


## COVID-19 E POVOS INDÍGENAS: Aspectos de seguridade social

COVID-19 AND INDIGENOUS PEOPLES: Aspects of social security

COVID-19 Y PUEBLOS INDÍGENAS: Aspectos de seguridad social


### Fernando da Cruz Souza

Bacharel em Administração (UNESP – Tupã).  
Mestrando em Agronegócio e Desenvolvimento  
(UNESP – Tupã). [fernando.cruz@unesp.br](mailto:fernando.cruz@unesp.br).

 0000-0002-7346-4776


### Nelson Russo de Moraes

Doutor em Comunicação e Cultura Contemporânea  
(UFB). Docente Permanente do Programa de Pós-  
graduação em Agronegócio e Desenvolvimento/PGAD  
FCE/UNESP/Tupã [nelson.russo@unesp.br](mailto:nelson.russo@unesp.br).

 0000-0003-0159-9433


### Ana Maria Quiqueto

Mestra em Educação (UNOESTE). Docente do  
Programa de Graduação na ESEFAP.  
[prof.anaquiqueto@gmail.com](mailto:prof.anaquiqueto@gmail.com).

 0000-0003-1447-0858

### Vitor Bini Teodoro

Mestre em Saúde Pública (USP). Docente substituto na  
UNESP. [vitor.bini@unesp.br](mailto:vitor.bini@unesp.br).

 0000-0003-1429-0881

Correspondência: Universidade Estadual Paulista Júlio  
de Mesquita Filho, Faculdade de Ciências e  
Engenharia de Tupã. Rua Domingos da Costa Lopes,  
780 - Jardim Itaipu, 17602496 - Tupã, SP – Brasil.

Recebido em: 16.02.2020.

Aceito em: 20.03.2020.

Publicado em: 04.01.2020.

### RESUMO:

As condições de vulnerabilidade socioeconômica e biológica dos povos indígenas frente à pandemia de coronavírus impõem a questão sobre quais são as limitações do amparo promovido pelas políticas de seguridade social. A fim de responder a esse questionamento, esta pesquisa buscou conceituar os direitos sociais na imbricação com a diferenciação cultural indígena, assim como buscou revisar a mais recente trajetória das políticas de saúde, assistência social e previdência social para esse público. Para tanto, foi realizada uma revisão bibliográfica e documental sobre os termos envolventes ao objetivo. Com isso, verificou-se que, até então, somente a política de saúde apresenta uma alternativa de diferenciação institucionalizada, enquanto as políticas de assistência social e de previdência social, embora possam ter boa cobertura dos usuários indígenas em alguns aspectos, se apresentam distantes das demandas desses povos. Diante dessa situação, a qual se somam os retrocessos imprimidos pelo avanço neoliberal sobre as políticas sociais como um todo, e com as investidas específicas sobre os direitos indígenas, estes se encontram numa situação de maior fragilidade, pois, além de não fruírem de políticas sociais culturalmente sensíveis, vivenciam um atraso na resposta emergencial em forma de política pública contra os impactos da covid-19, o que pode levar ao maior número de contaminações e de mortes entre os povos indígenas.

**PALAVRAS-CHAVES:** Direitos sociais; Saúde; Assistência social; Previdência social; Coronavírus.

## Introdução

Desde o início do ano de 2020, a população brasileira vem sofrendo com o enfrentamento à pandemia de covid-19, desdobrada pela rápida disseminação do novo coronavírus (SARS-CoV-2) a partir das cidades de maiores populações e, especialmente, daquelas com aeroportos internacionais e/ou fronteiras terrestres. Tendo o primeiro caso desta enfermidade sido registrado no Brasil em 26 de fevereiro de 2020, informações atualizadas até 14 de junho do mesmo ano, 109 dias depois, mostram o expressivo número de 867,624 casos confirmados e 43,332 óbitos, devido à pandemia de covid-19 no país (Conselho Nacional dos Secretários de Saúde [CONASS], n.d.).

Com o avanço da doença, somado à extensão continental do território brasileiro, às disparidades sociais de sua população e ao multiculturalismo dos diversos segmentos populacionais, os povos indígenas se encontram em condições de maior vulnerabilidade, medida em termos de acesso às necessidades básicas<sup>1</sup>, frente à pandemia de covid-19, o que resulta em maiores chances de contaminação e reduzida capacidade de recuperação da doença (Tavares & Betti, 2020). Neste ponto, é importante salientar que as populações indígenas são historicamente mais vulneráveis às ameaças provenientes de infecções virais, em especial às ameaças respiratórias, que dizimaram grande número de indígenas que viviam no território brasileiro (Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID-19) em Povos Indígenas, 2020).

Informações do Boletim Epidemiológico da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), atualizadas até 13 de junho de 2020, mostram que foram confirmados 2,894 casos de covid-19 entre indígenas, dentre os quais foram contabilizados 97 óbitos (Ministério da Saúde, n.d.). Contudo, as informações do Boletim Epidemiológico da SESAI podem ser questionadas, pois, devido à Portaria do Ministério da Saúde nº 70 (2004), o Subsistema de Saúde Indígena (SASI) é exclusivo para os indígenas aldeados. Isso implica que os casos e óbitos por covid-19 de indígenas em ambientes urbanos não têm sido notificados pelo seu caráter étnico. Considerando tal subnotificação como um ato de racismo institucional, a Articulação dos Povos Indígenas do Brasil ([APIB], 2020) e outros movimentos indígenas passaram a apurar casos confirmados e mortes por covid-19 paralelamente, de modo que, até 6 de junho de 2020, dados de

---

<sup>1</sup> São considerados vulneráveis os indivíduos que apresentam privações de pelo menos 2 de 8 indicadores, a saber, acesso à água potável, saneamento básico, eletricidade, moradia adequada, combustíveis de cozinha não poluentes, densidade morador-cômodo e alimentação na escola (Tavares & Betti, 2020)

organizações indígenas regionais, organizados pela APIB e Mobilização Nacional Indígena (n.d.), relatavam 2,390 casos confirmados e 236 óbitos nos 93 povos atingidos pelo coronavírus.

É importante ressaltar que a Constituição Federal de 1988 (CF/88), em seu capítulo VIII, art. 231, determina que " São reconhecidos aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os seus bens", e que tal reconhecimento instaura as bases para o desenvolvimento de políticas públicas diferenciadas, como é o caso do SASI e da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), de 1999 ([CF], 1988, Ferreira, 2013). No entanto, a diferenciação da política pública indigenista de saúde se encontra limitada, como evidenciado pela subnotificação de casos e óbitos pela SESAI.

O termo políticas públicas diferenciadas é chave para a compreensão do conflito interno às políticas sociais para povos indígenas, pois, se por um lado a cidadania social emerge da partilha de direitos e deveres para todos, por outro lado, para as minorias étnicas, isso pode significar a homogeneização do mundo indígena à sociedade nacional (Garnelo, 2014). É por esta razão que um subsistema de saúde específico para os povos indígenas implementa uma discriminação positiva, a chamada focalização, instituindo um conceito de igualdade complexo em que as diferenças de etnia são tratadas como traços singularidades a serem consideradas pelas políticas universais (Fleury & Ouverney, 2012).

Deve-se ter em conta que a política de saúde é parte de um conjunto maior de políticas sociais chamado de seguridade social. A seguridade social é composta também pela previdência social e pela assistência social, as quais não apresentam vínculo operacional entre si, embora tenha havido progressiva vinculação de receita nas três áreas e a desestruturação do conceito de financiamento solidário entre elas (Menicucci & Gomes, 2018).

O papel da assistência social está relacionado a três campos de atuação: 1. Garantia de renda, operando benefícios de renda de escala nacional como o Benefício da Prestação Continuada (BPC) e o Programa Bolsa Família (PBF), a fim de enfrentar a pobreza e a desigualdade de renda e de ampliar a capacidade de consumo das populações mais pobres; 2. Serviços socioassistenciais, operados por meio dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e dos Centros de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), os quais acompanham e encaminham famílias para os

serviços de cunho assistencial e para órgãos de defesa de direitos, a fim de determinar vulnerabilidades, necessidades e ofertar serviços de prevenção e proteção; 3. Integração benefícios-serviços, gerindo programas estratégicos ligados à erradicação do trabalho infantil, à inclusão e permanência na escola de beneficiários de outros programas e à promoção do acesso ao mundo do trabalho (Colin, Jaccoud, 2013).

