

Rio de Janeiro, 19 de Junio de 2020

Contribuciones para el Informe del Relator Especial sobre los derechos de los pueblos indígenas sobre el Impacto de COVID-19 em los pueblos indígenas

Este documento fue elaborado por un conjunto de investigadores involucrados en el Observatorio Covid-19 de la Fundación Oswaldo Cruz (<https://portal.fiocruz.br/observatorio-covid-19>) y del Grupo de Trabajo en Salud Indígena de la Asociación Brasileña de Salud Colectiva (<https://www.abrasco.org.br/site/gtsaudeindigena/>). Este grupo ha desarrollado diversas acciones relacionadas con el tema de Covid-19 en el contexto de los pueblos indígenas, detallados en el Anexo 1. Particularmente como una contribución para el informe del Relator especial, vamos a destacar algunos datos producidos sobre la vulnerabilidad de los pueblos indígenas en territorio brasileño a la pandemia de COVID-19 de dos Informes Técnicos (Anexos 2 y 3) y en otros análisis complementares (Anexos 4, 5 y 6).

El primer caso de COVID-19 registrado en Brasil se confirmó el 26 de febrero de 2020, en la ciudad de São Paulo. Desde entonces, la pandemia se ha propagado por el territorio brasileño, inicialmente siguiendo un trayecto determinado por la distancia efectiva entre ciudades a través de la red aérea ¹. En los momentos siguientes, hubo una propagación progresiva por capitales de la Regiones Sureste, Norte y Noreste, con una rápida introducción y transmisión sostenida en Manaus, capital de Amazonas, seguida por la interiorización de la pandemia a través de redes viales y fluviales, en todas las regiones del país, particularmente en Norte y Noreste ^{2,3}.

La distribución geográfica y territorial de los pueblos indígenas en Brasil, por lo tanto, se superpone a las regiones de mayor esparcimiento de COVID-19, poniendo estas poblaciones en alta vulnerabilidad geográfica a la pandemia. El último Censo Demográfico realizado en 2010 por el Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE) contabilizó 896 mil personas que se declararon o consideraron indígenas en el país, y aproximadamente el 44% (394 mil personas) de esta población reside en la región de Amazonia Legal, que incluye todos los estados de la región Norte, el estado de Mato Grosso (región Medio Oeste) y parte del estado de Maranhão (región Noreste) ⁴.

Sin embargo, los pueblos indígenas no solo están expuestos al nuevo coronavirus, sino también a la adversidad del contacto interétnico, que promueve acentuada

vulnerabilidade social, lo que dificulta el enfrentamiento del proceso epidémico ⁵. Se estima que el 60% de la población indígena del país reside en un área que corresponde al 98% del total de extensión de las TI (especialmente en Amazonia Legal), mientras el 40% restante vive en TI que equivalen al 2% de la extensión territorial total. La vulnerabilidad sociodemográfica y sanitaria de la población indígena brasileña también se ha evidenciado en inúmeros estudios, con énfasis en la Primera Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de los Pueblos Indígenas⁶.

El reconocimiento por el Estado brasileño de la vulnerabilidad socio-sanitaria y epidemiológica de los pueblos indígenas y de las necesidades específicas de salud de estos pueblos llevó a la creación, en 1999, del Subsistema de Atención a la Salud Indígena en el ámbito del Sistema Único de Salud (SASI-SUS), cuya gestión está bajo la responsabilidad de la Secretaría Especial de Salud Indígena (SESAI) del Ministerio de la Salud (MS)⁷. El SASI-SUS, desde entonces, ha sido responsable por la provisión de la atención primaria en los territorios indígenas y por coordinar el cuidado en todos los niveles de atención del restante de la red del Sistema Único de Salud (SUS).

