

Nota técnica

**O enfrentamento da pandemia no contexto dos povos indígenas:
aspectos da resposta governamental**

Versão preliminar encaminhada para a CPI da Covid-19



31 de agosto de 2021

Sumário

Introdução.....	04
1.Os graves impactos da pandemia da Covid-19 em povos indígenas.....	05
1.1. Evidências de risco imediato e maior exposição ao Sars-Cov-2 em povos indígenas nos primeiros meses da pandemia.....	07
1.2. Mortalidade e letalidade pela Covid-19 em povos indígenas e as desigualdades em saúde.....	10
2.As atribuições da Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai)	13
2.1.A responsabilidade gestora da Sesai e a autonomia relativa dos Distritos.....	14
3.Aspectos gerais da resposta da Sesai frente à pandemia da Covid-19.....	18
3.1.Informes técnicos e cenário epidemiológico.....	20
3.2.A cobertura e acesso dos serviços para a população indígena.....	22
4.Ações de Educação e Comunicação direcionadas às populações indígenas acerca da Prevenção da Covid-19.....	26
5.Qualificação, preparação e proteção dos trabalhadores do SASI-SUS para enfrentamento da pandemia.....	29
5.1.Qualificação dos trabalhadores para a implementação das ações.....	30
5.2.Contratação extra de força de trabalho	32
5.2.1 Equipes Volantes e outras ações pontuais	34
5.2.2. Ações Interministeriais com apoio das Forças Armadas	37
5.3. Protocolo sanitário e testagem dos trabalhadores.....	43
5.4. Afastamento de trabalhadores do SasiSUS.....	46
6. Distribuição de Equipamentos de Proteção Individual e Testes Rápido.....	49
6.1. Frequência de distribuição de EPI e Teste Rápido pela SESAI/MS.....	58

6.2. Distribuição de testes vencidos aos DSEI.....	58
7.Estratégia de testagem	59
8.Campanha de Vacinação contra a covid-19.....	66
9.Distribuição de Cloroquina e malária nos Distritos.....	75
9.1. A malária em território indígena e a distribuição de Cloroquina durante a pandemia.....	78
10. Análise orçamentária	82
10.1. Análise orçamentária preliminar Nível Central 2020	83
10.2. Análise orçamentária preliminar Nível Central 2021.....	85
10.3. Análise orçamentária dos DSEIs, 2020.....	87
10.4. Análise orçamentária DSEIs 2021.....	88
Referências e documentos consultados.....	90

Introdução

O presente documento é uma versão preliminar das análises realizadas por pesquisadores do **Grupo Temático Saúde Indígena da Abrasco** acerca da resposta governamental no enfrentamento da pandemia da Covid-19 a partir de documentos disponibilizados pela União. O conjunto de documentos referenciados provém de três fontes: **a) aqueles apresentados pela União no âmbito da Arguição por Descumprimento de Preceito Fundamental 709 (ADPF 709) no Supremo Tribunal Federal (STF); b) disponibilizados pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai) / Ministério da Saúde (MS) na página <http://www.saudeindigena.net.br/coronavirus/mapaEp.php>; c) respostas aos requerimentos dos senadores na CPI, particularmente aqueles vinculados a Nota Informativa no.08 (Sesai, 2021I).** Todos os documentos foram encaminhados citados podem ser encontrados no link: https://drive.google.com/drive/u/1/folders/1DIE-CtQ8UG-9uY78ns_-dKy01Do0Mv6a.

O foco da análise foi as orientações técnicas produzidas pela Sesai durante o enfrentamento da pandemia, entendendo ser papel desta secretaria a coordenação nacional dessa resposta nos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) e a articulação com as instâncias intergestoras do Sistema Único de Saúde (SUS). Também procuramos analisar dados que descrevessem a implementação das ações. Entretanto, é necessário indicar algumas características e limitações dos dados e de nossas reflexões:

- Não tivemos acesso aos materiais produzidos pelos 34 DSEI e nem do conjunto de documentos produzidos pela Sesai no período, portanto, frequentemente obtivemos acesso a informações fragmentadas e parciais.
- A forma de disponibilização das informações gerou algumas dificuldades, por exemplo, se encaminhou PDF de planilhas de Excel que precisaram ser redigitalizadas para análise.
- A maioria dos dados foi apresentada sem a descrição dos métodos de coleta das informações e dicionário das variáveis, prejudicando a sua interpretação.
- Percebemos que o preenchimento e encaminhamento de informações dos 34 DSEI para a Sesai ocorreu de maneira heterogênea, indicando a falta de qualificação e de coordenação desse processo.

- Observamos dados inconsistentes, particularmente, quanto aos quantitativos populacionais, que variaram bastante.
- As informações muitas vezes foram apresentadas sem o detalhamento necessário, como foi o caso da distribuição de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e medicamentos, que precisariam ser indicados por cada tipo de item, ou dos quantitativos genéricos de atendimentos, que mesclam a produção de diferentes categorias profissionais, que possuem rotinas e papéis distintos.

Entretanto, apesar das dificuldades e limitações encontramos diversos indícios que apontam para: lentidão da implementação da resposta da Sesai; a insuficiência e irregularidade da compra e distribuição de insumos estratégicos (como EPI e testes diagnósticos); critérios e rotinas da vigilância pouco sensíveis diante da maior vulnerabilidade dos povos indígenas; foco em ações pontuais ao invés da estruturação da rotina de vigilância da Covid-19; pouca articulação com os gestores municipais, estaduais e outros órgãos governamentais para garantia do acesso aos diagnósticos moleculares; falta de investimento em ações de educação e comunicação em saúde; fragilidade na qualificação e proteção dos trabalhadores do Subsistema; falta de ações para combater o uso de medicamentos sem comprovação científica e indicativos de ampla distribuição de cloroquina dissociada do cenário epidemiológico da malária nos Distritos; dificuldades para atingir a adequada cobertura vacinal contra Covid-19; baixo investimento orçamentário; entre outras. Todos esses aspectos podem ter colaborado para a gravidade dos impactos da pandemia entre os povos indígenas, que mostraremos a seguir, repetindo, tragicamente, um padrão histórico de omissão do Estado brasileiro quanto à proteção dos povos indígenas.

1. Os graves impactos da pandemia da Covid-19 em povos indígenas

O foco do trabalho dos pesquisadores durante o período tem sido subsidiar a formulação de respostas imediatas diante da grave crise sanitária e humanitária decorrente da pandemia da Covid-19. As primeiras contribuições buscaram indicar as vulnerabilidades históricas, socioeconômicas e de saúde que afetavam os povos indígenas antes da pandemia, de modo que deveriam ser um grupo prioritário na implementação das ações. Ademais, diante da diversidade sociocultural e linguística dos povos indígenas, as

estratégias deveriam ser específicas aos contextos de cada povo ou região, e construídas em diálogo com as lideranças e organizações indígenas (Abrasco, 2020a, 2020b).

Lamentavelmente, apresentaremos a seguir que, rapidamente, o conjunto da população indígena foi afetado pela pandemia e de modo desfavorável, quando comparado com não indígenas. Mais uma vez, a resposta do governo federal evidenciou as desigualdades sociais e de saúde que afetam alguns grupos, particularmente, os povos indígenas.

Em bases governamentais, a captação do pertencimento à categoria indígena é, em geral, realizada através da variável cor/raça, que admite as categorias branca, preta, parda, amarela e indígena. Essa variável tem sido utilizada em todos os sistemas de informação do Ministério da Saúde desde o final da década de 1990, tendo sido também incluída nos sistemas de informação mais recentes e específicos para a vigilância da Síndrome Gripal e Síndromes Respiratórias Agudas Graves, como o SIVEP-Gripe, o que permite a análise da situação de saúde, inclusive sobre os impactos específicos da pandemia da Covid-19, por grupos de cor/raça. Cabe indicar que o critério de autoclassificação tem limitações óbvias para sua aplicação em determinados eventos demográficos e de saúde, como nascimentos e óbitos. Além disso, há falhas da classificação de cor/raça para além dessas situações como, por exemplo, a elevada proporção de incompletude da variável e a subnumeração de eventos de interesse à saúde pública, que afetam em graus variados a confiabilidade da informação de cor/raça e, conseqüentemente, as análises das iniquidades em saúde no país. Ademais, existem diversos relatos de indígenas que são classificados com outras categorias de cor/raça, particularmente na parda.

Os censos demográficos realizados decenalmente também vêm coletando dados de cor/raça nas últimas décadas e, em particular naquele de 2010, houve importantes avanços na captação de dados censitários para o segmento indígena. No Censo 2010, além da pergunta sobre cor/raça estar presente no questionário do universo da pesquisa (ou seja, foi feita em todos os domicílios), era perguntado às pessoas residentes em TI que não se autodeclaram indígenas se elas se consideravam indígenas. Além disso, foi perguntado sobre língua falada e etnia, conferindo um grau aprofundado de detalhamento sobre a população indígena no Brasil.