A previdência social, por sua vez, corresponde à garantia de renda ao trabalhador e a sua família nas seguintes situações: incapacidade temporária ou permanente para o trabalho e idade avançada; proteção à maternidade, especialmente à gestante; proteção ao trabalhador em situação de desemprego involuntário; salário-família e auxílio-reclusão para os dependentes dos segurados de baixa renda; pensão por morte do segurado, homem ou mulher, ao cônjuge ou companheiro e dependentes (CF, 1988). Os regimes previdenciários têm como contribuintes compulsórios os trabalhadores formais, acima de 16 anos, que realizam atividade remunerada, sendo esta categoria vinculada ao Regime Geral da Previdência Social (RGPS) ou ao Regime Próprio de Previdência Social (RPPS), voltado aos servidores públicos (Ministério da Economia, 2013). Porém, há exceções quanto à contribuição previdenciária, aplicada a grupos que vivem em economia familiar (subsistência) (CF, 1998, Lei nº 8,213, 1991), categoria em que se encaixam os indígenas.

Frente a este amplo e complexo sistema de seguridade social é necessário que compreendamos como funciona o atendimento aos grupos específicos, como os indígenas, uma vez que possuem formas de organização social e visão de mundo particulares. Diante da tensão universalização *versus* focalização das políticas de seguridade para povos indígenas brasileiros, e do potencial que as tais políticas têm para dirimir a vulnerabilidade vivenciada por esses povos, busca-se discutir neste artigo os efeitos da covid-19 sobre tais populações em interface com as chaves de leitura de políticas sociais e antropologia sobre aspectos da seguridade social. Tal discussão é realizada por meio de uma revisão bibliográfica e documental convencional na imbricação desses temas.

A importância dessa revisão fica sublinhada pela necessidade de entender os conceitos operacionais da seguridade social em sua tradução nas comunidades indígenas, pois a situação cultural e econômica específica deste segmento populacional faz com que termos como arranjos familiares, sistemas produtivos, divisão sexual do trabalho, valores morais, discriminação, vulnerabilidade, risco social, autonomia, pobreza, protagonismo (Borges, 2016), etc. tenham significados diferentes

para a população em questão, o que impõe a necessidade de adequação das políticas públicas.

### **Pandemia de covid-19 e povos indígenas**

Os primeiros casos de coronavírus humano foram detectados pela primeira vez em 1937, mas apenas em 1965, com os avanços da microscopia, os cientistas puderam descrever esse tipo de vírus, o qual recebeu esse nome por ter a aparência que se assemelha a de uma coroa (Ministério da Saúde, n.d.a). Estes vírus são envelopados com um genoma de RNA de cadeia positiva e pertencem à família *Coronaviridae* e à subfamília *Coronavirinae* (Hoek, Pyrc & Jebbink, 2004, Chaves & Bellei, 2020).

Até o início de 2019, sabia-se que dentro da família *Coronaviridae* existiam quatro gêneros – alfacoronavírus, betacoronavírus, gamacoronavírus e deltacoronavírus – e seis espécies de coronavírus causadores de doenças humanas, 229E, OC43, NL63 e HKU1, os quais causam sintomas de resfriado comum. Além disso, há também o SARS-CoV e o MERS-CoV, que são cepas de origem zoonótica associadas à doenças com síndromes respiratórias por vezes fatais (Chaves & Bellei, 2020, Zhu et al., 2020).

Em março de 2019, a *Revista Vírus* publicou um artigo dos pesquisadores Yi Fan, Kai Zhao, Zheng-Li Shi e Peng Zhou sobre o coronavírus de morcegos na China. Nesse artigo, Fan et al. (2019) indicavam que três espécies de coronavírus já haviam causado milhares de mortes de animais em 2003, 2012 e 2017 – sendo que essas três espécies possuíam como características seu alto poder patogênico para humanos ou animais e tinham como agentes originários os morcegos –, tendo sido duas dessas pandemias iniciadas na China. Em meados de novembro de 2019, as autoridades chinesas identificaram um “salto” (transmissão de animais para humanos) que teria iniciado uma infecção respiratória grave, denominada covid-19, causada pelo SARS-CoV-2 (Novo Coronavírus). De acordo com a investigação do governo de Wuhan, capital de Hubei (China), o início da zoonose teria acontecido num mercado de peixes e frutos do mar (Bai et al., 2020).

Segundo Bai et al. (2020), o *paciente 1* teria sido uma mulher de 20 anos, moradora de Wuhan (possivelmente assintomática). Ao viajar para a cidade de Anyang, em 10 de janeiro de 2020, a mulher teria tido contato com os pacientes 2 e 3, na mesma data, conforme demonstra o artigo científico. Com isso, iniciou-se o ciclo da epidemia (posteriormente pandemia) da covid-19.

Frente à ampla disseminação infecciosa instalada no Brasil, considerando-se as particularidades culturais e de geografia humana, expressas por um imenso território,

os desafios às políticas públicas de seguridade social, de modo geral, e em períodos de pandemia, em específico, são gigantes aos pesquisadores e profissionais das diversas áreas. Esses precisam chegar às 7,103 localidades indígenas, em 827 municípios brasileiros nos quais elas estão presentes. Dessas localidades, 632 são terras indígenas oficialmente delimitadas e as demais constituem 5,494 agrupamentos indígenas, dentre os quais 4,648 estão dentro de terras indígenas, 846 fora desses territórios e 977 são denominadas outras localidades indígenas – quando há distância mínima de 50 metros entre os domicílios (Barros, 2020). Nessas localidades, dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística ([IBGE], 2013) do censo de 2010, revelam a distribuição de uma população indígena de 896,917 pessoas, cuja situação de domicílio era então primordialmente rural, 63,8%, e instalada em terras indígenas, 57,7%.

### **Nuances socioantropológicas na discussão de políticas públicas indigenistas**

É patente a necessidade do diálogo para a promoção humana da diversidade cultural existente no Brasil como estruturante ao êxito das políticas públicas indigenistas, situação verificada nas propostas urgentes resultantes da I Conferência Nacional de Política Indigenista (2016), em que as pautas da previdência social e da assistência social são defendidas sob o eixo de direitos individuais e coletivos indígenas, a fim de que sejam, de fato, efetivados e adequados para esses povos, e em que as pautas de saúde ocupam espaço específico, a fim de que seja aprimorada a PNASPI.

Nesse sentido, um dos grandes desafios às políticas públicas indigenistas brasileiras é o da extinção de traços evolucionistas que carregam, os quais se materializam numa postura etnocêntrica em que culturas rurais, quilombolas e indígenas são tomadas como atrasadas. O traço evolucionista-etnocentrista ainda hoje identificado nas políticas indigenistas brasileiras é herdeiro de políticas indigenistas anteriores à CF/88, quando se adotava o modelo assistencial, regido pelo princípio da caridade aos indígenas. Neste modelo assistencial, para que os povos indígenas pudessem fruir de seus direitos, deveriam antes comprovar sua etnicidade, tutelada pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI), situação que ocorria a chamada cidadania invertida, a qual estigmatiza os beneficiários como incapazes, razão por que precisariam de proteção específica (Garnelo, 2014).

No sentido de criticar a cidadania invertida, para se pensar a cidadania em Estados multisociais, um conceito importante é a autodeterminação dos povos. Segundo a Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas

(2007), esses “têm direito à autodeterminação. Em virtude desse direito determinam livremente sua condição política e buscam livremente seu desenvolvimento econômico, social e cultural”. Esse direito é importante, pois, diante das privações sofrida por esses povos, a autodeterminação institui a possibilidade de coexistência das culturas, não a integração do indígena. Em termos práticos, a autodeterminação tem significado não de separação dos Estados pelos quais foram absorvidos os povos indígenas, mas a capacidade desses de manter autonomia territorial e jurídica (Figueroa, Silva, 2019).

