

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO - UFMA
AGÊNCIA DE INOVAÇÃO, EMPREENDEDORISMO, PESQUISA E
PÓS-GRADUAÇÃO E INTERNACIONALIZAÇÃO – AGEUFMA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA I / CCBS
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA UFMA / FIOCRUZ

Célia Regina de Araújo do Amaral

A COVID – 19 E OS POVOS INDÍGENAS DO MARANHÃO

São Luís - 2022

Célia Regina de Araújo do Amaral

A COVID – 19 E OS POVOS INDÍGENAS DO MARANHÃO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Saúde da Família - PROFSAÚDE, vinculado ao Polo da Universidade Federal do Maranhão / FIOCRUZ, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Profª. Dra. Maria do Carmo Lacerda Barbosa
Coorientador: Prof. Dr. Márcio Moysés de Oliveira

Linha de pesquisa: Atenção integral aos ciclos de vida e grupos vulneráveis

São Luís - 2022

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

do Amaral, Célia Regina de Araújo.

A COVID - 19 e os povos indígenas do Maranhão / Célia Regina de Araújo do Amaral. - 2022.

87 f.

Coorientador(a): Márcio Moysés de Oliveira.

Orientador(a): Maria do Carmo Lacerda Barbosa.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Rede em Saúde da Família/ccbs, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2022.

1. COVID - 19. 2. Maranhão. 3. Povos Indígenas. 4. Saúde Indígena. 5. Vulnerabilidade. I. Barbosa, Maria do Carmo Lacerda. II. Oliveira, Márcio Moysés de. III. Título.

Célia Regina de Araújo do Amaral

A COVID – 19 E OS POVOS INDÍGENAS DO MARANHÃO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Saúde da Família - PROFSAÚDE, vinculado ao Polo da Universidade Federal do Maranhão / FIOCRUZ, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Aprovada em : ____/____/____

Banca Examinadora

Profa. Dra. Maria do Carmo Barbosa Lacerda (Orientadora)
Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Márcio Moysés de Oliveira (Coorientador)
Universidade Federal do Maranhão

Profa. Dra. Maria Raimunda Santos Garcia (Membro interno)
Universidade Federal do Maranhão

Profa. Dra Ivone Lima Santana (Membro interno)
Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Fábio França Silva (Membro externo)
Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH

Profa. Dra. Cristiane Fiquene Conti (Suplente)
Universidade Federal do Maranhão

Dedico aos Povos Originários, guardiões da Terra, que com sua sabedoria e leveza me ensinam a enxergar o mundo por um outro prisma e a valorizá-lo.

AGRADECIMENTOS

A Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ, a Universidade Federal do Maranhão - UFMA e ao Mestrado Profissional em Saúde da Família - PROFSAÚDE pela oportunidade que me foi dada, de despertar um sonho adormecido e torná-lo realidade.

A Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAI e ao Distrito Sanitário Especial Indígena do Maranhão - DSEI/MA por me permitirem vivenciar experiências enriquecedoras e transformadoras com os Povos Indígenas.

À minha orientadora, Profa. Dra. Maria do Carmo Lacerda Barbosa, pela confiança depositada em mim, pelo apoio e orientação segura.

Ao meu coorientador, Prof. Dr. Márcio Moysés de Oliveira, pelo incentivo e motivação ao longo de todo o mestrado. Essencial, o tempo que passamos juntos falando sobre o trabalho. Vê-lo, através dos seus olhos, fez toda diferença.

Aos demais professores da minha banca examinadora que aceitaram participar desse momento especial e contribuíram de forma rica e generosa, norteando o desenvolvimento da pesquisa.

Aos meus professores do PROFSAÚDE, minha gratidão. Como eu cresci e aprendi com vocês! A condução segura, o estímulo, a confiança que depositam em nós, o companheirismo e o bom humor tornam o aprendizado leve e prazeroso.

Aos meus colegas e amigos de turma, vocês são especiais, criativos, interessados e motivados. Suas experiências, ideias e propostas têm me motivado a inovar no meu dia-a-dia.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

A DEUS, por sua presença e orientação constante.

Ao meu esposo, Francisco Amaral, e aos meus filhos, Glen Amaral e Liv Amaral, pelo incentivo, compreensão e paciência. Por vocês tento ser melhor a cada dia.

Ao meu amigo Wellington Queiroz de Freitas, pelo companheirismo nessa caminhada de construção de uma atenção primária em saúde com qualidade, para os Povos Indígenas do Maranhão e por ser meu maior incentivador ao longo do mestrado.

“O senhor...mire, veja: o mais importante e bonito, do mundo, é isto:
que as pessoas não estão sempre iguais, ainda não foram
terminadas – mas que elas vão sempre mudando.
Afinam ou desafinam, verdade maior.
É o que a vida me ensinou.
Isso que me alegra
montão”.

Guimarães Rosa
(ROSA, 1986, p.20)

RESUMO

A doença coronavírus 2019 (COVID-19) desencadeada pelo novo coronavírus denominado *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (SARS-CoV-2), foi diagnosticada pela primeira vez no início do mês de dezembro de 2019, na cidade de Wuhan, província de Hubei, China. Apresentando-se como um dos maiores desafios sanitários em escala global deste século. No Brasil, o primeiro caso da doença foi notificado em 25 de fevereiro de 2020. Na população indígena brasileira, o primeiro caso foi confirmado em 01 de abril de 2020. Nesse cenário inicial, surgiu a incerteza em relação ao comportamento da doença em um contexto de vulnerabilidade, desencadeada por condições sociais, econômicas e de saúde, vivenciado pelos Povos Indígenas do Brasil. **Objetivo:** Descrever a prevalência da COVID-19 entre os Povos Indígenas do Estado do Maranhão, no período de março de 2020 a setembro de 2021. **Metodologia:** Estudo transversal descritivo, com abordagem quantitativa, realizado por meio de análise de dados secundários sobre a COVID-19 na população indígena do estado do Maranhão. **Resultados:** Do total de notificações, o estudo identificou 2.079 casos confirmados para COVID-19, sendo 55,84% do sexo feminino e 44,16% do sexo masculino. Os adultos jovens somados aos adultos representaram 66,37% dos casos confirmados. Os Guajajara foram a etnia com maior percentual de casos confirmados, 64,69%. A população aldeada correspondeu a 95% do total de casos. Dos 2.079 casos confirmados, 51 evoluíram para óbito, sendo 60,78% do sexo masculino e 39,22% do sexo feminino. A população com 60 anos ou mais representou 66,66% do total de óbitos. A Taxa de Mortalidade Geral ficou definida em 1,27 e as comorbidades foram associadas a 25,49% do total de óbitos. **Conclusão:** A presente pesquisa concluiu que, embora os Povos Indígenas do Estado do Maranhão vivam em um contexto de vulnerabilidade, desencadeado por condições sociais, econômicas e de saúde, que amplificam o potencial de disseminação das doenças, a COVID-19 apresentou uma trajetória semelhante entre a população geral do Estado e a população indígena do Estado, no período de março de 2020 a setembro de 2021. A Taxa de Mortalidade Geral dos Povos Indígenas do Maranhão apresentou um coeficiente menor, 1,27, se comparada à Taxa de Mortalidade Geral do Maranhão, calculada em 1,42 para o período. **Considerações Finais:** Em se tratando de Povos Indígenas no Brasil, o estabelecimento de um sistema de informações com estatísticas contínuas e confiáveis, que se integre com os demais sistemas nacionais de informação em saúde torna-se algo a se perseguir continuamente.

Palavras-chave: COVID-19; vulnerabilidade; saúde indígena; povos indígenas; Maranhão.

ABSTRACT

Coronavirus disease 2019 (COVID–19) triggered by the novel coronavirus, called Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2), was first diagnosed in early December 2019 in Wuhan City, Hubei Province, China. Presenting itself as one of the biggest sanitary challenges on a global scale of this century. In Brazil, the first case of the disease was reported on February 25, 2020. In the Brazilian indigenous population, the first case was confirmed on April 1, 2020. In this initial scenario, uncertainty emerged regarding the behavior of the disease in a context of vulnerability, triggered by social, economic and health conditions, experienced by indigenous peoples in Brazil. **Objective:** To describe the prevalence of COVID-19 among the Indigenous Peoples of the State of Maranhão, from March 2020 to September 2021. **Methodology:** Descriptive cross-sectional study, with a quantitative approach, carried out through the analysis of secondary data on COVID-19 in the indigenous population of the state of Maranhão. **Results:** Of the total notifications, the study identified 2.079 confirmed cases for COVID–19, 55,84% of which were female and 44,16% were male. Young adults plus adults accounted for 66.37% of confirmed cases. The Guajajara were the ethnic group with the highest percentage of confirmed cases, 64,69%. The village population corresponded to 95% of all cases. Of the 2.079 confirmed cases, 51 died, 60,78% were male and 39,22% were female. The population aged 60 years and over represented 66,66% of the total number of deaths. The General Mortality Rate was set at 1,27 and comorbidities were associated with 25,49% of the total number of deaths. **Conclusion:** The present research concluded that, although the Indigenous People of the State of Maranhão live in a context of vulnerability, triggered by social, economic and health conditions, which amplify the potential for the spread of diseases, COVID-19 presented a similar trajectory between the general population of the State and the indigenous population of the State, from March 2020 to September 2021. The General Mortality Rate of Indigenous Peoples of Maranhão had a lower coefficient, 1,27, compared to the General Mortality Rate of Maranhão, calculated at 1,42 for the period. **Final Considerations:** When it comes to Indigenous Peoples in Brazil, the establishment of an information system with continuous and reliable statistics, which integrates with other national health information system, becomes something to be pursued continuously.

Keywords: COVID–19; vulnerability; indigenous health; indian people; Maranhão.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Localização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas	23
Figura 2 - Mapa do DSEI Maranhão	24
Figura 3 - Guardião da Floresta, Paulino Guajajara, assassinado por madeireiros na Terra Indígena Arariboia, em novembro de 2019.	28
Figura 4 - Casa Guajajara na aldeia Cana Brava (Terra Indígena Cana Brava).	29
Figura 5 - Caçadores Awá-Guajá	30
Figura 6 - Mulher Awá-Guajá	33
Figura 7 - Indígena Ka'apor	34
Figura 8 - Vista aérea da aldeia Escalvado	39
Figura 9 - Vista aérea da aldeia Porquinhos	40
Figura 10 - Cantador Apanyekrá	42
Figura 11 - Meninos Apanyekrá durante ritual de iniciação masculina	45
Figura 12 - Vista aérea da Aldeia São José	47
Figura 13 - Mulheres do Povo Indígena Krikati	48
Figura 14 - Rito de passagem, menina Gavião	53
Figura 15 - Chico Krenyê: um maracanã do campo voou para a terra encantada	55
Figura 16 - Timbira	58

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Doses aplicadas em indígenas por DSEI, até 16 de julho de 2022.	61
Tabela 2 – Distribuição percentual dos casos confirmados de COVID – 19 na população indígena do Estado do Maranhão, Brasil, de 03/2020 a 09/2021, segundo o sexo, faixa etária e etnia.	65
Tabela 3 – Distribuição percentual dos casos confirmados de COVID – 19 na população indígena do Estado do Maranhão, Brasil, de 03/2020 a 09/2021, por etnia e logradouro.....	67
Tabela 4 – Quantitativo de óbitos por COVID–19 e Taxa de Letalidade (CFR), na população indígena do Estado do Maranhão, Brasil, no período de 03/2020 a 09/2021, segundo a etnia.	71
Tabela 5 – Quantitativo de óbitos por COVID–19 e Taxa de Mortalidade, na população indígena do Estado do Maranhão, no período de 03/2020 a 09/2021, segundo a etnia.	72
Tabela 6 – Quantitativo de óbitos por COVID–19, na população indígena do Estado do Maranhão, Brasil, no período de 03/2020 a 09/2021, segundo a variável condições e faixa etária.	74

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Quantitativo percentual de óbitos por COVID – 19, na população indígena do Estado do Maranhão, Brasil, no período de 03/2020 a 09/2021, por sexo.....	68
Gráfico 2- Quantitativo de óbitos por COVID – 19, na população indígena do Estado do Maranhão, Brasil, no período de 03/2020 a 09/2021, por faixa etária.	69
Gráfico 3 - Quantitativo e percentual de óbitos por COVID – 19, em indivíduos com comorbidades, entre a população indígena do Estado do Maranhão, Brasil, no período de 03/2020 a 09/2021.	73
Gráfico 4 – Óbitos por COVID – 19, na população indígena do Estado do Maranhão, Brasil, no período de 03/2020 a 09/2021 por tipo de comorbidade.	75

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADPF – Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental

AIS – Agente Indígena de Saúde

APS – Atenção Primária em Saúde

CFR – *Case Fatality Ratio*

CNS – Conselho Nacional de Saúde

nCoV-19 – Novo Coronavírus 2019

COVID-19 – *Coronavirus Disease 2019*

DCC – Doenças Cardíacas Crônicas

DM – *Diabetes Mellitus*

DRCD – Doenças Respiratórias Crônicas Descompensadas

DRCEA – Doenças Renais Crônicas em Estágio Avançado

DSS – Determinantes Sociais da Saúde

DSEI – Distrito Sanitário Especial Indígena

e-SUS Notifica – Sistema de Registro de Notificações COVID-19 do SUS

EDS – Expedicionários da Saúde

FAPESP – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IFR – *Infection Fatality Ratio*

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Panamericana de Saúde

PDC / EFI – Portadores de Doenças Cromossômicas ou Estado de Fragilidade Avançada

PNASPI – Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

PNO – Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19

PROFSAÚDE – Mestrado Profissional em Saúde da Família

SARS-CoV-2 – *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*

SASI – Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

SDRA – Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo

SESAI – Secretaria Especial de Saúde Indígena

SESANI – Serviço de Edificações e Saneamento Ambiental Indígena

SG – Síndrome Gripal

SIASI – Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena

SPI – Serviço de Proteção ao Índio

SRAG – Síndrome Respiratória Aguda Grave

SUS – Sistema Único de Saúde

UFMA – Universidade Federal do Maranhão

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	JUSTIFICATIVA	18
3	OBJETIVOS	19
3.1	OBJETIVO GERAL.....	19
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
4	HIPÓTESE	19
5	REFERENCIAL TEÓRICO	19
5.1	POVOS INDÍGENAS DO MARANHÃO.....	25
5.1.1	Guajajara	25
5.1.1.1	Nome..	26
5.1.1.2	Língua.....	26
5.1.1.3	Localização.....	26
5.1.1.4	Demografia.....	27
5.1.1.5	História do contato	27
5.1.1.6	Organização social e política.....	28
5.1.2	Awá – Guajá	30
5.1.2.1	Nome e língua	30
5.1.2.2	Localização.....	31
5.1.2.3	História do contato	31
5.1.2.4	Demografia.....	32
5.1.2.5	Organização social	33
5.1.3	Ka’apor	34
5.1.3.1	Nome..	35
5.1.3.2	Língua.....	35
5.1.3.3	Localização.....	35
5.1.3.4	Demografia.....	36
5.1.3.5	História do contato	36
5.1.3.6	Organização social	37
5.1.4	Canela	38
5.1.4.1	Nome..	38
5.1.4.2	Língua.....	38
5.1.4.3	Localização.....	39
5.1.4.4	Demografia.....	40

5.1.4.5	História do contato	41
5.1.4.6	Organização social e política.....	43
5.1.5	Krikati	45
5.1.5.1	Nome..	46
5.1.5.2	Língua.....	46
5.1.5.3	Localização.....	46
5.1.5.4	Demografia.....	47
5.1.5.5	História do Contato	48
5.1.5.6	Organização social e política.....	49
5.1.6	Gavião	50
5.1.6.1	Nome..	50
5.1.6.2	Língua.....	50
5.1.6.3	Localização.....	50
5.1.6.4	Demografia.....	51
5.1.6.5	História do contato	51
5.1.6.6	Organização social	52
5.1.7	Krenyê	54
5.1.7.1	Nome..	54
5.1.7.2	Língua.....	55
5.1.7.3	Localização.....	55
5.1.7.4	Demografia.....	56
5.1.7.5	Resgate histórico	56
5.1.8	Timbira Krepumkateyê	57
5.1.8.1	Nome..	58
5.1.8.2	Língua.....	58
5.1.8.3	Localização.....	59
5.1.8.4	Demografia.....	59
5.2	VACINAÇÃO CONTRA COVID-19 COMEÇA EM TODO BRASIL	59
6	METODOLOGIA	62
6.1	TIPO DE ESTUDO	62
6.2	LOCAL DO ESTUDO	62
6.3	PERÍODO DE COLETA DE DADOS	62
6.4	PARTICIPANTES DO ESTUDO	62
6.5	COLETA DE DADOS	62
6.6	ANÁLISE DOS DADOS	64

6.7	ASPECTOS ÉTICOS	64
7	RESULTADOS E DISCUSSÃO	64
8	CONCLUSÃO	77
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS	78
	REFERÊNCIAS	79
	ANEXO A - Ficha de Investigação de SG Suspeito de Doença pelo Coronavírus 2019 – COVID-19	85
	ANEXO B – Consulta à Manifestação inserida na Plataforma Integrada de Ouvidoria e Acesso à Informação.	86

1 INTRODUÇÃO

O novo coronavírus (nCoV - 2019) denominado síndrome respiratória aguda grave coronavírus 2 (SARS-CoV-2) é responsável pela doença coronavírus 2019 (COVID-19) e foi detectado pela primeira vez no início de dezembro de 2019, na cidade de Wuhan, província de Hubei, China, espalhando-se globalmente. (TRIGGLE *et al.*, 2020).

A pandemia da COVID-19, apresentou - se como um dos maiores desafios sanitários deste século. Em poucos meses, depois do início da epidemia na China, já haviam ocorrido mais de 2 milhões de casos e 120 mil mortes no mundo por COVID-19. (WERNECK; CARVALHO, 2020).

No Brasil, até julho de 2020, segundo o Ministério da Saúde (MS), já haviam sido registrados 2.625.612 casos confirmados e 91.607 mortes pela COVID-19. O acesso ao Painel Coronavírus do MS, no endereço eletrônico covid.saude.gov.br, na data de dezesseis de julho de 2022, apresentava a situação do coronavírus no Brasil, totalizando 33.290.266 casos confirmados e 675.295 óbitos acumulados. A Região Nordeste aparecia em terceiro lugar, com 6.644.108 casos confirmados, ficando atrás da Região Sul que exibia o total de 7.088.582 e Região Sudeste com o total de 13.174.866. Contudo, a menor taxa de mortalidade/100 mil habitantes (228,2), dentre as Regiões do Brasil, estava com a Região Nordeste, até aquela data.

A alta velocidade de disseminação do novo coronavírus e sua capacidade de provocar mortes em populações vulneráveis ou não, geraram incertezas sobre quais seriam as melhores estratégias a serem utilizadas para o enfrentamento da epidemia em diferentes partes do mundo. No Brasil, os desafios são ainda maiores, considerando as características de transmissão da COVID-19 num contexto de grande desigualdade social, com populações vivendo em condições precárias de habitação e saneamento, sem acesso sistemático à água e em situação de aglomeração. (WERNECK; CARVALHO, 2020).

A COVID-19 asseverou o cenário das desigualdades vivenciadas por grupos populacionais no mundo e no Brasil. Nos Estados Unidos da América, verificou-se um maior número de casos da doença em grupos populacionais da etnia afrodescendente, pessoas em situação de rua e de baixa renda. Na Austrália, houve o temor pelo resultado do acometimento da doença pelos Povos Indígenas (AHMED *et al.*, 2020). No Brasil, estas conjunturas aconteceram de modo semelhante.

Em 2019, Cardoso *et al* investigaram um surto de gripe influenza A (H1N1) ocorrido entre março e abril de 2016, entre indígenas Guarani de uma aldeia em Paraty Mirim – RJ. O artigo indicou que a incidência de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS) na aldeia foi

4,5 vezes maior que o verificado entre a população brasileira durante o surto de influenza em 2009.

A mortalidade indígena foi quatro vezes maior que a mortalidade da população geral brasileira durante a pandemia H1N1 em 2019. Estudos descrevem alta taxa de ataque em surtos de doenças respiratórias entre indígenas. Tal cenário mostra a maior suscetibilidade deste grupo populacional pelo acometimento de doenças respiratórias, tais quais a COVID-19. (RIBEIRO; ROSSI, 2020).

Em se tratando dos Povos Indígenas, população considerada vulnerável no Brasil, o Boletim Epidemiológico do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI), apresenta dados atualizados sistematicamente, sobre a situação do coronavírus, sendo que na data de primeiro de julho de 2022 contabilizava 66.470 casos confirmados nos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) e destes, 919 haviam evoluído para óbito. (SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA, 2022).

O acompanhamento da evolução do SARS-CoV-2 entre as populações indígenas representa um grande desafio. Indígenas e não indígenas são imunologicamente suscetíveis a vírus que nunca circularam antes, como é o caso do novo coronavírus. Diferentes estudos atestam, no entanto, que Povos Indígenas são mais vulneráveis a epidemias em função de condições sociais, econômicas e de saúde, o que amplifica o potencial de disseminação de doenças. (CODEÇO *et al.*, 2020; BRASIL, 2020).

2 JUSTIFICATIVA

Não obstante a relativa escassez de produções científicas com dados epidemiológicos e demográficos sobre os Povos Indígenas no Brasil, quando comparamos as informações disponíveis com as informações da população brasileira não indígena, evidencia-se o quadro marcante de desigualdades. Importantes indicadores, como óbitos por doenças respiratórias, doenças infecciosas e parasitárias na infância e doenças transmissíveis, destacam a condição de vulnerabilidade e maior risco dessa população. (MENDES *et al.*, 2018).

