



Fernanda Pereira de Paula
Freitas

Universidade Federal Fluminense.

Niterói-RJ, Brasil.

fernandappfreitas@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-6829-6758>

Túlio Batista Franco

Universidade Federal Fluminense.

Niterói-RJ, Brasil.

tuliofranco@id.uff.br

<https://orcid.org/0000-0001-7372-5262>

Repercussões éticas da prescrição do Kit-covid na saúde indígena

Ethical repercussions of prescribing the covid kit on Indigenous health

Repercusiones éticas de la prescripción del Kit-covid em la salud indígena

Resumo: A pandemia da covid-19 causou devastação e mortes nas aldeias indígenas do Brasil. No ano de 2020, as medidas governamentais voltavam-se à administração de medicações ineficazes e sem comprovação científica, apostando na “imunidade de rebanho” e atrasando a vacinação. Este artigo discute as repercussões éticas do fornecimento do chamado *Kit-covid* nas populações indígenas de Roraima, sob o ponto de vista de médicos e supervisores do Programa Mais Médicos (PMM) que atuavam no estado em 2020 e 2021. É parte da Cartografia do Grupo Especial de Supervisão do PMM de Roraima que usou análises documentais, entrevistas e uma roda de conversa. A administração desenfreada do *Kit-covid*, o incentivo ao fornecimento das medicações por diversos atores, inclusive não médicos, a disseminação de *fake news* sobre as vacinas e a negligência com a saúde e a morte de indígenas mostraram falhas éticas graves à saúde dos povos indígenas, especialmente aos idosos, herança e patrimônio dos povos e de suas tradições.

Palavras-chave: Covid-19. Bioética. Sistemas Locais de Saúde. Serviços de Saúde do Indígena. Prescrições de Medicamentos. Tutoria.

Abstract: The covid-19 pandemic caused devastation and deaths in Indigenous villages in Brazil. In 2020, government measures focused on administering ineffective medications with no scientific evidence, betting on “herd immunity” and delaying vaccination. This article discusses the ethical repercussions of providing the so-called *Covid Kit* to indigenous populations in the state of Roraima, from the perspective of physicians and supervisors of the “Mais Médicos” Program who were working in the state in 2020 and 2021. It is part of the Cartography of the Special Supervision Group of the “Mais Médicos” of Roraima, which used document analysis, interviews, and a discussion circle. The uncontrolled administration of the *Covid Kit*, the encouragement of its use by various actors, including non-physicians, the spread of fake news about vaccines, and the neglect of indigenous health and deaths revealed serious ethical failures in the care of indigenous peoples, especially older adults, who are the heritage and living repositories of these peoples and their traditions.

Keywords: Covid-19. Bioethics. Local Health Systems. Health Services, Indigenous. Drug Prescriptions. Tutoring.

Resumen: La pandemia de covid-19 causó devastación y muertes en las comunidades indígenas de Brasil. En 2020, las medidas gubernamentales viraron hacia la administración de medicamentos ineficaces y sin base científica, apostando por la «inmunidad colectiva» y retrasando la vacunación. Este artículo analiza las repercusiones éticas del suministro del llamado «kit covid» a las poblaciones indígenas de Roraima, desde el punto de vista de los médicos y supervisores del Programa Mais Médicos (PMM) que trabajaron en el estado en 2020 y 2021. Forma parte de la Cartografía del Grupo Especial de Supervisión del PMM de Roraima, que utilizó análisis documentales, entrevistas y una ronda de conversaciones. La administración desenfrenada del Kit-covid, el incentivo a la provisión de medicamentos por parte de diversos actores (incluidos los no médicos), la difusión de noticias falsas sobre las vacunas, la negligencia con la salud y la muerte de miembros de poblaciones indígenas mostraron graves fallas éticas hacia la salud de los pueblos indígenas, especialmente los adultos mayores, herencia y patrimonio de los pueblos y sus tradiciones.

Palabras clave: Covid-19. Bioética. Sistemas locales de salud. Servicios de Salud del Indígena. Prescripciones de Medicamentos. Tutoría.

Introdução

Com a chegada da pandemia no Brasil em 2020, o Sistema Único de Saúde (SUS) e sua Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), enfrentaram o grande desafio de combater uma doença altamente contagiosa e letal, e o risco de ela dizimar povos inteiros caso não fossem tomadas medidas adequadas de controle da situação. Foi preciso que a SESAI, órgão ligado ao Ministério da Saúde (MS), rapidamente elaborasse um Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus em Povos Indígenas (Brasil/MS, 2020a) para os 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). Além disso, foram elaborados outros documentos, como Planos de Contingência Distritais para Infecção Humana pelo Coronavírus (Brasil/MS, 2020b), Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação Contra a covid-19 (Brasil/MS, 2022), incluindo desdobramentos, como a Nota Técnica nº 7/2021 (Brasil/MS, 2021b; Brasil/MS, 2021b). Segundo o Relatório das Ações Realizadas pela SESAI para enfrentamento da pandemia da covid-19, elaborado a partir de 5 de maio de 2020 e atualizado semanalmente (Brasil/MS, 2021a), os indígenas foram considerados grupo prioritário da vacinação, assim como os trabalhadores da saúde que atuavam nos DSEI. A situação epidemiológica demandava, portanto, monitoramento constante.

Apesar da covid-19 ter chegado ao Brasil no início de 2020, a vacinação só começou em 19 de janeiro de 2021, por conta da demora no desenvolvimento das vacinas e, principalmente, na sua compra via MS. Os povos indígenas estavam entre os primeiros a receberem e, segundo dados do “vacinômetro”, até 9 de setembro de

2021, 88% e 80% dos indígenas do público-alvo haviam recebido a primeira e a segunda dose da vacina contra a covid-19, respectivamente (Brasil/MS, 2021a).

Em Roraima, estado com maior proporção de indígenas do Brasil, há dois Distritos Sanitários Especiais Indígenas - o DSEI Yanomami-Yek'wana (DSEI-Y) e o DSEI Leste. No DSEI-Y, apenas 10.517 pessoas (40,9% da população) tinham recebido a primeira dose em setembro de 2021, e 8.330 (32,4% da população) as duas doses. Até 12 de novembro de 2021, foram 22 óbitos de yanomamis, e a vacinação chegou a 85% dos indígenas com a primeira dose e a 70% com a segunda dose (Brasil, 2021d). No DSEI Leste 21.851 pessoas tinham recebido a primeira dose (38,4%), e 17.493 (31%) as duas (Brasil/MS, 2021c).

