

**MEDICINA:**

# LONGE DOS HOLOFOTES,

**PERTO DAS PESSOAS**

**2**

**Benedito Rodrigues da Silva Neto  
(ORGANIZADOR)**



**MEDICINA:**

# LONGE DOS HOLOFOTES,

**PERTO DAS PESSOAS**

---

**Benedito Rodrigues da Silva Neto  
(ORGANIZADOR)**

# 2



**Editora chefe**

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

**Editora executiva**

Natalia Oliveira

**Assistente editorial**

Flávia Roberta Barão

**Bibliotecária**

Janaina Ramos

**Projeto gráfico**

Camila Alves de Cremo

Luiza Alves Batista

Maria Alice Pinheiro

Natália Sandrini de Azevedo

**Imagens da capa**

iStock

**Edição de arte**

Luiza Alves Batista

2021 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2021 Os autores

Copyright da edição © 2021 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição Creative Commons. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

**Conselho Editorial****Ciências Biológicas e da Saúde**

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília

Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás

Profª Drª Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí

Profª Drª Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

Profª Drª Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina  
Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília  
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina  
Profª Drª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira  
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Profª Drª Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco  
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra  
Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras  
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria  
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia  
Profª Drª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco  
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará  
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí  
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará  
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas  
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Profª Drª Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará  
Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma  
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federacl do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá  
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados  
Profª Drª Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino  
Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora  
Profª Drª Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí  
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande  
Profª Drª Welma Emidio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco

## Medicina: longe dos holofotes, perto das pessoas 2

**Diagramação:** Camila Alves de Cremo  
**Correção:** Mariane Aparecida Freitas  
**Indexação:** Gabriel Motomu Teshima  
**Revisão:** Os autores  
**Organizador:** Benedito Rodrigues da Silva Neto

### Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

M489 Medicina: longe dos holofotes, perto das pessoas 2 /  
Organizador Benedito Rodrigues da Silva Neto. – Ponta  
Grossa - PR: Atena, 2021.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5983-563-8

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.638210810>

1. Medicina. 2. Saúde. I. Silva Neto, Benedito  
Rodrigues da (Organizador). II. Título.

CDD 610

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

**Atena Editora**

Ponta Grossa – Paraná – Brasil  
Telefone: +55 (42) 3323-5493

[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)

[contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br)

## DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

## DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access, desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

## APRESENTAÇÃO

Sabemos que o trabalho do médico humanitário envolve uma grande variedade de atividades que podem girar em torno de diversas atividades. Existe um longo e vasto caminho muitas vezes pouco iluminado pelos sistemas de comunicação, mas que são uma base essencial para o desenvolvimento dessa ciência. Exemplos como de equipes médicas que atuam em situações de conflito e pós-conflito, no controle e combate às doenças epidêmicas, no atendimento emergencial às vítimas de catástrofes naturais, e garante atendimento médico às pessoas excluídas dos sistemas de saúde locais, contribuem para esse entendimento.

A proximidade com o paciente e os valores éticos necessitam ser valorizados e incentivados, pois geram possibilidades além de pressionarem grandes indústrias e governos para que medicamentos acessíveis e de qualidade cheguem às populações mais pobres do mundo.

Tendo em vista a dimensão e a importância dessa temática, a mais nova obra da Atena Editora, construída inicialmente de três volumes, direciona ao leitor um novo material de qualidade baseado na premissa que compõe o título da obra.

Situações de emergência pedem resposta rápida, com atendimento médico especializado e apoio logístico, mas falhas crônicas no sistema de saúde local, como a escassez de instalações de saúde, de profissionais qualificados e a inexistência da oferta de serviços gratuitos para populações sem recursos financeiros, também podem motivar a atuação da organização. Ou seja, uma amplitude de temas que aqui serão abordados dentro dos diversos campos de atuação dos profissionais envolvidos.

De forma integrada e colaborativa a nossa proposta, apoiada pela Atena Editora, trás ao leitor produções acadêmicas desenvolvidas no território nacional abrangendo informações e estudos científicos no campo das ciências médicas com ênfase na promoção da saúde em nosso contexto brasileiro. Desejamos que a obra “Medicina: Longe dos holofotes, perto das pessoas” proporcione ao leitor dados e conhecimento fundamentado e estruturado.

Tenham todos uma ótima leitura!

Benedito Rodrigues da Silva Neto




## SUMÁRIO

### **CAPÍTULO 1..... 1**

#### **A SAÚDE DOS ESTUDANTES DE MEDICINA: O USO DE DROGAS COMO UM ALARME PARA O FUTURO? – UMA REVISÃO DE LITERATURA**


Beatriz Mello Rosa  
Caio Livio Kador e Silva  
Carlos Roberto Fernandes Júnior  
Eduarda Leão de Azevedo Araújo  
Nahyami Reis Casarino  
Gisele Aparecida Fófano

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6382108101>

### **CAPÍTULO 2..... 13**

#### **ADENOCARCINOMA ENDOMETRIOIDE SOBRE FOCO DE ENDOMETRIOSE NA PAREDE ABDOMINAL: RELATO DE CASO CLÍNICO E REVISÃO DE LITERATURA**

Vinicius Humberto de Souza Vicuña  
Ketheryn Adna Souza de Almeida

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6382108102>

### **CAPÍTULO 3..... 21**

#### **ALTERAÇÕES PULMONARES CRÔNICAS INDUZIDAS POR EXPOSIÇÃO PROLONGADA AO PARAQUAT (PQ): UMA REVISÃO INTEGRATIVA**


Ana Clara Costa Fuzaro  
Carolina Brites Saraiva  
Eduarda Jamile Anselmo Mosso  
Tainá Pereira Monteiro Gentil

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6382108103>

### **CAPÍTULO 4..... 32**

#### **ASSOCIAÇÕES ENTRE CONDIÇÕES METEOROLÓGICAS E INTERNAÇÕES POR DOENÇAS DO SISTEMA RESPIRATÓRIO EM TANGARÁ DA SERRA-MT**


Luana Vieira Coelho Ferreira  
Rivanildo Dallacort  
William Fenner  
Raimundo Nonato Cunha de França  
Ana Carolina Macri Gaspar Vendramini

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6382108104>

### **CAPÍTULO 5..... 48**

#### **CÂNCER DE COLO DE ÚTERO: PERCEPÇÃO DE MULHERES ACERCA DA DOENÇA E DE SUA PREVENÇÃO EM UM CENTRO SOCIAL NA REGIÃO NORTE DO BRASIL**