Torna-se portanto relevante descrever a prevalência da COVID-19 entre os Povos Indígenas do Estado do Maranhão, com a finalidade de observar a evolução desta doença respiratória e a suscetibilidade destes povos, identificando a taxa de mortalidade entre os Povos Indígenas do Estado, o número de indígenas do Maranhão positivos para COVID-19, o total de óbitos entre as etnias, assim como a relação de proximidade destes povos com a sociedade do entorno das aldeias e a influência da presença de comorbidades para o desfecho dos casos.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL:

Descrever a prevalência da COVID-19 entre os Povos Indígenas do Estado do Maranhão, no período de março de 2020 a setembro de 2021.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Quantificar os casos positivos para COVID-19, por etnia, na população indígena aldeada e vivendo em contexto urbano;

Quantificar o total de óbitos por COVID-19, por etnia, por sexo e por faixa etária;

Calcular a taxa de letalidade entre os Povos Indígenas do Maranhão;

Calcular a taxa de mortalidade da população indígena do Maranhão;

Extratar a taxa de mortalidade por etnia;

Correlacionar o número de óbitos por COVID-19 entre os Povos Indígenas do Maranhão e a presença de comorbidades, destacadas na Ficha de Investigação de Síndrome Gripal (SG) Suspeito de Doença pelo Coronavírus 2019 – COVID-19.

4 HIPÓTESE

A hipótese principal que norteia esta pesquisa é a de que a taxa de mortalidade dos Povos Indígenas no Estado do Maranhão seja elevada, devido ao maior risco de contágio para as populações indígenas, consideradas mais vulneráveis às epidemias em função das condições sociais, econômicas e de saúde.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

A memória indígena de epidemias que dizimaram aldeias e povos inteiros tem sido reavivada pelo vírus SARS-CoV-2, que atingiu todos os continentes. Na progressão da pandemia no Brasil, seus impactos têm sido bastante desiguais entre segmentos populacionais, em especial para os de extrema vulnerabilidade socioeconômica. Particularmente alarmante tem sido a situação dos Povos Indígenas. (SANTOS *et al.*, 2020).

A população indígena brasileira no início do século XVI era estimada em cerca de cinco milhões de pessoas que foram dizimadas pelas expedições, escravidão, trabalho forçado, maus tratos, confinamento compulsório em aldeamentos e internatos, mas principalmente pelas

epidemias de doenças transmissíveis, em especial às infecções respiratórias que contribuíram de forma significativa na redução do número de indígenas que vivem no território brasileiro e no extermínio de povos inteiros. As doenças do aparelho respiratório ainda continuam sendo a principal causa de mortalidade infantil na população indígena. (BRASIL, 2002).

Epidemias de doenças infecciosas e parasitárias têm sido trágicas recorrências ao longo dos cinco séculos da história da relação entre os colonizadores e os Povos Indígenas. Persistem na memória individual e coletiva de muitos povos que, não muitas décadas atrás, sofreram os efeitos de doenças associadas ao contato. Em especial na Amazônia Legal, durante a segunda metade do século XX, dezenas de povos que viviam em isolamento, ou parcialmente isolados, foram súbita e violentamente impactados por projetos desenvolvimentistas. (SANTOS *et al.*, 2020).

A organização atual da saúde dos Povos Indígenas no Brasil é resultante de uma trajetória histórica complexa, responsável por grandes atrasos para os Povos Indígenas em relação aos avanços sociais experimentados pelo restante do país ao longo das últimas décadas, particularmente nos campos da saúde, educação, habitação e saneamento. (COIMBRA, 2014).

Inúmeras análises evidenciam a questão da vulnerabilidade sanitária e socioeconômica dos Povos Indígenas brasileiros, apontando, quando comparados à população nacional, indicadores de saúde e socioeconômicos desfavoráveis. (COIMBRA *et al.*, 2013).

Anteriormente à situação de pandemia deflagrada pelo novo coronavírus, as infecções respiratórias agudas já se erguiam entre as principais causas de morbidade e mortalidade em populações indígenas no país, acometendo principalmente o segmento infantil (FARIAS *et al.*, 2019). A entrada de vírus respiratórios em aldeias indígenas apresenta elevado potencial de disseminação, o que resulta em altas taxas de internação e com potencial de resultar em óbito. (CARDOSO *et al.*, 2019).

Diversos estudos apontam para o maior risco de contágio para as populações indígenas, consideradas mais vulneráveis às epidemias em função das condições sociais, econômicas e de saúde, que ampliam o potencial de disseminação de doenças. (CODEÇO, *et al.*, 2020; BRASIL, 2020).

Bellier, em seu artigo “Povos Indígenas Face ao Covid - 19: Panorama Geral em Agosto de 2020”, destaca dois cenários principais para os Povos Indígenas: populações urbanas, que permanecem na cidade, ou populações que vivem em comunidades não urbanas, aldeados. Neste último cenário, as situações ainda variam considerando a distância (mais ou menos isolada).

A autora identificou várias situações nas Américas. Nos Estados Unidos, o índice de

contaminação do povo Navajo, em agosto de 2020, excedia o da cidade de Nova Iorque. Os Nativos Americanos do Arizona, segundo o Departamento de Saúde, representam 16% das mortes por COVID-19, e constituem 6% da população do estado. No Novo México, os índios são responsáveis por 33% das mortes, sendo que eles representam 10% da população.

As comorbidades, assim como para os não-indígenas, surgem atreladas as situações indígenas. Na Austrália, a prevalência de doenças crônicas (respiratórias, cardiovasculares, mas também obesidade, infecções renais, diabetes, tracoma e reumatismo) é considerada como um fator para potencial agravamento de risco para os aborígenes, cuja expectativa de vida é menor do que a de não aborígenes. (BELLIER, 2020).

A dinâmica de transmissão da COVID-19 em território nacional ao longo dos meses resultou em acelerado incremento da proporção da população indígena em situação de alto risco imediato para epidemia, tanto em zonas urbanas quanto em zonas rurais. Atingiu inclusive áreas de ocupação de povos isolados e de recente contato. (ARTICULAÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS DO BRASIL, 2020).

As pandemias são identificadas como epidemias que atravessam os continentes e se espalham de forma rápida por diversos países e atingem uma quantidade grande de pessoas, impondo novas regras e hábitos sociais para a população mundial e mobilizações múltiplas para sua contenção. (DUARTE *et al.*, 2020).

No relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS), publicado em maio de 2020, já se documentavam 3.759.967 casos confirmados, 259.474 óbitos, com informações registradas em países de todas as regiões do mundo (*WORLD HEALTH ORGANIZATION*, 2019). No Brasil, o primeiro caso da doença teve sua notificação feita em 25 de fevereiro de 2020. (BRASIL, 2020).

As manifestações clínicas abrangiam um amplo espectro de doenças, e variavam de síndrome respiratória leve à síndrome respiratória aguda grave (SRAG), de forma semelhante à influenza, com sintomas predominantes do trato respiratório inferior, complicados por pneumonia e síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA), cursando ainda com febre alta e cefaleia. (YANG *et al.*, 2020).

O Ministério da Saúde confirmou, através da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), a notificação do primeiro caso de indígena com o novo coronavírus no país, em 1º de abril de 2020. A indígena foi identificada como Agente Indígena de Saúde (AIS), moradora da aldeia São José, no município de Santo Antônio do Içá, a aproximadamente 878 km de Manaus que teria contraído a doença do médico que integra a equipe e que havia testado positivo. (FARIAS, 2020).

Segundo o Censo 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o território brasileiro possui uma população indígena de aproximadamente 896.917 autodeclarados indígenas. Destes, 324.834 vivem em cidades e 572.083 em áreas rurais, correspondendo a aproximadamente 0,47% da população brasileira, pertencentes a 305 Povos Indígenas e que falam 274 línguas diferentes. Estão em todos os estados da federação, distribuídos em 438 municípios, ocupando 109.550.282 hectares de terras, 668 terras indígenas, cerca de 12,64% do território nacional, vivendo contextos diversificados, que envolvem desde grupos isolados, aldeados, até os que residem em áreas urbanas. Destaca-se o percentual de indígenas vivendo nas áreas rurais, ao compararmos a população brasileira em geral. Enquanto 84,4% da população nacional reside em centros urbanos, 36,2% da população indígena vive em contexto urbano, revelando um estreito vínculo com a terra. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

O desafio de promover uma atenção primária diferenciada para essa população, em contextos interculturais, garantindo a autonomia de cuidado, fortalecimento das medicinas tradicionais em conjunto com ações de atenção à saúde, evidencia alguns dos pilares estabelecidos pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), sendo a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) a guardiã dos princípios dessa política e gestora operacional do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena – SASISUS, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (BRASIL, 2019a).

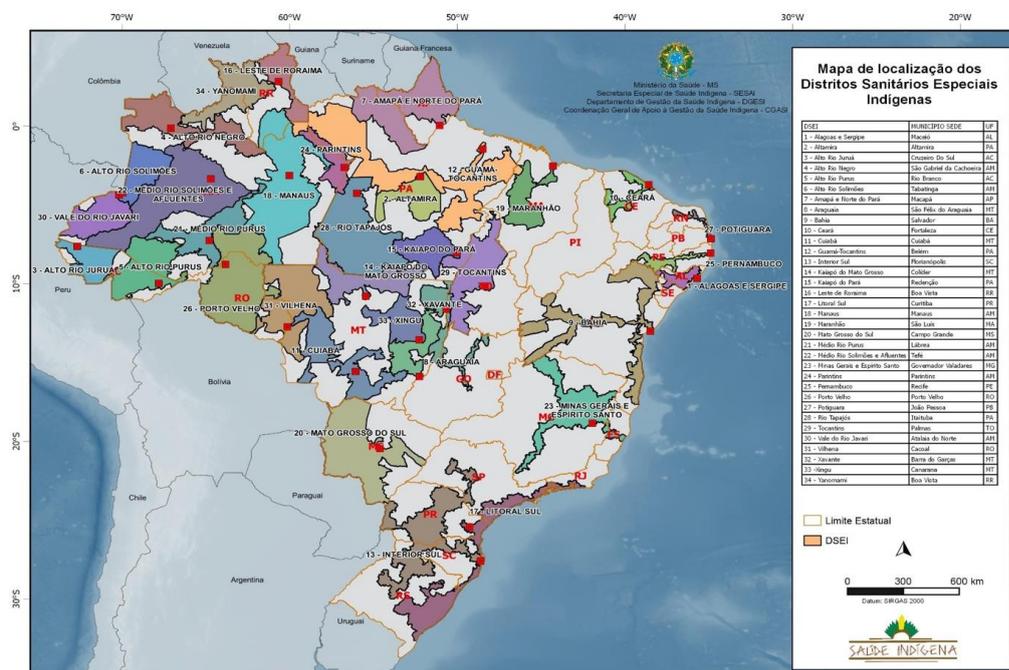
Com sua implantação oficial em 1999, o SASISUS nasceu com a responsabilidade de prestar atendimento a toda população aldeada em terras indígenas, organizado em unidades de ação distritais, os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), que funcionam como uma rede de serviços de saúde, capaz de ofertar cuidados de atenção primária à saúde (APS), adequados às necessidades sanitárias da população indígena. (GARNELO; PONTES, 2012).

A SESAI, cujo principal propósito é garantir aos Povos Indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, contemplando a diversidade cultural, social, geográfica, histórica e política desses povos, foi criada em 2010, como resultado da busca pelo aperfeiçoamento do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, criado pela Lei Arouca, em 1999 e da luta dos Povos Indígenas por maior participação na gestão e maior autonomia dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, um modelo de organização de serviços, definido na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas como espaços territoriais etnoculturais e populacionais dinâmicos, por meio dos quais a SESAI executa suas ações. (BRASIL, 2002).

As ações de atenção primária à saúde indígena e de saneamento básico são realizadas

nas terras e territórios onde vivem os Povos Indígenas e são desenvolvidas respeitando os saberes e as práticas tradicionais de saúde, mediante a organização da rede de atenção integral, hierarquizada e articulada com o SUS. Os territórios sob a responsabilidade de cada DSEI (Figura 1) podem abranger mais de um município e/ou Estado (BRASIL, 2019a). Entre os critérios para definição territorial dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas está a distribuição demográfica tradicional dos Povos Indígenas, que não coincide necessariamente com os limites de estados e municípios onde estão localizadas as terras indígenas. (BRASIL, 2002).

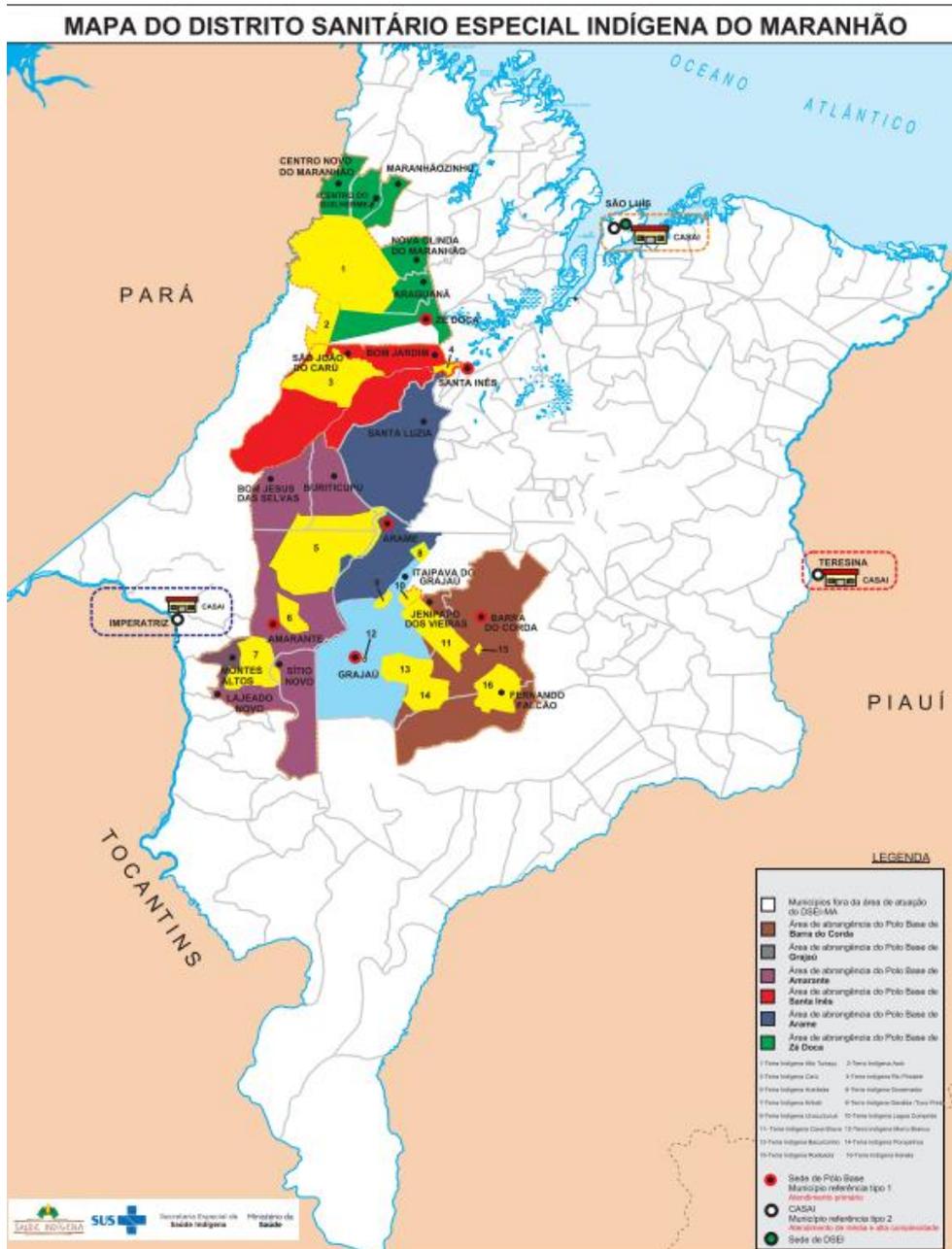
Figura 1 - Localização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas



Fonte: Ministério da Saúde, 2021

Dentre os 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas distribuídos pelo território nacional, desponta o Distrito Sanitário Especial Indígena Maranhão (Figura 2) com a 4ª maior população indígena do país, conforme dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2021), no total de 40.140 indígenas, distribuídos entre 22 municípios maranhenses, 16 Terras Indígenas, 686 aldeias, com uma extensão territorial de 19.083,89 km² e composta por 08 Povos Indígenas. (SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA, 2021).

Figura 2 - Mapa do DSEI Maranhão



Fonte: SESANI/DSEI-MA

O DSEI Maranhão está sediado na cidade de São Luís, capital maranhense, e sua área de atuação corresponde a 19.083,83 km². As ações de atenção primária em saúde, são operacionalizadas, através de 06 (seis) Polos Base que possuem função técnica e função administrativa e estão localizados nos municípios de Amarante do Maranhão, Arame, Barra do Corda, Grajaú, Santa Inês e Zé Doca. (FREITAS, 2013).

Como forma de garantir o acesso dos Povos Indígenas à atenção de média e alta complexidade, a PNASPI atribui aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas a

responsabilidade de promover a articulação, definindo os fluxos de referência e contrarreferência na rede de serviços do SUS, devendo o DSEI possuir em sua estrutura organizacional, Casas de Saúde Indígena - CASAI, que ofereçam serviço de apoio aos indígenas encaminhados para a média e alta complexidade (BRASIL, 2002). O DSEI Maranhão possui 03 (três) Casas de Saúde Indígena, localizadas nos municípios de São Luís, Imperatriz e no município de Teresina/PI. (FREITAS, 2013).

5.1 POVOS INDÍGENAS DO MARANHÃO

Os Povos Indígenas presentes no Maranhão, são distribuídos em dois grandes grupos: os Tupi-Guarani e os Macro-Jê. Essa distribuição, dá-se com base na classificação lingüístico-cultural utilizada para identificar e caracterizar as línguas e culturas indígenas presentes no Brasil. Os povos do tronco lingüístico-cultural Tupi-Guarani presentes no Maranhão são: Tenetehara/Guajajara, Ka'apor e Awá-Guajá. Os povos do tronco lingüístico-cultural Macro-Jê presentes no Maranhão são: Krikati, Pukobyê (Gavião), Rankokamekrá e Apanyekrá (Canela), Krepumkateyê (Timbira) e algumas famílias Timbira (Krenyê). (UBBIALI, 2004).

No Maranhão, o Censo IBGE 2010 revelou o total de 184 municípios com população autodeclarada indígena, somando uma população de 35.272 indígenas. Entre estes 6.911 vivendo em contexto urbano, conforme domicílio, e 28.361 vivendo em contexto rural. Dos 184 municípios com população indígena, 153 apresentam população indígena urbana, com 34 destes com população exclusivamente urbana, 150 apresentam população indígena rural, com 31 municípios entre estes com população exclusivamente rural. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

A Associação Carlo Ubbiali, juntamente com o Instituto para a justiça e a equidade – EKOS e o Instituto Sócio Ambiental – ISA, trazem as principais características dos Povos Indígenas do Maranhão, em seu livro “Os índios do Maranhão, o Maranhão dos Índios”, sendo a referência UBBIALI, 2004, a principal fonte utilizada por esta pesquisa, para a caracterização dos Povos Indígenas do Maranhão, destacada abaixo. As demais referências utilizadas foram inseridas ao longo da caracterização.

5.1.1 Guajajara

Os Guajajara são um dos Povos Indígenas mais numerosos do Brasil. Habitam 11 Terras Indígenas na margem oriental da Amazônia, todas situadas no Maranhão. Sua história

de mais de 380 anos de contato foi marcada tanto por aproximações com os brancos como por recusas totais, submissões, revoltas e grandes tragédias. A revolta de 1901 contra os missionários capuchinhos, em Alto Alegre, Barra do Corda, teve como resposta a última "guerra contra os índios" na história do Brasil.

5.1.1.1 Nome

Os Guajajara também se autodenominam Tenetehára. Guajajara significa "donos do cocar" e Tenetehára. "somos os seres humanos verdadeiros". Não se conhece com certeza a origem do nome Guajajara, mas provavelmente foi dado aos Tenetehára pelos Tupinambá. Tanto entre os próprios índios quanto na literatura científica, atualmente a denominação Guajajara é mais usada do que Tenetehára.

5.1.1.2 Língua

A língua Guajajara pertence à família Tupi-Guarani. Os Guajajara chamam sua língua de *ze'eg eté* ("a fala boa"). Nas aldeias, o Guajajara é falado como primeira língua, exceto em algumas áreas, enquanto o português tem a função de língua franca, que é entendida pela maioria.

5.1.1.3 Localização

Todas as 11 Terras Indígenas habitadas pelos Guajajara estão situadas no centro do Maranhão, nas regiões dos rios Pindaré, Grajaú, Mearim e Zutíwa. São cobertas pelas florestas altas da Amazônia e por matas de cerradão, mais baixas, sendo estas matas de transição entre as florestas amazônicas e os cerrados. Os Guajajara nunca habitaram os cerrados vizinhos, região dos povos Jê. Sua região mais antiga, historicamente conhecida, foi o médio rio Pindaré.

As Terras Indígenas Arariboia, Bacurizinho e Cana Brava abrigam cerca de 85% da população Guajajara. Em várias terras, eles não são os únicos habitantes indígenas: há grupos dos Guajá em Araribóia e Caru, dos Tabajara em Governador e Rio Pindaré e dos Guarani, Krenyê e Kokuiregatejê em Rio Pindaré. Em duas Terras Indígenas os Guajajara são minoria: em Governador, dos Gavião-Pukobyê, onde representam cerca de 36% dos habitantes, e em Krikatí, onde há uma comunidade cujos moradores não falam mais a língua indígena.

5.1.1.4 Demografia

O número exato dos Guajajara é desconhecido. O Censo Demográfico IBGE 2010 identificou no Estado do Maranhão, 35.272 indígenas autodeclarados. Os resultados do universo coletado pelo Censo IBGE 2010, informam que entre a população indígena estão os Tenetehára, no total de 24.428 indivíduos, sendo que destes 19.955 vivem em terras indígenas e 4.473 vivem em contexto urbano. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012).

O DSEI Maranhão, através do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), contabilizou em dezembro de 2021, o total de 31.108 indígenas Guajajara vivendo em aldeias do território de abrangência do DSEI. O SIASI não quantifica os indígenas que vivem em contexto urbano. (SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA, 2021).