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), que cobre somente os territórios dos DSEI, portanto menos abrangente que o Censo Demográfico, tem um sistema de informação próprio (Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena -

SIASI), que inclui dados de morbidade, mortalidade, demografia, saneamento e acesso a serviços de saúde. Importante ressaltar que os dados registrados no SIASI não são de acesso público, tampouco regularmente sistematizados para fins de divulgação.

Os dados do SIASI são somente acessáveis mediante solicitação oficial via Lei do Acesso à Informação, ao contrário de outras bases de dados em saúde produzidas pelas agências governamentais. Assim, se o Ministério da Saúde tem historicamente investido na disponibilização de dados na área da saúde através de sistemas específicos (entre os quais o SIM, SINAM, SINASC, dentre muitos outros), seria esperado que ocorresse o mesmo com o SIASI. A demanda por disponibilização pública dos dados do SIASI foi um tema recorrente discutido no âmbito da ADPF 709:

“Assim como é possível acessar essas informações no OpenData SUS para todos os cidadãos brasileiros, não há razão para que não se possa ter esse mesmo acesso para as populações indígenas. Tratar as informações sobre a saúde dos povos indígenas como um segredo, é ir contra a legislação vigente no Brasil sobre a transparência de dados. É importante não só ter acesso aos indicadores já produzidos pela Sesai mas também possibilitar que outras pessoas e instituições também possam analisar essas informações e gerar outros indicadores necessários e úteis para acompanhar as condições de saúde. Somente com base nas informações individualizadas, sem a identificação dos indivíduos, é que será possível a produção de novas informações e replicação daquelas já produzidas pela Sesai” (APIB, 2020b: 09).

Apesar dos desafios na produção de dados, inúmeros estudos são consistentes em demonstrar que pretos e indígenas se encontram sistematicamente em situação de desvantagem social e de saúde em comparação aos demais seguimentos da sociedade.

1.1.Evidências de risco imediato e maior exposição ao Sars-Cov-2 em povos indígenas nos primeiros meses da pandemia

Denominado “Risco de espalhamento da COVID-19 em populações indígenas: considerações preliminares sobre vulnerabilidade geográfica e sociodemográfica” (Fiocruz, 2020a, 2020b), esse estudo procurou analisar o potencial de exposição de

populações indígenas à Covid-19 conforme ocorre a disseminação do SARS-CoV-2 pelo território brasileiro. Visava identificar quais eram os segmentos da população indígena que apresentavam maior vulnerabilidade segundo diferentes recortes populacionais, representados por indígenas residentes em municípios e zonas urbanas e rurais, em municípios abrangidos por Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) e em Terras Indígenas (TIs) oficialmente reconhecidas. A vulnerabilidade geográfica dos indígenas foi determinada pela ocupação de territórios localizados em municípios classificados segundo níveis de probabilidade de risco imediato de epidemia, estimado para a população municipal. A situação foi analisada em três momentos distintos do curso da pandemia no país, tendo como datas de análise os dias 18 de abril de 2020, 05 de maio de 2020) e 20 de maio de 2020), conforme apresenta o Quadro 1.

Quadro 1: Proporção de população indígena residente em municípios de alto risco imediato para a pandemia, segundo recortes populacionais.

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

Observou-se que a proporção de população indígena residente em municípios de alto risco imediato para a pandemia teve um incremento absoluto de 22,1%, e um incremento relativo de 64,6% em cerca de 4,5 semanas. Para os indígenas residentes em zonas urbanas, esse incremento absoluto foi de 16,6% e a um incremento relativo de 25,8% no período, e para a população rural, o incremento absoluto no período foi de 27,4%, e o incremento relativo, de 154,8% em 4,5 semanas (Fiocruz, 2020a, 2020b). A população residente em Terras Indígenas oficiais é majoritariamente rural e, portanto, sua vulnerabilidade geográfica à pandemia foi similar à observada para a população indígena rural.

O incremento da proporção de população indígena em risco imediato para epidemia no período foi bastante diverso entre as regiões do país. Em 20 de maio de 2020, data da última análise disponível, 66,1%, 60,8%, 54,2% e 34,9% da população indígena nas regiões Sul-Sudeste, Nordeste, Amazônia Legal e Centro-Oeste, respectivamente, residiam em municípios de elevado risco para epidemia (Fiocruz, 2020a, 2020b).

Como a epidemia havia iniciado sua propagação pelas zonas urbanas, o incremento da proporção de população indígena em risco no período de análise foi de maior magnitude nas zonas rurais em comparação às zonas urbanas. Em 20 de maio de 2020, data da última análise disponível, 87,7%, 73,1%, 72,7% e 63,9% da população indígena em zona urbana das regiões Sul-Sudeste, Centro-Oeste, Nordeste e Amazônia Legal, respectivamente, residiam em municípios de elevado risco para epidemia, enquanto 52,2%, 49,4%, 28,0% e 17,3% da população indígena residente em zona rural da Amazônia Legal, Nordeste, Sul-Sudeste e Centro-Oeste, respectivamente, residiam em municípios de elevado risco para epidemia (Fiocruz, 2020a, 2020b).

Com a disseminação inicial da Covid-19 por via aeroviária para as capitais da região litorânea do país e para capitais das regiões Norte e Centro-Oeste, as Terras Indígenas geograficamente mais vulneráveis em meados de abril de 2020 eram aquelas localizadas, em sua maioria, próximas a centros urbanos como Manaus, eixo Rio Branco - Porto Velho, Fortaleza, Salvador e capitais do Sul e Sudeste (Fiocruz, 2020a). A subsequente interiorização da pandemia por vias rodoviária e hidroviária rapidamente expuseram populações mais remotas e localizadas no interior do país, particularmente aquelas em isolamento voluntário ou as de recente contato, a um elevado risco de introdução da pandemia, com consequências potencialmente catastróficas do ponto de vista epidemiológico, demográfico e cultural. Em 05 de maio de 2020, identificavam-se como em alto risco para a pandemia, por exemplo, as terras indígenas da Amazônia Legal situadas na calha dos rios Solimões e Amazonas e seus afluentes, terras no Amapá e Norte do Pará, Altamira, Médio e Alto Purus, região Yanomami, Vale do Rio Javari e Alto Rio Juruá (Fiocruz, 2020b). Esses dados apontavam que seria fundamental a agilidade da resposta governamental para conter o avanço da transmissão.

O estudo de Hallal et al (2020), realizado em dois momentos - em maio e junho de 2020, investigou a soroprevalência de anticorpos para o Sars-Cov-2 em 133 cidades no país. Os resultados da análise, a partir das variáveis de cor ou raça, apontaram a extrema exposição ao vírus que enfrentavam os indígenas em contexto urbano. A proporção de indígenas infectados foi 87% maior em indígenas que entre as pessoas brancas da mesma localidade (Hallal et al, 2020). Lamentavelmente, apesar desses dados (Fiocruz, 2020a; 2020b; Hallal et al, 2020) apontarem que a população indígena em contexto urbano precisava ser contemplada nas estratégias de controle da pandemia direcionadas aos povos indígenas, até o momento, a resposta governamental tem sido a omissão.

1.2. Mortalidade e letalidade pela Covid-19 em povos indígenas e as desigualdades em saúde

As análises de mortalidade e letalidade por Covid-19 têm sido feitas com recortes de cor/raça e, quando se baseiam em dados dos sistemas do SIVEP-Gripe, apresentam análises do conjunto da população indígenas (residentes em áreas urbanas e rurais). Entretanto, quando as análises utilizam os dados dos informes epidemiológicos da Sesai, envolvem somente as populações indígenas em terras indígenas.

É importante enfatizar que, para realizar análises comparativas entre indígenas e não indígenas, é fundamental realizar a padronização das faixas etárias a fim de neutralizar os efeitos das diferentes composições etárias entre os grupos, considerando que as populações indígenas possuem uma maior proporção de população jovem (menor de 18 anos) que a população geral. Apresentamos abaixo um comparativo das taxas de mortalidade com e sem ajuste das faixas etárias para evidenciar essas questões metodológicas com dados do período entre Semana Epidemiológica 9/2020 a 8/2021. Observa-se na Tabela 1 que, sem a padronização das faixas etárias, **a taxa de mortalidade bruta da população indígena é menor do que da população geral, mas após a padronização, evidencia-se que efetivamente é 29% maior.**

Tabela 1: Taxas de mortalidade geral brutas e padronizadas e taxas específicas de mortalidade por idade por SRAG-Covid-19 e razão de taxas de mortalidade indígena e população geral. Brasil. SE 9/2020 a SE 8/2021.

