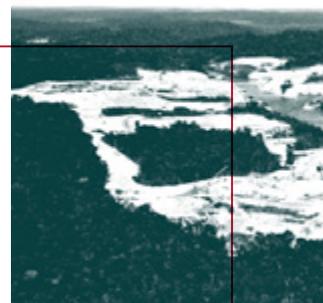


OPERAÇÃO AMAZÔNIA NATIVA (OPAN)

# RELATÓRIO TÉCNICO



**ANÁLISE DAS ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DA  
PANDEMIA DE COVID-19 JUNTO AOS POVOS INDÍGENAS  
ATENDIDOS PELOS DISTRITOS SANITÁRIOS ESPECIAIS  
INDÍGENAS (DSEIS) CUIABÁ, XAVANTE, MÉDIO RIO PURUS  
E MÉDIO RIO SOLIMÕES E AFLUENTES**

RELATÓRIO FINAL - SÍNTESE

Consultora: Dra. Luciane Ouriques Ferreira

JANEIRO / 2020



## LISTA DE ABREVIações E SIGLAS

- Aisan** – Agente Indígena de Saneamento
- AIS** – Agente Indígena de Saúde
- Abrasco** – Associação Brasileira de Saúde Coletiva
- Casai** – Casa de Saúde Indígena
- CID** – Classificação Internacional de Doenças
- Condisi** – Conselho Distrital de Saúde Indígena
- DSEI** – Distrito Sanitário Especial indígena
- EaD** – Educação a Distância
- EPI** – Equipamento de Proteção Individual
- EMSI** – Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena
- ERR** – Equipe de Resposta Rápida
- Funai** – Fundação Nacional do Índio
- Fiocruz** – Fundação Oswaldo Cruz
- IRA** – Infecção Respiratória Aguda
- OPAN** – Operação Amazônia Nativa
- OMS** – Organização Mundial da Saúde
- PNASPI** – Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
- PB** – Polo Base
- Sesai** – Secretaria Especial de Saúde Indígena
- SG** – Síndrome Gripal
- SRAG** – Síndrome Respiratória Aguda Grave
- e-SIC** – Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão
- SSAA** – Sistema Simplificado de Abastecimento de Água
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- Sasisus** – Subsistema de Atenção à Saúde Indígena
- RT-PCR** – Tempo Real - Transcrição Reversa Seguida de Reação em Cadeia da Polimerase
- TI** – Terra Indígena
- UBSI** – Unidade Básica de Saúde Indígena
- UAPI** – Unidades de Atenção Primária à Saúde Indígena

## SUMÁRIO

---

<b>1</b>	<b>CONDIÇÕES DOS DSEIS E SITUAÇÕES DE SAÚDE DAS COMUNIDADES INDÍGENAS</b>	<b>6</b>
1.1	INFRAESTRUTURA	7
1.2	SITUAÇÃO DE SAÚDE DAS COMUNIDADES ATENDIDAS PELOS DSEIS	11
<b>2</b>	<b>A IMPORTÂNCIA DO PLANEJAMENTO EM SAÚDE</b>	<b>12</b>
2.1	PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS	13
2.2	VIGILÂNCIA EM SAÚDE	14
2.3	ASSISTÊNCIA INTEGRAL E DIFERENCIADA À SAÚDE: SOBRE O MANEJO CLÍNICO DA COVID-19	17
2.4	PROTEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE INDÍGENA	19
2.5	TESTAGEM E QUARENTENA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	21
2.6	PROTEÇÃO À SAÚDE MENTAL	22
2.7	FALTA DE PROVIMENTO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARA O ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA	22
2.8	POVOS ISOLADOS E DE RECENTE CONTATO	23
2.9	VIGILÂNCIA INDIGENISTA: PARA ALÉM DA INTERVENÇÃO SOBRE OS DETERMINANTES DE SAÚDE	23
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>24</b>

---

## INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou, em 30 de janeiro de 2020, que o surto da doença causada pelo novo coronavírus (covid-19) constitui uma emergência de saúde pública de importância internacional. No Brasil, a situação de emergência de saúde pública de importância nacional foi reconhecida em 3 de fevereiro de 2020 por meio da Portaria nº 188/GM/MS. Em 20 de março de 2020, o Ministério da Saúde (MS) declarou o modo de transmissão comunitária da covid-19 em todo o território brasileiro, indicando a impossibilidade de identificar a procedência do contágio (vínculo epidemiológico) de uma pessoa infectada pelo vírus SARS-CoV-2.

Historicamente, a população indígena apresenta maior vulnerabilidade ao contágio por vírus respiratórios, devido tanto a questões imunológicas, quanto à sua forma comunitária de viver. No caso da doença em questão a vulnerabilidade é incrementada também pelas condições sociais e pela situação de saúde das diferentes etnias originárias que habitam o Brasil. Além disso, ainda pouco se sabe sobre a forma como a infecção causada pelo novo coronavírus poderá evoluir nas comunidades indígenas e tampouco sabemos sobre o seu impacto nos diferentes grupos etários.

Desde então o Ministério da Saúde publicou um conjunto de protocolos sobre o manejo da Covid-19 para orientar a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre esses documentos, importa mencionar o “Protocolo de Manejo Clínico para o novo Coronavírus (2019-nCov)”<sup>1</sup>, produto do trabalho do Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública, publicado em fevereiro de 2020, como também o “Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde”<sup>2</sup>, publicado em sua primeira versão no mês de março de 2020 e que contou com nove atualizações, a última sendo publicada em maio de 2020.

No que se refere ao enfrentamento da pandemia do novo coronavírus junto aos povos indígenas no Brasil, no dia 19 de março de 2020, a Secretaria Especial de Atenção à Saúde Indígena (Sesai), do Ministério da Saúde, encaminhou aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), via Ofício Circular nº 21, a versão preliminar do “Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID-19) em povos indígenas”<sup>3</sup>. No dia 16 de março de 2020, a Sesai publicou a primeira versão do Informe Técnico, contendo orientações sobre como os DSEIs deveriam proceder no enfrentamento do novo coronavírus junto às comunidades indígenas. O Informe Técnico da Sesai contou com sete atualizações, publicadas entre os meses de março e agosto de 2020.

1 MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolo de Manejo Clínico para o novo Coronavírus (2019-nCov)**. Brasília, 2020a.

2 MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde**. Brasília, 2020b.

3 MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID-19) em povos indígenas**. Brasília, 2020c.

## QUADRO 1

**Informes técnicos – doença pelo coronavírus 2019**

VERSÃO	DATA DA PUBLICAÇÃO
1	16 de março
2	20 de março
3	23 de março
4	30 de março
5	08 de maio
6	16 de junho
7	10 de agosto

Fonte: Sesai/MS (2020).

O “Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID-19) em povos indígenas” e os “Informes Técnicos – Doença pelo coronavírus 2019”, principalmente, as quatro versões iniciais publicadas no mês de março pela Sesai<sup>4</sup>, nortearam os 34 distritos na elaboração de seus próprios planos de contingência de enfrentamento da pandemia de covid-19 junto aos povos indígenas.

No presente relatório, apresentaremos uma análise sintética sobre as estratégias de enfrentamento a essa pandemia, apresentadas nos planos de contingência dos DSEIs Cuiabá<sup>5</sup> e Xavante<sup>6</sup>, que atendem povos indígenas situados no estado de Mato Grosso; e os DSEIs Médio Purus<sup>7</sup> e Médio Solimões e Afluentes, localizados no estado do Amazonas<sup>8</sup>.

Se por um lado, no contexto da pandemia do novo coronavírus, os DSEIs viram-se diante do desafio de garantir uma atenção integral e diferenciada à saúde dos povos indígenas, observando as especificidades étnicas, culturais e epidemiológicas de cada um desses povos; por outro, um aspecto comum aos planos de contingência, aqui considerados, foi o fato de que as estratégias de enfrentamento à pandemia por eles adotadas terem girado em torno do controle dos sintomáticos.

