

## Estratégias governamentais e comunitárias em Pernambuco, Brasil, para o enfrentamento da COVID-19

Government and community strategies in Pernambuco, Brazil, to face COVID-19

Estrategias gubernamentales y comunitarias en Pernambuco, Brasil, para hacer frente a la COVID-19

Ângela Oliveira Casanova (<https://orcid.org/0000-0002-7888-9490>)<sup>1</sup>  
Verônica Marchon-Silva (<https://orcid.org/0000-0002-8267-0096>)<sup>2</sup>  
Ana Cristina Reis (<http://orcid.org/0000-0001-7947-1769>)<sup>3</sup>  
Marcelly de Freitas Gomes (<http://orcid.org/0000-0002-5468-0094>)<sup>4</sup>  
Bruna Campos De Cesaro (<http://orcid.org/0000-0002-6533-2677>)<sup>1</sup>  
Rafaela Barros Chagas de Souza (<https://orcid.org/0009-0008-1562-5229>)<sup>5</sup>  
Maria Luiza Silva Cunha (<https://orcid.org/0000-0001-7565-7996>)<sup>1</sup>  
Marly Marques da Cruz (<https://orcid.org/0000-0002-4061-474X>)<sup>1</sup>

**Resumo** Este estudo de caso buscou analisar arranjos e estratégias da rede de atores no território do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Pernambuco para a garantia do direito à saúde dos indígenas na pandemia da COVID-19. A pesquisa foi realizada através de análise documental, oficina de trabalho e pesquisa de campo. O Plano de Contingência para COVID-19 em Povos Indígenas do DSEI Pernambuco contemplou ações de vigilância, assistência laboratorial e farmacêutica, comunicação e gestão. Com a modelização deste documento, percebeu-se que não foram integradas ações voltadas para as especificidades locais: em seu desenho inicial, desde o nível nacional, lideranças indígenas não foram ouvidas para a adequação deste plano. Por outro lado, destaca-se a ação destas lideranças e sua mobilização para mitigar os efeitos da pandemia na população. Fatores contextuais foram citados como facilitadores e dificultadores da implementação do plano; e o mapeamento da rede sociotécnica local permitiu identificar atores e actantes estratégicos no enfrentamento da pandemia da COVID-19 e verificar a sua atuação ou inoperância. Os achados deste estudo refletem problemas recorrentes da organização do sistema de saúde indígena.

**Palavras-chave** Povos Indígenas, COVID-19, Gestão em Saúde, Avaliação em Saúde, Vigilância em Saúde Pública

**Abstract** This case study analyzed arrangements and strategies of the network actors in the Special Indigenous Sanitary District (DSEI) Pernambuco's territory to guarantee the right to health of Indigenous populations during the COVID-19 pandemic. This work was carried out through document analysis, workshops, and field research. The Contingency Plan for COVID-19 in Indigenous Peoples of DSEI Pernambuco included surveillance actions, laboratory and pharmaceutical assistance, communication, and management. With the modeling of this document, it was noticed that actions aimed at local specificities were not integrated: in its initial design, at the national level, the voice of Indigenous leaders was not heard when formulating this plan. By contrast, the actions of these leaders and their mobilization to mitigate the effects of the pandemic on the Indigenous population stands out. Contextual factors were cited as facilitators and obstacles to the plan's implementation; the local sociotechnical network mapping also made it possible to identify strategic actors and actants in the face of the COVID-19 pandemic and verify their performance or ineffectiveness. The findings of this study reflect recurrent problems in the organization of the Indigenous health system.

**Key words** Indigenous Peoples, COVID-19, Health Management, Health Evaluation, Public Health Surveillance

**Resumen** Este estudio de caso buscó analizar los dispositivos y estrategias de la red de actores en el territorio del Distrito Sanitario Especial Indígena (DSEI) de Pernambuco para garantizar el derecho a la salud de los indígenas durante la pandemia de la COVID-19. La investigación se llevó a cabo mediante análisis documental, un taller e investigación de campo. El Plan de Contingencia para COVID-19 en Pueblos Indígenas del DSEI Pernambuco incluía acciones de vigilancia, asistencia laboratorial y farmacéutica, comunicación y gestión. Con la modelización de este documento, se observó que no se integraron acciones dirigidas a las especificidades locales: en su diseño inicial, desde el nivel nacional, no se escuchó a los líderes indígenas para la adecuación de este plan. Por otro lado, se destacan las acciones de estos líderes y su movilización para mitigar los efectos de la pandemia en la población. Los factores contextuales fueron citados como facilitadores y obstaculizadores de la implementación del plan; y el mapeo de la red sociotécnica local permitió identificar actores y actantes estratégicos en el enfrentamiento a la pandemia de la COVID-19 y verificar su acción o inacción. Los hallazgos de este estudio reflejan problemas recurrentes en la organización del sistema de salud indígena.

**Palabras clave** Pueblos Indígenas, COVID-19, Gestión en Salud, Evaluación en Salud, Vigilancia en la Salud Pública

<sup>1</sup> Laboratório de Avaliação de Situações Endêmicas Regionais, Departamento de Endemias Samuel Pessoa, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). R. Leopoldo Bulhões 1480, Mangueiras. 21041-210 Rio de Janeiro RJ Brasil. [angela.casanova@fiocruz.br](mailto:angela.casanova@fiocruz.br)

<sup>2</sup> Laboratório de Doenças Parasitárias, Instituto Oswaldo Cruz, Fiocruz. Rio de Janeiro RJ Brasil.

<sup>3</sup> Laboratório de Formação Profissional em Informação e Registros em Saúde, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fiocruz. Rio de Janeiro RJ Brasil.

<sup>4</sup> Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Direitos Humanos, Núcleo de Estudos de Políticas Públicas em Direitos Humanos Suely Souza de Almeida, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro RJ Brasil.

<sup>5</sup> Prefeitura Municipal de Cabo Frio, Secretaria Municipal de Saúde, Superintendência de Vigilância em Saúde. Cabo Frio RJ Brasil.

## Introdução

Os povos indígenas vêm enfrentando múltiplas violações de direitos, fruto do retrocesso e desmonte da política indigenista nacional, em especial entre 2018-2022<sup>1</sup>. Uma delas se refere ao direito à saúde, visto que este grupo populacional tem acesso inadequado aos serviços de saúde, ao saneamento básico e à água tratada<sup>2</sup>.

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do Sistema Único de Saúde (SasiSUS) deve garantir o acesso aos serviços de saúde, contemplando as especificidades e demandas específicas dos povos indígenas<sup>3</sup>. Conta, com Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), distribuídos nas regiões do país, com Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), com médico, enfermeiro, dentista e agentes de saúde indígena, que atendem nos territórios indígenas<sup>3</sup>.

Contudo, os dispositivos de proteção à saúde dessa população já estavam fragilizados quando a pandemia da COVID-19 atingiu o Brasil, o que foi determinante para o agravamento da situação de saúde<sup>1</sup>. Fragilidades do SasiSUS como má gestão financeira, monitoramento inadequado, falta de profissionais qualificados, insuficiência de profissionais de saúde e de insumos essenciais, dificuldade em manter a regularidade das ações de saúde nas aldeias, impossibilitando a continuidade do cuidado das populações indígenas e limitações no acesso e uso dos sistemas de informação já haviam sido identificadas previamente à pandemia<sup>4</sup>. Acrescenta-se o processo de desfinanciamento do SUS decorrente das reduções de recursos alocados em seu orçamento, inclusive em tempos de acirramento da pandemia da COVID-19<sup>5</sup> e o enfraquecimento dos espaços de participação e democracia, num contexto de austeridade fiscal e desmonte das políticas sociais do país<sup>6</sup>.