A autodeterminação supõe a resistência a processos coloniais de latência histórica, funcionando como uma maneira de buscar a preservação étnica.

O conceito de genocídio cultural (ou etnocídio) não se refere simplesmente ao assassinato em massa, mas, sobretudo, ao ato de eliminar a existência de um povo e silenciar sua interpretação do mundo. Isso é feito suprimindo a cadeia simbólica de transmissão de suas genealogias (Piralian, 2000). A dimensão simbólica da violência tem efeitos a longo prazo, porque modela comportamentos e formas de ver a realidade e conceber a diferença (Scheper-Hughes e Bourgois, 2004). O genocídio envolve diferentes estratégias físicas, como massacre, mutilação, privação de meios de subsistência, invasão territorial e escravidão; estratégias biológicas que incluem separação familiar, esterilização, deslocamento e marchas forçadas, exposição à doenças, assassinato de crianças e mulheres grávidas; e, finalmente, estratégias culturais, como delapidação do patrimônio histórico, da cadeia de liderança e autoridade, negação de direitos legais, proibição de idiomas, opressão e desmoralização (Espinoza, 2007, p. 274).

O que a autodeterminação permite contra o colonialismo é o contraponto do relativismo cultural. Contribuição antropológica proveniente da obra de Franz Boas, o relativismo cultural evidencia a necessidade de valorização de cada cultura em sua relação com a vida. No campo das políticas públicas, esta reflexão rege que o relativismo cultural é essencial para a eficácia das políticas (Laplantine, 2006), inclusive na promoção preventiva e interventiva da saúde e nos demais âmbitos da seguridade social. Portanto, respeitando-se à diversidade em todos os âmbitos possíveis, é possível incluir a diferenciação dos povos brasileiros, nas mais distintas regiões, nas diferentes etapas dos ciclos da política.

Contudo, para relativizar as culturas indígenas, é preciso também compreendê-las. Souza et al. (2020), ao citar a proposta de *desenvolvimento autônomo e sustentável* emitida pela Coordenação de Organizações Indígenas da Bacia Amazônica (COICA), evidencia a grande diferenciação entre as noções de desenvolvimento ocidental

capitalista e o desenvolvimento autônomo. Ikanán (1994, p. 202) divisa essa diferença da seguinte maneira:

Nosso desenvolvimento [indígena] é o desenvolvimento de um povo inteiro, com consideração por seu futuro, não um futuro de cinco anos que dure por um governo ou um projeto, mas um futuro dos povos que existem desde os primeiros tempos. Nosso desenvolvimento é para compartilhar e não para dominar. É manter nosso mundo e não o trocar pelas atrocidades urbanas.

Para além da noção de desenvolvimento, as próprias sociabilidades dos povos indígenas os diferenciam do restante da sociedade. No campo sociológico, Ferdinand Tönnies (1957) mostra que as vontades humanas podem diferenciar matricialmente comunidade e sociedade, o que pode ser observado por meio das sociabilidades existentes nessas, já que cada uma delas possui estruturas próprias de valores. Afirmção semelhante é encontrada em Durkheim (2010), para o qual comunidade e sociedade apresentam, respectivamente, solidariedades mecânica e orgânica.

Além das contribuições teóricas, pode-se elencar a compreensão sobre grupamentos comunitários segundo à legislação brasileira. Os Povos e Comunidades Tradicionais, grupos nos quais se encontram inseridas as populações indígenas, são definidos pela Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais (Decreto nº 6,040, 2007) como:

grupos culturalmente diferenciados e que se reconhecem como tais, que possuem formas próprias de organização social, que ocupam e usam territórios e recursos naturais como condição para sua reprodução cultural, social, religiosa, ancestral e econômica, utilizando conhecimentos, inovações e práticas gerados e transmitidos pela tradição.

A partir das contribuições teóricas e jurídicas<sup>2</sup>, é possível observar que os povos tradicionais são capazes de manter íntimas relações com o espaço que ocupam e com tudo o que nele se insere, como a natureza, a cultura e com o próprio humano, além de manterem estreita ligação com o que consideram divino (Moraes et al., 2017).

### Direitos sociais e políticas públicas

Com a finalidade de assegurar direitos e garantias fundamentais a todos os brasileiros, a CF/88 amparou em seu texto o reconhecimento e a necessidade do

<sup>2</sup> O Decreto 8,750 (2016) relaciona nominalmente alguns povos que têm vaga assegurada no Conselho Nacional de Povos e Comunidades Tradicionais.



Estado de Bem-Estar Social (Draibe & Riesco, 2011), entendendo que este diminuiria a grande desigualdade social no país, garantindo acesso aos serviços básicos para todos os cidadãos – a saber, renda, alimentação, saúde, educação, previdência, habitação, entre outros (Bobbio, Matteucci & Pasquino, 1998). A partir desses serviços básicos seriam redesenhadas as políticas públicas nacionais.

Couto e Lima (2016) apontam que o fim do regime militar e o processo de redemocratização trouxeram um caráter peculiar ao texto constitucional: a constitucionalização das políticas públicas. Ou seja, buscou-se assegurar no texto os direitos sociais do cidadão, atribuindo as responsabilidades desses direitos ao Estado sem, contudo, estipular os delineamentos para o pleno funcionamento desta atribuição.

Levando em conta a ausência do delineamento de ações que levem à realização das políticas públicas constitucionalizadas, a regulamentação dessas se torna espaço para muitos conflitos. Isso ocorre porque o Brasil é uma sociedade de grande diferenciação social, a qual compreende não apenas os atributos diferenciados de seus membros (idade, gênero, religião, estado civil, escolaridade, renda, setor de atuação profissional), mas também a diferenciação de ideias, valores, interesses e aspirações. Portanto, compreende-se estar diante de uma realidade complexa e conflituosa quanto às opiniões, interesses, valores, etc. (Rua, 1998), os quais, por seu turno, farão parte dos ingredientes de disputa nas arenas de políticas públicas, em especial nas políticas de seguridade social, dado seu caráter redistributivo.

A arena de política redistributiva, categoria a qual pertencem as políticas de bem-estar, é amplamente conflituosa, pois envolve diferentes estratos sociais cujos interesses são, em geral, antagônicos. Por meio da análise da política quanto ao impacto esperado na sociedade é possível reconhecer quais desses estratos concentram os benefícios e quais concentram o ônus da política pública. Joga parte importante no reconhecimento dessas condições os seguintes pontos: 1. Os atores têm expectativas recíprocas sobre o que podem obter nas relações uns com os outros; 2. Tais expectativas são determinadas pelas políticas públicas; 3. As políticas públicas encerram relações de poder discerníveis em termos do foco e escopo. Em outras palavras, a política pública determina a política (Calise, Lowi, 2010, Lowi, 1964, Rodrigues, 2010, Secchi, 2010, Souza et al., 2017).

No caso das políticas de seguridade social, a política pública é perpassada por conflitos de diferentes dimensões. Em primeiro lugar, no que tange especificamente às políticas de assistência social, são variados os preconceitos e ideias equivocadas que

ainda cercam esse conteúdo. Embora esse tipo de assistência seja um fenômeno tão antigo quanto a humanidade e esteja presente em todos os contextos socioculturais, são poucas as contribuições teóricas que ajudam a melhor precisá-lo do ponto de vista conceitual e político-estratégico. Isso significa que a assistência social tem sido sistematicamente negligenciada, não só como objeto de interesse científico, mas como componente integral dos esquemas de proteção social pública que, desde os fins do século XIX e, mais especificamente, a partir dos anos 40 do século XX, expressam institucionalmente a articulação (nem sempre pacífica) entre Estado e sociedade, com vistas à definição de direitos e políticas de conteúdo social (Pereira, 2002).

Em segundo lugar, há as consequências nefastas das contrarreformas constitucionais adotadas. O atual sistema de proteção social do Brasil, normativamente estabelecido como de caráter universal, com participação e controle social, vem sofrendo com as alterações na legislação trabalhista, como as aprovações da lei da terceirização e da reforma trabalhista, em 2017; na legislação previdenciária, a qual sofreu reforma em 2019; e a diminuição dos recursos públicos destinados às políticas sociais, firmada pela Emenda Constitucional 95, de 2016. Tais contrarreformas, denominadas ultraneoliberais, impactam de modo direto e negativo a oferta de políticas de assistência social, de saúde e de previdência social e penalizam cada vez mais a população que vive em condição de vulnerabilidade extrema, alavancando ainda mais a situação de desigualdade social (Sposati, 2009).