4 O Informe Técnico nº 4 ficou em vigência até o dia 8 de maio de 2020, quando foi publicada a sua versão nº 5.

5 MINISTÉRIO DA SAÚDE. Plano de Contingência sobre Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID-19) em Povos Indígenas do Distrito Sanitário Especial Indígena Cuiabá. Cuiabá, 2020d.

6 MINISTÉRIO DA SAÚDE. Plano de Contingência sobre Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID-19) em Povos Indígenas do Distrito Sanitário Especial Indígena Xavante. Barra do Garças, 2020e.

7 MINISTÉRIO DA SAÚDE. Plano de Contingência sobre Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID-19) em Povos Indígenas do Distrito Sanitário Especial Indígena Médio Rio Purus. Lábrea, 2020f.

8 MINISTÉRIO DA SAÚDE. Plano de Contingência – enfrentamento ao Coronavírus (COVID-19). Tefé, 2020g.

## CONDIÇÕES DOS DSEIS E SITUAÇÕES DE SAÚDE DAS COMUNIDADES INDÍGENAS

Para realizarmos a análise sobre a capacidade dos DSEIs Cuiabá<sup>9</sup> e Xavante<sup>10</sup>, no estado de Mato Grosso, e dos DSEIs Médio Rio Purus<sup>11</sup> e Médio Rio Solimões e Afluentes<sup>12</sup>, no estado do Amazonas, em responder ao avanço da pandemia de covid-19 sobre os territórios indígenas, partimos de informações demográficas, epidemiológicas, de infraestrutura, bem como as assistenciais, disponibilizadas pelos planos distritais de saúde indígena 2020-2023, os quais foram elaborados pelos distritos que aqui constituem objetos de análise.

Acreditamos que os planos distritais expõem um retrato das condições em que a rede de atenção primária à saúde do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (Sasisus), gerenciada pelos DSEIs, está operando e que, portanto, indica-nos as limitações e os desafios com os quais esses distritos se depararam e, ainda, se deparam diante de sua responsabilidade sanitária em garantir aos povos indígenas uma atenção integral e diferenciada no contexto da pandemia de covid-19.

No entanto, para analisar as informações disponibilizadas pelos planos distritais e de contingência, relacionando-as aos dados epidemiológicos oficiais sobre os casos de contaminação pela doença, na população indígena, divulgados pela Sesai, precisamos considerar uma série de fatores que comprometem uma reflexão mais aprofundada. E isso diz respeito tanto à capacidade de resposta dos distritos, quanto ao comportamento do SARS-CoV-2 nas comunidades infectadas e seus efeitos no contexto das aldeias indígenas.

Em primeiro lugar, os dados epidemiológicos disponíveis para a realização dessa análise não estão discriminados por etnia e tampouco por polo base, o que impede que consideremos as especificidades que o fenômeno pandêmico assume em cada contexto étnico e comunitário. Por outro lado, temos as informações do planejamento e os dados epidemiológicos globais por DSEI, mas não temos os relatórios de execução das atividades realizadas nas aldeias.

Sendo assim, o que aqui se apresenta são algumas considerações e hipóteses sobre fatores que podem contribuir para configurar o contexto de assistência à população indígena e as suas respostas frente à infecção pelo novo coronavírus. Tais respostas necessitam ser objetos de estudos mais aprofundados em que se leve em conta as ações efetivas realizadas pelos DSEIs na atenção às comunidades indígenas.

9 MINISTÉRIO DA SAÚDE. Plano Distrital de Saúde Indígena do DSEI Cuiabá (2020-2023). Cuiabá, 2019a.

10 MINISTÉRIO DA SAÚDE. Plano Distrital de Saúde Indígena do DSEI Xavante (2020-2023). Barra do Garças, 2020h.

11 MINISTÉRIO DA SAÚDE. Plano Distrital de Saúde Indígena do DSEI Médio Rio Purus (2020-2023). Lábrea, 2020i.

12 MINISTÉRIO DA SAÚDE. Plano Distrital de Saúde Indígena do DSEI Médio Rio Solimões e Afluentes (2020-2023). Tefé, 2019b.

## 1.1 INFRAESTRUTURA

Os dados de infraestrutura relacionados à situação física dos estabelecimentos do Sasisus demonstram as condições precárias de atuação da rede de atenção primária à saúde, implementada nos territórios indígenas. Com destaques para o DSEI Cuiabá, no estado de Mato Grosso, e para o DSEI do Médio Solimões e Afluentes, no estado do Amazonas, que possuem mais de 50% dos seus estabelecimentos de saúde em situação física crítica<sup>13</sup>.

---

### ESTABELECEMENTOS DE SAÚDE INDÍGENA

- **Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI)** – Trata-se de unidade de coordenação das ações de atenção à saúde dos povos indígenas que também desenvolve atividade de saneamento básico, gestão, apoio técnico e apoio ao controle social visando à integralidade da saúde dos povos indígenas. Também define o território sob sua responsabilidade onde vivem os povos indígenas e onde as ações de atenção básica de saúde e saneamento básico são desenvolvidas por meio da organização da rede de atenção integral, hierarquizada e articulada com o Sistema Único de Saúde (SUS). Ao todo são 34 distritos espalhados pelo território nacional.
- **Polo Base (PB)** – É uma subdivisão territorial do DSEI e serve de base para a organização técnica e administrativa das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) em seu trabalho de atenção à saúde de uma população indígena circunscrita territorialmente, configurando-se como primeira referência para os agentes indígenas de saúde e saneamento que atuam nas aldeias das terras indígenas adstritas. São agrupadas em dois tipos de acordo com critérios relacionados à sua localização (aldeia ou cidade) e a suas atribuições (administração, organização e execução dos serviços de saúde e saneamento).
- **Unidade Básica de Saúde Indígena (UBSI)** – Trata-se de um posto de atendimento médico, equivalente aos postos de saúde, unidades de saúde ou centros de saúde existentes em todos os municípios do Brasil, onde se oferece atendimento público médico e odontológico. Normalmente, é o primeiro estabelecimento de saúde procurado pelos indígenas quando necessitam de atendimento. A unidade é subordinada a um polo base, localiza-se necessariamente na aldeia e pode ser classificada por três diferentes tipos de acordo com critérios relacionados: à quantidade de pessoas sob sua responsabilidade, à disponibilidade ou não de determinadas categorias de profissionais por um período determinado de tempo e, também, à distância existente entre a UBSI e outros estabelecimentos de saúde.
- **Casa de Saúde Indígena (Casai)** – É o estabelecimento responsável pelo apoio, acolhimento e assistência aos indígenas que precisam sair de suas aldeias para realização de ações complementares de atenção básica e de atenção especializada. Também podem, quando necessário, acolher os acompanhantes dos pacientes.

---

<sup>13</sup> Importante dizer que os plano distritais aqui considerados não esclarecem quanto aos critérios utilizados para classificar a situação física dos estabelecimentos de saúde da rede do Sasisus gerenciadas pelos DSEIs.

Apesar das más das condições físicas das UBSI ser um indicador do processo de precarização do Subsistema, em curso há alguns anos e que se intensificou com a gestão do atual governo federal, no contexto da pandemia da covid-19, não necessariamente é possível afirmar que tal precariedade tenha contribuído para comprometer a resposta dos distritos à pandemia do novo coronavírus. Isso porque a orientação dada pela Sesai para reduzir o risco de transmissão foi que, nas aldeias, as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) realizassem os atendimentos nos próprios domicílios, de modo a evitar aglomerações nas unidades de saúde e reduzir os riscos da transmissão do SARS-Cov-2.

Importa lembrar que as ações da assistência à saúde, no contexto da pandemia da covid-19, precisam ser realizadas em espaços apropriados, de modo a dar conta das demandas gerais de saúde da população, assim como a reduzir os riscos da transmissão do SARS-Cov-2.

De qualquer forma, para o enfrentamento à pandemia, os diferentes espaços da atenção que conformam o Sasisus (Casai, Polo Base e UBSI) precisam ser adequados, possibilitando que o atendimento aos sintomáticos respiratórios ou gripais aconteça em um espaço separado do ambiente onde ocorre os procedimentos da rotina de atenção à saúde, além do fato de ter que haver “[...] equipes de saúde separadas, para minimizar riscos de contaminação de trabalhadores e usuários”<sup>14</sup>.