Em 24 de setembro de 2021, o povo indígena Yanomami acumulava um total de 2.056 casos confirmados e 22 óbitos; e no DSEI Leste foram 4.326 casos confirmados, sendo 105 óbitos (Brasil, 2021d). No dia 24 de setembro de 2021 ainda havia 236 indígenas infectados no DSEI Leste, demonstrando que a ameaça da covid-19 continuou mesmo após a chegada da vacinação nos DSEIs. Estes números continuaram crescendo, ainda que em proporções menores, à medida que se foi avançando na vacinação em massa.

Outra medida adotada pela ciência para o combate à covid-19 foram as pesquisas com medicamentos para prevenção e cura da doença. Inicialmente alguns medicamentos testados mostraram pequenos resultados, mas à medida que estudos maiores foram sendo feitos foi-se comprovando ausência de eficácia desses medicamentos contra o Sars-Cov-2, vírus causador da covid-19, e ainda efeitos adversos graves.

Um dos problemas éticos nos quais se depararam os médicos que assistiam os povos indígenas durante a pandemia foi o fornecimento por órgãos oficiais do Ministério da Saúde, Defesa e SESAI, do chamado *Kit-covid*, que consiste em um conjunto de medicações destinadas à prevenção e tratamento da doença (Valente, 2021). O ofício enviado pelo MS, referenciado na Nota informativa nº 17/2020 - SE/GAB/SE/MS (Brasil/MS, 2020c), incluía a prescrição de ivermectina para prevenção da covid-19 em pessoas com mais de 10 anos, e de cloroquina, azitromicina e ivermectina para tratamento dos casos sintomáticos. No início da pandemia, no entanto, tais medicações foram testadas para a prevenção e tratamento da doença e as pesquisas demonstraram que, embora os estudos iniciais mostrassem alguma eficácia, os estudos

subsequentes, de melhor qualidade e com um maior número de participantes, não mostraram evidências de melhora ou prevenção da doença. Além de não serem eficazes contra a covid-19, apresentavam efeitos adversos indesejáveis e risco de complicações cardiovasculares e hepáticas (Valente, 2021).

Este artigo objetiva discutir as repercussões éticas da prescrição do *Kit-covid* na saúde indígena, sob o ponto de vista de médicos e supervisores do Programa Mais Médicos (PMM) que atuavam nas áreas indígenas de Roraima durante a pandemia covid-19 em 2020 e 2021. Tais médicos eram supervisionados por um grupo de supervisores coordenados por um tutor, todos vinculados ao Ministério da Educação (MEC), e tal participação é uma obrigatoriedade do Programa para a permanência deles, que cumprem uma carga horária em regime de Especialização. O acompanhamento dos supervisores ocorre periodicamente, por meio de visitas nos territórios e por encontros fora dos territórios e à distância, via espaços de educação permanente (Brasil, 2015). Durante os anos de 2020 e 2021, tal supervisão, no entanto, foi realizada somente via remota devido à necessidade de redução dos contatos para conter a propagação do novo coronavírus e ao fato dos supervisores não terem sido incluídos no grupo prioritário para vacinação, dado que se encaixavam mais entre os trabalhadores da educação.

Método

Foi realizada uma pesquisa qualitativa, exploratória com base na cartografia de Rolnik (2016). Além da pesquisa bibliográfica, foram utilizadas análises de materiais da cartografia do Grupo Especial de Supervisão de Roraima (GES-RR), como atas de reuniões, relatórios, narrativas, questionários fechados, entrevistas semiestruturadas com supervisores, tutores, médicos e gestores, além de uma roda de conversa realizada em dezembro de 2021 com supervisores e tutora que discutia a seguinte pergunta disparadora: “Como foi a supervisão do GES-RR durante os anos de pandemia da covid-19?”. Esta roda de conversa foi realizada *online* com a participação da tutora e todos os supervisores ativos do GES-RR em dezembro de 2021, contabilizando cinco participantes (três homens e duas mulheres). Foi permitido o livre debate sobre o tema, a fim de deixar passar os afetos que surgiram da conversa. A facilitadora-pesquisadora exerceu papel de moderadora com perguntas abertas e não direcionadas, por meio do método da problematização (Freire, 1987). A roda teve duração de 1 hora e oito minutos e foi gravada em áudio e vídeo, sendo posteriormente transcrita e analisada.

Dos 36 convidados para os questionários e entrevistas, 32 concordaram em participar, sendo dois tutores, 14 supervisores, cinco apoiadores do MEC (AIMEC), três gestores e oito médicos. As entrevistas foram feitas por meio de plataforma *online*, as quais foram gravadas e posteriormente transcritas. Foram incluídos nos critérios de seleção todos os supervisores, tutores e AIMEC que participaram do GES-RR. Três gestores e oito médicos participaram como informantes-chave. Foram excluídas pessoas que nunca participaram do GES-RR ou que não concordaram em participar da pesquisa.

Para a discussão dos resultados, considerou-se o método da cartografia e incluiu-se a experiência da pesquisadora principal, que exerceu papéis de supervisão e tutoria no GES-RR nos anos que antecederam a pandemia da covid-19. Por ser uma pesquisa cartográfica, acompanhou os processos pelos quais o GES-RR passou, por meio das pistas do método cartográfico (Passos, Kastrup, Escóssia, 2015), e permitiu a livre passagem dos afetos oriundos da experiência de pesquisa (Rolnik, 2016).

Este estudo apresenta parte dos resultados encontrados na tese de doutorado intitulada “Grupo Especial de Supervisão de Roraima: uma cartografia da supervisão do Projeto Mais Médicos para o Brasil em áreas de difícil acesso de Roraima”, realizada no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva (PPGBIOS), aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRJ-Macaé sob a CAAE número 34654120.4.0000.5699.