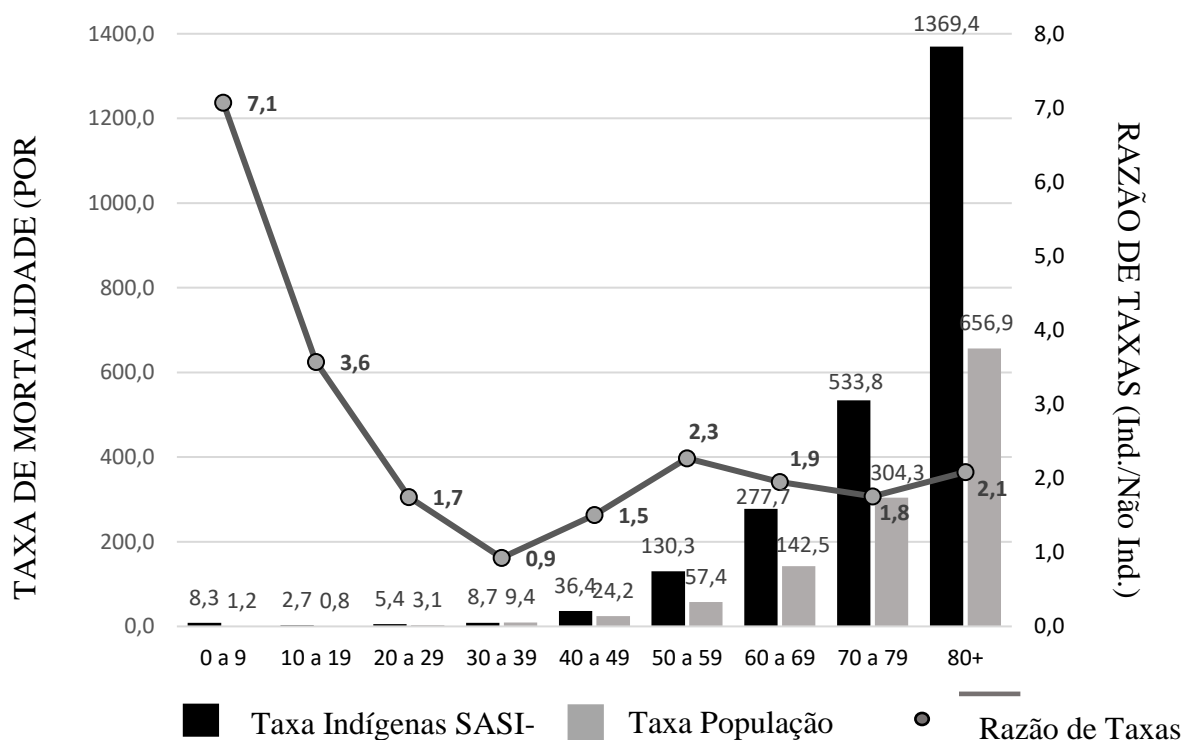
Faixa etária	População geral			População Indígena SASI-SUS (dados SESAI)			Padronização da T _x Mortalidade		Razão de Taxas Brutas (Ind./Não Ind.)	Razão de Taxas Padronizadas (Ind./Não Ind.)
	População (n)	Óbitos SRAG COVID	T _x mortalidade Bruta (por 100mil)	População (n)	Óbitos SRAG COVID	T _x mortalidade Bruta (por 100mil)	Óbitos esperados	T _x mortalidade Padronizada (por 100mil)		
0 a 9	28.553.852	618	2,2	204.384	21	10,3	2.955	-	4,78	-
10 a 19	32.602.483	526	1,6	183.811	7	3,8	1.239	-	2,36	-
20 a 29	33.976.082	2.392	7,0	130.663	14	10,7	3.635	-	1,52	-
30 a 39	34.516.847	7.594	22,0	91.964	23	25	8.629	-	1,14	-
40 a 49	29.373.328	16.231	55,3	60.504	32	52,9	15.538	-	0,96	-
50 a 59	23.764.121	31.263	131,6	37.600	77	204,8	48.669	-	1,56	-
60 a 69	16.537.954	55.417	335,1	22.326	106	474,8	78.522	-	1,42	-
70 a 79	8.621.157	62.119	720,5	14.050	111	790	68.107	-	1,10	-
80 +	4.131.551	61.297	1.483,6	9.712	185	1904,9	78.702	-	1,28	-
Total	212.077.375	237.457	112,0	755.015	576	76,3	305.997	144,3*	0,68	1,29

FONTE: Sesai e Sivep-gripe.

Em trabalho recente, Pontes et al (2021) analisaram os impactos da Covid -19 nos perfis de mortalidade e letalidade. A comparação de taxas de mortalidade específicas por

idade reportadas pela Sesai, a partir do SIASI, e aquelas obtidas para a população geral, a partir do SIVEP-Gripe, mostram as desigualdades do impacto da Covid-19. A Figura 1 aponta para **taxas de mortalidade superiores em pelo menos 50% nos indígenas em praticamente todas as faixas etárias**, no período até a semana epidemiológica 35 de 2020. **Os diferenciais de mortalidade entre indígenas e a população geral tendem a ser mais expressivos nos extremos de idade, com destaque para os grupos de 0 e 9 anos (razão de taxas: 7,1), 10 a 19 anos (razão de taxas: 3,6), 50 a 59 (razão de taxas: 2,3) e de 80 anos ou mais (razão de taxas: 2,1), que atinge a alarmante taxa de mortalidade de 1.369,4 óbitos por 100.000 habitantes.**

Figura 1: Taxas de mortalidade específicas por Síndrome Respiratória Aguda Grave decorrente de COVID-19 (SRAG-COVID) e faixa etária, na população geral brasileira e nos indígenas atendidos pelos Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Brasil, 2020.



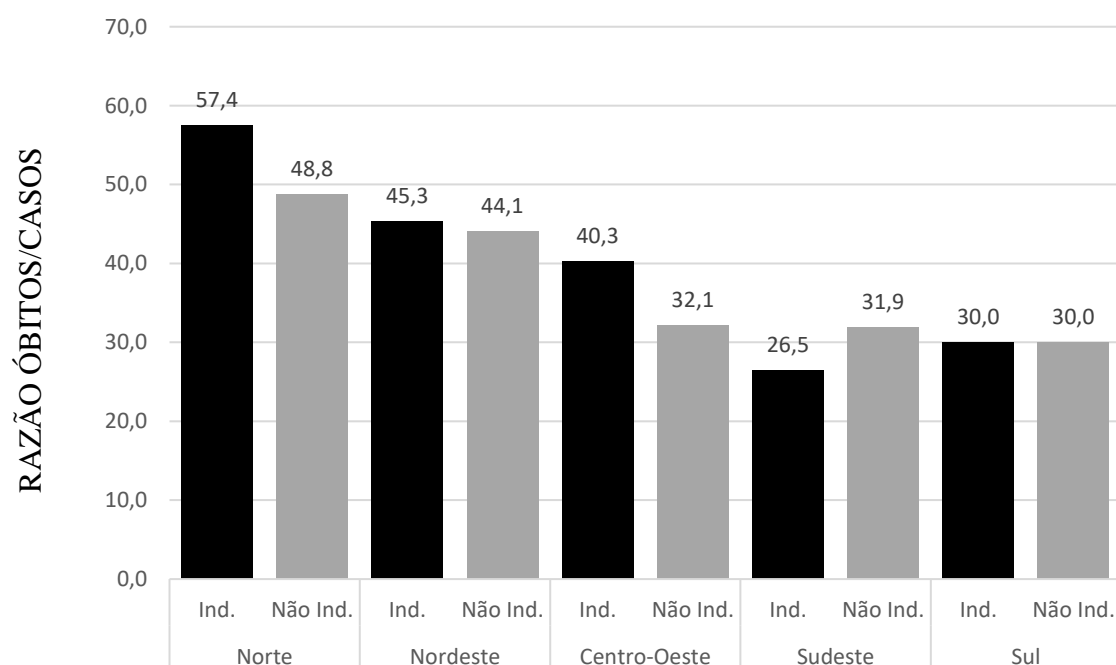
Fontes: População geral: projeção de população do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), disponível no DATASUS (<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/projpopuf.def>); Óbitos por SRAG: SIVEP-Gripe. Indígenas: óbitos em indígenas e taxas de mortalidade específicas por faixa etária disponibilizadas no Informe Epidemiológico 17 da Secretaria de Saúde Indígena do Ministério da Saúde (<https://saudeindigena1.websiteseuro.com/coronavirus/pdf/Informe%20Epidemiologico%20SE%2035%20-%20SESAI%20COVID%2019%20-%20F.pdf>)

Notas: Dados acumulados até a semana epidemiológica 35.

Como alternativa para análise das desigualdades entre indígenas e não indígenas, pode-se comparar a razão entre óbitos por COVID-19 e os casos de hospitalização por

SRAG acumulados entre as SE (semanas epidemiológicas) 8 e 35 de 2020, ou seja, a letalidade das formas graves de COVID-19, a partir do SIVEP-Gripe. Foi observado que a letalidade¹ acumulada por SRAG decorrente de COVID-19 no Brasil até a SE 35 (30/08/2020) atingiu 41,8% em indígenas, excedendo em 19% a letalidade em não indígenas (35,1%). Foram também verificados diferenciais de letalidade entre as regiões do país (ver Figura 2). A letalidade por Síndrome Respiratória Aguda Grave causada por COVID-19 foi 17,6% e 25,5% maior em indígenas do que na população geral, respectivamente, no Norte e Centro-Oeste.