---

14 ABRASCO; FIOCRUZ. Nota Técnica em Resposta a Intimação nº 2636/2020. Rio de Janeiro, 2020, p. 32.

**QUADRO 2:**

**Comparação das condições físicas dos estabelecimentos de saúde dos DSEIs Cuiabá, Xavante, Médio Purus e Médio Solimões e Afluentes**

DSEI	POPULAÇÃO	CASAI			POLO BASE			UBSI		
		CRÍTICA	REGULAR	ÓTIMA/BOA	CRÍTICA	REGULAR	ÓTIMA/BOA	CRÍTICA	REGULAR	ÓTIMA/BOA
Cuiabá <sup>15</sup>	8.667	3 (60%)	1 (20%)	1 (20%)	4 (40%)	3 (30%)	3 (30%)	38 (82,61%)	7 (15,22%)	1 (2,7%)
Xavante <sup>16</sup>	21.811	1 (50%)	-	1 (50%)	2 (33,3%)	2 (33,33%)	2 (33,33%)	13 (40,6%)	10 (31,2%)	9 (28%)
Médio Purus <sup>17</sup>	7.694	-	-	2 (100%)	1 (10%)	-	9 (90%)	1 (14,29%)	-	6 (85,71%)
Médio Solimões e Afluentes <sup>18</sup>	20.264	-	1 (50%)	1 (50%)	8 (53,33%)	5 (33,33%)	2 (13,33%)	9 (52,94%)	6 (35,29%)	2 (11,76%)

Nota: construção da autora.

<sup>15</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019a, p. 33-41.

<sup>16</sup> *Idem*, 2020h, p. 56-58.

<sup>17</sup> *Idem*, 2020i, p. 29.

<sup>18</sup> *Idem*, 2019b, p. 117-118.

## QUADRO 3

### Comparação das condições físicas dos estabelecimentos de saúde dos DSEIs Cuiabá, Xavante, Médio Purus e Médio Solimões e Afluentes

DSEI	POPULAÇÃO	Nº ESTABELECIMENTOS	SITUAÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS		
			CRÍTICA	REGULAR	ÓTIMA/BOA
Cuiabá <sup>19</sup>	8.667	61	45 (73,7%)	11 (18,3%)	5 (8,1%)
Xavante <sup>20</sup>	21.811	40	16 (40%)	12 (30%)	12 (30%)
Médio Purus <sup>21</sup>	7.694	19	2 (10,5%)	-	17 (89,5%)
Médio Solimões e Afluentes <sup>22</sup>	20.264	34	17 (50%)	12 (35,3%)	5 (14,7%)

Nota: construção da autora.

No que diz respeito ao acesso à água potável, um dos determinantes sociais de saúde<sup>23</sup>, fundamentais a influenciar a qualidade de vida e da saúde da população, percebemos que grande parte das aldeias atendidas pelos distritos, aqui considerados, não contam com Sistemas Simplificados de Abastecimento de Água (SSAA) implantados. As aldeias atendidas pelos DSEIs, situados no estado do Amazonas possuem uma menor cobertura em comparação aos SSAA dos distritos do estado do Mato Grosso. Mais de 60% das aldeias dos DSEIs Médio Rio Purus e Médio Rio Solimões não contam com acesso à água potável.

Mesmo o DSEI Cuiabá, que possui uma melhor cobertura de serviços de abastecimento de água, tem 63% dos SSAA implantados em estado crítico (das 138 aldeias com SSAA implantado, 87 se encontram em estado crítico). Além disso, nenhum dos DSEIs, aqui considerados, implantou o serviço de monitoramento da qualidade da água nas aldeias adstritas aos seus territórios sanitários.

No contexto da pandemia de covid-19, a dificuldade de acesso à água potável em boa parte das comunidades atendidas por esses DSEIs pode dificultar algumas das ações de prevenção fundamentais à infecção pelo novo coronavírus, tais como as ações de higienização.

<sup>19</sup> MINISTÉRIO DE SAÚDE, 2019a, p. 33-41.

<sup>20</sup> *Idem*, 2020h, p. 56-58.

<sup>21</sup> *Idem*, 2020i, p. 29.

<sup>22</sup> *Idem*, 2019b, p. 117-118.

<sup>23</sup> BUSS, P.M.; FILHO, A.P. A saúde e seus determinantes sociais. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1), 2007. p. 77-93

## QUADRO 4

**Comparação das condições dos SSAA Implantadas nas aldeias atendidas pelos DSEIS Cuiabá, Xavante, Médio Purus e Médio Solimões e Afluentes**

DSEI	POPULAÇÃO	ALDEIAS	Nº DE ALDEIAS COM SSAA IMPLANTADOS	SSAA EM FUNCIONAMENTO
Cuiabá <sup>24</sup>	8.667	178	138 (78%)	19 (13,8%) em bom/ótimo estado
				32 (23,2%) em estado regular
				87 (63%) em estado crítico
Xavante <sup>25</sup>	21.811	317	229 (72,24%)	-
Médio Purus <sup>26</sup>	7.694	117	45 (38,46%)	45 (100%)
Médio Solimões e Afluentes <sup>27</sup>	20.264	185	65 (35,1%)	53 (81%)

Nota: construção da autora.

Claro que tanto as condições inadequadas dos estabelecimentos de saúde, quanto o acesso restrito à água de qualidade nas aldeias indígenas atendidas por esses DSEIs remetem a um processo de precarização do Sasisus que já estava em curso antes da pandemia do novo coronavírus. O avanço da doença em questão, sobre as terras indígenas, encontrou os DSEIs despreparados para dar uma resposta rápida e eficaz no enfrentamento dessa emergência em saúde pública. Isso tanto no que diz respeito a realizar boas práticas de gestão, expressas nos documentos de planejamento insipientes, quanto à rede de atenção à saúde que já vinha operando em condições difíceis e gerenciando uma série de defasagens com relação à quantidade e a qualificação dos profissionais da saúde indígena.

**1.2 SITUAÇÃO DE SAÚDE DAS COMUNIDADES ATENDIDAS PELOS DSEIS**

Como a covid-19 constitui uma doença que “[...] se vincula ao quadro geral de saúde das populações e que deve permanecer como agravo por um longo período de tempo”<sup>28</sup>, para enfrentá-la se faz necessário que o planejamento estratégico em saúde considere os fatores que incrementam a vulnerabilidade socioeconômica e sanitária dos povos indígenas de modo a possibilitar uma ação oportuna para prevenir e controlar a transmissão do vírus SARS-CoV-2 no contexto comunitário das aldeias.

Como sabemos, alguns segmentos populacionais estão mais propícios a desenvolver as formas graves da covid-19 – idosos e os portadores de comorbidades, tais como a hipertensão, a diabetes,

<sup>24</sup> MINISTÉRIO DE SAÚDE, 2019a, p. 43-53.

<sup>25</sup> *Idem*, 2020h, p. 130-162.

<sup>26</sup> *Idem*, 2020i, p. 85-91.

<sup>27</sup> *Idem*, 2019b, p. 119-121.,

<sup>28</sup> ABRASCO; FIOCRUZ, 2020, p. 40.

o câncer, etc. Portanto, o planejamento deve considerar as informações referentes à situação de saúde das comunidades indígenas a fim de delinear estratégias de proteção aos grupos de risco <sup>a</sup>.

No que diz respeito aos planos de contingência aqui analisados, apenas os dados relativos às infecções respiratórias agudas (IRAs) foram apresentados, sem considerar as informações sobre os agravos que constituem comorbidades para a covid-19. As estratégias de enfrentamento a essa pandemia, descritas nessas ferramentas de planejamento em saúde não mencionam ações de proteção aos grupos de risco, existentes nas comunidades indígenas sob cuidado dos distritos.

Quando nos detemos sobre os planos distritais identificamos a presença de casos de hipertensão e diabetes na população atendida pelos quatro DSEIs aqui abordados. No entanto, as informações disponibilizadas não estão padronizadas no que tange aos critérios de classificação dos casos orientados pelo Código Internacional da Doença (CID-10).