5.1.1.5 História do contato

Os Guajajara têm uma história longa e muito singular de contato com os brancos. O primeiro contato pode ter acontecido em 1615, nas margens do rio Pindaré, com uma expedição exploradora francesa. Até os meados do século XVII, os Tenetehára foram assolados pelas expedições escravagistas dos portugueses no médio Pindaré. Esta situação mudou com a instalação das missões jesuítas (1653-1755), que ofereceram certa proteção contra a escravidão, mas implicaram um sistema de dependência e servidão.

A maior revolta dos Guajajara, foi causada por um empreendimento de missão e colonização dos capuchinhos, a partir de 1897, em Alto Alegre, na região atual de Cana-Brava. Em 1901, o cacique Cauré Imana conseguiu unir um grande número de aldeias para destruir a missão e expulsar todos os brancos da região entre as cidades de Barra do Corda e Grajaú. Poucos meses depois, os índios foram derrotados pela milícia (composta de contingentes do Exército, da Polícia Militar, de indivíduos da população regional e de guerreiros Canela) e perseguidos por vários anos, o que fez muito mais vítimas entre os Guajajara do que entre os brancos. A revolta de Alto Alegre representa um dos incidentes mais importantes na história deste povo.

Novos conflitos sangrentos surgiram a partir dos anos 1960 e 70, com a expansão descontrolada de latifúndios no centro do Maranhão, empurrando muitos posseiros para dentro das Terras Indígenas. O maior palco destes conflitos foi de novo Cana-Brava, com o povoado

ilegal de São Pedro dos Cacetes, que existiu de 1952 a 1995 e contra o qual os Guajajara tiveram que resistir quatro décadas, com apoio apenas esporádico do Governo Federal. Outras ameaças surgiram a partir dos anos 1980 (Figura 3), com o Programa Grande Carajás e com a cobiça de pequenas madeireiras regionais.

Figura 3 - Guardiã da Floresta, Paulino Guajajara, assassinado por madeireiros na Terra Indígena Arariboia, em novembro de 2019.



Fonte: cimi.org.br / Crédito da foto: Patrick Raynaud/Mídia índia

5.1.1.6 Organização social e política

Atualmente, as aldeias não mais tomam nenhuma forma típica: são compridas (ao longo de caminhos), redondas ou quadrangulares. Localizam-se de preferência à beira de rios ou, na falta de cursos d'água, perto de lagoas na mata. A proximidade de uma estrada pode ser outro fator atraente, para vender artesanato, por exemplo. As aldeias, antigamente muito pequenas e de existência temporária, hoje em dia são permanentes e poucas vezes transferidas. Podem ser constituídas por uma única família, mas em alguns casos podem ter até 400 ou mais

moradores. As casas (Figura 4), construídas no estilo regional camponês, em geral são habitadas por famílias nucleares. As aldeias costumam manter sua independência e poucas vezes formam coligações regionais, mas existem diversas relações de parentesco, matrimoniais e rituais entre as comunidades.

Figura 4 - Casa Guajajara na aldeia Cana Brava (Terra Indígena Cana Brava).



Foto: Peter Schröder, 2000

A chefia, sem regras fixas para se estabelecer, sofreu algumas mudanças com a política indigenista. Os principais critérios tradicionais para assumir a liderança (qualidades individuais e uma base de co-partidários por consangüinidade e afinidade) ficaram menos importantes, comparados com as exigências de saber lidar com o mundo dos brancos. Isto diz respeito, em primeiro lugar, à capacidade de se relacionar com os órgãos governamentais e obter benefícios para a comunidade local, e à qualidades individuais (conhecimentos do português e talento diplomático, entre outras). Cada aldeia tem seu próprio cacique ou capitão, mas há aldeias com mais de um por causa das rivalidades entre várias famílias extensas. Alguns caciques tentam estender sua influência às aldeias vizinhas, mas sua autoridade é muito instável e pode ser contestada a qualquer instante pelos concorrentes da própria aldeia.

5.1.2 Awá – Guajá

Os Guajá, que vivem na pré-Amazônia brasileira, constituem um dos últimos povos caçadores (Figura 5) e coletores no Brasil. Além dos aldeados pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI), um certo número de Guajá vivem na floresta, sem contato permanente com a sociedade regional.

Figura 5 - Caçadores Awá-Gujá



Fonte: survivalbrasil.org / Crédito da foto: Sebastião Salgado

5.1.2.1 Nome e língua

Os Guajá se autodenominam *Awá*, termo que significa "homem", "pessoa", ou "gente". Acredita-se que esse povo seja originário do baixo rio Tocantins no estado do Pará. Formava, provavelmente junto aos Ka'apor, Tembé e Guajajara (Tenetehára), um conjunto maior, da família lingüística Tupi-Guarani naquela região (GOMES, 1988, 1989; BALLÉE, 1984). Na medida que a expansão colonial foi exercendo uma pressão sobre estes grupos indígenas, houve uma dispersão dos mesmos. Acredita-se que a partir do conflito da Cabanagem, em torno de 1835-1840, este conjunto iniciou uma migração no sentido leste, rumo ao Maranhão. É provável que por volta de 1950 todos os Guajá estivessem vivendo neste estado, no lado leste do rio Gurupi. (GOMES, 1989).

5.1.2.2 Localização

Os Guajá em contato permanente vivem no noroeste do estado do Maranhão, nas Terras Indígenas Alto Turiaçu (530.520 ha) e Caru (172.667 ha), ambas já demarcadas e homologadas. Em 2002 foi demarcada uma nova área para os Guajá, a Terra Indígena Awá, de 118.000 ha. nos municípios de Zé Doca e Bom Jardim. Esta reserva liga a Terra Indígena Caru à do Alto Turiaçu, estabelecendo assim um terreno contínuo, em tese menos sujeito às invasões. Além de fornecer mais segurança, esta fusão poderá proporcionar aos Guajá uma maior área para continuar as suas atividades de subsistência. É ainda um território próprio, dado que a Terra Indígena Caru e a Terra Indígena Alto Turiaçu são compartilhadas com as etnias Ka'apor, Timbira e Guajajara. Acredita-se que alguns grupos Guajá, sem contato, residam nesta área, sendo que sua recente demarcação poderá estender uma proteção maior aos mesmos. Mesmo demarcada fisicamente, esta área sofre muitas invasões e há forte resistências principalmente por parte de empresas madeireiras e agro-pecuárias.

Na Terra Indígena Araribóia, ao sul das Terras Indígenas Alto Turiaçu e Caru, foram avistados outros grupos Guajá pelos Guajajara. Acredita-se, também, que existam outros Guajá dentro da Reserva Biológica Gurupi, adjacente a Terra Indígena Caru, a oeste. Dentro das próprias Terra Indígena Alto Turiaçu e Terra Indígena Caru foram observados mais grupos arredios e acampamentos abandonados, informações estas provindas dos Ka'apor e dos Guajá contatados. Ainda há informações de grupos mais distantes que se movem por uma série de serras e chapadas que ligam os estados do Maranhão, Tocantins, Piauí, Goiás, Bahia e Minas Gerais.

5.1.2.3 História do contato

Em março de 1973, a FUNAI estabeleceu o primeiro contato definitivo com um grupo Awá Guajá no igarapé da Fome e igarapé Turizinho, e com outros 17 Guajá no Alto Turiaçu (CENTRO DE TRABALHO INDIGENISTA, 2016). Essa foi a primeira vez que um grupo Guajá aceitou a aproximação com os sertanistas da FUNAI e puderam ser deslocados para próximo do Posto Indígena Guajá, na Terra Indígena Alto Turiaçu. Na ocasião a região já recebia os colonos e posseiros que migraram para o Maranhão acompanhando a abertura das rodovias. Desde este primeiro contato, a FUNAI tem transferido os grupos Awá Guajá contatados para Terras Indígenas demarcadas da região. Primeiramente foram conduzidos para Terra Indígena Alto Turiaçu, demarcada para usufruto dos índios Urubu Ka'apor, e homologada em 1982, mas

que abrigava informações de existência de grupos Awá Guajá isolados. Depois, outros grupos foram transferidos para a Terra Indígena Caru, demarcada para usufruto dos índios Guajajara, também homologada em 1982 e que também, sabia-se, abrigava grupos Awá-Guajá isolados. Finalmente em 1992, foi homologada a Terra Indígena Awá, destinada apenas ao usufruto do grupo indígena Awá-Guajá. (FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO, 2012).

Este procedimento de transferência dos grupos contatados, e depois a demarcação da Terra Indígena Awá, em 1992, visaram, em primeiro lugar, proteger a integridade física dos grupos Awá-Guajá contatados e possibilitar a convivência deles com outras famílias Awá-Guajá contatadas anteriormente e ainda em situação de isolamento. Em segundo lugar, visaram proteger a territorialidade e o modo de vida dos grupos Awá-Guajá isolados e contatados.

A ocupação da Amazônia Maranhense pelas frentes de expansão nacionais ocorreu de forma mais intensiva na década de 1950, em decorrência do aumento da emigração na região e foi agravado na década de 1970 com a construção e inauguração da BR – 222 e da Estrada de Ferro Carajás.

As aldeias Awá-Guajá que se formaram nas imediações dos antigos Postos Indígenas da FUNAI (Caru, Awá e Tiracambu), na Terra Indígena Caru, vivem em proximidade com povoados e vilas, pois o limite sudeste da Terra Indígena Caru confronta-se com o traçado da Estrada de Ferro Carajás. A proximidade das aldeias da Terra Indígena Caru com municípios como Alto Alegre do Pindaré e Altamira do Maranhão – povoados constituídos a partir das estações da estrada de ferro – vem oferecendo um risco à integridade física e cultural dos Awá-Guajá. (FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO, 2012).

5.1.2.4 Demografia

O contato não foi uma experiência positiva para os Guajá, que sofreram uma queda populacional significativa. O primeiro posto indígena Awá-Guajá, chamado de PI Guajá, em 1978 já contava com uma população de 56 pessoas, porém, após dois anos, devido às fortes gripes, malária e alta taxa de mortalidade infantil, a população foi reduzida para 26 pessoas. Em 1980, novo grupo com 28 Awá-Guajá foi contatado pela FUNAI e conduzido para a Terra Indígena Caru, se fixando na que seria denominada aldeia Awá. Dos 28 indígenas, apenas 20 sobreviveram a esta transferência, seis deles morreram por conta da gripe contraída neste episódio. Em 1989, dois grupos Awá-Guajá foram contatados com a ajuda de indígenas da aldeia Awá. Somavam 22 pessoas e foram conduzidos para a margem esquerda do rio Caru, na Terra Indígena Awá, na que seria denominada aldeia Juriti. Em 1994, foi constituída a quarta

aldeia Awá-Guajá, que recebeu o nome de Tiracambu e contava com 32 pessoas provenientes da aldeia Awá. (YOKOI, 2014).

Os resultados do universo coletado pelo Censo IBGE 2010, informam que entre a população indígena estão os Guajá, no total de 536 indivíduos. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012).

O SIASI, apresenta no demográfico de dezembro de 2021, uma população total de 608 indígenas, distribuídos nas quatro aldeias no oeste do Maranhão: Aldeia Guajá, Aldeia Juriti, Aldeia Tiracambu e Aldeia Awá. A primeira na Terra Indígena Alto Turiaçu, com 160 indígenas, a segunda na Terra Indígena Awá, com 98 indígenas e a terceira e a quarta, na Terra Indígena Caru, com 96 e 254 indígenas, respectivamente. (SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA, 2021).

5.1.2.5 Organização social

Antes do contato com a FUNAI, supõe-se que os Guajá exploravam as matas do Maranhão em grupos de cinco a trinta pessoas. A frente de atração da FUNAI fez com que muitos grupos Guajá desconhecidos ficassem aldeados juntos, o que possivelmente transformou a organização social entre eles. Ao longo de sua vida, tanto um homem quanto uma mulher (Figura 6) podem ter vários matrimônios sucessivos.

Figura 6 - Mulher Awá-Guajá



Fonte: funai.org.br / Crédito da foto: Sebastião Salgado

Não existe um tipo de casamento preferencial. É permitido o casamento entre primos cruzados, embora a reestruturação social dos Guajá favoreça, preferencialmente, o casamento entre pessoas de grupos não relacionados. Neste sentido, talvez seja mais apropriado compreender a prática do casamento atual entre os Guajá como uma forma de "aliança" entre grupos que outrora exibiam uma certa tensão.

5.1.3 Ka'apor

Segundo adaptação e atualização da Associação Carlo Ubbiali, os Ka'apor (Figura 7) surgiram como povo distinto há cerca de 300 anos, provavelmente na região entre os rios Tocantins e Xingu.

Figura 7 - Indígena Ka'apor



Fonte: jornalistaslivres.org / Crédito da foto: Eduardo Aguiar

Talvez por causa de conflitos com colonizadores luso-brasileiros e com outros povos nativos, iniciaram uma longa e lenta migração que os levou, nos idos de 1870, do Pará, através do rio Gurupi, ao Maranhão. Colonizadores brasileiros que atacaram e aniquilaram aldeias Ka'apor, por volta de 1900, ficaram surpresos ao descobrirem esplêndidos cocares de penas coloridas dentro de pequenos baús de cedro, que os sobreviventes, em fuga, teriam deixado para

trás. Quando as autoridades brasileiras tentaram "pacificá-los" pela primeira vez, em 1911, os Ka'apor, como os Nambiquara no Mato Grosso, eram considerados um dos povos nativos mais hostis no país. Tal pacificação, tanto dos Ka'apor quanto dos karaí (não índios), ocorreu em 1928 e durou por quase 70 anos. Recentes invasões da terra dos Ka'apor pelos Karaí, entretanto, ocasionaram novas hostilidades e estão colocando a sobrevivência étnica dos Ka'apor novamente em risco.

5.1.3.1 Nome

Sua auto-denominação é Ka'apor ou Ka'apór (o apóstrofo representa uma parada da glote; o acento tônico na língua Ka'apor em geral cai na última sílaba). Outros nomes pelos quais são conhecidos são: Urubu, Kambõ, Urubu-Caápor, Urubu-Kaápor, Kaapor. Ka'apor parece derivar de *Ka'a-pypor*, "pegadas na mata" ou "pegadas da mata". Outro significado aventado para Ka'apor é o de "moradores da mata". Contudo, a expressão "moradores da mata" na verdade exprime-se melhor pelo nome que os Ka'apor atribuem aos índios caçadores-coletores Guajá, seus vizinhos, Ka'apehar. O termo Urubu foi evidentemente atribuído ao povo Ka'apor durante o século XIX pelos inimigos luso-brasileiros.

5.1.3.2 Língua

Ka'apor é uma língua da família Tupi-Guarani. Não é falada por nenhum outro grupo conhecido, exceto como segunda língua por alguns Tembé. Embora não existam regras de distinção entre falas masculinas e femininas, os Ka'apor são lingüisticamente peculiares na Amazônia por terem uma linguagem padrão de sinais, usada para a comunicação com os surdos, que até a metade dos anos 80 compunham cerca de 2% da totalidade de sua população. A incidência de surdez deveu-se evidentemente à boubá neonatal e endêmica, que foi erradicada. Cerca de 60% do povo Ka'apor é monolíngüe; os outros 40% falam um português tosco ou regional. Uma porcentagem bem pequena (2%) fala Tembé ou outra língua indígena, como a Guajá.

5.1.3.3 Localização

Os Ka'apor vivem no norte do Maranhão. Suas terras fazem limite, ao norte, com o rio Gurupi; ao sul, com os afluentes meridionais do rio Turiaçu; a oeste, com o Igarapé Araçatiwa;

a leste, com uma linha no sentido noroeste-sudeste quase paralela à rodovia BR-316. Todos os córregos e rios drenam para três grandes rios: Maracaçumé, Turiaçu e Gurupi, que, por sua vez, desaguam diretamente no oceano Atlântico.

Os antepassados Ka'apor, que parecem ter fugido da expansão da sociedade lusobrasileira no sul do Pará, chegaram e se estabeleceram nas suas terras atuais (indo além) no Maranhão nos idos de 1870. Cem anos depois, em 1978, a Área Indígena Alto Turiaçu, consistindo em 2048 milhas quadradas (5.301 km²) de floresta amazônica alta, ocupada por todos os remanescentes Ka'apor, assim como por alguns Guajá, Tembê e Tirnbira, foi demarcada pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI).

5.1.3.4 Demografia

Em 1982, a população total Ka'apor era de 494 pessoas. Em 2004, estimava-se entre os 800 e 1000 habitantes, sendo que, de longe, a maior parte deste aumento deveu-se ao crescimento natural e não à imigração. Estimativas de censos anteriores, indicam que a população Kaapor declinou marcadamente após o início do contato contínuo com a sociedade brasileira em 1928: 2.000 (1928), 1.095 (1943), 912 (1954), 822 (1962), 488 (1975). Os 50 anos de declínio, dos anos 20 aos anos 70, deveram-se primordialmente a epidemias de infecções respiratórias (especialmente sarampo e outras síndromes virais) e a cuidados de saúde inadequados.

Na publicação “Características gerais dos indígenas: resultados do universo”, o IBGE apresenta as informações do Censo Demográfico 2010, contabilizando o total de 1.541 indígenas Ka'apor, compondo a população indígena do Brasil. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012).

A população Ka'apor presente no Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena, contabiliza o total de 2.144 indígenas, distribuídos em 22 aldeias, nos municípios de Zé Doca, Araguaã, Nova Olinda do Maranhão, Centro do Guilherme, Centro Novo e Maranhãozinho. (SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA, 2021).

5.1.3.5 História do contato

Os Ka'apor tiveram numerosos contatos documentados com a sociedade lusobrasileira entre o período dos Pacajás, nos idos de 1600, e o estabelecimento do contato prolongado, ou

"pacificação", em 1928. A maior parte dos episódios relatados foram violentos.

Em 1911, o Serviço de Proteção ao Índio (SPI) empreendeu esforços visando a "pacificação" dos Ka'apor, organizando um grupo que levava presentes em forma de ferramentas de aço e coisas parecidas, rio Turiaçu acima, na esperança de "atrair" os índios. Guerreiros Ka'apor que espreitavam o grupo atiraram no maxilar de um voluntário, razão pela qual os esforços foram abandonados. Do outro lado do habitat Ka'apor, ao longo do alto rio Gurupi, agentes do SPI também tentaram, em vão, pacificá-los entre 1911 e 1912. De 1915 a 1917, o SPI não teve recursos financeiros para os esforços de pacificação dos Ka'apor. Em 1918 e 1920, após vários anos de trégua, ataques Ka'apor motivados pela busca de ferramentas de aço tiveram lugar respectivamente na bacia do rio Guamá e em Bragança, perto da costa atlântica. Os Ka'apor também foram agredidos por turbas de brasileiros enfurecidos durante este período; um agente de telégrafo no Maranhão, que organizou invasões às aldeias Ka'apor, espetou as cabeças de suas vítimas próximo dos postos de telégrafo entre os lagos Viana e o rio Gurupi.

Finalmente, em outubro de 1928, ambos os lados tinham experimentado violência suficiente. De acordo com o saber tradicional Ka'apor, um homem Ka'apor, denominado *Pa' i* ("padre"), "pacificou" (*mu-katu*) os brasileiros no Posto Canindé do SPI, na região do Gurupi.

5.1.3.6 Organização social

A aldeia Ka'apor (*hendá*) consiste normalmente em um ou dois agrupamentos residenciais uterinos. O irmão mais velho das irmãs casadas em um agrupamento uterino é normalmente o chefe (*kapitã*) do agrupamento, de forma que uma aldeia pode ter mais do que um chefe se houver mais de um agrupamento residencial.

A sociedade é basicamente igualitária, não havendo autoridade central (o que pode estar mudando com as crescentes pressões de posseiros invasores). Cada aldeia tende a agir como uma entidade politicamente autônoma. Mais de um agrupamento uterino pode constituir uma aldeia, especialmente as que abrigam mais do que 30 pessoas. No passado, o tamanho médio de uma aldeia comportava de 25 a 50 pessoas; hoje, algumas aldeias, como Gurupiúna (ao norte) e Zé Gurupi (ao sul), abrigam mais de cem, e não está claro se os padrões de liderança e de residência pós-matrimonial do passado poderão sobreviver. Esta concentração reflete um aumento na taxa natural de crescimento populacional, bem como na pressão sobre o espaço disponível na terra indígena, tanto por conta da recuperação populacional quanto pela invasão da área por posseiros sem terra. Talvez a concentração em núcleos maiores lhes proporcione

mais segurança.

5.1.4 Canela

Canela é o nome pelo qual ficaram conhecidos dois grupos Timbira: os Ramkokamekrá e os Apanyekrá. Há diferenças significativas entre esses grupos vizinhos, mas ambos falam a mesma língua e são pautados pelo mesmo repertório cultural. Até a década de 1940, os Ramkokamekrá tinham menor contato com a sociedade nacional e com outros grupos indígenas do que os Apanyekrá. Depois disso, a situação inverteu-se. (UBBIALI, 2004).

5.1.4.1 Nome

Os Canela são compostos das cinco nações remanescentes dos Timbira Orientais, sendo a maior a dos Ramkokamekrá, descendentes dos Kapiekran (como eram conhecidos até 1820). O nome Canela também era utilizado pelos sertanejos para os Apanyekrá e os Kenkateye, que foram massacrados e dispersos em 1913. Os Kenkateye separaram-se dos Apanyekrá por volta de 1860.

O grupo Ramkokamekrá, atualmente autodenominados de *Memôrtũmre* (ALMEIDA, 2017), se identificam com o nome português Canela. Ramkokamekrá significa "índios do arvoredo de almécega". Usam o termo *Me(n)hi(n)* para se referir aos Timbira Orientais. É provável que o nome Canela seja uma referência ao fato desses índios serem visivelmente mais altos - com suas longas pernas -, quando comparados pela população regional a seus vizinhos Guajajara.

