



## Militarização no Distrito Sanitário Especial Indígena do Maranhão: do “desastre anunciado” ao epicentro da pandemia

*Militarization in the Special Indigenous Health District of Maranhão: from the “announced disaster” to the epicenter of the pandemic*


István van Deursen Varga<sup>1,2</sup>

 <http://orcid.org/0000-0003-3171-1748>

Rosana Lima Viana<sup>4</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-5721-0602>

Ana Caroline Amorim Oliveira<sup>3</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-9337-6335>

<sup>1</sup> Universidade Federal do Maranhão. Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente. Departamento de Sociologia e Antropologia. São Luís/MA, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Mestrado Profissional em Saúde da População Negra e Indígena. Cruz das Almas/BA, Brasil.

<sup>3</sup> Universidade Federal do Maranhão. Programa de Pós-Graduação em Cultura e Sociedade. Curso de Ciências Humanas/Sociologia. Campus São Bernardo/MA, Brasil.

<sup>4</sup> Ministério da Saúde. Superintendência Estadual do Maranhão. Fundação Nacional de Saúde. São Luís/MA, Brasil.

### RESUMO

Este estudo de caso utilizou metodologia historiográfica para investigar a trajetória e o desempenho do Distrito Sanitário Especial Indígena do Maranhão, tendo por parâmetro o que preconiza a própria Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, ainda oficialmente em vigor em 2021, e, por pano de fundo, o contexto geral das políticas de saúde em sucessivos governos federais. O período analisado e discutido vai de 2010 a 2021, abrangendo: a crise na gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, implementada pela Fundação Nacional de Saúde; a consequente criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena e a transferência, para seu âmbito, do papel de gestora dessa política, em 2010; os desafios enfrentados pela Secretaria Especial de Saúde Indígena em seus primeiros anos de gestão, no contexto das crises políticas que levaram ao *impeachment* da presidente Dilma Rousseff e ao governo de Michel Temer; o governo de Jair Messias Bolsonaro, com o consequente ataque sistemático a princípios e diretrizes inscritos na própria Constituição Federal de 1988 e o desmonte e/ou sabotagem da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas; o advento da pandemia de covid-19 nesse contexto e seus impactos específicos sobre a população indígena, no Brasil e no Maranhão, até 2021.

**Palavras-Chave:** Covid-19; Distrito Sanitário Especial Indígena do Maranhão; Militarização; Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas; Saúde dos Povos Indígenas no Maranhão.

### ABSTRACT

This case study used a historiographical methodology to investigate the trajectory and performance of the Special Indigenous Health District of Maranhão, having as a parameter what the National Policy for Health Care for Indigenous Peoples, still officially in force in 2021, recommended. It has the general context of health policies in successive federal governments as background. The period analyzed and discussed ranges from 2010 to 2021, covering: the crisis in the management of the National Health Care Policy for Indigenous Peoples, implemented by the National Health Foundation; the subsequent creation of the Special Secretariat for Indigenous Health and the transfer, to its scope, of the role of manager of this policy, in 2010; the challenges faced by the Special Secretariat for Indigenous Health in its first years of management, in the context of the political crises that led to the impeachment of President Dilma Rousseff and the administration of Michel Temer; the administration of Jair Messias Bolsonaro, with the consequent systematic attack on principles and guidelines inscribed in the 1988 Brazilian Constitution and the dismantling and/or sabotage of the National Health Care Policy for Indigenous Peoples; the advent of the covid-19 pandemic in this context and its specific impacts on the indigenous population, in Brazil and Maranhão, until 2021.

**Keywords:** Covid-19; Special Indigenous Health District of Maranhão; Militarization; National Health Care Policy for Indigenous Peoples; Health of Indigenous Peoples in Maranhão

### Correspondência:

István van Deursen Varga  
ivarga@uol.com.br

**Recebido:** 12/08/2021

**Aprovado:** 17/05/2022

### Conflito de interesses:

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

### Contribuição dos autores:

Todos autores contribuíram igualmente para o desenvolvimento do artigo.

**Copyright:** Esta licença permite que outros remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho para fins não comerciais, desde que atribuam a você o devido crédito e que licenciem as novas criações sob termos idênticos.



## Introdução

Em 2008 publicávamos, nesta *Revista de Direito Sanitário*, um artigo intitulado “Distrito Sanitário Especial Indígena do Maranhão: crônicas de um desastre anunciado”, que se propunha a discutir “a trajetória das políticas e práticas de saúde voltadas aos povos e comunidades indígenas no Maranhão, no âmbito do Distrito Sanitário Especial Indígena do Maranhão (DSEI-MA), da Fundação Nacional de Saúde (Funasa)” (VARGA; VIANA, 2008, p. 3).

Transcorridos 13 anos desde a publicação daquele artigo, com a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena, em 2010, para assumir a gestão da política nacional de saúde indígena (à época daquele artigo, sob responsabilidade da Funasa); a realização da V Conferência Nacional de Saúde Indígena, em 2013; o advento do governo Bolsonaro, em 2018; e a eclosão da pandemia de covid-19, em 2020, o presente artigo pretendeu, em primeiro lugar, dar continuidade às discussões e reflexões que apresentamos em 2008, com base na atualização das informações acerca da trajetória da política nacional de saúde indígena e do DSEI-MA desde então.

Em janeiro de 2021, o Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário (Cepedisa), da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP), publicou um importante documento intitulado “A linha do tempo da estratégia federal de disseminação da covid-19”, no âmbito do projeto de pesquisa “Mapeamento e análise das normas jurídicas de resposta à Covid-19 no Brasil”, realizado em parceria com a organização não governamental Conectas Direitos Humanos. A partir de então, o projeto passou a contar com a parceria do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), “com o objetivo de coletar as normas federais e estaduais relativas à Covid-19 e avaliar o seu impacto sobre os direitos humanos no Brasil” (CEPEDISA, 2021, p. 2). Atendendo à solicitação da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) sobre a covid-19 do Senado Federal, em 28 de maio de 2021 o Cepedisa publicou uma versão atualizada do documento, que cobria o período de 3 de fevereiro de 2020 a 28 de maio de 2021, data de sua última publicação.

Este artigo também pretendeu complementar informações já contidas e comentadas nessa publicação do Cepedisa, quer destacando algumas publicações relevantes nela não citadas, quer aportando dados locais e depoimentos colhidos em campo, no Maranhão, com enfoque na situação dos povos e das comunidades indígenas no estado.

## I Política Nacional de Saúde Indígena: 2008-2018

O período foi marcado por mais uma crise generalizada nos DSEIs de todas as regiões do país, que teve sua origem no período anterior, nas carências de atendimento à população e nas dificuldades encontradas pelas entidades sem fins lucrativos contratadas para atuarem nas ações complementares de saúde indígena e na organização da atenção primária nas aldeias, conforme modelo assistencial preconizado pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) (VARGA; VIANA, 2008).

As contratações dessas entidades foram iniciadas em 2001 pela Funasa e visavam, sobretudo, a mitigar a histórica carência de profissionais de saúde nas aldeias, com a celeridade necessária para atender as demandas assistenciais dos DSEIs implantados. Cabe ressaltar que as contratações por meio de concursos públicos não são, até os dias atuais, a estratégia utilizada para suprir as carências de pessoal existentes nesses distritos.

Segundo Garnelo e Sampaio (2003), esse modelo de gestão introduziu a chamada “terceirização” na saúde indígena e encontra-se inserido no contexto do neoliberalismo brasileiro, que preconiza a redução do Estado: funções estatais

são transferidas a entidades civis, como organizações sociais e organizações da sociedade civil de interesse público, com o objetivo de executarem ações de responsabilidade do Estado, como é o caso da atenção à saúde indígena. Embora permita uma maior participação da sociedade civil, potencializando a capacidade de grupos civis organizados de intervir nas políticas públicas, tal modelo também proporciona a desconstrução do aparelho estatal. Nessa condição, o Estado afasta de si a cobrança da população quanto à execução dos serviços públicos prestados (GARNELO; SAMPAIO, 2003).

Nesse modelo, vários aspectos podem ser elencados como entraves à efetiva implantação da Atenção Primária à Saúde nos DSEIs, tais como: alta rotatividade de profissionais; carência de estrutura de monitoramento e avaliação das ações; inexperiência das entidades contratadas com a organização de serviços de saúde; e pouca articulação com os demais níveis de assistência do Sistema Único de Saúde (SUS), de média e alta complexidade, o que compromete a integralidade das ações em saúde indígena.