Diante da COVID-19, indígenas, organizações indigenistas e defensores dos direitos humanos e da saúde pública reivindicaram a urgência de respostas que evitassem a expansão e interiorização da pandemia face à morosidade e fragilidade institucional de atuação dos órgãos responsáveis. Organizações indígenas e organizações não governamentais foram responsáveis pela criação de redes de vigilância em saúde de forma autônoma<sup>7</sup>.

Nesse sentido, este estudo buscou analisar as estratégias institucionais e comunitárias para o enfrentamento da COVID-19 no território de abrangência do DSEI Pernambuco (DSEI-PE).

## Metodologia

Pesquisa qualitativa, constituindo um estudo de caso no DSEI-PE, buscando compreender a COVID-19 como fenômeno social complexo e identificar as relações entre o contexto e as práticas concretas<sup>8</sup>.

Foi realizada análise documental de normativas para o enfrentamento da COVID-19 e dos planos de contingência da Secretaria de Saúde Indígena (SESAI) e do DSEI, no período da pandemia (2019-2020). A intervenção considerada neste estudo foi o plano de contingência para o enfrentamento da COVID-19 no DSEI-PE. A teoria de funcionamento dessa intervenção foi expressa por meio da construção de um modelo lógico, buscando descrever a racionalidade das ações, os insumos necessários e os efeitos almejados.

Na segunda etapa, ocorreram duas oficinas de trabalho on-line para validação do modelo lógico com equipe técnica e coordenação do DSEI-PE, identificação dos fatores do contexto interno e externo que influenciaram a implantação do plano por meio de matriz SWOT e o mapeamento da rede sociotécnica da gestão do DSEI para o enfrentamento da pandemia em setembro de 2021. As redes sociotécnicas se referem às conexões entre pessoas e objetos, denominados actantes, cujos atributos se constituem frente às relações estabelecidas diante de uma controvérsia<sup>9</sup>.

Na terceira etapa, ocorreu pesquisa de campo em março de 2022, com realização de treze entrevistas com atores-chave, identificados pela amostragem “bola de neve”, codificadas conforme Quadro 1.

O material foi transcrito e lido, identificando as questões colocadas por cada interlocutor, buscando emergir o universo de significações e sentidos de cada sujeito<sup>10</sup>. A análise de conteúdo foi a que melhor se adequou para a síntese dos resultados e incluiu exploração do material e interpretação, num processo de teorização atento às categorias empíricas do material, baseada na teoria fundamentada nos dados. Os dados produzidos foram analisados conjuntamente e organizados de acordo com os principais temas enunciados pelos entrevistados.

A pesquisa foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisas (CONEP), de acordo com a Resolução CNS nº 510, de 2016, parecer 4.645.163.

**Quadro 1.** Codificação das entrevistas.

Código Utilizado	Especificação
Indígena 1 (I1)	Liderança indígena
Indígena 2 (I2)	Liderança indígena
Indígena 3 (I3)	Liderança indígena
Indígena 4 (I4)	Liderança indígena
Indígena 5 (I5)	Liderança indígena
Profissional Saúde Gestão estadual (G1)	Representante Secretaria Estadual de Saúde (SES)/PE
Profissional Saúde Gestão estadual (G2)	Representante Secretaria Estadual de Saúde (SES)/PE
DSEI 1	Representante DSEI Pernambuco
DSEI 2	Representante DSEI Pernambuco
DSEI 3	Representante DSEI Pernambuco
P1	Representante organização social de saúde
R1	Representante organização indígena e/ou indigenista
R2	Representante organização indígena e/ou indigenista

Fonte: Autoras.

### O estudo de caso: DSEI Pernambuco

O DSEI-PE está localizado na capital Recife, no estado de Pernambuco. Atende a uma população de 39.500 mil indígenas, de 15 etnias, distribuídos em 224 aldeias e 18 municípios; possui 21 EMSI<sup>11</sup>, organizadas em 15 polos-base de acordo com consulta ao cadastro nacional de estabelecimentos de saúde do Ministério da Saúde (MS), em agosto/2023.

Em Pernambuco, na segunda quinzena de abril de 2020, começaram a se multiplicar os casos da COVID-19 nos municípios em que as terras indígenas estão inseridas, tendo o primeiro óbito ocorrido com um indígena Fulni-ô, em 23 de abril de 2020. De 2020 a 2022, foram confirmados 4.221 casos de COVID-19 na população indígena, que se concentraram nas etnias Xukuru (1.063), Atikum (945) e Pankararu (662) e 29 óbitos, com maior registro de mortes na etnia Xukuru (7), Fulni-ô (6) e Pankará (5)<sup>12</sup>.

## Resultados e discussão

### Planejamento das ações

Inúmeros estudos indicaram a vulnerabilidade biológica, ambiental e social dos povos indígenas em relação à pandemia da COVID-19<sup>7,13</sup>. Em março de 2020, o MS, por meio da SESAI, lançou o Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus em Povos Indígenas, servindo de base para o plane-

jamento dos DSEI, que elaboraram seus próprios planos<sup>14</sup>. Este plano indicava como ações estratégicas; a detecção e notificação dos casos suspeitos e confirmados, ações de prevenção e controle da infecção, assistência farmacêutica, suporte laboratorial e garantia dos fluxos de diagnóstico, controle dos acessos aos territórios, divulgação de informações sobre a doença e a coordenação das ações de forma integrada, entre DSEI, municípios e estados.

Os DSEI eram responsáveis pela identificação, notificação e manejo oportuno de casos suspeitos e/ou confirmados da doença baseada em normativas ministeriais e internacionais, e em ajustá-las às especificidades da população indígena sob sua responsabilidade<sup>14</sup>.

As ações de controle e prevenção foram organizadas em três níveis de respostas: Alerta, Perigo Iminente, Emergência em Saúde Pública. Para cada nível de respostas as ações foram organizadas em componentes de vigilância, medidas de controle, assistência, integração com municípios e estados, assistência farmacêutica, barreiras sanitárias, comunicação e gestão.

A estrutura do Plano de Contingência do DSEI-PE contemplou esse conjunto de ações<sup>15</sup>. A racionalidade lógica do plano e a teoria de funcionamento dessa intervenção foram organizadas e descritas por meio de um modelo lógico, inicialmente baseado no plano e, depois, validado e adaptado com a equipe técnica e coordenador do DSEI (Figura 1), considerando as ações realizadas para o nível de resposta “Emergência em Saúde Pública”, uma vez que, os níveis de

respostas “Alerta” e “Perigo Iminente” foram rapidamente superados com o avanço da situação epidemiológica nos territórios indígenas.

