

Os povos indígenas e o enfrentamento da Covid-19 no Brasil: a atuação da Suprema Corte

Indigenous peoples and the confrontation of Covid-19 in Brazil: the role of the Supreme Court

Pueblos indígenas y el enfrentamiento a la Covid-19 en Brasil: el papel del Tribunal Supremo

Recebido: 15/09/2022 | Revisado: 25/09/2022 | Aceitado: 26/09/2022 | Publicado: 05/10/2022

Beatriz Lopes Rodrigues

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1697-2694>
Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil
E-mail: beatrizlopesr@outlook.com

Orione Dantas de Medeiros

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9183-1218>
Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil
E-mail: orione.dantas@ufrn.br

Resumo

Objetivo: investigar a performance do Supremo Tribunal Federal (STF), no contexto da pandemia do Covid-19, em defesa do direito à saúde dos povos indígenas. *Metodologia:* por meio de pesquisa jurisprudencial, legislativa e bibliográfica, identificou-se, de março de 2020 a junho de 2022, uma importante decisão no âmbito da Suprema Corte, sobre o tema aqui tratado. Trata-se da ADPF nº 709, proposta pela associação “Articulação dos Povos Indígenas do Brasil” (APIB) e seis partidos políticos, julgada em 5-8-2020. *Resultado:* Nessa arguição, o Tribunal deferiu parcialmente o pedido de extensão da assistência do Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (SasiSUS) a todos os indígenas brasileiros. Determinou que o SasiSUS atendesse a todos os indígenas em aldeias tribais, independentemente da situação de seus territórios. Segundo o Relator, ser indígena é uma questão de identidade e não exige nenhuma medida, por parte da União, para legalizar ou reconhecer seu território, como ressalta a Convenção 169 da OIT. *Considerações finais:* o desempenho da Suprema Corte foi positiva. Tomou-se decisões polêmicas. E, justamente em virtude da natureza polêmica de algumas decisões, formou-se no Brasil uma opinião polarizada entre aqueles que defendem a atuação dos ministros da corte e aquele que a repugnam, acusando-os de atuarem fora da Constituição.

Palavras-chave: Direitos humanos; Povos indígenas; Pandemia da Covid-19; Atuação da suprema corte.

Abstract

Objective: to investigate the performance of the Federal Supreme Court (STF), in the context of the Covid-19 pandemic, in defense of the right to health of indigenous peoples. *Methodology:* through jurisprudential, legislative and bibliographic research, from March 2020 to June 2022, an important decision was identified within the scope of the Supreme Court, on the subject discussed here. This is ADPF nº 709, proposed by the association “Articulation of the Indigenous Peoples of Brazil” (APIB) and six political parties, judged on 8-5-2020. *Result:* In this claim, the Court partially granted the request to extend assistance from the Health Care Subsystem for Indigenous Peoples (SasiSUS) to all Brazilian indigenous people. It determined that SasiSUS would serve all indigenous people in tribal villages, regardless of the situation in their territories. According to the Rapporteur, being indigenous is a matter of identity and does not require any action on the part of the Union to legalize or recognize its territory, as underlined by ILO Convention 169. *Final considerations:* the performance of the Supreme Court was positive. Controversial decisions were made. And, precisely because of the controversial nature of some decisions, a polarized opinion was formed in Brazil between those who defend the performance of court ministers and those who repudiate it, accusing them of acting outside the Constitution.

Keywords: Human rights; Indian people; Covid-19 pandemic; Action of the supreme court.

Resumen

Objetivo: investigar la actuación del Supremo Tribunal Federal (STF), en el contexto de la pandemia de la Covid-19, en defensa del derecho a la salud de los pueblos indígenas. *Metodología:* a través de una investigación jurisprudencial, legislativa y bibliográfica, desde marzo de 2020 hasta junio de 2022, se identificó una decisión importante en el ámbito de la Corte Suprema, sobre el tema aquí tratado. Se trata de la ADPF nº 709, propuesta por la asociación “Articulación de los Pueblos Indígenas de Brasil” (APIB) y seis partidos políticos, juzgada el 5-8-2020. *Resultado:* En este alegato, la Corte

concedió parcialmente la solicitud de extensión de la asistencia del Subsistema de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas (SasiSUS) a todos los indígenas brasileños. Determinó que SasiSUS serviría a todos los pueblos indígenas en las aldeas tribales, independientemente de la situación en sus territorios. Según la Relatora, ser indígena es una cuestión de identidad y no requiere ninguna acción por parte de la Unión para legalizar o reconocer su territorio, como lo subraya el Convenio 169 de la OIT. *Consideraciones finales:* el desempeño de la Corte Suprema fue positivo. Se tomaron decisiones controvertidas. Y, precisamente por el carácter controvertido de algunas decisiones, se formó en Brasil una opinión polarizada entre quienes defienden la actuación de los ministros de la corte y quienes la repudian, acusándolos de actuar fuera de la Constitución.

Palabras clave: Derechos humanos; Gente india; Pandemia de COVID-19; Acción de la corte suprema.

1. Introdução

A pandemia do novo coronavírus (Covid-19) pegou a todos de surpresa. Pessoas, grupos vulneráveis e instituições públicas foram obrigados a readequar suas rotinas e expectativas. O impacto causado pela pandemia na vida das pessoas foi tão grande, que é possível hoje imaginar a dimensão desse estrago pelo número de mortes provocados. Pelos dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), já são mais de 6 milhões de mortes confirmadas, espalhadas por todo o planeta Terra, sem levar em conta, as mortes que não foram informadas, portanto, não estando nos dados estatísticos (OMS, 2022).¹ No Brasil, a pandemia já causou mais de 680 mil mortes.² São dados alarmantes, só visto em tempos de guerra.

Embora o vírus não escolhesse raça, etnia, sexo, idade, parece que no Brasil, os grupos vulneráveis têm sido os que mais sofreram na pandemia, principalmente os povos indígenas, em seu direito à dignidade, à vida, à saúde e a residir no seu próprio território. Nos termos da Constituição Federal de 1988, é dever constitucional do governo federal a providência de medidas adequadas e suficientes para prevenir o contágio pelo Covid-19 nas comunidades indígenas (Brasil, 1988).