O fenômeno de diminuição do Estado de Bem-Estar Social é vivenciado por inúmeros países com diferentes contextos. Com o avanço ultraneoliberal, o que iguala esses países é o desafio da superação da desigualdade, da injustiça social e a defesa intransigente da vida. Diante disso, Silva et al. (2016) sugere aos países latino-americanos que fortaleçam trocas de experiências, de tecnologias, e que realizem alianças políticas, sociais e econômicas, as quais auxiliem a superar a histórica de exploração e de colonialidade que os circunscreveu e vem roubando a dignidade de seus povos.

Sposati (2009) afirma que num país como o Brasil, no qual o sistema de proteção social já estava em acelerado processo de consolidação, a redução drástica de direitos e de investimentos públicos é gritante e vem inviabilizando o adequado funcionamento dos sistemas públicos. Portanto, na atual conjuntura, a situação se torna ainda mais dramática e requer respostas rápidas e contundentes, tanto no fortalecimento do Estado, como na gestão das respectivas políticas sociais.

## Políticas de saúde para povos indígenas

As políticas públicas devem ser pautadas como um conjunto de ações, procedimentos e metas que se orientam a partir da política do Estado, além de nortear as ações dos governos na aplicação dessa (Bobbio et al., 1998). A partir desse entendimento, pode-se compreender a CF/88 como instituidora da política de saúde, uma vez que essa passa a ser compreendida como um direito assegurado a toda população e um dever do Estado, de forma universal e igualitária, portanto, abrangendo a todos os cidadãos sem distinção (CF, 1988, Paulus Junior, 2006).

Apesar do fator norteador e também inovador proposto pelo texto constitucional, atender as diretrizes para alcançar e financiar um serviço de saúde amplo e complexo, com 80% dos usuários dependentes exclusivamente do sistema público de saúde (Stopa et al., 2017), requer outras políticas para que se atinja a plenitude do sistema, como o financiamento e a responsabilização pelas ações dentro do pacto federativo (Lucchese, 2014).

Porém, como pensar, por exemplo, a ação das políticas públicas para populações socio-histórica e biologicamente vulneráveis, cujos modos de vida não se encontram completamente amparados pelos entes federativos, como as comunidades indígenas? Para responder a esta questão, a Constituição assegura o atendimento universal de saúde e também o princípio da equidade, que vai além do oferecimento igualitário para todos os usuários, mas reconhece a indispensabilidade de, em reconhecendo as discrepantes diferenças nas condições de vida e de saúde dos diversos segmentos da população, o atendimento voltado aos cidadãos de acordo com suas necessidades (CF, 1988).

Dessa forma, podemos compreender que nas políticas públicas amparadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) deve haver o reconhecimento de carências específicas de grupos também específicos, visando reduzir o impacto destas determinantes sociais as quais tais grupos estão submetidos, algo que perpassa também pelo princípio da integralidade<sup>3</sup> no atendimento, priorizando o atendimento preventivo. Em outras palavras, os princípios de equidade e integralidade, frutos da CF/88, dão um panorama específico quanto ao atendimento da população indígena.

---

<sup>3</sup> A integralidade “considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação [...] o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos” (Princípios do SUS, n.d.).

Todavia, nem sempre foi assim. Até 1991, a FUNAI era o órgão competente pela saúde indígena no país e, na gestão de então, era esperado que a maior parte do problemas de saúde fossem resolvidos nos Postos de Saúde existentes nas áreas indígenas, os quais contavam com equipes volantes de saúde e auxiliares de enfermagem. Casos mais difíceis em termos de diagnóstico ou tratamento eram remetidos ou a hospitais locais ou a serviços conveniados pelo Ministério da Saúde. Em casos mais sérios, os pacientes indígenas eram remetidos às Casas do Índio, localizadas no Centro Regional da FUNAI. Este arranjo para a saúde indígena era caracterizado por diversas carências, como a falta de uma rede eficiente de atendimentos, de infraestrutura adequada, de profissionais preparados para lidar com os aspectos culturais indígenas, de recursos financeiros suficientes, de uma caracterização epidemiológica dos povos indígenas, de centralização de dados e informações e de atender áreas indígenas regularmente (Langdon, 2004).

O rompimento com esse modelo se traduziu na transferência progressiva das responsabilidades pela política de saúde para povos indígena da FUNAI para a FUNASA. Além disso, houve a elaboração dos princípios e diretrizes voltados à criação do SUS, iniciados pela CF/88, com os quais se deu a aprovação da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8,080, 1990). No entanto, a implantação de um novo modelo de atenção exclusivamente voltado aos povos indígenas surgiu somente com o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, acrescentado à Lei Orgânica do SUS pela Lei nº 9,836 (1999), sistema que passou a ser de responsabilidade integral da FUNASA. O SASI é fruto de duas Conferências Nacionais de Saúde para os Povos Indígenas, a partir das quais foi proposto um modelo de atenção diferenciada, a qual se utiliza da estratégia de Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) como meio de atender o direito de acesso universal e integral à saúde, levando em consideração as necessidades das comunidades indígenas nas etapas de planejamento, execução e avaliação de ações da política de saúde (Portaria do Ministério da Saúde nº 254, 2002).

A decisão sobre a localização dos DSEIs se organizou em torno de diversos critérios sociais, antropológicos, sanitários e administrativos, dentre os quais destacam-se os seguintes: população; área geográfica; perfil epidemiológico; disponibilidade de serviços; recursos humanos; infra-estrutura; vias de acesso aos serviços instalados em nível local e à rede regional do SUS; relações sociais entre os diferentes povos indígenas do território e a sociedade regional e distribuição demográfica tradicional dos povos indígenas, que não necessariamente coincide com os limites de estados e municípios onde estão localizadas as terras indígenas (Aith, 2009, p. 124).

Os DSEIs se encontram hoje sob a responsabilidade direta do Ministério da Saúde, que os gere por meio da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) desde 2010. Nos DSEIs criados, a Portaria do Ministério da Saúde nº 254 (2002) estabelece que haja a presença de médicos, odontólogos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, além da participação sistemática de antropólogos, educadores, engenheiros sanitários, entre outros técnicos e especialistas considerados importantes. Neste modelo descentralizado e hierarquizado dos DSEIs, há postos de saúde em comunidades indígenas, os quais devem ser capazes de comportar Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI). Há também Casas de Saúde Indígena (CASAs), situadas em locais estratégicos dentro dos distritos, as quais recebem indígenas encaminhados para exames e tratamentos de média e alta complexidade (Cardoso, 2015). No limite, o SUS atua na retaguarda do SASI quando problemas de saúde de atenção primária, secundária ou terciária não são passíveis de resolução no âmbito das CASAs (Aith, 2009).

Embora tenha havido avanços com a implementação do SASI, a distritalização apresenta diversos problemas (Cardoso, 2015), dentre os quais citamos alguns:

- Os DSEI são concebidos como um modelo organizacional e não como um modelo assistencial, em que prevalece o caráter burocrático (geográfico, populacional e administrativo) em detrimento das necessidades e problemas de saúde (Pellegrini et al., 2009);
- Pode-se questionar a eficácia do modelo mediante indicadores de saúde, como as elevadas taxas de sobrepeso, obesidade, anemia e hipertensão entre mulheres indígenas não grávidas; e elevadas taxas de déficit no indicador estatura para a idade, anemia, hospitalizações nos últimos 12 meses e diarreia na semana anterior entre crianças indígenas. Em ambos os grupos, os indicadores de saúde se mostraram piores do que aqueles encontrados nas populações não indígenas (Coimbra et al., 2013);
- A terceirização do gerenciamento e execução das ações de saúde indígena, mais intensa no início da implementação do SASI, gera problemas de controle social em sua dimensão política, uma vez que os recursos e a gestão de programas se encontram sob responsabilidade de entes não-governamentais (Garnelo, Sampaio, 2003);
- Por outro lado, a reversão da terceirização pela municipalização dos serviços de saúde indígena cria preocupações quanto à autonomia gestora e à especificidade da assistência conquistada com o SASI (Araújo, 2012);

- As dimensões históricas, sociais e culturais do processo saúde-doença-cuidado, com frequência, são excluídas pela biomedicina biologicista, a qual considera essas dimensões infundadas ou obstaculizantes da intervenção biomédica, portanto, entende-as como saberes populares que precisam de modernização (Pontes, Garnelo, 2015, Menéndez, 2003).