Conforme já detalhamos em outra publicação (VARGA; BATISTA; VIANA, 2013), em 2008, o ministro da Saúde, diante dessa situação, anunciou naquele ano a intenção de transferir as competências e atribuições de gestão da política nacional de saúde para os povos indígenas da Funasa para a Secretaria de Atenção Primária e Promoção da Saúde, criada pelo Projeto de Lei n. 3.958/2008. Posteriormente, acatando críticas e sugestões dos movimentos indígena e indigenista, decidiu-se pela criação de uma Secretaria Especial de Atenção à Saúde Indígena, vinculada diretamente ao gabinete do ministro – conforme deliberações da II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas (1993) e da III Conferência Nacional de Saúde Indígena (2001). Finalmente, em 24 de março de 2010, em sua Medida Provisória n. 483, o presidente da República formalizou a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai).

Esperava-se que a Sesai não mantivesse, quanto menos contribuísse para a consolidação das práticas centralizadoras, do corporativismo, do clientelismo, do patrimonialismo e do autoritarismo que caracterizaram a gestão da Funasa (assim como a anterior, da Fundação Nacional dos Povos Indígenas – Funai) sobre essa política, como ressaltamos em 2013 (VARGA; BATISTA; VIANA, 2013). Seria indispensável, para isso, uma criteriosa e cuidadosa seleção e capacitação de seus quadros profissionais, de modo que não incorporasse técnicos comprometidos e/ou viciados por essa cultura institucional da Funasa.

Foi exatamente o que ocorreu, no entanto. A Sesai, já em suas primeiras providências, incorporou todos os funcionários efetivos (e, com eles, todas as práticas anteriores) da Funasa, anunciando, para breve, um novo processo seletivo para ampliação de seu quadro de recursos humanos, por meio de contratação em caráter emergencial (por período de quatro anos). Dando continuidade, portanto, à política anterior de terceirização de serviços, o Edital de Chamamento Público n. 01/2011 (de 11/8/2011, publicado em 12/8/2011) da Sesai previa seleção de entidades privadas sem fins lucrativos a serem conveniadas para a execução das ações complementares na atenção à saúde dos povos indígenas, para além das de atenção primária, que deveriam ser implementadas diretamente pela Sesai.

Em função de exigências burocráticas — entre elas, a de apresentação, por parte das entidades concorrentes, do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social — apenas uma, a Sociedade Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM), com sede na capital de São Paulo, foi selecionada entre as 21 entidades que apresentaram proposta. Após interposição de recursos, também foram selecionados o Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), com sede em Recife/PE, e a Missão Evangélica Caiuá, com sede em Campo Grande/MS.

O evidente absurdo e despropósito dessa distribuição das atribuições de execução de ações de saúde e contratação de recursos humanos em DSEIs, tão diversos e dispersos, para apenas três entidades, motivou protestos dos movimentos indígena e indigenista, ensejando uma Ação Civil Pública por parte da Procuradoria da República no Distrito Federal em face da Sesai, da SPDM, do IMIP e da Missão Evangélica Caiuá, gerando o Procedimento Preparatório n. 1.16.000.003155/2011-43, de 5 de outubro de 2011.

Esse Procedimento Preparatório elencou várias críticas ao referido “Edital de Chamamento Público para Seleção de Entidades para Execução de Ações Complementares na Atenção à Saúde dos Povos Indígenas”, com o objetivo específico de “[...] condenar a União a desconsiderar a exigência contida no item 6.1 do Edital de Chamamento Público n. 01/2011 [...]” que “[...] consiste na apresentação, por parte das entidades proponentes, de Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS), como requisito à habilitação no certame.” (CARVALHO; LASMAR, 2011):

No bojo da ação será demonstrado que essa exigência é desarrazoada, pois configurou concretamente uma restrição quantitativa à participação de entidades com atuação na área de saúde indígena, ferindo os princípios da isonomia e da impessoalidade. Ademais, trata-se de exigência indevida, pois há outras titulações para entidades sem fins lucrativos que deixaram de ser consideradas, como a qualificação de OSCIP. Assim, criou-se situação esdrúxula que foi revista pelo próprio Governo Federal, ao excluir a exigência de detenção de CEBAS da [Lei de Diretrizes Orçamentárias] LDO 2012 (CARVALHO; LASMAR, 2011).

O documento afirmava, literalmente, que “essas três entidades não detêm condições para satisfazer, sozinhas, ao atendimento mínimo de todos os 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs)” (CARVALHO; LASMAR, 2011, p. 3), ressaltando que, anteriormente à questão específica relacionada ao Edital de Chamamento Público n. 01/2011,

[...] o Ministério Público Federal já vinha apurando a situação da prestação do serviço público de saúde às populações indígenas em diversos Estados do país. Nos inquéritos civis em curso, ficou devidamente caracterizada a situação caótica da prestação do serviço de saúde às populações indígenas.

De fato, o sistema de repasse de recursos públicos a ONGs para contratação dos profissionais não tem se mostrado eficaz nem tampouco eficiente; muito pelo contrário, é fato notório que a adoção do sistema de convênios tem gerado sérios prejuízos aos cofres públicos e às populações indígenas que não têm um serviço adequado de saúde nas aldeias (CARVALHO; LASMAR, 2011, p. 3).

Como mencionamos em Varga, Batista e Viana, as três entidades deram início, em caráter emergencial, à seleção prevista de recursos humanos. Esse processo de seleção, já eivado de ilegitimidade e suspeitas de ilicitudes desde seu início, “[...] tornou-se ainda mais suspeito aos olhos dos próprios profissionais de saúde interessados em engajar-se no trabalho de saúde com comunidades indígenas, em função do modo como se deu esta seleção” e, sobretudo, “[...] da tabela de remuneração nela anunciada” (VARGA; BATISTA; VIANA, 2013, p. 160):

Houve uma seleção de recursos humanos para vários DSEIs e alguém ficou sabendo? Pois é, eu também não! Porque não foi bem divulgada nos meios de comunicação! As inscrições foram realizadas entre os dias 4 a 9 de novembro de 2011, muito pouco tempo de seleção, não acham? O pior é que ainda houve outro problema: lembram aquela tabela de salários, há pouco tempo

conquistada pela SESAI? Pois é, a remuneração da SPDM não está seguindo aquela tabela, está abaixo do valor estipulado para as remunerações nos DSEIs. [...] O que eu, que me preparo há mais de oito anos para trabalhar com a saúde indígena, espero é algum posicionamento diante das minhas indagações e uma seleção que seja justa, e não esse tipo de seleção! (VARGA; BATISTA; VIANA, 2013, p. 160).

Em 2012, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria n. 755/2012 (MS, 2012), estabeleceu os Conselhos Locais de Saúde Indígena, os Conselhos Distritais de Saúde Indígena (Condisis) e o Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena (FPCondisi, que já vinha funcionando desde 2006, mas de modo informal) como instâncias de controle social, respectivamente, nos níveis local, distrital e federal do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do SUS (SasiSUS).

Ao longo daquele ano, protestos contra a precariedade da atenção à saúde indígena e todas essas graves distorções na contratação de recursos humanos eclodiram em vários DSEIs, entre os quais os de Alto Juruá, Alto Purus, Litoral Sul, Interior Sul (com fechamentos de estradas e ocupação da sede da Sesai, em Brasília), Maranhão, Porto Velho, Vilhena e Leste de Roraima, entre outros.

De 2 a 6 de dezembro de 2013, realizou-se em Brasília a V Conferência Nacional de Saúde Indígena (MS, 2015) (CNSI), que herdara a metodologia da IV CNSI (VARGA; VIANA, 2008), com a prática de conferências temáticas e alocação de participantes feita aleatoriamente “pelo sistema” (eletrônico) preponderando sobre a necessidade de aprofundamento do debate, dando muito menos espaço para novas proposições, e uma plenária final pífia, de menos de duas horas de duração e na qual foram revistos quase que exclusivamente os pontos articulados pelos gestores ABRUNHOSA; MACHADO; PONTES, 2020).

Apesar de todos os protestos realizados durante o ano, a situação no campo da saúde indígena permaneceu inalterada (PACHECO, 2013).

O ano de 2013 foi marcado por grandes manifestações de rua nas principais cidades do país: desencadeadas, inicialmente, pelo Movimento Passe Livre (MPL) contra a alta no preço das passagens dos transportes coletivos, chegaram a uma massividade inusitada, por terem inovado em seu modo de mobilização (por meio das redes sociais). Desdobrando-se em uma diversidade de pautas ao longo do ano, foram capitalizadas pelos mais diversos partidos e tendências políticas (frequentemente antagônicos) e acabariam fornecendo um eco popular, embora impreciso e difuso, quando não contraditório, às articulações das forças políticas conservadoras que suscitariam a manobra parlamentar para o *impeachment* da então presidente da República, Dilma Roussef – o que de fato aconteceu em 31 de agosto de 2016, quando assumiu o cargo Michel Temer, seu vice-presidente. O governo Temer transcorreu sem alterações no campo da saúde indígena.