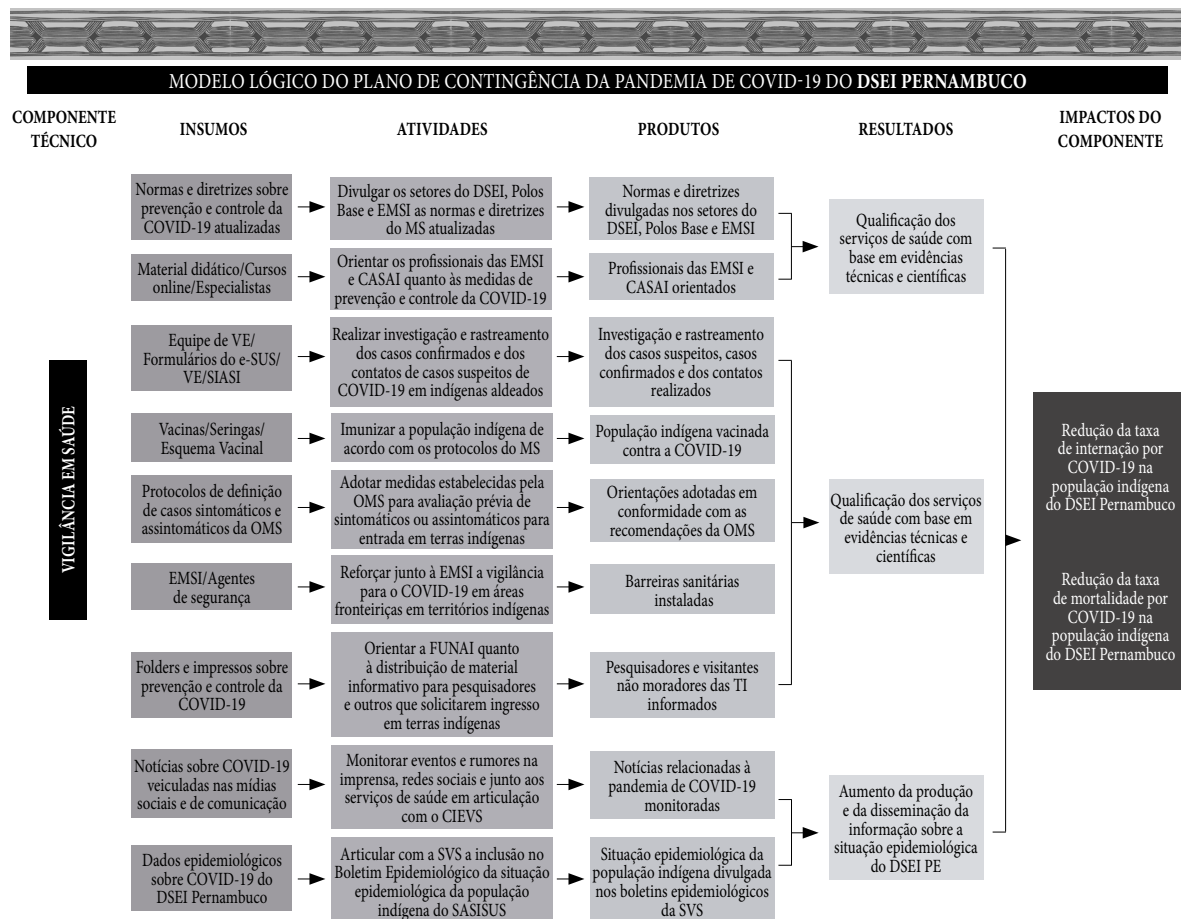
A Figura 1 busca expressar as relações entre componentes estruturais -- insumos, atividades, produtos e resultados – organizados em torno de quatro componentes técnicos: Vigilância em saúde; Assistência laboratorial e farmacêutica, Comunicação de risco e Gestão, cujos objetivos estão detalhados no Quadro 2.

Para alcançar os objetivos do componente Vigilância em saúde, segundo a equipe do DSEI, destacaram-se as seguintes atividades: orientação dos profissionais das EMSI e Casas de Saúde Indígena (CASAI) quanto às medidas de prevenção e controle da COVID-19; investigação e rastreamento dos casos confirmados e dos contatos

de casos suspeitos de COVID-19 em indígenas aldeados; testagem de profissionais previamente a sua entrada em território; distribuição de equipamentos de proteção individual (EPIs) para as equipes, imunização; monitoramento de eventos e rumores na imprensa, redes sociais e nos serviços de saúde em articulação com o Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS). As equipes receberam treinamentos e cursos ofertados na modalidade a distância.

No âmbito da Assistência laboratorial e farmacêutica, a equipe do DSEI buscou articulação junto à SESAI, estado e municípios para a execução dos fluxos de diagnóstico junto a rede laboratorial de referência para os vírus respiratórios e para o abastecimento de medicamentos para atendimento sintomático dos casos.

FIGURA 1A



continua

Figura 1. Modelo Lógico do Plano de Contingência da Pandemia de COVID-19 do DSEI-PE.

FIGURA 1B

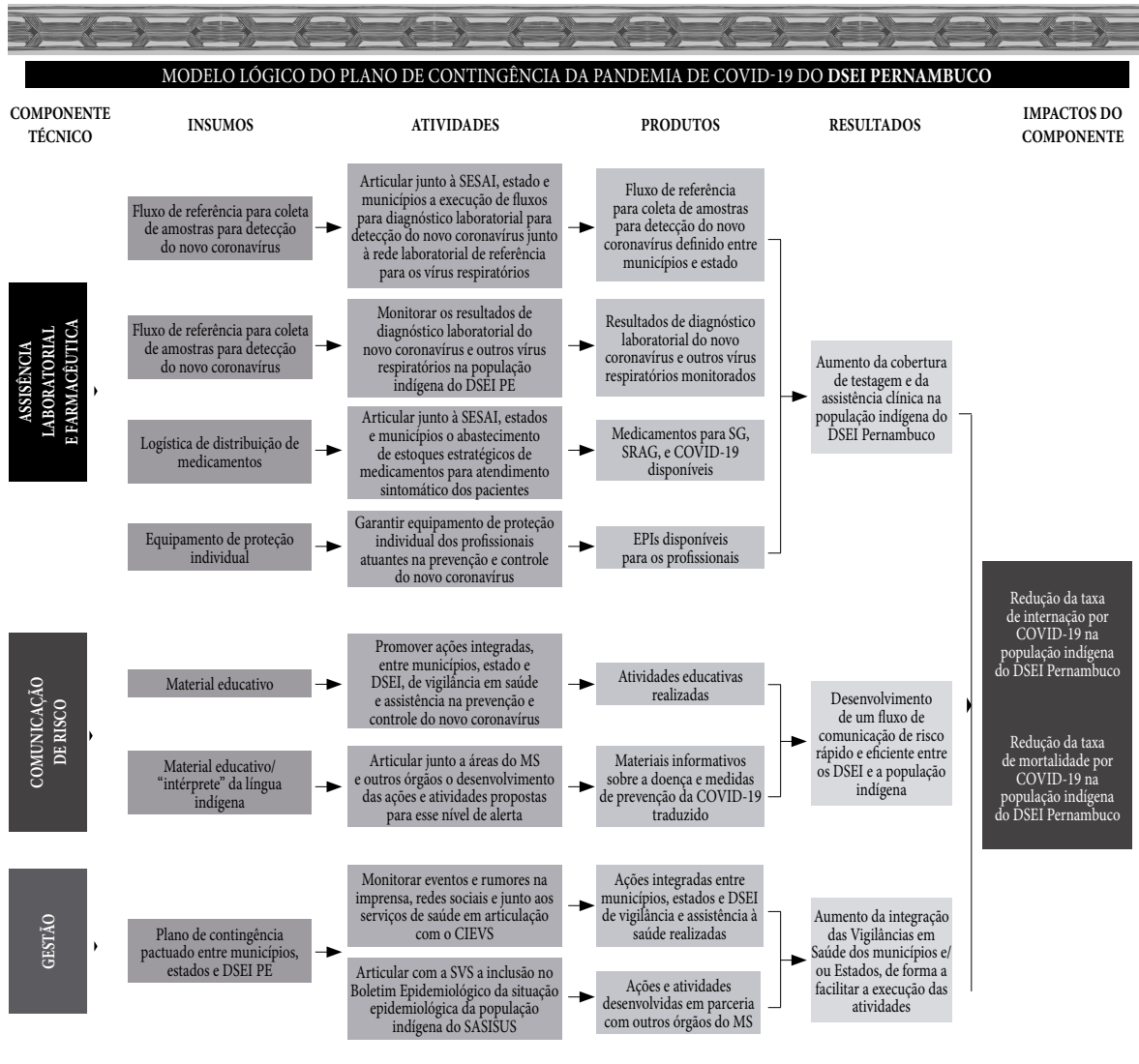


Figura 1. Modelo Lógico do Plano de Contingência da Pandemia de COVID-19 do DSEI-PE.