O grupo Apanyekrá se auto-denominam como tal. São conhecidos pela bibliografia apenas por esse nome e suas variações ortográficas, ou ainda por Apanyekrá-Canela, Apanyekrá significa "o povo indígena da piranha". Nimuendajú, etnólogo de origem alemã que conviveu com um grande número de sociedades indígenas de todas as regiões do Brasil (AMOROSO, 2002), supõe que eram chamados por esse nome porque pintavam o maxilar inferior de vermelho, remetendo à imagem desse peixe carnívoro.

5.1.4.2 Língua

Os Canela e os Krahô falam uma mesma língua da família Jê, no tronco Macro-Jê, com pequenas variações. Os Canela entendem o Krikati/Pukobyé com facilidade e, certamente,

o Gavião do Tocantins. Essas são as principais línguas Timbira orientais que sobreviveram: Já o Apinayé (Timbira Ocidental) é tão diferente do Canela como o espanhol é do português. Um Canela não compreende o Xavante (Jê Central) ou o Xokleng (Jê Meridional), e apresenta muita dificuldade para compreender o Xikrin (Jê setentrional). Muitos Canela conseguem se expressar em português, mesmo que não o falem corretamente.

5.1.4.3 Localização

A principal aldeia Ramkokamekrá, Escalvado (Figura 8), é conhecida pelos sertanejos e moradores de Barra do Corda como Aldeia do Ponto e localiza-se em torno de 70 km a sulsudeste dessa cidade, no estado do Maranhão. A demarcação dos 125.212 hectares da Terra Indígena Canela ocorreu entre 1971 e 1983. Hoje está homologada e registrada. Até recentemente, essas terras de cerrado, florestas-galeria e pequenas chapadas ficavam no município de Barra do Corda, mas agora localizam-se no novo município de Fernando Falcão.

Figura 8 - Vista aérea da aldeia Escalvado



Fonte: pib.socioambiental.org / Crédito da foto: Ray Roberts Brown, 1970.

No que diz respeito aos Apanyekrá, a regularização da Terra Indígena Porquinhos, que tem a extensão de 79.520 hectares e está localizada nos municípios de Fernando Falcão e de Grajaú, aconteceu no começo da década de 1980. A aldeia principal, Porquinhos (Figura 9), encontra-se a cerca de 80 Km a sudoeste do município de Barra do Corda e 45 Km a oeste da

aldeia Ramkokamekrá de Escalvado. Está a leste do município de Grajaú, separada por 75 Km de área de cerrado facilmente transponível.

Figura 9 - Vista aérea da aldeia Porquinhos



Fonte: A autoria própria, 2020.

Enquanto os Ramkokamekrá vivem basicamente em áreas de cerrado com pequenos igarapés, os Apanyekrá têm essa mesma ecologia a leste e sul, contando, no entanto, com extensas florestas a norte e oeste. Possuem também o rio Corda, que em alguns pontos tem oito metros de largura. Os Apanyekrá têm, assim, a vantagem de dispor de melhor solo para a agricultura de coivara e maior abundância de peixes, além da caça na floresta e no cerrado.

5.1.4.4 Demografia

Estima-se que, antes do contato com os "brancos", as nações Timbira viviam em grupos que somavam de mil a 1.500 pessoas. Os grupos menores encontravam problemas para se defender durante as guerras sazonais (junho-agosto), Já os grupos maiores cindiam-se provavelmente devido a conflitos de lideranças. Por volta de 1817, os Kapiiekran (ancestrais dos Ramkokamekrá) reduziram-se drasticamente devido a guerras inter-tribais e varíola. Remanescentes refugiaram-se nos vales de serras, mas se reinstalaram nas terras atuais durante a década de 1840, não havendo registro de sua população nessa época.

Nimuendajú contou em torno de 300 indivíduos Ramkokamekrá em 1936 e William Crocker, por volta de 412, em 1960. Censos sucessivos registram 437 (1970), 508 (1975), 600 (1979) e 836 (1988). Em 1998, a FUNAI registrou 1.262 pessoas e, em 2000, 1.387. Quanto

aos Apanyekrá, Nimuendajú estimou 130 indivíduos em 1929. Crocker contou 205 em 1970, 213 em 1971, e 225 em 1.975.

O Censo Demográfico IBGE, traz a informação da presença da etnia Kanela, conforme tronco linguístico, no total de 3.321, distribuídos entre a denominação Kanela com 1.521 indivíduos, Kanela Apanyekrá com 26 indivíduos e Kanela Rankokamekrá. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012).

Atualmente, o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena, em extração realizada no mês de dezembro de 2021, contabiliza o total de 3.403 indígenas Canela. Os Ramkokamekrá distribuídos em duas aldeias, a aldeia Velha com 157 indivíduos e a aldeia Escalvado com 2.376 indivíduos e os Apanyekrá concentrados na aldeia Porquinhos, no total de 870 indivíduos. (SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA, 2021).

5.1.4.5 História do contato

Os Kapiiekran, ancestrais dos Canela, foram indiretamente contatados por forças militares no fim do século XVII, mas apenas durante a última década do século XVIII efetivamente ocorreram incursões contra sua população e seu modo de vida. Ataques periódicos partiam das milícias locais ou bandeiras, organizadas para tomar e assegurar as terras dos Kapiiekran, empregadas na agricultura e criação de gado ao longo dos rios Itapicuru e Alpercatas, a nordeste e oeste de Picos. Dizimados por essas guerras, em 1814, os Kapiiekran renderam-se às forças brasileiras da região, em Pastos Bons, em troca de proteção. Seus remanescentes, bem como os de outras várias nações Timbira, foram autorizados a se estabelecerem no canto noroeste das terras ancestrais dos Kapiiekran. No final de 1830, eles ocupavam por volta de 5% das antigas áreas de coleta desse povo.

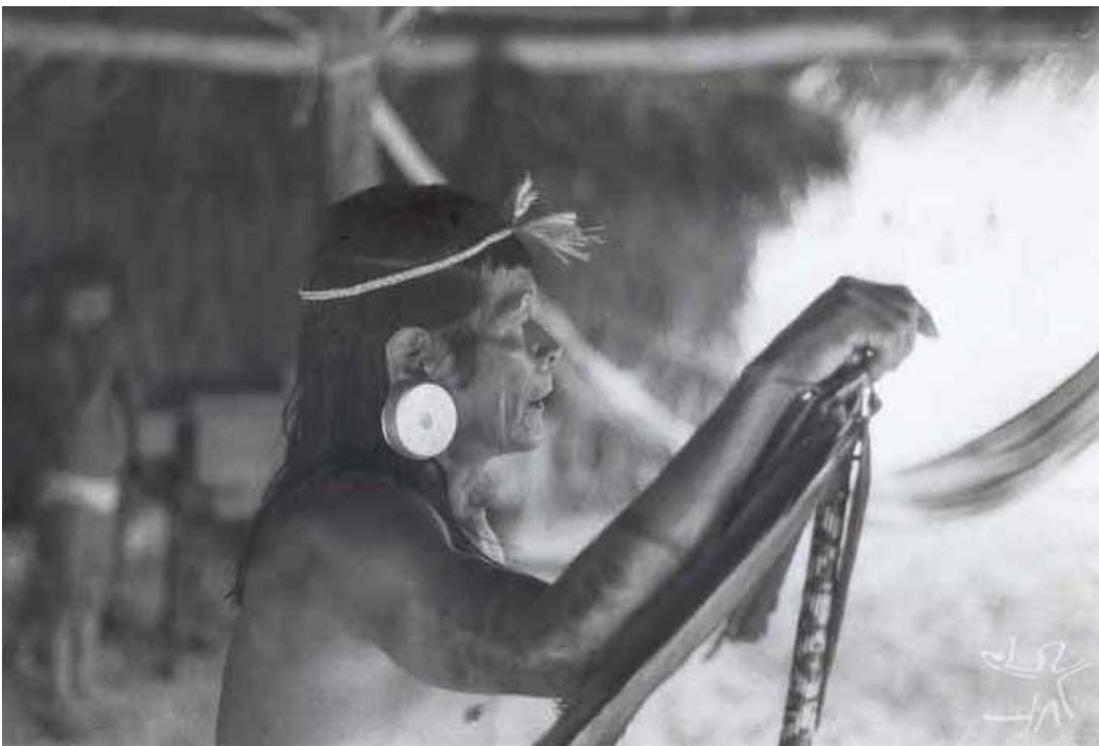
Seguiram-se cem anos de relativa paz e limitados contatos com sertanejos, até que, em 1938, o Serviço de Proteção ao Índio (SPI) enviou um agente para morar com sua família próximo à aldeia Ramkokamekrá. Esse relacionamento causou-lhes acelerada mudança cultural.

O SPI se impôs de tal modo às autoridades indígenas que tornou inoperante a liderança por classe de idade, essencial para garantir a realização anual do trabalho nas roças familiares. Esse enfraquecimento de lideranças contribuiu significativamente para a perda da auto-suficiência da produção agrícola, até os tempos atuais.

As tradições culturais (Figura 10) também não passaram incólumes ao contato. Em

1951, morreu um importante chefe Ramkokamekrá, Hâk-too-kot, grande conhecedor e promotor das tradições Canela. Concomitantemente, nessa época iniciou-se o ensino da escrita. Já na década de 1970, a assistência de saúde proporcionada pela FUNAI fez crescer a confiança nos medicamentos farmacêuticos, favorecendo o crescimento populacional. Paralelamente, missionários da Wycliffe Bible Translators traduziram o Novo Testamento para a língua dos Canela e propagaram novos valores entre os Ramkokamekrá.

Figura 10 - Cantador Apanyekrá



Fonte: pib.socioambiental.org / Crédito da foto: Jaime Siqueira Jr. /CTI, 1993

O movimento milenarista ocorrido entre os Ramkokamekrá em 1963 também contribuiu para o descrédito nas antigas tradições. O fracasso do movimento só fez acentuar esse descrédito, além de os obrigar a se transferirem temporariamente para uma área Guajajara perto de Barra do Corda, de modo a escaparem da vingança dos fazendeiros. Essa mudança forçada para uma zona ecológica diferente os expôs a tipos adversos de agricultura e caça, assim como à convivência com os Guajajara, grupo de língua Tupi, e com a cultura urbana brasileira.

A ponte construída sobre o rio Alpercatas em 1956 possibilitou que fossem introduzidos bens comercializáveis relativamente baratos entre os Ramkokamekrá. Tais mercadorias também foram um fator importante na mudança de valores, estimulando um maior investimento no trabalho agrícola direcionado para a obtenção desses bens e favorecendo a

riqueza material individual.

A primeira menção aos Apanyekrá data do final da década de 1810, quando são citados pelo militar Francisco de Paula Ribeiro. Parece que eles habitavam a área montanhosa a oeste dos Kapiekran, localizada muito ao norte dos caminhos dos vales de rios utilizados pelos colonos brasileiros (pelo Itapicuru e baixo Alpercatas, e pelos rios Parnaíba e Balsas). Sofriam, assim, menos ataques de jagunços, já que estavam menos expostos que os Kapiekran, que habitavam as terras mais planas a leste e a sul ao longo do Itapicuru e do baixo Alpercatas. No início dos anos 1830, as terras férteis das nascentes do rio Corda e seus arredores foram ocupadas por uma família que criava gado. Os Apanyekrá passaram então a conviver com sertanejos que viviam imediatamente ao sul, o que não aconteceu com os Ramkokamekrá.

Por volta de 1950, o SPI começou a pagar um sertanejo para viver com os Apanyekrá e ali estabelecer um posto. Em contraste com os encarregados do posto Ramkokamekrá daquele tempo, o encarregado dos Apanyekrá era mais respeitoso e discreto em relação aos índios, e os protegia dos fazendeiros. Os Apanyekrá continuaram mudando periodicamente sua aldeia para diferentes locais em suas terras, levando consigo o "posto elementar" e o encarregado.

Em 1963, quando os fazendeiros atacaram os Ramkokamekrá, que então se alçavam num movimento messiânico, ameaçaram também tomar as terras dos Apanyekrá. As ameaças continuaram e algumas terras periféricas foram ocupadas por um fazendeiro, o que levou a guarnição militar de engenharia sediada em Barra do Corda a estabelecer uma pista de pouso na área de Porquinhos por volta de 1965, para proteger os índios.

Os Apanyekrá eram mais isolados do que os Ramkokamekrá não apenas porque aqueles estavam mais distantes de Barra do Corda, mas também porque as florestas ao longo do rio Corda se estendem quase continuamente entre a cidade e Porquinhos, dificultando a construção de uma estrada direta entre as duas. A estrada de Barra do Corda para os Ramkokamekrá, ao contrário, atravessa quase somente florestas de arbustos e cerrados e necessitava de apenas uma ponte, que foi construída em 1971. Por volta de 1978, caminhões que saíam de Barra do Corda para Porquinhos dirigiam-se primeiro para o sul até a aldeia Ramkokamekrá de Escalvado/Ponto, de modo a cruzar o cerrado perto das cabeceiras dos diversos cursos d'água da área em pontes recém-construídas para alcançar Porquinhos.

5.1.4.6 Organização social e política

Os Canela moram em casas de palha de palmeira ou pau-a-pique, ao estilo sertanejo, construídas em torno de um grande caminho circular com aproximadamente 300 metros de

diâmetro, incluídos os pequenos quintais atrás de cada casa. Uma praça com aproximadamente 75 metros de diâmetro fica no centro, e, como raios da circunferência, saem caminhos do pátio central para cada casa. Atrás da maioria das casas localizam-se outras, da mesma família, formando uma segunda fileira e, às vezes, casas mais distantes iniciam uma terceira fileira.

Uma mulher - com suas irmãs, mãe, avó e filhas - mora no círculo da aldeia em uma área definida em relação ao nascer do sol, sempre na mesma posição nas sucessivas localidades para as quais se transfere a aldeia. Suas primas, que descendem da mesma mulher ancestral por linha feminina (primas paralelas), moram em casas adjacentes ao longo do círculo da aldeia. Se forem da mesma geração, ela as trata por "irmãs". Essa mulher chama as mães de suas "irmãs" de "mãe", e as filhas e filhos de suas "irmãs", de "filhas" e "filhos". O arco de casas contíguas em que essas mulheres vivem é chamado de "casa comprida" (*ikhre lùù*).

Filhos e irmãos de uma mulher casam-se fora de sua própria "casa comprida" e fora daquela de onde vieram seus pais, os pais de suas mães e os pais de seus pais, de modo a evitarem o incesto.

Os sistemas de metades e sociedades cerimoniais existentes entre os Canela não apresenta caráter exogâmico, embora o mesmo não possa ser dito com segurança em relação aos Canela do século XVIII. As classes de idade - de afiliação vitalícia - são formadas e iniciadas através de quatro cerimônias (Figura 11). Cada classe de idade consiste em homens nascidos num período em torno de dez anos. Classes de idade formadas consecutivamente sentam-se em lados opostos na praça, leste ou oeste. Assim, classes de idade de homens por volta de seus 10, 30, 50 e 70 anos sentam-se de um lado; enquanto homens em torno de seus 20, 40 e 60 anos sentam-se do outro lado. Quase todas as atividades são executadas por essas metades, ou por classes de idade opostas, competindo entre si: danças e cânticos cerimoniais ou cotidianos, corridas rasas ou com toras, assim como a abertura de roças, caçadas para cerimônias, abertura de estradas ou de picadas sobre a linha divisória da Terra Indígena. A cada 20 anos (dez anos entre os Apanyekrá), a classe ocidental - cujos membros estão se aproximando dos 50 anos de idade - tradicionalmente transfere-se para o centro do pátio, na qualidade de mais velhos, os *pro-khãm-mã* (*mikhà* para os Apanyekrá). Por sua vez, a classe oriental - cujos membros acabaram de passar dos 50 anos de idade - junta-se àquela, formando o conselho dos mais idosos. Os homens da metade oriental aconselham, mas não governam.

Figura 11 - Meninos Apanyekrá durante ritual de iniciação masculina



Fonte: pib.socioambiental.org / Crédito da foto: Jaime Siqueira Jr/CTI. 1993

O conselho dos velhos selecionava o chefe, que costumava governar pela vida inteira. Atualmente ele se mantém no cargo de seis meses a dois anos. O chefe encarrega-se das relações externas e assume a maior parte das iniciativas internas. O conselho dos velhos geralmente o apóia, mas pode exercer sutil oposição e bloquear ou alterar decisões impopulares. A atribuição especial dos mais velhos é planejar e conduzir as extensas festividades

Os Canela são notáveis pelo valor que dão à paz interna no grupo. Palavras de raiva não devem ser expressas no pátio central da aldeia, onde os homens mais velhos se reúnem duas vezes ao dia para resolver problemas e fruir da sociabilidade. Se ali as desavenças internas às famílias extensas não são colocadas, elas serão debatidas e resolvidas em alguma das grandes casas dispostas no círculo da aldeia, onde os tios do queixoso e do acusado agem como representantes de seus sobrinhos ou sobrinhas. Líderes da aldeia e a maior parte dos indivíduos evitam tomar públicas questões contenciosas. Os cilindros auriculares usados pelos homens eram tidos com realçadores da audição e, por conseguinte, de obediência.

5.1.5 Krikati

Os Krikati tiveram suas terras invadidas por fazendas de gado desde o século XIX e só tiveram seus direitos territoriais plenamente reconhecidos pelo Estado brasileiro em 2004,

depois de décadas de conflitos. Hoje procuram dar curso ao seu modo de vida e visão de mundo característicos dos povos Timbira que habitam essa região. (UBBIALI, 2004) .

5.1.5.1 Nome

A autodenominação do grupo é *Krĩcatijê*, que quer dizer “aqueles da aldeia grande”, denominação esta que lhes é aplicada também pelos demais Timbira. Seus vizinhos imediatos, os Pukopjê, a eles se referem usando o designativo *Põcatêgê*, que significa “os que dominam a chapada”. (POVOS INDÍGENAS NO BRASIL, 2021).

5.1.5.2 Língua

A língua é praticamente igual à dos demais povos Timbira (Jê), com algumas variantes dialetais. Os únicos que apresentam diferenças significativas em termos lingüísticos entre os Timbira, são os Apinayé (TO). Os Krikati se comunicam com os demais povos do mesmo tronco lingüístico-cultural, (o povo Canela e Gavião) sem nenhuma dificuldade de ser entendido. (UBBIALI, 2004).

5.1.5.3 Localização

Os Krikati se localizam no sul do Maranhão. nos municípios de Montes Altos, Sítio Novo e Lajeado Novo, dentro da área indígena Krikati, de 146.000 ha. Habitam um ecossistema conhecido como cerrado caracterizado por árvores baixas, retorcidas espaçadas, embora o seu território, especificamente, pode ser definido de transição, do cerrado para a floresta amazônica.

A Terra Indígena Krikati é banhada por rios e córregos das bacias do Tocantins (Lajeado, Arraia, Tapuio, entre outros) e Pindaré/Mearim. Em 2005, os Krikati habitavam em duas aldeias: São José (a maior e mais antiga) e Raiz, esta fundada poucos meses depois da conclusão da demarcação física da área em 1999. Havia ainda uma aldeia (Cocal) composta por indivíduos Guajajara casados com algumas mulheres Krikati.

Atualmente, o território Krikati possui nove aldeias: Arraia I Monte Alegre, Arraia II Rõcuteh, Campo Alegre, Karakati, São José (Figura 12), Recanto dos Cocais (todas situadas no município de Montes Altos), Nova Jerusalém (situada no município de Sítio Novo) e Raíz (situada no município de Lajeado Novo). (SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA, 2021).

Figura 12 - Vista aérea da Aldeia São José



Fonte: Expedicionários da Saúde (EDS), 2018.

5.1.5.4 Demografia

O Censo Demográfico IBGE, traz a informação da presença da etnia Krikati, conforme tronco linguístico, no total de 978 indígenas. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012).

O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena apresenta em dezembro de 2021, a população total de 1.292 indígenas Krikati, distribuídos nas nove aldeias existentes na Terra Indígena Krikati. Dentre essas aldeias, existe a aldeia Recanto dos Cocais, constituída por Guajajara casados com mulheres Krikati (Figura 13), no total de 60 indígenas da etnia Guajajara. (SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA, 2021).

Figura 13 - Mulheres do Povo Indígena Krikati



Fonte: Expedicionários da Saúde (EDS), 2018.

5.1.5.5 História do Contato

As primeiras notícias históricas que fazem referência específica aos Krikati, é para informar que em 1814 este povo foi atacado por uma Bandeira, a de São Pedro de Alcântara, onde se verificaram muitas mortes e houve uma dispersão muito grande. Isto coincide com a conquista das terras Timbira, pelos brancos, que se efetivou em sua maior extensão no primeiro quartel do século XIX, dentro de um grande vácuo jurídico, ou seja, entre a extinção do Diretório dos Índios pombalino na última década do século precedente, e a primeira disposição legal referente a índios do Brasil independente, que somente ocorreu no Ato Adicional que emendou a Constituição do Império em 1834. De lá para cá, após os grandes ataques armados deflagrados naquela primeira parte do século, os Krikati, bem como os demais Timbira, conheceram um longo período de dispersão e de definhamento de toda ordem. (UBBIALI, 2004).

Os remanescentes Krikati e das diferentes etnias que sobravam após massacres, epidemias, expulsão da terra, iam engrossar a população daquelas que não estavam, temporariamente, enfrentando tais problemas, dando-lhes um reforço na manutenção da cultura Timbira. Os Krikati, nessa dispersão física, acabam entrando em contato com as fazendas que

fazem criação extensiva de gado, que dispensam a contribuição de muitos trabalhadores, ficam à margem da atividade pecuária, mas têm sido entre os mais hostilizados por ocuparem terras necessárias à expansão desses estabelecimentos e por transformarem em alvo o gado que ocupou suas áreas de caça. Os Krikati, dessa forma, viram-se de tal modo reduzidos em suas terras, que chegaram a se dispersar no início do século XX, e durante alguns anos não tiveram aldeias; entretanto, conseguiram novamente erigi-las.