Figura 2: Letalidade acumulada por Síndrome Respiratória Aguda Grave decorrente de COVID-19 (SRAG-COVID) em indígenas e não indígenas segundo regiões. Brasil, 2020, SE 8 a 35.



Fonte: SIVEP-Gripe.

Notas: Dados acumulados até a semana epidemiológica 35.

A maior letalidade da COVID-19 em indígenas, em comparação às demais categorias de cor/raça, também foi encontrada em praticamente todas as faixas etárias, com exceção entre 60-69 anos, em estudo sobre mortalidade hospitalar por Covid-19 (Ranzani et al, 2021).

A partir desse conjunto de evidências é possível se afirmar que os impactos da pandemia têm sido efetivamente grave entre os povos indígenas, indicando a persistência

¹ Nessa análise, realizamos o cálculo de letalidade por óbitos por SRAG-Covid-19 .

das desigualdades em saúde e a incapacidade da resposta dos serviços de saúde em minimizar essas disparidades.

2. As atribuições da Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai)

A Lei 12.314, de 19 de agosto de 2010, criou, na estrutura do Ministério da Saúde, a Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai), responsável por coordenar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Pnaspi) e promover o processo de gestão do Subsistema de Saúde Indígena (SasiSUS) em todo o território nacional, por meio de 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei). De acordo com descrição da própria Sesai e definição da Pnaspi, a Secretaria:

“promove a atenção primária à saúde e ações de saneamento, de maneira participativa e diferenciada, respeitando as especificidades epidemiológicas e socioculturais destes povos.”²

Cabe aqui resgatar a definição da Atenção Primária à Saúde (APS), conforme publicado pelo próprio MS:

“A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades...”³

Deve-se destacar que, diferentemente de outras Secretarias ligadas ao Ministério da Saúde (MS), a Sesai é responsável diretamente pela execução de ações de atenção à saúde. No contexto da pandemia da **Covid-19**, os serviços de atenção primária são a linha de frente para o enfrentamento da pandemia (Sarti et al, 2020), e, portanto, nos territórios indígenas, caberia esse papel ao SasiSUS. Há que se ressaltar que em muitos Distritos, particularmente na região norte e centro-oeste, as comunidades indígenas estão distantes, muitas vezes horas ou dias, de qualquer outro serviço.

² Ministério da Saúde. SESAI. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sesai>; acesso 07/08/2021

³ Ministério da Saúde. O que é Atenção Primária. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/smp/smpoquee>; acesso em 07/08/2021

Além da responsabilidade de realizar ações de Atenção Primária, é atribuição da Sesai e DSEIs a garantia da coordenação do cuidado integral à saúde dos povos indígenas, conforme reforça o Decreto 9.795, de 17 de maio de 2019, em seu artigo 40, a saber:

“À Secretaria Especial de Saúde Indígena compete: (...) V - Planejar, coordenar, supervisionar, monitorar e avaliar as ações de atenção integral à saúde no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e sua integração com o SUS;”

Assim sendo, seria esperado que, visando o cuidado integral e garantia de acesso aos povos indígenas aos serviços de média e alta complexidade, durante a pandemia, a Sesai auxiliasse na articulação concreta e efetiva de ações com estados e municípios.

2.1.A responsabilidade gestora da Sesai e a autonomia relativa dos Distritos

Um dos principais pontos apontados pela Sesai/MS sobre a execução das ações de atenção à saúde dos povos indígenas foi a chamada autonomia administrativa e orçamentária dos DSEIs, que seriam responsáveis pela gestão e implementação de todas as ações. O Informe Técnico nº.08, de janeiro de 2021, apresenta a seguinte afirmação: “ressalta-se que as ações do Ministério da Saúde encontram-se substancialmente no nível estratégico, enquanto as ações das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas encontram-se no nível operacional” (Sesai, 2021b: 01).

Porém, os DSEI não são unidades gestoras equivalentes aos municípios e estados, a sua autonomia é limitada pois está atrelada a coordenação e repasse orçamentário do nível central. Este fato também pode ser evidenciado no próprio organograma da Sesai, que aponta a clara necessidade de coordenação da política por este órgão, do qual os DSEI podem ser considerados subunidades:

Figura 3: Organograma da SESAI



Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Estrutura. disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sesai/estrutura>.

Em relação ao papel de governança da Sesai, quando da sua criação, em 2010, se instituiu em nível central o Departamento de Gestão, com as seguintes atribuições:

“Art. 43. Ao Departamento de Gestão da Saúde Indígena compete: I - garantir as condições necessárias à gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena; II - promover o fortalecimento da gestão nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas; III - propor mecanismos para organização gerencial e operacional da atenção à saúde indígena; IV - programar a aquisição e a distribuição de insumos, em articulação com as unidades competentes” (Brasil, 2010c:43)

Em 2019, o Decreto 9.795, extinguiu o Departamento de Gestão da Saúde Indígena, sendo suas atribuições transferidas para o Departamento de Atenção à Saúde Indígena, o que pode ter comprometido ainda mais a capacidade de resposta à situação emergencial. O Decreto 9.795/2019 aponta de maneira clara a atribuição de governança da Sesai, incluindo o fornecimento de medicamentos e insumos, conforme, no artigo 41:

“Art. 41. Ao Departamento de Atenção à Saúde Indígena compete: I - planejar, coordenar, supervisionar, monitorar e avaliar as atividades de atenção integral à saúde dos povos indígenas, assim como sua integração com o SUS; II - garantir as condições necessárias à gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e sua integração com o SUS;(…) XII - programar a aquisição e a distribuição de insumos em articulação com as unidades competentes do Ministério da Saúde.” (Brasil, 2019b)

Passada uma década da criação da Sesai, a realização de processos licitatórios e compras emergenciais de insumos, tais como equipamentos de proteção individual, testes, medicamentos, entre outros pelos DSEI e Sesai, já era motivo de recorrente preocupação dos órgãos de controle e entidades que acompanham a saúde indígena, conforme apontado no “Relatório de auditoria na governança das contratações relacionadas a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas”, de 2019. Como recomendação à Sesai, neste relatório, já constavam:

“Diante do exposto, propõe-se **recomendar**, com fulcro no art. 250, inciso III, do Regimento Interno do Tribunal de Contas da União, à Secretaria Especial de Saúde Indígena que, em atenção ao art. 40 do Anexo I do Decreto 9.795/2019, estabeleça processo de trabalho institucionalizado para gestão orçamentária da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, contemplando, pelo menos: a) critérios objetivos de alocação orçamentária para os Dsei, a exemplo de: número de indígenas atendidos; quantidade de indígenas por profissionais de saúde; ocorrência de doenças epidemiológicas; tamanho da área abrangida pelo Dsei, contratações previstas no PAC, etc; b) parâmetros objetivos para avaliar em que medida os critérios foram atendidos e de que maneira o alcance de resultados impactará, como forma de incentivo à eficácia da política, as alocações orçamentárias seguintes; e c) forma de acompanhamento da execução orçamentária dos Dsei, de forma a adotar, conforme o caso, medidas de contingenciamento orçamentário com menores impactos nos objetivos da política.” (Brasil, 2019a)

Esta situação, já crítica dentro da Saúde Indígena, foi agravada pelo cenário de pandemia, uma vez que estados, municípios, serviços públicos e privados enfrentaram uma escassez sem precedentes de insumos estratégicos, cabendo muitas vezes ao Ministério da Saúde, por sua capacidade maior de negociação, a compra e distribuição de medicamentos, testes, equipamentos de proteção individual, entre outros, o que poderia garantir, em tese, maior eficiência e racionalidade dos gastos públicos.

Neste ponto, iremos destacar que em nenhum dos documentos apresentados pela Sesai durante a pandemia, com destaque no âmbito da ADPF 709, apresentava indicadores de gestão e critérios de alocação de recursos pela Sesai e DSEIs, nem para a distribuição de insumos, testes, EPIs, evidenciando o não cumprimento das atribuições

do Ministério da Saúde/Sesai. Dessa forma, alguns dados de distribuição de insumos, como de EPI e medicamentos, evidenciam a falta de programação, de acordo com critérios epidemiológicos, demográficos ou de capacidade instalada, nessas provisões.

Outra atribuição da Sesai repassada aos Distritos foi quanto as pactuações necessárias para a garantia da integralidade da atenção, particularmente **quanto ao acesso às redes de diagnóstico molecular e de assistência hospitalar** necessários para o enfrentamento da Covid-19. A responsabilidade da atenção primária envolve a execução de um conjunto de ações e a coordenação da continuidade da atenção para os demais níveis de atenção. Além disso, a Lei 9.836/99 preconiza que a atenção oferecida na rede SUS seja adequada aos povos indígenas:

“§ 2º O SUS servirá de retaguarda e referência ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, devendo, para isso, ocorrer adaptações na estrutura e organização do SUS nas regiões onde residem as populações indígenas, para propiciar essa integração e o atendimento necessário em todos os níveis, sem discriminações.