Fonte: Autoras.

Para a Comunicação de risco previu-se como atividade estratégica a intensificação de atividades educativas sobre a doença e medidas de prevenção da COVID-19. Informes técnicos foram divulgados nas aldeias, por meio do monitoramento da situação epidemiológica. Rodas de conversa ocorreram por meio do Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI), materiais e vídeos educativos adaptados foram elaborados.

No que se refere ao componente Gestão foram realizadas a promoção de ações integradas, entre municípios, estado e DSEI, de vigilância

em saúde e assistência na prevenção e controle do novo coronavírus e a articulação com áreas do MS para garantir o desenvolvimento das atividades propostas.

A modelização do plano proposto inicialmente demonstrou que não foram integradas estratégias mais específicas e direcionadas para a realidade indígena. Em seu desenho inicial, desde o nível nacional, não se buscou "ouvir" as lideranças indígenas para adequar o planejamento com ações coadunadas às especificidades territoriais, sociais e culturais. O CONDISI e lideranças in-

**Quadro 2.** Componentes técnicos e objetivos estratégicos do Plano de Contingência para a COVID-19 - DSEI-PE.

Componentes técnicos	Objetivo estratégico 1	Objetivo estratégico 2	Objetivo estratégico 3
Vigilância em Saúde	Qualificar os serviços de saúde com base em evidências técnicas e científicas	Reduzir a taxa de transmissão do novo Coronavírus na população indígena	Produzir e disseminar informações sobre a situação epidemiológica do COVID-19
Assistência laboratorial e farmacêutica	Aumento da cobertura de testagem e da assistência clínica na população indígena	Nsa	Nsa
Comunicação de risco.	Desenvolvimento de um fluxo de comunicação de risco rápido e eficiente entre os DSEI e a população	Nsa	Nsa
Gestão	Garantir a integração das Vigilâncias em Saúde dos municípios e/ou Estados, de forma a facilitar a execução das atividades	Nsa	Nsa

Fonte: Autoras.

dígenas não foram referidos como potenciais articuladores para ações de vigilância e/ou de comunicação nos territórios indígenas, apesar dessa participação constituir uma diretriz fundamental do modelo de gestão da saúde indígena<sup>16</sup>. Contudo, a integração de ações com o CONDISI e ou lideranças foram sendo incorporadas frente ao avanço da pandemia e às demandas colocadas pelos próprios povos indígenas para sua proteção.

A atenção à saúde indígena deve estar orientada por um modelo dialógico de comunicação<sup>17</sup>. A comunicação unidirecional, por vezes autoritária, acaba sendo um processo indiferente às populações, suas histórias e estruturas sociais, uma vez que dissocia o processo saúde-doença dos contextos socioculturais, econômicos e políticos.

A falta de diálogo inicial da gestão em distintos níveis de atuação, denota como o campo da vigilância em saúde carrega fortes traços de práticas hierárquicas e monológicas, expressando o silenciamento e desrespeito vivenciados pelos povos indígenas no Brasil durante a pandemia.

Quanto ao papel do DSEI-PE no enfrentamento da COVID-19, um entrevistado refletiu a importância do planejamento para gestão e organização das ações, independente do contexto da pandemia:

*Eu acho que a pandemia revelou a necessidade de sistemas de gestão mais eficientes, de você ter sistemas de planejamento [...] tem coisas de plane-*

*jamento que já poderiam ser feitas até porque urgências de saúde existem permanentemente. [...] a impressão que eu tenho é que algumas coisas poderiam ser muito melhor executadas se fossem mais planejadas e organizadas com instrumentos de gestão que aproximasse insumos, demandas e ações (R1).*

Nesse sentido, buscamos identificar, na matriz SWOT, como a equipe técnica e a coordenação do DSEI-PE percebiam os fatores contextuais internos (Forças e Fraquezas) e externos (Oportunidades e Ameaças) que influenciaram o desenvolvimento das ações planejadas, detalhado no Quadro 3.

No contexto interno, como forças, destacou-se a experiência do coordenador, a articulação entre diferentes atores, a contratação de profissionais de saúde indígena, num contexto prévio à pandemia, a participação do CONDISI no comitê de crise e sua interlocução com a equipe do DSEI-PE. A pouca disponibilidade de médicos e as dificuldades de adesão desses profissionais à EMSI foi considerada uma fraqueza.

O confronto entre a medicina ocidental e a medicina tradicional indígena, foi citado na análise do contexto interno e nas entrevistas: de um lado, a orientação para medidas de prevenção e controle, pautadas no modelo biomédico e, de outro, práticas culturais indígenas como formas de proteção coletiva da saúde. Como exemplo,

profissionais e lideranças, mencionaram o ritual Ouricuri, sagrado para etnia Fulni-ô, não deixou de ser realizado, como relatou uma liderança:

*Nós temos um diferencial que é a nossa religião, um ritual que se chama Ouricuri. Onde nós deslocamos da nossa aldeia, pra uma aldeia ritualística. E aí nós precisamos viver em aglomerações, em convivência um com o outro. Nós temos um cachimbo, e às vezes estão dez pessoas, e aí eu estou fumando e passo pra um e pra outro. Tem momentos de confraternização, de alimentação, que come no prato, três, quatro. E aí o MP, DSEI, recomendaram que nós parássemos. Só que pajé e cacique, com o sistema religioso, não pararam nosso ritual. Porque nós estamos pela fé [...], porque a população que nós temos, o índice de mortalidade foi muito baixo (I5).*

Para mitigar os riscos devido a estas práticas/rituais, a EMSI adotou como estratégia a testa-

gem prévia ao ritual e orientações para isolamento voluntário dos casos positivos.

Como ameaças, foram mencionadas dificuldades logísticas na aquisição de insumos; licitações não executadas pelos contratados e o aumento de preços de insumos, entre outros.

Entre as oportunidades, destacou-se a importância da articulação interfederativa, principalmente com municípios e parcerias com entidades governamentais e não-governamentais, constituindo uma rede intersetorial para a aquisição de diversos recursos, como testes, máscaras, alimentos e outros.