El SASI-SUS es estructurado como una red de servicios de atención primaria a la salud en 34 Distritos Sanitarios Especiales Indígenas (DSEI), esparcidos por todo el país, donde se ubica la mayoría de la población indígena residente en las áreas rurales, en aldeas y Tierras Indígenas oficializadas por el gobierno brasileño⁷. La población indígena que vive en áreas urbanas y las que están en fase de retomada de sus territorios tradicionales no acceden el SASI-SUS, por eso buscan atendimento en el sistema público de salud – SUS – de forma similar a los demás segmentos no indígenas de la población brasileña.

De toda manera, para los pueblos indígenas, el SASI-SUS está en la vanguardia en la prevención de la transmisión y cuidado con los enfermos afectados por COVID-19, considerando las responsabilidades de las otras esferas del SUS y otras instancias sectoriales públicas y de la sociedad civil organizada. Es importante destacar que, globalmente, los pueblos indígenas son altamente vulnerables a infecciones respiratorias agudas ^{8,9}. Incluso fuera de períodos pandémicos, las infecciones respiratorias agudas se encuentran entre las principales causas de morbilidad y mortalidad, y afectan principalmente el segmento infantil. Evidencias recientes confirman que la introducción de virus respiratorios en comunidades indígenas susceptibles presenta elevado potencial de propagación, lo que resulta en altas tasas de ataques e internaciones, con el potencial

de causar óbitos, como la Influenza A (H1N1) y el Virus Sincicial Respiratorio, en 2016
10 .

Impactos, vulnerabilidades y la notificación de Covid-19 en poblaciones indígenas en Brasil

El criterio adoptado en Brasil para ser considerado indígena es el de la autclasificación, según la OIT, realizada a través de la categoría indígena en la variable color/raza. Se ha utilizado ampliamente esta variable en los sistemas de información del Ministerio de la Salud desde fines de la década de 1990. El Censo demográfico (IBGE) de 2010, también preguntó a las personas indígenas sobre lengua hablada y etnia, confiriendo un profundo grado de detalle sobre la población indígena en Brasil ⁴. El SASI-SUS también tiene un sistema de información propio de la atención primaria a la salud indígena, denominado SIASI (Sistema de Información de la Atención a la Salud Indígena)⁷, que incluye datos de morbilidad, mortalidad, demografía, saneamiento y acceso a servicios de salud, pero sus datos no son de acceso abierto, y son proveídos de forma limitada mediante solicitud oficial a través de la Ley de Acceso a la Información.

a) Riesgo de propagación y vulnerabilidades a COVID-19 en poblaciones indígenas

Los resultados del Estudio denominado “Riesgo de propagación de COVID-19 en poblaciones indígenas: consideraciones preliminares sobre vulnerabilidad geográfica y sociodemográfica” ^{11,12} buscaron analizar el potencial de exposición de poblaciones indígenas a COVID-19 conforme ocurre la diseminación de SARS-CoV-2 por el territorio brasileño. Se busca identificar cuáles son los segmentos de la población indígena que presentan mayor vulnerabilidad según diferentes grupos poblacionales, representados por indígenas residentes en municipios y áreas urbanas y rurales, en municipios cubiertos por Distritos Sanitarios Especiales Indígenas (DSEIs) y en Tierras Indígenas (TIs) oficialmente reconocidas. La vulnerabilidad geográfica de los indígenas fue determinada por la ocupación de territorios ubicados en municipios clasificados según niveles de probabilidad de riesgo inmediato de epidemia, estimado para la población municipal (.). La situación se analizó en tres momentos distintos en el curso de la pandemia en el país, el primer análisis ocurrió el 18 de abril de 2020 ¹¹, el segundo el 05 de mayo de 2020 ¹² y el tercero el 20 de mayo de 2020¹³, conforme tabla 1.

Tabla 1: Proporción de población indígena residente en municipios de alto riesgo inmediato para la pandemia, según divisiones poblacionales.