É importante conhecer um pouco do que ocorreu no Brasil com o direito à saúde dos povos indígenas, durante a pandemia, de março 2020 a junho de 2022. Esse período é merecedor de um estudo, sobretudo pelas demandas judiciais no âmbito do Supremo Tribunal Federal (STF), questionando a atuação do governo federal, para garantir o direito dos povos indígenas.

Nesse sentido, tome-se a título de exemplo, a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 709, ajuizada no dia 01 de julho de 2020, pela associação “Articulação dos Povos Indígenas do Brasil” (APIB) e seis partidos políticos, alegando que o Poder Público falhava na proteção dos povos indígenas com relação à pandemia, exigindo medidas de proteção contra a propagação do Covid-19 dentro de suas comunidades (Brasil, 2020b).

Segundo os demandantes, o governo federal não adotou medidas adequadas e suficientes para prevenir os povos indígenas do contágio pelo novo coronavírus. Tal comportamento viola frontalmente os preceitos da Constituição Federal de 1988 relativos à dignidade da pessoa humana (art. 1º, III), o direito à vida (art. 5º, *caput*) e à saúde (arts. 6º e 196), bem como o direito dos povos indígenas de viver em seus próprios territórios, de acordo com suas culturas e tradições (art. 231).

O que levou o governo federal a agir desse modo, no período da pandemia, em relação aos direitos constitucionais dos povos indígenas, a ponto de ser demandado judicialmente?

O objetivo do artigo é investigar como se deu a performance do Supremo Tribunal Federal, no contexto de pandemia, em defesa do direito à saúde dos povos indígenas.

¹ De acordo com painel da OMS sobre o coronavírus (Covid-19), globalmente, em 15 de setembro de 2022, houve 607.745.726 casos confirmados de COVID-19, relatados à OMS, incluindo 6.498.747 mortes. Acesso em: 15 set. 2022.

² No momento em que escrevemos essas linhas, o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass) atualizou os números diários sobre a pandemia do novo coronavírus no Brasil. Segundo os últimos dados, o país agora possui 34.558.902 casos confirmados e 685.121 mortes pelo Covid-19. Painel Nacional: Covid-19. Disponível em: <https://www.conass.org.br/painelconasscovid19/>. Acesso em: 15 set. 2022.

2. Metodologia

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, considerando que se busca uma revisão da literatura na qual se mostra a capacidade de levantamento de informações, por meio de livros, artigos científicos, documentos monográficos, periódicos (jornais, revistas, etc.), decisões judiciais, legislação, textos disponíveis em *sites* confiáveis (Marconi & Lakatos, 2021).

Para possibilitar à sociedade o acompanhamento da atuação do Supremo Tribunal Federal durante a pandemia do coronavírus, a Corte Suprema criou um *site* especial intitulado “Combate à Covid-19”. Também foram compilados casos relacionados à Covid-19 e publicados pelo Tribunal na obra *Case Law Compilation: Covid-19*, no ano de 2020 e 2021.

Fez-se uma triagem da jurisprudência do STF, do período de março de 2020 a junho de 2022, referente ao tema “o direito à saúde e ao combate à Covid-19”, relacionado aos povos indígenas; ações e recursos na Suprema Corte. As decisões pesquisadas foram selecionadas.

Em relação especificamente à saúde dos povos indígenas, relevante decisão foi encontrada na ADPF 709 MC-REF proposta pela associação “Articulação dos Povos Indígenas do Brasil” (Apib) e seis partidos políticos, que alegaram ter o Poder Público falhado na proteção dos povos indígenas no combate à pandemia, exigindo medidas de proteção contra a propagação do Covid-19 dentro de suas comunidades.

Também foram consultadas legislação pertinente, relatório das Conferências Nacionais de Proteção à Saúde Indígena, além de documentos e *sites*, realizando uma atualização de dados em órgão governamentais e não-governamentais nacionais e internacionais, bem como da revisão bibliográfica sobre o tema.

Para o desenvolvimento da revisão bibliográfica, utilizou-se da literatura produzida sobre a temática, encontrado na plataforma *Google* acadêmico, publicada principalmente dentro do período acima referido. O *Google* acadêmico é uma ferramenta do *Google* que possibilita a localização de artigos, teses, dissertações e outras publicações úteis para pesquisadores.

Além disso, realizou-se um percurso histórico do novo coronavírus, desde seu aparecimento, sua propagação pela Europa e demais continentes, e o primeiro caso registrado no Brasil. Conceitualmente, no tocante aos povos indígenas brasileiros, o Plano Geral de Combate à pandemia da Covid-19, que discrimina indígenas aldeados e não aldeados, foi visto criticamente como um reflexo da imagem simplificada e estereotipada, presentes tanto na historiografia tradicional, quanto nos livros didáticos que a reproduzem (Lima, 1995).

A síntese das discussões revela que no Brasil o contexto da pandemia da Covid-19, em busca de superar espaço de omissão, tem causado tensão entre os órgãos responsáveis pelo combate, tanto na fiscalização como no planejamento e na execução de políticas públicas relacionada à saúde dos povos indígenas, e a Suprema Corte, esta incumbida de garantir a tutela do direito constitucional à saúde.

3. Covid-19 (Novo Coronavírus): a Pandemia que Transformou o Mundo

De início, é importante contextualizar a pandemia do novo coronavírus, a sua origem e seu impacto no Brasil. O novo coronavírus foi detectado na China e rapidamente o mundo tornou-se palco de uma pandemia que produziu perdas significativas de vidas, estagnação de atividades econômicas, fechamento das fronteiras de Estados e outros problemas decorrentes de uma grave crise sanitária e humanitária.

Tudo começa, em dezembro de 2019, quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) é alertada do problema de vários casos de pneumonia na cidade chinesa de Wuhan, província de Hubei. Tratava-se de uma nova cepa (tipo) de coronavírus que não havia sido identificada antes em seres humanos.