Chegada do “*Kit-covid*” nas aldeias

A chegada da pandemia da covid-19 surpreendeu profissionais de saúde e gestores da área da saúde que ansiavam por um tratamento e controle rápido da propagação do vírus. Por esse motivo, muitas pesquisas foram incentivadas e priorizadas em 2020, e vários medicamentos foram testados. Seus resultados parciais foram divulgados antes mesmo da certeza de benefícios para uso em massa na população, causando grandes expectativas posteriormente frustradas. Este foi o caso dos medicamentos incluídos posteriormente no *Kit-covid*, cujas pesquisas foram, ao longo do tempo, mostrando sua ineficácia (Santos-Pinto, Miranda, Osorio-de-Castro, 2021). As vacinas, do contrário, mostravam resultados muito mais animadores quanto à prevenção da doença. Posteriormente, o próprio Ministério da Saúde veio a assumir a vacinação como uma medida segura e eficaz contra a covid-19 (Brasil, 2022). Em 2020, no entanto, o Brasil “cruzou os braços” diante da necessidade de compra de vacinas, e defendeu o uso de medicamentos para “tratamento precoce” sem base científica, em uma medida considerada por Garrafa (2020) como “esdrúxula”.

A chegada do *Kit-covid* nas aldeias em junho e julho de 2020 foi um exemplo dessa política pública esdrúxula, dado que à época, já se sabia da fragilidade dos resultados de pesquisa com os medicamentos incluídos no kit (Brito, 2021). Alguns coordenadores da SESAI alegaram que tal fornecimento se tratava de um pedido dos próprios indígenas, os quais assinavam um termo de compromisso para receberem as medicações (Valente, 2021). Tal alegação, no entanto, não carrega base argumentativa suficiente e sólida para a elaboração do referido ofício que trata das “Orientações do Ministério da Saúde para manuseio medicamentoso precoce de pacientes com diagnóstico da covid-19” (Brasil/MS, 2020c) nem para o envio de medicações sem comprovação científica, uma vez que são os órgãos técnicos da saúde que precisam se responsabilizar pelos medicamentos fornecidos à população, e não o contrário.

O protocolo inicial da SESAI, referenciado no Plano Distrital de Contingência para infecção humana pelo novo Coronavírus em povos indígenas (Brasil/MS, 2020b), para prevenção da disseminação da doença incluía: 1) borrifação residencial, nos postos de saúde, nas escolas e nas igrejas com hipoclorito; 2) tratamento profilático com ivermectina para a população maior de 10 anos; 3) tratamento com o *Kit-covid* para todos os indígenas que apresentassem sintomas; 4) testagem de todos os sintomáticos no período adequado conforme protocolo do teste; 5) isolamento dos casos positivos e suspeitos; 6) orientação para isolamento dos grupos de risco; e, 7) orientação para isolamento das aldeias (Valente, 2021). Apesar de apresentar algumas orientações preventivas adequadas, como o isolamento dos casos e grupos de risco, a orientação do uso dos medicamentos sem exames ou testes e sem pedido médico, foi repudiada veementemente por médicos e indigenistas experientes nas regiões, com argumento de que não existia profilaxia medicamentosa contra a doença e que tais medicamentos não traziam nenhum benefício para os pacientes, além de serem potencialmente danosos (Valente, 2021). Além disso, os testes realizados para diagnóstico nem sempre eram adequados.

Após publicação da notícia em mídia *online* em março de 2021 (Valente, 2021) sobre o ofício e envio das medicações, o MS publicou nota informando que essa orientação tinha sido dada especificamente pela Secretaria Municipal de Saúde de Cacoal, em Rondônia, no início da pandemia e que não se tratava de orientação do MS (SESAI, 2021). A Comissão Parlamentar de Inquérito da Pandemia (CPI da Covid), instalada em 27 de abril de 2021, que votou seu relatório final em 26 de outubro de 2021, identificou amplo fornecimento de comprimidos de cloroquina e azitromicina para as comunidades indígenas de Roraima, via MS, SESAI e Ministério da Defesa,

entre os meses de julho e julho de 2020, cuja operação foi denominada “Missão Yanomami: Raposa Serra do Sol” (Brito, 2021; Valente, 2021). Quando confrontado por um canal de notícias sobre os motivos do envio de tais medicações, o MS alegou que faziam parte da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e, por isso, estavam sendo fornecidas. No entanto, a quantidade de medicamentos enviada era desproporcional à demanda e, caso a cloroquina tivesse sido enviada de fato para combate à malária, doença endêmica na região, a medicação combinada, segundo o protocolo da doença, seria primaquina e não azitromicina (Brito, 2021).

Repercussões éticas das políticas de saúde durante a pandemia

As orientações inadequadas provenientes de órgãos oficiais do governo e falhas de comunicação agenciadas por notícias falsas (*fake news*) acabaram por gerar um clima de desconfiança e insegurança na ciência e nos profissionais de saúde que se viam obrigados a seguir protocolos sem comprovação científica por imposições políticas, com grave risco de causar danos à saúde das pessoas. Tal clima de insegurança sanitária e política nos territórios indígenas somou-se à memória de epidemias anteriores que devastaram grupos inteiros, acabando por motivar a busca por isolamento de povos que já tinham intenso contato com os não indígenas, mas que naquele momento buscavam se preservar (Vilaça, 2020). Uma estratégia desenvolvida pelos indígenas foi o fechamento de estradas que conduzem às comunidades, por meio de obstáculos improvisados (Vilaça, 2020).

Dentre as comunidades isoladas, no entanto, algumas necessitavam, de alguma forma, da manutenção do contato, do abastecimento de insumos e alimentos oriundos das cidades. Tal necessidade se deve a processos anteriores irreversíveis na caça, pesca, coleta e agricultura das comunidades, como, por exemplo, o sedentarismo e a consequente destruição do solo para agricultura ou a redução da área de caça, pesca e coleta (Paulino; Almeida, 2020; Vilaça, 2020). O isolamento total dessas comunidades seria, então, um risco para as comunidades, pela crise causada pelo desabastecimento. Por esse motivo, povos e associações indígenas se organizaram pela internet para levar alimentos e materiais de higiene e prevenção, como máscaras e álcool em gel às comunidades durante a pandemia (Vilaça, 2020).

O período de suspensão da entrada das equipes de saúde nos territórios indígenas de Roraima foi curto, mas as medidas de prevenção (como a quarentena dos profissionais antes de entrar nas aldeias) e o afastamento de profissionais em

condições de risco reduziram o corpo de saúde das regiões indígenas e, consequentemente, o acesso aos serviços de Atenção Básica e Especializada. Os médicos que assistiam à população e eram supervisionados pelo GES-RR se viam no cabo de guerra entre prescrever ou não prescrever o *Kit-covid* para as pessoas. Os supervisores, por sua vez, tentavam tensionar o debate em prol da medicina baseada em evidências:

Nós fizemos um trabalho muito grande para nossos médicos não prescreverem medicações que não tem respaldo na literatura científica, porque o próprio pacote do DSEI era distribuir para as comunidades prednisona, ivermectina e hidroxicloroquina para todas as pessoas com resfriado (entrevista supervisor 11).