Por outro lado, os Krikati, talvez por causa disso, estão entre aqueles que mais guardaram o modo de vida tradicional. Um marco importante dessa dispersão Krikati, ocorreu em 1929. Os fazendeiros da região exerceram uma pressão tão grande que, os indígenas, após terem sido comunicados de sua transferência, incendiaram sua aldeia e se dispersaram para fugir do massacre iminente. Numerosas informações de etnógrafos e antropólogos dão conta do drama, da violência e dos assassinatos exercidos, inclusive, pelos antepassados dos que hoje, ocupam ainda, parte do território dos Krikati. O território Krikati, palco de conflitos violentos e de vastas ocupações ao longo da história, foi reconhecido formalmente como pertencente aos índios Krikati, em 1991.

5.1.5.6 Organização social e política

A Associação Carlo Ubbiali descreve, em seu livro “Os índios do Maranhão, o Maranhão dos índios”, a organização social e política dos Krikati. Nas aldeias Krikati, as casas estão dispostas em forma circular, parecendo uma grande roda, ou um grande sol, convergindo para um grande pátio central. Este, diferentemente do que ocorre com aldeias de outros povos Jê, de outros estados, não tem casa-dos-homens ou qualquer outra construção. O pátio é o local das reuniões masculinas que, até pouco tempo atrás ocorriam ao amanhecer e ao anoitecer.

O casamento, monogâmico, implica, em geral, na transferência do marido para casa onde vive a mulher. A união se torna estável depois do nascimento do primeiro filho. Mas há ampla liberdade sexual para solteiros e casados. Casas contíguas oriundas do desdobramento de uma casa anterior são, por força da regra de residência pós-marital, relacionadas entre si por linha feminina e formam uma unidade social. As pessoas nascidas num mesmo segmento de casas desse tipo não casam entre si. Tais segmentos são, pois, exogâmicos.

Os Krikati praticam vários ritos. Um deles se expressa mediante a realização das corridas de revezamento, em que cada uma das duas equipes que as disputam, carrega uma seção de tronco de buriti (ou de outro vegetal). O formato das toras (longas ou curtas, maciças ou ocas, cavadas ou com cabos), seu tamanho e seus ornamentos variam conforme o rito em

realização. Para essas disputas, mas não somente para elas, os Krikati, como a maioria dos povos Timbira, se divide em duas partes, ditas metades. O mesmo povo pode dividir-se em distintos pares de metades, cada qual com seu critério de afiliação: nome pessoal, faixa de idade, livre escolha, mas, ao que parece, em nenhum caso descendência unilinear.

Seus grupos locais se relacionam pela chefia honorária, constituída pela aclamação de um morador de uma aldeia pelos de outra, da mesma ou de outra etnia, estabelecendo uma relação de paz e amizade, e proporcionando hospedagem de uns na aldeia dos outros. (UBBIALI, 2004).

5.1.6 Gavião

5.1.6.1 Nome

Os Pykopjê, quando fazem referência ao próprio grupo, utilizam o termo Pykopcatjê, ou seja, povo ou pessoal do Gavião. Os demais Timbira no Maranhão referem-se a eles como *Worm* (mata) *Kateyê* (povo). Logo, o povo que vive na mata. Isso, talvez, por eles estarem próximos das matas da área indígena Araribóia. Os Krikati, seus vizinhos, referem-se a eles como *Iromcatejê*, que significa “os da mata”, indicando o meio ambiente dominado pelos Gavião, termo pelo qual são conhecidos pela população regional e denominados pela FUNAI. (POVOS INDÍGENAS NO BRASIL, 2021).

5.1.6.2 Língua

A língua não difere muito da falada pelos demais povos Timbira, a não ser por algumas variantes dialetais, mas nada significativo. As semelhanças lingüísticas entre os Gavião (*Pukobyê*) e demais povos Timbira, têm levado algumas instituições a tentar padronizar a língua Timbira, na região, afetando os povos Jê do Maranhão e alguns povos Jê do Tocantins (*Krahó*, por exemplo). (UBBIALI, 2004).

5.1.6.3 Localização

Os Gavião estão situados ao sul do Maranhão, no município de Amarante, dentro da área indígena Governador, de 41.644 ha. Ocupam, como a maioria dos Timbira, a região dos cerrados. Sua área está demarcada e homologada desde 1982. É preciso distinguí-los dos

Gavião do Oeste que ocupam a região amazônica, ao sul do Pará, próximos de Marabá. Estes, embora sendo Timbira, e pertencente ao tronco linguístico-cultural Jê, recusaram o contato com os não índios, e só vieram a tê-los no início da segunda metade do séc. XX. (UBBIALI, 2004).

5.1.6.4 Demografia

Os Gavião cresceram demograficamente, ao longo destes últimos anos, de forma significativa, fazendo com que novas demandas por terra, educação, saúde, apoios a atividades econômicas, fossem apresentadas com mais intensidade e vigor.

Os resultados do universo coletado pelo Censo IBGE 2010, informam que entre a população indígena estão os Gavião, classificados segundo o tronco linguístico e família linguística, em Gavião Pukobiê, no total de 745 indivíduos. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012).

O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena, no demográfico de dezembro de 2021, apresenta uma população total de 1309 Gavião, distribuídos em quatorze aldeias, na Terra Indígena Governador, no município de Amarante do Maranhão, sendo a maior delas, a aldeia Governador, com 226 indígenas, seguida da aldeia Rubiácea, com 116 indígenas.

5.1.6.5 História do contato

Segundo Ubbiali, a história do contato dos Gavião confunde-se com a dos povos Timbiras cujo primeiro contato registrado com não índios, deu-se no século XVIII. Em 1728 registra-se uma grande invasão Timbira na localidade de Oeiras, então capital da capitania do Piauí. Porém, já na segunda metade do mesmo século não há mais notícia de presença Timbira a leste do rio Parnaíba. Foram as fazendas de gado em expansão da Bahia para o Piauí e daí para o Maranhão que entraram em choque com eles, empurrando-os para oeste.

No norte do Maranhão, área florestal, desenvolviam-se então as grandes plantações de arroz e algodão. Essa atividade também fazia pressão sobre os Timbira, porque necessitava de escravos para as plantações e para os descaroçadores de algodão. Um outro mercado de escravos era Belém, que se comunicava com a região Timbira por meio do rio Tocantins. Favorecia a escravização dos Timbira uma Carta Régia de 5 de setembro de 1811, que permitia a escravidão temporária dos índios do Tocantins e Araguaia que resistissem aos colonizadores. Os índios eram combatidos por tropas constituídas de civis e militares e ainda por índios cooptados, como os Krahó.

Por conseguinte, todos os Timbira da faixa entre o Mearim e o Tocantins daí se deslocaram ou foram dispersados ou aniquilados, com exceção dos Pukobyê e dos Krikati. Mesmo esses dois se viram em dificuldades. É bastante provável que os Gaviões do Oeste (PA) que habitam a floresta junto ao rio Tocantins, no Pará, seriam uma facção dos Pukobyê (MA) que deles se separou no século passado, recusando-se ao contato com os colonizadores.

Entre as décadas de 40 e 50 do século passado, os Gavião habitavam apenas uma aldeia chamada São Félix, que estava situada muito próxima do povoado de Amarante. Segundo Jonas Gavião, professor e pesquisador de seu próprio povo, os Gavião não eram um só povo. A perseguição dos fazendeiros no Sul do Maranhão e no Tocantins fez com que o SPI agrupasse várias etnias em um só lugar, a referida aldeia São Felix. Jonas conta ainda, que até hoje isso provoca muita briga. Por isso, posteriormente, a aldeia São Felix se dividiu em duas: Governador e Rubiácea e, posteriormente, Governador deu origem à aldeia Riachinho.

Atualmente, os Gavião estão distribuídos em 14 aldeias localizadas na Terra Indígena Governador, no município de Amarante do Maranhão. (SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA, 2021).

5.1.6.6 Organização social

Os Gavião (Pukobyê), hoje habitam a área indígena Governador de cerca de 41. 644 ha., compartilham a área com algumas famílias de índios Guajajara. A cidade mais próxima das aldeias é Amarante e é com esta cidade que os Gavião mais se relacionam. Na cidade, eles compram as mercadorias de que precisam; internam seus membros doentes, quando precisa; sacam do banco seus vencimentos ou aposentadorias; e, por fim, fazem seus negócios. Esta proximidade com Amarante e a forma com que os Gavião se relacionam com o "urbano" determina o ser Gavião, hoje.

Os Gavião, principalmente os jovens, mais do que qualquer outro grupo indígena, manifesta com maior intensidade, em suas atitudes e cultura, as conseqüências da proximidade com aglomerações não indígenas. Se de um lado a cidade proporciona vantagens inegáveis e facilita a satisfação de necessidades básicas que não podem ser negadas em nome de uma suposta salvaguarda de valores culturais, por outro lado, a cidade dos não índios, escancara suas contradições, suas formas discriminatórias, seus meios de exploração e esperteza, principalmente em detrimento de quem ainda não possui mecanismos de autodefesa e autonomia.

Parece existir entre os Gavião uma tensão quase que irreconciliável entre o ser Gavião

portador de uma identidade histórico-cultural tradicional bem definida, e o ser Gavião, hoje, desejoso de encontrar seu lugar-papel numa sociedade moderna, competitiva, pluralista em que ele percebe a necessidade de se inserir. Há uma crescente consciência coletiva de que, hoje, é quase impossível conjugar o conjunto de normas, festas, rituais com as novas demandas e necessidades que o grupo incorporou ao seu modo de viver. Muitos rituais não são mais observados e respeitados pelo conjunto das famílias e não existem mais aquelas formas de constrangimento público, como no passado, quando isto ocorre. Este aparente "relaxamento cultural", talvez longe de significar perda de identidade, revele ao contrário, a busca de um novo equilíbrio social, a tentativa de reestruturar a sociedade Gavião, com suas dualidades e aparentes antagonismos, dentro de uma sociedade maior que não pode ser ignorada e da qual não pode viver à margem.

As manifestações culturais do povo Gavião não se diferenciam, significativamente, das dos demais povos Timbira. Uma dessas manifestações é a festa do Seveiro, como é popularmente conhecido o rito do *Ykréré*, inicia-se vários meses antes de seu desfecho. O rito marca a passagem definitiva entre a fase da infância/adolescência e a adulta (Figura 14).

Figura 14 - Rito de passagem, menina Gavião



Fonte: Autoria própria, 2022.

Os jovens ou as jovens ficam em uma espécie de confinamento, - às vezes, até três meses - resguardados por seus familiares, onde são alimentados com fartura, várias vezes ao dia. Em suas casinhas de palha, só podem adentrar pessoas mais velhas. O objetivo é engordá-los, dar-lhes corpo para, posteriormente, serem apresentados à comunidade como pessoas fortes e saudáveis, aptos, portanto, a procriarem e a participarem da vida na aldeia, de forma plena. (MELATTI, 1978).

5.1.7 Krenyê

Mônica Almeida e João Damasceno Jr trazem, em seu artigo “As tecituras do processo de reorganização social Krenyê”, um resgate riquíssimo da trajetória histórica deste Povo. Segundo os autores, no início do século XXI, um conjunto de “atores” que vive no município de Barra do Corda, começou a reverter sua condição étnica. Estes atores, antes denominados Timbira, passaram a afirmar o pertencimento a uma etnia considerada extinta, os Krenyê de Bacabal e, a partir disso, exigir o reconhecimento da identidade étnica e a demarcação de um território.

5.1.7.1 Nome

O etnólogo Nimuendajú utiliza a grafia *Krëyê*, derivado de *krere* (papagaio anão) para designar os povos dessa tribo. (NIMUENDAJÚ, 1946).

O Conselho Indigenista Missionário traz o significado de maracanã do campo (Figura 15) para o nome Krenyê. Maracanã é uma palavra Tupi-Guarani que significa ‘semelhante a um chocalho’ e designa um pássaro. (CIMI, 2022).

Os Krenyê foram registrados de diferentes formas em trabalhos de caráter etnográfico e antropológico (ALMEIDA, 2017). Neste trabalho, em respeito à forma como se autodenominam, foi utilizada a grafia Krenyê.

Figura 15 - Chico Krenyê: um maracanã do campo voou para a terra encantada



Fonte: CIMI, 2022 / Crédito da foto: Márcia Krenyê

5.1.7.2 Língua

São classificados como parte de um conjunto maior de povos falantes da língua Timbira, dentro do tronco linguístico Macro-Jê. (RODRIGUES, 1986).

5.1.7.3 Localização

O processo de demanda por reconhecimento da identidade étnica e direitos sociais e territoriais Krenyê data do início do século XXI. Em 2009, os Krenyê conseguiram autorização para habitar a Terra Indígena Rodeador, do Povo Guajajara, no município de Barra do Corda. (ALMEIDA; FIGUEIREDO JR, 2018).

Em 2010, os Krenyê vivenciaram uma situação de conflito, que culminou com a morte de um dos membros do grupo, divisão interna e dispersão. Após o conflito, os Krenyê passaram a habitar áreas diferentes. O antigo líder do movimento voltou a morar com sua família na Terra Indígena Rodeador. O atual líder e o grupo ligado a ele conseguiu comprar o sítio “aldeia São Francisco”, no município de Barra do Corda e na periferia da cidade moram mais três famílias, que mantêm relações tanto com os que moram na Terra Indígena Rodeador quanto com os que

moram na aldeia São Francisco. (ALMEIDA; FIGUEIREDO JR, 2018).

Em março de 2019, o presidente da FUNAI, esteve no Maranhão e entregou a escritura da Reserva Krenyê, localizada no município de Tuntum (BRASIL, 2019) e desde então, os Krenyê têm feito o movimento para ocupação da Terra Indígena.

5.1.7.4 Demografia

Os resultados do universo coletado pelo Censo IBGE 2010, trazem a informação que entre a população indígena estão os Krenyê, no total de 15 indivíduos. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012).

O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena, no demográfico de dezembro de 2021, apresenta uma população total de 14 indígenas identificados como Krenyê, distribuídos em três aldeias, a aldeia Krenyê Pedra Branca, com 4 indígenas Krenyê, a aldeia Krenyê Vitória, com 2 indígenas Krenyê e a aldeia Mangueira, com 8 indígenas Krenyê. Estão presentes nas três aldeias, o total de 56 indígenas identificados como da etnia Timbira. (SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA, 2021).

5.1.7.5 Resgate histórico

Os Krenyê viviam em uma área denominada “Pedra do Salgado”, localizada na região do Médio Mearim, onde hoje se localizam os municípios de Bacabal e Vitorino Freire. Viveram nessa região até aproximadamente as décadas de 1940 e 1950, quando foram atingidos por uma grande epidemia de sarampo em que muitos índios morreram e outros fugiram, indo se abrigar na terra de outros Povos Indígenas. (ALMEIDA; FIGUEIREDO JR, 2018).

O local tem esse nome devido à existência de um morro rochoso de coloração esbranquiçada, porém, desde a década de 1960, vem sendo destruído para retirada de pedras utilizadas em pavimentação de estradas. Hoje, a Pedra do Salgado dá nome a um dos povoados pertencentes ao município de Vitorino Freire e tem cerca de 1.800 habitantes. (ALMEIDA; FIGUEIREDO JR, 2018).

A saída de parte dos atuais Krenyê da região a qual eles se referem como Pedra do Salgado foi consolidada entre os anos 1940 e 1960, motivada por dois fatores, conforme demonstram os relatos e fontes historiográficas: primeiro, foi a crescente ocupação por migrantes nordestinos na região do rio Mearim, que ocasionou consequências diretas sobre as populações indígenas remanescentes. O segundo fator que causou a dispersão dos Krenyê, entre

as décadas de 1930 a 1960, da região conhecida como Pedra do Salgado, no médio Mearim, foi o surto de sarampo pelo qual foram acometidos, provocando grande mortandade nesse povo. Os sobreviventes se refugiaram em áreas onde atualmente são as terras indígenas dos Krepumkateyê (Terra Indígena Geralda) e dos Tenetehar (Terra Indígena Pindaré). (ALMEIDA; FIGUEIREDO JR, 2018).

5.1.8 Timbira Krepumkateyê

Timbira é o nome que designa um conjunto de povos: Apinayé, Canela Apanyekrá, Canela Rankokamekrá, Gavião Parkatejê, Gavião Pykopjê, Krahô e Krikati. Outras etnias Timbira: os Kenkateyê, Krepumkateyê, Krorekamekhrá, Põrekamrekrá, Txokamekrá, recolheram-se e se dissolveram entre alguns dos sete povos Timbira inicialmente enumerados. (POVOS INDÍGENAS NO BRASIL, 2022).

Nimuendajú classificou os Timbira em Timbira Orientais e Timbira Ocidentais. Apesar de utilizar marcadores geográficos na denominação, os critérios para a classificação são linguísticos, entretanto ambos coincidem, como ele mesmo afirma. Estão entre os Timbira Orientais, os Rankokamekrá, Apanyekrá, Krikati (ou Krikateye, etnônimo utilizado pelo autor), Pükob'gateyê' e Krenyê (ou Krëyé, grafia utilizada pelo autor, Krahó, Apinayé e os Krepumkateyê. (NIMUENDAJÚ, 1946 apud ALMEIDA, 2017).

Os Krepumkateyê foram conhecidos como Timbira (Figura 16) durante muito tempo, passando a autodenominação Krepumkateyê somente em meados da década de 1990, quando já tinham sua Terra demarcada. Os Krepumkateyê conseguiram a demarcação da sua terra, Terra Indígena Geralda Toco Preto, em 1994. (ALMEIDA, 2017).

Figura 16 - Timbira



Fonte: pib.socioambiental.org / Crédito da foto: M. Pellanders, 1989

5.1.8.1 Nome

Curt Nimuendajú, o etnólogo pioneiro no estudo desses povos, admite que o nome Timbira, se for de origem tupi, pode significar “os amarrados” (*tĩ* = amarrar, *pi’ra* = passivo), uma referência às inúmeras fitas de palha ou faixas trançadas em algodão que usam sobre o corpo: na testa, no pescoço, nos braços, nos pulsos, abaixo dos joelhos e nos tornozelos. (POVOS INDÍGENAS NO BRASIL, 2022).

Para a designação Krepumkateyê, Curt Nimuendajú traz em “*The Eastern Timbira*”, o relato de que ouviu o nome dos lábios dos Rankokamekrá e registrou como *Kre’pu’nkateyê*, afirmando que segundo os próprios índios, significa “*kre’pi’m*” (um corpo d’água ou lago comprido), interpretado pelos Rankokamekrá como uma localidade onde jaziam ovos (*kre*) de avestruzes (*pum*). (NIMUENDAJÚ, 1946).

5.1.8.2 Língua

Esses diferentes grupos étnicos falam uma só língua, a Timbira, que pertence ao Tronco Linguístico Macro-Jê, família Jê, certamente com algumas diferenças dialetais entre si. (POVOS INDÍGENAS NO BRASIL, 2022).

5.1.8.3 Localização

Os Timbira Krepumkateyê vivem na Terra Indígena Geralda/Toco Preto (ALMEIDA, 2017), cortada pelo rio Grajaú, em terras anteriormente consideradas município de Grajaú e que hoje fazem parte do município de Itaipava do Grajaú. Habitam as aldeias Bonita, Sibirino, Toco Preto e Esperança. (SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA, 2021).

5.1.8.4 Demografia

O Censo Demográfico IBGE, traz a informação da presença da etnia Timbira, conforme tronco linguístico, no total de 379 indígenas. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012).

O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena, traz no demográfico de dezembro de 2021, o total de 262 Timbira. Destes, 173 Timbira vivendo nas aldeias da Terra Indígena Geralda/Toco Preto: aldeia Bonita – 14, aldeia Esperança – 20, aldeia Sibirino – 73 e aldeia Toco Preto – 66. Os demais encontram-se distribuídos nas Terras Indígenas dos Guajajara, Gavião, Awá – Guajá e Krikati. (SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA, 2021).

5.2 VACINAÇÃO CONTRA COVID-19 COMEÇA EM TODO BRASIL

Em consonância com as orientações globais da Organização Pan-Americana da Saúde e da Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), o Ministério da Saúde elaborou o Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19 (PNO), cujas diretrizes visam apoiar as Unidades Federativas (UF) e municípios no planejamento e operacionalização da vacinação contra a doença, sendo uma medida adicional de enfrentamento da COVID-19, mediante ações nos três níveis de gestão. (BRASIL, 2021c).

O Programa Nacional de Imunizações com apoio técnico-científico de especialistas da Câmara Técnica Assessora em Imunização e Doenças Transmissíveis e pautado nas recomendações do SAGE – Grupo Consultivo Estratégico de Especialistas em Imunização (em inglês, *Strategic Advisor Group of Experts on Immunization*) da OMS, definiu como prioridade a preservação do funcionamento dos serviços de saúde; a proteção dos indivíduos com maior risco de desenvolver formas graves da doença; a proteção dos demais indivíduos vulneráveis

aos maiores impactos da pandemia; seguido da preservação do funcionamento dos serviços essenciais. (BRASIL, 2021c).

O PNO, levando em consideração os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) ao pensar a vulnerabilidade à COVID-19, considerou os Povos Indígenas, vivendo em terras indígenas, vulneráveis ao impacto da pandemia e portanto, incluídos entre os grupos prioritários para a vacinação. O grupo prioritário “Povos Indígenas vivendo em terras indígenas”, inclui indígenas acima de 18 anos, atendidos pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, no total estimado de 413.739 indígenas. (BRASIL, 2021c).

A Campanha Nacional de Vacinação contra a COVID-19 teve início no dia 18 de janeiro de 2021, com a entrega de 6 milhões de doses da vacina CoronaVac para todos os Estados e Distrito Federal. A vacinação começou pelos grupos prioritários da chamada fase 1: trabalhadores da saúde, pessoas institucionalizadas (que residem em asilos) com 60 anos de idade ou mais, pessoas institucionalizadas com deficiência e população indígena aldeada. (BRASIL, 2021c).

No Maranhão, a vacinação contra a COVID-19 foi iniciada em cerimônia realizada na noite de 18 de janeiro de 2021, onde cinco maranhenses receberam a primeira dose de CoronaVac, produzida pelo Butantam em parceria com o laboratório chinês Sinovac. Entre os vacinados, estava a indígena Fabiana Guajajara, da Terra Indígena Arariboia. (MARANHÃO, 2021).