§ 3º As populações indígenas devem ter acesso garantido ao SUS, em âmbito local, regional e de centros especializados, de acordo com suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde.”(Brasil, 1999)

Reafirmando a Lei apresentada acima, o Decreto 7.508, que regulamenta o SUS e dispõe sobre sua organização, planejamento, assistência à saúde e articulação federativa estabelece:

“Art. 11. O acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde será ordenado pela atenção primária e deve ser fundado na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo e no critério cronológico, observadas as especificidades previstas para pessoas com proteção especial, conforme legislação vigente.

Parágrafo único. **A população indígena contará com regramentos diferenciados de acesso, compatíveis com suas especificidades e com a necessidade de assistência integral à sua saúde**, de acordo com disposições do Ministério da Saúde”. (Brasil, 2011, grifos nossos)

Por outro lado, a Portaria 9.795/2019 determina ser papel da Sesai a coordenação e articulação com a rede SUS, no seu Art. 40 determina que

“À Secretaria Especial de Saúde Indígena compete: II - coordenar o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde dos povos indígenas, e a sua integração ao SUS; (...)V - planejar, coordenar, supervisionar, monitorar e avaliar as ações de atenção integral à saúde no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e sua integração com o SUS; (...)VII - incentivar a articulação e a integração com os setores governamentais e não governamentais que possuam interface com a atenção à saúde indígena” (Brasil, 2019b).

Ademais, há anos, nas Conferências Nacionais de Saúde Indígena, eram indicadas as fragilidades das articulações com redes municipais e estaduais. No relatório final da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, realizada em 2013, apresentou-se 53 propostas no eixo “Avanços e Desafios na Atenção de Média e Alta Complexidade para os Povos Indígenas” enfatizando o papel da Sesai na coordenação das relações com os entes federados e instâncias de pactuação como Conass, Conasems e Conselho Nacional de Saúde (CNS) (Brasil, 2015). Há que se ressaltar que diversos distritos estão adscritos em um ou mais municípios ou estados.

3. Aspectos gerais da resposta da Sesai frente à pandemia da Covid-19

A Sesai apresentou, em 11 de março de 2020, o **Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana do novo Coronavírus (COVID-19) em povos indígenas (Sesai, 2020b)**, que foi encaminhado aos DSEI como orientação para elaboração dos seus planos distritais. Esse Plano está organizado a partir de níveis de resposta: Alerta, Perigo Eminente e Emergência em Saúde Pública, sendo que o último nível

“corresponde a uma situação em que há confirmação de transmissão local do primeiro caso de Coronavírus (COVID-19), no território nacional, ou reconhecimento de declaração de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) pela Organização Mundial de Saúde (OMS)” (Sesai, 2020b: 15).

No dia 20 de março de 2020, a Portaria 454 do Ministério da Saúde decreta “**em todo o território nacional, o estado de transmissão comunitária do coronavírus (covid-19)**” (Brasil, 2020f). Entretanto, apesar da estrutura do Plano Nacional da Sesai

caducar em 20 de março de 2020, esse Plano foi o apresentado como vigente no âmbito da ADPF 709, em julho de 2020, e até o último **“Relatório das ações realizadas pela Sesai para Enfrentamento da Pandemia”, de julho de 2021, é referido como Documento Técnico de referência:**

“Um dos principais documentos produzidos pela SESAI é o Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus em Povos Indígenas. Esse documento apresenta o plano em caso de surto e define o nível de resposta e a estrutura de comando correspondente a ser configurada, em cada nível de resposta” (Sesai, 2021r: 03).

Outro aspecto desse documento é que este **não apresenta a operacionalização (responsáveis, metas, prazos) necessários para a implementação** das medidas indicadas, e tampouco como será feito seu monitoramento. Particular atenção deve ser dada a falta de indicativos sobre diagnósticos da capacidade instalada, da força de trabalho e insumos necessários para as medidas de enfrentamento, e dos aportes orçamentários a serem aplicados. Essa falta de planejamento operacional deve estar relacionada com a baixa execução orçamentária, inferior a 2019, observado pela Sesai nos primeiros meses da pandemia (Inesc, 2020). Em contribuição no âmbito da ADPF 709, o grupo de consultores da Fiocruz e Abrasco haviam alertado sobre essas limitações, em 27 de julho de 2020:

“Na avaliação do GC⁴, as propostas de atuação indicadas no Plano.Nacional.2⁵ se caracterizam por serem vagas e imprecisas, definindo basicamente intenções. Há no documento o recorrente uso de termos como recomendar, orientar, fortalecer e promover. Uma vez que se trata de um plano voltado para controle e combate a uma epidemia em curso, a escolha de certos termos, longe de ser uma questão de estilo de escrita, reforça a percepção de escassez de objetividade. O GC enfatizou que a linguagem excessivamente genérica que não se mostra adequada para fins de orientar a ação das equipes dos DSEI e de nível central federal, a quem deveria caber o papel de articuladoras e coordenadoras do controle da COVID-19 em âmbito nacional. Caberia no Plano.Nacional.2 uma definição bastante

⁴ GC refere-se a Grupo de Consultores da Fiocruz e Abrasco no âmbito da ADPF 709

⁵ Plano.Nacional.2 refere-se ao documento apresentado no Grupo de Trabalho coordenado pelo Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos em 23 de julho de 2020 no âmbito da ADPF 709, que engloba a íntegra do **Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo Novo Coronavírus (COVID-19) em povos indígenas, da Sesai de março de 2020.**

mais detalhada quanto a metas, responsáveis, protocolos, indicadores de acompanhamento, cronograma e orçamento. Foi comentado pelo GC que elevado grau de generalidade do documento não subsidia os possíveis entes responsáveis no tocante às atividades de planejamento, execução e monitoramento.” (APIB, 2020b: 03)

Há que se ressaltar que não encontramos em nenhum documento disponibilizado publicamente pela Sesai quaisquer referências ao **Plano de Enfrentamento e Monitoramento da Covid-19 para povos indígenas brasileiros, particularmente de sua 4ª versão**, desenvolvido entre agosto de 2020 e janeiro de 2021, sendo parcialmente homologado pelo Ministro Barroso no âmbito da ADPF 709, em março de 2021.

3.1. Informes técnicos e cenário epidemiológico

Importante destacar que o reconhecimento de estado de transmissão comunitária tem importante impacto na organização da vigilância e assistência à Covid-19, pois todos os casos de Síndrome Gripal ou Síndrome Respiratória Aguda Grave passam a ser casos suspeitos. No cenário de transmissão comunitária não é necessário comprovar vínculo epidemiológico com caso confirmado ou deslocamento, nem é fundamental a confirmação laboratorial do agente etiológico para sua notificação, pois a confirmação pode ser clínica ou clínica-epidemiológica.

Dessa forma, o **“Protocolo para Manejo Clínico do Novo Coronavírus na Atenção Primária a Saúde” (Brasil, 2020h: 08), de março de 2020** define: “casos suspeitos de Síndrome Gripal serão abordados como casos suspeitos de COVID-19”. Essa orientação visa a tomada de medidas precoces nas unidades de saúde para rápida confirmação diagnóstica de Covid-19 e tomada das medidas preventivas para trabalhadores e usuários dos serviços de saúde. Essa abordagem também visa dar maior agilidade a busca ativa de contatos, para prosseguir também ao diagnóstico de casos assintomáticos e medidas de isolamento social e acompanhamento.

Entretanto, observamos que as orientações técnicas da Sesai, presentes nos “Informes Técnicos – Doença pelo Coronavírus 2019”, retardaram a estruturação dessa reposta. No Informe Técnico no. 03, de 23 de março de 2020, afirma:

“Em termos práticos, a declaração é um comando do Ministério da Saúde para que todos os gestores nacionais adotem medidas para promover o distanciamento social e evitar aglomerações, conhecidas como medidas

não farmacológicas, ou seja, que não envolvem o uso de medicamentos ou vacinas. Ainda que se tenha declarada transmissão comunitária do coronavírus no Brasil, na saúde indígena, considerando sua especificidade, a definição de casos operacionais contínua de acordo com o Boletim Epidemiológico n. 05, de 13 de março de 2020” (Sesai, 2020e: 03, grifos nossos).

O Informe Técnico no. 03, de 23 de março mantém a necessidade de vínculo com viagens internacionais ou contato com caso suspeito ou confirmado, sendo atualizado em 30 de março (Sesai, 2020f)) para o critério de **qualquer deslocamento para fora da aldeia**. Entretanto, nas atualizações seguintes, e, a recomendação mais recente, no **Informe Técnico no. 08 (Sesai, 2021b), de janeiro de 2021, ainda não se adota claramente a abordagem sindrômica e o cenário de transmissão comunitária nos Distritos, mantendo-se a necessidade de vínculo com caso confirmado ou saída da aldeia para definição de casos suspeitos de Covid-19**. Há que se destacar que em 30 de junho de 2020, já havia casos confirmados em todos os 34 Distritos, alguns com centenas de casos e totalizando 149 óbitos.