A solução do problema era dificultada pelo fato do próprio Conselho Federal de Medicina (CFM) se isentar de responsabilidade, liberando os médicos para prescreverem tais medicações com o argumento da “autonomia médica”, na qual os médicos teriam liberdade no exercício da profissão. No portal eletrônico do Conselho, um parecer propunha a prescrição da cloroquina e da hidroxicloroquina em três cenários possíveis: 1) no caso de paciente com sintomas leves, em início de quadro clínico, com diagnóstico confirmado de covid-19 e descartadas outras viroses, como influenza, H1N1 e dengue; 2) paciente com sintomas importantes, mas sem necessidade de cuidados intensivos; e, 3) paciente crítico recebendo cuidados intensivos, incluindo ventilação mecânica (CFM, 2020). O parecer mencionado afirma ainda que “é difícil imaginar que em pacientes graves, a hidroxicloroquina ou a cloroquina possam ter um efeito clinicamente importante” (CFM, 2020, p.1-2), mas obriga o profissional a explicar ao seu paciente que

[...] não existe, até o momento, nenhum trabalho científico, com ensaio clínico adequado, feito por pesquisadores reconhecidos e publicado em revistas científicas de alto nível, que comprove qualquer benefício do uso das drogas para o tratamento da covid-19 (CFM, 2020).

O parecer mostra fraca argumentação contra os possíveis danos (não maleficência) e nenhuma argumentação em prol da beneficência do paciente, segundo o Princípio de Childress e Beauchamp (2002). O parecer completa ainda que “não cometerá infração ética o médico que utilizar a cloroquina ou hidroxicloroquina em pacientes portadores da doença” (CFM, 2020, p. 1-2), mas não traz nenhuma argumentação com base na Bioética para tal afirmação. O princípio da autonomia é citado

no parecer e, em algumas outras ocasiões, apenas para o exercício da “autonomia médica” e não do paciente (CFM, 2020; Nobre, 2021).

Nesse sentido, apesar do CFM reconhecer a falta de evidências científicas para o tratamento específico da covid-19, nega possíveis danos causados pela medicação e isenta o profissional médico de infração ética na prescrição, permitindo, com isso que os médicos continuassem prescrevendo tais medicações sem que isso ocasionasse nenhuma consequência ética ou responsabilização por iatrogenia. Ao isentar os médicos, o CFM deu respaldo a uma conduta extremamente perigosa e inadequada, e o fez de antemão provavelmente por saber dos possíveis questionamentos, dado que em tratamentos com comprovação científica esse tipo de complementação (citada anteriormente) não é necessária pois a comprovação científica por si só justifica o uso das medicações. Infelizmente, passados quase dois anos de pandemia, o CFM continuava acobertando a prescrição da hidroxicloroquina contra covid-19, apesar da incontestabilidade dos estudos que mostravam ineficácia e efeitos adversos (Nobre, 2021).

Outra conduta extremamente equivocada no contexto da saúde indígena foi o uso inadequado dos métodos diagnósticos, como o teste rápido sorológico:

[...] estavam fazendo diagnóstico de covid com teste rápido sorológico. Então nós tivemos todo um trabalho para desconstruir o que a autoridade, que eram os chefes deles, diziam para eles fazerem (entrevista supervisor 11).

O teste rápido sorológico mencionado não é indicado para diagnóstico de doença atual, mas sim de infecção prévia e imunidade, sendo um erro esse tipo de uso. A desconstrução de mitos criados na saúde e o combate à prescrição desenfreada e inadequada de medicamentos e exames, alguns sem indicação ou comprovação, foram trabalhos intensos e desgastantes, por vezes frustrantes, dada a baixa aceitação e credibilidade que os supervisores tinham nesse momento de distanciamento físico dos médicos e gestores. A situação foi agravada pelo fato de que outros profissionais de saúde além dos médicos foram autorizados e incentivados a prescreverem o *Kit-covid* e exames, sendo a prescrição ou desprescrição médica irrelevante:

A gente comentou sobre os efeitos deletérios do uso da cloroquina, sobre o porquê de se usar isso, porque não se estava pensando em usar outras coisas e ele (médico) falou: “independente se eu fizer ou não, o enfermeiro faz, o AIS [Agente Indígena de Saúde] faz, é uma ordem para todo mundo e a ordem tem que ser cumprida (roda de conversa, supervisor 13).

Além da prescrição médica do *Kit-covid* não fazer diferença, a recusa dos médicos em prescrever representaria um confronto aos protocolos do MS e aos órgãos de gestão local, o que poderia ser prejudicial as relações de trabalho já desgastadas e que, de certa forma, o colocavam em situação de subalternidade e dependência:

Então de que adiantam as nossas discussões? [...] de fato, haveria que ter cautela, precaução, responsabilidade, mas ao mesmo tempo, se entendia, de outro lado, a necessidade de fazer porque havia uma ordem direta e uma coerção com relação ao emprego, inclusive (roda de conversa, supervisor 13).

Autorizaram todos os profissionais de saúde a distribuírem este *kit*, independente de passar por consulta médica ou não. E eles, por serem médicos que ainda não exercem, não tem o registro profissional permanente no Brasil, somente o provisório, ficaram, de alguma forma, foram assediados, né? E tiveram dificuldades de compreender a lógica maior deste programa. E se sentiram, neste momento, acuados (roda de conversa, supervisor 11).

O papel dos supervisores neste caso era acolher e procurar minimizar danos dentro de um contexto difícil, no qual os indígenas eram o foco principal de atenção:

Quando eles viram que, a partir de alguns meses, fica claro que as políticas incentivadas pelos órgãos oficiais do Estado Brasileiro são políticas que fomentam o genocídio, eles [médicos] estando na linha de frente, entendendo que não é aquilo que devem fazer, eles acabam encontrando em nós aquele apoio para refletir esse processo de cuidado (roda de conversa, supervisor 11).