Em junho de 2021, a Rede Agência Brasil já noticiava que a população indígena do país liderava o índice de vacinação do Brasil, com cerca de 82% dos indígenas brasileiros com primeira dose da vacina. Destes 72% concluíram totalmente o ciclo de vacinação contra a COVID-19, com esquema completo considerado para duas doses. (BRASIL, 2021e).

Em entrevista concedida ao programa A Voz do Brasil, o então Secretário Especial de Saúde Indígena do Ministério da Saúde, Robson Santos Silva, afirmou que as *fake news* foram um problema para o êxito da campanha e a logística de distribuição e aplicação de vacinas foi desafiadora, são 6 mil aldeias, mas aconteceu de forma ágil devido ao sistema robusto de vacinação do Ministério da Saúde. (BRASIL, 2021e).

Na data de 03 de fevereiro de 2021, foi lançado o vacinômetro para monitoramento e transparência das doses de vacina contra a COVID-19, aplicadas pelos DSEI, em população indígena com 18 anos ou mais, atendida pelo SASISUS, incluindo-se as especificidades da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 709 (ADPF 709). O painel vacinômetro é atualizado diariamente (exceto finais de semana e feriados) e pode ser acessado no sítio <localizasus.saude.gov.br> ou <saudeindigena.saude.gov.br> (aba vacinação). (BRASIL,

2022). A consulta ao vacinômetro realizada na data de 16 de julho de 2022, indicava o total de doses aplicadas de 734.751, sendo 376.505 indígenas vacinados com a primeira dose (91%) e 358.246 indígenas vacinados com a segunda dose/dose única (87%), do total de 411.527 indígenas que constam como público alvo nessa data.

O vacinômetro apresentava (Tabela 1), na data de 16 de julho de 2022, o total de 18.461 primeira dose aplicada (97%) e 17.795 segunda dose/dose única (93%), na população indígena do DSEI Maranhão. (BRASIL, 2022).

Tabela 1 - Doses aplicadas em indígenas por DSEI, Brasil, até 16 de julho de 2022.

DSEI	População Indígena	Dose 1	% Dose 1	Dose 2 e Única	% Dose 2 e Única
Alagoas e Sergipe	8.677	8.434	97%	8.304	96%
Altamira	2.204	2.078	94%	2.135	97%
Alto Rio Juruá	8.447	6.694	79%	5.536	66%
Alto Rio Negro	16.080	15.620	97%	15.373	96%
Alto Rio Purus	4.845	4.659	96%	4.334	89%
Alto Rio Solimões	36.050	29.865	83%	26.167	73%
Amapá e Norte do Pará	6.262	5.644	90%	5.099	81%
Araguaia	2.816	2.065	73%	1.832	65%
Bahia	21.412	18.927	88%	19.598	92%
Ceará	20.389	20.287	99%	20.180	99%
Cuiabá	5.144	4.615	90%	4.674	91%
Guamá-Tocantins	10.615	9.619	91%	8.770	83%
Interior Sul	21.536	21.496	100%	20.897	97%
Kaiapó do Mato Grosso	2.314	2.161	93%	1.456	63%
Kaiapó do Pará	3.089	2.033	66%	1.661	54%
Leste de Roraima	26.893	23.316	87%	21.180	79%
Litoral Sul	14.221	13.888	98%	13.632	96%
Manaus	16.146	15.649	97%	15.155	94%
Maranhão	19.101	18.461	97%	17.795	93%
Mato Grosso do Sul	46.292	41.325	89%	39.628	86%
Médio Rio Purus	4.714	3.971	84%	3.648	77%
Médio Rio Solimões e Afluentes	8.530	8.520	100%	8.406	99%
Minas Gerais e Espírito Santo	10.998	10.517	96%	10.285	94%
Parintins	7.086	6.837	96%	6.536	92%
Pernambuco	26.002	25.644	99%	25.547	98%
Porto Velho	5.866	5.590	95%	5.388	92%
Potiguara	10.255	9.192	90%	9.330	91%
Rio Tapajós	6.818	4.057	60%	3.050	45%
Tocantins	6.273	5.628	90%	5.122	82%
Vale do Javari	2.987	2.740	92%	2.598	87%
Vilhena	3.347	3.152	94%	3.089	92%
Xavante	9.458	9.082	96%	9.029	95%
Xingu	3.737	3.369	90%	3.455	92%
Yanomami	12.923	11.370	88%	9.357	72%
Total	411.527	376.505	91%	358.246	87%

Fonte: Painel Vacinômetro COVID-19/SASISUS.

6 METODOLOGIA

6.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo transversal descritivo, com abordagem quantitativa, realizado por meio de análise de dados secundários sobre a COVID-19 na população indígena do Estado do Maranhão.

6.2 LOCAL DO ESTUDO

As informações foram coletadas na plataforma COVID-19, DSEI/SESAI/MS e cruzadas com as informações coletadas na plataforma do Sistema de Registro de Notificações COVID-19 do SUS (e-SUS Notifica).

6.3 PERÍODO DE COLETA DE DADOS

Os dados coletados são referentes ao período de março de 2020 a setembro de 2021.

6.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Como critério de inclusão no estudo foram considerados indígenas com classificação final igual a: confirmado clínico imagem, confirmado clínico-epidemiológico, confirmado por critério clínico e confirmado laboratorial, conforme campo “classificação final” da “Ficha de Investigação de SG Suspeito de Doença pelo Coronavírus 2019 – COVID-19” (ANEXO A), no Estado do Maranhão, no período de março de 2020 a setembro de 2021. Não foram incluídos, indígenas cuja notificação não apresentou evolução completa do caso (cura/óbito).

6.5 COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados, as variáveis de interesse foram:

- Raça/Etnia;

As etnias consideradas no estudo formam o conjunto classificado como Povos Indígenas do Maranhão, sendo elas as etnias: Guajajara, Awá – Guajá, Ka’apor,

Canela, Krikati, Gavião, Krenyê e Timbira Krepumkateyê.

- Taxa de letalidade;

Para o cálculo da taxa de letalidade, foi utilizada a fórmula:

$$\text{Taxa de Letalidade: } \frac{\text{n}^\circ \text{ de óbitos por COVID-19 no período avaliado} \times 100}{\text{n}^\circ \text{ de casos confirmados no período avaliado}}$$

- Taxa de mortalidade;

Para o cálculo da taxa de mortalidade, foi utilizada a fórmula:

$$\text{Taxa de Mortalidade: } \frac{\text{n}^\circ \text{ de óbitos no período avaliado} \times 1.000}{\text{n}^\circ \text{ total da população no mesmo período}}$$

- Número de casos confirmados de COVID–19, conforme campo “classificação final” da ficha de notificação (ANEXO A):

- Confirmado Clínico Imagem;
- Confirmado Clínico-epidemiológico;
- Confirmado por Critério Clínico;
- Confirmado Laboratorial.

- Presença de comorbidades, conforme campo “condições” da ficha de notificação (ANEXO A):

- Doenças respiratórias crônicas descompensadas - DRCD;
- Doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5) - DRCEA;
- Portador de doenças cromossômicas ou estado de fragilidade imunológica – PDC/EFI;
- Doenças cardíacas crônicas - DCC;
- Diabetes;
- Imunossupressão;
- Gestante;
- Puérpera (até 45 dias do parto);
- Obesidade.

- Logradouro.

6.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram registrados nos programas *Microsoft Excel* e *STATA* (versão 17) e apresentados em forma de gráficos e tabelas. Para análise, considerou-se as frequências absolutas e percentuais. Além disso, quando possível e necessário os dados foram avaliados quanto à normalidade para definir variáveis paramétricas ou não-paramétricas.

6.7 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa desenvolveu-se seguindo os princípios éticos básicos de pesquisa envolvendo seres humanos no contexto brasileiro, conforme Resolução nº466 de 12/12/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). (BRASIL, 2012).

A pesquisa envolveu a utilização de dados secundários extraídos de base de dados, sendo assegurada a utilização de toda e qualquer medida para garantir que a base de dados fosse manuseada de forma segura e respeitando os preceitos éticos.

A Nota Técnica Nº 16/2020 – COGASI/DASI/SESAI/MS (Sistema Eletrônico de Informações - SEI 0013965124), que trata da realização de investigação, pesquisa científica e acadêmica no âmbito da Área Temática Especial – Estudos com populações indígenas, em seu Item 4. PESQUISAS COM DADOS SECUNDÁRIOS E PESQUISAS COM TRABALHADORES DA SAÚDE INDÍGENA, subitem 4.1, recomenda a formalização da solicitação dos dados e informações pelo Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão – e-SIC, que foi realizada através do *site* <https://esic.cgu.gov.br/falabr.html>, em 12/08/2020, protocolo 25072.021906/2021-88. A resposta à solicitação foi enviada ao *e-mail* cadastrado, sendo favorável ao acesso à plataforma (ANEXO B) e com o banco de dados extraído, anexo ao *e-mail*.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na análise dos dados secundários obtidos através da plataforma e-SUS Notifica e do Sistema de Notificação COVID–19 Maranhão, para a variável raça/cor indígena, no período de março de 2020 a setembro de 2021, observou-se respectivamente, o total de 5.958 e 4.327 notificações.

Considerando os critérios de inclusão estabelecidos no estudo e após o cruzamento dos dados das plataformas, visando identificar e excluir as notificações em duplicidade dentro da base de dados, foram identificadas 2.079 notificações que apresentaram o resultado positivo

para o diagnóstico de COVID-19, com classificação final variando entre confirmado por critério clínico, confirmado clínico-epidemiológico, confirmado clínico imagem e confirmado laboratorial, com a situação de evolução definida por cura ou óbito.

Entre o total de 2.079 casos confirmados, 1.161 eram do sexo feminino, representando 55,84% do total de casos e 918 eram do sexo masculino, correspondendo a 44,16%, com presença de casos positivos para a COVID-19 em quase todas as etnias do estado do Maranhão, com exceção do Povo Indígena Krenyê, e uma predominância do acometimento para a faixa etária entre 20 a 39 anos, com o total de 42,52% dos casos (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição percentual dos casos confirmados de COVID – 19 na população indígena do Estado do Maranhão, Brasil, de 03/2020 a 09/2021, segundo o sexo, faixa etária e etnia.

Sexo	n	%
Feminino	1.161	55,84
Masculino	918	44,16
Total	2.079	100
Faixa etária	n	%
00 – 09 anos	120	5,77
10 – 19 anos	320	15,39
20 – 29 anos	463	22,27
30 – 39 anos	421	20,25
40 – 49 anos	328	15,77
50 – 59 anos	168	8,08
60 – 69 anos	72	3,46
70 anos ou mais	187	8,99
Etnia	n	%
Awá – Guajá	91	4,37
Gavião	17	0,81
Guajajara	1.345	64,69
Ka'apor	230	11,06
Canela	230	11,06
Krikati	58	2,78
Timbira	21	1,01
Outras etnias	5	0,24
Sem identificação	82	3,94

Fonte: Autoria própria, 2022.

O desenvolvimento da COVID-19 na população geral do Estado do Maranhão ocorreu de forma semelhante ao estabelecido entre as populações indígenas. Ao analisarmos o Boletim Epidemiológico emitido pela Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão, na data de 30 de setembro de 2021, observou-se o percentual de casos confirmados por sexo, com 56% do total de casos sendo do sexo feminino e 44% do sexo masculino, assim como entre os Povos Indígenas do Estado. Quanto à faixa etária, o Boletim Epidemiológico apresenta um maior número de casos confirmados entre a população do Estado, para a faixa etária entre 30 a 39 anos, correspondendo ao percentual de 21,08%. Na população indígena, a faixa etária que apresentou o maior número de casos foi a de 20 a 29 anos, com 22,27%, seguida pela faixa etária de 30 a 39 anos, com 20,25%.

Os adultos jovens, entre 20 e 24 anos segundo classificação da OMS, e os adultos entre 25 e 59 anos representaram quando somados, o percentual de 66,37% dos casos confirmados, mostrando uma tendência de adoecimento entre a população mais produtiva e que também apresenta maior mobilidade entre o Território Indígena e a área urbana do entorno, se tornando mais suscetíveis ao contágio.

Entre as etnias com casos confirmados, os Guajajara apresentaram o maior percentual de acometimento, 64,69% do total de casos positivos. Essa predominância pode ser atribuída a diversos fatores. Os Guajajara estão entre os Povos Indígenas mais numerosos do Brasil. No Maranhão, eles representam 77,49% da população indígena do Estado. Sua história de contato remonta a aproximadamente 407 anos, sendo consolidada através do acesso contínuo e livre da população nas cidades do entorno das Terras Indígenas. Os Guajajara estão presentes em vários setores da sociedade, inclusive na história recente do País, tivemos uma indígena Guajajara, da Terra Indígena Arariboia, município de Amarante do Maranhão, concorrendo a Vice-Presidência do Brasil na eleição de 2018.

A antropóloga Irène Bellier destacou em seu artigo “Povos Indígenas Face ao Covid – 19: Panorama Geral em Agosto de 2020”, dois cenários principais para os Povos Indígenas, como fatores que influenciam no maior risco de contágio: populações indígenas urbanas, que permanecem na cidade, ou populações que vivem em comunidades não urbanas, aldeados, sendo que para este último cenário, as situações ainda variavam considerando a distância das aldeias para os centros urbanos (mais ou menos isoladas).

Na composição de casos confirmados, ao considerarmos a variável logradouro (Tabela 3), que nos dá o quantitativo de indígenas positivos para COVID-19 residindo em contexto urbano e em aldeias, podemos observar que a concentração maior e mais significativa do total de casos estava na condição de aldeados, correspondendo ao percentual de 95,18%. Os

indígenas em contexto urbano, representaram o total de 4,81%.

Tabela 3 – Distribuição percentual dos casos confirmados de COVID – 19 na população indígena do Estado do Maranhão, Brasil, de 03/2020 a 09/2021, por etnia e logradouro.

Etnia	n	%	Aldeados n	Aldeados %	Contexto urbano n	Contexto urbano %
Awá – Guajá	91	4,37	91	100		
Gavião	17	0,81	17	100		
Guajajara	1.345	64,69	1.321	98,21	24	1,79
Ka’apor	230	11,06	229	99,56	1	0,44
Canela	230	11,06	230	100		
Krikati	58	2,78	58	100		
Timbira	21	1,01	21	100		
Outros	5	0,24	3	60	2	40
Sem identificação	82	3,94	9	10,97	73	89,03
Total	2.079	100	1979	95,18	100	4,81

Fonte: Autoria própria, 2022.

No cenário de comunidades aldeadas, considerando a situação de distância das aldeias para os centros urbanos, podemos concluir que de fato, a situação de proximidade da área urbana foi significativa para o estabelecimento do contágio. Dos Povos Indígenas do Maranhão, os Guajajara são os que apresentam maior quantitativo de aldeias próximas às zonas urbanas. Na Terra Indígena Rio Pindaré, a maioria das aldeias Guajajara está localizada nas margens da BR 316, a aproximadamente 10 minutos da sede do município de Santa Inês. Na Terra Indígena Arariboia, em sua porção localizada no município de Arame, a maioria das aldeias Guajajara está localizada nas margens da MA 006, que liga o município de Arame aos municípios de Grajaú e Buriticupu, com acesso terrestre por estrada asfaltada às sedes destes municípios. Em Grajaú, a Terra Indígena Morro Branco, se situa a aproximadamente 5 minutos da sede do município e a Terra Indígena Bacurizinho, também apresenta aldeias próximas a sede do município. Essa situação de proximidade, promove o acesso fácil e a circulação dos indígenas pelas áreas urbanas.

A despeito das proximidades, no auge da pandemia algumas comunidades indígenas, estabeleceram barreiras, com a finalidade de conter o fluxo de idas e vindas nas aldeias e diminuir o risco de contágio. Esse movimento de proteção territorial, pode ter contribuído para que o número de casos confirmados não fosse elevado.

Em contrapartida, a necessidade de ter acesso ao recebimento dos benefícios sociais, expôs ao contágio, os indígenas inscritos nos programas de benefício social do Governo Federal, que necessitavam ir mensalmente às sedes dos municípios para receber os valores e adquirir diversos mantimentos.

Em Território dos Awá – Guajá, indígenas de recente contato, a Frente de Proteção Etnoambiental da FUNAI, em parceria com o DSEI Maranhão e as comunidades indígenas, implantou barreiras sanitárias, com a finalidade de diminuir o risco de contágio nas Terras Indígenas Awá e Carú. Não obstante à implantação das barreiras, o território indígena dos Awá – Guajá apresenta barreiras naturais para o acesso às aldeias, como travessia de rio e trechos de mata fechada.

Ao analisarmos a evolução dos casos confirmados, considerando o desfecho por cura ou óbito, observamos o total de 2.028 indígenas com situação de encerramento por cura e 51 indígenas com situação de encerramento por óbito. Dentre os casos confirmados que evoluíram para óbito, 60,78% são do sexo masculino e 39,22% são do sexo feminino (Gráfico 1).

Gráfico 1- Quantitativo percentual de óbitos por COVID – 19, na população indígena do Estado do Maranhão, Brasil, no período de 03/2020 a 09/2021, por sexo.



Fonte: Autoria própria, 2022.

Embora as mulheres indígenas representem um percentual maior de casos confirmados, 55,84%, quando consideramos a evolução da doença, elas representam um percentual menor do total de óbitos, correspondendo a 39,22% dos óbitos. Em contrapartida, os homens que apresentaram um percentual menor dos casos positivos, 44,16%, evoluíram para

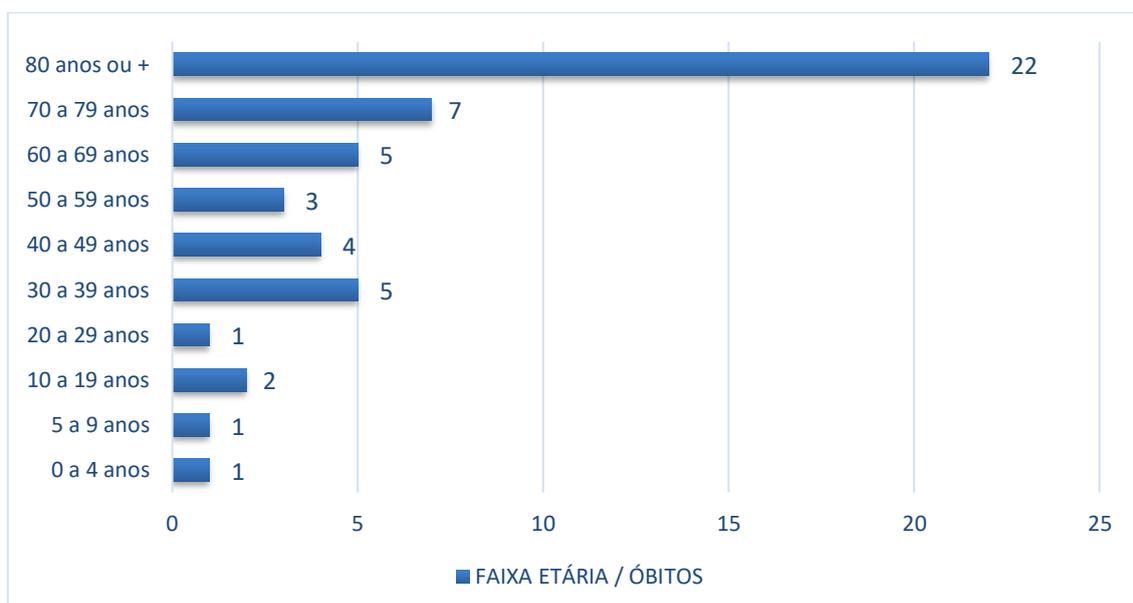
óbito em maior percentual, 60,78% do total de óbitos para o período.

Semelhantemente, podemos observar que para o mesmo período de março de 2020 a setembro de 2021, o Boletim Epidemiológico do Estado, apresentou um percentual maior de óbitos para o sexo masculino, 59%, embora o sexo masculino tenha tido um percentual menor, 44%, dos casos confirmados de COVID-19.

O artigo *Sex disparities in COVID-19 outcomes in the United States: Quantifying and contextualizing variation*, publicado em fevereiro de 2022, na revista *Social Science and Medicine*, apresenta o primeiro estudo longitudinal de disparidades sexuais nos casos de COVID-19 e mortalidade nos Estados Unidos, realizado pelo GenderSci Lab, laboratório de pesquisas científicas sobre sexo e gênero, da Universidade de Harvard. O estudo evidenciou que, embora as taxas de mortalidade mais altas estejam entre os homens, são mais relacionadas a momentos dos surtos, políticas estaduais de saúde, comportamentos de saúde associados ao gênero, raça, nível de renda e ocupação, ou seja, fatores sociais e comportamentais, do que a fatores biológicos. O estudo concluiu que as diferenças entre os sexos nos resultados da COVID-19 não foram estáveis em todos os locais ou consistentes ao longo do tempo, e sim foram sensíveis ao contexto. (DANIELSEN *et al.*, 2022).

Em se tratando da faixa etária, o quantitativo de óbitos apresenta uma maior relevância para a faixa etária de 60 anos ou mais, considerada pela OMS como a faixa etária da população idosa (Gráfico 2).

Gráfico 2- Quantitativo de óbitos por COVID – 19, na população indígena do Estado do Maranhão, Brasil, no período de 03/2020 a 09/2021, por faixa etária.



Fonte: Autoria própria, 2022.

No total, os indígenas com 60 anos ou mais, somaram 34 dos 51 óbitos, o equivalente a 66,66% dos óbitos, sendo que a faixa etária de 80 anos ou mais despontou com o maior número de óbitos, 22, com o percentual de 43,13% do total de óbitos.

De forma semelhante, a COVID-19 se desenvolveu entre a população do Estado do Maranhão, apresentando um maior número de óbitos na faixa etária de 60 anos ou mais. O total de óbitos até setembro de 2022, correspondeu a 10.174 indivíduos, destes, 7.242 são referentes a população idosa, de 60 anos ou mais, equivalente a 71,18% do total de óbitos.