Em 2018, após uma campanha política marcada pela contestação explícita das teses que fundamentaram a Constituição Federal de 1988 (CF/88) – inclusive no que se refere à população indígena, às comunidades quilombolas e às políticas de promoção da igualdade racial – no reconhecimento e na formulação dos direitos de comunidades tradicionais, com o conseqüente estímulo à atuação de madeireiras e garimpeiros ilegais, Jair Messias Bolsonaro foi eleito presidente da República.

## II DSEI do Maranhão: 2008-2019

Segundo dados divulgados pela Sesai, o DSEI-MA atende a uma população de 43.151 habitantes de oito etnias em 573 aldeias, ocupando uma área territorial de 76.013,07

quilômetros quadrados. A Atenção Primária à Saúde está organizada com uma estrutura de 47 Unidades Básicas de Saúde Indígena, seis Polos Base e três Casas de Saúde Indígena (MS).

O modelo de gestão implantado no DSEI-MA entre 2008 e 2019 teve como principal estratégia a contratação de pessoal por meio de convênios com entidades sem fins lucrativos. As entidades conveniadas nesse período foram a Missão Evangélica Caiuá (de 2008 a 2014) e o IMIP (de 2014 até os dias atuais).

A exemplo de parte dos demais DSEIs implantados no país, a atuação dessas entidades no DSEI-MA não trouxe contribuições efetivas para a organização da atenção à saúde segundo as diretrizes da PNASPI (MS, 2002). Em relação à rede de serviços de Atenção Primária à Saúde implantados nas Terras Indígenas, integrada e hierarquizada com complexidade crescente e articulada com a rede do SUS, observa-se, além das dificuldades de implantar a Atenção Primária à Saúde nas aldeias, a desarticulação dos serviços de saúde com a rede do SUS.

Cabe lembrar alguns importantes aspectos citados na PNASPI (MS, 2002) como diretrizes para a organização da Atenção Primária e dos serviços de referência nos DSEIs: preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural; articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde; monitoramento das ações de saúde dirigidas aos povos indígenas; promoção de ambientes saudáveis e proteção da saúde indígena; promoção do uso adequado e racional de medicamentos; promoção de ações específicas em situações especiais; e controle social.

Sem dúvidas, a preparação de recursos humanos para atuação intercultural é uma diretriz central para cumprir a PNASPI. No DSEI-MA, assim como nos demais distritos, a alta rotatividade e os vínculos empregatícios precários dos profissionais contratados constitui entrave para a implantação dessa preparação. Especificamente no DSEI-MA, tampouco foram realizados cursos de formação que fornecessem uma base mínima para a atuação intercultural desses profissionais. Tomemos, a título de exemplo, a formação dos agentes indígenas de saúde (AIS) e dos agentes indígenas de saneamento (Aisan), que atuam inseridos em suas respectivas comunidades e são responsáveis, segundo a PNASPI, por intermediar a articulação entre as equipes de saúde e as comunidades a fim de implantar a Atenção Primária à Saúde nas aldeias: no DSEI-MA, esse processo de formação sequer foi iniciado, o que compromete a própria execução dos serviços de saúde e a articulação com os sistemas tradicionais indígenas de saúde (MS, 2002).

De acordo com a PNASPI, o monitoramento das ações de saúde nos DSEIs deve ser organizado a partir do sistema de informações, que forneceria subsídios para a construção de indicadores que expressassem e avaliassem a saúde da população abrangida e a organização dos serviços prestados no território distrital (MS, 2002).

O Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena (Siasi) foi estabelecido em 2000 para gerar informações demográficas e estatísticas vitais de morbidade e da organização de serviços (estrutura, produção e avaliação) (GARNELO; SAMPAIO, 2003). O Siasi possui, como maiores potencialidades, a desagregação dos dados nos níveis de DSEI, etnia, família e aldeia. No entanto, ainda persistem diversas limitações no sistema que dificultam a atuação dos DSEIs na perspectiva da vigilância em saúde, entre as quais podem ser citadas: a restrição do acesso dos gestores aos dados e a falta de transparência das informações de saúde para a população envolvida; a ausência de comunicação com os demais sistemas de informação de saúde do país (esforços vinham sendo envidados, nesse sentido, na gestão anterior da Sesai, mas foram interrompidos no governo Bolsonaro); e a necessidade de inclusão de variáveis fundamentais para as análises epidemiológicas (GARNELO; SAMPAIO,



2003; SOUSA; SCATENA; SANTOS, 2007). Nas informações de mortalidade, por exemplo, não constam variáveis como tipo de óbito, total de ocorrências e condições relacionadas a sua condição. No módulo de morbidade, não são oportunizadas a notificação e a investigação das doenças e dos agravos de notificação compulsória (GARNELO; SAMPAIO, 2003). Já nas notificações de nascimento, nos instrumentos primários não são solicitados a coleta o peso ao nascer, o índice de Apgar do recém-nascido, o tipo de gravidez, o número de consultas e o número de filhos anteriores (GARNELO; SAMPAIO, 2003; VARGA; VIANA, 2014).

No que se refere à implantação do Siasi como instrumento básico para monitorar e planejar as ações em saúde, o DSEI-MA também manteve todas essas limitações no período em questão.

Na promoção de ambientes saudáveis e proteção da saúde indígena, a PNASPI elenca como prioridades ambientais: a preservação das fontes de água limpa; a construção de poços, de sistema de esgotamento sanitário e de destinação do lixo; a reposição de espécies utilizadas pela medicina tradicional; “e o controle de poluição de nascentes e cursos d’água situados acima das Terras Indígenas” (MS, 2002).

Dentre essas prioridades, o DSEI-MA desenvolve como principal ação de saneamento a construção de Sistemas de Abastecimento de Água (SAAs) com poços de captação. De acordo com dados de 2008, a cobertura das aldeias atendidas com SAA era de 52,60% (172) das 327 abrangidas à época (MS, 2013). No entanto, os dados atualizados sobre a cobertura da população com SAA e as informações relativas à operação e manutenção dos sistemas não foram publicadas ou divulgadas pelo distrito. As demais ações desenvolvidas pelo DSEI-MA que visam a atender as diretrizes da PNASPI, como a promoção do uso adequado e racional de medicamentos e das ações específicas em situações especiais, também não foram divulgadas.

Ressalta-se, sobretudo, que a ausência da divulgação de informações sobre as ações realizadas pelo DSEI-MA, bem como a falta de acesso livre aos dados epidemiológicos, traz dificuldades para cumprir as diretrizes previstas no artigo 198 da CF/88 no que diz respeito ao acesso, por parte da população assistida, das informações sobre sua saúde.

De 2008 a 2014, portanto, o DSEI-MA permaneceu sob gerência da Missão Evangélica Caiuá, com coordenação de Licínio Brites Carmona, integrante dos quadros da referida Missão.

Em sua 11ª reunião ordinária – realizada de 17 a 19 de novembro 2011, durante a gestão de Carmona –, o Condisi-MA deliberou a criação de outro DSEI, com sede em Imperatriz – deliberação formalizada através da Resolução n. 006, de 20 de outubro de 2011 (o que nunca ocorreu).

Após sucessivos aditamentos do convênio da Sesai com a Missão Evangélica Caiuá para a terceirização de serviços junto ao DSEI-MA, esse convênio encerrou-se por decurso de prazo, sendo necessário abrir novo chamamento público em 2014, no qual foi selecionado o Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP).

A nova coordenação, conduzida por Alexandre Oliveira Cantuária, embora fazendo uma gestão bem mais próxima e dialogada com as lideranças indígenas no Estado no que se refere ao leque de alianças políticas de âmbito federal, estadual (PMDB/grupo Sarney) e local, permaneceu inalterada em relação ao da gestão anterior.

Cantuária foi exonerado da coordenação do DSEI-MA em 4 de setembro de 2019, substituído, em 26 daquele mês, por Aldy Silva Saraiva Junior, por sua vez exonerado em 2020 e sucedido no mesmo ano pelo tenente-coronel Alberto José Braga Goulart. Manteve-se, no entanto, a gerência do IMIP durante todo esse período.

### III Governo Bolsonaro: a militarização do Ministério da Saúde

Quando este artigo foi escrito, a Sesai estava, desde 12 de fevereiro de 2020, sob comando do coronel Robson Santos da Silva, sucessor da tenente (indígena) Silvia Nobre Waiãpi, que deixou o cargo em função das críticas recebidas do movimento indígena por participar de um governo notoriamente anti-indígena.

Em abril de 2020, após a demissão de Luiz Henrique Mandetta do cargo de ministro da Saúde, Nelson Teich assumiu seu lugar. Cumprindo determinações do então presidente da República, Jair Messias Bolsonaro, Teich deu continuidade à militarização de cargos-chave no Ministério, nomeando o general Eduardo Pazuello como secretário-executivo – seu segundo cargo mais importante – e indicando, na sequência, o tenente-coronel Alberto José Braga Goulart para chefe do DSEI-MA.