E nesse processo biopolítico, de ação direta, autoritária e prejudicial sobre os indígenas, as ações se caracterizam mais por uma política de morte do que de vida, considerando que as prescrições causariam mais danos e mais riscos e que não haveria espaço para negociação dentro desta governamentalidade necropolítica:

No distrito Yanomami veio gente de Brasília para fazer a distribuição e ensinar a fazer (prescrição de cloroquina) e a ordem a ser cumprida, né? Qualquer coisa, tinha lá o kit. Menos ivermectina. Que as crianças estavam morrendo de verme enquanto isso. Que o kit veio incompleto. Só a cloroquina, né? (roda de conversa, supervisor 12).

A cloroquina é uma medicação tradicionalmente utilizada para o tratamento da malária, uma doença endêmica no Brasil, sendo cerca de 99% dos casos concentrada na região da Amazônia Legal. Uma das estratégias da Organização Mundial da Saúde,

a “Estratégia Técnica Global para Malária”, tem como meta a redução de pelo menos 90% dos casos até 2030 e a eliminação da malária em pelo menos 35 países, sendo o Brasil um deles (Brasil, 2020d). No entanto, desde o início de 2020 foi registrado um aumento de 18% do número de casos autóctones de malária no Brasil, influenciado principalmente pelo estado de Roraima (361,6%), que concentrava 17,1% dos casos no primeiro semestre daquele ano (Brasil, 2020e). Esta elevação, que se estende até os dias atuais, é o reflexo da abertura de novas áreas de garimpo nos territórios do DSEI Yanomami-Ye'kwana e DSEI Leste de Roraima, que contribuíram também com o aumento da violência nos territórios.

A avaliação completa e resolução desse cenário de endemia ainda é dificultada pela falta de notificação e inserção no sistema de vigilância epidemiológica da Malária (Sivep-Malária) nessas áreas (Brasil, 2020d; Pithan, 2005):

[...] e isso, uma confusão, imagina, nessa área, com malária mascarando tudo. Eu não sei. A gente vê tanta... a malária mais solta ainda. Não sei se são reflexos disso, também, né? Mas isso foi a ordem, principalmente com gente de fora, equipes enormes, com o exército, as forças armadas, e os médicos iam junto. Que era tipo uma capacitação em como distribuir cloroquina (roda de conversa, supervisor 12).

Apesar da cloroquina ser uma medicação eficaz para o tratamento da malária, ela precisa ser utilizada em associação, não sendo eficaz para todos os tipos de malária. No caso da malária causada pelo *Plasmodium vivax*, é preciso associar a cloroquina com a primaquina e no caso da infecção por *Plasmodium falciparum*, ou para casos recorrentes de *vivax*, o tratamento é feito com artesunato + mefloquina ou artemeter + lumefantrina (Brasil, 2020e). Dessa forma, o abastecimento das unidades somente com cloroquina de nada adiantou para o combate à malária na região, muito menos para a contaminação pelo novo coronavírus, e ainda acrescentou o risco de depletar os estoques do medicamento que, em associação com primaquina, poderia evitar um grande número de mortes por malária por *vivax*.

Segundo um boletim publicado pelo MS (Brasil, 2020e), a quantidade de medicamentos antimaláricos adquiridos em 2020 foi suficiente para abastecer todos os postos e hospitais que dispensam essas medicações e para tratar todos os casos notificados de malária no Brasil. No entanto o boletim epidemiológico não pontuou redução do número de casos e óbitos. Tornou-se necessário, naquele momento, ampliar os esforços para diagnóstico e tratamento precoce dos casos no país e revisar as

estratégias de prevenção e combate à malária e ao garimpo ilegal, além de interromper o desvio das medicações antimaláricas para tratamento (inadequado) da covid-19. Os supervisores, no entanto, afirmaram que se sentiam impotentes e desautorizados diante da situação e que isso não era novidade, mas apenas indicador de piora de um problema já existente com a gestão dos DSEIs e demais órgãos do governo:

Eu me sinto desautorizado, desvalorizado todos os dias. A questão da cloroquina foi só mais um detalhezinho (roda de conversa, supervisor 12).

[...] a minha sensação é de que eu sou uma força pequena e que eu não estou lá o tempo inteiro e que ele vai acabar fazendo e que é isso. Tem uma questão ética de: tem um que está dizendo que tem que dar e o outro está dizendo que não tem que dar. [...] fica uma sensação de você é um beija-florzinho jogando água para entrar na floresta para apagar o fogo. Sabe? Sozinho (roda de conversa, supervisora 13).

A sensação da supervisora 13 era de fazer um esforço inútil, de “enxugar gelo”. A situação era agravada pela disseminação de notícias falsas (*fake news*) sobre as vacinas e sobre a baixa eficácia do isolamento, inclusive agenciadas por representantes do governo e até do presidente da República que negligenciou a pandemia desde o início, chamando-a de “gripezinha”, foi contra o uso de máscaras e o fechamento dos serviços não essenciais (*lockdown*), desacreditou a eficácia da vacina e estimulou o uso de medicações sem comprovação científica, a manutenção do comércio e atividades “normalmente” e o fim das medidas de isolamento social, sob o lema de que “o Brasil não pode parar” (CNN Brasil, 2020). Estas ações, colocavam a economia à frente da proteção da vida, repercutindo em uma política de morte - uma necropolítica, segundo Mbembe (2018) (G1, 2021). Tal necropolítica, no entanto, não foi exclusivamente voltada para os indígenas, mas a toda uma população que sofria as consequências de um projeto de imunização de rebanho calcado não na incompetência do SUS, mas em uma estratégia institucional de propagação do vírus, promovida pelo governo federal sob a liderança do Presidente da República (Asano, 2021; G1, 2021). Dentro das comunidades indígenas, tais políticas podiam ser ainda mais devastadoras e irreversíveis.

Quanto à divulgação das *fake news* das vacinas, os supervisores precisavam intervir perante os médicos e gestores com bastante cautela e precaução diante dos tensionamentos, mas com responsabilidade, dada a gravidade dos fatos:

E isso (o tensionamento) se repetiu por exemplo com os povos originários que eram prioridade para a imunização, né? Inclusive com eles (médicos)

vendo profissionais da equipe, alguns próprios indígenas, não querendo e fazendo campanha contra a vacinação. E eles tendo pouca abertura dentro do DSEI para mediar, fazer relações, explicar melhor, discutir o que é essa história da vacina, combater as fake news da vacina. Então esse foi também o momento de amparo e de compreender que o trabalho na saúde é esse trabalho, muitas vezes hercúleo, de formiguinha (roda de conversa, supervisora 13).