O mapeamento da rede do DSEI-PE contou com a participação do coordenador e equipe técnica do DSEI-PE, a partir da identificação da interação entre pessoas, instituições e estruturas organizacionais e ainda dos objetos/coisas, ou seja, elementos não humanos. A estruturação da

**Quadro 3.** Fatores do contexto interno e externo relacionados à implementação do Plano de Contingência do DSEI-PE.

<b>Contexto Interno</b>	<b>Forças</b>	<b>Fraquezas</b>
	1. Longa trajetória do coordenador do DSEI na área de Saúde Indígena, desde a implantação do SASISUS 2. Adoção pela coordenação do DSEI do Plano distrital de saúde indígena (PDSI) e da Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas (PNASP) como norteadora das ações 3. Participação do Controle Social (CONDISI) na gestão 4. Gestão integrada com profissionais e usuários 5. Contratação de profissionais de saúde indígena aumento da estabilidade da força de trabalho e redução da rotatividade 6. A remuneração dos profissionais das equipes é considerada atraente	7. Predomínio do entendimento do processo saúde doença com base na medicina ocidental com pouco diálogo com a medicina tradicional. 8. Ingerência da política local 9. Força de trabalho deficitária face às demandas e necessidades do DSEI 10. Pouca disponibilidade do profissional médico para atender as especificidades do trabalho na saúde indígena
<b>Contexto Externo</b>	<b>Oportunidades</b>	<b>Ameaças</b>
	11. Articulação interfederativa 12. Estreitamento das relações com os municípios 13. Diversas parcerias foram estabelecidas (academia, ONG, Rede de Monitoramento de Direitos Indígenas em Pernambuco-REMDIPE)	14. Aumento no preço dos insumos 15. Dificuldades de logística na compra e recebimento de EPIs 16. Licitações aprovadas, mas que não são entregues 17. Notas técnicas numerosas exigindo atualização, entendimento e disseminação para as equipes do que vai mudando 18. Ampliação das áreas indígenas a serem atendidas pelo DSEI, com exigência de maior aporte financeiro e de profissionais da saúde indígena, com vistas ao acesso dos indígenas não aldeados. 19. Problemas na execução de obras físicas 20. Falta de maior apoio técnico da FUNAI,

Fonte: Autoras.

rede foi desenhada a partir do nível de proximidade das relações estabelecidas com o DSEI-PE no que se refere ao enfrentamento à COVID-19, conforme Figura 2.

O nível mais próximo ao DSEI-PE referiu-se ao Comitê de Monitoramento e enfrentamento da COVID-19, criado a partir de portaria ministerial. Dele participaram o CONDISI, lideranças indígenas, a Divisão de Atenção à Saúde Indígena (DIASI), o IMIP, a FUNAI, as Secretarias Municipal e Estadual de Saúde (SMS e SES) e as demais estruturas do DSEI. Como actantes não humanos foram relacionados o volume de documentos oficiais e técnicos, identificados também na matriz SWOT como um dificultador que exigiram esforço adicional para atualização, dificultando a disseminação de informações em tempo oportuno. Conforme Latour<sup>9</sup>, os actantes não humanos são dotados de agência e modificam a ação humana, o que possibilita a compreensão dos fenômenos sociais a partir da interação de actantes em redes.

No terceiro nível, de maior distanciamento, foram mencionadas associações indígenas (APOINME e AMUPE), o que parece contradi-

tório considerando-se a perspectiva participativa e de escuta, práticas auto identificadas pela equipe e coordenação do DSEI. Neste nível, também foram citados a Fundação Oswaldo Cruz com fornecimento de insumos e, no nível mais distante, organizações como Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial de Saúde (OMS) que, no contexto de incertezas e baixa coordenação governamental, cumpriram um importante papel para orientação das ações.

Alguns actantes não humanos foram mencionados como transversais a todos os níveis da rede, como a cultura indígena. Ainda que as práticas religiosas e de sociabilidade dos povos indígenas tenham sido reconhecidas em sua importância, quando confrontados com as orientações oficiais para práticas de vigilância e prevenção, suscitaram a atuação de instituições como as realizadas pelo MP, com proibição de alguns eventos/rituais e exigiram dos profissionais capacidade de diálogo. Outros actantes citados foram os meios digitais de comunicação – teleconferências, e-mail e redes sociais, utilizados para divulgação de vídeos, de materiais educativos, campanhas, e para

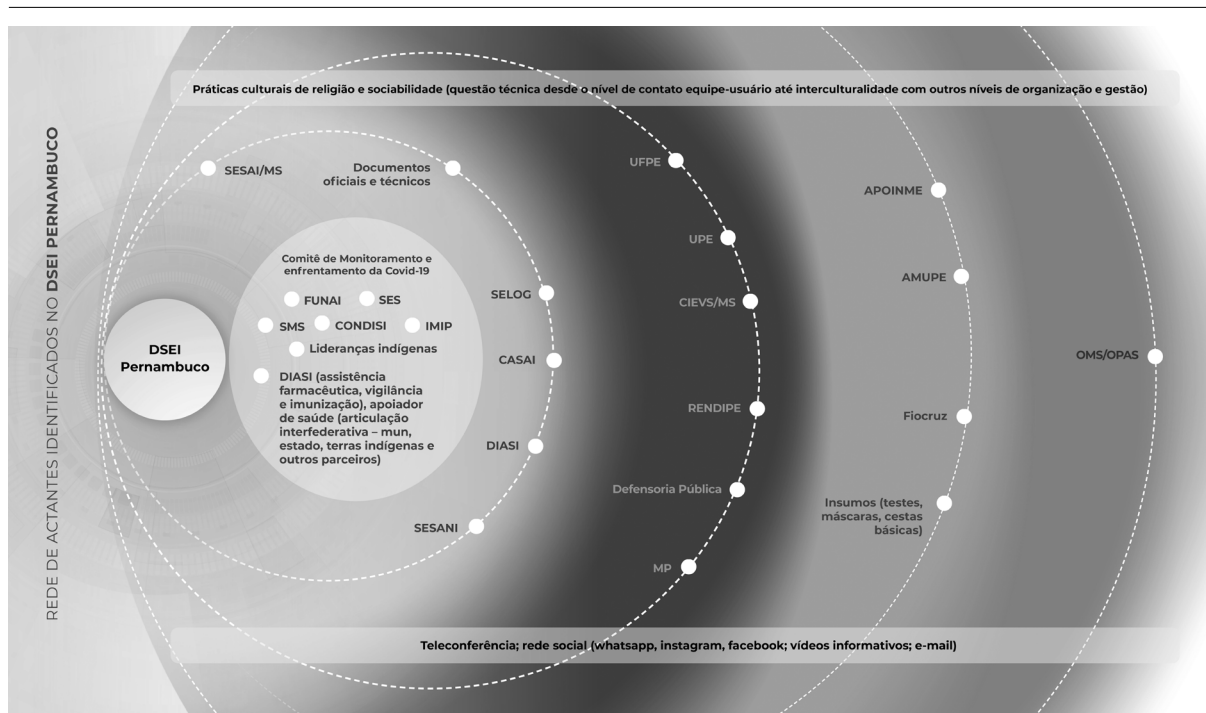


Figura 2. Rede sociotécnica do DSEI-PE para enfrentamento da COVID-19.

Fonte: Autoras.



demandas e ou denúncias dos próprios povos indígenas.

No próximo tópico, buscamos apresentar a perspectiva de outros atores entrevistados, quanto as medidas de vigilância nos territórios indígenas abrangidos pelo DSEI-PE. Trata-se, portanto, de um contraponto ao que foi enunciado pela equipe técnica e coordenação do distrito.

### Vigilância em saúde

A atuação da vigilância em saúde se tornou fundamental para detectar e prevenir novos casos, além de estabelecer medidas que reduzissem a interiorização da doença para as aldeias<sup>18</sup>. Dado a vulnerabilidade geográfica de acesso às aldeias, os diferentes modos de vida das diversas etnias e a dispersão territorial deste grupo populacional, em Pernambuco, a vigilância em saúde precisava ser eficaz e rápida em sua capacidade de resposta.