O veículo de imprensa *The Intercept* publicou, em 7 de maio de 2020, importante reportagem (RAMALHO, 2020) que lançou novas luzes sobre a procedência e as práticas anteriores desses quadros introduzidos no Ministério da Saúde pelo governo Bolsonaro, denunciando que os militares que trabalhavam sob comando do general Antônio Manoel de Barros na chamada “Operação Acolhida”, de recepção aos refugiados venezuelanos em Roraima – muitos dos quais indígenas, predominantemente das etnias Pémon (como também se autodenominam os Macuxi, no Brasil) e Warao, que depois seriam “distribuídos” entre vários estados, inclusive o Maranhão, onde não houve notificação de contaminação ou óbito por covid-19 entre os Warao – estariam se expondo deliberadamente ao coronavírus como parte da estratégia de implementação da chamada “imunização de rebanho” (que, como se demonstrou posteriormente, foi a adotada pelo governo Bolsonaro para todo o país).

O caso trouxe à tona nomes conhecidos de episódios especialmente dramáticos na história brasileira recente: Antônio Barros é general de Divisão do Exército e havia sido responsável pela Operação Muquiço, que, em abril de 2019, no Rio de Janeiro, resultou nas mortes do músico Evaldo Rosa e do catador Luciano Macedo, crivados das balas de mais de 200 (LANG, 2019) disparos de fuzil efetuados por uma guarnição militar. O mesmo general Barros assumiu a Coordenação da Operação Acolhida em janeiro de 2020, substituindo o general Eduardo Pazuello, quando este fora indicado como secretário-executivo do Ministério da Saúde após a demissão de Mandetta.

Em 4 de maio de 2020, os militares infectados por covid-19 na Operação Acolhida já somavam 98, demonstrando como o discurso do general incentivou, de fato, a disseminação da doença na tropa. Ao todo, Roraima tinha 740 casos confirmados da doença até o início daquela semana, sendo que 26% deles seriam de militares, em um Estado com uma rede de serviços de saúde já bastante precária – à época, dispunha de apenas 15 leitos de unidade de terapia intensiva (UTI) prontos para pacientes com covid-19. O general não apenas promoveu a disseminação do vírus na tropa sob seu comando como, também deliberadamente, a ele expôs os refugiados venezuelanos: profissionais de saúde que atuavam nos abrigos da Operação Acolhida em Boa Vista e em Pacaraima (na fronteira com a Venezuela) entrevistados pela reportagem de *The Intercept* (RAMALHO, 2020) relataram que militares infectados circulavam entre civis e refugiados, sem máscara de proteção, debochando dos profissionais de saúde que as utilizavam.

O processo de militarização de cargos no Ministério da Saúde seguiu se aprofundando após a curta gestão de Nelson Teich, triplicando-se na gestão de Eduardo Pazuello, que o sucedeu no cargo. Em 2021, por volta de 25 de seus cargos mais estratégicos eram ocupados por oficiais do Exército (LIMA; CARDIM, 2021).



#### **IV A pandemia de covid-19 e a gestão de seu enfrentamento no âmbito da Política Nacional de Saúde Indígena**

Em 16 de março de 2020, o Ministério da Saúde apresentava o “Plano de contingência nacional para infecção humana pelo novo coronavírus (Covid-19) em povos indígenas (MS, 2020)”, que não detalhava ações objetivas nem estabelecia seu cronograma, as atribuições de suas respectivas responsabilidades e o engajamento e participação de comunidades indígenas nelas.

A Portaria n. 419/2020 (MJ, 2020a) da Fundação Nacional dos Povos Indígenas (Funai) permitiu que suas coordenações regionais concedessem, em caráter excepcional, autorizações para a realização de atividades essenciais em comunidades indígenas isoladas. Essa portaria, por sua vez, foi modificada pela Portaria n. 435/2020 (MJ, 2020b), após o Ministério Público Federal (MPF) apontar que ação de contato por instância sem capacidade legal e técnica para tomar decisões referentes aos povos isolados poderia agravar a exposição à covid-19 de comunidades que já têm pouca ou nenhuma capacidade de resposta imunológica ao vírus (CEPEDISA, 2021, p. 45).

Por meio da Mensagem 378, de 7 de julho de 2020, Bolsonaro vetou 14 dispositivos da Lei n. 14.021/2020 (BRASIL, 2020), que determinou medidas de proteção para comunidades indígenas durante a pandemia de covid-19, entre eles: o acesso com urgência a seis serviços gratuitos e periódicos (água potável, materiais de higiene e limpeza, leitos hospitalares e de unidade de terapia intensiva, ventiladores e máquinas de oxigenação sanguínea, materiais informativos sobre a covid-19 e internet nas aldeias); a obrigação da União de distribuir alimentos durante a pandemia, na forma de cestas básicas, sementes e ferramentas agrícolas; a extensão a quilombolas, pescadores artesanais e demais povos tradicionais das medidas previstas no plano emergencial; a dotação orçamentária emergencial específica para garantir a saúde indígena; e a criação de um mecanismo de financiamento específico para governos estaduais e prefeituras. O veto foi derrubado pelo Congresso Nacional em 19 de agosto 2020 (CEPEDISA, 2021, p. 71).

Em liminar de 8 de julho de 2020, o Supremo Tribunal Federal (STF) determinou a adoção de medidas como a criação de sala de situação, barreiras sanitárias e plano de enfrentamento da covid-19, a contenção de invasores e a acessibilidade a saúde própria ou diferenciada para indígenas aldeados e não aldeados caso não houvesse vagas no SUS – e seu reiterado descumprimento ensejou várias medidas cautelares da Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH) e do próprio STF, entre outras ações (CEPEDISA, 2021, p. 33).

Em 20 de julho 2020, medidas cautelares emitidas pela CIDH por meio da Resolução n. 35/2020 (CIDH, 2020a) em favor dos Yanomami e dos Ye'kwana solicitavam que o Brasil adotasse as medidas necessárias para proteger seus direitos à saúde, vida e integridade, considerando a gravidade e urgência de sua situação e o fato de que seus direitos corriam risco de danos irreparáveis.

Essas medidas mencionavam, conforme a solicitação apresentada pela Hutukara Associação Yanomami (HAY) e pelo CIDH, a suscetibilidade dessas populações a doenças respiratórias; as falhas no sistema de saúde para a população indígena, agudizadas pela pandemia; a invasão de seu território por cerca de 20 mil garimpeiros ilegais, promovendo o fluxo do vírus a partir dos centros urbanos; a contaminação das águas dos rios e das comunidades por mercúrio; e, finalmente, a violência de garimpeiros, visando especialmente as lideranças indígenas. A CIDH solicitou ao Brasil que implementasse, de modo culturalmente apropriado, medidas preventivas contra a disseminação da covid-19 e fornecesse assistência médica adequada de acordo com os parâmetros internacionais aplicáveis, e que o Estado acordasse com os indígenas

e seus representantes as medidas a serem adotadas, informando as ações adotadas (CEPEDISA, 2021, p. 75-76).

Naquele mesmo julho, veio a público a informação de que mulheres de militares teriam realizado uma “ação social” na Terra Indígena Yanomami no final do mês anterior. Segue, a este respeito, o depoimento de Maurício Ye’kwana, diretor da HAY:

Então o que aconteceu? Chegou muita gente, eram umas 60 pessoas! E aí chegou o avião, chegou o helicóptero, chegou o Caravan. Um movimento geral. E isso chamou a atenção do pessoal. Muita gente acabou indo lá, com aquela curiosidade, indo ver aquela cesta básica chegando. E o sargento lá chamou todo mundo: “A comida chegou!”. Aí começaram a chegar, foram chegando e começaram a entrar no quartel! E nós, lideranças, lá no posto vestindo toucas, máscara, luva. “Vai ter suco”, “vai ter parque”, “vai ter essa questão de manicure”, não sei mais o quê. Tinham mandado um dia antes o Caravan pra montar os brinquedos e informaram que ia ter bolacha, suco pra todo mundo! Pula-pula e aqueles brinquedinhos, escorregador, bolas, tudo pra criançada. Atraiu mesmo quando eles falaram: “Vai ter suco aqui! Pode vir, pode entrar! Vai ter bolacha pra criançada, vai ter sanduíche!”. E, como nós tínhamos organizado, as lideranças iam entregar o documento e não íamos pegar nada. Não comemos nada. Nós ficamos só olhando. Teve salão de beleza! As mulheres militares montaram lá o local de maquiagem, corte de cabelo, manicure! (YE’KWANA, 2020).