As *fake news* e as políticas genocidas promovidas por ações governamentais reverberaram em danos e mortes evitáveis e uma piora importante no cenário dos povos indígenas, cada vez mais desprotegidos diante do desmonte do sistema de saúde público brasileiro, mal administrado pelos DSEIs e pelas empresas conveniadas que contratam os profissionais de saúde (Vilaça, 2020).

A postura omissa da SESAI na época e seu sucateamento contribuíram para o avanço da necropolítica - o orçamento utilizado pela FUNAI até junho de 2020 foi o menor em 10 anos (Pankará, 2020). Segundo a autora, os indígenas que vivem em contextos urbanos sequer são lembrados pela SESAI, que alega que a política de atenção diferenciada é destinada às aldeias, enquanto para os que estão nos grandes centros “já existe o SUS” (Pankará, 2020).

A entrada de missionários em terras indígenas por vezes interessados na conversão dos indígenas, pode contribuir para o extermínio da cultura e saberes tradicionais dos povos, configurando um risco de etnocídio (Vilaça, 2020, p. 20). O risco é ainda maior quando se trata de povos isolados, mais vulneráveis. Os problemas vivenciados por esses povos já eram graves o suficiente antes da pandemia para haver uma mobilização nacional e internacional, que não ocorreu de forma eficaz devido às péssimas relações internacionais do governo Bolsonaro, liderada pelo Ministro de Relações Exteriores, Ernesto Araújo (Scherer, 2021).

A gente já tem problemas muito sérios dentro das nossas comunidades, que estão relacionadas à questão da anemia e da parasitologia. A gente ainda tem desnutrição nas comunidades indígenas, doenças crônicas, pessoas que são de grupos de risco nessa pandemia: nossos velhos e nossas velhas, que, para nós, são o nosso patrimônio, são nossos livros. Essa doença entra pelos rios, entra pelas estradas, e ela consegue uma contaminação pelo ar (Menezes Neto; Barreto; Vailati; 2020, p. 308).

O que há de mais sagrado entre os povos indígenas são os saberes transmitidos oralmente pelos anciãos, guardiões da memória ancestral, dos mitos, das histórias,

das canções e da língua nativa que são especialmente mais vulneráveis ao coronavírus: “Essas mortes equivalem a incêndios em nossas bibliotecas, com a diferença de que os livros não poderão ser repostos e, com isso, a transmissão da memória aos jovens é interrompida” (Vilaça, 2020, p.11).

O não indígena não consegue entender que os nossos velhos têm um valor muito maior na nossa cosmogenia, que está além do que é capital. Se um velho nosso morrer é como se acabasse uma parte da nossa história. A gente não está falando de valores econômicos, a gente está falando de valores espirituais, de valores educacionais, de valores de saberes, de entendimentos do que é a humanidade (Menezes Neto; Barreto; Vailati; 2020, p. 310-11).

Os mais velhos são, para nós, fonte dos saberes que são transmitidos pela oralidade. Quando um deles morre, seca uma fonte da sabedoria. Nossos rios choram, nossas árvores se entristecem (Pankará, 2020, p. 2).

Os idosos são o patrimônio mais precioso dos povos indígenas e são também os mais vulneráveis à covid-19. A morte abrupta destes e, com isso, a perda da transmissão oral, representa uma perda incomensurável sob os olhos da sociedade não indígena. A experiência da morte e de adoecimento é singular à cultura de cada povo e suas representações e repercussões são distintas e diversas.

Especialmente em comunidades tradicionais, quando uma pessoa indígena adocece, os parentes necessitam ficar próximos para que a pessoa não piore. Se o doente se encontra em risco de morte, os parentes não podem sair de perto, pois necessitam constantemente lembrar ao moribundo de que eles são seus parentes de verdade e não os espíritos que tentam levá-lo para a outra dimensão, e de que é preciso ficar neste mundo (Vilaça, 2020). Portanto, a presença dos parentes ao lado do doente é fundamental para evitar sua morte. Os pajés e xamãs também necessitam entrar em contato com o doente para realizar suas práticas de cura. No cenário da pandemia da covid-19, no qual os protocolos sanitários preconizavam o isolamento do doente de seus familiares para prevenir a contaminação dos demais, essa situação ficou bastante complexa.

Nossos pajés começam a fazer seus rituais, e como fazer um ritual se tu não podes ter contato com o outro? Mas nós vamos vencer porque a gente já passou por tanta coisa juntos: invasão, genocídio, etnocídio... (Menezes Neto; Barreto; Vailati; 2020, p. 311).

E, nesse sentido, os povos indígenas precisaram manifestar forte resistência e recuperar os saberes acumulados na superação de outras epidemias. As práticas de cura e cuidado utilizadas pelos povos indígenas durante as epidemias merecem atenção e respeito e precisam ser conhecidas e valorizadas pelos profissionais de saúde que atuam nas comunidades, pois cada povo tem suas referências, técnicas medicinais e orientações tradicionais específicas e singulares (Pankará, 2020).

O diálogo intercultural se faz, portanto, extremamente necessário na negociação do cuidado compartilhado, a fim de causar maior bem-estar ao maior número possível de pessoas envolvidas (Singer, 2002), menor dano e maior benefício aos pacientes e seus familiares (Beauchamp; Childress, 2002) e ainda respeitar a autodeterminação e as práticas de auto atenção de cada indivíduo e cada povo (Pithan, 2005). Se os atores envolvidos estiverem atravessados por informações duvidosas, confusas e falsas sobre a doença e suas formas de prevenção e tratamento, as dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde aumentam e o cenário se torna catastrófico.

Além do medo de contrair a doença e de dizimarem suas comunidades (Menezes Neto; Barreto; Vailati; 2020), os indígenas têm medo de serem encaminhados para as cidades e não serem salvos ou bem assistidos pelo risco de abusos e negligências por parte dos serviços de saúde e instituições, como é ilustrado pelo descaso com o corpo do falecido e com rituais fúnebres, citado pelo supervisor 11:

Que aí fica aqui e o cadáver some, como sumiu, e isso repercute. Então, pensa: essas pessoas sabem muitas vezes que estão daquele jeito e que vão morrer. Eles não são médicos, mas eles já viram muita criança morrer e sabem que os brancos não vão resolver também. Porque é essa a ideia o tempo todo que os Yanomamis não sabem nada. E eles sabem da vida deles, eles têm a experiência deles (roda de conversa, supervisor 11).