Estrato poblacional	18/04	05/05	20/05
Total	34,2%	46,3%	56,3%
Zona urbana	60,5%	70,0%	76,1%
Zona rural y TI	17,7%	32,9%	45,1%

Fuente: Risco de espalhamento da COVID-19 em populações indígenas: considerações preliminares sobre vulnerabilidade geográfica e sociodemográfica. PROCC/Fiocruz; FGV;ENSP, 2020.^{11,12,13}

Se observa que la proporción de población indígena residente en municipios de alto riesgo inmediato para la pandemia tuvo un incremento absoluto del 22,1%, y un incremento relativo del 64,6% en aproximadamente 4,5 semanas^{11,12,13}. Para los indígenas residentes en zonas urbanas, este incremento absoluto fue del 16,6% y el incremento relativo del 125,8% en el período, y para la población rural, el incremento absoluto en el período fue del 27,4%, y el incremento relativo, del 154,8% en 4,5 semanas. La población residente en Tierras Indígenas oficiales es principalmente rural y, por lo tanto, su vulnerabilidad geográfica a la pandemia fue similar a la observada para la población indígena rural.

El incremento en la proporción de población indígena en riesgo inmediato para epidemia en el período fue muy diferente entre las regiones del país. El 20 de mayo de 2020, fecha del último análisis disponible, el 66,1%, 60,8%, 54,2% y 34,9% de la población indígena en las regiones Sur-Sureste, Noreste, Amazonia Legal y Medio Oeste, respectivamente, vivían en municipios de elevado riesgo para epidemia^{11,12,13}.

Tabla 2: Incremento relativo y absoluto de proporción de población indígena en riesgo inmediato para la pandemia según regiones y por estrato poblacional, entre el 18/04 y el 20/05.

Tipo de Incremento	Amazonia Legal		Noreste		Medio Oeste		Sur/Sureste	
	relativo	absoluto	relativo	absoluto	relativo	absoluto	relativo	absoluto
Población total	115,1%	29,0%	91,2%	29,0%	17,1%	5,1%	15,2%	8,7%
Zona Rural	147,4%	31,1%	277,1%	36,5	46,6%	5,7%	79,5%	12,4%
Zona urbana	50,7%	21,5%	45,4%	22,7	8,3%	5,6%	10,4%	8,3%

Fuente: Risco de espalhamento da COVID-19 em populações indígenas: considerações preliminares sobre vulnerabilidade geográfica e sociodemográfica. PROCC/Fiocruz; FGV;ENSP, 2020.^{11,12,13}

Ya que la epidemia ya había iniciado su propagación por las zonas urbanas, el incremento de proporción de población indígena en riesgo en el período de análisis fue de mayor magnitud en las zonas rurales, si comparadas a las zonas urbanas. El 20 de mayo de 2020, fecha del último análisis disponible, el 87,7%, 73,1%, 72,7% y 63,9% de la población indígena en zona urbana de las regiones Sur-Sureste, Medio Oeste, Noreste y Amazonia Legal, respectivamente, vivían en municipios de elevado riesgo para epidemia, mientras el 52,2%, 49,4%, 28,0% y 17,3% de la población indígena residente en zona rural de Amazonia Legal, Noreste, Sur-Sureste y Medio Oeste, respectivamente, vivían en municipios de elevado riesgo para epidemia^{11,12,13}.

Con la diseminación inicial de COVID-19 por vía aérea para las capitales de la región costera del país y para capitales de las regiones Norte y Medio Oeste, la mayoría de las Tierras Indígenas geográficamente más vulnerables a mediados de abril de 2020 eran las cercanas a centros urbanos como Manaus, eje Rio Branco - Porto Velho, Fortaleza, Salvador y capitales del Sur y Sureste¹¹. La posterior interiorización de la pandemia por vías terrestre y fluvial rápidamente expuso poblaciones más remotas y ubicadas en el interior del país, particularmente aquellas en aislamiento voluntario o las de reciente contacto, a un elevado riesgo de introducción de la pandemia, con consecuencias potencialmente catastróficas desde el punto de vista epidemiológico, demográfico y cultural. El 05 de mayo de 2020, eran identificadas como en alto riesgo para la pandemia, por ejemplo, las Tierras Indígenas de Amazonia Legal ubicadas en el canal de los ríos Solimões y Amazonas y sus afluentes, tierras en Amapá y Norte do Pará, Altamira, Médio y Alto Purus, región Yanomami, Vale do Rio Javari y Alto Rio Juruá¹².