Em 7 de janeiro de 2020, as autoridades chinesas confirmaram que haviam identificado um novo tipo de coronavírus. Os coronavírus estão por toda parte. Eles são a segunda principal causa de resfriado comum (após rinovírus) e, até as últimas décadas, raramente causavam doenças mais graves em humanos do que o resfriado comum (OMS, 2022). Talvez, isso tenha levado alguns chefes de governo a considerar “o corona” (como ficou conhecido o coronavírus, no meio popular), de uma “gripezinha”. Mas, poucos sabiam que se tratava de uma pandemia que marcou o século XXI.

Sobre a identificação dos coronavírus, a OMS esclarece que:

Ao todo, sete coronavírus humanos (HCoV) já foram identificados: HCoV-229E, HCoV-OC43, HCoV-NL63, HCoV-HKU1, SARS-COV (que causa síndrome respiratória aguda grave), MERS-COV (que causa síndrome respiratória do Oriente Médio) e o, mais recente, novo coronavírus (que no início foi temporariamente nomeado 2019-nCoV e, em 11 de fevereiro de 2020, recebeu o nome de SARS-CoV-2). Esse novo coronavírus é responsável por causar a doença COVID-19 (OMS, 2022).

Quatro semana depois, em 30 de janeiro de 2020, a OMS declarou que o surto do novo coronavírus constitui uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) – o mais alto nível de alerta da Organização, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional (RSI). Ressalta que tal decisão buscou aprimorar a coordenação, a cooperação e a solidariedade global para interromper a propagação do vírus (OMS, 2022).

O Regulamento Sanitário Internacional é um instrumento jurídico internacional vinculativo para 196 países em todo mundo, que inclui todos os Estados membros da OMS. De acordo com esse regulamento, a ESPII significa um evento extraordinário que, nos termos do presente Regulamento, é determinado como: “(i) constituindo um risco para a saúde pública para outros Estados, devido à propagação internacional de doença e (ii) potencialmente exigindo uma resposta internacional coordenada;” (OMS, 2007).

Segundo a OMS, é a sexta vez na história que uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional é declarada. Todas elas ocorridas durante esse século XXI. A pandemia do novo coronavírus, desde 2020 até agora, apesar de durar mais de dois anos, sacrificou mais de seis milhões de seres humanos. Um verdadeiro massacre.

Entretanto, levando-se em consideração a população mundial hoje, com cerca de mais de sete bilhões (ONU, 2022), é proporcionalmente bem menor do que as mortes ocorridas na peste negra, que se estima ter matado entre um terço e metade da população humana lá onde ela grassou, em enormes extensões da Eurásia, por volta de 1350. Também, a gripe dita espanhola, há cem anos atrás, matou de vinte milhões a cem milhões de pessoas, num planeta em que viviam cerca de 1,8 bilhões em 1920.³

O que justifica a pandemia da covid-19, até agora, apesar de já durar mais de dois anos, em um universo de 7,9 bilhões de habitantes (ONU, 2022), ter sacrificado mais de 6 milhões de seres humanos? Um montante elevado, mas proporcionalmente bem menor, quando compararmos com a peste negra e a gripe espanhola. Isso deveu-se a vacina, fruto da ciência e da tecnologia, e graças aos cuidados médicos e de enfermagem (ética do cuidado), entre os cuidados então sugeridos, o uso de máscaras, distanciamento físico, a higienização das mãos e o uso de álcool gel (Ribeiro, 2021).

No Brasil, tudo começou em 7 de fevereiro de 2020, quando 34 brasileiros foram trazidos da China para o Brasil em uma operação da Força Aérea brasileira, 19 dias depois, o país confirmava o primeiro caso de pessoa com o novo coronavírus. O grupo de repatriado da China foi liberado, no dia 23 daquele mês, depois de ficar em quarentena na Base Aérea de Anápolis e após de realizada a terceira e última coleta de material para exame resultar negativo. Em nota o Ministério da Saúde informou que, “todos

³ “Nascimento e civilização”, *Folha da Manhã*, São Paulo, 27 jul. 1952. Disponível em: <http://almanaque.folha.uol.com.br/cotidiano-27jul1952.htm>.

os hóspedes da Base Aérea de Anápolis, que permanecem com o quadro assintomático, serão transportados, neste domingo, pela Força Aérea Brasileira para nove estados do Brasil”.

O Ministério da Saúde, também informou em boletim epidemiológico, que, no período entre 18 de janeiro a 21 de fevereiro de 2020, não havia nenhum caso confirmado da doença, embora tenham sido notificados 154 casos para investigação de possível contaminação pelo Coronavírus (Covid-19) (Reinach, 2020).

Do ponto de vista legal, o combate mais direito da pandemia é regulado pela Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que contém diretrizes sobre quarentena e isolamento, uso obrigatório de máscaras, exames, tratamentos e vacinas, restrições à locomoção, atividades essenciais, expropriação de bens privados e regras mais flexíveis para licitações e importações (Brasil, 2020).

Desde aquela data até os dias atuais, no Brasil, segundo os dados divulgados pelo Conselho Nacional dos Secretários de Saúde, o país agora possui 34.558.902 casos confirmados e 685.121 mortes pelo Covid-19 (Conass, 2022).

4. Direito à Saúde Diferenciada no Brasil: Aspectos Históricos e Legais

O serviço de saúde é uma das políticas públicas mais importantes de proteção aos povos indígenas, sobretudo em crise sanitária mundial, como a pandemia da Covid-19. O que fazer diante de um contexto no qual a letalidade de doenças e as dificuldades para atendimento e socorro causam aos indígenas mortalidade acima da média da população brasileira? Como enfrentar os problemas relacionados à saúde, quando estes problemas se apresentam como fator principal de decréscimo das populações indígenas? Assegurar o direito à saúde assume uma importância a mais, porque representa a garantia de sobrevivência física e cultural dessas populações (Villares, 2009).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) conceitua a saúde como sendo não apenas à ausência de doenças, mas o bem-estar físico, mental e social completo. Na sociedade contemporânea, isso implica no acesso a um conjunto de condições necessárias, tais como renda, moradia, alimentação, saneamento, meio ambiente, trabalho, educação, lazer, esporte, acesso às bens e tratamento médico-hospitalar, sempre respeitando as decisões dos grupos sociais ou não determinadas políticas públicas. A saúde é um direito do ser humano o qual se relaciona com diversos outros direitos, conforme definido em documentos de conferências e acordos internacionais, alguns assinados pelo Brasil, entre eles, no campo da saúde, a conferência de Alma-Ata, realizada em 1978, na ex-URSS, que foi um marco importante e apontou diretrizes na efetivação de uma atenção primária à saúde (Declaração de Alma-Ata, 1978).