Em diversas partes do mundo, povos indígenas criaram estratégias próprias para controle e enfrentamento da COVID-19 em suas comunidades<sup>19-22</sup>. Lideranças indígenas de diversos países como Peru, Colômbia e Austrália tiveram um grande protagonismo no fechamento de suas fronteiras, a fim de limitar o acesso aos seus territórios<sup>23</sup>.

Em Pernambuco, a capacidade de auto-organização indígena se destacou em ações de vigilância popular para a proteção e contenção do avanço da pandemia nas aldeias, sem esperar pela atuação dos órgãos responsáveis. A criação de barreiras sanitárias e controle ao acesso às aldeias pelos próprios indígenas, foram identificadas como as primeiras ações para evitar a contaminação e disseminação da COVID-19:

*As lideranças indígenas criaram barreiras. Na área indígena é um negócio assim que é muito do espírito do movimento indígena de Pernambuco. [...] é garra, é determinação, é militância. É compromisso com a comunidade, entendeu? [...] a determinação das lideranças de estabelecerem barreiras, do nada, sem nenhuma orientação do Estado, salvou vidas (R1).*

*Nós chegamos ao ponto até de ter que fechar a aldeia, colocar portões nas entradas do território para ninguém entrar. E nem os indígenas sair e nem de fora entrar porque se você fosse na cidade fazer alguma coisa, comprar alguma coisa você tava correndo risco de trazer doença para dentro do território (I1).*

Obstáculos foram identificados, como o elevado número de vias de acesso aos territórios, proximidade dos centros urbanos, dificuldades com ali-

mentação, falta recursos como álcool em gel, sabão e EPIs. Estes aspectos poderiam ter sido considerados pelo DSEI nas estratégias iniciais, com medidas protetivas para conter a circulação, viabilizar o fornecimento de insumos e garantir a segurança alimentar com distribuição de alimentos.

A comunidade indígena articulou-se com organizações indígenas e indigenistas, e fez pressão para que a SESAI e o DSEI-PE cumprissem o seu papel:

*Inicialmente foi a comunidade que se organizou. No decorrer do processo, aí a gente começou a reivindicar da SESAI, por exemplo, a questão de álcool, máscara [...] e aí a própria APOINME terminou conseguindo algumas máscaras, uma quantidade de álcool também para contribuir com o nosso movimento. E a SESAI no sentido tanto de liberar alguns produtos, como também no sentido de orientar (I4).*

A gestão das ações em saúde para a população indígena necessita ser dialogada e deliberada em conjunto com as lideranças locais<sup>24</sup>. A vigilância pode ser realizada em ações conjuntas na perspectiva do “pensar e fazer com”, como parte de um processo emancipatório, em substituição às ações de vigilância formuladas somente “para” ou atuando “sobre” as pessoas<sup>25</sup>.

Alguns entrevistados, contudo, reconheceram que o trabalho de informar, comunicar e orientar a população foi realizado em conjunto, entre DSEI e povos indígenas. As ações de comunicação em saúde possibilitaram o retardo na contaminação pela COVID-19, como relata uma liderança do povo Kambiwá:

*A gente ficou sempre fazendo trabalho em parceria também com a equipe de saúde, com a EMSI no sentido de orientar, de falar dos protocolos né, de pedir pra que as pessoas de fato se mantivessem dentro das suas casas, dentro do nosso território, para tentar evitar. A gente passou um período que acho que mais de seis meses para poder aparecer o primeiro caso dentro do território (I4).*

Outra liderança indígena aponta a importância do trabalho da gestão municipal de saúde com orientações, vistoria e acompanhamento:

*O município fez o trabalho também de conscientização, fazendo vistoria de ônibus que chegavam na cidade. [...] O município deu também apoio, com a grande parceira que temos no município. O que eu achei interessante também foi que isso foi entre abril, maio, junho. E nós curamos rápido. Mas o município ficou com a gente acompanhando (I5).*

Foram relatados desafios frente às notícias falsas, disseminadas inclusive por alguns profissionais de saúde que atuavam nos territórios

além de prescrição de medicamento com efeito protetor não comprovado (Ivermectina). Para o combate a essas notícias foram gravados vídeos explicativos, elaborados por conselheiros indígenas e profissionais, com vistas a desmentir-las e melhor orientar sobre as ações de prevenção e controle.

Controvérsias e conflitos sobre a produção de dados e monitoramento do impacto da pandemia entre os povos indígenas foram identificados. Primeiro, a política adotada de não atendimento aos indígenas em contexto urbano, colaborou para distorções dos dados oficiais sobre a magnitude da COVID-19 entre os povos indígenas. O sub-registro do item raça/cor nos sistemas de informação do SUS, foi uma dificuldade para identificação desses casos, seja pelo DSEI ou SESAI. A falta de integração desses sistemas foi outro fator considerado limitante. Assim, disputas foram travadas em torno da hegemonia do DSEI, em especial sobre a produção de informações e dados de monitoramento. Para alguns entrevistados da equipe do DSEI, o registro desses “casos” estaria sob a responsabilidade da rede atenção dos municípios/estados, considerando que sua população de referência seriam os indígenas que vivem em território de abrangência do distrito. Frente a essa situação, a Rede de Monitoramento de Direitos Indígenas em Pernambuco (REMDIPE) elaborou boletins próprios com mapas e infográficos, para monitorar a situação da COVID-19 entre os indígenas de Pernambuco, com uma edição especial para o caso de indígenas vivendo em áreas urbanas, a fim de enfrentar a situação de subnotificação por parte das entidades governamentais. Essa situação se repetiu em outras regiões do Brasil, no qual indígenas em contexto urbano não foram contabilizados como indígenas nas estatísticas de casos e morte por coronavírus<sup>26</sup>. Um estudo realizado na Amazônia legal, por exemplo, observou uma notável subnotificação de casos (14%) e óbitos (103%) considerando-se diferentes fontes (SESAI x Organização indígena) “em consequência do protocolo oficial que exclui indígenas residentes em cidades, áreas de retomada ou territórios afetados por conflitos”<sup>27</sup> (p.5).

Tais iniciativas de produção própria de dados e monitoramento dos casos passaram a pautar outra forma de resistência indígena face à invisibilidade política do Estado<sup>28</sup>. Apesar do entendimento do Supremo Tribunal Federal (STF) de que os indígenas residentes em zona urbana possuem os mesmos direitos de qualquer outro povo indígena, verificou-se que tal não é consenso

dentro do DSEI. Um dos entrevistados demonstra a controvérsia da questão, ao indicar que sob seu ponto de vista, o atendimento deveria ser realizado pelas equipes de saúde das prefeituras:

*[...] não concordo com os critérios que consideraram indígenas urbanos como prioritários pois estes não têm a vulnerabilidade (DSEI 3).*

Foi preciso instituir uma lei<sup>29</sup>, que dispôs sobre medidas de proteção para COVID-19, impondo em sua abrangência, os indígenas isolados e de recente contato, aldeados e aqueles que vivem fora das terras indígenas, em áreas urbanas ou rurais.