O artigo “COVID-19: agravos à saúde da população idosa”, publicado na revista *Brazilian Journal of Development*, traz a informação de que essa população necessita de maiores cuidados durante o período pandêmico, em grande parte por apresentar modificações decorrentes do envelhecimento. Dentre os agravos que a COVID-19 pode ocasionar nessa população está a Síndrome Respiratória Aguda Grave, além do agravamento de problemas cardíacos, hepáticos e intestinais, comuns nessa fase da vida. (PINTO *et al.*, 2022).

Para além de conhecer o número de óbitos por COVID-19 na população mundial, especialistas do mundo todo investigaram a sua letalidade. A letalidade dimensiona a extensão de gravidade de uma doença. A OMS, considera duas medidas para calcular a proporção de indivíduos infectados que apresentarão desfechos fatais. A *Infection Fatality Ratio* (IFR), que é a taxa de letalidade da infecção e estima a proporção de mortes entre todos os indivíduos infectados, sendo necessário conhecer o número total de infectados pelo SARS-CoV-2 em uma população, o que demandaria testar toda a população para contabilizar os contaminados, e a *Case Fatality Ratio* (CFR), que é a taxa de letalidade dos casos confirmados, avaliando a proporção de mortes entre este público. (JONES, 2020).

O artigo de Frances Jones, intitulado “O enigma da letalidade”, publicado no mês de outubro de 2020, na Revista Pesquisa FAPESP, menciona um inquérito sorológico realizado no Maranhão, entre 27 de julho e 8 de agosto de 2020, com 3.156 pessoas e que trouxe resultados surpreendentes. A prevalência de anticorpos no Estado foi de 40% e a partir desse dado a IFR foi calculada em 0,17%, uma das menores do mundo, mas que promove um impacto, devido a COVID-19 concentrar um grande número de casos em um período muito curto. A letalidade varia muito conforme a idade dos infectados. No Maranhão, quando se observam os dados das pessoas com mais de 70 anos, a taxa sobe para 2,4%. (JONES, 2020).

Para efeito do cálculo da letalidade, este estudo utilizou a medida CFR, uma vez que a base de dados possibilitou contabilizar os casos confirmados e o total de óbitos no período. A taxa de letalidade entre os casos confirmados, considerando todos os Povos Indígenas do Maranhão, ficou em 2,45%.

Se considerarmos os Povos Indígenas de forma geral, a taxa de letalidade acompanhou a taxa encontrada na população geral do Estado, 2,85%, apresentado uma diferença percentual para menos, de 0,40%. No entanto, ao analisarmos a taxa de letalidade entre os casos confirmados, extratificando as etnias, podemos observar uma alta taxa entre os Krikati, no total de 5,17% e entre os Guajajara, no total de 3,27% (Tabela 4).

A CFR pode variar enormemente entre diferentes situações, ocorrendo em razão de diversos fatores, entre eles a capacidade de testagem de cada localidade (quanto mais exames, mais diagnósticos de casos leves e assintomáticos e menor taxa de letalidade), que envolve desde a oferta dos testes até a presença da equipe multidisciplinar em território indígena; a demografia do lugar (quanto mais idosa a população, maior o risco de morte pela COVID-19) e a diversidade de condições de acesso à saúde da população.

Tabela 4 – Quantitativo de óbitos por COVID-19 e Taxa de Letalidade (CFR), na população indígena do Estado do Maranhão, Brasil, no período de 03/2020 a 09/2021, segundo a etnia.

Etnia	Total de Casos Confirmados n	Quantitativo de óbitos n	Taxa de Letalidade x 100
Awá – Guajá	91	1	1,09%
Gavião	17		
Guajajara	1.345	44	3,27%
Ka'apor	230	2	0,86%
Canela	230		
Krikati	58	3	5,17%
Timbira	21		
Krenyê			
Outros	5		
Sem identificação	82	1	1,21%
Total	2.079	51	2,45%

Fonte: Autoria própria, 2022.

Na população geral do Estado, o Boletim Epidemiológico contabilizou em 30 de setembro de 2021, o total de 356.236 casos confirmados e destes, 10.174 óbitos. A CFR para o Estado do Maranhão em setembro de 2021 foi de 2,85%.

Quando avaliamos a variável etnia, entre os Povos Indígenas do Maranhão, as etnias que apresentaram óbitos foram os Awá – Guajá, os Guajajara, os Ka’apor, os Krikati e entre os indígenas sem identificação da etnia, 1 óbito (Tabela 5).

Tabela 5 – Quantitativo de óbitos por COVID–19 e Taxa de Mortalidade, na população indígena do Estado do Maranhão, no período de 03/2020 a 09/2021, segundo a etnia.

Etnia	População n	Quantitativo de óbitos n	Taxa de Mortalidade x 1.000	Total de Casos Confirmados n
Awá – Guajá	608	1	1,64	91
Gavião	1.309			17
Guajajara	31.108	44	1,41	1.345
Ka’apor	2.144	2	0,93	230
Canela	3.403			230
Krikati	1.292	3	2,32	58
Timbira	262			21
Krenyê	14			
Outros				5
Sem identificação		1		82
Total	40.140	51	1,27	2.079

Fonte: Autoria própria, 2022.

Embora os Guajajara representem 86,27% do total de óbitos, com 44 óbitos, os Krikati apresentaram a maior taxa de mortalidade entre as etnias, 2,32. A população dos Krikati, conforme SIASI, contabilizava em dezembro de 2021 o total de 1.292 indígenas, que representam o percentual de 3,21% da população indígena do Estado do Maranhão.

O IBGE aponta que o Estado do Maranhão tinha, aproximadamente 7.153.262 habitantes no ano de 2021. Considerando o total de óbitos por COVID–19 em setembro de 2021, 10.174 indivíduos, a taxa de mortalidade para o período ficou em 1,42 por 1.000 habitantes. Ao compararmos com a taxa de mortalidade dos Povos Indígenas, observamos que a etnia Awá – Guajá apresenta uma taxa maior que a do Estado e a etnia Krikati, sendo esta última consideravelmente maior.

Os casos confirmados que evoluíram para óbito, da etnia Krikati, apresentavam as idades de 74, 66 e 54 anos, sendo que o indígena de 66 anos possuía a condição diabetes e o

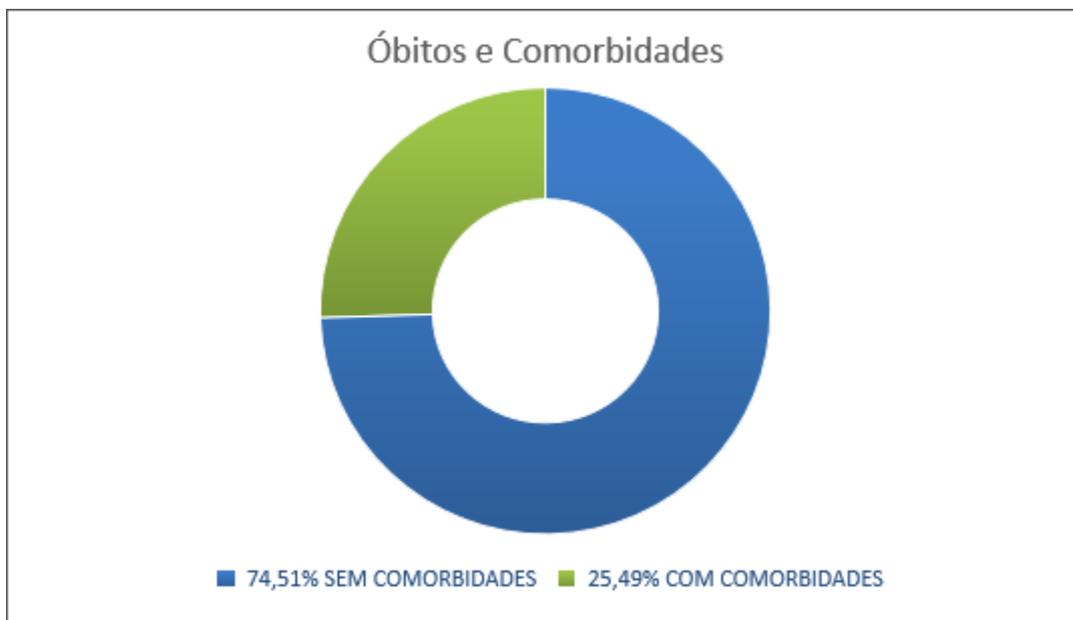
indígena de 54 anos possuía a condição de doença renal crônica em estágio avançado.

O caso confirmado da etnia Awá – Guajá, era da idade de 76 anos e possuía a condição doença cardíaca crônica.

A taxa de mortalidade, assim como a taxa de letalidade, é sensível a diversos fatores, como a característica da população (se mais jovem ou mais idosa), o acesso às ações de saúde desenvolvidas pelas equipes multidisciplinares de saúde indígena de forma sistemática e resolutiva, o acompanhamento e controle das condições crônicas dos indígenas e etc.

Ao correlacionarmos o quantitativo de óbitos por COVID-19 na população indígena do Estado com a variável “condições”, presente na ficha de notificação, observamos que do total de 51 óbitos no período, 13 possuíam comorbidades, representando o percentual de 25,49% dos óbitos, e 34 não possuíam comorbidades, 74,51% do total de óbitos (Gráfico 3). As condições variaram entre Diabetes, Doenças Cardíacas Crônicas, Doenças Respiratórias Crônicas Descompensadas, Doenças Renais Crônicas em Estágio Avançado e Gestação, sendo que em alguns casos os indígenas apresentavam mais de uma condição.

Gráfico 3 - Quantitativo e percentual de óbitos por COVID – 19, em indivíduos com comorbidades, entre a população indígena do Estado do Maranhão, Brasil, no período de 03/2020 a 09/2021.



Fonte: Autoria própria, 2022.

Quando consideramos a faixa etária, observamos o predomínio de óbitos entre os idosos, 60 anos ou mais, no total de 34 óbitos, 66,66%. Destes, 8 apresentaram comorbidades, 15,68% do total de óbitos (Tabela 6).

Tabela 6 – Quantitativo de óbitos por COVID-19, na população indígena do Estado do Maranhão, Brasil, no período de 03/2020 a 09/2021, segundo a variável condições e faixa etária.

Faixa etária	Etnia n	Quantitativo de óbitos n	Condições	Condições n
0 a 4 anos	Guajajara	1	DRCD/DCC	1
5 a 9 anos	Guajajara	1	Sem comorbidade	
10 a 19 anos	Guajajara	2	DRCD Sem comorbidade	1
20 a 29 anos	Guajajara	1	DRCEA	1
30 a 39 anos	Guajajara	4	Sem comorbidade	
30 a 39 anos	Ka'apor	1	Gestante	1
40 a 49 anos	Guajajara	4	Sem comorbidade	
50 a 59 anos	Guajajara	2	Sem comorbidade	
50 a 59 anos	Krikati	1	Diabetes/DRCEA	1
60 a 69 anos	Krikati	1	Diabetes	1
60 a 69 anos	Guajajara	4	Sem comorbidade	
70 a 79 anos	Awá - Guajá	1	DCC	1
70 a 79 anos	Krikati	1	Sem comorbidade	
70 a 79 anos	Ka'apor	1	Sem comorbidade	
70 a 79 anos	Sem identificação	1	Diabetes/DCC	1
70 a 79 anos	Guajajara	3	Diabetes/DCC Sem comorbidade	1
			Diabetes	2
80 anos ou +	Guajajara	22	DCC	1
			DRCD	1
			Sem comorbidade	
Total		51		13

Fonte: Autoria própria, 2022.

Legenda:

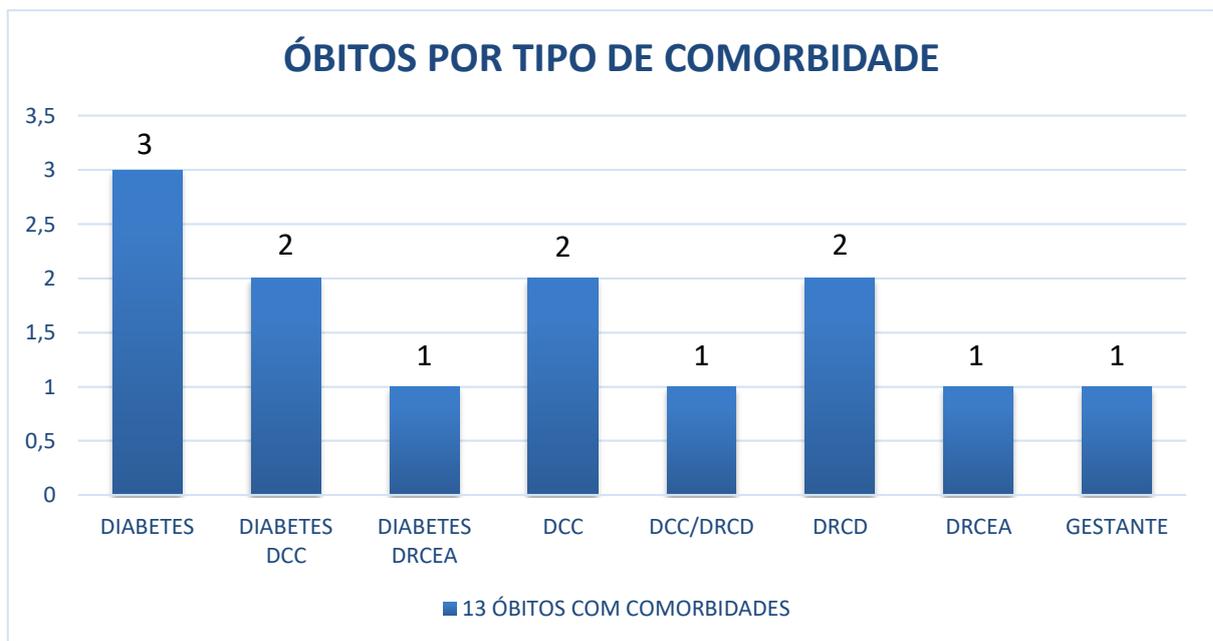
DCC – Doença Cardíaca Crônica

DRCD – Doença Respiratória Crônica Descompensada

DRCEA – Doença Renal Crônica em Estágio Avançado (Graus 3, 4 e 5)

A comorbidade que apresentou maior prevalência entre os óbitos foi a Diabetes (Gráfico 4), no total de 3 indígenas com apenas diabetes e 3 indígenas com diabetes associada às condições de doença cardíaca crônica e doença renal crônica em estágio avançado (Graus 3, 4 e 5).

Gráfico 4 – Óbitos por COVID – 19, na população indígena do Estado do Maranhão, Brasil, no período de 03/2020 a 09/2021 por tipo de comorbidade.



Fonte: Autoria própria, 2022.

Legenda:

DCC – Doença Cardíaca Crônica

DRCD – Doença Respiratória Crônica Descompensada

DRCEA – Doença Renal Crônica em Estágio Avançado (Graus 3, 4 e 5)

O Boletim Epidemiológico de 30 de setembro de 2021, apresenta o total de 10.149 óbitos por COVID-19. Destes, 8143 possuíam comorbidades (80% dos óbitos) e 2.031 não possuíam comorbidades (20% dos óbitos). As condições mais frequentes foram hipertensão arterial com 5.087 e diabetes *mellitus* com 3.490, sendo que no gráfico apresentado pela Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão foi destacada a observação de que um óbito poderia ter mais de uma comorbidade.

Ao compararmos os achados do presente estudo com as informações relacionadas à COVID-19, presentes no Boletim Epidemiológico de setembro de 2021, que abrange os dados acumulados desde o início da pandemia, encontramos um desenvolvimento semelhante para a população indígena em comparação com a população geral do Estado, exceto para a variável

“comorbidades”. Na população geral, a presença de comorbidades alcançou o percentual significativo de 80% do total de óbitos, confirmando diversos estudos que sinalizam para a relevância da existência de condições sistêmicas pré-existentes, quando considerado o desfecho óbito, para os casos confirmados.

Entre os casos confirmados da população indígena com evolução para óbito, foi encontrado o total de 13 óbitos com associação à doenças pré-existentes, representando 25,49% do total de óbitos.

Estudos apontam para o aumento de doenças crônicas como hipertensão arterial e diabetes *mellitus* (DM), entre a população indígena. Sousa Filho *et al*, publicaram em dezembro de 2015, um artigo de revisão intitulado “Prevalência de hipertensão arterial em indígenas do Brasil: uma revisão sistemática com meta-análise”. Os autores incluíram 23 artigos na revisão e citam entre eles, uma investigação realizada com índios na aldeia Jaguapiru (MS), em 2011, que mostrou a prevalência de hipertensão em 29,7% entre todos os participantes e de 67,5% de prevalência de hipertensão entre os diabéticos. (SOUSA FILHO, *et al*, 2015).

Em Minas Gerais, pesquisadores desenvolveram um estudo transversal, publicado em 2020, cujo objetivo foi descrever a prevalência estimada e os fatores associados à hipertensão arterial sistêmica em adultos e idosos da etnia Krenak. A prevalência estimada da hipertensão arterial sistêmica (HAS) entre os Krenak foi de 31,2%. O estudo encontra semelhança entre os achados dos Krenak, com os descritos em pesquisa realizada com os Mura, do Amazonas (29%), entre os Mehináku, Waurá e Yawalaptí, no Alto Xingu (37,7%) e os Suryá (26,7%). Os autores concluem que o achado indica o impacto das importantes transformações socioeconômicas e culturais que se manifestam nos estilos de vida e que possuem reflexos na saúde dos Povos Indígenas. (CHAGAS *et al.*, 2020).

Tais impactos podem ser observados entre os Povos Indígenas do Maranhão, com transformações no estilo de vida, na mudança da alimentação e na diminuição da prática cultural de atividades esportivas. Espera-se, que semelhantemente aos achados encontrados nos estudos desenvolvidos, a população indígena do Maranhão apresente um percentual significativo de prevalência para a HAS e para a DM.

Diferentemente do esperado, os casos confirmados de COVID-19 que evoluíram para óbito, não apresentaram a condição de hipertensão arterial sistêmica e apresentaram um percentual baixo para a associação dos óbitos com as comorbidades. Tal fato pode ser atribuído à dificuldade de se obter informações relacionadas ao histórico de saúde dos indígenas. O SIASI é um sistema de informação fechado, exclusivo para a população indígena, com acesso restrito e que não se comunica com os demais sistemas do SUS. Em se tratando de óbitos

principalmente, as notificações foram realizadas por profissionais de saúde das unidades de referência do SUS, onde os óbitos ocorreram, ou pelos profissionais dos Polos Base, o que pode ter contribuído para a subnotificação da variável condição, uma vez que esses profissionais, na maioria das vezes, não possuem acesso ao histórico de saúde dos pacientes.

8 CONCLUSÃO

A presente pesquisa concluiu que, embora os Povos Indígenas do Estado do Maranhão vivam em um contexto de vulnerabilidade, determinado por condições sociais, econômicas e de saúde, que amplificam o potencial de disseminação das doenças, a COVID-19 apresentou uma trajetória semelhante entre a população geral do Estado e a população indígena do Estado, no período de março de 2020 a setembro de 2021. A Taxa de Mortalidade Geral dos Povos Indígenas do Maranhão apresentou um coeficiente menor, 1,27, se comparada à Taxa de Mortalidade Geral do Maranhão, calculada em 1,42 para o período.

Ao dimensionarmos a Taxa de Mortalidade, considerando a variável etnia, encontramos uma taxa de mortalidade maior para os Krikati e para os Awá – Guajá, uma vez que essas etnias possuem um contingente populacional baixo, onde todo e qualquer óbito ocorrido, promovem um impacto considerável e contribuem para a diminuição dessa população. Também foi observada uma correlação favorável à presença de comorbidade e idade (idosos) nos óbitos ocorridos nestas etnias.

A taxa de mortalidade é sensível a diversos fatores, como a característica da população (se mais jovem ou mais idosa), o acesso às ações de saúde desenvolvidas pelas equipes multidisciplinares de saúde indígena de forma sistemática e resolutiva, o acompanhamento e controle das condições crônicas dos indígenas e etc.

Entre os casos confirmados, o padrão de semelhança entre a população indígena e geral se repete, tanto no fator sexo como no fator faixa etária, concluindo-se que a predominância de positivos pode ser observada para o sexo feminino e entre a faixa etária de adultos jovens.

Analisando os casos confirmados que evoluíram para óbito entre a população indígena e entre a população geral também observamos uma similaridade, com predominância significativa entre idosos e embora o sexo feminino tenha um percentual maior entre os casos confirmados, o sexo masculino representou a maioria no desfecho óbito.

A taxa de letalidade manteve o padrão e se mostrou semelhante em ambas as situações, sendo discretamente mais elevada entre a população geral.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A informação se constitui em uma ferramenta fundamental para as análises das diversas situações de saúde, podendo ser utilizadas a nível local, nacional ou internacional. Oferecem subsídios para a organização dos serviços de saúde, para o planejamento, sendo importantes nas etapas de acompanhamento e avaliação. (Sousa, *et al.*, 2007).

Em se tratando de Povos Indígenas no Brasil, o estabelecimento de um sistema de informações com estatísticas contínuas e confiáveis, que se integre com os demais sistemas nacionais de informação em saúde torna-se algo a se perseguir continuamente. Segundo Coimbra Jr. & Santos, evidenciar os contrastes e as desigualdades da situação de saúde dos indígenas, se comparados a outros segmentos da sociedade nacional, a partir das informações de saúde, é um passo fundamental na busca da equidade, mapeando de forma confiável, o perfil demográfico e epidemiológico desses Povos.

Ressalta-se que as principais limitações do sistema utilizado para coleta de dados, referem-se à capacitação de recursos humanos, à ausência de interface com os demais sistemas nacionais de informação em saúde e a dificuldade de acesso às informações. (Sousa, *et al.*, 2007).

Deste modo, o presente estudo também pretende despertar nos Gestores a busca pela qualificação das informações coletadas e inseridas nos sistemas de informação em saúde, relacionadas as populações indígenas e a população em geral.