Para explorar la vulnerabilidad sanitaria y la capacidad de organización de respuesta a COVID-19, se analizaron algunos indicadores relativos a las características de los domicilios en TI, obtenidos del Censo demográfico 2010, incluida la proporción de domicilios en TI por acceso a electricidad, proporción de domicilios en TI por fuente de suministro de agua y proporción de domicilios en TI por tipo de baño o sanitario. Los indicadores distinguieron aproximadamente tres patrones, que encuadran Amazonia Legal, Medio Oeste, y Noreste y Sur-Sureste en conjunto, ya que exhiben características

similares. Amazonia Legal tiene la menor proporción de acceso a electricidad, mayor proporción de uso de fuentes alternativas de agua y baja proporción de acceso a baños o inodoros. Noreste y Sureste se caracterizan por un elevado acceso a electricidad y al agua de red general o pozo, y mayor proporción de uso de baño o fosa séptica, pero aún con elevada proporción de fosa rudimentaria. El Medio Oeste exhibe un patrón intermedio entre las dos condiciones, con una elevada proporción de fosa rudimentaria. Estos estándares sugieren que las TI fuera de Amazonia Legal tienen niveles híbridos de acceso a instalaciones sanitarias y a la electricidad, que indican proximidad a las áreas urbanas y restricción de acceso a los recursos naturales, lo que implica un mayor grado de vulnerabilidad, cuando se vincula a la proximidad de lugares de transmisión sostenida de Sars-CoV-2. Por otro lado, Amazonia Legal se aproxima a un patrón rudimentario, que puede significar mayor disponibilidad de recursos naturales para protección de la comunidad, como acceso abundante al agua y mayor grado de aislamiento, dependiendo de la ubicación geográfica de la TI ^{11,12}.

b) Divergencias en las notificaciones de casos confirmados y muertes por COVID-19 en Indígenas en Brasil

A lo largo de las semanas en que los casos confirmados y muertes de indígenas por Covid-19 han sido progresivamente notificados, se hicieron evidentes las disparidades en las informaciones y un creciente debate sobre el subregistro. Los datos oficiales de SESAI/MS se publicaron a través de Boletines Epidemiológicos, en su sitio web (<https://saudeindigena.saude.gov.br/>). Además de esta fuente, es posible obtener datos por intermedio de organizaciones no gubernamentales (<https://covid19.socioambiental.org/>) y organizaciones indígenas, como la Articulación de los Pueblos Indígenas de Brasil – APIB (<http://quarentenaindigena.info/casos-indigenas/>). En particular, las organizaciones indígenas buscan agregar datos oficiales de Sesai con datos complementares obtenidos a través de una búsqueda activa con diversas organizaciones indígenas y de poblaciones indígenas no registradas en SASI-SUS, para hacer público un panorama más completo de la situación de la pandemia entre pueblos indígenas en el país.

Por ejemplo, SESAI/MS divulgó en su Boletín Epidemiológico del 11 de junio de 2020 que había 2.608 casos confirmados y 89 óbitos entre indígenas asistidos por SASI-SUS.

(https://saudeindigena1.websitese Seguro.com/coronavirus/pdf/11_06_2020_Boletim%20epidemiologico%20ESAI%20sobre%20COVID%2019.pdf). A la vez, APIB informa que, en la misma fecha, había 98 pueblos indígenas atingidos por COVID-19, con 3.166 casos confirmados y 269 óbitos (<http://quarentenaindigena.info/casos-indigenas/>). En esta comparación, se verifican divergencias en los datos, particularmente los óbitos, en los cuales hay una notificación del 302,2% mayor en número de óbitos por el movimiento indígena en comparación con la cantidad oficial del Ministerio de la Salud.