Os problemas apontados servem como importantes pontos de discussão sobre a atenção diferenciada como mecanismo de atingimento do princípio da integralidade. Ao evidenciar a necessidade de articulação entre o sistema terapêutico convencional e o diferenciado, por meio de respostas à avaliação da política, de indicadores epidemiológicos, organizacionais e assistenciais, tem-se ricas informações de como aprimorar o SASI em diversos âmbitos, a fim de que cumpra a função para que foi estabelecido, a qual contempla “obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global” (Lei nº 9,836, 1999).

### **Políticas públicas de assistência social para povos indígenas**

A assistência social no Brasil se tornou regulamentada com a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) (Lei nº 8,742, 1993). Porém a organização e gestão da lei ocorreu com a aprovação da Política Nacional de Assistência Social (PNAS) (Resolução do Conselho Nacional de Assistência Social nº 145, 2004) e com a aprovação da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social (Resolução do Conselho Nacional de Assistência Social nº 130, 2005).

Com o objetivo de prestar assistência social a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social (CF, 1988), esta política garante os mínimos sociais para diversos segmentos populacionais, dentre os quais são citados os indígenas na PNAS. Segundo a PNAS, os indígenas são considerados “segmentos sujeitos a maiores graus de riscos sociais” (Resolução nº 145 do Conselho Nacional de Assistência Social, 2004, p. 24).

Para promover algum tipo de diferenciação na assistência social no enfrentamento dos riscos vivenciados pelos povos indígenas, em 2016, foi lançada a cartilha Trabalho Social com Famílias Indígenas na Proteção Social Básica, a qual tem a finalidade de chamar atenção à importância de um olhar diferenciado e respeitoso quanto às especificidades culturais indígenas no âmbito de ações preventivas e protetivas. A cartilha subsidia teórica e tecnicamente as equipes do SUAS no desenvolvimento do

PAIF com famílias e comunidades indígenas (FUNAI, 2017). Nesse sentido, a cartilha orienta as equipes no que à relativização das categorias da assistência social, isto é

Trabalho social, autonomia e protagonismo, convívio familiar e comunitário, vulnerabilidade e risco social, quando compreendidas através da realidade indígena, não têm a mesma conotação estipulada nas normativas e orientações já existentes do SUAS. Sua correta aplicação aos povos indígenas demanda a leitura sensível e respeitosa dos contextos culturais, bem como o compromisso político com a superação de situações coloniais que ainda imperam na relação da sociedade nacional com as comunidades indígenas (Trabalho Social com Famílias Indígenas na Proteção Social Básica, 2016, p. 11).

Além do avanço no entendimento da diferenciação da política de assistência social para povos indígenas, pode-se conhecer os avanços na cobertura de algumas delas por meio do Cadastro Único (CADÚnico). O CADÚnico é um “instrumento de identificação e caracterização sócio-econômica das famílias brasileiras de baixa renda, a ser obrigatoriamente utilizado para seleção de beneficiários e integração de programas sociais do Governo Federal voltados ao atendimento desse público” (Decreto nº 6.135, 2007).

Em abril de 2020, 162,706 famílias indígenas estavam inscritas no CADÚnico, o que corresponde 626,536 pessoas. Este número equivale a aproximadamente 70% da população indígena aferida pelo censo em 2010. Entre as famílias indígenas presentes no CADÚnico, 121,739 se encontram em situação de extrema pobreza e 12,305 em situação de pobreza. São beneficiárias do PBF 126,431 famílias, ou seja, 77,7% das famílias cadastradas na base de dados. Além disso, 5,660 cestas de alimentos foram entregues às famílias indígenas em janeiro de 2020 (Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação [SAGI], n.d.). Complementarmente, dados do Censo SUAS de 2017 apontam que 658 CRAS (7,9%) e 344 CREAS (11%) atenderam povos indígenas no ano pesquisado. Já o Censo SUAS 2016, mostra que 335 indígenas se encontravam em Unidades de Acolhimento, das quais 180 eram crianças e adolescentes (Abril Indígena, 2018).

A partir desses dados, verifica-se que, no âmbito da segurança de renda, o PBF teve uma expansão considerável no atendimento do segmento populacional indígena. No âmbito socioassistencial também houve alguns avanços com a implantação de CRAS indígenas, ou CRAS em terra indígena (Quermes & Carvalho, 2013). No entanto, segue sendo uma demanda dos povos indígenas a reformulação da legislação da assistência

social que crie mecanismos específicos seu modo de vida (I Conferência Nacional de Política Indigenista, 2016).

Outros argumentos importantes quanto à adequabilidade da política assistencial com a realidade étnica são trazidos por Teixeira (2013), o qual chama atenção à estigmatização étnica que pode ocorrer quando da distribuição de cestas básicas ou de benefícios de segurança de renda, como o PBF, pois, corre-se o risco de que os povos indígenas passem a ser falsamente identificados com os atributos pobre ou vulnerável, de modo que o ser indígena passa a ser visto como um tipo de agravante à exclusão. Nesse mesmo sentido, o autor aponta que os indígenas manifestam o interesse na existência de um bolsa aldeia não o bolsa família, porque isto respeitaria os valores e práticas de coletividade e socialização da produção, característico desses povos.

### **Políticas públicas de previdência social para povos indígenas**

Segundo a Instrução Normativa (IN) do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) nº 61 (2012)

Enquadra-se como segurado especial o índio reconhecido pela Fundação Nacional do Índio - FUNAI, inclusive o artesão que utilize matéria-prima proveniente de extrativismo vegetal, desde que atendidos os demais requisitos constantes no inciso V do § 4º deste artigo, independentemente do local onde resida ou exerça suas atividades, sendo irrelevante a definição de indígena aldeado, indígena não-aldeado, índio em vias de integração, índio isolado ou índio integrado, desde que exerça a atividade rural individualmente ou em regime de economia familiar e faça dessas atividades o principal meio de vida e de sustento.

A comprovação da origem étnica ocorre por cadastro da pessoa indígena no sistema da FUNAI e por declarações anuais realizadas por essa fundação. Em caso de irregularidades ou da necessidade de mais informações, pode ser solicitado à FUNAI a emissão de comprovantes ou a realização de entrevista com o segurado. No entanto, dado que a FUNAI mantém atualizadas as informações sobre pessoas indígenas e que o acesso aos pontos de entrevistas seria uma barreira a eles, esses são os únicos dispensados de entrevistas na categoria de segurado especial (Malucelli, Neto, 2018).

São garantidos aos segurados especiais, segundo a FUNAI (n.d.): salário maternidade; aposentadoria por idade; pensão por morte; auxílio doença; auxílio



acidente e auxílio reclusão. Todavia, a implementação do direito previdenciário ao indígena não é ausente de conflito. Um exemplo trazido à tona por Coelho (2016) é o não fornecimento do salário-maternidade para mulheres indígenas menores de 16 anos, o qual é denegado pelo INSS sob a alegação de não existência da previsão legal para tal. Neste caso, tem sido sugerido às beneficiárias o ingresso em juízo para garantir o direito, algo que evidencia claramente um posicionamento de não assimilação pela política pública dos costumes e tradições indígenas, os quais podem envolver casamento e gravidez em idade mais jovem para alguns povos. Tal situação é consoante com o exposto nas propostas originadas na I Conferência Nacional de Política Indigenista (2016): a reformulação dos programas de previdência especificamente para povos indígenas, os quais garantam seus direitos individuais, autonomia e desenvolvimento.