Enquanto o plano distrital do DSEI Cuiabá contabiliza os casos a partir dos grupos de morbidades que integram os capítulos do CID-10, o DSEI Xavante emprega o próprio título dos capítulos do CID-10 para classificar as enfermidades que ocorreram durante o ano de 2018. O DSEI Médio Rio Purus, por sua vez, apresenta o número absoluto de casos referentes aos principais agravos por ele tratados e o DSEI Médio Rio Solimões e Afluentes menciona os agravos com maior prevalência na população por ele assistida. Ambos não indicam o código do CID-10 a que correspondem as enfermidades e agravos mencionados.

Além disso, os dados disponibilizados não nos permitem identificar a distribuição dos casos de comorbidades para a covid-19 nas etnias ou mesmo nos polos base dos respectivos DSEIs. Dessa forma, também não temos como saber quais os segmentos populacionais deveriam ser alvo prioritário de ações protetivas.

Como a execução das ações de vigilância e atenção à saúde qualificadas dependem de uma informação ágil e oportuna acerca da situação de saúde da população indígena sobre os efeitos da pandemia de covid-19<sup>29</sup>, percebemos que a organização “não-padronizada” dos sistemas de diagnóstico e de classificação de doenças nos DSEIs aqui considerados pode comprometer a qualidade da informação necessária ao bom planejamento em saúde junto às comunidades indígenas.

---

## 2

---

### A IMPORTÂNCIA DO PLANEJAMENTO EM SAÚDE

---

Os planos de contingência dos distritos aqui considerados são, em sua maioria, vagos e imprecisos, não desenvolvendo em profundidade e com rigor os aspectos necessários ao planejamento em saúde tecnicamente orientado. No geral, os planos de contingência reproduziram o texto do plano elaborado pela Sesai/MS<sup>30</sup>, sem ancorar as suas estratégias e ações nos territórios, etnicamente diverso, em que atuam.

---

<sup>29</sup> ABRASCO; FIOCRUZ, 2020, p. 38.

<sup>30</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020C.

Além disso, não contaram com a participação dos povos indígenas e de suas representações no decorrer do processo de elaboração. A exceção é o plano de contingência do DSEI Médio Rio Purus que dialoga com a realidade local dos povos indígenas a ele adstrito e que menciona a participação das instâncias de controle social no delineamento das estratégias de enfrentamento à pandemia.

Para tornar os planos de contingência dos DSEIs uma ferramenta eficaz de planejamento, seria importante que os mesmos fossem orientados pelo trinômio informação-decisão-ação que informa o modelo de atenção da vigilância em saúde. Além disso, deveria conter um conjunto de “[...] informações **relativas à sua capacidade instalada, recursos disponíveis e necessidades para implementação das ações**” os quais não constam nos planos de contingência aqui considerados<sup>31</sup>.

A falta de indicadores de resultados, de produção dos serviços e dos impactos da atenção sobre a saúde da população compromete tanto o monitoramento quanto a avaliação sobre a eficácia e efetividade das ações planejadas<sup>32</sup>.

## 2.1 PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

Os planos de contingência dos DSEIs aqui considerados não destinaram um eixo específico para as ações de promoção à saúde e prevenção à covid-19 no contexto das aldeias indígenas. No geral, tais ações são abrangentes e estão distribuídas nos diferentes eixos de ação (vigilância em saúde, assistência em saúde, assistência farmacêutica, comunicação de risco, gestão) e nos distintos níveis de resposta previstos nos planos (alerta, perigo eminente e emergência em saúde pública).

Por promoção de saúde podemos compreender as ações de intervenção sobre os determinantes sociais de saúde visando transformar as condições de vida e a situação de saúde de uma dada população indígena. No contexto da pandemia de covid-19, algumas dessas ações são de responsabilidade direta da Sesai, tais como garantir às comunidades indígenas o acesso à água potável, por exemplo; a outras cabe à Sesai articular com os demais setores governamentais e não-governamentais (intersectorialidade) a adoção de medidas para garantir a proteção dos territórios, as barreiras sanitárias, a segurança alimentar das comunidades, observando assim o princípio da integralidade da atenção à saúde.

As ações intersectoriais para a intervenção sobre os determinantes descritos nos planos de contingência são pontuais e adotadas em caráter emergencial, tais como distribuir cestas básicas para as comunidades como forma de contribuir para a permanência dos indígenas em suas aldeias em um período que requer o isolamento social. Via de regra, tais ações mencionam a parceria com a Funai, mas não necessariamente mencionam a parceria com os atores institucionais que atuam nas regiões como, por exemplo, as próprias organizações indigenistas que têm atuado no apoio aos DSEIs para que os mesmos realizem a sua missão.

<sup>31</sup> ABRASCO; FIOCRUZ, 2020, p. 16 [grifos nossos].

<sup>32</sup> ABRASCO; FIOCRUZ, 2020, p. 49-50.

Encontramos uma exceção, novamente, no plano de contingência do Médio Rio Purus que, além de ter sido elaborado já em parceria com diferentes instituições, também agencia as contribuições de cada uma delas na realização de ações de proteção e promoção de saúde às comunidades assistidas por ele. Os demais planos mencionam a articulação com a Funai em alguns momentos, visando a criação de medidas para garantir a segurança alimentar das comunidades ou mesmo prevendo o apoio do órgão indigenista para atuar no esclarecimento de indígenas quanto às medidas de prevenção à covid-19: distanciamento social e evitação de aglomerações, por exemplo.

No que diz respeito às ações e medidas de prevenção ao coronavírus, cabe uma observação sobre o caráter oportuno de implementação das ações. O DSEI Médio Rio Solimões e Afluentes, por exemplo, prevê divulgar materiais educativos e informativos para as EMSI nos três níveis de resposta. Ao mesmo tempo, planeja divulgar as normas e diretrizes do Ministério da Saúde para a prevenção e o controle da infecção por esse vírus somente no nível de resposta de emergência.

Tais informações deveriam ser amplamente divulgadas para as EMSI desde o início dessa pandemia, já que as ações de educação em saúde nos territórios são de sua responsabilidade. Nesse caso, para que as EMSI possam desenvolver as ações de educação em saúde, voltadas para a prevenção à covid-19, faz-se necessário que as mesmas estejam qualificadas para atuar em contextos culturalmente diferenciados.

## 2.2 VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Uma das importantes estratégias para o enfrentamento ao vírus em questão é a da vigilância em saúde<sup>33</sup>. Ao lado das medidas de prevenção, são as ações de vigilância que permitem controlar a propagação da doença por meio da identificação e detecção precoce dos casos suspeitos, assim como a adoção imediata de medidas voltadas para interromper a cadeia de transmissão do vírus SARS-Cov-2<sup>34</sup>. A busca ativa dos casos de Síndrome Gripal (SG) e de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), bem como a testagem dos casos suspeitos e rastreamento de seus contatos constituem ações fundamentais para o atendimento de saúde especializado nas aldeias.

Os Agentes Indígenas de Saúde (AIS) ocupam uma posição estratégica não apenas para a realização das ações preventivas, mas também para a identificação precoce dos casos suspeitos, para o rastreamento dos contatos, monitoramento dos casos leves em situação de isolamento domiciliar, além do engajamento da comunidade nas ações de prevenção e controle da transmissão do SARS-Cov-2 no contexto das aldeias indígenas.

No entanto, os planos de contingência demonstram que os DSEIs, aqui considerados, não reconhecem a atuação dos AIS, tampouco dos Agentes Indígenas de Saneamento (Aisan) como estratégicos no enfrentamento da pandemia, desperdiçando a possibilidade de desen-

33 PAIM, JS. Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde. In: ROUQUAYROL, MZ & ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia & Saúde*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003, p. 568-586.