No país, foram as organizações indígenas que moveram ações judiciais contra a União a fim de garantir seus direitos constitucionais, conforme destaca Sônia Guajajara em entrevista:

*[...] foi a primeira vez na história que o STF acatou uma representação feita pelo próprio movimento indígena [...] O segundo ganho foi o conjunto de medidas que conseguimos articular ali e que foi acatado em seus principais pontos pelo STF [...] outro foi a vacinação para os indígenas em contexto urbano [...] uma recomendação clara para que os indígenas na cidade fossem vacinados, e isso ajudou bastante. Outro ponto importante foi a vacina para os povos que estavam fora das áreas demarcadas, porque inicialmente o governo restringiu a prioridade para quem estava em área demarcada<sup>30</sup> (p.4128).*

A entrevistada aborda outro aspecto que também foi ponto de tensão em Pernambuco: a vacinação de indígenas vivendo nas cidades.

Em março de 2020, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) autorizou o uso emergencial de duas vacinas no Brasil<sup>31</sup>. A população indígena foi incluída como parte do grupo prioritário de vacinação. Lideranças indígenas comentaram a importância da vacinação nos territórios:

*A gente só sabe de uma coisa que a vacina foi muito eficaz, diminuiu muito as mortes né. A doença ainda existe, mas as mortes diminuíram muito. Aquele entubamento que as pessoas pegavam COVID-19 e tinha que ser entubado porque se não, morria, diminuiu muito (II).*

Quanto à distribuição das vacinas, de acordo com profissional da Secretaria de Saúde de Pernambuco, a logística e organização ocorreu em todo o estado com apoio das regionais de saúde e participação do DSEI-PE, no planejamento e gestão da vacinação aos indígenas. Para definir o número de doses necessárias foi considerado a vulnerabilidade e o acesso da população indígena. Porém, diversos grupos indígenas, no estado,

precisaram recorrer à justiça para recebê-la. Em maio de 2021, em decorrência de ações movidas pelas comunidades indígenas, o estado de Pernambuco foi autuado a enviar as doses da vacina disponibilizadas pelo MS para garantir o direito à imunização prioritária dos indígenas da Aldeia Angico Pankararu, município de Petrolândia, e da Comunidade Tuxá Campos, município de Itacuruba:

*Nós começamos a ter atendimento da Saúde Indígena em novembro (de 2021). [...] bem recente. Mas mesmo assim a gente vinha adotando (medidas de proteção) e após a chegada do DSEI em nosso território, facilitou muito né. Tanto a aceleração no processo da vacinação dos indígenas, quanto nas orientações de prevenção e em caso de sintomas também tem uma equipe que a gente pode contar rapidamente (I3).*

A vacinação prioritária aos grupos indígenas revelou controvérsias presentes nas políticas de saúde indígena vigentes, evidenciando conflitos preexistentes das relações interfederativas entre DSEI, municípios, estado e união na rede de cuidado à saúde indígena e disputas sobre a responsabilidade em torno da garantia do direito à saúde de todos os indígenas, incluindo aqueles que vivem fora das terras indígenas, em áreas urbanas ou rurais. Para Nogueira *et al.*<sup>32</sup> existe um limbo jurídico na proteção do direito à saúde dos indígenas que vivem em áreas urbanas, resultando em insegurança jurídica e mais vulnerabilidade. Destacam que a União ao invés de unir-se com os demais entes federativos, repassa competência a eles “sem qualquer critério constitucional e legítimo diferenciador que possa ser adotado ou que se justificasse por melhoras dos serviços de saúde ofertadas à população indígena urbana”<sup>32</sup> (p.260).

Nesse contexto de vulnerabilidade jurídica e social, os povos indígenas brasileiros vêm sofrendo diversas tentativas de retrocessos no que se refere à garantia dos seus direitos constitucionais. Persistem importantes fragilidades no que se refere à organização normativa da saúde indígena no país, em especial, a não objetividade das responsabilizações institucionais<sup>33</sup>.

### Considerações finais

Diante de um cenário de crise sanitária provocada pela pandemia de COVID-19, muitas foram as estratégias e atores envolvidos no território do DSEI-PE, que trouxeram elementos para reflexão e compreensão da complexidade na organização

da resposta de um problema que afetou severamente a saúde indígena. De um lado, vemos que os esforços do governo federal ficaram aquém do esperado, com uma frágil atuação e baixa capacidade de dar respostas mais integradas e coordenadas.

No âmbito do DSEI-PE, o planejamento inicial foi mais genérico, sem absorver as nuances da interculturalidade dos povos indígenas sob sua responsabilidade. A análise da racionalidade lógica do plano inicial revelou ainda a ausência de definição dos resultados esperados a curto e médio prazo, com a sua implantação. Por outro lado, a equipe envolvida mais diretamente com a coordenação, demonstrou abertura para a reflexão desse processo tendo feito ajustes durante a pandemia, frente aos problemas que iam se apresentando no seu decorrer. O que se percebeu foi o entrecruzamento de problemas de gestão pré-existent à pandemia, como os relacionados a recursos, logísticos e aqueles próprios da administração pública, como processos licitatórios, que se sobrepuseram a outros, ressaltados pela pandemia, como a necessidade de se responsabilizar na assistência de indígenas viventes em áreas urbanas, a mediação intercultural no que se refere às medidas de prevenção e controle e a própria sobrecarga sobre o sistema de saúde. Não obstante, há que se reconhecer avanços na construção de arranjos de governança mais integrada envolvendo atores do setor saúde, de outros setores e lideranças indígenas.

Assim como no restante do país, foi nítido o protagonismo indígena e sua capacidade de auto-organização para conter o avanço da pandemia, com todas as dificuldades enfrentadas para estabelecer barreiras de acesso em seus territórios, impedir invasões, garantir a vacinação para os parentes, inclusive os que vivem fora das aldeias, combater *fake news*, articulando-se internamente e com outros atores para evitar maior impacto dos efeitos da COVID-19 em sua coletividade. Nessa região destacou-se a atuação da REMDIPE com esforços diferenciados para apoiar a disseminação de informações e prover outros apoios, de acordo com as demandas e necessidades apresentadas pelos indígenas.

Uma expressão dessa capacidade de operação integrada foram as ações encaminhadas para a justiça, na busca pelo cumprimento dos direitos constitucionais de indígenas frente aos problemas relativos à falta de acesso a bens e recursos necessários para o enfrentamento da COVID-19. Outra, diz respeito à atuação em rede, articulando diversos atores de forma solidária para dis-

tribuição de insumos e alimentos viabilizando o isolamento, o que demonstrou a potência na construção de resposta efetiva.

Ainda que muitos tenham sido os esforços dos diferentes atores, o evento da vacinação prioritária apontou para uma disputa que reflete a fragilidade de integração entre o SUS e o SasiSUS. Portanto, é notório que, considerando-se a correlação de forças e as controvérsias existentes, há que se afirmar que a melhoria da resposta à pandemia de COVID-19, ou a qualquer outro problema de saúde indígena, requer maior integração e ação coordenada, sobretudo no que tange a chamada de responsabilidades dos entes federativos.

As reflexões trazidas elucidam que as estratégias governamentais organizadas e voltadas para

atenção à saúde indígena, precisam ouvir e incorporar o conhecimento indígena, suas próprias formas de cuidado e resistência que, ao longo de sua história, sinalizam uma forte capacidade de responder às crises, sejam elas sanitárias ou não. A emergência da COVID-19 deflagrou a necessidade de respostas institucionais, mais oportunas, rápidas e coordenadas do SasiSUS e do SUS, capazes de integrar de fato a diversidade sociocultural das diferentes etnias. O desdobramento e aprofundamento das questões aqui tratadas apontam para que a resposta aos problemas de saúde indígena, a gestão e organização do sistema, sejam feitos com envolvimento dos indígenas na perspectiva de uma governança mais integrada.