É preciso, portanto, respeitar os saberes dos povos indígenas, reconhecendo-os e aprendendo com eles, inclusive, quanto aos cuidados com a terra e o planeta como um todo. A situação do planeta está cada vez pior e a pandemia chamou a atenção para isso. A política desenvolvimentista avança com sua necropolítica e com a política de depredação da floresta, cerrado e savana e toda a forma de vida do planeta, por meio da extração de madeira e minérios, pela contaminação das águas dos rios e mares, da terra e do ar. Os povos indígenas, com seus saberes e práticas, são verdadeiros guardiões da floresta e demais biomas e são extremamente necessários para sua defesa e manutenção. No entanto, para Krenak (2020), ainda há esperança. Se

fomos capazes de agir em meio à pandemia, nos isolando em nossas casas, também somos capazes de ouvir as necessidades do planeta, constantemente apresentadas pelos povos indígenas e sua luta:

Foi impressionante, durante a pandemia, como aceitamos a convocatória para ficar em casa e fazer o distanciamento social. Salvo alguns excêntricos, todo mundo que pôde concordou com ela. Ora, se somos capazes de ouvir um comando desses, todos ao mesmo tempo, de permanecermos em casa, por que não seríamos capazes de ouvir o comando de parar de preda o planeta? (Krenak, 2020, p. 54-5).

Considerações finais

A prescrição do *Kit-covid* para os povos indígenas foi uma medida extremamente inadequada e representou uma política pública em saúde baseada em notícias falsas ou incompletas e que nega a ciência e suas evidências. O enviesamento das ações políticas por motivo de ideologias próprias causou enorme dano e ofertou às populações o pior dentre as ações possíveis no combate a uma pandemia. No que tange às populações indígenas, vulnerabilizadas desde a colonização e em constante ameaça à sua sobrevivência e de seus saberes tradicionais, as políticas que direcionaram para o chamado “tratamento precoce” e para o atraso na chegada das vacinas foram medidas potencialmente devastadoras. A política de isolamento e as ações coletivas promovidas pelos indígenas, no entanto, foram formas micropolíticas de resistência e redução de danos aos povos indígenas ao viabilizarem o fornecimento de insumos alimentares e de de higiene de forma segura durante essa fase. Ainda assim, a crise sanitária da saúde indígena se agravou devido à piora dos indicadores de saúde em outras esferas, como na endemia de malária e outras doenças infectoparasitárias e com a desnutrição entre os Yanomamis.

A posição dos médicos e supervisores de áreas indígenas contrários à prescrição do *Kit-covid* foi de completa impotência diante do descaso da gestão, da ampla disseminação de *fake news*, de campanhas antivacinas, da oferta inadequada de medicamentos e exames, e por falhas na condução de políticas públicas voltadas para o combate à malária e desnutrição.

Não adiantava aos supervisores e médicos orientarem ações baseadas nas evidências, nem debater com pacientes e gestores sobre o uso adequado dos medicamentos antimaláricos, se o fornecimento dos medicamentos do *Kit-covid* era incentivado para a

prevenção e combate à covid-19, por todos os lados e por diversos atores, prescindindo-se de prescrição médica ou exames.

Tais falhas no setor da gestão em Saúde Indígena representaram a má administração de verbas públicas da saúde, colocaram em risco a credibilidade da ciência e encontraram eco na necropolítica administrada por outras frentes. Necropolítica tal que, historicamente, vulnerabiliza as populações indígenas, as desqualifica e descarta; e inviabiliza o pleno exercício da autodeterminação dos povos, prevista na Constituição Federal, ficando sua integridade, seus valores e costumes cada vez mais ameaçados.

É preciso olhar para as populações indígenas de maneira diferenciada, protegendo-as, valorizando-as, e ofertando serviços de saúde públicos e de qualidade capazes de preservar a vida e evitar danos causados por intervenções médicas inadequadas. A ciência deve caminhar junto das políticas públicas em saúde em prol da promoção de ações eficazes na preservação dos povos originários e suas tradições.

Referências

Asano CL, *et al.* Direitos na Pandemia: mapeamento e análise das normas jurídicas de resposta à Covid-19 no Brasil. Boletim n. 10. São Paulo: CEPEDISA; Conectas, 2021. 57 p. Disponível em: https://cepedisa.fsp.usp.br/wp-content/uploads/2023/02/Boletim_Direitos-na-Pandemia_ed_10.pdf. Acesso em 15 de setembro de 2021.

Beauchamp TL, Childress JF. Princípios de Ética Biomédica. São Paulo: Loyola; 2002.

Brasil. Ministério da Educação. Portaria nº 585, de 15/06/2015. Dispõe sobre a regulamentação da Supervisão Acadêmica no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; 15/06/2015. Disponível em: <https://abmes.org.br/legislacoes/detalhe/4416/portaria-mec-n-585>.

Brasil. Ministério da Saúde. Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID-19) em Povos Indígenas. Brasília, DF: 2020a. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/04/1095139/plano_de_contingencia_da_saude_indigena_preliminar.pdf. Acesso em 28 de janeiro de 2026.

Brasil. Ministério da Saúde. Plano Distrital de Contingência para infecção humana pelo novo Coronavírus (COVID-19) em povos indígenas sob jurisdição do Distrito Sanitário Especial Indígena de Porto Velho. Brasília, DF: 2020b. Disponível em: <https://saudeindigena.fiocruz.br/items/1e014ac0-3b80-4016-b9d4-0d5cf505bda1>. Acesso em 28 de janeiro de 2026.

Brasil. Ministério da Saúde. Nota informativa nº 17/2020 - SE/GAB/SE/MS: orientações do Ministério da Saúde para manuseio medicamentoso precoce de pacientes com diagnóstico da COVID-19. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020c. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/arquivos/orientacoes-manuseio-medicamentoso-covid19-pdf>.