34 AVASUS. *Vírus respiratórios emergentes incluindo a Covid-19*. Natal, UFRN, 2020. Disponível em: <https://avasus.ufrn.br/course/view.php?id=320>.

volvimento de um modelo de vigilância em saúde, sustentado pela participação da comunidade. Os planos de contingência não mencionam ações voltadas para a qualificação e o envolvimento dos AIS nas frentes da vigilância da pandemia<sup>35</sup>. No caso do DSEI Xavante, os AIS, inclusive, são considerados desqualificados para atuar nas ações de vigilância em saúde, conforme mencionado em seu plano distrital.

Os planos de contingência demonstraram que cada DSEI adotou rotinas e fluxos distintos no que diz respeito à testagem. O plano de contingência do DSEI Cuiabá, por exemplo, prevê a aquisição de testes rápidos já no nível de resposta de alerta, mas a sua aplicação em casos suspeitos apenas no nível de emergência em saúde pública. Também é apenas no nível de emergência em saúde pública que estão previstas ações de investigação e o rastreamento dos contatos de casos suspeitos e confirmados de covid-19.

Devido à alta transmissibilidade do SARS-Cov-2 e as formas de vida comunitária dos povos indígenas, prever a testagem de casos suspeitos e o rastreamento dos seus contatos apenas no nível de emergência em saúde pública constitui uma medida tardia, contribuindo para incrementar a vulnerabilidade da população indígena atendida pelo DSEI Cuiabá ao contágio pelo SARS-Cov-2, na medida em que perde oportunidades de detecção precoce dos casos suspeitos.<sup>36</sup>

O DSEI Xavante, por sua vez, estabeleceu um eixo chamado Suporte Laboratorial, em que previu, nos três níveis de resposta, a garantia da execução dos fluxos para diagnóstico laboratorial para detecção de infecção humana pelo novo coronavírus (covid-19), junto à rede de referência do SUS para os vírus respiratórios. Todavia, no fluxograma de manejo clínico da SG, SRAG e covid-19, não constam as ações de testagem e nem o rastreamento dos contatos dos casos suspeitos e confirmados. Como o plano de contingência menciona o diagnóstico laboratorial e não trata sobre os testes rápidos, acredita-se que a estratégia do DSEI estaria centrada na realização dos testes em tempo real da transcrição reversa, seguida de reação em cadeia da polimerase (RT-PCR). No entanto, o plano não menciona se possui acesso a uma quantidade suficiente de exames laboratoriais para dar conta da população atendida pelo DSEI Xavante.

Já o plano de contingência do DSEI Médio Rio Purus esclarece que os casos suspeitos podem ser confirmados por meio de três tipos de exames: o laboratorial (RT-PCR), o clínico-epidemiológico<sup>37</sup>, quando não é possível realizar a investigação laboratorial, e via teste rápido<sup>38</sup>. Alinhado às orientações do estado do Amazonas, o distrito determina que a coleta de material aspirado da nasofaringe somente seria realizada pelas unidades hospitalares de referência. Nesse caso,

<sup>35</sup> Convém lembrarmos que os AIS são o maior contingente de trabalhadores do Sasisus e que, por serem a primeira referência das aldeias indígenas no caso de adoecimento, são eles que garantem o cuidado contínuo e direto nas comunidades indígenas. Portanto, eles devem estar devidamente qualificados para exercerem as ações de prevenção e de vigilância em saúde nas aldeias (ABRASCO; FIOCRUZ, 2020, p. 34).

<sup>36</sup> Para uma discussão mais aprofundada sobre a questão ver: OPERAÇÃO AMAZÔNIA NATIVA. **Relatório técnico contendo análise dos Protocolos e Normativas do Ministério da Saúde e da Secretaria Especial de Atenção à Saúde Indígena (SESAI/MS) para o enfrentamento do COVID-19 junto aos povos indígenas**. Cuiabá: OPAN, 2020.

<sup>37</sup> Ver definição de manejo clínico e de vigilância epidemiológica no contexto da pandemia de Covid-19 em: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020a; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020b.

<sup>38</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020a, p. 16.

somente os casos graves teriam acesso ao RT-PCR, enquanto os casos leves teriam seus diagnósticos confirmados por exames clínicos e pelos testes rápidos aplicados pelas EMSI em aldeia.

A questão da confirmação do diagnóstico de covid-19 por teste rápido também precisa ser considerada devido à baixa sensibilidade e especificidade da testagem por anticorpos Anti-covid-19 IGG/IGM. Apesar desses testes serem importantes para a compreensão epidemiológica do novo coronavírus, incluindo a investigação de infecções assintomáticas, ele encerra grandes riscos quando aplicado como único recurso para o diagnóstico da infecção pela doença. O ideal é que o diagnóstico realizado a partir do teste rápido possa ser confirmado pelo teste laboratorial RT-PCR (teste considerado “padrão ouro” para tal diagnóstico).

A utilização de métodos diagnósticos para detectar a infecção por SARS-CoV-2 deve considerar a sua finalidade, uma vez que as características de cada método são voltadas para diferentes contextos, que podem envolver desde a tomada de uma decisão clínica até a elaboração de uma estratégia de vigilância em saúde. É necessário identificar, entre outros aspectos, os indivíduos a serem testados, a fase clínica da evolução da doença em que se encontram, a definição das amostras a serem utilizadas e quais os requisitos mínimos aceitáveis de desempenho clínico. Os testes para diagnóstico de indivíduos sintomáticos em contextos epidêmicos devem apresentar sensibilidade e a especificidade altas (> 99%), pois um resultado falso negativo, particularmente em indivíduos idosos ou imunocomprometidos, pode resultar em uma alta taxa de morbimortalidade, além de aumentar a transmissão e o risco para os profissionais de saúde. Quando a finalidade do teste for identificar a exposição anterior ao SARS-CoV-2, podem ser usados testes sorológicos para detecção de IgG ou IgM (para determinar se um indivíduo foi previamente infectado) [...]. O uso potencial de um teste de triagem em um cenário epidêmico está vinculado à disponibilidade de um teste de confirmação para identificar que um indivíduo está atualmente infectado com SARSCoV-2. [...] Outra possibilidade de uso de testes teria o objetivo de monitorar uma população local, servindo como uma espécie de sentinela para obter indicações precoces de um surto de COVID-19<sup>39</sup>.

O DSEI Médio Rio Solimões e Afluentes, da mesma forma que o DSEI Médio Rio Purus, prevê que a testagem dos casos suspeitos seja realizada conforme o fluxo estabelecido na rede de atenção de cada município<sup>40</sup>. A orientação é realizar o teste rápido nos casos suspeitos e, na ocorrência de testagem positivo, que se proceda ao recurso do laboratorial RT-PCR para a confirmação do caso. O plano de contingência desse distrito prevê a investigação dos casos suspeitos de contaminação pela doença já no nível de alerta, no entanto o rastreamento de contatos dos casos suspeitos e confirmados de covid-19 está previsto apenas no nível de resposta de emergência em saúde pública. É importante salientar que ambas as atividades – investigação de caso suspeito e rastreamento de contatos – fazem parte de um mesmo esforço

39 MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Acurácia dos testes diagnósticos registrados para a Covid-19*. Brasília, Ministério da Saúde, 2020j.

40 MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020g, p. 30.

para detectar precocemente os casos suspeitos e intervir oportunamente para conter a transmissão do SARS-Cov-2 nas aldeias.

Realizar o rastreamento de contatos de forma oportuna constitui estratégia fundamental para a contenção dessa pandemia, pois

[...] é possível que um contato esteja infectado e seja assintomático ou pré-sintomático, podendo transmitir a infecção para outras pessoas. Desta forma, a vigilância deve ser preferencialmente ativa [...]. Sem esse rastreamento, a probabilidade de interrupção da cadeia de transmissão é menor, o que aumenta o risco de surtos em comunidades indígenas<sup>41</sup>.

Como podemos perceber, cada DSEI adotou uma estratégia diferente com relação à testagem da população. A estratégia centrada no teste rápido para a confirmação dos casos de covid-19 pode apresentar alguns problemas que precisam ser considerados.