No Brasil, entre 1986 a 1993, foram realizadas várias conferências nacionais de saúde e encontros específicos para tratar da saúde dos povos indígenas. Conforme assinala Ivan Soares Farias, o atual modelo de organização dos serviços de saúde para os povos indígenas surgiu nesse ambiente de discussão, nesse contexto de movimento de uma reforma sanitária, marcando um novo momento da participação na formulação das políticas públicas e assistenciais para a saúde indígena (Farias, 2011).

De fato, foi na Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, realizada em 1986 (Brasil, 1986), em um ambiente de redemocratização, que pela primeira vez, o Estado brasileiro reuniu representantes de várias etnias indígenas, além de órgãos públicos e organizações da sociedade civil que atuam em apoio à causa indígena, para discutir uma proposta de diretrizes relativas à saúde indígena, assumindo como dever do Estado a garantia da participação dos povos indígenas na construção, gestão e controle das ações e serviços de saúde, bem como reconhecimento como legítimas as necessidades e especificidades etnoculturais e geográficas dessas populações.

Ademais, a primeira Conferência Nacional deliberou basicamente sobre os seguintes pontos: 1) a responsabilidade da União para implementação da atenção à saúde indígena, bem como afirmou a necessidade desta política ser gerida por um único órgão, vinculado ao Ministério da Saúde e com representação indígena, garantindo a integração do sistema específico com o sistema nacional; 2) afirmou a centralidade do controle social e a necessidade de políticas que acolham as formas diferenciadas das etnias indígenas no cuidado com a saúde; 3) apontou para criação de um sistema de informação capaz de coletar e processar, de forma regular, os dados necessários a uma análise epidemiológica para retratar a dinâmica populacional, levando em conta a especificidade de cada povo.

Com o advento da Constituição Federal de 1988, estabeleceu-se um novo regime de saúde pública no país, constituindo o Sistema Único de Saúde (SUS), cujas ações e serviços públicos integram uma rede regionalizada e hierarquizada, organizadas a partir das seguintes diretrizes: i) descentralização com direção única em cada esfera de governo; ii) atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e iii) participação da comunidade (Brasil, 1988). Mas, mesmo aprovando a Lei nº 8.080 de 1990, que regulamenta a organização e o funcionamento do SUS, inicialmente não teve qualquer atenção com a implementação de uma política diferenciada de saúde destinada aos povos indígenas (Moura, A. D. M, et al., 2021).

Consciente da imperfeição do SUS, a II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas realizada em 1993 (Brasil, 1993), com ampla participação das populações indígenas, construiu um modelo de saúde diferenciado a ser implementado a partir da criação de um subsistema de atenção à saúde, específico para atender aos povos indígenas.

Pois, através da lei nº 9.836/1999, foi estabelecido o Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (SasiSUS), passando a gestão da saúde indígena da Fundação Nacional do Índio (FUNAI) para a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). O Subsistema nasce vinculado ao SUS e baseado na estratégia administrativa de ação a partir da criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), como forma de garantir aos povos indígenas o direito ao acesso universal e integral à saúde a partir de suas necessidades e especificidades culturais, bem como envolvendo a participação dessa população em todas as etapas do processo de planejamento, execução e avaliação das ações de assistência à saúde (Langdon & Cardoso, 2015).

Nesse passo, mais três conferências se seguiram como forma de aperfeiçoar o SasiSUS, que seja na sua estrutura administrativa, quer seja incorporando as reivindicações e mobilizações das populações indígenas em relação ao acesso, controle e financiamento da atenção diferenciada. Mesmo assim, várias críticas foram feitas no tocante à maneira como foram implementadas as ações nos estados e municípios, principalmente por causa dos inúmeros conflitos locais entre índios e gestores. Em 2010, como uma demanda advinda dessas conferências de saúde, foi criada a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), órgão ligado diretamente ao Ministério da Saúde e de caráter executivo (Moura, A. D. M, et al., 2021).

Dentro dessa estrutura orgânica, no âmbito da FUNASA, foram criados 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas, todos vinculados à SESAI. Estes distritos permaneceram divididos estrategicamente por critérios epidemiológicos, étnicos e territoriais, tendo como base a ocupação geográfica das comunidades indígenas, não obedecendo aos limites dos estados. Na estrutura de atendimento na Atenção Primária, conta com Unidades Básicas de Saúde Indígenas dentro das aldeias, nos Polos Bases, com atendimento através das Equipes Multidisciplinar de Saúde Indígena (compostas por médicos, enfermeiros, agentes indígenas de saúde, técnicos de enfermagem, odontólogos, entre outros) e com acompanhamento dos Conselhos Locais de Saúde. Além disso, outras estruturas auxiliam o atendimento à essa população, como as Casas de Apoio à Saúde Indígena (CASAI), que recebem os indígenas para o atendimento de média e alta complexidade, bem como realizam atendimento aos indígenas que estão momentaneamente nas cidades.

A IV Conferência Nacional de Saúde dos Povos Indígenas, realizada entre 27 a 31 de março de 2006, destaca-se por ter retomado as reivindicações quanto à reestruturação/reorganização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas para transformá-los em unidades gestoras, com autonomia política, financeira e administrativa, extensiva aos Pólos Base, garantindo a participação de representantes indicados pelos povos indígenas, submetidos ao controle social. (Brasil, 2006).