Consideramos que o não reconhecimento da transmissão comunitária nos Distritos retardou a vigilância e estruturação das respostas e, a partir dos Boletins Epidemiológicos disponibilizados publicamente, se observou um baixo número de casos suspeitos nos Distritos durante os vários meses, mesmo com a clara interiorização da pandemia.

Conforme iremos abordar mais adiante, a fragilidade na estruturação da estratégia de testagem para Covid-19 também foi outro fator que retardou o diagnóstico e medidas preventivas nos territórios indígenas, favorecendo a ampla transmissão nas comunidades. Até agosto de 2020, a Sesai demandou a confirmação de caso com a testagem ou contato com caso confirmado laboratorialmente, replicando as orientações do Ministério da Saúde, sem considerar as vulnerabilidades dos povos indígenas e dificuldades na disponibilização dos métodos diagnósticos adequados. Somente a partir de agosto de 2020, que a Sesai indicou critérios mais amplos incluindo as confirmações laboratorial, clínica, clínica-epidemiológica e clínico-imagem. Mas, ainda assim, a Sesai orientou que:

“Para fins de vigilância, notificação e investigação de casos e monitoramento de contatos, o critério laboratorial deve ser considerado o padrão ouro, não excluindo os demais critérios de confirmação.” (Sesai, 2020r; 2021b).

Essa orientação se expressa nos indicadores, pois, dos casos confirmados pela Sesai em 2020, 96,14% foram confirmados laboratorialmente e, em, 2021, 96,2% (Sesai, 2021r). Como veremos adiante, a situação se agrava quando considerada a baixa disponibilização de testes diagnósticos.

3.2.A cobertura e acesso dos serviços para a população indígena

Por outro lado, também esteve presente, durante o enfrentamento da pandemia, o questionamento da cobertura do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), e da consolidação das informações em saúde (casos e óbitos por Covid-19) do conjunto da população indígena. Apesar da histórica invisibilidade da população indígena no país, decorrente a demorada e insuficiente estruturação dos registros acerca da cor ou raça nos sistemas de informação demográfica e de saúde, nos últimos 30 anos houve um importante avanço.

O Censo do IBGE de 2010 evidenciou que, dos 896 mil autodeclarados indígenas, cerca de 379 mil viviam fora das terras indígenas. Esse processo de urbanização das populações indígenas aponta a necessidade de ajustes na estruturação da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena (PNASPI, 2002), considerando que a Lei 9.836/99 reconhece o atendimento diferenciado em toda a rede SUS. Ademais, se também considerarmos os dados socioeconômicos e de saúde das populações indígenas urbanas (Raupp et al, 2017; Santos et al, 2020), se aponta as suas vulnerabilidades. Por outro lado, a parada nos processos demarcatórios e os retrocessos na política indigenista e ambiental, tem levado a crescente vulnerabilização das populações indígenas residentes em terras indígenas não homologadas. Diante desse cenário, no âmbito da ADPF 709 a Articulação dos Povos Indígenas do Brasil solicitou que:

“Seja determinado à União Federal que os serviços do Subsistema de Saúde Indígena do SUS devem ser imediatamente prestados a todos os indígenas no Brasil, inclusive os não aldeados (urbanos) ou que habitem áreas que ainda não foram definitivamente demarcadas” (Apib, 2020a: 82).

O ministro Luís Roberto Barroso reconhecendo a legitimidade do pleito pela APIB, determina em 08 de julho:

“2. Imediata extensão dos serviços do Subsistema Indígena de Saúde aos povos aldeados situados em terras não homologadas. 3. Extensão dos serviços do Subsistema Indígena de Saúde aos povos indígenas não

aldeados, exclusivamente, por ora, quando verificada barreira de acesso ao SUS geral.” (Brasil, 2020c:34).

A partir de agosto, se iniciou o processo de apreciação do **Plano de Enfrentamento e Monitoramento da Covid-19 para povos indígenas brasileiros** que deveria conter o planejamento das estratégias da Sesai para ampliação de sua cobertura para essas populações. Entretanto, o primeiro desafio identificado **foi a imprecisão na identificação da totalidade populacional e localização das populações em terras não homologadas**. A seguir apresentamos as diferentes estimativas populacionais tanto daquelas já cobertas pelo SASI-SUS quanto em terras não homologadas apresentadas no âmbito da ADPF 709 que mostram a oscilação dos dados preocupando nos particularmente sua progressiva redução.

Quadro 2: Estimativas de população indígena em terras não homologadas, DSEIs sem população em terras homologadas e consolidado da população indígena em terras homologadas e não homologadas. Brasil, 2020.

Fontes	Total DSEI	População terras não homologadas ADPF 709	DSEIs sem população em terras não homologadas	População terras homologadas e não homologadas
Plano União na ADPF 709, de 07 de agosto de 2020 – estudo 1	755.898	157.080	06	912.978
Plano União na ADPF 709, de 07 de agosto de 2020 – estudo 2	644.226	268.752	05	912.978
Planilha anexada na ADPF 709, em 28 de agosto de 2020	755.898	123.760	09	879.658
Documentos anexos Plano União ADPF 709, de 07 de setembro de 2020	644.226	268.752	----	912.978
Documentos anexados Plano União ADPF 709, em 23 de outubro de 2020	755.898	135.056	12	890.954
Plano União ADPF 709, de 13 de janeiro de 2021	---	----	---	776.126

Fonte: ADPF 709.

Essas imprecisões impactam tanto no planejamento quanto monitoramento das ações. Assim, no âmbito da ADPF 709, em agosto de 2020, a versão do Plano da União apresentou dois estudos orçamentários para a ampliação da cobertura, estimados em impactos orçamentários entre R\$361.941.761,22 e R\$748.500.481,00, a depender da previsão da distribuição população (os dois estudos referem à mesma população total de 912.978 pessoas) (Brasil, 2020d, anexo E). Entretanto, na versão apresentada pela União em janeiro de 2021 (Brasil, 2021a) e parcialmente homologada em março de 2021, observa-se que para **“Promover acesso à atenção primária aos indígenas que vivem em terras indígenas não homologadas** se usariam **“recursos humanos e logísticos já existentes no SASISUS”** (Brasil, 2021a:227). Ou seja, a União não apresenta **previsão de recursos extras** para contratação de trabalhadores, estruturação de unidades de saúde, compras de insumos ou organização da logística de despesas extraordinárias durante a pandemia. Assim, em sua decisão de 16 de março de 2021, o Ministro Barroso afirma:

“Plano Geral afirma, ainda, a esta altura da pandemia e passados mais de 7 meses da decisão cautelar, a necessidade de estudo de impacto orçamentário quanto a ações de atenção primária para povos em terras não homologadas (p. 218 do Plano Geral). Isso depois de ter afirmado deter equipes suficientes para atender a todos os que vivem em terras indígenas. **Se havia necessidade de estudo orçamentário, ele já deveria estar pronto.** Falta coerência e transparência à União no que respeita ao tratamento dispensado aos povos indígenas de terras não homologadas e urbanos sem acesso ao SUS. Determino que sejam informados os quantitativos de povos situados em terras não homologadas e urbanos sem acesso ao SUS pela FUNAI, providenciados crédito extraordinário e eventuais contratações necessárias a seu atendimento. Responsáveis: Ministério da Saúde, com base em informações prestadas pela FUNAI sobre os aludidos povos, reiterando-se, à FUNAI, que se caracterizam como povos indígenas todas e quaisquer comunidades tradicionais que se identifiquem como tal, situadas ou não em terras homologadas (art. 1º da Convenção 169 OIT)” (Brasil, 2021h: 08).

Há que se ressaltar que qualquer expansão na cobertura de população de um serviço, se não vier acompanhada da ampliação da capacidade instalada, irá repercutir negativamente na qualidade e quantidade da assistência ofertada. Outro impacto nas imprecisões de dados é quanto, por exemplo, ao acompanhamento da cobertura vacinal

contra Covid-19, para a qual a Sesai afirma que sua população alvo é a “População indígena com 18 anos ou mais atendida pelo SASISUS, incluindo-se as especificidades da ADPF 709.” Entretanto, até o momento, somente foi apresentada **a totalidade populacional, que durante os últimos meses, variou de 409.883, para 408.232 e, mais recentemente, de 406.962**⁶. Há que se destacar que a diferença de 1.650 pessoas no período, não está justificada pela Sesai.