Esta divergencia y subregistro de casos oficiales posiblemente ocurre debido a varios factores: a) criterios poco sensibles para identificación de casos sospechosos y debilidad en las estrategias de búsqueda activa de casos en los DSEI; b) la gran limitación en el uso de exámenes diagnósticos para COVID-19 en Brasil, y particularmente en los DSEI; c) la cobertura parcial de la población indígena por el SASI-SUS; d) fallas o atrasos generales en la notificación de casos y óbitos; e) la información de color/raza no es obligatoria en la notificación de Covid-19 por las secretarías Municipales y estatales de salud, lo que hace inviables los indígenas residentes en áreas urbanas atendidos por la red SUS. Además de estos aspectos, señalamos que existe una limitación de acceso de instituciones académicas y organizaciones sociales para monitoreo de casos directamente en tierras indígenas.

Otro indicador sugerido para analizar el impacto de la pandemia en pueblos indígenas es la hospitalización por Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SRAG) en poblaciones indígenas, que ha presentado un patrón de aumento en relación con la serie histórica en los últimos 10 años, similar al observado en 2009 debido a la pandemia de Influenza A(H1N1)pdm09. Se observa un aumento en la proporción de internaciones de indígenas en Amazonia Legal, y un cambio en el patrón de internaciones por edad ^{11,12}.

La respuesta de Sesai para control y enfrentamiento de Covid- 19 en pueblos indígenas

Sesai ha producido material y orientado los equipos de los Distritos Sanitarios Especiales Indígenas (DSEI) y Equipos Multidisciplinarios de Salud Indígena (EMSI) desde marzo de 2020. Hasta el momento han proveído 41 documentos en el link <https://drive.google.com/drive/folders/1NypkAgVkBQU5ztQ4yWVgh1bgxdiBIBhh>.

Ante la vulnerabilidad de los pueblos indígenas, la fragilidad de la estructura de SASI-SUS y las dificultades para implementar todas las medidas de higienización y

aislamiento social en el contexto de las aldeas, impedir la entrada de SARS-COV-2 en territorios indígenas rápidamente se definió como prioridad de las organizaciones indígenas y sus vindicadores ⁵. Sin embargo, la publicación de normativas (Ordenanza 419/2020 de FUNAI) que recomienda que se suspendan las entradas de personas que no prestan servicios esenciales en las aldeas indígenas se produjo solo el 17 de marzo de 2020. Fueron de las poblaciones indígenas los primeros movimientos y orientaciones para que fuera implementado el aislamiento en sus territorios, y, a través de las redes sociales y circulación de mensajes entre los vindicadores, pidieron a todos que evitaran visitas y tránsitos en las aldeas.

Con la publicación de Informes Técnicos, de los cuales el primero se actualizó el 16 de marzo de 2020, SESAI trajo orientaciones para los profesionales de los DSEI y EMSI que poco indicaban una atención diferenciada a los pueblos indígenas. Sin avanzar en las discusiones de organizaciones de flujos asistenciales y en la organización de espacios para aislamientos de indígenas que regresaban del ambiente urbano o que se sospechaba que estaban contaminados por Sras-Cov-2, las decisiones y organizaciones estuvieron a cargo de las relaciones ya establecidas por los DSEIs, sin una directriz clara y que reforzara la necesidad de actuaciones conjuntas de diversas instituciones y esferas del gobierno. Otro enfoque es que el Ministerio de la Salud declaró estado de transmisión comunitaria en todo el territorio nacional el 20 de marzo, todavía Sesai no adoptó este criterio para la organización de las acciones. El último informe técnico (no.5, del 08 de mayo)¹⁴ mantiene la orientación con criterios y conductas basados en escenarios epidemiológicos. Señalamos algunas otras iniciativas de SESAI en este período:

- Sesai solicitó la inclusión de los indígenas en los grupos prioritarios en la anticipación de la campaña de vacunación contra la influenza el 16 de marzo, que, después de la presión del movimiento indígena, fue aprobada solamente el 15/04;
- No hubo estructuración de flujos específicos para priorizar el diagnóstico molecular de los indígenas, Sesai se limitó a distribuir entre 180 y 280 exámenes rápidos (serológicos) para cada uno de los 34 distritos, una cantidad insuficiente para las demandas de exámenes de profesionales de salud y de población asistida.
- Se creó un comité nacional y se orientó que creasen comités en los DSEI (Comité de Crisis Nacional para enfrentamiento de COVID 19- Ordenanza Sesai 36/2020), pero no prevé la participación de técnicos de otras áreas del Ministerio de la Salud, estados y municipios, actores clave para garantizar la integralidad de la asistencia

a esta población. Así como no prevé la participación de representación indígena en el comité central. En todo el proceso nos preocupa que no haya involucramiento y debate de las organizaciones de respuestas a Covid-19 en diálogo con liderazgos y organizaciones indígenas;

- Equipo de Respuesta Rápida es una estrategia relevante pues posibilita la contratación de 1 (un) médico, 2 (dos) enfermeros y 4 (cuatro) técnicos de enfermería para cada DSEI por el período de tres meses, pero nos preocupa la composición y la predicción de un equipo por DSEI.
- Es positiva la estrategia de Sesai para fortalecimiento de la atención primaria mediante la creación de UNIDADES DE CUIDADOS PRIMARIOS ÚNICOS COVID-19 (UAPI), de 25 mayo de 202, esperamos que haya la inversión financiera necesaria para su plena implementación.

En este contexto de políticas genéricas que hacen inviables las especificidades indígenas y dificultan la atención diferenciada garantizada en la Ley 8536/1999 que instituye el SASI, indígenas y diversas organizaciones están organizándose y manifestándose para presionar el gobierno federal y garantizar la seguridad de los pueblos indígenas en este momento.

Apreciamos el apoyo de la Rede Zika Ciência Sociais para la traducción de ese documento y de sus anexos.

Referencias bibliográficas

1. Estimativa de risco de espalhamento da COVID-19 no Brasil e o impacto no sistema de saúde e população por microrregião. Relatório nº 1 do Grupo de Métodos Analíticos de Vigilância Epidemiológica (MAVE), PROCC/Fiocruz e EMap/FGV, 17 de março de 2020. <http://covid-19.procc.fiocruz.br/>
2. Estimativa de risco de espalhamento da COVID-19 no Brasil e avaliação da vulnerabilidade socioeconômica nas microrregiões brasileiras. 2º relatório do Grupo de Métodos Analíticos de Vigilância Epidemiológica (MAVE), PROCC/Fiocruz e EMap/FGV, 23 março 2020 (*atualizado em 25 de março de 2020*) . <http://covid-19.procc.fiocruz.br/>
3. Estimativa de risco de espalhamento da COVID-19 nos estados brasileiros e avaliação da vulnerabilidade socioeconômica nos municípios 3º relatório do Grupo de Métodos

Analíticos de Vigilância Epidemiológica (MAVE), PROCC/Fiocruz e EMap/FGV, - 02 de abril 2020. <http://covid-19.procc.fiocruz.br/>

4. IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) (2012). Censo Demográfico 2010: Características Gerais dos Indígenas – Resultados do Universo. Rio de Janeiro: IBGE.