O teste sorológico rápido a partir do 8º dia dos sintomas para confirmação de casos sintomáticos pode resultar em baixa confirmação de casos (ou seja, subnotificação), na medida em que existem limitações na acurácia desses testes, podendo gerar falsos-positivos e falsos-negativos. [...] o teste rápido não faz a detecção da infecção e pode atrasar as medidas de isolamento recomendadas em caso de suspeita. Isso também tem implicações sobre as recomendações sobre rastreamento de contatos apenas de casos confirmados laboratorialmente<sup>42</sup>.

Os diferentes fluxos adotados pelos DSEIs para a realização dos testes e critérios empregados para confirmação de casos faz com que as informações oficiais disponibilizadas pela Sesai apresentem inconsistências importantes, além de serem caracterizadas pela subnotificação dos casos suspeitos que não tiveram acesso às testagens.

### **2.3 ASSISTÊNCIA INTEGRAL E DIFERENCIADA À SAÚDE: SOBRE O MANEJO CLÍNICO DA COVID-19**

Implementar a assistência diferenciada à saúde em um cenário de pandemia constitui um grande desafio, na medida em que se faz necessário que o serviço tenha sua capacidade aumentada para dar conta tanto das ações rotineiras da atenção, quanto daquelas direcionadas ao enfrentamento da covid-19. Garantir a continuidade das medidas de atenção à saúde nas comunidades indígenas é importante para evitar o aumento da mortalidade por causas

41 ABRASCO; FIOCRUZ, 2020, p. 37.

42 ABRASCO; FIOCRUZ, 2020, p. 57-58.

evitáveis. “A estrita observação dessas duas dimensões tem relação direta com a mitigação dos efeitos da pandemia na morbidade e mortalidade dos povos indígenas”<sup>43</sup>.

Como o acompanhamento integral dos agravos à saúde é de responsabilidade da atenção primária, constitui responsabilidade dos DSEIs acompanhar os pacientes em sua trajetória pela rede de média e alta complexidade do SUS, garantindo a remoção oportuna dos casos graves para as referências hospitalares, orientando e oferecendo suporte aos pacientes para o seu retorno às comunidades. Além disso, passados sete meses de progressão da pandemia, é necessário considerar as questões relacionadas ao tratamento dos casos que apresentarem sequelas provenientes da covid-19<sup>44</sup>.

Apesar de reproduzirem a recomendação contida nas diferentes versões dos Informes Técnicos da Sesai, que preconizam que as EMSI assumam um papel resolutivo não só na identificação precoce dos infectados, como também na estratificação dos casos leves e graves, no acompanhamento dos casos leves da doença e no encaminhamento dos casos graves para a referência no SUS, os planos de contingência nem sempre apresentaram clareza quanto às ações e atribuições das EMSI no contexto das aldeias. Com exceção do Plano de Contingência do DSEI Médio Rio Purus que descreve as atribuições das equipes quanto à definição e notificação dos casos, ao encaminhamento dos casos graves e monitoramento dos casos leves em isolamento domiciliar nas aldeias. Também é uma singularidade do plano de contingência do Médio Rio Purus deixar claro as atribuições dos AIS no que tange ao monitoramento dos casos suspeitos e prever o envolvimento das lideranças e conselheiros de saúde na criação de estratégias de isolamento domiciliar nas comunidades<sup>45</sup>.

De qualquer forma, no que tange ao planejamento das ações de assistência à saúde, no que diz respeito ao manejo de casos leves e o encaminhamento à atenção especializada dos casos graves de covid-19, os planos de contingência deveriam especificar para

[...] a população sob risco, o número de casos esperados, o quantitativo de atendimentos programados, os critérios para identificação, manejo (tratamento) dos casos leves e moderados, os critérios e quantitativos de exames diagnósticos a serem realizados, critérios e previsão de casos graves a serem transferidos para unidades especializadas e assim por diante. A opção por uma descrição genérica de ações e de resultados esperados (...) tanto dificulta a orientação para a atuação dos distritos sanitários quanto compromete a qualidade e efetividade das ações planejadas e inviabiliza a possibilidade de monitoramento das ações programadas<sup>46</sup>.

---

43 *Idem, Ibidem*, p.41.

44 *Idem, Ibidem*, p. 46.

45 MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020a, p. 31.

46 ABRASCO; FIOCRUZ, 2020, p. 12.

Para o enfrentamento da pandemia de covid-19, a Sesai criou duas estratégias de enfrentamento em contextos indígenas: a) Equipe de Resposta Rápida (ERR)<sup>47</sup>; e b) Unidades de Atenção Primária Indígena (UAPIs) da covid-19<sup>48</sup>. Enquanto as ações envolvendo as ERR foram contempladas pelos planos de contingência aqui considerados, as UAPIs, por terem sido uma estratégia prevista após dois meses do início da pandemia, não são mencionadas nos referidos planejamentos.

## 2.4 PROTEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE INDÍGENA

A inexistência de uma política de recursos humanos adequada aos trabalhadores da saúde indígena, que resulta na alta rotatividade profissional e nas dificuldades de qualificação permanente da força de trabalho, “[...] ganham maior relevância no contexto da epidemia, cuja ocorrência pressiona os recursos de saúde já implantados e demanda a ampliação da força de trabalho e da capacidade instalada nos serviços de saúde<sup>49</sup>.

Por estarem expostos à infecção pelo Sars-Cov-2 no contexto da pandemia de covid-19, os planos de contingência deveriam adotar medidas imediatas de proteção aos profissionais de saúde, garantindo condições de trabalho seguras e adequadas aos profissionais da saúde indígena.

Dentre as medidas de proteção aos profissionais da saúde estão: a contínua disponibilização de informações atualizadas sobre a doença e os procedimentos e rotinas de prevenção; a disponibilização regular e adequada de EPIs; a testagem ampla dos trabalhadores; e garantir os investimentos para ampliar e manter profissionais de saúde em quantidade adequada e qualificados para atuar no contexto da pandemia<sup>50</sup>.

No entanto, ao nos determos sobre os planos de contingência dos DSEIs aqui analisados, percebemos que, do ponto de vista do planejamento, tais medidas foram adotadas de modo tardio, expondo a força de trabalho da saúde indígena ao contágio da covid-19 e, ao mesmo tempo, incrementando os riscos dos profissionais serem os vetores de transmissão do vírus.

O DSEI Médio Rio Purus, por exemplo, prevê o uso dos EPIs pelos profissionais de saúde apenas no nível de resposta de perigo eminente. Já o distrito do Médio Rio Solimões e Afluentes, que aponta o levantamento e a aquisição de EPI no nível de perigo eminente, determina que os EPIs sejam disponibilizados para os profissionais de saúde e que as EMSIs sejam informadas quanto à obrigatoriedade do seu uso; finalmente, no nível de emergência em saúde pública, o uso desses equipamentos como forma de proteção aos profissionais que atendem os casos suspeitos ou confirmados de covid-19 é reforçado, sendo previsto o abastecimento desses equipamentos. Tendo em vista a importância de se proteger a saúde dos profissionais das EMSI, seria conveniente que a adesão ao uso de EPIs, por parte dos profissionais, tivesse

47 MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 55, de 13 de abril de 2020. Brasília, SESAI/MS, 2020k.

48 MINISTÉRIO DA SAÚDE. Ofício Circular 37, de 27 de maio de 2020. Brasília, SESAI/MS, 2020l.

49 ABRASCO; FIOCRUZ, 2020, p. 28-29.

50 BARROSO *apud* ABRASCO; FIOCRUZ, 2020, p. 29.

ocorrido nos primórdios da pandemia de covid-19, constituindo também em uma estratégia de educação em saúde.

Sabemos das limitações enfrentadas pelos DSEIs em garantir EPIs em quantidade suficiente para as EMSI, incluindo os AIS e Aisan. O DSEI Xavante, em resposta à solicitação por informações enviada pela OPAN à Sesai, em abril de 2020, via Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão (e-SIC) (Demanda SIC 3610015)<sup>51</sup>, esclareceu, ainda no mês de maio de 2020, que os trabalhadores da saúde haviam sido orientados sobre a importância de utilizar os equipamentos de proteção individual enquanto trabalhavam, mas que não os possuíam em quantidade suficiente para todas as categorias profissionais.