Elizabeth Maia da Silva  
Igo Eduardo Corrêa de Oliveira  
Larissa Borges da Costa Kalume  
Márcia Cristina Monteiro Guimarães  
Mariana de Castro Castanheira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6382108105>


**CAPÍTULO 6..... 60**

**CUIDANDO DA SAÚDE MENTAL E DAS DORES VISIBILIZADAS PELO COVID-19**

Niveamara Sidrac Lima Barroso

Simone Maria Santos Lima

Karla Corrêa Lima Miranda

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6382108106>

**CAPÍTULO 7..... 68**

**CUIDANDO DO CUIDADOR: UMA REVISÃO DE LITERATURA INTEGRATIVA**

Yago José Fagundes de Freitas


Naiza Murielly Pereira Borges

Alane Franco Lins

Horrana Carolina Bahmad Gonçalves

Omar Karajah

Jalsi Tacon Arruda

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6382108107>

**CAPÍTULO 8..... 76**

**DIRETRIZES E LINHAS DE CUIDADO PARA AS PESSOAS COM TRANSTORNOS DO ESPECTRO DO AUTISMO E SUAS FAMÍLIAS NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO SUS**

Ana Luiza Silva Araujo

Caroline Silva de Araujo Lima

Ana Luisa Araújo Costa Rios

Helene Ribeiro

Jordana Martins Machado Araujo

Bruna Pereira Alves

Julia Bergamini Gomes


Lorenna da Silva Braz

Mariana dos Santos Mello

Natália Queiroz Souza dos Santos

Jânio Alves Teodoro

Milena Lelis Almeida

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6382108108>

**CAPÍTULO 9..... 84**

**ECCRINE POROCARCINOMA: A SERIES OF 11 CASES AND A LITERATURE REVIEW OF RARE CUTANEOUS NEOPLASIA**

Emili Galvani de Menezes Ayoub

Vinicius Agibert de Souza


Michelle Samora de Almeida

Hakaru Tadokoru

Christian Ribas

Ramon Andrade Bezerra de Mello


Tiago Costa de Padua

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6382108109>

**CAPÍTULO 10..... 90**

**ENFRENTAMENTOS DE UMA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL FRENTE AOS CUIDADOS PALIATIVOS NO CÂNCER DE MAMA**


Camilla de Souza Menezes  
Juliane Falcão da Silva  
Michelle Oliveira Neves  
Rebeca de Oliveira Paixão  
Maiane França dos Santos  
Helder Brito Duarte

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.63821081010>

**CAPÍTULO 11..... 94**

**GASTRECTOMIAS: EXPERIÊNCIA DE 10 ANOS DE UM CENTRO REFERÊNCIA EM TRATAMENTO DE CÂNCER**


Gustavo Torres Lopes Santos  
Thiago Costa Pires  
Gabriela Benetti de Grande Santos  
Ythalo Hugo da Silva Santos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.63821081011>

**CAPÍTULO 12..... 106**

**IMUNOTERAPIA APLICADA À NEOPLASIA DE MERKEL METASTÁTICA EM PACIENTE IMUNOSSUPRIMIDO**

David Pinheiro Cunha  
Isabela de Lima Pinheiro

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.63821081012>

**CAPÍTULO 13..... 110**

**LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO GRAVE: EVOLUÇÃO CLÍNICA E RESPOSTA TERAPÊUTICA**

Andreia Coimbra Sousa  
Luciana Alencar Fialho Bringel  
Thiago Igor Aranha Gomes  
Lincoln Matos de Souza  
Leandro de Araújo Albuquerque  
Jefferson Luís Santos Botelho  
Letícia Turolla da Silva Pires Leal  
Ingrid Luise Paz Araújo  
Anna Isabel Rodrigues Alves  
João Guilherme Alencar Silva  
Filipe Tamburini Brito  
Rafael Moreira Aquino

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.63821081013>

**CAPÍTULO 14..... 116**

**O QUE SABEM ESTUDANTES DE MEDICINA SOBRE DOAÇÃO E TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS NO BRASIL?**


Ana Rúbia Dacencio de Rosso

Nicole Carbone

Elie Kamilos Di Ciurcio

João Victor Sardinha Fantin

Guilherme de Menezes Succi

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.63821081014>

**CAPÍTULO 15..... 127**

**PERFIL DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR NEOPLASIA MALIGNA DA MAMA NO ESTADO DO PARÁ NO PERÍODO DE 2015 A 2019**

Amanda Maria de Almeida Moreira

Amanda Silva Arenhardt

Tayna Ianka da Costa Oliveira

Marília Vitoria Santos de Souza

Hilton José Vaz

José Natanael Gama dos Santos

Naiana de Paula Tavares


Lucas Tomaz de Araújo Silva

Gabriel Felipe Perdigão Barros Monteiro

Maria Gabriela Perdigão Barros Monteiro

Rafael Tembê Araújo

Cibele Maria de Almeida

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.63821081015>

**CAPÍTULO 16..... 136**

**POPULAÇÃO INDÍGENA BRASILEIRA E ÓBITOS POR COVID 19, A POTENCIALIZAÇÃO DE UMA TRAGÉDIA HISTÓRICA**

Julia Português Almeida

Vinícius Sousa Santana


Karolina Moreira dos Santos

Luisa Gabriela Português Almeida

Gabriel Baêta Branquinho Reis

Thiago Martins de Abreu

Adriana Helena Matos Abe


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.63821081016>

**CAPÍTULO 17..... 148**

**RELATO DA PRIMEIRA COLECTOMIA PARCIAL ASSISTIDA POR PLATAFORMA ROBÓTICA, PARA TRATAMENTO DE UM CÂNCER DE CÓLON DIREITO, NO ESTADO DO PARANÁ**

Flavio Daniel Saavedra Tomasich


Ewerson Luiz Cavalcanti e Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.63821081017>

**CAPÍTULO 18..... 152**

**RELATO DE CASO: ADENOCARCINOMA DUCTAL EM PACIENTE DE 19 ANOS**


Bruno Gustavo dos Santos  
Henrique Barbosa de Abreu  
André Luís Conde Watanabe  
João Guilherme Oliveira Vaz  
Gustavo Antônio de Paula Prado  
Henrique Serra de Mello Martins  
Bruno Rosa de Souza  
Letícia Porfírio da Silva  
Felipe Rodrigues dos Santos  
Marcella Barreto Campos  
Thiago Almeida Hurtado  
Brenda Rafaela Cordeiro Moreira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.63821081018>