Espera-se que esta pesquisa seja utilizada para embasar e ser ferramenta de apoio para futuros estudos com a temática saúde indígena, que promova visibilidade para essa população e incentive os órgãos públicos a investirem tanto na organização contínua das ações em saúde destinadas a esses povos, quanto na organização dos dados produzidos por essas ações.

Intencionando realizar a divulgação e a popularização científica dos achados dessa pesquisa, os resultados serão divulgados no repositório *on-line* da Fundação Oswaldo Cruz e estarão disponíveis para consulta de modo gratuito por toda a comunidade acadêmica e sociedade de modo geral.

REFERÊNCIAS

- AHMED F, AHMED N, PISSARIDES C, STIGLITZ J. *Why inequality could spread COVID-19*. Lancet Public Health. 2020; 2:1. Doi: 10.1016/S2468-2667(20)30085-2
- ALMEIDA, M. R. M. de, & FIGUEIREDO JR, J. D. G. (2018). As tecituras do processo de reorganização social Krenyê. Revista Pós Ciências Sociais, 15(29), 59–84. <https://doi.org/10.18764/2236-9473.v14n27p59-84>. Acesso em 12 de junho de 2022.
- ALMEIDA, MÔNICA RIBEIRO MORAES DE (2017). A gente vivia de trás dos outros: processo de reorganização social Krenyê. Tese (Doutorado) Programa de Pós – graduação em Ciências Sociais, Universidade Federal do Maranhão, São Luís. Disponível em: <https://tedebc.ufma.br/jspui/bitstream/tede/1920/2/MonicaAlmeida.pdf>. Acesso em 06 de fevereiro de 2022.
- AMOROSO, M. R. Nimuendajú às voltas com a história. Revista de Antropologia [online]. 2001, v. 44, n. 2 [Acessado 20 Junho 2022] , pp. 173-188. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-77012001000200006>. Epub 28 Maio 2002. ISSN 0034-7701.
- DANIELSEN, A. C., MN LEE, K., BOULICAULT, M., RUSHOVICH, T., GOMPERS, A., TARRANT, A., REICHES, M., SHATTUCK-HEIDORN, H., MIRATRIX, L. W., RICHARDSON, S. S. Sex disparities in COVID-19 outcomes in the United States: Quantifying and contextualizing variation, Social Science & Medicine, Volume 294, 2022, 114716, ISSN 0277-9536, <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.114716>. (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953622000193>)
- APOLINÁRIO, JUCIENE RICARTE. Povos Timbira, territorialização e a construção de práticas políticas nos cenários coloniais. Revista de História (São Paulo) [online]. 2013, n. 168 [Acessado em 20 de março de 2022], pp. 244-270. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9141.v0i168p244-270>.
- ARTICULAÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS DO BRASIL (APIB). Comitê Nacional de Vida e Memória Indígena. Emergência indígena. Disponível em: https://emergenciaindigena.apiboficial.org/dados_covid19/ Acesso em: 12 dez. 2020.
- BALÉE, WILLIAN (1984). *The Persistence of Ka'apor Culture*. (Doctoral dissertation). New York: Columbia University. Disponível em: http://etnolinguistica.wdfiles.com/local--files/tese%3Abalee-1984/Balee_1984_ThePersistenceOfKaaporCulture.pdf. Acesso em 11 de novembro de 2021.
- BEDFORD J., ENRIA D., GIESECKE J., HEYMAN D.. COVID-19: rumo ao controle de uma pandemia. Lancet Public Health. 2020, vol. 395, ISSUE 10229, P1015-1018, 28 de março de 2020. Doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30673-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30673-5)
- BELLIER I. Povos indígenas face ao COVID–19: Panorama geral em agosto de 2020. *Vukapanavó*: Revista Terena, nº 3, p 335 – 359, Out/Nov, 2020, ISSN: 2596–2426. Disponível em: <http://ds.saudeindigena.icict.fiocruz.br/handle/bvs/4197>

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. - 2ª Edição - Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002.

BRASIL. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde indígena: análise da situação de saúde no SasiSUS. Brasília, DF, 2019^a

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão. Boletim Epidemiológico COVID-19. Maranhão, MA. 30/09/2021. Disponível em: <https://www.saude.ma.gov.br/wp-content/uploads/2021/09/BOLETIM-30-09.pdf>. Acesso em 17 de julho de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Brasil confirma primeiro caso da doença. 26 de fevereiro de 2020. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46435-brasil-confirma-primeiro-caso-de-novo-coronavirus>

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Distrito Sanitário Especial Indígena. 14 de julho de 2021a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sesai/estrutura/distrito-sanitario-especial-indigena-dsei>. Acesso em 24 de setembro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). DSEI. 2021b. Disponível em: [Saúde Indígena \(saudeindigena.net.br\)](http://saudeindigena.net.br). Acesso em 03 de outubro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano nacional de operacionalização da vacinação contra a COVID-19. 8ª edição. Brasília, DF, 2021c. Disponível em: https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2021/ministerio-da-saude/2021_07_09-plano-nacional-operacionalizacao-vacinacao-8-edicao.pdf. Acesso em 14 de julho de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. SESAI. Relatório resumido SESAI, Semana Epidemiológica – 01/2022. Disponível em: https://saudeindigena1.websiteseuro.com/coronavirus/pdf/Relatorio%20Resumido_SESAI_Coronavirus_fx.pdf. Acesso em 16 de julho de 2022.

BRASIL. Rádio Agência Nacional. Povo Krenyê recebe escritura de reserva indígena no Maranhão. 01 de março de 2019b. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/radioagencia-nacional/geral/audio/2019-03/povo-krenye-recebe-escritura-de-reserva-indigena-no>. Acesso em 15 de fevereiro de 2022.

BRASIL. Agência Brasil. Vacinação contra a covid – 19 começa em todo país. 19 de janeiro de 2021d. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2021-01/vacinacao-contracovid-19-comeca-em-todo-o-pais>. Acesso em 02 de junho de 2022.

BRASIL. Agência Brasil. População indígena lidera índice de vacinação no Brasil. 15 de junho de 2021e. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2021-06/populacao-indigena-lidera-indice-de-vacinacao-no-brasil#>. Acesso em 02 de junho de 2022.

CARDOSO, A. M. *et al.* Investigation of an outbreak of acute respiratory disease in an indigenous village in Brazil: Contribution of Influenza A(H1N1) pdm09 and human respiratory syncytial viroses. **PLOS ONE**. p. 1-15, jul. 2019.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0218925>.

CHAGAS, CRISTIANE ALVARENGA *et al.* Prevalência estimada e fatores associados à hipertensão arterial em indígenas adultos Krenak do Estado de Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2020, v. 36, n. 1 [Acessado 22 Agosto 2022], e00206818. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00206818>. Epub 20 Dez 2019. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00206818>.

CIMI. Conselho Indigenista Missionário. Chico Krenyê: um maracanã do campo voou para a terra encantada. 07 de fevereiro de 2022. Disponível em: <https://cimi.org.br/2022/02/chico-krenye-um-maracana-do-campo-voou-para-a-terra-encantada/>. Acesso em 14 de março de 2022.

CODEÇO C. T. *et al.* Risco de espalhamento da COVID-19 em populações indígenas: considerações preliminares sobre vulnerabilidade geográfica e sociodemográfica. 4º Relatório sobre risco de espalhamento da COVID-19 em populações indígenas. Núcleo de Métodos Analíticos para Vigilância em Epidemiologia do PROCC/Fiocruz Grupo de Trabalho sobre Vulnerabilidade Sociodemográfica e Epidemiológica dos Povos Indígenas no Brasil à Pandemia de COVID-19 e colaboradores. Fundação Oswaldo Cruz. Ministério da Saúde. 2020. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/relatorios_tecnicos_-_covid-19_procc-emap-ensp-covid-19-report4_20200419-indigenas.pdf. Acesso em julho de 2020

COIMBRA JR, CEA. Saúde e Povos Indígenas no Brasil: reflexões a partir do Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição Indígena. *Cad. Saúde Pública* 30 (4) Abr 2014.
<https://doi.org/10.1590/0102-311X00031214>

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

CENTRO DE TRABALHO INDIGENISTA (CTI). Povos Isolados na Amazônia. TI Awá: território de índios isolados. Disponível em: <https://boletimisolados.trabalhoindigenista.org.br/2016/09/20/ti-awa-territorio-de-indios-isolados/> Acesso em outubro de 2021.

CROCKER, WILLIAM H. Canela Rankokamekrá. In: Povos Indígenas no Brasil. 2021a. Disponível em: https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Canela_Ramkokamekr%C3%A1. Acesso em 14 de janeiro de 2022.

CROCKER, WILLIAM H. Quem somos? In: Povos Indígenas no Brasil. 2021b. Disponível em: https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Canela_Ramkokamekr%C3%A1#Estrutura_familiar. Acesso em 20 de janeiro de 2022.

DUARTE, M.Q. *et al.* COVID-19 e os impactos na saúde mental: uma amostra do Rio Grande do Sul, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* 25 (9) 28 Ago 2020/Set 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.16472020>.

PEGGION, EDMUNDO A. Ka'apor. In: Os índios do Maranhão, o Maranhão dos índios. 2021. Disponível em : <https://acervo.socioambiental.org/acervo/documentos/os-indios-do-maranhao-o-maranhao-dos-indios>. Acesso em 02 de fevereiro de 2022.

FARIAS, E. SESAI confirma primeiro caso de coronavírus em indígena brasileiro. 01 de abril de 2020. Acesso em julho de 2021. Disponível em: <https://amazoniareal.com.br/sesai-confirma-primeiro-caso-de-coronavirus-em-indigena-brasileiro/>

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

FORLINE, LOUIS C. Awá-Guajá. In: Os índios do Maranhão, o Maranhão dos índios. 2021. Disponível em : <https://acervo.socioambiental.org/acervo/documentos/os-indios-do-maranhao-o-maranhao-dos-indios>. Acesso em 18 de dezembro de 2021.

FORLINE, LOUIS C. Povos Indígenas no Brasil. Disponível em: <https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Guaj%C3%A1>. Acesso em 17 de dezembro de 2021.

FREITAS, WELLINGTON Q. Cartografia dos fatores intervenientes na mortalidade materna, fetal e infantil no Distrito Sanitário Especial Indígena e dos Itinerários de Produção de Saúde nas Áreas Indígenas. Projeto de Apoio aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas. São Luis, MA. 2013. Disponível em: https://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/cartografia_dsei_maranhao.pdf. Acesso em 20 de outubro de 2021.

FUNAI. Programa Awá Guajá (PAwá): Fortalecimento da Proteção Física, Cultural e Territorial do Povo Awá Guajá. 2012. Ministério da Justiça.

GOMES, MÉRCIO P. (1988). Os índios e o Brasil. Petrópolis, RJ: Vozes

GOMES, MÉRCIO P. (1989). Algumas reflexões sobre os índios Guajá. Mimeo

GUIMARÃES ROSA, J. Grande sertão: veredas. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). O Brasil indígena. 2010. Disponível em : folder_indigenas_web.pdf (ibge.gov.br). Acesso em maio de 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Demográfico 2010. Características gerais dos indígenas. Resultados do universo. Rio de Janeiro, p.1-245, 2012. Disponível em : https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/95/cd_2010_indigenas_universo.pdf. Acesso em maio de 2022.

JONES, FRANCES. (2020). O enigma da letalidade. Revista FAPESP, Edição 296, Out. 2020. Disponível em: https://revistapesquisa.fapesp.br/wp-content/uploads/2020/10/022-025_covid_taxa-letalidade_296.pdf. Acesso em 22 de julho de 2022.

GARNELO L, PONTES AL, organizadores. Saúde indígena: uma introdução ao tema. Brasília: MEC-SECADI; 2012. Pp. 60-107. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_indigena_uma_introdução_tema.pdf. Acesso em junho de 2021.

MARANHÃO. Plano de Contingência para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID-19) em Povos Indígenas do DSEI Maranhão. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Distrito Sanitário Especial Indígena Maranhão. Disponível em: <https://saudeindigena.saude.gov.br/corona>. Acesso em: Jul. 2020.

MARANHÃO. G1 Maranhão. Rede Mirante. Vacinação contra a COVID-19 começa no Maranhão com cinco imunizados. 18/01/2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/ma/maranhao/noticia/2021/01/18/vacinacao-contr-a-covid-19-comeca-no-maranhao-com-cinco-imunizados-video.ghtml>. Acesso em 03 de junho de 2022.

MELATTI, JULIO CEZAR. Ritos de Uma Tribo Timbira. Ensaios. p. 209. Editora Áuca. São Paulo. 1978.

MENDES AM, LEITE MS, LANGDOM EJ, GRISOTTI M. O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2018;42:e184. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.184>.

NIMUENDAJÚ, C. *The Eastern Timbira*. University of California Publications in American Archaeology and Ethnology. University of California Press, 1946. Disponível em: http://etnolingustica.wdfiles.com/local--files/biblio%3Animuendaju-1946-timbira/Nimuendaju_1946_TheEasternTimbira.pdf. Acesso em 27 de janeiro de 2022.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Folha informativa – COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus). Jul. 2020. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875

PINTO, MR; DOS SANTOS, MER; LOPES, G. de S. Covid-19: agravos a saúde da população idosa. **Revista Brasileira de Desenvolvimento**, [S. l.], v. 8, n. 6, pág. 44691–44710, 2022. DOI: 10.34117/bjdv8n6-138. Disponível em: <https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BRJD/article/view/49091>. Acesso em: 22 ago. 2022.

POVOS INDÍGENAS DO BRASIL (PIB). Socio Ambiental. Krikati. Disponível em: <https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Krikat%c3%ad>. Acesso em 09 de outubro de 2021.

POVOS INDÍGENAS DO BRASIL (PIB). Socio Ambiental. Timbira. Disponível em: <https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Timbira>. Acesso em 05 de março de 2022.

RODRIGUES, A. D. Línguas brasileiras: para o conhecimento das línguas indígenas. São Paulo: Loyola, 1986. Disponível em: http://etnolingustica.wdfiles.com/local--files/biblio%3Arodriques-1986-linguas/Rodrigues_1986_LinguasBrasileiras.pdf. Acesso em 02 de fevereiro de 2022.

SANTOS, R. V. *et al.* A “total social fact”: Covid-19 and indigenous peoples in Brazil. Cadernos de Saúde Pública, 36(10) 2020 DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00268220>. SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA (SESAI). Boletim epidemiológico da

SESAI - COVID-19. Disponível em

<http://www.saudeindigena.net.br/coronavirus/mapaEp.php>. Acesso em 12 de agosto de 2021.

SCHRÖDER, PETER. Guajajara. In: Povos Indígenas no Brasil. 2021. Disponível em:

<https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Guajajara>. Acesso em 03 dezembro de 2021.

SCHRÖDER, PETER. Guajajara. In: Os índios do Maranhão, o Maranhão dos índios. 2021.

Disponível em : <https://acervo.socioambiental.org/acervo/documentos/os-indios-do-maranhao-o-maranhao-dos-indios>. Acesso em 08 de janeiro de 2022.

SOUSA, M. C. DE, SCATENA, J. H. G., SANTOS, R. V. O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI): criação, estrutura e funcionamento. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2007, v. 23, n. 4 [Acessado 22 Agosto 2022] , pp. 853-861. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000400013>. Epub 03 Abr 2007. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000400013>.

SOUZA, ZILMAR AUGUSTO DE et al. Hypertension prevalence among indigenous populations in Brazil: a systematic review with meta-analysis. Revista da Escola de Enfermagem da USP [online]. 2015, v. 49, n. 6 [Acessado 22 Agosto 2022] , pp. 1012-1022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000600019>. ISSN 1980-220X. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000600019>.

TRIGGLE CR, BANSAL D, FARAG EABA, DING H, SULTAN AA. 2020. COVID-19: aprendendo com as lições para orientar as intervenções de tratamento e prevenção. mSphere 5: e00317-20. <https://doi.org/10.1128/mSphere.00317-20>

UBBIALI, CARLO. Os índios do Maranhão. O Maranhão dos índios. ISA - Instituto Socioambiental. São Luís, 2004. Disponível em:

<https://acervo.socioambiental.org/sites/default/files/documents/0QD00106.pdf> . Acesso em 12 de novembro de 2021.

WERNECK G. L., CARVALHO M. S. A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. **Cad. Saúde Pública**. V.36, n.5, Rio de Janeiro, May 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Coronavirus disease 2019 (COVID-19): situation report, 109*. Acesso em junho de 2021. Disponível em:»

https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200508covid-19-sitrep-109.pdf?sfvrsn=68f2c632_6

YANG W , CAO Q , QIN L , WANG X , CHENG Z , PAN A , DAI J , SUN Q , ZHAO F , QU J , YAN F. 2020 . Características clínicas e manifestações de imagem da nova doença coronavírus de 2019 (COVID-19): um estudo multicêntrico na cidade de Wenzhou, Zhejiang, China . J Infect **80** : 388 - 393 . doi: 10.1016 / j.jinf.2020.02.016 .

[CrossRefGoogle Scholar](#)

YOKOI, MARCELO. Na terra, no céu: os Awá-Guajá e os Outros. São Carlos: UFSCar, 2014. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de São Carlos, 2014.

ANEXO A - Ficha de Investigação de SG Suspeito de Doença pelo Coronavírus 2019 – COVID-19



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Nº

e-SUS Notifica –05/10/2020

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE SG SUSPEITO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 – COVID-19 (B34.2)

Definição de caso: Indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos dois (2) dos seguintes sinais e sintomas: febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou distúrbios gustativos.

Em crianças: além dos itens anteriores considera-se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico.

Em idosos: deve-se considerar também critérios específicos de agravamento como síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência.

Observação: Na suspeita de COVID-19, a febre pode estar ausente e sintomas gastrointestinais (diarreia) podem estar presentes.

UF de notificação: _____ **Município de Notificação:** _____

IDENTIFICAÇÃO	Tem CPF? (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Estrangeiro: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Profissional de saúde (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Profissional de segurança (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	CBO: _____		CPF: _____		
	CNS: _____				
	Nome Completo: _____				
	Nome Completo da Mãe: _____				
	Data de nascimento: _____		País de origem: _____		
	Sexo: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Raça/COR: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena - Etnia: _____ <input type="checkbox"/> Ignorado		Passaporte: _____	
	CEP: _____				
	Estado de residência: _____		Município de Residência: _____		
	Logradouro: _____		Número: _____	Bairro: _____	
Complemento: _____					
Telefone Celular: _____		Telefone de contato: _____			
DADOS CLÍNICOS EPIDEMIOLÓGICOS	Data da Notificação: _____		Data do início dos sintomas: _____		
	Sintomas: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Assintomático <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Coriza <input type="checkbox"/> Dor de Cabeça <input type="checkbox"/> Distúrbios gustatórios <input type="checkbox"/> Distúrbios olfativos <input type="checkbox"/> Outros _____				
	Condições: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Doenças respiratórias crônicas descompensadas <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Obesidade <input type="checkbox"/> Doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5) <input type="checkbox"/> Imunossupressão <input type="checkbox"/> Portador de doenças cromossômicas ou estado de fragilidade imunológica <input type="checkbox"/> Gestante <input type="checkbox"/> Doenças cardíacas crônicas <input type="checkbox"/> Puérpera (até 45 dias do parto)				
	Estado do Teste: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Coletado <input type="checkbox"/> Conduído <input type="checkbox"/> Exame Não Solicitado	Tipo de Teste: (Marcar X) <input type="checkbox"/> RT – PCR <input type="checkbox"/> Teste rápido – anticorpo <input type="checkbox"/> Teste rápido – antígeno <input type="checkbox"/> Testes sorológico		Data do Teste (PCR/Rápidos): ____/____/____	Data do Teste (Sorológico): ____/____/____
	Resultado (PCR/Rápidos): (Marcar X) <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Inconclusivo ou Indeterminado		Teste Sorológico: (Marcar X) <input type="checkbox"/> IgA <input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> IgM <input type="checkbox"/> Anticorpos Totais		Resultado (IgA): (Marcar X) <input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Não Reagente <input type="checkbox"/> Inconclusivo ou Indeterminado
	Resultado (IgG): (Marcar X) <input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Não Reagente <input type="checkbox"/> Inconclusivo ou Indeterminado		Resultado (IgM): (Marcar X) <input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Não Reagente <input type="checkbox"/> Inconclusivo ou Indeterminado		Resultado (Anticorpos Totais): (Marcar X) <input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Não Reagente <input type="checkbox"/> Inconclusivo ou Indeterminado
	Evolução do caso: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Cancelado <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Internado <input type="checkbox"/> Em tratamento domiciliar <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Internado em UTI <input type="checkbox"/> Cura		Classificação final: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Descartado <input type="checkbox"/> Confirmado Clínico Imagem <input type="checkbox"/> Confirmado Clínico-Epidemiológico <input type="checkbox"/> Confirmado Por Critério Clínico <input type="checkbox"/> Confirmado Laboratorial <input type="checkbox"/> Síndrome Gripal Não Especificada		Data de encerramento: ____/____/____
	Informações complementares e observações				

ANEXO B – Consulta à Manifestação inserida na Plataforma Integrada de Ouvidoria e Acesso à Informação.

CONTROLADORIA-GERAL DA UNIÃO
Fala.BR - Plataforma Integrada de Ouvidoria e Acesso à Informação

ALTO CONTRASTE | 
 LIBRAS

Início Nova Manifestação Minhas Manifestações

CÉLIA REGINA DE ARAÚJO DO AMARAL 
 Usuário

Consultar Manifestação

[Voltar à Página Inicial](#) [Voltar à pesquisa](#) [Exportar PDF](#)

Respostas				
	Tipo	Responsável	Decisão	Especificação da decisão
09/09/2021 12:27	Resposta Conclusiva	Departamento de Atenção à Sa	Acesso Concedido	Resposta solicitada inserida no Fal
	Destinatário Recurso 1ª	Prazo para recorrer	Anexos BD COVID.pdf	
	Secretário Especial da Saúde Ir	20/09/2021		
	Trata-se de resposta à Demanda SIC 4246564 por meio do qual o cidadão requer: Observação do Cidadão:			