Quanto a **população indígena com barreiras de acesso ao SUS**, no Plano da União na ADPF 709, na sua primeira versão, apresentado em agosto de 2020, se referia que se iria estabelecer “critérios para avaliação de barreiras de acesso a cuidados primários em saúde” (Brasil, 2020d: 63), entretanto, sem prazo para sua conclusão. Somente na terceira versão do Plano (Brasil, 2020j), **em novembro de 2020, indicou-se que em janeiro de 2021 iriam ser estabelecidos os critérios dessa população** e realizar reunião com o Conasems (Brasil, 2020j: 108). Assim, em de 05 de janeiro 2021 a Sesai apresentou o Ofício Circular nº.1 referente ao “**Formulário de Barreira de Acesso à Atenção Primária**”, **que referindo à medida limitar da ADPF 709 determina:**

“Após reunião com o Conselho Nacional de Secretarias (CONASEMS), realizada no dia 04 de janeiro de 2021, junto à SESAI, definiu-se **que deve haver registro de relatos de barreira de acesso a atendimentos de atenção primária na rede municipal de saúde**. Assim, no caso de busca de indígena não aldeado por serviços de atenção primária junto ao DSEI, deve ser preenchido e assinado o Formulário de Barreira de Acesso (0018451079). **O DSEI deverá então enviar, via ofício, o respectivo formulário para o município identificado**, solicitando manifestação, com cópia para o CONASEMS (mauro@conasems.org.br) para ciência”. (Sesai, 2021a:01)

Em nota técnica de fevereiro de 2021, os consultores da Fiocruz e Abrasco referem quanto a essas medidas:

“Preliminarmente, manifestamos alguns questionamentos quanto a perspectiva adotada: nos parece haver um retrocesso na decisão ao focar no “registro de relatos de barreira de acesso” ao invés no processo de organização da expansão e oferta da assistência. Também consideramos complicado que, para esse diagnóstico de barreira, delega-se aos usuários o

⁶ https://qsprod.saude.gov.br/extensions/imunizacao_indigena/imunizacao_indigena.html. Acessado em 19 de abril, 02 de agosto e 30 de agosto de 2021.

ônus da comprovação da barreira, quando é responsabilidade dos gestores garantir a assistência, e, portanto, criar as estratégias para identificar essas barreiras, e as estratégias de consulta podem ser coletivas (como pelas organizações indígenas) e não somente individuais; tal processo implica que os usuários indígenas tenham que se deslocar a uma das 34 sedes de Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), sendo que existem populações indígenas urbanas, segundo o IBGE, em mais de 4 mil municípios no país. Dessa forma, esse processo estabelecido é também uma barreira para a maioria das populações indígenas urbanas. A necessidade de preencher e assinar um documento pode gerar constrangimentos aos indígenas, e não está clara qual a finalidade de tal formulário e qual uso será feito. O foco do processo está em notificação a gestores municipais e Conasems sem determinar qual será a estratégia para garantir o atendimento ao usuário indígena.” (Abrasco; Fiocruz, 2021a: 38-9).

4. Ações de Educação e Comunicação direcionadas às populações indígenas acerca da Prevenção da Covid-19

Diante de um novo problema de saúde, sem tratamento com comprovação científica, a organização da resposta frente à pandemia da Covid-19 centrou-se nas medidas preventivas de bloqueio da cadeia de transmissão do Sars-Cov-2. Dessa forma, a agilidade na produção de informações em linguagem acessível e com ampla disseminação era estratégia fundamental para retardar o espalhamento do vírus e prevenir o colapso dos sistemas de saúde. No contexto indígena, adiciona-se a complexidade da existência de 274 línguas, a heterogeneidade na fluência da língua portuguesa oral e escrita, e a diversidade sociocultural de mais de 300 povos, que apresentam distintas condições e modos de vida.

Entretanto, não se observou, por parte da Sesai, a coordenação de uma estratégia de educação em saúde que promovesse a produção desses materiais. Há que se ressaltar que as ações de educação em saúde pelos Distritos e Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) já careciam de incentivo e subsídios por parte da Sesai. O modelo de atenção nos distritos mantém-se centralizados nas doenças e, com fragilidades nas estratégias de prevenção e vigilância da saúde.

O **Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana do novo Coronavírus (COVID-19) em povos indígenas (Sesai, 2020b)**, da Sesai de março de 2020, define como papel da gestão, em todos os níveis de resposta, “Promover ações de educação em saúde referente à promoção, prevenção e controle do novo coronavírus (COVID-19) na população indígena”. Entretanto, esse Plano não orienta diretrizes para a realização dessas atividades e tampouco indica estratégias de incentivo financeiro para sua produção.

Observa-se fragilidade na estruturação dessas ações também na construção do **Plano da União no âmbito da ADPF 709. Após quatro versões, o Plano de Enfrentamento e Monitoramento da Covid-19 para povos indígenas brasileiros** foi homologado parcialmente em março de 2021. Na primeira reformulação do Plano, em 07 de Agosto de 2020, para as ações de comunicação e educação em saúde indicava-se que as ações focariam na: “a distribuição de cartazes sobre medidas de prevenção à COVID-19 em linguagem acessível e com tradução para as línguas nativas; e a divulgação de vídeos institucionais para a população indígena em linguagem acessível e com tradução para as línguas nativas com orientações sobre seus riscos, prevenção e controle” (Brasil, 2020d: 21). Algumas ações tinham o prazo tardio - dezembro de 2020 -, outras deveriam ter caráter contínuo. Entretanto, **nenhum orçamento foi indicado para a execução, sob o argumento que já fazem parte da rotina da Sesai**. Naquele momento, em nota técnica, o grupo de consultores da Fiocruz e Abrasco apontou que:

“As propostas apresentadas no Plano da União evidenciam pouca clareza entre o que seja comunicação em saúde, atividade que se relaciona com a produção e circulação de discursos sobre saúde, e comunicação institucional, executada por Assessorias de Comunicação que são responsáveis pela difusão de informações, valores e objetivos de uma instituição. Dessa forma, não cabe as assessorias de comunicação da FUNAI ou Sesai serem responsáveis pela produção de conteúdo sobre a prevenção e enfrentamento da Covid-19 direcionadas aos povos indígenas. Seria muito mais relevante **estabelecer parcerias com organizações indígenas, entidades indigenistas, redes de comunicadores indígenas, professores e estudantes indígenas, que desde o início da pandemia têm produzido materiais com essa finalidade**. (...) afirmamos que a proposição atual de distribuição de 363 cartazes e produção de vídeos institucionais, é ação limitada e incapaz de garantir o acesso à informação acerca da covid-19 no contexto indígena” (Abrasco; Fiocruz, 2020c:18-9).

O segundo Plano da União, de 07 de setembro de 2020, previa como metas: a) Elaborar e distribuir 363 cartazes sobre medidas de prevenção à Covid-19; b) divulgar vídeos institucionais para a população com orientações sobre as medidas preventivas; c) dialogar com as lideranças indígenas sobre prevenção, controle e manejo da Covid-19 ; d) realizar 1 reunião por terra indígena com lideranças sobre os perigos da Covid-19; e) Criar e distribuir material gráfico sobre medidas de prevenção à Covid-19 ; f) Avaliar a viabilidade de parcerias com entidades civis, redes de comunidades indígenas, professores e estudantes indígenas para produção de material sobre prevenção à Covid-19 (Brasil, 2020e: 33-34). Essas medidas foram apresentadas **sem prazos definidos de conclusão, e o único orçamento indicado foi de R\$17.000,00 para os 363 cartazes (custo unitário de R\$46,83).**

Não existe substancial revisão dos objetivos e das metas até a quarta versão. Quando apresentada, em 13 de janeiro de 2021, essa versão do documento parcialmente homologa o orçamento dos cartazes, **revisto para R\$ 375,84 (custo unitário de R\$0,29) (Brasil, 2021a). Efetivamente a redução do custo não é justificada e esse valor não parece mais compatível com a produção de materiais específicos para cada contexto, mas da reprodução em quantidade de um mesmo material.** Ressalta-se que a diversidade linguística e cultural, implicaria na tradução para diferentes línguas e adequação dos conteúdos. Nessa versão é indicada ainda a realização de parcerias, que não são definidas, remetendo a distribuição de cartazes para 15 de janeiro de 2021.

O “**Relatório das ações realizadas pela Sesai para Enfrentamento da Pandemia**” (Sesai, 2021r), de julho de 2021, não menciona a produção de cartazes ou estabelecimento de parcerias. Os resultados indicados falam da produção de vídeos educativos e institucionais, sendo que em análise dos mais de 600 vídeos do canal do Youtube (<https://www.youtube.com/c/Sa%C3%BAdeInd%C3%ADgenaSESAI/videos>) identifica-se a produção de 5 vídeos educativos em português, em março de 2020, sobre aspectos preventivos da Covid-19. O restante dos vídeos disponibilizados possui um caráter de informação institucional. Observa-se uma confusão entre as ações de educação em saúde direcionadas para as populações indígenas, que possuem um caráter educativo na prevenção da Covid-19, das ações de comunicação institucional, que visam disseminar as informações acerca das atividades institucionais da Sesai.