**CAPÍTULO 19..... 155**

**SÍNDROME DE TOURETTE E SUAS IMPLICAÇÕES NA ATUALIDADE**


Nigel Lucas de Gomes Veras  
Daniel Henrique Pinheiro Rebouças  
Isabella Campelo Soares de Carvalho  
Ronnyel Wanderson Soares Pacheco  
Marco Antônio Carmadella da Silveira Júnior  
Paulo Egildo Gomes de Carvalho  
Victoria Alves Pinho  
Daniella Pineli Chaveiro Costa  
Francisco das Chagas Mendes Júnior

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.63821081019>

**CAPÍTULO 20..... 160**

**TENTATIVAS DE SUICÍDIO POR INTOXICAÇÃO EXÓGENA EM UM ESTADO NORDESTINO DO BRASIL, 2007 a 2017**

Maria Luiza Ferreira Imburana da Silva  
Shirley Jacklanny Martins de Farias  
Matheus Felipe Medeiros de Lira  
Laís Eduarda Silva de Arruda  
Sineide Martins Geraldo  
Isabel de Jesus Brandão Barreto  
Emília Carolle Azevedo de Oliveira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.63821081020>

**CAPÍTULO 21..... 170**

**TRAÇOS DEPRESSIVOS E DIAGNÓSTICO DE DEPRESSÃO: DESAFIOS E FACILIDADES NA APLICAÇÃO DE TESTES DE PERSONALIDADE**

Gabriel Arruda Burani  
Thais Hora Paulino

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.63821081021>

**CAPÍTULO 22..... 177**

TRATAMENTO ONCOLÓGICO NO BRASIL: ANÁLISE DO DESEMPENHO DA LEI Nº 12.732/12 NO PERÍODO DE 2013 A 2019

Isabelle Maria dos Anjos Chaves

Vitória Alice Alves de Oliveira

Lygia Accioly Tinoco

Kiyoshi Ferreira Fukutani

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.63821081022>

**CAPÍTULO 23..... 181**


A EVOLUÇÃO DAS DOENÇAS EMERGENTES E REEMERGENTES E SUA IMPORTÂNCIA NA ATUALIDADE

Jefferson Ricardo Rodrigues Morais

Ludmila Rodrigues Augusto

Laura Cristina Ribeiro Cangue

Maria Teresa Hosken dos Santos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.63821081023>

**SOBRE O ORGANIZADOR..... 195**

**ÍNDICE REMISSIVO..... 196**

# CAPÍTULO 16

## POPULAÇÃO INDÍGENA BRASILEIRA E ÓBITOS POR COVID 19, A POTENCIALIZAÇÃO DE UMA TRAGÉDIA HISTÓRICA

Data de aceite: 01/10/2021

Data de submissão: 05/07/2021

**Adriana Helena Matos Abe**

Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás  
Goiânia, GO

ORCID: 0000-0002-9785-607X

**Julia Português Almeida**

Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Goiás  
Goiânia, GO  
ORCID: 0000-0003-1179-3969

**Vinicius Sousa Santana**

Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Goiás  
Goiânia, GO  
ORCID: 0000-0002-1453-0139

**Karolina Moreira dos Santos**

Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Goiás  
Goiânia, GO  
ORCID: 0000-0002-7388-261X

**Luisa Gabriela Português Almeida**

Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Tocantins  
Palmas, TO  
ORCID: 0000-0002-3855-8224

**Gabriel Baêta Branquinho Reis**

Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Goiás  
Goiânia, GO  
ORCID: 0000-0003-1499-2277

**Thiago Martins de Abreu**

Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Goiás  
Goiânia, GO  
ORCID: 0000-0001-9035-6913

**RESUMO:** A COVID 19 foi declarada Pandemia pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2020, até 18 de março de 2021 foram notificados mais de 2 milhões de mortes. No Brasil, o avanço da doença para as comunidades indígenas mostrou-se desproporcional quando comparado aos demais indivíduos, com potencial devastador relacionado à vulnerabilidade socioeconômica, ambiental e política dessa população. O presente estudo analisou o número de internações e a mortalidade por COVID-19 no Brasil de 26 de fevereiro de 2020 a 21 de junho de 2021 comparando a raça branca com a indígena, e a relação dos desfechos com a presença de comorbidades. Trata-se de um estudo analítico retrospectivo transversal baseado na análise de dados secundários. Para análise foram calculadas as taxas de transferência para as UTIs e as taxas de mortalidade entre as raças. Nos ajustes das curvas de tendência de mortalidade foi realizado uma Regressão Logística que incluiu 500.500 indivíduos, 497.908 (99,5%) autodeclarados brancos e 2.592 (0,5%) autodeclarados indígenas. Dessa forma, o estudo confirmou a prevalência de óbito por Sars Cov – 2 na população autodeclarada indígena quando comparada a população autodeclarada branca, uma vez que os dados encontrados evidenciam a realidade que a população indígena perpassa

no Brasil: o acesso à saúde é limitado com a falta de atendimento médico especializado e de suporte de vida avançado.

**PALAVRAS-CHAVE:** COVID19; Índio; Brasil; hospitalização; morte.

## BRAZILIAN INDIGENOUS POPULATION AND DEATHS BY COVID 19, THE POWER OF A HISTORIC TRAGEDY

**ABSTRACT:** COVID 19 was declared a Pandemic by the World Health Organization (WHO) in 2020, and as of March 18th, 2021, more than 2 million deaths had been reported. In Brazil, the spread of the disease to indigenous communities was disproportionate when compared to other individuals, with devastating potential related to the socioeconomic, environmental and political vulnerability of this population. The present study analyzed the number of hospitalizations and mortality due to COVID-19 in Brazil from February 26th, 2020 to June 21th, 2021, comparing the white race with the indigenous race, and the relationship of outcomes with the presence of comorbidities. This is a retrospective cross-sectional analytical study based on the analysis of secondary data. For analysis, transfer rates to ICUs and mortality rates between races were calculated. In the adjustments of the mortality trend curves, a logistic regression was performed that included 500,500 individuals, 497,908 (99.5%) self-declared white and 2,592 (0.5%) self-declared indigenous. Thus, the study confirmed the prevalence of death by Sars Cov - 2 in the self-declared indigenous population when compared to the self-declared white population, since the data found show the reality that the indigenous population faces in Brazil: access to health care is limited with the lack of specialized medical care and advanced life support.