Além disso, não se verificou nos planos de contingência a presença de ações voltadas para a

[...] elaboração e difusão constante de protocolos de uso correto e seguro, acondicionamento e descarte dos EPI e demais equipamentos de proteção, e o monitoramento e supervisão acerca da aplicação de tais medidas e dos insumos necessários para os diferentes trabalhadores, seguindo normas da ANVISA/MS<sup>52</sup>.

A qualificação dos profissionais da saúde indígena também constitui medida fundamental para fortalecer sua capacidade de proteger a si e aos usuários dos serviços de saúde. A atualização permanente dos conhecimentos técnico-científicos a respeito do novo coronavírus a serem operacionalizados nas rotinas de prevenção e contenção da pandemia constitui providência necessária para o seu enfrentamento. É importante que todos os profissionais de saúde tenham acesso às informações disponibilizadas nos cursos, sobretudo, os próprios AIS e Aisan, por serem eles estratégicos para a implantação das ações de prevenção, vigilância em saúde e manejo clínico dos casos de contaminação que ocorrem nas aldeias.

A estratégia de capacitação dos profissionais de saúde para o enfrentamento da pandemia de covid-19, contemplada pelos planos de contingência dos DSEIs, centrada nos cursos de Educação a Distância (EaD), deve se deparar com vários obstáculos não previstos pelos próprios instrumentos de planejamento. Dentre eles, podemos pontuar a dificuldade de acesso a informações atualizadas em lugares que não tem internet ou que não contam com uma boa conectividade. Essa dificuldade pode ser ainda maior no caso dos AIS e dos Aisan que, por residirem em aldeias, nem sempre possuem acesso a esse recurso tecnológico ou quando o possuem o acesso é limitado. Além disso, o fato desses AIS e Aisan pertencerem a outras culturas também pode requerer a realização de ações específicas que possibilitem aos mesmos se apropriar dos conhecimentos sobre a covid-19, disponibilizados nas plataformas de EaD.

Se a capacitação dos profissionais da saúde indígena para o enfrentamento da covid-19 deve ocorrer a distância, então é dever do Estado garantir as condições estruturais para que as informações sejam disponibilizadas, viabilizando a implantação de um sistema de comunicação

<sup>51</sup> Estas informações foram enviadas à OPAN pela Sesai depois de solicitadas por meio da Lei de Acesso à Informação (nº 12.527/2011) no mês de maio de 2020.

<sup>52</sup> ABRASCO; FIOCRUZ, 2020, p. 30.

eficaz com os territórios indígenas. Como sabemos, grande parte dos territórios indígenas possui acesso restrito ou mesmo não possuem acesso à internet. Para que a formação a distância tenha êxito torna-se necessário “prever a estruturação das condições do acesso às informações e a formulação das estratégias pelas quais se garantirá a realização e monitoramento [...] da qualificação dos trabalhadores para enfrentamento da Covid-19”<sup>53</sup>.

Outra questão a ser pontuada é que ao adotar a estratégia de formação a distância, a Sesai delega aos próprios trabalhadores da saúde indígena a responsabilidade pela sua própria qualificação no contexto da pandemia.

As orientações dos informes técnicos da SESAI se limitam repassar uma lista de plataformas, sites e conteúdos sobre a covid-19 que os trabalhadores devem procurar para se atualizar. Em que pese a qualidade dessas informações sobre os endereços eletrônicos onde podem ser encontradas não garante que esses trabalhadores estarão qualificados e atualizados em curto prazo. É fundamental a formulação de um programa de qualificação contínuo (com conteúdo e carga horária mínimos, e certificação), e o acompanhamento da força de trabalho, de modo a monitorar se esses trabalhadores estão tendo acesso a essas informações, se foram qualificados adequadamente e se seguem corretamente os protocolos de segurança e novas rotinas. Particularmente, para os Agentes Indígenas de Saúde e de Saneamento deve haver uma estratégia específica, pois esses têm maiores dificuldades no acesso a meios de comunicação, sendo variável a fluência no português e sendo menos familiarizados com plataformas de ensino a distância, necessitando um acompanhamento especial de sua qualificação<sup>54</sup>.

## 2.5 TESTAGEM E QUARENTENA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Os planos de contingência dos DSEIs Cuiabá, Xavante, Médio Rio Purus e Médio Rio Solimões e Afluentes, seguindo orientações da Sesai, preconizaram que os profissionais da saúde indígena observassem um período de quarentena de sete dias antes de sua entrada em área.

Ao não estabelecer nos meses iniciais da pandemia rotinas e protocolos rigorosos para a entrada dos profissionais e trabalhadores da saúde em territórios indígenas visando implementar medidas para o controle dos assintomáticos e pré-sintomáticos, a Sesai contribuiu para expor as aldeias indígenas ao contágio pelo novo coronavírus. Como o período de incubação do vírus SARS-Cov-2 pode variar, em média, entre 5 e 6 dias, com seus limites entre 0 e 14 dias<sup>55</sup>, assim como considerando a especial vulnerabilidade dos povos indígenas, as quarentenas dos profissionais de saúde deveriam observar um período de 14 dias desde os primórdios da pandemia de covid-19.

53 ABRASCO; FIOCRUZ, 2020, p. 33.

54 ABRASCO; FIOCRUZ, 2020, p. 33-34.

55 MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020a., p. 4.

Da mesma forma, a testagem por RT-PCR do pessoal da saúde, a Sesai e os DSEIs, antes de entrarem em aldeia deveriam ter sido adotadas de imediato. Apenas em 13 de agosto de 2020 foi publicado pela Sesai o “Protocolo sanitário de entrada em territórios indígenas – Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019”<sup>56</sup>.

## 2.6. PROTEÇÃO À SAÚDE MENTAL

Como a Covid-19 foi reconhecida como uma doença ocupacional, é necessário adotar medidas tanto de apoio social, assistência e afastamentos dos trabalhadores que contraíram o vírus, inclusive no caso de possíveis sequelas decorrentes da infecção, quanto de proteção da saúde mental dos profissionais, trabalhadores e usuários dos serviços da saúde indígena<sup>57</sup>. Dentre os planos de contingência analisados, o único que previu medidas de assistência psicossocial aos profissionais de saúde e usuários indígenas foi o do DSEI Médio Purus.

## 2.7 FALTA DE PROVIMENTO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARA O ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA

O avanço da pandemia do novo coronavírus sobre os territórios indígenas intensificou a necessidade de se incrementar o número de profissionais de saúde que atuam nas EMSI tendo em vista garantir “[...] a manutenção das demandas e rotinas de atendimento e a atuação no enfrentamento da Covid-19 e Unidades de Atenção Primária Indígena”<sup>58</sup>. Além das duas estratégias de enfrentamento à doença (as Equipes de Resposta Rápida<sup>59</sup> e as Unidades de Atenção Primária à Saúde Indígena)<sup>60</sup> mobilizarem os esforços das equipes de saúde já em campo, a necessidade de se separar os profissionais que realizam as ações rotineiras da assistência daqueles que atendem os sintomáticos respiratórios, somado ao afastamento dos profissionais infectados pelo novo coronavírus contribuíram para reduzir ainda mais a já limitada força de trabalho dos profissionais de saúde dos DSEIs.

O plano distrital do DSEI Xavante, por exemplo, já mencionava, antes mesmo do eclodir da pandemia, que as EMSIs operavam com seu quadro incompleto, sendo insuficiente a quantidade de profissionais de saúde para atender o povo Xavante. Essa situação já comprometia as ações de vigilância em saúde que requerem a presença cotidiana de profissionais nas aldeias<sup>61</sup>.

56 MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Protocolo sanitário de entrada em territórios indígenas – Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019*. Brasília: MS, 2020.

57 ABRASCO; FIOCRUZ, 2020: 31.

58 ABRASCO; FIOCRUZ, 2020, p. 33.

59 MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020k.

60 MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Unidades de Atenção Primária à Saúde Indígena (UAPI) da Covid-19*. Brasília, 2020n.