Brasil. Ministério da Saúde. Guia de tratamento da malária no Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis: Brasília, DF:2020d. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_tratamento_malaria_brasil.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico: malária 2020. Número especial. Brasília, DF: Ministério da Saúde, nov. 2020e. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2020/boletim_especial_malaria_1dez20_final.pdf/view?utm_source=chatgpt.com.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Relatório das ações realizadas pela SESAI para enfrentamento da pandemia da Covid-19: semana epidemiológica 36/2021. Brasília, DF: 2021a. Disponível em:

<https://saudeindigena.fiocruz.br/items/feb78dec-7dad-4fa9-9d89-eb01a1d789f5/full>. Acesso em janeiro de 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Departamento de Atenção à Saúde Indígena. Coordenação de Gestão da Atenção à Saúde Indígena. Nota Técnica nº 7/2021 - COGASI/DASI/SESAI/MS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021b. Disponível em: https://portal covid19.saude.mn.gov.br/wp-content/uploads/2020/04/Nota_Tecnica_n__7_2021_COGASI_DASI_SESAI_MS-indigenas.pdf. Acesso em: 27 mar. 2026.

Brasil. Ministério da Saúde. LocalizaSUS. Conecte SUS - Dados e informações sobre a Campanha Nacional de Vacinação contra a Covid-19. 2021c. Disponível em: <https://localizasus.saude.gov.br/>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Informe epidemiológico: COVID-19 em populações indígenas. Brasília, DF, 2021d.

Brasil. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra Covid-19. Brasília, DF: 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/>

saude-de-a-a-z/c/covid-19/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/plano-nacional-de-operacionalizacao-da-vacinacao-contra-covid-19.pdf/view. Acesso em 28 de janeiro de 2026.

Brito J. Governo enviou cloroquina a indígenas Yanomami para tratar Covid-19. CNN Brasil, São Paulo, 25 maio 2021. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/governo-enviou-cloroquina-a-indigenas-yanomami-para-tratar-covid-19/>.

Conselho Federal de Medicina. CFM condiciona uso de cloroquina e hidroxiclороquina a critério médico e consentimento do paciente. Brasília, DF, 23 abr. 2020. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/noticias/cfm-condiciona-uso-de-cloroquina-e-hidroxiclороquina-a-criterio-medico-e-consentimento-do-paciente>.

CNN Brasil (Editorial). Governo lança campanha ‘Brasil Não Pode Parar’ contra medidas de isolamento. 27/03/2020. 2020. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/politica/governo-lanca-campanha-brasil-nao-pode-parar-contra-medidas-de-isolamento/>.

Freire P. Pedagogia do Oprimido. 17ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.

Garrafa V. 2020 - Ano especialmente difícil: acesso à vacinas – direito universal ou objeto de consumo? Revista Brasileira de Bioética 2020; 16(1):1-3. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/38606>

G1. Não foi negligência, foi política pensada’, diz jurista sobre ações de Bolsonaro ‘a favor’ do coronavírus. G1 – Política, 15 set. 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2021/09/15/nao-foi-negligencia-foi-politica-pensada-diz-jurista-sobre-acoes-de-bolsonaro-a-favor-do-coronavirus.ghtml>. Acesso em 15 de setembro de 2021.

Krenak A. A vida não é útil. 1ª ed. São Paulo: Companhia das Letras; 2020. 126p.

Mbembe A. Necropolítica. 3ª ed. São Paulo: Edições N-1. 2018. 80p.

Menezes Neto H, Barreto FS, Vailati A. Ambientes e Saberes em Conflito: a experiência social indígena em tempo de COVID-19. Entrevista com Eliene Putira Sacuena (PPGA/UFGA) e Elisa Urbano Ramos (PPGA/UFPE). Revista Antropológicas 2020;31(1):308-316. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaantropologicas/article/download/245313/36745>.

Nobre N. CFM volta a defender autonomia de médicos para prescrever hidroxiclороquina contra Covid-19. Brasília, DF, 4 nov. 2021. Disponível em: <https://www.camara>.

leg.br/noticias/823744-cfm-volta-a-defender-autonomia-de-medicos-para-prescrever-hidroxicloroquina-contracovid-19.

Pankará C. Covid-19 e o impacto nas populações indígenas. In: POVOS INDÍGENAS frente à Covid-19: relatos indígenas. 2020. Disponível em: <https://saudeindigena.fiocruz.br/items/baeae82e-6e62-4671-ae12-2e215416671b>.

Passos E, Kastrup V, Escóssia L. Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina; 2015. 207p.

Paulino GKF, Almeida SL. A produção e o consumo de alimentos na comunidade indígena do Parnásio e as implicações para o processo saúde-doença e cuidado. In:

Pithan OA. O modelo Hekura para interromper a transmissão da malária: uma experiência de ações integradas de controle com os indígenas Yanomami na virada do século XX (dissertação). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fiocruz; 2005. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/5372>.

Rolnik S. Cartografia Sentimental: Transformações contemporâneas do desejo. 2ª ed. Porto Alegre: Sulina; 2016. 248 p.

Santos-Pinto CDB, Miranda ES, Osorio-de-Castro CGS. O “Kit-covid” e o Programa Farmácia Popular do Brasil. Cadernos de Saúde Pública 2021;37(2):1-5. Disponível em: <https://scielosp.org/article/csp/2021.v37n2/e00348020/>.

Scherer LM. A política externa do governo Bolsonaro: a autonomia pelo distanciamento. Revista Relações Exteriores, 23 jun. 2021. Disponível em: <https://relacoesexteriores.com.br/politica-externa-governo-bolsonaro/>.

Singer P. Ética prática. São Paulo: Martins Fontes; 2002. 399 p.

Valente R. Saúde diz, em ofício, que usa ivermectina e ‘ kit covid ‘ em indígenas de RO. [portal eletrônico] 18/03/2021. UOL; 2021. p. 1-11. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/colunas/rubens-valente/2021/03/18/covid-19-indigenas-ivermectina-kit-medicacao-ministerio-da-saude.htm>.

Vilaça A. Morte na floresta. 1ª ed. São Paulo: Todavia; 2020. 56p.

Conflito de interesses

Não há.

Colaboração

Freitas FPP participou da concepção, análise e interpretação dos dados, bem como da redação do artigo. Franco TB contribuiu com a redação do artigo e com a revisão do conteúdo.

Correspondência

F. P. P. Freitas

Departamento de Planejamento em Saúde. Universidade Federal Fluminense. Rua Marquês de Paraná, 303, Anexo, 3º andar, Centro, CEP 24033-900, Niterói-RJ, Brasil.

fernandappfreitas@gmail.com

Recebido em: 17/03/2022. Revisado em: 19/09/2025. Aprovado em: 30/03/2026.

Editora responsável

Flávia Reis de Andrade

(<https://orcid.org/0000-0001-9461-0325>)