5. ABRASCO (Associação Brasileira de Saúde Coletiva) e ABA (Associação Brasileira de Antropologia). A COVID-19 e os povos indígenas: desafios e medidas para controle do seu avanço. Nota Conjunta ABRASCO/ABA. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/notas-oficiais-abrasco/a-covid-19-e-os-povos-indigenas-desafios-e-medidas-para-controle-do-seu-avanco/45866/>. Acessado em 23/03/2020.

6. Coimbra, C. E. A., Jr., Santos, R. V., Welch, J. R., Cardoso, A. M., Souza, M. C., Garnelo, L., et al. (2013). The First National Survey of Indigenous People's Health and Nutrition in Brazil: Rationale, methodology, and overview of results. BMC Public Health, 13 (1), 52.

7. Cardoso AM, Santos RV, Garnelo L, Coimbra Jr. CEA, Chaves MBG. Políticas Públicas de Saúde para os Povos Indígenas. In: Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. 2 Edição. (L. Giovanella, S Escorel, LV Lobato, AI Carvalho, Orgs). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p: 911-932.

8 La Ruche G, Tarantola A, Barboza P, Vaillant L, Gueguen J, Gastellu-Etchegorry M, et al. The 2009 pandemic H1N1 influenza and indigenous populations of the Americas and the Pacific. Euro Surveill. 2009; 14(42):19366.

9. Flint SM, Davis JS, Su JY, Oliver-Landry EP, Rogers BA, Goldstein A, et al. Disproportionate impact of pandemic (H1N1) 2009 influenza on Indigenous people in the Top End of Australia's Northern Territory. Med J Aust. 2010; 192(10):617–22.

10. Cardoso AM, ResendePC, Paixao ES, Tavares FG, Farias YN, Barreto CTG, et al. Investigation of an outbreak of acute respiratory disease in an indigenous village in Brazil: Contribution of InfluenzaA(H1N1)pdm09 and human respiratory syncytial viruses. PLoS ONE 2019; 14 (7): e0218925.

11. Risco de espalhamento da COVID-19 em populações indígenas: considerações preliminares sobre vulnerabilidade geográfica e sociodemográfica. Relatório nº 4 do Grupo de Métodos Analíticos de Vigilância Epidemiológica (MAVE), PROCC/Fiocruz e EMap/FGV, Grupo de Trabalho sobre Vulnerabilidade Sociodemográfica e

Epidemiológica dos Povos Indígenas no Brasil à Pandemia de COVID-19 e colaboradores. 18 de abril de 2020. <http://covid-19.procc.fiocruz.br/>

12. Risco de espalhamento da COVID-19 em populações indígenas: considerações preliminares sobre vulnerabilidade geográfica e sociodemográfica. Relatório nº 4 – 2ª Edição do Grupo de Métodos Analíticos de Vigilância Epidemiológica (MAVE), PROCC/Fiocruz e EMap/FGV, Grupo de Trabalho sobre Vulnerabilidade Sociodemográfica e Epidemiológica dos Povos Indígenas no Brasil à Pandemia de COVID-19 e colaboradores. 05 de maio de 2020. <http://covid-19.procc.fiocruz.br/>

13. Webinários População e Desenvolvimento em Debate, “os povos indígenas no contexto do COVID-19”. Palestrantes Tsitsina Xavante - Pesquisadora e defensora dos povos indígenas, juventude e mulheres Ailton Krenak - Líder indígena Marta Antunes - Antropóloga (IBGE) Andrey Cardoso - Médico (Fiocruz) Facilitação Marta Azevedo - Professora do Núcleo de Estudos de População 'Elza Berquó' da Universidade Estadual de Campinas (NEPO/Unicamp) Realização UNFPA Brasil e Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEP) <https://www.youtube.com/watch?v=cRVdwss7BKc>.

14. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Informe Técnico nº 05 – Secretaria Especial de Saúde Indígena / Ministério da Saúde – 08 de maio de 2020. Disponível em: <https://drive.google.com/drive/folders/1NypkAgVkBQU5ztQ4yWVgh1bgxdiB1Bhh>