Ressalte-se o fato de que foi nessa Conferência que se reafirmou a necessidade de atenção à saúde dos indígenas que vivem fora de seus territórios e dos povos em demanda de reconhecimento, apontando para que fossem respeitados os direitos dessas populações, inclusive quanto ao atendimento à saúde, independentemente das condições de demarcação ou não de seus territórios ou mesmo de outras condições de discriminação e sonegação de direitos.

Igualmente destacou-se que a demarcação e proteção dos territórios indígenas são condição indispensável à melhoria da saúde e da vida dessa população. Foi também na IV Conferência que se construiu outras propostas visando à garantia da proteção às terras indígenas; segurança alimentar; ampliação da participação da mulher indígena na atenção à saúde e no controle social; respeito às práticas tradicionais de cura e de autocuidado; ética nos estudos e pesquisas aplicados às demandas dos povos indígenas, assim como o fortalecimento da participação e controle social.

Entretanto, quando comparados aos dados disponíveis para o restante da população brasileira, são evidentes as desigualdades que persistem após quase duas décadas de existência do subsistema de atenção à saúde indígena. A maioria das etnias indígenas ainda se encontra submetida à situação precária em termos de acesso aos serviços de saúde. Sabemos o quanto essa atual estrutura da SESAI ainda é deficitária e das discrepâncias de implementação dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI) e dos demais segmentos administrativos. No entanto, é um sistema pensado ao longo desses anos, desde a sua criação, com a participação indígena e, de certa forma, apesar dos problemas apresentados e com os quais concordamos, é contundente entre os pesquisadores e indígenas a reafirmação da importância do mesmo enquanto modelo de atenção primária à saúde e da necessidade de ampliar e estruturar melhor o sistema (Mendes, A. M., et al., 2018).

Por fim, parece persistir em todas as regiões do país, esses problemas apontados, em face dos limites na implementação da política nacional de atenção à saúde diferenciada, sendo agravados em contextos nos quais as etnias vivenciam a invisibilidade e/ou negação de sua identidade indígena, o que certamente obstaculiza ainda mais o acesso aos seus direitos – dentre eles a saúde diferenciada. Tudo isso ficou visível, quando do julgamento das ações impetradas no Supremo Tribunal Federal. É o que se verifica a seguir.

5. Jurisprudência do STF e a Covid-19: ano de 2020 a 2022

No Brasil, o contexto da pandemia foi um dos mais críticos do mundo, com elevados números de mortos e infectados e com ocupação de leitos de UTI no limite da capacidade do sistema de saúde. Do ponto de vista da economia, verificou-se uma queda do PIB brasileiro e o aumento da pobreza se tornou visível. O agravamento da crise econômica colocou na pauta do dia a histórica desigualdade estrutural existente, provocando um impacto desproporcional sobre as pessoas em situação de vulnerabilidade.

Diante desse cenário, o país viu-se na emergência não apenas de conter a propagação do vírus, mas também de minimizar os efeitos do desemprego e da miséria. Para agravar ainda mais, muitos dos conflitos decorrentes desse ambiente chegaram ao Poder Judiciário.

Com o crescimento dos efeitos da pandemia, as demandas sociais se transformaram em demandas judiciais. Pois, essa litigiosidade foi potencializada, possivelmente em razão da ausência de uma bem construída política de saúde e de uma visível

deficiência de diálogo entre os órgãos dos diversos poderes, cujos desencontros culminaram em grandes impasses. Ressalte-se que, à crise sanitária e humanitária somou-se uma crise política.

É justamente nessas horas de profunda crise, que o Poder Judiciário é chamado para solucionar litígios relacionados à temas da pandemia, tais como a competência dos entes federativos, a constitucionalidade de normas restritivas da liberdade de locomoção, a utilização de leitos de UTI e à proteção de populações vulneráveis, entre outros, O tema da prestação de políticas públicas, o problema da sua ineficiência exigiu a atuação do Supremo Tribunal Federal tanto no tocante ao plano de imunização quanto na adoção de medidas preventivas.

Nesse sentido, várias ações⁴ foram impetradas junto à Suprema Corte. Uma delas, tematizando a Covid-19 e os povos indígenas, foi a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) nº 709 MC-Ref.⁵

Os autores dessa ação apontaram uma série de atos comissivos e omissivos do Poder Público que, segundo eles, estavam causando alto risco de contágio e de extermínio.

A Constituição Federal de 1988 concede às associações profissionais o direito de apresentar arguição de descumprimento de preceito fundamental (ADPF)⁶ diretamente ao Supremo Tribunal Federal (art. 103, IX, da CF/88). Uma das questões formais suscitadas no ADPF 709 foi a legitimidade da associação “Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB) para figurar no polo ativo da ação. A Suprema Corte, ao examinar a questão, entendeu que definição de associação profissional deve ser entendida como o conjunto de pessoas que exercem a mesma atividade econômica e profissional, ou ainda, que sejam membros de associações que advoguem os interesses de grupos vulneráveis e/ou minoritários. Este último deve ser incluído para que a Corte possa cumprir sua missão institucional de proteger os direitos humanos. Portanto, foi reconhecida a legitimidade ativa da APIB para propor a ADPF, conforme a Constituição de 1988.

A Constituição assegura aos povos indígenas o direito à dignidade, à vida, à saúde e à residir no seu próprio território, nos termos dos artigos 231, §1; 5º e 6º. Assim como impõe ao governo federal o dever constitucional de providenciar medidas adequadas e suficientes para prevenir o contágio pelo Covid-19 em suas comunidades.

5.1 ADPF 709 no Supremo: povos indígenas e o direito de existir

Em julho de 2020, a APIB e seis partidos políticos ajuizaram arguição de descumprimento de preceito fundamental alegando que o Poder Público estava falhando na proteção dos povos indígenas com relação à pandemia da Covid-19.

Os autores sustentaram que a propagação da pandemia de Covid-19 estava tomando lugar rapidamente entre esses povos por causa de sua vulnerabilidade, tanto em relação à sua menor alavanca histórica de exposição a patologias e seu estilo de vida compartilhado pela comunidade. Além disso, argumentam que têm uma vulnerabilidade política por enfrentar uma grande dificuldade em ter seus interesses contemplados pelas instâncias majoritárias.

⁴ No período de 2020 a 2022, entre os vários temas relacionados à Covid-19 judicializados junto ao STF, podemos citar, entre outras: a ACO 3.518, j. 14.9.2021, que versou sobre a distribuição das doses pelo governo federal e ficou determinado que eventuais alterações da política nacional de distribuição dos imunizantes deveriam ser tempestivamente informadas aos Estados. A ADPF 754 MC-REF-16^a-TPI, j. 21.03.2022, que levou o STF a se manifestar diversas vezes sobre a necessidade de detalhamento do Plano Nacional de Imunização e determinou a divulgação da ordem de preferência entre os grupos prioritários com base em critérios técnico-científicos. (Portal *Combate à Covid-19*. <https://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=462946&ori=1>). Na ADI 6.341 MC-REF, ressaltou-se a possibilidade de os entes federativos adotarem medidas restritivas, mesmo que mais ortodoxas do que as adotadas pela União. A ADI 6.343 MC-REF, que discutiu também sobre as regras para que estados e municípios adotassem medidas de restrição à locomoção (BRASIL, 2021).

⁵ ADPF 709 MC-REF, rel. min. Roberto Barroso, Pleno, j. 05/08/2020, *DJe* 06-10-2020. Voto do min. relator. (BRASIL, 2020a).

⁶ A arguição de descumprimento de preceito fundamental (ADPF) surgiu para evitar ou reparar a lesão a preceito fundamental resultante de ato do Poder Público, omissivo ou comissivo. (MENDES, 2011).

Apresentaram dois conjuntos de pedidos, o primeiro relacionado com o chamados Índios Isolados e de Contato Recente. Este grupo é caracterizado por uma interação limitada ou nenhuma interação com a sociedade circundante. O segundo conjunto refere-se a todos os povos indígenas brasileiros.

O Supremo Tribunal Federal, em sessão plenária, confirmou a medida cautelar anteriormente concedida pelo Ministro Roberto Barroso. Em primeiro lugar, e tomando um passo sem precedentes, o Tribunal reconheceu que as Coalizões legais têm legitimidade para ajuizar ações diretamente perante o Tribunal.

De acordo com a Constituição, as associações profissionais gozam desse direito, mas, até esta decisão, a jurisprudência do Tribunal interpretava as associações profissionais, para esse efeito, como as que representam os povos que exercem a mesma atividade profissional ou econômica. O relator observou, no entanto, que esse entendimento era incompatível com a missão institucional da Corte de proteger os direitos humanos. Por isso, propôs interpretar o conceito como “um grupo de pessoas que exercem a mesma atividade econômica e profissional, ou também, que são membros de associações que defendem os interesses de pessoas vulneráveis e/ou grupos minoritários”.

No que se refere ao pedido de medida cautelar, a decisão baseou-se em três diretrizes básicas: i) princípios de prevenção e precaução; ii) adoção do diálogo institucional entre o Judiciário e o Executivo sobre as medidas a serem aplicadas para proteger os povos indígenas; iii) e estabelecimento do diálogo intercultural entre os poderes Judiciário e Executivo e os povos indígenas.

Nesse sentido, o Tribunal deferiu o pedido dos autores para a criação de uma sala de situação para gerir a pandemia e garantiu a participação das partes interessadas que eles indicaram, que incluiu membros do Ministério Público Federal, da Defensoria Pública Federal e dos povos indígenas, indicados pela Coalizão (APIB).

A Corte também deferiu o pedido de criação de barreiras sanitárias conforme plano a ser elaborado pela sala de situação, no prazo de 10 dias. O Relator destacou que a opção desses povos de permanecerem isolados decorre de seu direito à autodeterminação e representa sua forma de preservar sua identidade cultural. Por isso, a opção pelo isolamento é um direito, cabendo à União garanti-lo nos termos da Convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho - OIT (artigo 2º, inciso I; artigo 4º, incisos I e II; artigo 5º e artigo 7º).

O Tribunal deferiu parcialmente o pedido de extensão da assistência do Subsistema de Saúde Indígena a todos os indígenas brasileiros. Determinou que o Subsistema de Saúde Indígena atendesse a todos os indígenas em aldeias tribais, independentemente da situação de seus territórios. Segundo o Relator, ser indígena é uma questão de identidade e não exige nenhuma medida, por parte da União, para legalizar ou reconhecer seu território, como ressalta a Convenção 169 da OIT (artigos 1º, 2º e 3º). No entanto, a decisão não concedeu o mesmo direito aos indígenas pessoas que são moradores da cidade, porque têm acesso ao Sistema Único de Saúde brasileiro, que concede assistência universal e gratuita, mas não está disponível para as tribos. O Relator enfatizou o risco de colapso do sistema de saúde considerando a pandemia em curso.

A Corte confirmou parcialmente a medida cautelar para determinar para a União elaborar novo plano de combate à Covid-19 para indígenas população, com a participação do Conselho Nacional de Direitos Humanos e de representantes dos povos indígenas e seus especialistas. A decisão também estabeleceu a criação de um grupo de trabalho para atingir esse objetivo, bem como o prazo de 30 dias, a partir da notificação às partes, para que o plano seja apresentado ao Tribunal.

Quanto ao pedido de retirada de invasores de terras indígenas, o STF notou a existência de informações sobre a presença de mais de 20 mil garimpeiros ilegais em apenas uma das terras indígenas para as quais a medida era exigida, sem considerar a situação das demais terras. A Corte ressaltou que a remoção desses invasores exigia o emprego de recursos consideráveis envolvendo forças policiais e/ou militares, o que aumentaria o risco de contágio para as comunidades. Além disso, a medida pode

apresentar risco de conflito armado nas terras indígenas e ameaçar a integridade física dos povos indígenas durante a pandemia e, conseqüentemente, aprofundar sua situação de vulnerabilidade. No entanto, o Tribunal determinou a inclusão de uma estratégia em um plano a ser apresentado pela União para a retirada de invasores. Caso nenhum plano fosse apresentado, a Corte enfatizou que o assunto seria analisado novamente.

5.2 Plano Geral de Combate à Covid-19 para Povos Indígenas e a sua efetivação

O Ministério da Saúde, no dia 16 de dezembro de 2020, por meio da Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações – CGPNI e do Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis – DEIDT da Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS, apresentou o Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19, estabelecendo três fases de vacinação prioritária, cada uma dedicada a grupos populacionais específicos. As prioridades foram ordenadas visando à preservação do funcionamento dos serviços de saúde e proteção dos indivíduos com maior risco de desenvolvimento de formas graves e óbitos, seguido do funcionamento dos serviços essenciais e proteção dos indivíduos com maior risco de infecção.

Apesar disso, em sua primeira fase, a listagem contemplava apenas indígenas aldeados em terras indígenas demarcadas – os demais foram excluídos do plano prioritário de vacinação, sendo ignorado o fato de que a ausência de demarcação territorial é um fator de vulnerabilidade, inclusive sanitária, das populações indígenas.

Por outro lado, em julho de 2020, houve decisão do Ministro Luís Roberto Barroso (no âmbito da Medida Cautelar na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 709), confirmada no mês seguinte pelo Plenário do STF, por meio da qual foi determinada a imediata extensão dos serviços do Subsistema Indígena de Saúde aos povos aldeados situados em terras não homologadas e aos indígenas não aldeados quando verificada barreira de acesso ao SUS geral.

Mesmo com essa decisão, o Ministério da Saúde seguiu omissivo na garantia da imunização contra a COVID-19 aos povos indígenas que vivem em território não demarcado ou em áreas urbanas.

Em reação a tal omissão, a APIB peticionou à Supremo Corte, em 28 janeiro de 2021, objetivando a vacinação de todos os indígenas do Brasil na primeira fase do plano de imunização, incluindo os não aldeados. O peticionário foi fundamentado nos preceitos fundamentais da isonomia (art. 5^a, caput, CF/88), o direito fundamental à saúde (art. 6^o e 196) e à vida (art. 5^o, caput) e também o direito dos povos indígenas a viverem de acordo com suas culturas e tradições (art. 231).

A APIB reclamou a inconstitucionalidade da discriminação de determinados grupos indígenas por parte do Estado brasileiro em sua atuação sanitária, retomando as frases do Ministro Barroso, proferidas no Plenário da Corte, quando classificou como “inaceitável a postura da União com relação aos povos indígenas aldeados localizados em Terras Indígenas não homologadas” e afirmou que os “povos indígenas localizados em zona urbana também constituem povos indígenas e, nessas condições, gozam dos mesmos direitos de todo e qualquer povo indígena” (Apib, 2021).

Em 16 de março de 2021, o relator ministro Roberto Barroso proferiu decisão que aprovou parcialmente o Plano Geral de Combate à Covid-19 para Povos Indígenas apresentado pelo governo federal. Segundo ele, várias ordens anteriormente emitidas foram apenas parcialmente cumpridas. Isso retratou uma grave desarticulação dos órgãos envolvidos na elaboração do documento. No total, quatro versões do plano já haviam sido apresentadas anteriormente.

O Relator observou que decidiu aprovar parcialmente a proposta, sob certas condições, dada a necessidade premente de aprovar um plano geral para salvar vidas. Considerou inconstitucional a Resolução 4/2021 do Conselho Nacional de Fundação do Índio (FUNAI). A norma estabeleceu uma heteroidentificação dos povos indígenas em contraposição à jurisprudência da Corte, que prevê que o critério fundamental para o reconhecimento indígena seja a autodeclaração.

Ele rejeitou a proposta de isolar invasores de terras indígenas e ordenou a apresentação de um novo plano, pela Polícia Federal, com apoio do Ministério da Justiça e Segurança Pública. A prioridade de vacinação contra a Covid-19 foi concedida a povos indígenas de terras não reconhecidas e terras urbanas sem acesso ao sistema público de saúde, em igualdade de condições com os demais povos indígenas.

Por último, o ministro relator ordenou, no prazo de 48 horas, ao Ministério da Justiça e Segurança Pública que designe um responsável para dar acesso a água limpa e saneamento. Ele também instou o Ministério da Saúde a divulgar informações importantes aos órgãos competentes que prestam serviços aos povos indígenas.

6. Considerações Finais

Considerando-se o exposto acima, chega-se as seguintes considerações finais:

A pandemia da Covid-19 atingiu todos os países indistintamente, mas em alguns deles o vírus provocou mais estrago: aumento da pobreza, muitas mortes, queda no PIB, desemprego, com rápido crescimento na desigualdade social.

De março de 2020 a julho de 2022, no Brasil foi onde se registrou, em termos absoluto, o segundo maior número de mortes, cujas populações vulneráveis foram as que mais sofreram e sofrem, como a população indígenas.

Os povos indígenas, do ponto de vista legislativo, têm sido amparados por um vasto arcabouço legal, mas não foi suficiente no contexto de pandemia, para que os órgãos competentes promovessem a defesa integral desses povos, sem discriminação. Pois, a atuação proativa da Suprema Corte foi de fundamental importância na defesa dos direitos à saúde dos povos indígenas.

A pandemia imprimiu uma espécie de “revolução” sobre o assunto. Um dos primeiros divisores de águas na jurisprudência do STF sobre a matéria foi a decisão proferida na ADI 6.341, que ressaltou a possibilidade de os entes federativos adotarem medidas restritivas, mesmo que mais “duras” do que as já adotadas pela União. Isso provocou um clima de permanente tensão entre o chefe do executivo federal e alguns ministros da Suprema Corte.

O Supremo reiterou o preceito de que a distribuição de competências foi alicerçada do federalismo e do Estado Democrático de Direito, cuja base deve ser a cooperação entre os três poderes. Por isso, não competiria ao Poder Executivo federal afastar decisões que tivessem adotado medidas restritivas, como imposição de distanciamento ou isolamento social, quarentena, suspensão de atividades de ensino, restrições de comércio, atividades culturais e de circulação de pessoas.