**KEYWORDS:** COVID19; Indium; Brazil; hospitalization; death.

## 1 | INTRODUÇÃO

A COVID 19 foi declarada Pandemia pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2020, sendo que até 18 de março de 2021 havia sido notificado mais de 120 milhões de casos no mundo, e mais de 2 milhões de mortes. No Brasil, o avanço da doença para as comunidades indígenas encontrou um cenário com impacto desproporcional quando comparado aos demais indivíduos, em especial nas populações residentes no norte e centro-oeste, com potencial devastador relacionado à vulnerabilidade social, econômica, ambiental e política dessa população. (WHO, 2021; BRAGATO et. al., 2021).

Segundo o censo do IBGE 2010, o Brasil possuía cerca de 896 mil pessoas que se declararam indígenas, com 63,8% sendo residentes em áreas rurais. A respeito do que acontece com muitas populações indígenas ao redor do mundo, existe um amplo histórico socioambiental e governamental negativo, assim como acesso precário a serviços de saúde, tornando estes indivíduos desproporcionalmente susceptíveis. Analisando o contexto pandêmico no que se refere a esta população, é possível observar e confirmar que os fatores relacionados à disseminação do SARS-CoV-2 se remetem também aos determinantes sociais de cada população, e não somente à patogenicidade e virulência do



microorganismo. (BRAGATO et. al., 2021; JARDIM et. al., 2020).

A permanência das aldeias indígenas em locais remotos pode ser um fator protetivo ou de risco em relação à morbimortalidade pelo SARS-CoV-2 na população residente. Se por um lado esta localização permite e beneficia o isolamento, também torna difícil o transporte e acesso a rede hospitalar em caso de necessidade. De acordo com dados da FIOCRUZ, dos 1.228 municípios brasileiros que se relacionam geograficamente com aldeias indígenas, apenas 108 possuem algum leito de UTI, sendo que a maioria possui precário sistema de saúde. (BRAGATO et. al., 2021; FIOCRUZ, 2020; AZEVEDO, et. al., 2020).

Os fatores de vulnerabilidade da população indígena que se relacionam ao enfrentamento da pandemia estão relacionados com o alto número de idosos nesta população; a média de moradores em cada localidade, assim como o uso compartilhado de sanitários; uma rede precária de abastecimento de água; e localização das terras em relação às cidades com pouca disponibilidade de leitos de UTI. Além disso, as medidas de contenção de circulação que visam quebrar a cadeia de transmissão se tornam ainda mais ineficientes devido ao cenário de invasão de terras indígenas por grileiros e mineiros. Um estudo de Polidoro mostrou que boa parte dos territórios indígenas estão cercados por municípios com alta taxa de infectados pelo SARS-CoV-2. (BRAGATO et. al., 2021; POLIDORO et. al., 2020).

Complementando este cenário, nos últimos anos a população indígena também vem passando por um processo de êxodo devido à busca de meios de sobrevivência nos centros urbanos, fuga de desmatamentos e incêndios florestais, e necessidade de acesso a programas de transferência de renda. Este processo possibilita, no contexto da pandemia, um maior contato com focos de infecção das cidades próximas, facilitando a transmissão viral nas comunidades. (BRAGATO, et. al., 2021; SANTOS et. al., 2020).

Em relação aos determinantes do processo saúde-doença, os indicadores de saúde das populações indígenas são expressivamente piores. Essa população compõe cerca de 19% da população mundial que se encontra em extrema pobreza, possuindo uma expectativa de vida que pode ser até 20 anos menor do que a da população não-indígena. No Brasil, o contexto estrutural da desigualdade social expõe a população indígena a um maior risco de morte na infância, maiores casos de desnutrição e anemia, elevada incidência de doenças infectoparasitárias e emergência de agravos com número crescente de casos de obesidade, diabetes e hipertensão arterial. (MOTA et. al., 2020; SANTOS et. al., 2020).

Diante deste cenário apresentado, o presente estudo teve o objetivo de analisar o número de internações e a mortalidade por COVID-19 no Brasil de 26 de fevereiro de 2020 a 21 de junho de 2021 comparando a raça branca com indígena, e a relação dos desfechos com a presença de comorbidades.

## 2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo analítico retrospectivo transversal sobre o número de óbitos indígenas comparados aos óbitos na raça branca por Sars Cov – 2 no Brasil. A análise é baseada no conjunto de dados públicos do Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe) do Ministério da Saúde. Até a data da pesquisa, entre os dias 26 de fevereiro de 2020 a 21 de junho de 2021, o sistema apresentava dados epidemiológicos de 500.500 pacientes de todos os estados do país.

Geopoliticamente, o Brasil está dividido em cinco macrorregiões: a Região Norte, compreendendo os estados do Acre, Amapá, Amazonas, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins; a Região Nordeste, compreendendo Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte e Sergipe; a Região Centro-Oeste, compreendendo Distrito Federal, Goiás, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul; a Região Sudeste, compreendendo Espírito Santo, Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo; e à Região Sul, compreendendo Paraná, Rio Grande do Sul e Santa Catarina. Para fins descritivos, optamos por dicotomizar os dados a partir das 5 regiões, tendo como base que os estados nelas contidos se assemelham em educação, renda e saúde.

A análise foi feita a partir das internações em hospitais públicos por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) com teste RT-PCR positivo para COVID-19. A variáveis analisadas foram raça (brancos e indígenas), sexo, macrorregiões, presença de comorbidades e transferências para UTIs. Por se tratar da utilização de dados secundários e de acesso livre, não foi necessária a aprovação do estudo no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Para análise de dados, foram calculadas as taxas de transferência para as UTIs e as taxas de mortalidade entre as raças e para os ajustes das curvas de tendência de mortalidade, foi feita uma Regressão Logística multinomial, com cálculo do Intervalo de Confiança 95% (considerando a diferença significativa para  $p < 0,05$ ), e cálculo da OR (Odds Ratio). Utilizado pacote estatístico SPSS 20.

## 3 | RESULTADOS

O estudo incluiu 500.500 indivíduos, 497.908 (99,5%) autodeclarados brancos e 2.592 (0,5%) autodeclarados indígenas. Dos pacientes brancos, 272.443 (55%) eram homens, 225.433 (45%) eram mulheres, e 33 não tiveram o sexo identificado. Na raça indígena, 1.462 (56%) eram homens e 1130 (44%) eram mulheres. (Tabela 1).