61 MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020h, p. 62.

## 2.8. POVOS ISOLADOS E DE RECENTE CONTATO

No que diz respeito aos Povos Indígenas Isolados e de Recente Contato (PIIRC), apenas o DSEI Cuiabá, ao elaborar o plano de contingência para o povo Enawene Nawe, atendeu ao preconizado pela Portaria Conjunta nº 4.094, de 20 de dezembro de 2018,<sup>62</sup> que orienta que, em situação de surtos e epidemias, a ação em saúde junto aos PIIRC sejam orientadas por um plano de contingência.

## 2.9. VIGILÂNCIA INDIGENISTA: PARA ALÉM DA INTERVENÇÃO SOBRE OS DETERMINANTES DE SAÚDE

Por fim, importa ressaltar a importância da atuação da Operação Amazônia Nativa (OPAN) voltada para a proteção dos povos indígenas, situados nas regiões de sua atuação – nos estados de Mato Grosso e do Amazonas – por meio do Protocolo de Monitoramento territorial remoto durante a pandemia do novo coronavírus (Covid-19).

Inicialmente, as ações voltadas para garantir a segurança alimentar, a produção e a renda das famílias indígena, bem como, para defender a integridade dos territórios indígenas constituíram intervenções que geram impactos fundamentais sobre os determinantes sociais da saúde indígena. Seria conveniente para os gestores das políticas públicas de saúde indígena prever a formalização dessas parcerias, tendo em vista aumentar a sua capacidade de efetivar o direito à atenção integral e diferenciada à saúde dos povos originários.

Contudo, é importante frisar que a atuação da OPAN foi além da intervenção sobre os determinantes sociais de saúde, quando se dispôs a adquirir, por meio de diferentes fontes de financiamento, insumos voltados para as ações preventivas de higienização nos serviços e nas comunidades (água sanitária, álcool, sabonete e sabão líquido e em barra), prevenção dos indígenas (máscaras artesanais para serem distribuídas nas aldeias), itens de EPIs (protetor facial, aventais, protetores de pé, capuz hospitalares, macacão impermeável), equipamentos médicos (medicamentos, termômetros a laser de testa, concentradores de ar, medidor de pressão, oxímetros, teste rápido), combustível, equipamentos e alimentação, fretes, cestas básicas.

Se o apoio que a OPAN prestou, entre os meses de março e agosto de 2020, aos DSEIs do estado de Mato Grosso e também aos distritos do estado do Amazonas, situados em regiões onde essa organização atua demonstra a potência e a importância das organizações indigenistas na defesa e efetivação dos direitos diferenciados dos povos indígenas, também torna evidente o quanto esses distritos estavam despreparados para enfrentar o avanço da pandemia de covid-19 nas aldeias indígenas.

<sup>62</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria Conjunta nº 4.094, de 20 de dezembro de 2018. Brasília, 2018.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Garantir a atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas no contexto da pandemia de covid-19 constitui um desafio a ser enfrentado pelos DSEIs. Para efetivar o direito dos povos indígenas a terem uma atenção diferenciada à sua saúde se faz necessário que os serviços disponibilizados atuem de modo articulado aos saberes, práticas e praticantes das medicinas tradicionais indígenas. Portanto, o princípio epistemológico da articulação de saberes em saúde indígena deve ser contemplado no planejamento e execução das ações de prevenção e contenção do novo coronavírus nas aldeias indígenas.

Além disso, considerando as especiais condições de vulnerabilidade desses povos, convém se avançar no desenvolvimento de estratégias de controle de assintomáticos visando reduzir o risco de contágio das comunidades indígenas e também interromper a cadeia de transmissão do SARS-Cov-2 nas aldeias.

Alguns fatores que caracterizam a situação da rede de atenção à saúde dos DSEIs Cuiabá e Xavante, no estado de Mato Grosso, e dos DSEIs Médio Rio Purus e Médio Rio Solimões e Afluentes, no estado do Amazonas, observados a partir da análise dos seus planos distritais e de contingência para o enfrentamento do vírus em questão seguem abaixo:

- Situação física precária dos estabelecimentos de saúde, principalmente, os situados nas aldeias indígenas: as Unidades Básicas de Saúde Indígena (UBSI);
- Logística de transporte e dificuldade de acesso às aldeias;
- Grande parte das aldeias não conta com sistemas simplificados de abastecimento de água implantados;
- Alto número de SSAA em estado crítico de conservação;
- Número insuficiente de profissionais de saúde nas EMSI de modo a garantir a cobertura dos serviços de atenção primária à saúde nas aldeias;
- Nem todas as aldeias contam com a presença dos AIS;
- Adoção tardia de medidas de proteção aos profissionais da saúde indígena;
- Inexistência de um programa de qualificação dos profissionais da saúde indígena para atuar no enfrentamento da pandemia de Covid-19 em contextos interculturais diferenciados.

Além disso, algumas recomendações ainda podem ser pontuadas considerando a progressão da pandemia de covid-19 sobre os territórios indígenas ainda em curso.

- 1) Priorizar e **fortalecer a atenção primária de atenção à saúde indígena nos territórios indígenas**, criando condições para que as EMSI consigam realizar as ações preconizadas pelos protocolos de manejo clínico do novo coronavírus do Ministério da Saúde;
- 2) Garantir as condições nas aldeias para que as comunidades indígenas possam realizar as medidas de prevenção à infecção pelo novo coronavírus, tais como **ações de higienização**;
- 3) Viabilizar cotas de combustíveis suficientes para que as EMSIs possam realizar as ações de **deteção precoce e busca ativa de casos suspeitos** de covid-19 nas aldeias por elas atendidas;

- 4) Criar estratégias de acompanhamento e suporte aos profissionais das equipes de saúde em seu **processo de formação** para o enfrentamento dessa doença;
- 5) Que a **quarentena** dos profissionais de saúde antes de sua entrada em área observe o período necessário para descartar possíveis casos de infectados assintomáticos;
- 6) **Que sejam contratados profissionais de saúde** para completar as EMSI de modo a garantir a cobertura dos serviços de saúde e o diagnóstico clínico-epidemiológico precoce dos casos de covid-19;
- 7) Criar medidas culturalmente adequadas de proteção ao segmento populacional que faz parte do grupo de risco para a infecção pelo novo coronavírus, observando as **especificidades socioculturais** de cada povo indígena;
- 8) Garantir amplo **acesso da população indígena aos testes rápidos e ao RT-PCR**, de modo a promover o diagnóstico seguro da infecção pelo novo coronavírus e de se ter informações epidemiológicas confiáveis sobre a pandemia de Covid-19;
- 9) Como nem todas as aldeias contam com AIS, seria conveniente que as EMSI em campo treinassem **pessoas da própria comunidade para identificar sinais e sintomas de SG e SRAC**, de modo a efetivar a detecção precoce de casos suspeitos de contaminação;
- 10) Promover a participação das comunidades no processo de implementação do plano de contingência, com o intuito de desenvolver uma estratégia eficaz para o **engajamento comunitário** no enfrentamento da pandemia do novo coronavírus.
- 11) Pactuar com as comunidades indígenas os procedimentos de **manejo dos corpos** de pessoas que vieram/vierem a óbito durante a pandemia de covid-19, observando os princípios éticos que devem reger a atuação em contextos culturalmente diferenciados;
- 12) **Reconhecer os recursos das medicinas tradicionais indígenas**, empregados na prevenção e no cuidado dos sinais e sintomas de possíveis infectados pelo novo coronavírus.
- 13) Adotar uma **abordagem intercultural**, baseada no dispositivo da articulação de saberes, para o planejamento das ações de enfrentamento à pandemia do novo coronavírus junto aos povos indígenas.
- 14) **Elaborar Planos de Contingência para o enfrentamento da pandemia de covid-19 junto aos povos indígenas isolados e de recente contato** nos DSEIs que contam com essa presença, conforme preconizado pela Portaria Conjunta nº 4.094, de 20 de dezembro de 2018<sup>63</sup>.

Cuiabá (MT), janeiro de 2020

---

63 MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018.