### Considerações finais

Considerando, em primeiro lugar, a situação de maior vulnerabilidade socioeconômica dos povos indígenas – devido ao histórico de expropriação e etnocídio sofrido por esses ao longo dos séculos – juntamente com sua vulnerabilidade biológica frente à pandemia de covid-19; e considerando, em segundo lugar, o papel das políticas públicas de seguridade social – saúde, assistência social e previdência social – como promotoras de um padrão mínimo de bem-estar e segurança aos cidadãos, esta pesquisa examinou a adequabilidade, em seu aspecto de sensibilidade étnica, das políticas públicas de seguridade social.

Para isso, foram contextualizados inicialmente o impacto atual da pandemia de covid-19 sobre os indígenas, o papel da seguridade social na mitigação da vulnerabilidade social, a tensão universalização *versus* focalização e o surgimento e espalhamento da doença do coronavírus. A partir deste ponto, foram realizadas revisões conceituais de duas ordens. A primeira sobre os aspectos socioantropológicos pertinentes à discussão de políticas públicas indigenistas, elencando os elementos étnicos na consecução dos direitos sociais, os quais devem considerar a marca colonial perversa sobre os povos indígenas, assim como os mais recentes desenvolvimentos legais e teóricos sobre a autonomia desses povos. A segunda revisão conceitual contemplou os processos recentes de institucionalização dos direitos sociais em âmbito geral no Brasil, os quais se cristalizam na CF/88 e passam a ser objeto de disputa na arena redistributiva, resultando em diversas derrotas recentes para a ampliação do bem-estar social por conta do avanço de políticas ultraneoliberais.

Nas seções seguintes foram exploradas as reformulações do sistema de seguridade com o objetivo de alcançar as populações indígenas, considerando suas peculiaridades.

Com isso, compreendeu-se que a PNASPI decorre do princípio de equidade do SUS, o qual, ao implementar a universalização da saúde, busca fazê-lo sob os auspícios da atenção diferenciada. No entanto, isso não impede que forças inerciais de tutela e assistencialismo, características das políticas indigenistas prévias à CF/88, ainda permeiem a política atual. Essas forças se manifestam, principalmente, na ineficácia evidenciada nos indicadores de saúde para povos indígenas e na estruturação primordialmente organizacional do SASI em detrimento do caráter assistencial que se espera desse.

No que concerne às políticas de assistência social, embora exista boa cobertura dos povos indígenas como beneficiários de programas de segurança de renda, na área socioassistencial, a cobertura é ainda pequena e pouco ajustada às necessidades específicas de seus usuários.

Em se tratando da previdência social, os indígenas são considerados segurados especiais e desfrutam de condições mais simples para alcançar os benefícios, embora no caso do salário-maternidade isso tenha se mostrado inverídico.

Devido a estas características, os povos indígenas têm reivindicado que sejam feitas reformulações nas políticas de assistência social e de previdência social, em especial, para que essas, similarmente à PNASPI, tornem-se independentes dos regimes gerais das políticas a que pertencem.

Embora sejam observados avanços na seguridade social para povos indígenas – mesmo com a existência de inúmeras inadequações em seu desenho e implementação – na política de Estado desde a promulgação da CF/88, não se pode deixar de considerar que diferentes governos, ao ocuparem o arcabouço estatal, podem tanto proporcionar avanços na política indigenista como retrocessos. Nesse sentido, é importante que sejam analisados os processos políticos objetivos e discursivos no campo da seguridade social, a fim de compreender as expansões e retrações nos direitos sociais.

Diante disso, podemos entender a aprovação da Emenda Constitucional 95, de 2016, como uma retração do Estado no enfrentamento à desigualdade e à pobreza, retração que, com argumentos falaciosos e evidências empíricas frágeis, retoma a ideia de austeridade, isto é, da diminuição do investimento em direitos sociais básicos, priorizando a responsabilidade fiscal em detrimento da responsabilidade social, em

especial na seguridade social e na educação, pontos chave do desenvolvimento humano. Esta retração do Estado, embora atinja todos àqueles que se beneficiam das políticas sociais, tem efeitos mais intensos entre os mais vulneráveis, grupo no qual estão inseridos os indígenas.

Também no sentido da diminuição da participação do Estado na promoção de bem-estar social, houve a aprovação reforma da previdência, em 2019. Durante a tramitação dessa, houve a tentativa, de introduzir requisitos impossíveis de serem alcançados por povos indígenas na obtenção da aposentadoria, dada sua condição de segurados especiais. Tal tentativa foi frustrada pelas reivindicações realizadas por diversos setores da sociedade, entre os quais os indígenas organizados em movimentos sociais.

Outro fato muito importante, indicativo da atitude imprimida pelo governo quanto aos direitos sociais para comunidades tradicionais, foi a edição da Medida Provisória (MP) 910, de 2019, que perdeu validade no início de junho de 2020, a qual instituiu a legalização de grileiros e posseiros em terras do Estado ocupadas por comunidades tradicionais. Tal MP, além de fomentar a invasão e conflito em terras indígenas, estimulou a aproximação dos grileiros e posseiros a esses povos, disseminando entre esses a covid-19.

Mediante as diversas vulnerabilidades ainda vivenciadas pelos povos indígenas, as quais, como relatado no texto, são apenas parcialmente atendidas pelas políticas sociais, em especial pela seguridade social, há em tramitação no Senado Federal o Projeto de Lei (PL) 1,142 de 2020, já aprovado pela Câmara dos Deputados, o qual

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 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 (Almeida et al., 2020).

Este PL é uma tentativa de suprir as diversas lacunas ainda existentes na promoção dos direitos sociais aos povos indígenas, funcionando como um complemento meramente emergencial à permanente situação de risco vivenciada por esses. Embora a possível aprovação do PL possa promover melhores condições para o enfrentamento da pandemia, algo que ocorre já com mais de 3 meses de atraso, este traz apenas um avanço pontual. Por isso, devem ser elaboradas alternativas que

produzam um contraponto ao desfinanciamento das políticas sociais, no geral, e que atenda às necessidades urgentes relatadas na I Conferência Nacional de Política Indigenista. Isso significaria a real autonomia dos povos indígenas, que poderiam privilegiar sua própria alternativa de desenvolvimento, além de os tornar mais equipados para fazer frente à globalização e suas decorrências, como a pandemia de covid-19.

### Referências

- Abril Indígena (2018). Povos Indígenas e o SUAS. *Vigilância Socioassistencial*, 2(1).  
[http://blog.mds.gov.br/redesuas/wp-content/uploads/2018/04/InfoVigilancia\\_Abril-Indigena.pdf](http://blog.mds.gov.br/redesuas/wp-content/uploads/2018/04/InfoVigilancia_Abril-Indigena.pdf)
- Aith, F. (2009). Saúde indígena no Brasil: atual quadro jurídico-administrativo do Estado Brasileiro e desafios para a garantia do direito à saúde da população indígena. *Revista Direito Sanitário*, 9(3), 115-132.
- Almeida, R. N. S. Projeto de Lei nº 1,142. (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 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.  
<https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/142086>
- APIB-Articulação dos Povos Indígenas do Brasil & Mobilização Nacional Indígena. (n.d.). Atualização de casos indígenas. <http://quarentenaindigena.info/casos-indigenas/>
- APIB-Articulação dos Povos Indígenas do Brasil. (2020, May 13). Apib organiza comitê para registrar avanço da Covid-19 sobre povos indígenas.  
<http://apib.info/2020/05/13/apib-organiza-comite-para-registrar-avanco-da-covid-19-sobre-povos-indigenas/>
- ARAÚJO, R. (2012). Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena no Brasil: dilemas, conflitos e alianças a partir da experiência do Distrito Sanitário Especial Indígena do Xingu [Doctoral dissertation, Universidade Federal de São Carlos]. Repositório Institucional da UFSCar. <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/242?show=full>
- Bai, Y., Yao, L., Wei, T., Tian, F., Jin, D.Y., Chen, L. & Wang, M. (2020). Presumed asymptomatic carrier transmission of COVID-19. *JAMA*, 323(14), p. 1046-1407.  
<https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2762028>

- Barros, A. (2020, April 24). Contra Covid-19, IBGE antecipa dados sobre indígenas e quilombolas. <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/27487-contracovid-19-ibge-antecipa-dados-sobre-indigenas-e-quilombolas>
- Bobbio, N., Mateucci, N. & Pasquino, G. (1995). Dicionário de política. Editora da Unb.
- Borges, J. C. (2016). "A sociedade brasileira nos fez pobres": assistência social e autonomia étnica
- Brasil. (2004). Ministério de desenvolvimento social e combate à fome. Política Nacional de Assistência Social (PNAS) – Brasília. Secretaria Nacional de Assistência Social
- Calise, M. & Lowi, T. J. (2010). Hyperpolitics. An interactive dictionary of political science concepts. The University of Chicago Press.
- Cardoso, M. (2015). Políticas de saúde indígena no Brasil: do modelo assistencial à representação política. In E. J. Langdon, M. D. Cardoso. Saúde Indígena: políticas comparadas na América Latina. Editora da UFSC.
- CF-Constituição da República Federativa do Brasil. (1988, October 5). [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)
- Chaves, T. S. S. & Bellei, N. (2020). SARS-CoV-2, o novo Coronavírus: uma reflexão sobre a Saúde Única (One Health) e a importância da medicina de viagem na emergência de novos patógenos. *Revista de Medicina*, [S.l.], 99(1).
- Coelho, F. (2016). A idade mínima para a inscrição no regime geral de previdência social e os direitos dos índios. [http://www.publicadireito.com.br/conpedi/manaus/arquivos/anais/bh/fabio\\_alexandre\\_coelho.pdf](http://www.publicadireito.com.br/conpedi/manaus/arquivos/anais/bh/fabio_alexandre_coelho.pdf)
- Coimbra, C., Santos, R. V., Welch, J. R., Cardoso, A. M., Souza, M. C., Garnelo, L., Rassi, E., Follér, M. & Horta, B. L. (2013). The first national survey of indigenous people's health and nutrition in Brazil: rationale, methodology, and overview of results. *BMC Public Health*, 13(52).
- Colin, D. & Jaccoud, L. (2013). Assistência Social e Construção do SUAS – balanço e perspectivas: O percurso da Assistência Social como política de direitos e a trajetória necessária. In D. R. A Colin, J. F. Crus, L. M. S. TAPAJÓS & S. A. Albuquerque. 20 anos da Lei Orgânica de Assistência Social. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.
- CONASS-Conselho Nacional de Secretários de Saúde. (n.d.). Painel CONASS covid-19. <http://www.conass.org.br/painelconasscovid19/>

- Couto, C. L. (2016). Continuidade das políticas públicas: a constitucionalização importa? *Revista Ciências Sociais*, 59(4), 1055-1089.
- Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas, September 13, 2007 [https://www.un.org/development/desa/indigenouspeoples/wp-content/uploads/sites/19/2018/11/UNDRIP\\_E\\_web.pdf](https://www.un.org/development/desa/indigenouspeoples/wp-content/uploads/sites/19/2018/11/UNDRIP_E_web.pdf)
- Decreto nº 6,040 (2007, February 7). Institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2007/decreto/d6040.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6040.htm)
- Decreto nº 6,135 (2007, June 2007). Dispõe sobre o Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal e dá outras providências. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6135.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6135.htm)
- dos povos indígenas. O caso de Dourados, Mato Grosso do Sul. *Horizontes Antropológicos*, 46(1), p. 303-328. <http://journals.openedition.org/horizontes/1373>
- Draibe, S. R. (2011). Estados de bem-estar social e estratégias de desenvolvimento na América Latina. Um novo desenvolvimento em gestação? *Sociologias*, 13(27), 220-254.
- Durkheim, E. (2010). *Da Divisão do Trabalho Social*. Martins Fontes.
- Espinosa, M. (2007). Ese indiscreto asunto de la violencia. Modernidad, colonialidad y genocidio en Colombia. In S. Castro-Gómez & R. Grosfoguel (Eds.). *El giro decolonial. Reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global*. Siglo del Hombre Editores.
- Fan, Y. et al. (2019). Bat Coronaviruses in China. *Viruses*, [S.l.], 11(3).
- Ferreira, L. O. (2013). *Medicinas indígenas e as políticas da tradição: entre discursos oficiais e voes indígenas*. Editora FIOCRUZ.
- Figueroa, I. & Silva, V. R. (2019). Proteção social e povos indígenas na Colômbia e no Brasil: tensões entre cidadania e autodeterminação. *Revista Derecho del Estado*, 44, p. 133-160.
- Fleury, S. & Ouverney, A. M. (2008). Política de Saúde: uma política social. In L. Giovanella, S. Escorel, L. V. C. Lobato, J. C. Noronha & A. I. Carvalho (Orgs). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Editora FIOCRUZ.
- FUNAI-Fundação Nacional do Índio. (2017, April 13). Secretaria Nacional de Assistência Social lança cartilha com orientações para o trabalho social com famílias indígenas na proteção social básica. <http://www.funai.gov.br/index.php/comunicacao/noticias/4192-secretaria->

nacional-de-assistencia-social-lanca-cartilha-com-orientacoes-para-o-trabalho-social-com-familias-indigenas-na-protECAo-social-basica

FUNAI-Fundação Nacional do Índio. (n.d). Previdência Social.

<http://www.funai.gov.br/index.php/previdencia-social#:~:text=Segundo%20a%20Instru%C3%A7%C3%A3o%20Normativa%20n%C2%BA,ou%20em%20regime%20de%20economia>

Garnelo, L. & Sampaio, S. (2003). Bases sócio-culturais do controle social em saúde indígena: problemas e questões na Região Norte do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(1), 311-317. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000100035>

Garnelo, L. (2014). O sus e a saúde indígena: matrizes políticas e institucionais do subsistema de Saúde Indígena. In C. C. Teixeira (Org.). *Saúde Indígena em Perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas*. Editora FIOCRUZ.

Hoek, L. V. D., Pyrc, K. & Jebbink, M. (2004) Identification of a new human coronavirus. *Nature Medicine*, [S.l.], 10(1), p. 368-373.

I Conferência Nacional de Política Indigenista. (2016). Total de propostas aprovadas pela etapa nacional. <http://www.funai.gov.br/arquivos/conteudo/ascom/2017/03-mar/01PropostasTotaisEtapaNacional.pdf>

IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia Estatística. (2013). O Brasil Indígena.

[https://indigenas.ibge.gov.br/images/pdf/indigenas/folder\\_indigenas\\_web.pdf](https://indigenas.ibge.gov.br/images/pdf/indigenas/folder_indigenas_web.pdf)

Ikanán, E. N. (1994). El desarrollo indígena autónomo en la Amazonía luego de 500 años. *Caravelle*, 63(1), 195-208.

Instrução Normativa do Instituto Nacional do Seguro Social nº 61. Altera a Instrução Normativa nº 45/PRES/INSS, de 6 de agosto de 2010.

<https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=247440>

Langdon, E. J. (2004). Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde. In E. J. Langdon & L. Garnelo. *Saúde dos povos indígenas. Reflexões sobre antropologia participativa*. Contracapa Editora.

Laplantine, F. (2006). *Aprender antropologia*. Brasiliense.