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>Óbitos</b>
<b>Número de casos</b>	<b>500.500</b>	<b>184.466 (37%)</b>
Branco	497.908	183.454 (37%)
Indígenas	2.592	1.012 (39%)
<b>Pacientes do sexo masculino</b>	<b>273.905</b>	<b>101.932 (37%)</b>
Branco	272.443	101.298 (37%)
Indígenas	1.462	634 (43%)
<b>Pacientes do sexo feminino</b>	<b>226.563</b>	<b>82.523 (36%)</b>
Branca	225.433	82.145 (36%)
Indígenas	1.130	378 (33%)
<b>Pacientes com comorbidades</b>	<b>321.090</b>	<b>140.479 (44%)</b>
Branco	319.881	139.909 (44%)
Indígenas	1.209	570 (47%)
<b>Óbitos indígenas por Macrorregiões</b>	<b>2.592</b>	<b>1.012 (39%)</b>
Sul	251	74 (29%)
Norte	1181	491 (42%)
Nordeste	290	133 (46%)
Centro-Oeste	526	206 (39%)
Sudeste	344	108 (31%)
<b>Pacientes internados em enfermarias</b>	<b>334.290</b>	<b>82.179 (25%)</b>
Branco	332.233	81.529 (24%)
Indígenas	2.057	650 (32%)
<b>Pacientes internados em UTI</b>	<b>166.210</b>	<b>102.287 (61%)</b>
Branco	165.675	101.925 (62%)
Indígenas	535	362 (68%)

Tabela 1 – Descrição da Amostra.

Dos pacientes da raça branca, 183.454 (37%) casos evoluíram a óbito, sendo 101.298 (55%) pacientes do sexo masculino, 82.145 (45%) pacientes do sexo feminino e 11 pacientes com sexo não identificado. Dos pacientes pertencentes à raça indígena 1.012 (39%) casos evoluíram a óbito, sendo 634 (62%) pacientes do sexo masculino e 378 (39%) pacientes do sexo feminino. Em valores absolutos, as Macrorregiões do país com maiores números de óbitos em suas populações indígenas internadas por COVID-19 são: Região Nordeste (46%), Região Norte (42%) e Região Centro-Oeste (39%). (Tabelas 1 e 2).

<b>Macrorregiões</b>	<b>Total em brancos</b>	<b>Óbitos em brancos</b>	<b>Total em Indígenas</b>	<b>Óbitos em Indígenas</b>
Norte	8.818	4301 (49%)	1.181	491 (42%)
Nordeste	22.672	10.831 (48%)	290	133 (46%)
Centro-Oeste	26.735	8.907 (33%)	526	206 (39%)
Sudeste	280.180	105.703 (38%)	344	108 (31%)
Sul	159.503	53.711 (34%)	251	74 (29%)

Tabela 2: Óbitos por COVID-19 em brancos e indígenas por macrorregiões.

Referente à comorbidades, 321.090 (64%) dos pacientes apresentavam uma ou mais doenças crônicas/fatores de risco, sendo os mais prevalentes, tanto em brancos como em indígenas, doenças cardiovasculares, Diabetes Mellitus, obesidade, doenças renais e doenças pulmonares. Dos pacientes com comorbidades, 140.479 (44%) evoluíram a óbito, sendo maior a taxa percentual em indígenas (47%) quando comparada aos pacientes da raça branca (44%). (Tabelas 1 e 3).

<b>Fatores de Risco</b>	<b>Total em Brancos</b>	<b>Óbitos em brancos</b>	<b>Total em indígenas</b>	<b>Óbitos em Indígenas</b>
Puerpério	1.026	249 (24%)	22	3 (13%)
D. Cardiovasculares	170.743	79.052 (46%)	544	287 (53%)
Doenças Hematológicas	3.400	1.729 (51%)	10	5 (50%)
Síndrome de Down	1.503	673 (45%)	5	3 (60%)
Doenças Hepáticas	4.078	2.272 (56%)	17	12 (71%)
Asma	13.547	4.460 (33%)	45	14 (31%)
Diabetes Mellitus	118.076	55.670 (47%)	459	239 (52%)
Doenças Neurológicas	20.055	12.050 (60%)	45	18 (40%)
Doenças Pulmonares	18.479	10.492 (58%)	56	32 (57%)
Imunodeficiência	11.798	6.253 (53%)	30	21 (70%)
Doença renal	16.231	9.932 (61%)	74	47 (63%)
Obesidade	46.320	20.100 (43%)	111	55 (49%)

Tabela 3: Fatores de risco e comorbidades em brancos e indígenas com COVID-19.

Dos 500.500 casos, 334.290 (68%) foram internados em enfermarias e 166.210 (32%) em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs). 66% dos pacientes da raça branca e 76% dos pacientes indígenas receberam cuidados exclusivos de enfermarias e 33% dos pacientes brancos e apenas 20% dos pacientes indígenas foram transferidos para UTIs.

Além disso, 82.179 (25%) dos casos em enfermarias evoluíram a óbito, 81.529 (24%) dos pacientes brancos e 650 (32%) dos pacientes indígenas. Nas UTIs, 102.287 (61%) dos casos evoluíram a óbito, 101.925 (62%) dos brancos e 362 (68%) dos indígenas. (Tabela 1)

Referente ao uso de suportes ventilatórios, nota-se que pacientes da raça branca que evoluíram a óbito tiveram mais acesso ou foram mais submetidos a procedimentos respiratórios que pacientes indígenas (80% dos pacientes brancos que foram a óbito receberam suporte ventilatório e em pacientes indígenas, apenas 70%). (Tabela 4).

<b>Internações</b>	<b>Branco (n 183.454)</b>	<b>Índios (n 1.012)</b>
Internações em leitos de enfermaria	81.529 (44%)	650 (64%)
Internações em UTI	101.925 (55%)	362 (36%)
Internações com uso de suporte ventilatório	147.273 (80%)	714 (70%)
Ventilação não invasiva	69.207 (47%)	375 (52%)
Ventilação invasiva	78.066 (53%)	339 (47%)
Interação sem uso de suporte ventilatório	12.664 (7%)	124 (12%)
Internações sem registro de suporte ventilatório	5.995 (3%)	42 (4%)

Tabela 4: Internações que evoluíram para óbito.

Na Regressão Logística Multinomial (Tabela 5), observa-se que pacientes indígenas apresentam um risco 10% maior de óbito por COVID-19 quando comparados à pacientes brancos. Além disso, pacientes indígenas do sexo masculino apresentam um risco 30% maior de óbito quando comparados à pacientes brancos do sexo masculino. Padrão que não se repete em pacientes indígenas do sexo feminino, estas apresentam 13% menos risco de óbito quando comparadas à pacientes brancas.

Ao analisar a presença de comorbidades, nota-se que pacientes indígenas com um ou mais fatores de risco/doenças crônicas apresentam 15% mais risco de óbito em relação a pacientes brancos.

Diferenças estatísticas significativas também foram encontradas ao se comparar o óbito em indígenas de diferentes macrorregiões do país. Indígenas da Região Nordeste apresentaram 2 vezes mais risco de óbito quando comparados à indígenas da Região Sul. De igual forma, indígenas das Regiões Norte e Centro-Oeste apresentaram 70% e 54%, respectivamente, mais risco de óbito quando comparados aos indígenas da Região Sul. A análise estatística entre pacientes indígenas das Regiões Sul e Sudeste não apresentou diferenças significativas.

Por fim, a Regressão apontou diferenças significativas ao se analisar pacientes internados em enfermarias e em UTIs. Pacientes indígenas em enfermarias apresentaram 42% mais risco de óbito quando comparados a pacientes brancos. Do mesmo modo, pacientes indígenas internados em Unidades de Terapia Intensiva apresentaram um risco

de óbito 30% maior quando comparado a pacientes brancos.

Variável	n	OR	IC 95%	p-valor
<b>Óbitos por raça</b>				
Branco	497.908 (99,5%)	1		
Indígenas	2.592 (0,5%)	1,098	1,014 - 1,188	p<0,05
<b>Pacientes do sexo masculino</b>				
Branco	272.443 (99,5%)	1		
Indígenas	1.462(0,5%)	1,294	1,166 - 1,435	p<0,05
<b>Pacientes do sexo feminino</b>				
Branca	225.433 (99,5%)	1		
Indígenas	1.130 (0,5%)	0,877	0,775 - 0,992	p<0,05
<b>Pacientes com comorbidades</b>				
Branco	319.881 (99,6%)	1		
Indígenas	1.209 (0,4%)	1,147	1,025 - 1,285	p<0,05
<b>Óbitos indígenas por Macrorregião</b>				
Sul	251 (9,7%)	1		
Norte	1181 (45,6%)	1,702	1,267 - 2,286	p<0,05
Nordeste	290 (11,2%)	2,026	1,419 - 2,894	p<0,05
Centro-Oeste	526 (20,3%)	1,54	1,115 - 2,127	p<0,05
Sudeste	344 (13,3%)	1,095	0,768 - 1,560	p= 0,617
<b>Pacientes internados em enfermarias</b>				
Branco	332.233 (99,4%)	1		
Indígenas	2.057 (0,6%)	1,421	1,294 - 1559	p<0,05
<b>Pacientes internados em UTI</b>				
Branco	165.675 (99,7%)	1		
Indígenas	535 (0,3%)	1,309	1,092 - 1,569	p<0,05

Tabela 5 – Regressão Logística multinomial para óbitos em brancos e indígenas com COVID-19.

## 4 | DISCUSSÃO

É notório que a pandemia da covid-19, independentemente da condição econômico-demográfica das diferentes classes sociais brasileiras, tenha acentuado consigo numerosas adversidades previamente conhecidas em todo território nacional. Entretanto, em virtude do afastamento do acesso às condições básicas de saúde, oriundo do recrudescimento legal contrário aos deslocamentos interterritoriais durante o período e a negligência do processo de universalização da saúde para todas as raças e classes sociais por partes político mandatórias vigentes, a comunidade indígena sofre sobretudo as piores mazelas e reforça sua fragilidade.

Segundo Azevedo et al 2020, dentro das plurais populações indígenas heterogeneamente distribuídas dentro do Brasil, existem contextos de dispersões virais distintas. O Índice de Vulnerabilidade Demográfica e Infraestrutural das Terras Indígenas à Covid-19 (IVDIC), desenvolvido com a finalidade de avaliação e categorização nas terras indígenas (TI), utiliza critérios variados relacionados com a demografia, condições sanitárias, localização e regularização das terras para planejamento de alocação de recursos e manejo dos infectados. O índice, que varia de 0 a 1 sendo que 1 indica TI mais próximas da vulnerabilidade, classifica as TI em moderada, alta, intensa ou crítica, o que auxilia no maior suporte e monitoramento dessas terras mais vulneráveis. De acordo com o IVDIC, das 471 TI presentes no território nacional segundo o Censo Demográfico de 2020, 13 estavam em vulnerabilidade crítica, 85 intensa, 247 alta e 126 apresentavam vulnerabilidade moderada. Tal estudo revela uma preocupante exposição destas terras às danosas consequências da pandemia do Sars-Cov-2, visto que mais de 70% das TI possuem vulnerabilidade alta, intensa ou crítica. (PONTES et al, 2020).

Baseado na epidemia causada pelo Sars-Cov-2, delinea-se problemas importantes: baixa cobertura assistencial de saúde aliada a ausência de políticas públicas relevantes e migração comunitária. Segundo Sandes et al 2018, embora esta cobertura tenha sido amplificada, “a falta de infraestrutura física e de recursos humanos ainda é uma realidade, resultando em rotatividade de profissionais e consequente irregularidade na oferta dos serviços, devido à perda de profissionais com experiência em saúde indígena” e materiais de tratamento intensivo nas zonas de atendimento.

Nesta perspectiva, associa-se os dados do presente estudo de que, dos internados em hospitais, a população branca teve uma maior taxa de transferência para leitos de UTI quando comparada com a população indígena, 33% e 20%, respectivamente, no entanto, os indígenas tiveram uma maior mortalidade nesses leitos de terapia intensiva (61% de mortalidade de brancos e 68% de mortalidade de indígenas). Ademais, houve uma maior evolução para óbito em internação sem o uso de suporte ventilatório na população indígena (12%) do que na população autodeclarada branca (7%), ao contrário de internações com uso de suporte ventilatório invasivo, em que os brancos evoluíram mais para óbito do que indígenas.

Tais dados refletem um atraso e uma demora no acesso aos serviços de saúde especializados pela população indígena que são, em geral, de baixa qualidade, sem fornecimento de leitos e terapêuticas adequados para a gravidade dos casos. Estes dados reforçam, portanto, uma ideia também defendida por Mendes et al (2018), “uma distância inaceitável entre diversos indicadores de saúde registrados entre povos indígenas e o restante da população brasileira, sendo o segmento indígena sistematicamente desfavorecido”.

Dentro destes índices de mortalidade mais relevantes presentes nas TI quando comparados à população caucasiana de zonas urbanas, há conjuntamente um elemento

que salienta e contribui coadjuvadamente para o agravamento de casos de covid-19 que encontraram assistência: as comorbidades. Embora a epidemiologia seja pouco conhecida, as doenças associadas têm seu espaço indubitável. “Os povos indígenas no Brasil estão atravessando um acelerado processo de transição nutricional, modificações nas atividades de subsistência, no padrão dietético, na atividade física, mudanças socioculturais e econômicas, resultantes da interação com a sociedade nacional”. (LOPES, et al., 2014). Esse fato pode ser observado explorando-se a divergência de óbitos comparativa entre brancos e indígenas em comorbidades específicas. As doenças cardiovasculares, a síndrome de Down, doenças hepáticas, diabetes mellitus, imunodeficiência, doença renal e obesidade se mostraram fatores de risco maiores na população indígena do que em brancos, corroborando o fato de que a população indígena possui significativa vulnerabilidade frente à pandemia da Covid-19, em que as comorbidades possuem grande importância na morbimortalidade dos pacientes.

Outro notório fator socioeconômico para esta discussão reside na veracidade da expectativa de vida indígena ser menor nos subgrupos mais altos da pirâmide de idade quando contraposto à expectativa de vida do idoso branco, sendo este o principal personagem dentro do cenário das internações e óbitos de ambos macrogrupos dos pacientes. “No Brasil verifica-se que 69,3% dos óbitos ocorreram em pessoas com mais de 60 anos” e nesta linha, a comparação integral de taxas de internação e de mortalidade de todas as faixas etárias entre si ofusca a fidedigna interpretação, promovendo uma maior mortalidade à brancos, dependente de fatores de risco secundários, ou seja, a idade não sendo a recíproca verdadeira. (BARBOSA et al, 2020). Em linhas gerais, por possuírem maior número de pacientes infectados jovens, as taxas de cura do macrogrupo indígena seguem esta tendência, mascarando uma comparação isonômica entre tais raças.

Ainda dentro da atmosfera dos fatores de risco, sabe-se que dentre as diversas condições relacionadas com uma maior mortalidade em infectados pela Covid-19, o sexo masculino é um fator importante, com maior risco relativo quando comparado com as mulheres. Ao analisar a variável sexo da população, 62 % dos óbitos por COVID 19 em indígenas foram em homens, um dado muito importante nessa análise, visto que em 70% das Terras Indígenas existe um predomínio masculino. (AZEVEDO, et. al, 2020).

O Brasil, por ter um território de grande extensão, apresenta várias diferenças entre suas localidades e, na população indígena, isso se reflete tendo como principais pontos relacionados a quantidade de tribos e a qualidade de vida e acesso a saúde em cada região. Em relação as macrorregiões do país, em números absolutos, a maior quantidade de óbitos foi na Região Nordeste, Norte e Centro-oeste sendo que a população do Nordeste apresenta 2 vezes mais risco de óbitos quando comparada com a região Sul. Esses dados refletem a necessidade de planejamentos individualizados para cada região, tendo em vista que localidade não deveria ser um fator de risco tão grave para óbitos em um país onde o sistema de saúde é universal, integral e tem equidade. (AZEVEDO, et. al, 2020).



O presente estudo tem limitações que devem ser consideradas. A subnotificação dos dados que foram necessários para a elaboração do mesmo.

## 5 | CONCLUSÃO

Os dados encontrados ratificam a realidade que a população indígena vivencia no Brasil. O acesso à saúde limitado e dificultoso reflete em uma maior mortalidade dessa população, que se potencializa em meio a uma pandemia. Comparativamente, essa população tem maior mortalidade pela COVID-19 em relação aos brancos. Além disso, a dificuldade de atendimento médico especializado e suporte de vida avançado, podem justificar o aumento na tendência de mortalidade em UTIs nessa população, considerando que quando acessam esse serviço, já estão com quadros mais agravados. Apesar da existência do Subsistema de Saúde Indígena do Sistema Único de Saúde (SASI-SUS), que assegura a atenção primária à saúde em territórios indígenas, a ausência de uma resposta rápida, articulada e efetiva tem levado a uma catástrofe humana.

## REFERÊNCIAS

Associação Brasileira de Saúde Coletiva; Associação Brasileira de Antropologia. **A COVID-19 e os povos indígenas: desafios e medidas para controle do seu avanço.** <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/Mar/2020).

Azevedo, M. et. al. **Análise de vulnerabilidade demográfica e infraestrutural das terras indígenas à COVID-19.** Cadernos de Insumos, abr. 2020.

BARBOSA, Isabelle Ribeiro et al. **Incidência e mortalidade por COVID-19 na população idosa brasileira e sua relação com indicadores contextuais: um estudo ecológico.** Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v. 23, 2020.

Bragato, F.R.; Rios, R.R.; Bernardi, B.B. **COVID-19 e os indígenas no Brasil: proteção antidiscriminatória étnico-racial e direitos de minorias.** Veredas do Direito, Belo Horizonte, v.18, n.40, p. 113-142, abril 2021.

Coelho et al (2020). **Assessing the potential impact of COVID-19 in Brazil: Mobility, Morbidity and the burden on the Health Care System.** doi: <https://doi.org/10.1101/2020.03.19.20039131>.

Departamento de Apoio à Gestão Participativa, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta.** Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

FIGUEIRA, Guilherme Chervenski. **Povos Indígenas e a pandemia Covid 19 no Brasil, um genocídio anunciado.** IPÊ ROXO, v. 2, n. 1, 2020.

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz. **4o relatório - 18 de abril de 2020: riscos de espalhamento da COVID-19 em populações indígenas: considerações preliminares sobre vulnerabilidade geográfica e sociodemográfica.** Gittlab, 18 abril de 2020.

Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. **Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China.** Lancet. 2020;395(10223):497–506. Doi: 10.1016/S0140-6736(20)30183-5

Jardim, P.T.C., et. al. **COVID-19 experience among Brasil's indigenous people.** Rev Assoc Med Bras 2020 66(7):861-863.

LOPES, Helaine Ferreira Vilarino et al. **Prevalência da Obesidade na População Indígena do Brasil: Uma revisão de literatura.** 2014.

MENDES, Anapaula Martins et al. **O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil.** Revista Panamericana de Salud Pública, v. 42, p. e184, 2018.

Mota, S. E. de C., et. al. **Invisibilidade e enfrentamentos de comunidades indígenas diante da pandemia de COVID-19 e a resposta do governo brasileiro.** Salvador: Edufba, 2020. v.2 DOI: <https://doi.org/10.9771/9786556300757.022>.

OLIVEIRA, Ubirajara et al. **Modelagem da vulnerabilidade dos povos indígenas no Brasil ao covid-19.** Instituto Socioambiental, 2020.

Polidoro, M. et. al. **Territories Under Siege: Risks of the Decimation of Indigenous and Quilombolas Peoples in the Context of COVID-19 in South Brazil.** Journal of Racial and Ethnic Health Disparities, Cham, 2020.

PONTES, Ana Lucia et al. **Vulnerabilidades, impactos e o enfrentamento ao Covid-19 no contexto dos povos indígenas: reflexões para a ação.** 2020.

SANDES, Luiza Fernandes Fonseca et al. **Atenção primária à saúde de indígenas sul-americanos: revisão integrativa da literatura.** Revista Panamericana de Salud Pública, v. 42, p. e163, 2018.

SANTOS, Ricardo Ventura; PONTES, Ana Lucia; COIMBRA JR, Carlos EA. **Um “fato social total”: COVID-19 e povos indígenas no Brasil.** 2020.

WHO - World Health Organization. **WHO Coronavirus Disease (COVID-19). Dashboard.** Genève: WHO, 2021. Disponível em: <https://covid19.who.int>.

## ÍNDICE REMISSIVO

### A

Alterações Crônicas 21  
Ansiolíticos 1, 2, 6, 8  
Atenção Psicossocial 76, 77, 79, 80, 82, 83, 168  
Autismo 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83  
Avaliação Psicológica 170, 171, 173, 174, 175

### B

Brasil 11, 12, 23, 26, 30, 42, 45, 46, 48, 49, 50, 51, 55, 56, 57, 58, 59, 61, 67, 69, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 90, 91, 93, 94, 95, 104, 105, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 122, 123, 124, 125, 126, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 144, 145, 146, 147, 153, 155, 156, 160, 168, 174, 176, 177, 178, 179, 180, 182, 183, 186, 187, 188, 191, 192, 193

### C

Câncer de Colo Uterino 48, 50, 58, 59  
Câncer Gástrico 94, 95, 96, 103, 104  
Cirurgia 19, 85, 93, 94, 95, 96, 97, 99, 101, 104, 148, 149, 150, 151, 153  
Clima 33, 34, 43, 44, 45, 46, 64, 190  
Comportamento 7, 13, 20, 49, 55, 78, 79, 83, 156, 160, 161, 181, 182, 183  
Conduta 156, 161  
Correlação de Dados 33  
COVID-19 60, 61, 62, 64, 67, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147  
Cuidador 68, 69, 70, 71, 73, 74, 75  
Cuidados Paliativos 90, 91  
Cutaneous Tumors 84, 85

### D

Diagnóstico 18, 20, 23, 27, 44, 48, 50, 51, 57, 59, 77, 79, 81, 85, 92, 94, 111, 112, 113, 114, 118, 119, 124, 128, 129, 132, 133, 134, 153, 154, 156, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 180  
Diagnóstico de Depressão 170, 171, 173, 175  
Direitos 76, 77, 81, 146  
Doação de Órgãos 116, 118, 119, 120, 121, 122, 125, 126  
Doador de Órgão 116  
Doenças Respiratórias 26, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46

Drogas Ilícitas 1, 9

## **E**

Eccrine Porocarcinoma 84, 85, 89

Epidemiologia 44, 128, 145, 152, 158, 161, 176, 181, 186, 190, 191, 192

Estimulantes do Sistema Nervoso Central 1

Estratégia Saúde da Família 50, 90

Estudantes de Medicina 1, 2, 3, 4, 6, 9, 11, 12, 116

Exame Papanicolau 48, 58

Exposição Ocupacional 21, 23

## **F**

Fibrose Pulmonar 21, 23, 26, 28

Fisiopatologia 14, 156, 159

## **G**

Gastrectomia 94, 102, 103

## **H**

Hospitalização 128, 137

## **I**

Idoso Fragilizado 69

Imunossupressão 56, 106, 114

Imunoterapia 106, 108

Índio 137

## **L**

Lúpus Eritematoso Sistêmico 110, 111, 112, 115

## **M**

Manifestações Clínicas 56, 78, 111, 189

Mortalidade 49, 90, 91, 94, 99, 102, 103, 107, 108, 115, 128, 129, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 138, 139, 144, 145, 146, 160, 163, 167, 186, 189

Morte 22, 49, 62, 65, 66, 78, 90, 92, 118, 121, 124, 128, 133, 137, 138, 161, 181, 188

## **N**

Neoplasia de Estômago 94

Neoplasia de Merkel 106

Neoplasias da Mama 90, 128

## O

Oncologia 13, 17, 59, 94, 106, 107, 135, 148, 153, 177, 178, 179

## P

Paraquat 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31

Plantão Psicológico 60, 65

Poroma 84, 85, 89

Prevenção 30, 44, 48, 50, 51, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 63, 64, 67, 93, 134, 135, 157, 159, 161, 162, 189, 190, 192

Programas de Rastreamento 90

Psicologia 59, 60, 63, 64, 67, 75, 82, 91, 134, 170, 171, 173, 175

Psicotrópicos 1

## S

Saúde Mental 2, 60, 63, 64, 65, 66, 67, 69, 70, 71, 74, 77, 80, 81, 82, 168

Sistemas de Informação 93, 161

Sobrevida 13, 14, 19, 94, 96, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 129

Sofrimento Psíquico 60, 70

Suicídio 60, 63, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169

SUS 35, 45, 50, 56, 60, 61, 63, 64, 76, 77, 82, 91, 121, 127, 128, 129, 134, 146, 162, 193

## T

Teste de Personalidade 171, 173

Tiques 155, 156, 157, 158, 159

Traços Depressivos 170, 171, 173, 174, 175

Transplante 106, 107, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 189

Tratamento 10, 13, 14, 19, 20, 50, 63, 78, 79, 80, 81, 82, 85, 92, 94, 95, 96, 99, 103, 106, 107, 108, 111, 112, 113, 114, 125, 144, 148, 149, 150, 151, 156, 157, 158, 159, 161, 177, 178, 179, 180


Tumores de Pele 49, 106, 132


**MEDICINA:**


# LONGE DOS HOLOFOTES,


**PERTO DAS PESSOAS**

# 2

 [www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)

 [contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br)

 @atenaeditora

 [www.facebook.com/atenaeditora.com.br](https://www.facebook.com/atenaeditora.com.br)





MEDICINA:


# LONGE DOS HOLOFOTES,


PERTO DAS PESSOAS

2

 [www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)

 [contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br)

 @atenaeditora

 [www.facebook.com/atenaeditora.com.br](https://www.facebook.com/atenaeditora.com.br)

