



Divergência de dados sobre Covid-19 na população indígena dificulta medidas efetivas de proteção

4 de setembro de 2020 /

O tema foi debatido na 12ª edição da live do Comitê de Acompanhamento à Covid-19 do CNS, na quarta-feira (2/09)

Os números de infecções e óbitos por Covid-19 na população indígena brasileira apresentam divergências entre os dados apresentados pelo governo federal e por entidades representantes dos povos. O levantamento da Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai) do Ministério da Saúde, por exemplo, indica quase 24 mil infectados e 398 óbitos. Enquanto os dados da Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (Apib) apontam quase 30 mil infectados e 785 mortes. Este tema foi debatido na 12ª edição da live do Comitê de Enfrentamento à Covid-19 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) [https://youtu.be/kU_X0h8YbcU], realizada na última quarta (2/09).

garimpeiros e madeireiros foram apontadas como um dos principais fatores de exposição aos riscos e dificuldades para conter o avanço da doença nos territórios indígenas.

“A pandemia é muito mais prejudicial para nós do que a qualquer outra população, estamos muito mais vulneráveis. São diversos ataques que a gente sofre”, afirmou o coordenador da Apib, Kretã Kaingang.

Indígenas da Amazônia

Um estudo realizado entre Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (Coiab) e o Instituto de Pesquisa Ambiental da Amazônia (Ipam), divulgado no mês de junho, demonstrou que a taxa de mortalidade pelo coronavírus entre indígenas é 150% mais alta do que a média brasileira, e 20% mais alta do que a registrada somente na região Norte.

Igualmente preocupante é a taxa de letalidade, ou seja, quantas pessoas infectadas pela doença morreram: entre os indígenas, o índice é de 6,8%, enquanto a média para o Brasil é de 5% e, para a região Norte, de 4,5%. O estudo também revela que a taxa de infecção (por 100 mil habitantes) é 84% mais alta entre indígenas do que a taxa do Brasil.

“Essa pandemia alerta para a vulnerabilidade e genocídio que os povos indígenas estão impostos. Não queremos que os parentes e as nossas lideranças que estão partindo sejam apenas um número”, destacou a assessora da Coiab, Valéria Paye.



O acesso ao sistema de saúde indígena foi apontado como um desafio histórico potencializado durante a pandemia. “O subsistema de saúde indígena é de atenção primária e está baseado em municípios pequenos e do interior que não têm a estrutura de aporte”, explicou a coordenadora do grupo de trabalho (GT) de Saúde Indígena da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), Ana Lucia Pontes.

Nesse sentido, o diretor de atenção à Saúde indígena da Sesai, Marcelo Miranda falou sobre a relação entre a localização das aldeias e dos hospitais no Brasil. “Há uma maior concentração das aldeias nas regiões Norte e Centro-Oeste do país. Já os hospitais estão principalmente nas regiões Nordeste e Sudeste. Na região Norte, por exemplo temos uma distância muito grande entre as aldeias e o hospital mais próximo. Por isso, temos que atuar nessa questão logística para garantir as remoções, quando necessárias.

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (Sasi) foi criado por meio da Lei nº 9.836/1999, que dispõe sobre o funcionamento dos serviços correspondentes do Sistema Único de Saúde (SUS). O Sasi leva em consideração a realidade local, as especificidades da cultura dos povos indígenas e os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional.

“É preciso implementar, de forma imediata, uma política de saneamento básico nas comunidades indígenas. Além da demarcação de terras, para que invasores não tenham a liberdade de contaminar os rios e levar tantas doenças”, afirmou o coordenador do Conselho Indigenista Missionário (Cimi), Roberto Liebgott.

População indígena urbana

Outra questão apontada na live foi o limite das políticas de assistência e saúde para a população indígena urbana em terras não homologadas, ou seja, que aguardam o decreto presidencial, última fase do processo de demarcação antes do registro definitivo. O atual governo, até o momento, não homologou terras indígenas.

“O estudo do Centro de Pesquisas Epidemiológicas da Universidade Federal de Pelotas (Ufpel) [http://epidemiologia.ufpel.org.br/site/content/sala_imprensa/noticia_detalhe.php?noticia=3128], divulgado em junho, apontou que a população indígena tem taxas de contágio cinco vezes maiores que a população branca. Isso evidencia que o acesso às políticas sociais para os indígenas urbanos também está bastante prejudicado”, afirmou a coordenadora GT de Saúde Indígena da Abrasco, Ana Lucia Pontes.

O encontro virtual foi moderado pelo conselheiro nacional de Saúde Haroldo Pontes, representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). “Mais cruel do que olhar o número de mortos pela Covid-19 é observar como ele se distribui numa sociedade tão desigual quanto a nossa”, disse. A live contou também com representações dos segmentos usuários e trabalhadores do SUS. Confirma algumas participações:

“Estamos vivendo um momento de pandemia grave em que estamos perdendo as nossas lideranças. Muitas coisas precisam ser discutidas com os trabalhadores e com o controle social na sua amplitude. Eu moro na base e sei o preço de tudo isso”, Yssô Truká, da Articulação dos Povos e Organizações Indígenas do Nordeste, Minas Gerais e Espírito Santo (Apoime)

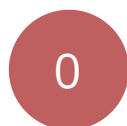
“O que estamos vivendo é muito sério. A Covid veio se somar a vários outros problemas que os povos indígenas já enfrentam. Eu discordo que a saúde indígena não funciona, ela funciona e funciona muito. Precisamos fortalecer a Sesai e o Subsistema”, Carmem Pankararu, do Sindicato dos Profissionais e Trabalhadores da Saúde Indígena (SindCopsi)

[Para assistir a live na íntegra, clique aqui.](https://youtu.be/kU_X0h8YbcU) [https://youtu.be/kU_X0h8YbcU]

Foto: Alex Pazuello/Prefeitura de Manaus

Ascom CNS

Share this entry



RESPOSTAS