### **Colaboradores**

Todos os autores participaram em todas as etapas do trabalho.

### **Financiamento**

Programa Inova Fiocruz -Inova COVID-19 - Geração de Conhecimento.

## Referências

1. Silva LMVG, Lima, BCS, Junqueira TLS. População indígena em tempos de pandemia: reflexões sobre saúde a partir da perspectiva decolonial. *Saude Soc* 2023; 32(2):e220092pt.
2. Mota SEC, Scalco N, Pedrana L, Almeida A. Invisibilidades e enfrentamentos de comunidades indígenas diante da pandemia da COVID-19 e a resposta do governo brasileiro. In: Barreto ML, Pinto Junior EP, Aragão E, Barral-Netto M, organizadores. *Construção de conhecimento no curso da pandemia da COVID-19: aspectos biomédicos, clínico-assistenciais, epidemiológicos e sociais*. Salvador: Edufba; 2020.
3. Ahmadpour B, Turrini RNT, Camargo-Plazas P. Resolutividade no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS): análise em um serviço de referência no Amazonas, Brasil. *Cien Saude Colet* 2023; 28(6):1757-1766.
4. Oliveira SM. *Etno-estratégias no enfrentamento da Covid-19 no Brasil* [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2023.
5. Mendes A, Carnut L, Melo M. Continuum de desmontes da saúde pública na crise do COVID-19: o neofascismo de Bolsonaro. *Saude Soc* 2023; 32(1):e210307pt.
6. Buziquia SP, Junges JR, Lopes PPS, Nied C, Gonçalves TR. Participação Social e Atenção Primária em Saúde no Brasil: uma revisão de escopo. *Saude Soc* 2023; 32(1):e220121pt.
7. Porto MF, Rocha D. Neoextrativismo, garimpo e vulnerabilização dos povos indígenas como expressão de um colonialismo persistente no Brasil. *Saude Debate* 2022; 46(133):487-500.
8. Yin RK. *Estudo de Caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman; 2015.
9. Latour B. *Reagregando o Social: uma introdução à teoria do Ator-rede*. Salvador: Edufba; 2012.
10. Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Cien Saude Colet* 2012; 17(3):621-626.
11. Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde [Internet]. [acessado 2023 jul 28]. Disponível em: <http://www.cnes.datasus.gov.br>.
12. Secretaria do Estado de Saúde de Pernambuco (SES-PE). *Boletim Epidemiológico COVID-19, de 02 de janeiro de 2023*. Recife: SES-PE; 2023.
13. Santos RV, Pontes AL, Coimbra JR CEA. Um “fato social total”: COVID-19 e povos indígenas no Brasil. *Cad Saude Publica* 2020; 36(10):e00268220.
14. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria Especial de Saúde Indígena. *Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID-19) em Povos Indígenas*. Brasília: MS; 2020.
15. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria Especial de Saúde Indígena. Distrito Sanitário Especial Indígena de Pernambuco. *Plano de Contingência Distrital para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID-19) em Povos Indígenas*. Recife: MS; 2020.
16. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 70, de 20 de janeiro de 2004. Aprova as Diretrizes da Gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena. *Diário Oficial da União* 2004; 3 fev.
17. Martínez-Hernández A. Dialógica, etnografia e educação em saúde. *Rev Saude Publica* 2010; 44:399-405.
18. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). *Risco de espalhamento da COVID-19 em populações indígenas: considerações preliminares sobre vulnerabilidade geográfica e sociodemográfica*. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/PROCC, FGV; 2020.
19. McMeeking S, Leahy H, Savage C. An Indigenous self-determination social movement response to COVID-19. *AlterNative* 2020; 16(4):395-398.
20. Te One A, Clifford C. Tino Rangatiratanga and Well-being: Māori Self-Determination in the Face of COVID-19. *Front Sociol* 2021; 6:613340.
21. Wescott S, Mittelstet B. Three Levels of Autonomy and One Long-Term Solution for Native American Health Care. *AMA J Ethics* 2020; 22(10):856-861.
22. Walters G, Broome NP, Cracco M, Dash T, Dudley N, Elias S, Hymas O, Mangubhai S, Mohan V, Niederberger T, Nkollo-Kema Kema CA, Oussou Lio A, Ravelson N, Rubis J, Mathieu Toviehou SAR, Van Vliet N. COVID-19, indigenous peoples, local communities and natural resource governance. *Parks* 2021; 27:57-62.
23. León-Martínez LD, Palacios-Ramírez A, Rodríguez-Aguilar M, Flores-Ramírez, R. Critical review of social, environmental and health risk factors in the Mexican indigenous population and their capacity to respond to the COVID-19. *Science Total Environ* 2020; 733:139357.
24. Zavaleta C. COVID-19: review Indigenous peoples' data. *Nature* 2020; 580(9):185-186.
25. Carneiro FF, Pessoa VM. Iniciativas de organização comunitária e COVID-19: esboços para uma vigilância popular da saúde e do ambiente. *Trab Educ Saude* 2020; 18(3):e00298130.
26. Osoegawa DK, Lisboa GE, Nogueira CBC. COVID-19 e Povos Indígenas em Contexto Urbano: Violações aos Direitos da Saúde Indígena e Ações Autônomas no Enfrentamento da Pandemia em Manaus. *Rev Cult Jurídicas* 2020; 8(19):240-270.
27. Fellows M, Paye V, Alencar A, Nicácio M, Castro I, Coelho ME, Silva CVJ, Bandeira M, Lourival R, Basta PC. Under-reporting of COVID-19 cases among indigenous peoples in Brazil: a new expression of old inequalities. *Front Psychiatry* 2021; 12:638359.
28. Amado LHE, Ribeiro AM. Panorama e desafios dos povos indígenas no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil. *Rev Interdisc Sociol Direito* 2020; 22(2):335-360.
29. Brasil. Lei nº 14.021, de 7 de julho de 2020. Dispõe sobre medidas de proteção social para prevenção do contágio e da disseminação da COVID-19 nos territórios indígenas; cria o Plano Emergencial para Enfrentamento à COVID-19 nos territórios indígenas; estipula medidas de apoio às comunidades quilombolas, aos pescadores artesanais e aos demais povos e comunidades tradicionais para o enfrentamento à COVID-19; e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, a fim de assegurar aporte de recursos adicionais nas situações emergenciais e de calamidade pública. *Diário Oficial da União* 2020; 27 ago.
30. Guajajara SB, Alarcon DF, Pontes ALM. Entrevista com Sonia Guajajara: o movimento indígena frente à pandemia da COVID-19. *Cien Saude Colet* 2022; 27:4125-4130.

31. Castro R. Vacinas contra a COVID-19: o fim da pandemia? *Physis* 2021; 31(1):e310100.
32. Nogueira CBC, Almeida RLPD, Nascimento LFM, Correa IZN. O limbo jurídico do direito à saúde de indígenas residentes em contexto urbano e os reflexos no enfrentamento da COVID-19: uma análise a partir da cidade de Manaus, Amazonas. *Direito Publico* 2020; 17(94):250-277.
33. Scalco N, Aith F, Louvison M. A relação interfederativa e a integralidade no subsistema de saúde indígena: uma história fragmentada. *Saude Debate* 2020; 44(126):593-606.

---

Artigo apresentado em 15/09/2023

Aprovado em 29/02/2024

Versão final apresentada em 03/06/2024

---

Editores-chefes: Maria Cecília de Souza Minayo, Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva