

**EXPERIÊNCIAS DOS POVOS INDÍGENAS NO BRASIL DIANTE DAS
EPIDEMIAS DE DOENÇAS CONTAGIOSAS: uma análise social e secular
a partir dos relatórios do CIMI de 2020**

**EXPERIENCES OF INDIGENOUS PEOPLES IN BRAZIL IN THE
FACE OF CONTAGIOUS DISEASE EPIDEMICS: a social, and secular
analysis based on CIMI reports from 2020**

Oseas Batista Figueira Júnior¹

Resumo: Este artigo analisa os problemas de saúde enfrentados pelos povos indígenas no Brasil em 2020, destacando sua relação com formas de violência associadas à omissão do poder público e às desigualdades estruturais no acesso à assistência médica. O estudo dialoga com as diretrizes da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), que compreendem a violência como um fenômeno social e a reconhecem como um determinante social central da saúde na América Latina. A pesquisa fundamenta-se nos relatórios do Conselho Indigenista Missionário (CIMI), publicados desde 1996 e amplamente reconhecidos como instrumentos de denúncia das violações de direitos indígenas. A análise de seus indicadores evidencia uma realidade marcada por vulnerabilidades estruturais e desigualdades históricas, especialmente quando articulada à historiografia especializada. Metodologicamente, adota-se uma abordagem mista que combina dados quantitativos e qualitativos. A investigação baseia-se na leitura crítica dos relatórios do CIMI, considerados fontes documentais essenciais, por reunirem informações estatísticas e análises qualitativas sobre as condições de saúde e a qualidade de vida das comunidades indígenas.

Palavras-chave: Saúde Indígena; Conselho Indigenista Missionário; Organização Pan-Americana da Saúde.

Abstrac: This article analyzes the health problems faced by Indigenous peoples in Brazil in 2020, highlighting their relationship with forms of violence associated with state omission and structural inequalities in access to healthcare. The study engages with the guidelines of the Pan American Health Organization (PAHO), which conceptualize violence as a social phenomenon and recognize it as a central social determinant of health in Latin America. The research is based on reports published by the Indigenous Missionary Council (CIMI) since 1996, widely recognized as key instruments for denouncing violations of Indigenous rights. The analysis of these indicators reveals a reality shaped by structural vulnerabilities and historical inequalities, particularly when articulated with specialized historiography. Methodologically, the study adopts a mixed-methods approach, combining quantitative and qualitative data. The analysis relies on a critical reading of CIMI reports, considered essential documentary sources for understanding health conditions and the quality of life of Indigenous communities.

Keywords: Indigenous Health; Indigenous Missionary Council; Pan American Health Organization

¹ Doutorando em História pela Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE). Membro do Núcleo Escravidão e Sociedade na Época Moderna (NESEM/UFAL). Professor formador da Universidade Aberta do Brasil (UAB/UNEAL – Universidade Estadual de Alagoas). E-mail: oseashistoria@gmail.com.

Introdução

Nesse tempo em que o discurso da ciência reina, aliado ao discurso do capitalista e à tecnologia, a humanidade se impactou quando, em março de 2020, a Organização Mundial de Saúde – OMS, oficializou o cenário de pandemia de Covid-19. Cada Estado e cada município adotam medidas próprias, já que falta uma liderança capaz de unificar um plano de ação pautado no saber epidemiológico (Ferrari; Januzzi; Guerra, 2020, p. 569).

A citação problematiza criticamente os impactos da pandemia de Covid-19 no contexto brasileiro, ao enfatizar como a articulação entre o discurso científico, o capitalismo e a tecnologia mostrou-se insuficiente para enfrentar, de forma eficaz, a crise sanitária. A declaração da pandemia pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em março de 2020, evidenciou as fragilidades dos sistemas de saúde pública e expôs a ausência de coordenação e de liderança nacional no enfrentamento da emergência sanitária. Destaca-se, nesse sentido, a inexistência de uma estratégia unificada, fundamentada no conhecimento epidemiológico, o que resultou na adoção de medidas heterogêneas por estados e municípios.

A gestão ineficiente do Governo Federal nesse período contribuiu para o aumento expressivo de casos suspeitos e confirmados. Até 27 de janeiro de 2022, o Brasil registrava 24.535.884 pessoas infectadas e 624.413 óbitos (Silva; Lima; Junqueira, 2021). Ressalta-se que a ausência de uma política de testagem em massa e as limitações no acesso à assistência médica indicam que tais números, embora alarmantes, apresentam indícios de subnotificação.

No que se refere à população indígena, dados da Fundação Oswaldo Cruz apontam que, a depender da faixa etária, a taxa de mortalidade entre indígenas chegou a ser até 150% superior à observada entre a população não indígena (FIOCRUZ, 2020). Ademais, aproximadamente 75% do total de óbitos no país concentrou-se entre pessoas idosas, o que evidencia o risco de aprofundamento de processos de genocídio e etnocídio entre os povos indígenas, em razão da perda de anciãs e anciãos, reconhecidos como guardiões dos saberes e das culturas ancestrais (Ferrari; Januzzi; Guerra, 2020).

Diante desse cenário, este artigo tem como objetivo investigar as experiências dos povos indígenas no Brasil frente às epidemias de doenças contagiosas, com ênfase na pandemia de Covid-19. Busca-se avaliar os impactos desses eventos sobre a saúde, o despovoamento e a preservação da identidade indígena, bem como examinar os fatores que condicionam o acesso à assistência médica.

Com isso, a presente pesquisa adota uma abordagem metodológica mista, articulando de forma integrada dados quantitativos e qualitativos, conforme a perspectiva proposta por Creswell (2013). Tal integração não ocorre de maneira meramente sequencial ou justaposta, mas por meio

de um diálogo analítico entre os diferentes tipos de dados, permitindo uma compreensão ampliada do fenômeno investigado.

Os dados quantitativos foram extraídos dos relatórios anuais do Conselho Indigenista Missionário (CIMI), especialmente das categorias relacionadas à Violência por Omissão do Poder Público e à Negligência na Área da Saúde. Esses dados foram sistematizados por meio de procedimentos de organização, tabulação e comparação, possibilitando a identificação de recorrências, variações e tendências no período analisado. O tratamento quantitativo teve como finalidade evidenciar padrões estruturais de vulnerabilidade enfrentados pelos povos indígenas, servindo como base empírica para a análise interpretativa.

Já a dimensão qualitativa da pesquisa fundamenta-se em uma análise documental, tendo os relatórios do CIMI como fontes primárias. Esses documentos foram submetidos a uma análise de conteúdo, nos termos de Bardin (2011), seguindo três etapas principais:

- a) Pré-análise, com leitura flutuante e seleção do corpus documental;
- b) Exploração do material, com definição de categorias analíticas previamente estabelecidas, tais como omissão estatal, precarização dos serviços de saúde, invisibilização institucional e violação de direitos;
- c) Tratamento e interpretação dos resultados, buscando compreender os sentidos, discursos e recorrências presentes nos textos.

Importa destacar que o tratamento qualitativo não se limita à reprodução dos dados apresentados nos relatórios, mas consiste em uma interpretação crítica realizada pelo pesquisador, que relaciona as informações documentais ao referencial teórico e ao contexto histórico e social mais amplo. Assim, os relatórios do CIMI são compreendidos não apenas como repositórios de dados, mas como produções discursivas situadas, atravessadas por intencionalidades políticas, institucionais e sociais.

Dessa forma, a combinação entre análise quantitativa e qualitativa permite não apenas mensurar a incidência das violações, mas também compreender seus significados, mecanismos e impactos na qualidade de vida dos povos indígenas, assegurando maior consistência analítica e metodológica à pesquisa. As tabelas foram elaboradas com o auxílio de planilhas eletrônicas, utilizando-se o Microsoft Excel como ferramenta principal. O software foi empregado para a organização, tabulação e sistematização dos dados quantitativos extraídos dos relatórios do Conselho Indigenista Missionário (CIMI), permitindo a construção de tabelas, bem como a realização de cálculos básicos de frequência e comparação entre os dados.

Neste sentido, vale destacar que para conseguir nosso objetivo será necessário dialogar

com a complexidade que envolve o quadro de saúde das populações indígenas. Associado às particularidades socioculturais de cada etnia, esse quadro está diretamente relacionado a processos históricos de mudanças sociais, econômicas e ambientais, atrelados à expansão de frentes demográficas e econômicas da sociedade nacional em diversas regiões do país. Portanto, para compreender o processo de saúde-doença das populações indígenas, precisamos adotar diversas perspectivas, provenientes da história, antropologia e saúde pública. Nesse cenário, é necessário olhar para o passado para compreender as dinâmicas atuais (Coimbra; Santos; Cardoso, 2020).

Para alcançar o objetivo principal, o estudo foi organizado em duas seções. Na primeira, vamos apresentar os eventos históricos do surgimento do Conselho Missionário Indigenista, um contexto de transformação das identidades e sentimentos de pertencimento entre os povos indígenas, posteriormente, mostramos a atuação e a colaboração do CIMI, cruciais para a organização e conscientização política das lideranças indígenas em diferentes territórios. Na segunda parte, examinaremos as informações do relatório "Violência contra os Povos Indígenas no Brasil", divulgado pelo Conselho Indigenista Missionário (Cimi) em 2020. Esse relatório faz parte de um contexto de estudos e discussões sobre a história e a condição atual dos povos indígenas no Brasil.

O papel político do Conselho Indigenista Missionário

Para compreender a origem e o papel político do Conselho Indigenista Missionário (CIMI), é necessário situá-lo no interior de um processo histórico mais amplo, que envolve transformações internas da Igreja Católica, mudanças no cenário político brasileiro e a emergência de novas formas de atuação pastoral voltadas aos grupos socialmente marginalizados, entre eles os povos indígenas.

Ainda na década de 1950, observa-se um movimento de maior aproximação da Santa Sé com as igrejas locais na América Latina. A criação da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), em 1952, e do Conselho Episcopal Latino-Americano (CELAM), em 1955, já indicava uma abertura institucional da Igreja de Roma às realidades sociais do continente e uma disposição crescente para o diálogo com os desafios políticos, econômicos e culturais da região (Simões, 2017 *apud* Beozzo, 1996). Esse período também foi marcado pelo enfraquecimento do modelo de neocristandade, cuja eficácia dependia da manutenção de um monopólio religioso, do combate à secularização e da utilização do Estado como instrumento de influência social (Mainwaring, 1989).

O crescimento do espiritismo e das religiões afro-brasileiras, ainda nos anos 1950, evidenciava os limites desse modelo, revelando a dificuldade da Igreja em alcançar amplos setores da população. Tal cenário exigiu uma reorganização interna que permitisse à instituição manter sua relevância social e política, especialmente diante das transformações no campo religioso e da consolidação de governos democráticos (Mainwaring, 1989 *apud* Simões, 2017).

Essas mudanças ganharam maior intensidade com o pontificado de João XXIII (1958–1963), que demonstrou preocupação explícita com a organização pastoral das igrejas latino-americanas. Essa orientação culminou na realização do Concílio Vaticano II (1962–1965), considerado um dos eventos mais importantes da história do catolicismo romano. O Concílio incorporou e legitimou propostas já defendidas por setores progressistas da Igreja, estimulando uma atuação pastoral comprometida com a justiça social, a dignidade humana e a realidade concreta dos povos (Mainwaring, 1989, *apud* Simões, 2017).

No Brasil, esse contexto coincidiu com o fortalecimento dos movimentos populares no início da década de 1960 e, simultaneamente, com o acirramento das tensões políticas. Até 1964, tais movimentos haviam adquirido expressiva força, o que gerou reações conservadoras tanto no campo político quanto no interior da própria Igreja. A participação de setores católicos tradicionais no apoio ao golpe civil-militar de 1964 evidencia a divisão interna da instituição entre uma ala conservadora e outra progressista, esta última cada vez mais comprometida com as causas sociais (Simões, 2017, *apud* Beozzo, 1996). No campo da ação missionária junto aos povos indígenas, o período anterior à criação do CIMI foi marcado predominantemente por práticas integracionistas e assimilacionistas, como missões em massa, grandes batizados e internatos para crianças indígenas. Uma exceção parcial foi a criação, em 1969, da Operação Anchieta (OPAN), no sul do país, que, embora inicialmente assistencialista, passou gradualmente a adotar uma perspectiva de promoção integral dos povos indígenas (Simões, 2017).

É nesse contexto de repressão política, reorganização interna da Igreja e emergência de novas formas de atuação pastoral que, na década de 1970, um grupo de missionários se reuniu em Brasília, dando origem ao Conselho Indigenista Missionário. A criação do CIMI representou uma ruptura significativa com as práticas missionárias tradicionais, ao estabelecer como prioridade a defesa dos territórios indígenas, entendidos como condição essencial para a sobrevivência física, cultural e social desses povos. Entre seus objetivos iniciais estavam a formação teológica e antropológica dos missionários, a articulação com a CNBB, o diálogo com órgãos governamentais, como a Fundação Nacional do Índio (FUNAI), e a integração entre os próprios agentes pastorais (Simões, 2017, *apud* Rufino, 2006). Gradualmente, o CIMI assumiu

uma postura crítica em relação às políticas indigenistas do Estado brasileiro, consolidando uma identidade progressista e militante, em consonância com outras pastorais sociais, como as Comunidades Eclesiais de Base (CEB's) e a Comissão Pastoral da Terra (CPT). Essa atuação esteve sempre orientada para o fortalecimento do protagonismo indígena e para a reorganização social das comunidades, princípios que passaram a nortear seus documentos, relatórios e assembleias (Mainwaring, 1989 *apud* Simões, 2017).

No Nordeste, a atuação do CIMI teve início em 1977, com a criação do Regional Leste/Nordeste, destacando-se a atuação de Fábio Alves (Fabião) na Diocese de Propriá, em Sergipe, com o apoio de Dom José Brandão. Nesse mesmo período, ocorreu a luta pela reconquista da Ilha de São Pedro pelo povo Xocó, em Sergipe, amplamente documentada pelo CIMI a partir de 1978 (Simões, 2017, *apud* Schillaci, 2014).

A partir de 1983, com a chegada de novos missionários, o CIMI iniciou um processo de expansão e consolidação institucional na região, estabelecendo equipes em Alagoas, Bahia e Pernambuco, com apoio de dioceses como Garanhuns (PE), João Pessoa (PB) e Recife (PE). Entre 1984 e 1985, foi criada uma representação regional no Recife, estrategicamente localizada no prédio da CNBB Nordeste II, facilitando o diálogo com outras pastorais e com a administração regional da FUNAI. Ao longo da década de 1990, o CIMI consolidou sua presença em diversos estados nordestinos, ampliando sua atuação e fortalecendo sua articulação regional (Simões, 2017, *apud* Schillaci, 2014).

Dessa forma, o Conselho Indigenista Missionário consolidou-se como um ator político relevante na história recente do Brasil, deixando um legado que ultrapassa a denúncia das violações de direitos. Sua atuação contribuiu decisivamente para o empoderamento e o protagonismo indígena, para a formação de lideranças e para a construção de uma consciência coletiva em torno da justiça social e do reconhecimento étnico-cultural, influenciando políticas públicas, organizações da sociedade civil e o debate acadêmico contemporâneo.

Os dados sobre a saúde dos povos indígenas no Brasil nos Relatórios do CIMI

O relatório “*Violência contra os Povos Indígenas no Brasil*”, publicado pela primeira vez em 1996, é um importante instrumento de denúncia da violência e das violações que os povos indígenas ainda enfrentam no país. Esse documento registra tanto os efeitos diretos das doenças contagiosas quanto a violência social resultante da negligência do governo e da falta de assistência na área da saúde. (Conselho Indigenista Missionário, 2020). Esses indicadores ajudam a entender como os fatores socioeconômicos, territoriais e políticos afetam

negativamente a qualidade de vida das comunidades indígenas, perpetuando a marginalização e a exclusão. Assim, os dados sobre a saúde dos povos indígenas no Brasil, apresentados pelo Conselho Indigenista Missionário (CIMI), revelam uma realidade marcada por vulnerabilidades estruturais e desigualdades históricas. A partir de 2003, todas as edições do relatório passaram a estar disponíveis em formato digital, e desde 2015 o relatório é também traduzido para o inglês (Conselho Indigenista Missionário, 2020). A publicação possui uma variedade de fontes para compilar seu banco de dados, incluindo registros das onze regionais do Cimi, denúncias de indígenas, boletins de ocorrência, notícias divulgadas pela mídia e informações oficiais da Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai). Essas informações são geralmente obtidas por meio da Lei de Acesso à Informação (LAI), além de dados fornecidos pelo Ministério Público Federal (MPF), Fundação Nacional do Índio (Funai) e outros órgãos públicos (Conselho Indigenista Missionário, 2020).

A diversidade das fontes resulta, igualmente, em diferenças qualitativas na apresentação dos dados. As informações oficiais disponibilizadas pelos órgãos públicos, especialmente aquelas relativas à violência contra a pessoa, carecem de elementos que qualifiquem os registros, como a identificação da vítima, de seu povo ou de sua comunidade. Nesses casos, os dados reduzem-se a números agregados, organizados por estado ou por Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI). Soma-se a isso o fato de que tais informações, em geral, demoram a ser disponibilizadas, mesmo quando solicitadas por meio da Lei de Acesso à Informação (LAI) (Conselho Indigenista Missionário, 2020). A concepção de violência adotada pelo relatório não se restringe às práticas mais evidentemente violentas, como assassinatos, agressões físicas e ameaças — reunidas no capítulo “Violência contra a Pessoa”. Ela abrange, igualmente, formas estruturais e institucionais de violência, expressas por meio da omissão do poder público, da negligência no acesso a políticas públicas e da violação sistemática de direitos fundamentais.

Os dados referentes à saúde encontram-se no capítulo III do relatório intitulado: *Violência por Omissão do Poder Público*. Além dos dados relativos ao ano de 2020, o relatório inclui artigos com o objetivo de promover uma reflexão mais profunda sobre a situação dos povos indígenas no Brasil. Neste ano, três artigos analisam os efeitos da pandemia nos povos indígenas, acompanhados por uma síntese dos dados de mortes e contaminações entre indígenas organizados pela APIB. (Articulação dos Povos Indígenas do Brasil) e pela SESAI (Secretaria de Saúde Indígena) (Cimi, 2020, p. 40). Os dados sistematizados abaixo apresentam os valores e as porcentagens dos casos de violência relacionados à saúde:

Tabela 1 - Casos de violência relacionados à saúde

Tipo de Desassistência	Quantidade	Porcentagem (%)
Assistência na área de saúde	82	46,33
Morte por desassistência à saúde	10	5,65
Total de casos relacionados à saúde	92	51,98
Total de casos registrados	177	100

Fonte: autoria própria, 2024

A avaliação dos dados organizados pelo Conselho Indigenista Missionário (CIMI, 2020, p. 40), em combinação com informações da Articulação dos Povos Indígenas do Brasil e da Secretaria de Saúde Indígena (SESAI), demonstra uma situação alarmante de violência ligada à saúde entre as comunidades indígenas. Dos 177 casos registrados, 92 (51,98%) estão diretamente relacionados a questões de assistência à saúde, indicando que mais da metade dos incidentes está ligada a deficiências no atendimento ou na garantia do direito à saúde. Dentre esses casos, 82 (46,33%) envolvem desassistência geral na área da saúde, evidenciando lacunas consideráveis nos serviços oferecidos. Em contrapartida, 10 casos (5,65%) resultaram em óbitos decorrentes da desassistência, demonstrando consequências extremamente sérias para a população afetada. Os dados revelam uma grande crise nas comunidades indígenas, onde quase metade dos casos totais de desassistência estão diretamente ligados à saúde, e uma parte significativa resulta em mortes. Esses números reforçam a necessidade urgente de melhorar os serviços de saúde e a infraestrutura, além da implementação de políticas públicas eficazes que possam lidar com esses problemas. Assim, o número de casos de coronavírus não inclui os povos indígenas que vivem nas cidades como parte da contagem dos infectados, nem aqueles que acabam morrendo em seus territórios sem receber assistência médica. Além disso, persistem questões de racismo sistêmico, uma vez que sua identidade às vezes é negada, como alguns têm relatado (Fellows, 2020).

O descaso com a saúde desses povos aumentou no combate à Covid-19. Em dezembro de 2019, a cidade de Wuhan, localizada na província de Hubei, na China, vivenciou um surto de pneumonia de causa desconhecida. Em janeiro de 2020, pesquisadores chineses identificaram um novo coronavírus (SARS-CoV-2) como agente etiológico de uma síndrome respiratória aguda grave, denominada doença do coronavírus 2019, ou simplesmente COVID-19 (Coronavírus Disease – 2019) (Cavalcante, 2020).

No início do surto, todos os casos estavam relacionados a um mercado de frutos do mar e animais vivos, também em Wuhan. Nos primeiros 30 dias, a China registrou 11.821 casos e 259

óbitos. Ainda em janeiro, a doença foi registrada em outros países da Ásia, Europa e América do Norte. Em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII). Em um cenário com mais de 110 mil casos distribuídos em 114 países, a OMS decretou a pandemia no dia 11 de março de 2020. (Cavalcante, 2020). No Brasil, os primeiros casos foram confirmados no mês de fevereiro, e diversas ações foram implementadas a fim de conter e de mitigar o avanço da doença. Em 3 de fevereiro de 2020, o país declarou Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) (Cavalcante, 2020).

As experiências dos indígenas no Brasil com epidemias de doenças contagiosas, especialmente virais, seguem um padrão similar ao dos povos não indígenas e têm se revelado catastróficas, sendo reconhecidas como uma das principais causas do despovoamento indígena no continente (Cunha, 2006). Elas eram frequentes na sociedade do Antigo Regime, ceifando milhares de vidas na Europa até pelo menos o século XVII. Seus efeitos eram devastadores, não apenas pela falta de anticorpos dos indígenas para as doenças europeias, mas também pelos grandes aglomerados urbanos e pela desestruturação das atividades produtivas causadas pelas doenças (Almeida, 2013).

Face disso, ao longo do século XV, colonos de São Paulo e de outras vilas circunvizinhas assaltaram centenas de aldeias em várias regiões, trazendo milhares de índios de diversas sociedades para suas fazendas e sítios na condição de "serviços obrigatórios". Até 1640, os paulistas preencheram suas necessidades com prodigiosas levas de cativos Guarani, acompanhando de perto a expansão da agricultura comercial no planalto. Com a interrupção no abastecimento de cativos Guarani a partir dessa data, os colonos passaram a enfrentar uma crise de graves repercussões sobre as estruturas locais, pois tornava-se difícil manter a população cativa no nível até então atingido.

Como agravante, uma terrível epidemia de varíola se abateu sobre o planalto na década de 1660 (Monteiro, 1994). Esta doença foi considerada a enfermidade que mais danos causou ao Pará entre fins do século XVIII e o século XIX. Introduzidos pelos colonizadores portugueses, os surtos variólicos chegaram ao Império português na América do Sul pelas naus vindas do outro lado do Atlântico, principalmente da Europa e da África. Desde os anos de 1560 foram registradas epidemias de "peste branca" nos portos do Nordeste brasileiro, se alastrando para o Norte e Sudeste da colônia portuguesa (Alencastro, 2000).

O projeto de aldeamentos era uma política civilizatória, pois, desde o final do século XVIII e ao longo das primeiras décadas do século XIX, assim como durante todo o período colonial, as autoridades e a elite dirigente estavam constantemente preocupadas com a questão de

como lidar com os "índios bravos". O livro *"Apontamentos para a Civilização dos Índios Bravos do Império do Brasil"*, de (1832) escrito por José Bonifácio de Andrade e Silva, foi o documento que forneceu as diretrizes fundamentais para as políticas indigenistas que deveriam ser implementadas após a independência. Os "Apontamentos" se tornaram cruciais para entender a legislação no período imperial, mesmo que não tenham sido votados ou incluídos no texto constitucional (Pacheco de Oliveira, 2016).

Dentro desse contexto, não havia legislação, preocupação ou projeto de tratamento para os indígenas infectados pelas epidemias no período do oitocentos. Entre as principais causas de morte relatadas nesse período, podemos destacar as relacionadas à violência externa (decorrentes de guerras, genocídios, descimentos, entre outros) e à disseminação de doenças infecciosas, como gripe, sarampo, varíola e tuberculose. A redução populacional dos indígenas foi tão expressiva, sobretudo ao longo do século XIX e nas primeiras décadas do século XX, que, por algum tempo, chegou-se a aceitar a ideia de extinção gradual desses povos (Ribeiro, 1996).

No decorrer do século XX, acumulam-se denúncias acerca do uso deliberado da disseminação de agentes etiológicos como instrumento de violência contra povos indígenas. Entre 1957 e 1963, há registros da propagação intencional de doenças entre grupos indígenas mato-grossenses que habitavam áreas de extração da borracha. Posteriormente, entre 1964 e 1965, já no contexto da ditadura empresarial-civil-militar, verificam-se acusações de inoculação programada de tuberculose em aldeias localizadas no norte da Bacia Amazônica. Tais práticas configuram formas extremas de violência sanitária, na medida em que instrumentalizam a doença como mecanismo de extermínio, controle territorial e desestruturação social.

Nesses contextos, agentes da área da saúde observaram elevadas taxas de morbidade e mortalidade decorrentes de múltiplas doenças infecciosas, entre as quais se destaca a malária, evidenciando a vulnerabilidade epidemiológica imposta a essas populações por ações externas e pela ausência de políticas públicas eficazes (Davis, 1978).

O caso dos Yanomami, em Roraima, ocorrido nas décadas de 1980 e 1990, é emblemático desse processo histórico. A invasão massiva de garimpeiros provocou intensa degradação ambiental do território indígena, criando condições favoráveis à proliferação da malária e ao surgimento de parasitas resistentes aos quimioterápicos usuais. Como consequência, registraram-se elevados índices de adoecimento e numerosos óbitos entre os Yanomami. Soma-se a esse quadro a precariedade estrutural das condições de saneamento em muitas aldeias, uma vez que os postos de atendimento em saúde – frequentados por profissionais administrativos, agentes de saúde, escolares e visitantes – raramente dispõem de infraestrutura sanitária adequada, o que contribui para a manutenção e o agravamento dos agravos à saúde (Coimbra, 2021).

No que se refere ao COVID-19, esta modalidade do novo coronavírus é certamente mais um grande risco infeccioso, mas como exposto, os povos indígenas são ameaçados constantemente por vírus, bactérias e outros tipos de enfermidades ao longo de sua história, e na grande maioria dos casos, com a convivência, negligência e interesse dos próprios governantes. No ano de 2020, a primeira onda da pandemia sobrecarregou o sistema público de saúde, com os hospitais lotados, sem a devida infraestrutura física e humana. O presidente da República, de forma intencional, contribuiu para o desastre ao mudar a política e o direcionamento do Ministério da Saúde, com cargos centrais ocupados por pessoas desprovidas de compromisso com a ciência e a dignidade humana. O Brasil, em 2020, vivenciou a necropolítica e a desesperança provocadas principalmente pelo Governo Federal e seus interesses (Mondardo, 2022). Neste cenário, como aponta o relatório:

A doença também atingiu o modo de ser, as tradições, crenças, costumes, as culturas e as relações sociais entre os povos e com a sociedade envolvente. Os rituais fúnebres também foram afetados, já que em algumas regiões não houve a possibilidade de se realizar o enterro dos mortos conforme suas crenças e ritos. Houve, além de tudo, o aumento do preconceito aos povos em função da pandemia, em geral, as pessoas tratam os indígenas com desconfiança e até demonstram receios e medos quanto a uma possível aproximação (Cimi, 2020, p. 20).

Deve-se considerar, ainda, que o governo promoveu a desestruturação das políticas públicas, esvaziando serviços e impondo reformulações e rearranjos institucionais. No campo da saúde indígena, tais medidas tiveram como efeito o enfraquecimento da participação e do controle social dos povos indígenas na base do subsistema, constituída pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs). Em curto espaço de tempo, o governo investiu na mudança do modelo de atenção à saúde indígena, rompeu com o Programa Mais Médicos — responsável por assegurar a presença de profissionais médicos em áreas de difícil acesso — e lançou suspeição sobre a gestão e a utilização dos recursos financeiros por governos anteriores e por prestadores de serviços terceirizados (Conselho Indigenista Missionário, 2020).

Outros dados relativos à saúde encontram-se no Capítulo III do relatório e dizem respeito aos casos de desassistência na área da saúde. Em 2020, foram registrados 89 casos, distribuídos pelos estados de Alagoas (1), Amazonas (18), Ceará (1), Espírito Santo (1), Maranhão (8), Mato Grosso (12), Mato Grosso do Sul (10), Pará (12), Paraná (2), Rio de Janeiro (1), Rondônia (8), Roraima (7), Santa Catarina (3), São Paulo (2) e Tocantins (3). Esses episódios atingiram, ao menos, 66 povos indígenas localizados em 38 terras indígenas. Os registros referem-se, sobretudo, à ausência de ações emergenciais por parte do Governo Federal para mitigar os efeitos da pandemia de Covid-19. As comunidades indígenas também denunciam a recorrência

de surtos de malária associados à invasão de garimpeiros em seus territórios, a falta de acesso à água potável — fator responsável por numerosos casos de diarreia —, a escassez de medicamentos ou a oferta de fármacos vencidos, além da persistente ausência de saneamento básico (Conselho Indigenista Missionário, 2020).

Como apresentado na Tabela 2, abaixo, a análise dos dados referentes à desassistência na saúde dos povos indígenas revela um cenário preocupante em diversos estados brasileiros no ano de 2020. Extraídos do relatório *Violência por Omissão do Poder Público*, esses dados evidenciam não apenas a insuficiência do atendimento médico, mas também a gravidade das condições enfrentadas por essas comunidades. O relatório reúne ainda artigos analíticos que contribuem para a compreensão da realidade vivenciada pelos povos indígenas, destacando os impactos da pandemia de Covid-19. A análise é complementada pela sistematização dos dados de óbitos e contaminações elaborada pela Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (Apib) e pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai).

Tabela 2 - Casos de desassistência na saúde

Estado	Casos de Desassistência na Saúde	Porcentagem (%)
Alagoas	1	1,12
Amazonas	18	20,22
Ceará	1	1,12
Espírito Santo	1	1,12
Maranhão	8	8,99
Mato Grosso	12	13,48
Mato Grosso do Sul	10	11,24
Pará	12	13,48
Paraná	2	2,25
Rio de Janeiro	1	1,12
Rondônia	8	8,99
Roraima	7	7,87
Santa Catarina	3	3,37
São Paulo	2	2,25
Tocantins	3	3,37

Fonte: autoria própria, 2024

A Tabela 2 apresenta a distribuição dos casos de desassistência na saúde indígena por unidade da federação no ano de 2020, revelando um quadro profundamente desigual e concentrado regionalmente. Observa-se que o estado do Amazonas concentra o maior número de registros, com 18 casos, correspondendo a 20,22% do total. Esse dado evidencia a vulnerabilidade das populações indígenas amazônicas, particularmente em contextos marcados por extensas áreas territoriais, dificuldades logísticas, escassez de serviços de saúde e

intensificação de pressões externas, como o avanço do garimpo e do desmatamento. Em um segundo patamar, destacam-se os estados de Mato Grosso e Pará, ambos com 12 casos de desassistência, o que representa 13,48% cada. Esses estados compartilham características estruturais semelhantes, como a presença significativa de terras indígenas, conflitos territoriais recorrentes e fragilidades históricas na implementação de políticas públicas voltadas à saúde indígena. A elevada incidência de casos nessas localidades sugere a persistência de entraves institucionais no funcionamento dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) e limitações na capacidade de resposta do Estado diante de situações emergenciais, como a pandemia de Covid-19.

O Mato Grosso do Sul, com 10 registros (11,24%), e os estados do Maranhão e de Rondônia, com 8 casos cada (8,99%), reforçam esse padrão de concentração da desassistência em regiões historicamente marcadas por conflitos fundiários, precariedade socioeconômica e dificuldades de acesso aos serviços públicos. Nesses contextos, a desassistência em saúde assume contornos de violência institucional, ao comprometer a proteção sanitária e ampliar os riscos de adoecimento e mortalidade entre as populações indígenas. Por outro lado, os estados com menor número de registros – como Alagoas, Ceará, Espírito Santo e Rio de Janeiro, cada um com 1 caso (1,12%), além de Paraná e São Paulo, com 2 casos cada (2,25%) – não devem ser interpretados como espaços isentos de problemas estruturais na atenção à saúde indígena. A menor incidência pode refletir, em parte, a subnotificação dos casos, a invisibilização das violações ou diferenças nos mecanismos de registro e denúncia.