Essa mesma ação interministerial promoveu a distribuição de 16 mil comprimidos de 150 mg de cloroquina para os Polos Base e outros 33 mil para o DSEI Yanomami, com o objetivo de “evitar casos de coronavírus entre os indígenas, além de levar equipes e itens de proteção individual”, segundo declaração oficial do Ministro da Defesa. O Ministério da Saúde foi questionado a respeito e, em 3 de julho de 2020, a Sesai (em uma prática que se tornaria recorrente entre seus prepostos), declarou em nota à imprensa que o medicamento deveria ser utilizado para o tratamento da malária, e não para prevenção da covid-19. Contrariando a nota da Sesai, uma reportagem de O Globo publicizou declarações do coordenador do DSEI Leste de Roraima, extraídas da ata de uma reunião promovida na véspera (02/07/2020) pelo Ministério Público Federal de Roraima: o coordenador afirmou que a cloroquina enviada pelo governo à Missão Yanomami/Raposa Serra do Sol fazia parte de um kit para o tratamento da covid-19 (CEPEDISA, 2021, p. 94).

Por meio da Resolução n. 94/2020 (CIDH, 2020b), a CIDH adotou novas medidas cautelares de proteção, desta feita ao povo Munduruku. Informações oficiais estimavam que, até 22 de agosto de 2020, mais de 10% da população Munduruku já teria sido diagnosticada com covid-19 (1.625 casos positivos); em setembro de 2020, o DSEI Rio Tapajós, responsável pelos Munduruku, teria alcançado a segunda maior taxa de incidência da doença, com “números de reprodução acima de 1,50” (CEPEDISA, 2021, p. 108-109).

Em 18 de dezembro 2020, o ministro Luís Roberto Barroso, do STF, negou a homologação da terceira versão do “Plano geral de enfrentamento à Covid-19 para povos indígenas” apresentada pelo governo e determinou que um novo documento fosse apresentado até 8 de janeiro de 2021, uma vez que permanecia genérica, não permitindo avaliar sua suficiência e sua exequibilidade nem monitorar sua implementação: “Impressiona que, após quase dez meses de pandemia, não tenha a União logrado o mínimo: oferecer um plano com seus elementos essenciais, situação que segue expondo a risco a vida e a saúde dos povos indígenas” (CEPEDISA, 2021, p. 112).

Em 13 de janeiro 2021, foi a vez dos Guajajara e dos Awá da Terra Indígena Arariboia, no Maranhão, serem contemplados por medidas cautelares da CIDH, pela Resolução n. 1/2021 (CIDH, 2021). As informações apresentadas à CIDH, ressaltando um contexto de subnotificação dos casos pelo DSEI-MA, apontavam entre 25 e 69 falecimentos por covid-19 confirmados, com estimativa de contágio de 50% da população Guajajara, de acordo com a Frente de Proteção Etnoambiental Awá. Segundo informações oficiais, até agosto de 2020 mais de 8% da população da Terra Indígena Arariboia já teria sido diagnosticada com covid-19 (1.394 casos positivos). De acordo com um mapeamento publicado em 17 de agosto de 2020 pela Rede (Co)Vida – Ciência Informação e Solidariedade a partir da análise dos dados das Secretarias Municipais de Saúde, do DSEI-MA/Sesai e do Comitê Estatístico do Maranhão, haviam sido notificados, entre os Guajajara, 1.133 casos nas oito terras indígenas – TI Awá-Guaja com dois casos; Arariboia, 248; Bacurizinho, 131; Morro Branco, seis; Urucu Juruá, sete; Rio Pindaré, 232; Lagoa Comprida, nove; e Cana Brava com 498 casos –, com 30 óbitos (REDE (CO)VIDA). De acordo com informações do Comitê Nacional da Vida e Memória Indígena, os Guajajara são a segunda população indígena mais afetada pela pandemia no país, atrás apenas dos Terena.

A Comissão observou que o Estado brasileiro estaria desenvolvendo diferentes planos de ação em defesa dos povos indígenas, mas com caráter geral e/ou programático, sem que esclarecer como estariam sendo implementados e se seriam efetivos.

Em relação aos Awá (“em isolamento voluntário”), o governo alegou que estariam recebendo atenção especial da Frente de Proteção Etnoambiental Awá, mas sem esclarecer como essa atenção estaria integrada à proteção dos povos indígenas, considerando o cenário da pandemia e a suposta presença de terceiros não autorizados nas proximidades das áreas ocupadas por esse povo. A Comissão reiterou, como sempre, a solicitação de que o Brasil adotasse as medidas necessárias para proteger os direitos à saúde, à vida e à integridade pessoal dos membros dos povos indígenas Guajajara e Awá da Terra Indígena Arariboia, em uma perspectiva culturalmente adequada, e que informasse sobre as ações implementadas voltadas à investigação dos fatos que deram lugar à adoção da medida cautelar para, assim, evitar sua repetição (CEPEDISA, 2021, p. 122).

Em 22 de abril 2021, o então ministro da Casa Civil, Luiz Eduardo Ramos, confirmou o envio a 13 ministérios de uma tabela enumerando 23 acusações frequentes sobre o desempenho do governo Bolsonaro no enfrentamento à covid-19, a fim de que cada órgão informasse o que estava fazendo ou tinha feito a respeito de temas críticos. Dentre estes, o tema “genocídio indígena” seria o que demandava a resposta de maior número de ministérios (cinco). As acusações elencadas no documento eram as seguintes (o Ministério da Saúde deveria responder a quase todas, com exceção dos itens 9, 10 e 11):

- 1 - Governo foi negligente com processo de aquisição e descredito a eficácia da Coronavac (que atualmente se encontra no PNI);
- 2 - Governo minimizou a gravidade da pandemia (negacionismo);
- 3 - Governo não incentivou a adoção de medidas restritivas;
- 4 - Governo promoveu tratamento precoce sem evidências científicas comprovadas;
- 5 - Governo retardou e negligenciou o enfrentamento à crise no Amazonas;
- 6 - Governo não promoveu campanhas de prevenção à Covid;
- 7 - Governo não coordenou o enfrentamento à pandemia em âmbito nacional;
- 8 - Governo entregou a gestão do Ministério da Saúde, durante a crise, a gestores não especializados (militarização do MS);
- 9 - Governo demorou a pagar o auxílio-emergencial;
- 10 - Ineficácia do PRONAMPE [programa de crédito];
- 11 - Governo politizou a pandemia;
- 12 - Governo falhou na implementação da testagem

(deixou vencer os testes); 13 - Falta de insumos diversos (kit intubação); 14 - Atraso no repasse de recursos para os Estados destinados à habilitação de leitos de UTI; 15 - Genocídio de indígenas; 16 - Governo atrasou na instalação do Comitê de Combate à Covid; 17 - Governo não foi transparente e nem elaborou um Plano de Comunicação de enfrentamento à Covid; 18 - Governo não cumpriu as auditorias do TCU durante a pandemia; 19 - Brasil se tornou o epicentro da pandemia e “covidári” de novas cepas pela inação do Governo; 20 – Gen. Pazuello, Gen. Braga Netto e diversos militares não apresentaram diretrizes estratégicas para o combate à Covid; 21 - Presidente Bolsonaro pressionou Mandetta e Teich para obrigá-los a defender o uso da Hidroxicloroquina; 22 - Governo Federal recusou 70 milhões de doses da vacina da Pfizer; 23 - Governo Federal fabricou e disseminou *fake news* sobre a pandemia por intermédio do seu gabinete do ódio (CEPEDISA, 2021, p. 175-176).

## V DSEI do Maranhão a partir de 2020: na periferia do SasiSUS, o (des)controle social e o “epicentro” da pandemia de covid-19

Sem qualquer formação ou experiência anterior no campo da saúde, à maneira de boa parte dos demais militares empossados no Ministério da Saúde, o tenente-coronel Alberto José Braga Goulart fez, a partir de 22 de abril de 2020, uma gestão à frente do DSEI-MA caracterizada pela estreita consonância com a política e as práticas de Bolsonaro e de Pazuello frente à pandemia de covid-19, e pelo autoritarismo na relação com suas equipes de saúde e, sobretudo, com o Conselho Distrital de Saúde Indígena do Maranhão (Condisi-MA) — instância de controle social do DSEI-MA.

Ao invés de apresentar um plano de contingência para o controle da pandemia, pelo qual vinha sendo cobrado pelos conselheiros do Condisi-MA, e de começar a aplicar testes de RT-PCR para diagnóstico de covid-19 entre sintomáticos indígenas, o coronel Goulart (como costuma se apresentar) optou pela realização de uma (única) portentosa e midiática “Operação Maranhão”, que mobilizou militares das três Forças Armadas, deslocando suas equipes de saúde em helicópteros para aldeias de referência em Terras Indígenas no estado. No que se refere especificamente à covid-19, entretanto, aplicou apenas os chamados “testes rápidos”, de sensibilidade e eficácia muito menores no diagnóstico da doença.