Lei nº 8,080 (1990, September 19). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)

Lei nº 8,213. (1991, July 24). Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8213cons.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8213cons.htm)

- Lei nº 8,742. (1993, December 7). Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8742.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm)
- Lei nº 9,836 (1999, September 23). Acrescenta dispositivos à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9836.htm#art1](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9836.htm#art1)
- Lowi, T. J. (1964). American business, public policy, case-studies, and political theory. *World Politics*, 16(4), 677-715.
- Lucchese, P. (2004). Políticas Públicas em Saúde Pública. São Paulo: Bireme, Opas, OMS.
- Malucelli, D, & Sarde Neto, E. (2018). Construção da Seguridade Social Indígena – Políticas de Saúde, Assistência Social e Previdência. *Humanidades em Perspectivas*, 3(2).
- Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1), 185-208. <https://www.scielo.org/article/csc/2003.v8n1/185-207/>
- Menicucci, T. & Gomes, S. (2018). Política sociais: conceitos, trajetórias e a experiência brasileira. Editora FIOCRUZ.
- Ministério da Economia (2013, May 15). Previdência Social. <http://www.previdencia.gov.br/perguntas-frequentes/previdencia-social/>
- Ministério da Saúde. (n.d.). Boletim Epidemiológico da SESAI. <https://saudeindigena.saude.gov.br/>
- Ministério da Saúde. (n.d.a). Sobre a doença. <https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca#o-que-e-covid>
- Moraes, N. R.; Campos, A. C.; Silva, M. L. Souza, F. C. (2017). Comunidades tradicionais: cultura e identidade. *Revista Observatório*, 3(5), 501-522. <https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/observatorio/article/view/3667>
- Paulus Júnior, A. C. (2006). Políticas públicas de saúde no Brasil. *Revista Espaço para Saúde*, 13-19.
- Pellegrini, M., Menegolla, I., Bittencourt, M. F., Diehl, E. & Toledo, E. Análise da Atenção. (2009, April). In Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP) & Institute of Development Studies (IDS). Diagnóstico Situacional do Subsistema de Saúde Indígena.
- Pereira, P. A. P. & Bravo, M. I. (2002). Política social e democracia. Cortez.



- Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID-19) em Povos Indígenas. (2020, March).  
[http://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/04/1095139/plano\\_de\\_contingencia\\_da\\_saude\\_indigena\\_preliminar.pdf](http://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/04/1095139/plano_de_contingencia_da_saude_indigena_preliminar.pdf)
- Pontes, A. L. & Garnelo, L. (2010). A construção do modelo de atenção diferenciada para a saúde indígena no Brasil e a integralidade. In R. Pinheiro & A. Silva Junior (Orgs.). Por uma sociedade cuidadora. Abrasco.
- Portaria do Ministério da Saúde nº 24. (2004). Estabelece os critérios e a sistemática para habilitação de Laboratórios de Referência Nacional e Regional para as Redes Nacionais de Laboratórios de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde.  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2004/prt0070\\_23\\_12\\_2004.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2004/prt0070_23_12_2004.html)
- Portaria do Ministério da Saúde nº 254 (2002, January 31). Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. [http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files\\_mf/Pm\\_254\\_2002.pdf](http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/Pm_254_2002.pdf)
- Quermes, P. A. A. & Carvalho, J. A. de. (2013). Os impactos dos benefícios assistenciais para os povos indígenas: Estudo de Caso em Aldeias Guaranis. *Serviço Social e Sociedade*, 116, 769-791.
- Resolução do Conselho Nacional de Assistência Social nº 130 (2005, July 15). Aprova a Norma Operacional Básica da Assistência Social - NOB SUAS.  
<https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=102523>
- Resolução do Conselho Nacional de Assistência Social nº 145 (2004, October 15). Aprova a Política Nacional de Assistência Social.  
<https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=101000>
- Rodrigues, M. M. A. (2010). Políticas Públicas. Publifolha.
- Rua, M. G. (1998). Análise de políticas públicas: conceitos básicos. In M. G. Rua & M. I. C. Valladão. *O Estudo da política: tópicos selecionados*. Paralelo 15.
- SAGI-Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação (n.d). Data Explorer.  
<https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/vis/data3/data-explorer.php>
- Secchi, L. (2010). Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos. Cengage Learning.
- Silva, M. O. S. (Coord). (2016). O mito e a realidade no enfrentamento à pobreza na América Latina. Cortez.
- Souza, F. C., Barrozo, P., Ruiz, S. C. M. & Moraes, N. R. (2017). Políticas públicas: estatuto científico. In G. Porto Júnior, R. D. Baptista & F. C. Souza. *Convergências entre os campos da comunicação, democracia e gestão social*. Volume 2. Editora Fi.

- Souza, F. C., Rodrigues, J. A., Moraes, N. R. & Morales, A. G. (2020). Comunidades Tradicionais: modelos de desenvolvimento. *Revista Observatório*, 6(1).
- Sposati, A. (2009). Modelo brasileiro de proteção social não contributiva: concepções fundantes. In: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) e Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO). *Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil*. [https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/Livros/concepcao\\_gestao\\_protectaosocial.pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Livros/concepcao_gestao_protectaosocial.pdf)
- Stopa, S. M. (2017). Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira. *Revista de Saúde Pública*, Supl 1.
- Tavares, F. F. & Betti, G. (2020, April 15). Vulnerability, poverty and COVID-19: risk factors and deprivations in Brazil. [https://www.researchgate.net/publication/340660228\\_Vulnerability\\_Poverty\\_and\\_COVID-19\\_Risk\\_Factors\\_and\\_Deprivations\\_in\\_Brazil](https://www.researchgate.net/publication/340660228_Vulnerability_Poverty_and_COVID-19_Risk_Factors_and_Deprivations_in_Brazil). Acesso em: 29 mar. 2020.
- Teixeira, J. B. A Amazônia e a Interface com o SUAS. (2013). In D. R. A Colin, J. F. Crus, L. M. S. TAPAJÓS & S. A. Albuquerque. *20 anos da Lei Orgânica de Assistência Social*. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.
- Tönnies, F. (1957). *Community and Society*. Michigan State University Press.
- Trabalho Social com Famílias Indígenas na Proteção Social Básica. (2016). Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário. [http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/cartilhas/OrientacoesTecnicas\\_TrabalhoSocialcomFamiliasIndigenas.pdf](http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/cartilhas/OrientacoesTecnicas_TrabalhoSocialcomFamiliasIndigenas.pdf)

**ABSTRACT:**

**Contextualization:** The conditions of socioeconomic and biological vulnerability of indigenous peoples in the face of the coronavirus pandemic pose the question of what are the limitations of the protection promoted by social security policies.

**Objective:** In order to answer this question, this research sought to conceptualize social rights in relation with indigenous cultural differentiation, as well as seeking to review the most recent trajectory of health, social assistance and social security policies for this public. **Method:** To this end, a bibliographic and documentary review was carried out on the terms surrounding the objective. **Result:** Thus, it was verified that, until then, only the health policy presents an alternative of institutionalized differentiation, while the policies of social assistance and social security, although they may have good coverage of the indigenous users in some aspects, are presented distant from the demands of these peoples.

**Conclusions:** In view of this situation, in addition to the setbacks caused by the neoliberal advance on social policies as a whole, and with the specific attacks on indigenous rights, these peoples are in a situation of greater fragility, because, in addition to not enjoying culturally sensitive social policies, they experience a delay in the emergency response in the form of public policy against the impacts of covid-19, which can lead to a greater number of contaminations and deaths.

**KEYWORDS:** Social rights; Health; Social assistance; Social security; Coronavirus.

**RESUMEN:**

**Contextualización:** Las condiciones de vulnerabilidad socioeconómica y biológica de los pueblos indígenas frente a la pandemia de coronavirus plantean la cuestión de cuáles son las limitaciones de la protección promovida por las políticas de seguridad social. **Objetivo:** Para responder a esta pregunta, esta investigación buscó conceptualizar los derechos sociales en la superposición con la diferenciación cultural indígena, así como tratar de revisar la trayectoria más reciente de las políticas de salud, asistencia social y seguridad social para este público. **Método:** Con este fin, se realizó una revisión bibliográfica y documental sobre los términos que rodean el objetivo. **Resultado:** Con esto, se verificó que, hasta entonces, solo la política de salud presenta una alternativa de diferenciación institucionalizada, mientras que las políticas de asistencia social y seguridad social, aunque pueden tener una buena cobertura de los usuarios indígenas en algunos aspectos, se presentan distante de las demandas de estos pueblos. **Conclusiones:** En vista de esta situación, además de los reveses causados por el avance neoliberal en las políticas sociales en su conjunto, y con los ataques específicos a los derechos indígenas, se encuentran en una situación de mayor fragilidad, porque, además de no disfrutar las políticas sociales culturalmente sensibles experimentan un retraso en la respuesta de emergencia en forma de política pública contra los impactos de covid-19, lo que puede conducir a un mayor número de contaminaciones y muertes entre los pueblos indígenas.

**PALABRAS-CLAVES:** Derechos sociales; Salud; Asistencia social, Seguridad social; Coronavirus.