De modo geral, os dados evidenciam que a desassistência na saúde indígena em 2020 não se distribuiu de forma homogênea pelo território nacional, mas esteve fortemente concentrada em estados da região Norte e Centro-Oeste. Esse padrão revela a permanência de desigualdades regionais históricas e a insuficiência das políticas públicas de saúde para responder às demandas específicas dos povos indígenas, especialmente em contextos de crise sanitária.

Ao mesmo tempo, a concentração dos casos de desassistência nessas regiões evidencia a relação direta entre a violação do direito à saúde e outros processos históricos de expropriação territorial, violência ambiental e marginalização social, que afetam de maneira mais intensa os povos indígenas que vivem em áreas de fronteira econômica, marcadas pela presença do garimpo, do agronegócio e de grandes empreendimentos. Assim, os dados analisados não apenas quantificam a negligência estatal, mas também revelam um quadro mais amplo de desigualdade estrutural, no qual a saúde indígena permanece subordinada a interesses políticos e econômicos que historicamente desconsideram a centralidade da vida e da dignidade desses povos.

Considerações finais

O presente artigo buscou analisar o papel político e histórico do Conselho Indigenista Missionário (CIMI) no Brasil, destacando sua atuação como mediador, articulador e agente de denúncia das múltiplas formas de violência sofridas pelos povos indígenas, com especial atenção àquelas decorrentes da omissão do poder público na área da saúde. Ao recuperar o processo de constituição do CIMI, no contexto das transformações internas da Igreja Católica, das diretrizes do Concílio Vaticano II e das tensões políticas intensificadas durante a ditadura civil-militar, foi possível compreender como a entidade se consolidou como uma referência na defesa dos direitos territoriais, sociais e culturais dos povos originários.

A análise histórica evidenciou que o CIMI não atuou apenas no campo pastoral, mas assumiu progressivamente uma postura política e militante, alinhada às pastorais sociais e aos movimentos populares, contribuindo para o fortalecimento do protagonismo indígena e para a organização coletiva das comunidades. A atuação do Conselho foi fundamental para a articulação de lideranças, para a circulação de informações e para a construção de espaços de mobilização, como exemplificado pela contribuição direta na fundação da União das Nações Indígenas (UNI) e pelo apoio às lutas territoriais no Nordeste e em outras regiões do país.

No que se refere aos dados sobre saúde, os relatórios do CIMI revelam um quadro persistente de vulnerabilidades estruturais, agravadas pela pandemia de Covid-19 em 2020. A elevada proporção de casos de desassistência na área da saúde, bem como os registros de mortes evitáveis, demonstram que a violência contra os povos indígenas não se restringe a ações diretas, mas se manifesta de forma contundente por meio da negligência estatal, da precarização das políticas públicas e do enfraquecimento dos mecanismos de participação e controle social. Nesse sentido, a saúde indígena aparece como um campo privilegiado para compreender a relação entre Estado, território, desigualdade e racismo institucional.

Dessa forma, este estudo reafirma a importância do Conselho Indigenista Missionário como um ator político relevante na história recente do país, cuja atuação contribuiu para a consolidação de uma agenda de direitos indígenas, para o reconhecimento da diversidade étnico-cultural e para o enfrentamento das práticas históricas de exclusão. Ao mesmo tempo, evidencia-se a urgência de políticas públicas interculturais, territorializadas e participativas, que reconheçam o protagonismo indígena e rompam com a lógica de omissão e violência institucional que continua a marcar a relação do Estado brasileiro com os povos originários.

Por fim, compreender a saúde indígena e as múltiplas formas de violência que a atravessam exige não apenas a análise de indicadores e estatísticas, mas também o

reconhecimento das experiências de organização coletiva e autodefesa construídas pelas próprias comunidades. Nesse sentido, o CIMI permanece como uma referência fundamental para a compreensão crítica dessas dinâmicas e para a defesa da vida, da dignidade e da autonomia dos povos indígenas no Brasil.

Referências

ALENCASTRO, Luiz Felipe de. **O trato dos viventes: formação do Brasil no Atlântico Sul**. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

ALMEIDA, Maria Regina Celestino de. O projeto de colonização e os aldeamentos funções e significados diversos. *In: Metamorfozes indígenas: identidade e cultura nas aldeias coloniais do rio de janeiro*. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2013.

ALMEIDA, M. R. C.; MOREIRA, V. M. L. Os povos indígenas e a formação do estado nacional brasileiro. *In: MOREIRA, V. M. L. et al. (org.). Povos indígenas, independência e muitas histórias: repensando o Brasil no século XIX*. Curitiba: CRV, 2022.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BASTA, Paulo Cesar; ORELLANA, Jesem Douglas Yamall; ARANTES, Rui. Perfil epidemiológico dos povos indígenas no Brasil: notas sobre agravos selecionados. *In: GARNELO, Luiza; PONTES, Ana Lúcia (org.). Saúde Indígena: uma introdução ao tema*. Coleção Educação para Todos. Brasília: MEC-SECADI, 2012.

BEOZZO, José Oscar. **A igreja do Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1996.

BRITO, Carolina Arouca Gomes de. **Medicina e antropologia: atenção à saúde no serviço de proteção aos índios (1942-1956)**. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz, Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/25345>. Acesso em: 5 out. 2024.

CIMI – CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO. **Violência contra os povos indígenas no Brasil: dados de 2020**. Relatório – CIMI-CNBB, 2020. Disponível em: <https://cimi.org.br/>. Acesso em: 05 out. 2024.

CRESWELL, John W. **Investigação qualitativa e projeto de pesquisa: escolhendo entre cinco abordagens**. Porto Alegre: Penso, 2014.

