Santos, RV. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. *Ciência e saúde coletiva*, vol.5, n.1, p. 125-132, 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1413-81232000000100011&script=sci_arttext (consultado em 19/08/2013)

Cortina A. *Cidadãos do Mundo: Uma Teoria da Cidadania*. São Paulo: Edições Loyola, 2005.

Davis, SH, Amazon Basin: new projects threaten brazilian tribes, december, 1977, Anthropology Resource Center, 1977

Davis, SH *Vítimas do Milagre: O Desenvolvimento e os Índios no Brasil*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

Dent, R; Santos, RV. An unusual and fast disappearing opportunity: infectious disease, indigenous populations, and new biomedical knowledge in Amazonia, 1960-1970. *Perspectives on Science*, vol. 25. nº 5:585-605, 2017.

Do Pateo, RD. Relatório sobre a Violação de Direitos Humanos na TIY – 19660-1988. *Comissão da Verdade*, 2014.

DPFL/OXFAM. Executive Summary: Right to Free, Prior, and Informed Consultation and Consent in Latin America Progress and challenges in Bolivia, Brazil, Chile, Colombia, Guatemala, and Peru. Washington: Due Process of Law Foundation/OXFAM, 2015.

Ferdinand, A, Lambert, M, Trad, L, Pedrana, L, Paradies, Y & Kelaher, M Indigenous engagement in health: lessons from Brazil, Chile, Australia and New Zealand. *International Journal for Equity in Health*, pp. 2-12, 2020.

Ferreira LO. Interculturalidade e saúde indígena no contexto das políticas públicas brasileiras. In: Langdon EJ, Cardoso MD (Orgs.). *Saúde Indígena: Políticas Comparadas na América Latina*. Florianópolis: Editora UFSC, pp 217-246, 2015.

FUNASA (Fundação Nacional de Saúde/Coordenação Regional de Roraima). *Primeiro Relatório do Distrito Sanitário Yanomami: Avaliação das Atividades e Diagnóstico de Saúde*. Menegola, IA, Lobo, MSC, Pithan, OA, Varga, I, Ramos, AR (elaboração); Coelho, G, Ramos, BD, Castellon, E, Freitas, AR, Lamounier, E, Albert, B (colaboradores). 144 p., 1991.

Garnelo L. O SUS e a saúde indígena: matrizes políticas e institucionais do Subsistema de Saúde Indígena In: *Saúde Indígena em Perspectiva: Explorando suas Matrizes Históricas e Ideológicas*. Teixeira CC, Garnelo L (Orgs.). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, pp. 107-142, 2014.

Guimarães, SMF. O sistema médico Sanumá-Yanomami e sua interação com as práticas biomédicas de atenção à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 31(10), 2148-2156, 2015.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). *Censo Demográfico 2010: Características Gerais dos Indígenas. Resultados do Universo*. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

Kopenawa, D & Albert, B *La Chute du Ciel: Paroles d'un Chaman Yanomami*. Paris: Plon, 2010.

LANCET Bolsonaro threatens survival of Brazil's Indigenous population. Editorial, *The Lancet*, vol 394, p. 444, August, 2020

Langdon EJ & Cardoso MD (Orgs.). *Saúde Indígena: Políticas Comparadas na América Latina*. Florianópolis: Editora UFSC, 2015.

Latour, B. *Jamais Fomos Modernos: Ensaios de Antropologia Simétrica*. Rio de Janeiro: Editora 34, [1991] 2008.

Lima NT. Public health and social ideas in modern Brazil. *American Journal of Public Health*, 97:1209-1215, 2007.

Magalhães ED. A experiência do Distrito Sanitário Yanomami: reflexões sobre o Estado e a Saúde Indígena. Texto apresentado na Reunião da ANA Norte-Nordeste, 2001.

McSweeney K, Arps SA. "Demographic turnaround": The rapid growth of Indigenous populations in Lowland Latin America. *Latin American Research Review*, 40:3-29, 2005.

MS (Ministério da Saúde). *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

Neel, JV; Salzano, FM. A prospectus for genetix studies for the american indian. *Cold Spring Harbor Symposia on Quantitative Biology*, 29: 85-98, 1964.

OIT (Organização Internacional do Trabalho). *Convenção n° 169 sobre povos indígenas e tribais e Resolução referente à ação da OIT*. Brasília: OIT, 2011

Pagliaro, H; Azevedo, MM; Santos, RV. Demografia dos povos indígenas no Brasil: um panorama crítico. In: Pagliaro, H.; Azevedo, M. M. & Ventura, R. V. (Orgs), *Demografia dos Povos Indígenas no Brasil*, pp. 11-32, 2005. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz e Associação Brasileira de Estudos Popacionais/ABEP.

Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: History, advances, and challenges. *The Lancet*, 377:1778-1797, 2011.

Pereira NOM, Santos RV, Welch JR, Souza LG, Coimbra Jr CEA. Demography, territory, and identity of indigenous peoples in Brazil: The Xavante Indians and the 2000 Brazilian National census. *Human Organization*, 68:166-180, 2009.

Ramos AR O papel político das epidemias: o caso Yanomami. *Série Antropologia 153*, pp.2-21, 1993.

Santos RV, Teixeira P. O "indígena" que emerge do Censo Demográfico de 2010. *Cadernos de Saúde Pública*, 27:1048-1049, 2011.

Santos RV, Cardoso AM, Garnelo L, Coimbra Jr. CEA, Chaves MBG. Saúde dos povos indígenas e políticas públicas no Brasil. In. L Giovanella, S Escorel, L Lobato, J Noronha, AI Carvalho (Orgs.), *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, pp. 1035-1056, 2008.

Santos RV, Guimarães BN, Simoni AT, da Silva LO, de Oliveira Antunes M, de Souza Damasco F, 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(1):29-46, 2019.

Santos, RV, Pontes, ALM & Coimbra Jr, CEA. Um “fato social total”: COVID-19 e povos indígenas no Brasil, Editorial. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(10), 2020.

Souza Lima AC. Indigenism in Brazil: The international migration of State politics. In: *Empires, Nations and Natives. Anthropology and State-Making* (B L'Estoile, F.Neiburg, L Sigaud (Orgs.). Durham: Duke University Press, p. 197-222, p. 2005.

Shankland, A; Athias, R. Decentralisation and Difference: indigenous peoples and health system in the Brazilian Amazon. *IDS Bulletin*, vol, 48, nº 1:77-88, 2007.

Verani, CBL A Política de Saúde do Índio e a Organização dos Serviços no Brasil. *Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi*. Belém: Museu Paraense Emílio Goeldi, v. 15, n. 2, 1999. (Série Antropologia).

Vieira-da-Silva LM, Pinell P. The genesis of collective health in Brazil. *Sociology of Health & Illness*, 36:432-446, 2013.

WHO (World Health Organization). *Declaration from the International conference of Primary Health Care.* Alma Ata, 1978. Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents/declaration-of-alma-ata> (consultada em 25 de março de 2014)