A Corte considerou inconstitucional a Resolução 4/2021 do Conselho Nacional de Fundação do Índio (FUNAI), em razão da norma estabelecer uma heteroidentificação dos povos indígenas em contraposição à jurisprudência da Corte, que prevê a autodeclaração como critério fundamental para o reconhecimento indígena. O balanço da atuação da Suprema Corte foi positivo.

Registre-se que, desde a Constituição Federal de 1988, o STF tem sido instado a se pronunciar sobre temas que tocam direitos fundamentais e procura dar uma resposta constitucionalmente adequada a esses chamados, na maioria das vezes geradoras de polêmicas. Com a Covid-19 não foi diferente. E, justamente em virtude da natureza polêmica de algumas decisões, formou-se no Brasil uma opinião polarização entre aqueles que defendem a atuação dos ministros da corte e aquele que a repugnam, acusando-os de atuarem fora da Constituição.

Por último, ressalte-se a escassez de estudos no Brasil que tematizam a atuação de órgãos governamentais na pandemia da Covid-19, quando se trata da saúde dos povos originários, principalmente no tocante à atuação dos órgãos de controle e jurisdicional. Nesse sentido, a importância da elaboração de estudos que abordem a temática, servirá para questionar o discurso

oficial, esclarecer as notícias falsas e fraudulentas que impactam a opinião pública, disseminadas desde o surgimento do coronavírus.

Referências

- Apib. (2020). Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 709. <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=5952986>.
- Apib. (2021). Aditamento à Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 709. Petição: 5034. Data: 28/01/2021. <https://redir.stf.jus.br/estfvisualizadorpub/jsp/consultarprocessoeletronico/ConsultarProcessoEletronico.jsf?seqobjetoincidente=5952986>.
- Brasil. (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Atualizada até a EC 125/2022. Brasília. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.
- Brasil. (2022). Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass). Painel Nacional: Covid-19. <https://www.conass.org.br/painelconasscovid19/>.
- Brasil. (1990). *Lei nº 8.080*. (Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências). Brasília. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm.
- Brasil. (1999). *Lei nº 9.836* (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). Brasília. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19836.htm.
- Brasil. (2020). *Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020*. (Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019). Brasília. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/113979.htm.
- Brasil. (1986). Ministério da Saúde. Relatórios do Conselho Nacional de Saúde: Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio. https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/1_conferencia_nacional_protecao_saude_indio_relatorio_final.pdf.
- Brasil. (1993). Ministério da Saúde. Relatórios do Conselho Nacional de Saúde: II Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio. https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2_conferencia_nacional_saude_povos_indigenas_relatorio_final.pdf.
- Brasil. (2006). Ministério da Saúde. Relatórios do Conselho Nacional de Saúde: IV Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio. https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relat_final_4CNSI.pdf.
- Brasil. (2010). Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sesai>.
- Brasil. (2021). Supremo Tribunal Federal (STF). *Case law compilation: Covid-19*. Brasília. https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/publicacaoPublicacaoTematica/anexo/case_law_compilation_covid19.pdf.
- Brasil. (2020a). Supremo Tribunal Federal (STF). Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 709 MC-Ref. Voto do min. relator Roberto Barroso. Brasília. Supremo Tribunal Federal. <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=5952986>.
- Declaração de Alma-Ata. Conferência internacional sobre os cuidados primários de saúde. URSS, 1978. https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf.
- Farias, I. S. (2011). *Doenças, dramas e narrativas entre os índios Jeripankó no sertão de Alagoas*. EDUFAL.
- Garnelo, L. (2014). *O SUS e a saúde indígena: matrizes políticas e institucionais do subsistema de saúde indígena*. In: Teixeira, C.; Garnelo, L. (orgs.) Saúde indígena em perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas. Fiocruz. p. 107-142. <http://ds.saudeindigena.icict.fiocruz.br/handle/nvs/4597>.
- Langdon, E. J., & Cardoso, M. D. (orgs.). (2015) *Saúde indígena: políticas comparadas na América Latina*. UFSC. <http://editora.ufsc.br/estante-aberta>.
- Lima, A. C. S. (1995). *Um grande cerco de paz: poder tutelar, indianidade e formação do Estado no Brasil*. Vozes.
- Marconi, M. de A., & Lakatos, E. M. (2021). *Metodologia do trabalho científico*. Atlas.
- Mendes, A. M., Leite, M. S., Langdon, E. J., & Grisotti, M. (2018). *O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil*. Ver Panam Salud Publica. p. 42 e 184. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.184>.
- Mendes, G. F. (2011). *Arguição de descumprimento de preceito fundamental*. 2. ed. Saraiva.
- Moura, A. D. M., Boaventura, L. de C. L., & Neves, R. de C. M. (2021). *Povos indígenas no Rio Grande do Norte, direitos e ações em tempos de covid-19*. Espaço Ameríndio, Porto Alegre, v. 15, n. 2. p.119-145, mai./ago. 2021. <https://www.seer.ufrgs.br/article.pdf>.
- OMS. (2022). Organização Mundial da Saúde. Folha informativa sobre COVID-19. Histórico da pandemia do COVID-19. <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>.
- OMS. (2007). Organização Mundial da Saúde. Regulamento Sanitário Internacional (RSI). <https://www.paho.org/pt/regulamento-sanitario-internacional-rsi>.

ONU. (2022). Organização das Nações Unidas. População mundial chegará a 8 bilhões em novembro de 2022. <https://brasil.un.org/pt-br/189756-populacao-mundial-chegara-8-bilhoes-em-novembro-de-2022#:~:text=A%20popula%C3%A7%C3%A3o%20global%20dever%C3%A1%20atingir,no%20Dia%20Mundial%20da%20Popula%C3%A7%C3%A3o>.

Reinach, F. (2020). *A chegada do novo coronavírus no Brasil*. Companhia das Letras.

Ribeiro, R. J. (2021). *Dois ideais filosóficos e a pandemia*. Estação Liberdade.

Villares, L. F. (2009). *Direito e povos indígenas*. Juruá.