CUNHA, Manuela C. **História dos índios no Brasil**. São Paulo: Companhia das Letras, 2006.

DAVIS, S. **Vítimas do milagre: o desenvolvimento e os índios no Brasil**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

FELLOWS, Martha. **Under-Reporting of COVID-19 Cases Among Indigenous Peoples in Brazil: A New Expression of Old Inequalities**. Martha Fellows; Valéria Paye; Ane Alencar; Mário Nicácio; Isabel Castro; Maria Emília Coelho; Camila V. J. Silva; Matheus Bandeira; Reinaldo Lourival; Paulo Cesar Basta. Received: 06 December 2020.

FIGUEIRA JÚNIOR, Oseas Batista. Experiências dos povos indígenas no Brasil diante das epidemias de doenças contagiosas: uma análise social e secular a partir dos relatórios do CIMI de 2020. **Revista de Estudos Indígenas de Alagoas – Campiô**. Palmeira dos Índios, v. 4, n. 1, p. 57-73. 2026.

FERRARI, Ilka Franco; JANUZZI, Mônica Eulália da Silva; GUERRA, Andréa Máris Campos. Pandemia, necropolítica e o real do desamparo/Pandemic, necropolitics and the real of abandonment. **Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 564-582, set. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1415-4714.2020v23n3p564.8>. Acesso em: 19 ago. 2025.

FIOCRUZ, Observatório Covid-19 da. **Boletim Observatório Covid-19 após 6 meses de pandemia no Brasil**. Boletim Observatório Covid-19, edição oficial. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/25345>. Acesso em: 22 jul. 2024.

SILVA, Lanna Maria Vieira da Graça; LIMA, Bárbara Cotard Silva de; JUNQUEIRA, Telma Low Silva. População indígena em tempos de pandemia: reflexões sobre saúde a partir da perspectiva decolonial. **Revista Brasileira de Estudos Indígenas**, Maceió, v. 5, n. 2, p. 112-128, jul./dez. 2021. Disponível em: www.revistabrasileira.de.estudos.indigenas. Acesso em: 22 jul. 2024.

MONTEIRO, John Manuel. **Negros da terra: índios e bandeirantes nas origens de São Paulo**. São Paulo: Companhia das Letras, 1994.

MONDARDO, M. L. Em defesa dos territórios indígenas no Brasil: direitos, demarcações e retomadas. **Geosp**, v. 26, n. 1, e-176224, abr. 2022. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/geosp/article/view/176224>.

MOREIRA, Vânia Maria Losada. Povos indígenas e novas experiências urbanas na América portuguesa: reformismo pombalino, participação política e pesquisa em rede colaborativa. **Espaço Ameríndio**, Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 235-268, jul./abr. 2023.

MATTA, Gustavo Corrêa. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lucia de Moura (Org.). **Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007.

MEDEIROS, Ricardo Pinto de. Política indigenista do período pombalino e seus reflexos nas capitanias do norte da América portuguesa. In: OLIVEIRA, João Pacheco de (Org.). **A presença indígena no Nordeste: processos de territorialização, modos de reconhecimento e regimes de memória**. Rio de Janeiro: Contracapa, 2011.

NASCIMENTO, L. F. M.; CORREA, I. Z. N.; NOGUEIRA, C. B. C. O limbo jurídico do direito à saúde de indígenas residentes em contexto urbano e os reflexos no enfrentamento do Covid-19: uma análise a partir da cidade de Manaus, Amazonas. **Revista Direito Público**, v. 17, n. 94, p. 250-277, 2020.

OSOEGAWA, Diego Ken; LISBOA, Gabriel Esperança; NOGUEIRA, Caroline Barbosa Contente. COVID-19 e povos indígenas em contexto urbano: violações aos direitos da saúde indígena e ações autônomas no enfrentamento da pandemia em Manaus. **Revista Culturas Jurídicas**, v. 8, n. 19, p. 240, jan./abr. 2021. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/culturasjuridicas/>. Acesso em: 22 jul. 2024.

PEREIRA, José Carlos Matos. **Indígenas na metrópole: lutas multiétnicas e identidade coletiva na cidade de Manaus (AM)**. Palestra. Disponível em: [s.n.]. Acesso em: 22 jul. 2024.

FIGUEIRA JÚNIOR, Oseas Batista. Experiências dos povos indígenas no Brasil diante das epidemias de doenças contagiosas: uma análise social e secular a partir dos relatórios do CIMI de 2020. **Revista de Estudos Indígenas de Alagoas – Campiô**. Palmeira dos Índios, v. 4, n. 1, p. 57-73. 2026.



RIBEIRO, D. **Os índios e a civilização**: a integração das populações indígenas no Brasil moderno. 7 ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

SANTOS, R. V.; PONTES, A. L.; COIMBRA JR., C. E. A. Um “fato social total”: Covid-19 e povos indígenas no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 10, p. 1-5, 2020. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/479783239/Um-fato-social-total-COVID-19-e-povos-in-pdf>. Acesso em: 22 jul. 2024.

SCHILLACI, Manuela. Memória e história indígena e do indigenismo: reflexões sobre o processo de digitalização do acervo audiovisual do CIMI Nordeste. *In*: **Anais do Encontro Estadual de História**. 10, 2014. Pernambuco: Associação Nacional de História – Seção Pernambuco, 2014.

SILVEIRA, Nádia Heusi. Considerações sobre saúde indígena no Brasil a partir de alguns estudos antropológicos fundadores. **Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi**. Ciências Humanas, Belém, v. 17, n. 1, 2022. Disponível em: <https://www.periodicos.ufpa.br/index.php/boletimgoeldi>.