O então presidente do Condisi-MA, Edilson Krikati, anunciou, em meados de 2020, que teria de se afastar de seu cargo em fins de novembro, com vistas a se dedicar a campanha eleitoral. Como a então vice-presidente fora anteriormente destituída do cargo, conforme previsto no Regimento Interno do Condisi-MA, por ter se ausentado de três reuniões consecutivas do órgão, este permaneceu virtualmente acéfalo desde o final de novembro e, muito convenientemente para o coronel Goulart, sob coordenação de sua secretária – esta, por sua vez, funcionária submissa a sua linha direta de mando como coordenador do DSEI-MA.

Enquanto se dedicava a promover a referida “Operação Maranhão”, os movimentos da coordenação do DSEI-MA, visando à neutralização e à desmobilização do Condisi-MA (ao invés de promover nova eleição de presidente e vice-presidente, mesmo que em reunião remota, como proposto pelos conselheiros, pelo Ministério Público e pelo coordenador do FPCondisi), foram, desde o início, muito claros:

(i) antecipação da “Operação Maranhão”, que havia sido agendada pela própria Sesai para 22 de setembro de 2020, para o dia 15 daquele mês, justamente a data inicialmente agendada para as eleições de presidente e vice-presidente do Condisi-MA, e o adiamento dessas eleições para 8 de outubro 2020;

(ii) em 7 de outubro de 2020, com o álibi (muito mal dissimulado) de “cansaço” das equipes de campo pelos “exaustivos trabalhos” realizados na “Operação Maranhão”, novo adiamento das eleições, reagendadas de 8 para 15 de outubro de 2020;

(iii) e, finalmente, em 14 de outubro de 2020, com o álibi (ainda mais mal dissimulado que nos episódios anteriores) de diversos empecilhos, somente então levantados pelo chamado “Controle Social da Sesai”, houve cancelamento definitivo da “eleição até segunda ordem e orientação do Controle Social SESAI”.

O cancelamento dessas eleições deu-se, portanto, à revelia do FPCondisi e do MPF no Maranhão, que vinham acompanhando esse processo no Estado (a pedido de conselheiros do Condisi-MA) e sequer foram consultados a esse respeito.

Quanto ao “Controle Social da Sesai”, perversa e repetidamente mencionado pela coordenação do DSEI-MA, não se trata de nenhuma instância de controle social legalmente constituída: são integrantes da própria equipe técnica da Sesai que monitoram os Condisis e o FPCondisi.

Em suma, o Condisi-MA permaneceu inativo desde novembro de 2020, sem presidente e vice-presidente eleitos, até 8 de junho de 2021, quando, em reunião realizada presencialmente em Imperatriz, a nova presidência foi eleita.

A sonegação de informações e o retardo em sua divulgação sobre os casos de covid-19 entre indígenas, determinados pela Sesai em todo o país, levaram a Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (Apib), em colaboração com várias organizações não governamentais e universidades, a protagonizar coleta, organização e publicação independentes dessas informações, com a criação do Comitê Nacional Pela Vida e Memória Indígena (APIB, 2020).

Determinando sigilo sobre as etnias e procedências dos casos diagnosticados entre indígenas sob a alegação de estar seguindo ordens superiores da Sesai, e retardo na divulgação dos demais dados a respeito do tema, o coronel Goulart, na prática, impediu o DSEI-MA de se integrar aos esforços de enfrentamento coordenado da pandemia no Estado, apesar dos vários protestos e denúncias de conselheiros do Condisi-MA e das várias iniciativas da Comissão Estadual de Políticas Públicas para os Povos Indígenas (Copei), coordenada pela Secretaria de Estado dos Direitos Humanos e Participação Popular (SEDIHPOP) do Maranhão, para tentar reverter essa situação.

Em abril de 2020, na mesma perspectiva da Apib, o Coletivo Mururu criou a Rede (Co)Vida, que passou a divulgar boletins epidemiológicos independentes sobre o avanço da pandemia nas comunidades indígenas no Maranhão. Essa rede realiza o levantamento, o mapeamento e a qualificação dos dados notificados de covid-19 a partir das secretarias de Saúde dos 31 municípios que incidem em terras indígenas, das informações disponibilizadas no site da Sesai e do Comitê Estatístico do Maranhão, que, infelizmente, deixou de produzir relatórios (REDE (CO)VIDA).

No site da Sesai, as informações sobre a situação sanitária dos povos indígenas se referiam a um número genérico, sem especificar qual povo, terra ou aldeia, dificultando o entendimento da realidade sanitária das populações indígenas. Apenas fazendo o cruzamento com os dados das secretarias municipais de Saúde que incidem em territórios indígenas foi possível qualificar um pouco mais os dados. Entretanto, nos boletins das secretarias apareciam nomes genéricos, como “aldeias” e “área indígena”, e apenas no boletim do município de Amarante do Maranhão aparecia “Terra Indígena”.

Paula e Rosalen (2020) lançaram em maio de 2020 uma análise sobre a pandemia de covid-19 entre os povos indígenas a partir dos boletins epidemiológicos da Sesai referentes ao período de 1º de abril a 29 de maio de 2020. Nesse documento, os autores já identificavam a transmissão comunitária entre os povos atendidos

entre diversos DSEIs: Alto Solimões, Médio Solimões, Alto Rio Negro, Manaus, Guamá-Tocantins, Maranhão, Ceará, Pernambuco e Mato Grosso do Sul.

Nesse período, o DSEI-MA já ocupava a quinta posição em número de casos de covid-19, com 76 confirmados, estando atrás apenas dos DSEIs Alto Solimões (338 casos), Guamá-Tocantins (121), Ceará (120) e Manaus (92). No dia 16 de maio, ocorreu a primeira notificação no DSEI-MA, com cinco casos; dois dias depois, o número subiu para sete; no dia 22 de maio, houve um salto para 30 casos; no dia 23, para 35; em 26 de maio, 41 casos; no dia 27, 50; no dia 28, 68; e, em 29 de maio, foram 76 casos confirmados (PAULA; ROSALEN; 2020, p. 31).

Diante desse quadro, a Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (Coiab) organizou as informações publicizadas pela Sesai e as relacionou com as fornecidas pelas lideranças indígenas, identificando uma discrepância entre os dados: os números da Sesai eram inferiores aos informados pelos povos indígenas.

A Coiab identificou que os DSEIs Amapá e Norte do Pará, Guamá-Tocantins, Alto Rio Negro, Alto Rio Solimões e Maranhão apresentavam cerca de 65% do número de casos de covid-19 entre os indígenas da Amazônia na primeira quinzena de junho de 2020. No dia 14 de junho, o DSEI-MA registrava 237 casos confirmados e seis óbitos, ficando atrás apenas dos DSEIs Amapá e Norte do Pará, com 580 casos confirmados; Guamá-Tocantins, com 555; Alto Rio Negro, com 515; e Alto Rio Solimões, com 503 (FELLOWS *et al.*, 2020, p. 15).

A Rede (Co)Vida, a partir da sistematização dos dados levantados pela Coiab, identificou o avanço dos casos confirmados no DSEI-MA, que foi aumentando sua lamentável posição até se tornar o epicentro da pandemia de covid-19 entre os DSEIs. Entre os dias 18 e 3 de julho de 2020, o DSEI-MA já ocupava o segundo lugar, com os respectivos números de casos confirmados: 380 casos em 18 de junho; 443 no dia 21; 466 no dia 23; 509 no dia 25; 543 no dia 28; 654 no dia 30 de junho; e 777 casos em 3 de julho (REDE (CO)VIDA).

No dia 6 de julho de 2020, o DSEI/MA registrava 868 casos confirmados e assumia o primeiro lugar entre todos os DSEIs em número de casos de covid-19 no Brasil, posição em que permaneceu até 17 de julho – data do último monitoramento feito pela Rede (Co)Vida com os dados disponibilizados pelo site da Coiab –, quando foram registrados 1.118 casos.

Em 24 de agosto de 2020, preocupada com a vulnerabilidade acrescida da população indígena à pandemia e a ostensiva resistência do Ministério da Saúde a agilizar as medidas consagradas cientificamente (e preconizadas pela própria Organização Mundial da Saúde) para seu controle, a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) enviou ao DSEI-MA milhares de equipamentos de proteção individual e kits para realização de exames RT-PCR para covid-19. Assim como o próprio Ministério da Saúde, que simplesmente não realizou testagem da população e deixou um lote de 6,86 milhões de testes RT-PCR perder seu prazo de validade, o coordenador do DSEI-MA não apenas não fez uso dos kits enviados pela Fiocruz, como se recusou a prestar contas aos conselheiros do Condisi-MA sobre o destino dado a esses testes.

Todos esses fatos levaram várias organizações e comunidades indígenas no Estado a se mobilizar para darem andamento às medidas preventivas a seu alcance: ações de educação em saúde para orientação quanto a confecção e uso de máscaras faciais, lavagem das mãos, uso de álcool 70% líquido ou em gel (quando disponível) e bloqueios nos caminhos de entrada das comunidades.

Em 11 de julho de 2021, em sua coluna “Fonte”, o *Jornal Pequeno* publicava a seguinte nota:



Cadê?

Com exclusividade à coluna, uma fonte denuncia que a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) enviou, em agosto do ano passado, ao Distrito Sanitário Especial Indígena do Maranhão, milhares de equipamentos de proteção individual e kits para realização de exames para Covid-19. O coronel Goulart, coordenador do distrito indígena, vem se recusando a prestar contas a conselheiros do Conselho Distrital de Saúde Indígena sobre o destino dado ao material. A medida foi tomada pelo Fiocruz, preocupada com a vulnerabilidade da população indígena à pandemia e com a resistência do Ministério da Saúde em agilizar as medidas preconizadas pela OMS (Organização Mundial da Saúde). Mas até agora ninguém sabe, ninguém viu (MELO, 2021, p. 4).

Irritado e/ou preocupado com o teor da nota, o coronel Goulart mobilizou um contraparente seu, politicamente influente no estado, que entrou em contato com a redação do “Jornal Pequeno”, afirmando que as informações contidas na nota seriam falsas e solicitando o telefone da redatora da coluna, pois o coronel exigiria direito de resposta. Com efeito, Goulart entrou em contato com a redatora, dizendo que desmentiria a nota com provas e que exigiria direito de resposta — o que nunca ocorreu.

### Considerações finais

Quando este artigo foi escrito, a principal estratégia de gestão utilizada pelos DSEIs continuava baseando-se na terceirização de pessoal por meio de entidades civis sem fins lucrativos. Esse modelo, como comentamos acima, traz limitações para a efetiva implantação da Atenção Primária nesses Distritos, sobretudo devido à contratação temporária de pessoal, que gera alta rotatividade dos profissionais de saúde nas aldeias. Destacamos, ainda, que esse modelo de gestão impede a preparação de recursos humanos para a atuação intercultural e a articulação com os sistemas tradicionais de saúde indígena, que são estratégias para a consolidação de um subsistema de saúde indígena que atenda à diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política dos povos indígenas.

Em relação ao monitoramento das ações de saúde, o sistema de informação implantado, Siasi, necessita de adequações para funcionar como instrumento de planejamento e gestão capaz de identificar, a partir de indicadores, as necessidades estruturais dos DSEIs e os fatores condicionantes e determinantes da saúde.

Outro aspecto muito problemático é a necessidade de transparência dos dados do Siasi e das informações sobre a execução das ações à população para seu efetivo controle social, com vistas a atender às diretrizes do SUS e a CF/88. A transparência dessas informações e a facilidade de acesso a elas são essenciais para que a participação indígena possa, a partir do conhecimento de sua situação de saúde, funcionar como instância de real controle social, capaz de acompanhar as ações desenvolvidas e a execução da política de saúde dentro do território que ocupa, bem como formular estratégias que visem a melhores condições de saúde da população indígena.

Parece decorrência lógica, quase óbvia, que o desmantelamento do SUS, como parte do projeto neoliberal de “enxugamento” do aparelho de Estado, e o advento da militarização do Ministério da Saúde e da Sesai implementados pelo governo Bolsonaro impactem de maneira ainda mais dramática sobre os segmentos mais vulneráveis da população indígena no país, bem como sobre os DSEIs de delimitação, organização, gestão, gerência e controle social mais problemáticos — caso do DSEI-MA, como já vínhamos demonstrando desde Varga e Viana (2008) e continuamos corroborando acima, a partir de dados e informações atualizadas.

A configuração do DSEI-MA é uma aberração, já do ponto de vista operacional: um DSEI gigantesco, abarcando 16 Terras Indígenas (Alto Turiaçu, Arariboia, Awa, Bacurizinho, Cana Brava/Guajajara, Caru, Geralda Toco Preto, Governador, Krikati, Lagoa Comprida, Morro Branco, Rio Pindaré, Rodeador, Timbira-Krenyê, Urucu/Juruá e Vila Real) (FUNAI), seis Polos Base e oito diferentes etnias oficialmente reconhecidas pela coordenação do DSEI-MA, totalizando uma população de 34.793 pessoas (IMIP) (fora a população indígena imigrante, a dita “urbanizada”, que reside fora de TIs demarcadas, e as várias ainda não oficialmente reconhecidas pela Funai e pela Sesai), com delimitação muito mal negociada com os povos indígenas abarcados e uma sede situada na capital do Estado (uma ilha distante cerca de 250 quilômetros por terra da TI mais próxima e cerca de 700 quilômetros da mais distante) – quando seria possível estabelecer a sede em vários municípios muito mais centrais e próximos às TIs abarcadas.

Na realidade, seria perfeitamente lógico e factível, dos pontos de vista operacional e, sobretudo, político – não na perspectiva político-partidária, pois foram justamente as pressões de políticos influentes do PMDB no Estado, no Ministério da Saúde e na Funasa e de interesses corporativos dos antigos funcionários da Administração Regional de São Luís da Funai e da Funasa que levaram ao estabelecimento da sede do DSEI-MA em São Luís (VARGA; VIANA, 2008), mas na perspectiva das políticas de relação do Estado brasileiro com os povos indígenas no Maranhão e na da própria PNASPI –, subdividir o atual DSEI-MA em três diferentes DSEIs com sedes em municípios facilmente identificáveis no interior do Estado, todos dispendo da infraestrutura necessária. Conforme relatamos acima, em sua 11ª reunião ordinária, em 2011 – há quase uma década, portanto, do momento em que escrevemos este artigo –, o Condisi-MA já deliberou a criação de um DSEI com sede em Imperatriz, mas que nunca foi implementada pelos gestores do DSEI-MA e da Sesai.

Restaria indagar o que esses gestores compreendem ser, de fato, o papel do controle social no SasiSUS e no próprio SUS como um todo. Pelo descrito neste artigo, sua relação com as instâncias de controle social do SasiSUS vinha sendo meramente figurativa (para não dizer decorativa).

No que se refere às instâncias de controle social do SUS, os problemas para o efetivo funcionamento de seus dispositivos legais são mais antigos: decorrem já das ambiguidades na redação da própria Lei n. 8142/1990 (BRASIL, 1990), por sua vez decorrentes da conjuntura política em que foi negociada e que serão objeto de outra publicação, no prelo.

## Referências

ABRUNHOSA, Marcela Alves; MACHADO, Felipe Rangel de Souza; PONTES, Ana Lúcia de Moura. Da participação ao controle social: reflexões a partir das conferências de saúde indígena. *Saúde Soc.*, São Paulo, v.29, n.3, e200584, 2020. SciELO Brasil. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/LgpbGJq6ggSLPVNqhMs8hby/?lang=pt>. Acesso em: 04 ago. 2021. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020200584>.

BRASIL. *Lei n. 14.021, de 7 de julho de 2020*. Dispõe sobre medidas de proteção social para prevenção do contágio e da disseminação da Covid-19 nos territórios indígenas; cria o Plano Emergencial para Enfrentamento à Covid-19 nos territórios indígenas; estipula medidas de apoio às comunidades quilombolas, aos pescadores artesanais e aos demais povos e comunidades tradicionais para o enfrentamento à Covid-19; e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, a fim de assegurar aporte de recursos adicionais nas situações emergenciais e de calamidade pública. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2020/lei/l14021.htm#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20medidas%20de%20prote%C3%A7%C3%A3o,aos%20demais%20povos%20e%20comunidades](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/l14021.htm#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20medidas%20de%20prote%C3%A7%C3%A3o,aos%20demais%20povos%20e%20comunidades). Acesso em: 30 nov. 2022.

BRASIL. *Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%208.142%2C%20DE%2028%20DE%20DEZEMBRO%20DE%201990.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20participa%C3%A7%C3%A3o%20da,sa%C3%BAde%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAsncias](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%208.142%2C%20DE%2028%20DE%20DEZEMBRO%20DE%201990.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20participa%C3%A7%C3%A3o%20da,sa%C3%BAde%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAsncias). Acesso em: 30 nov. 2022.

CARVALHO, Paulo Roberto Galvão de; LASMAR, André Lopes. *Procedimento Preparatório nº 1.16.000.003155/2011-43*. Brasília-DF: Ministério Público Federal. Procuradoria da República no Distrito Federal, 2011.

CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS DE DIREITO SANITÁRIO - CEPEDISA. *A linha do tempo da estratégia federal de disseminação da COVID-19*. 2021. Disponível em: [https://cepedisa.fsp.usp.br/wp-content/uploads/2023/02/CEPEDISA-USP-Linha-do-Tempo-Maio-2021\\_v2.pdf](https://cepedisa.fsp.usp.br/wp-content/uploads/2023/02/CEPEDISA-USP-Linha-do-Tempo-Maio-2021_v2.pdf). Acesso em: 4 ago. 2021.

COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS – CIDH. *Resolução n. 35, de 17 de julho de 2020*. Medida Cautelar No. 563-20. 2020a. Disponível em: <https://www.oas.org/es/cidh/decisiones/pdf/2020/35-20MC563-20-BR-PT.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2022.

COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS – CIDH. *Resolução n. 94, de 11 de dezembro de 2020*. Medida Cautelar Nº 679-20. 2020b. Disponível em: <http://www.oas.org/pt/cidh/decisiones/pdf/94-20MC679-20-BR.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2022.

COMISSION INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS – CIDH. *Resolución n. 1, de 4 de enero de 2021*. Medida Cautelar No. 754-20. Disponível em: <https://www.oas.org/es/cidh/decisiones/pdf/2021/1-21MC754-20BR.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2022.

FELLOWS, Martha *et al*. *Não são números, são vidas! A ameaça da covid-19 aos povos indígenas da Amazônia brasileira*. Brasília-DF: Instituto de Pesquisa Ambiental da Amazônia, Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira, 2020. Disponível em: <https://ipam.org.br/bibliotecas/nao-sao-numeros-sao-vidas-a-ameaca-da-covid-19-aos-povos-indigenas-da-amazonia-brasileira/>. Acesso em: 04 ago. 2021.

FUNDAÇÃO NACIONAL DOS POVOS INDÍGENAS - FUNAI. Disponível em: <http://www.funai.gov.br/index.php/terras-indigenas-maranhao>. Acesso em: 02 ago. 2021.

GARNELO, Maria Luiza Pereira; SAMPAIO, Sully. Bases sócio-culturais do controle social em saúde indígena: problemas e questões na Região Norte do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 311-317, jan./fev. 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/yt35ZGmyqxYWPkQ7cjZ7gRS/?lang=pt>. Acesso em: 04 ago. 2021. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000100035>.

INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA – IMIP. Disponível em: <http://www1.imip.org.br/imip/assistenciaesaude/saudeindigena/apresentacao.html>. Acesso em: 02 ago. 2021.

LANG, Marina. *Laudo aponta mais de 200 tiros em ação militar que matou músico e catador*. UOL, 09 maio 2019. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2019/05/09/laudo-aponta-mais-de-200-tiros-em-acao-militar-que-matou-musico-e-catador.htm>. Acesso em: 18 jul. 2021.

LIMA, Bruna; CARDIM, Maria Eduarda. *Chega a 25 o número de militares nomeados no Ministério da Saúde*. *Correio Braziliense*, Brasília-DF, 05 jun. 2021. Disponível em: [https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/politica/2020/06/05/interna\\_politica,861378/chega-a-25-o-numero-de-militares-nomeados-no-ministerio-da-saude.shtml](https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/politica/2020/06/05/interna_politica,861378/chega-a-25-o-numero-de-militares-nomeados-no-ministerio-da-saude.shtml). Acesso em: 07 jul. 2021.

MELO, Flávia Regina. *Cadê? Jornal Pequeno*, São Luís, 11-12 jul. 2021.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA - MJ. *Portaria n. 419, de 17 de março de 2020*. Brasília-DF, 2020a. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/portaria/prt/portaria%20n%C2%BA%20419-20-mj-sp-funai.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/portaria/prt/portaria%20n%C2%BA%20419-20-mj-sp-funai.htm). Acesso em: 30 nov. 2022.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA – MJ. *Portaria n. 435, de 20 de março de 2020*. Brasília-DF, 2020b. Disponível em: <https://dspace.mj.gov.br/handle/1/6674>. Acesso em: 30 nov. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – MS. *Conselho Nacional de Saúde. 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena: relatório final*. Brasília-DF, 2015. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/5\\_conferencia\\_nacional\\_saude\\_indigena\\_relatorio\\_final.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/5_conferencia_nacional_saude_indigena_relatorio_final.pdf). Acesso em: 30 nov. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – MS. *Portaria n. 254, de 31 de janeiro de 2002*. Disponível em: [https://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files\\_mf/Pm\\_254\\_2002.pdf](https://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/Pm_254_2002.pdf). Acesso em: 30 nov. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – MS. *Portaria n. 755, de 18 de abril de 2012*. Dispõe sobre a organização do controle social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0755\\_18\\_04\\_2012.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0755_18_04_2012.html). Acesso em: 30 nov. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – MS. Secretaria Especial de Saúde Indígena. *Plano de contingência nacional para infecção humana pelo novo coronavírus (Covid-19) em povos indígenas*. Brasília-DF, mar. 2020. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Publica%C3%A7%C3%B5es%20em%20PDF/Plano%20de%20Conting%C3%Aancia%20da%20Sa%C3%BAde%20Indigena%20Preliminar.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS. Secretaria de Gestão de Trabalho e Educação em Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. *Dados dos DSEI*. Disponível em: <http://www.saudeindigena.net.br/coronavirus/dsei/>. Acesso em: 04 ago. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – MS. Secretaria de Gestão de Trabalho e Educação em Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. *Mapa de competências e marco de orientação curricular para o Programa de Qualificação do Agente Indígena de Saúde e do Agente Indígena de Saneamento*. 1ª ed. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2013.

PACHECO, Tania. Apesar de denúncias, inclusive do MPF, nada mudou, e a Missão Evangélica Caiuá continua controlando 19 dos 34 DSEIS. *Combate ao Racismo Ambiental*, Brasil, 21 dez. 2013. Disponível em: <https://acervo.racismoambiental.net.br/2013/12/21/apesar-de-denuncias-inclusive-do-mpf-missao-evangelica-caiuva-continua-controlando-19-dos-34-dseis/>. Acesso em: 21 jul. 2021.

PAULA, Luís Roberto de; ROSALEN, Juliana. *Uma visualização da pandemia da COVID-19 entre povos indígenas no Brasil a partir dos boletins epidemiológicos da SESAI*. Período: 01.04.2020 A 29.05.2020. Maio 2020. Disponível em: [http://www.aba.abant.org.br/files/20200601\\_5ed561c92875e.pdf](http://www.aba.abant.org.br/files/20200601_5ed561c92875e.pdf). Acesso em: 27 jul. 2021. .

RAMALHO, Sérgio. Vídeo: General incentiva surto de coronavírus para “imunizar tropa” em abrigo de refugiados. *The Intercept Brasil*, 07 mai. 2020. <https://theintercept.com/2020/05/07/general-incentiva-coronavirus-imunizar-tropa/>. Acesso em: 11 jul. 2021. .

REDE (CO)VIDA - REDE DE MAPEAMENTO DA PANDEMIA DA COVID-19 ENTRE OS POVOS INDÍGENAS NO MARANHÃO. 2020. Disponível em: <https://www.redecovid2020.com/home>. Acesso em: 27 jul. 2021.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA – SIASI. Disponível em: <http://www.ccms.saude.gov.br/saudeindigena/asesai/sistemasdeinformacao.html>. Acesso em: 30 nov. 2022.

SOUSA, Maria da Conceição de, SCATENA, João Henrique G.; SANTOS, Ricardo Ventura. O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI): criação, estrutura e funcionamento. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 853-861, abr. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/RsfQ5HXFP8SF3Gkwmc6qbFk/?lang=pt>. Acesso em: 5 ago. 2021. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000400013>.

VARGA, István van Deursen; BATISTA, Luís Eduardo; VIANA, Rosana Lima. Saúde da população indígena: do paradigma da tutela ao horizonte das políticas de promoção da igualdade racial. In: VENTURI, Gustavo; BOKANY, Vilma. (Orgs.). *Indígenas no Brasil: demandas dos povos e percepções da opinião pública*. 1ed. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2013, v. 39, p. 143-175.

VARGA, István van Deursen; VIANA, Rosana Lima. Distrito sanitário especial indígena do Maranhão: crônicas de um desastre anunciado. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 133-149, 2008. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13134>. Acesso em: 17 maio. 2022. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v9i3p133-149>.

YE'KWANA, Maurício. Xawara rastros da Covid-19 na terra indígena Yanomami e a omissão do Estado. Organização Ana Maria Machado, Bruno Weis, Daniel Jabra, Dário Vitorio Kopenawa Yanomami, Majóí Fávero Gongora, Marília Garcia Senlle, Maurício Tomé Rocha e Moreno Saraiva Martins. 1. ed. São Paulo, 2020. Disponível em: <https://acervo.socioambiental.org/sites/default/files/publications/prov0147.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2021.