Em resposta ao **Requerimento do Senado Federal no. 408/2021/CPIPANDEMIA**, a Sesai afirma:

“foram produzidas cartilhas de educação em saúde na língua materna, áudios, vídeos, mensagens na língua materna traduzidas pelos caciques e lideranças que participam dos grupos de aplicativos de mensagens instantâneas, rádio comunicação, incluindo-se orientações sobre a não aglomeração, a importância das medidas de higiene e estimulando as comunidades a estabelecerem um controle de circulação de pessoas” e que “concerne às estratégias de comunicação utilizadas para prevenir a disseminação do coronavírus, foram realizadas ações dos DSEI para minimizar os riscos de transmissão da COVID-19, de acordo com a especificidade da população indígena de abrangência geográfica de cada Distrito Sanitário” (Sesai, 2021: 1-4).

São apresentadas diversas fotos e imagens sem a efetiva apresentação do conjunto de materiais produzidos e disseminados. Há que se apontar que o Plano da União na ADPF 709 refere existir monitoramento mensal dessas atividades por relatórios dos Distritos (Brasil, 2021a: 184). A planilha anexada pela Sesai referente às ações de comunicação (0020681537) na CPI da Covid-19 apresenta um conjunto de notas de imprensa, reportagens e vídeos, que apesar de vários serem classificados como “orientações e prevenção sobre a pandemia”, muitos apresentam caráter de prestação de contas/ propaganda institucional.

5. Qualificação, preparação e proteção dos trabalhadores do SASI-SUS para enfrentamento da pandemia

No contexto da pandemia de Covid-19, os profissionais de saúde foram considerados como um grupo com maior risco de infecção pelo Sars-Cov-2. Dessa forma, caberia aos gestores a responsabilidade por garantir condições de trabalho seguras e adequadas para a saúde dos trabalhadores e proteção dos usuários dos serviços (SOBRASP, 2020). Somente dessa maneira os trabalhadores vão poder continuar prestando seus serviços com qualidade, situação particularmente preocupante em sistemas de saúde frágeis e em regiões remotas (Ballard et al, 2020). Nesse sentido, vale destacar que o SasiSUS, há décadas, enfrenta problemas na contratação de trabalhadores, que resulta em alta rotatividade e dificuldades na qualificação contínua, num contexto em que o vínculo entre equipe e comunidades é imprescindível para os resultados das ações.

Nesse contexto, **a qualificação profissional é uma estratégia tanto para familiarizar e preparar os profissionais com as rotinas e informações técnicas dessa nova doença, quanto para fortalecer sua capacidade de se proteger e aos usuários no seu processo de trabalho.**

A OIT estabeleceu eixos para a segurança e saúde ocupacional no documento “Cinco maneiras de proteger os profissionais de saúde durante a crise do COVID-19” (Sobrasp, 2020:7-9) destaca, dentre outras recomendações, que deve se manter os profissionais de saúde seguros com 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 a garantia dos investimentos para **ampliar e manter profissionais de saúde** em quantidade adequada e qualificados para atuar no contexto da pandemia. Há que se ressaltar que a garantia dessas ações é **de responsabilidade dos gestores** e, portanto, no SasiSUS, da Sesai e dos DSEIs.

O Conselho Nacional de Saúde por meio da Recomendação nº 020, de 07 de abril de 2020, também enfatizou esses aspectos:

“Portanto, são fundamentais medidas de preservação física e psicológica dos trabalhadores. As recomendações internacionais mais frequentes nos países que estruturaram boas respostas à pandemia tem sido: proteger os trabalhadores e garantir equipamentos de proteção individual; testar e identificar, isolar e tratar os doentes; estabelecer medidas de isolamento dos contatos e da população quando houver contágios comunitário” (Conselho Nacional de Saúde, 2020).

5.1. Qualificação dos trabalhadores para a implementação das ações

No **Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana do novo Coronavírus (COVID-19) em povos indígenas (Sesai, 2020b)**, da Sesai de março de 2020, definem-se como atividades para gestão e vigilância, em todos os níveis de resposta:

“Sensibilizar os profissionais de saúde e população indígena em relação a etiqueta respiratória e higiene das mãos; Promover a capacitação de recursos humanos para a investigação de casos suspeitos de infecção humana pelo novo coronavírus (COVID-19). Divulgar materiais de educação em saúde para os trabalhadores da saúde indígena. (...) Divulgar

materiais de educação em saúde para o trabalhador da saúde, incluindo os da saúde indígena” (Sesai, 2020b: 4-5, grifos nossos)

Observa-se pelos termos adotados a falta de responsabilização pela formulação de uma política de qualificação para os trabalhadores sob responsabilidade do gestor federal. Assim, em termos operacionais observamos no Informe Técnico no.01 (Sesai, 2020c), de 16 de março de 2020, que é recomendado às Equipes Multidisciplinares de saúde indígena que repassem as orientações, particularmente aos Agentes Indígenas de Saúde, para as medidas preventivas, de vigilância e assistenciais, **não sendo indicados estratégias e orçamentos para a implementação** dessa comunicação e qualificação dos trabalhadores. Também se indica no primeiro informe que a qualificação dos trabalhadores se dará pela Educação a Distância, na modalidade autoinstrucional, cabendo aos profissionais realizarem por sua própria conta o curso "**Doenças ocasionadas por vírus respiratórios emergentes, incluindo o COVID-19**", ofertado pela Organização Mundial da Saúde e disponibilizado Escola Virtual de Governo (Sesai, 2020c). Entretanto, as condições de acesso aos meios de comunicação a distância eram e ainda são bastante precários em terras indígena e nos municípios sede dos distritos.

Essa mesma abordagem é mantida até o Informe Técnico nº. 05 (Sesai, 2020m), de 08 de maio de 2020, quando se lista nove cursos na modalidade a distância relacionados ao enfrentamento da Covid-19, ofertados por universidades e instituições públicas. Nesse mesmo informe, é apresentado o curso

“Prevenção e Papel dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN) na Pandemia”, ofertado pela Secretaria Especial de Saúde Indígena por meio do Ambiente Virtual de Ensino a Distância e Trabalho Colaborativo do Ministério da Saúde (UniverSUS). O curso tem como público-alvo os AIS e os AISAN que atuam no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena” (Sesai, 2020m:12, grifos nossos)

No informe Técnico nº 07 (Sesai, 2020r), de 10 de agosto de 2020, são indicados mais dois cursos de qualificação; e no último informe, de janeiro de 2021, essa informação não é mais disponibilizada. Por outro lado, observamos que nos **“Relatórios das ações realizadas pela Sesai para Enfrentamento da Pandemia” (Sesai, 2020l)** disponibilizados até 05 de maio de 2020, a única iniciativa da própria Sesai foi a produção de **5 vídeos educativos disponibilizados na Plataforma do Youtube**. No Relatório de

22 de maio de 2020 (Sesai, 2020n) se apresenta a disponibilização do curso “**Prevenção e papel dos Agentes Indígenas de Saúde e Agentes Indígenas de Saneamento na pandemia**” ofertado em Ambiente Virtual. Entretanto, sem a articulação de estratégia de acessibilidade, observa-se que o alcance de tal iniciativa foi limitado: até janeiro de 2021, **somente 212 profissionais**, de um total de cerca de mais de 4 mil Agentes Indígenas de Saúde e de Saneamento, foram certificados por esse curso (Sesai, 2021e).

Em nota técnica, especialistas da Fiocruz e Abrasco alertam no âmbito da ADPF 709:

“Sabemos que a atuação das EMSI ocorrerem em territórios indígenas onde frequentemente não estão disponíveis os meios de comunicação encontrados em centros urbanos, como internet ou telefonia celular. Ademais, mesmo em vários municípios onde se localizam a sede dos DSEI, a disponibilidade e qualidade de internet não são garantidas. Dessa forma, faz-se necessário uma previsão de estruturação das condições do acesso as informações e a formulação das estratégias pelas quais se garantirá a realização e o monitoramento de qualidade da qualificação dos trabalhadores para enfrentamento da Covid-19, seja das EMSI, profissionais da sede e das Casai. Nos preocupa que se atribui aos trabalhadores a responsabilidade pela sua própria qualificação no contexto da pandemia. (...) 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, variável fluência do português e menor familiaridade com plataformas de ensino a distância” (Abrasco; Fiocruz, 2020c: 33-34).

5.2. Contratação extra de força de trabalho

A pandemia gerou uma enorme pressão nos serviços de saúde, necessitando reorganizações das atividades para atendimento separado dos casos suspeitos e confirmados de Covid-19; afastamentos de trabalhadores de grupo de risco por suspeita ou confirmação da Covid-19 e suas sequelas e, propriamente, a expansão de atividades da rotina dos serviços e nos períodos de aumento de casos. Por isso, recomendou-se o monitoramento dos quantitativos e estratégias de contratação emergencial. Estas

deveriam ser feitas a partir das necessidades e especificidades de cada serviço e, no caso do Sasi-SUS, da particularidade demográfica, sociocultural e geográfica de cada DSEI.

Ademais, em julho de 2020, o Ministro Barroso determinou no âmbito da ADPF 709 a expansão **imediate da assistência para reservas e territórios não homologados e aqueles que encontram barreiras no acesso ao SUS**, o que gerou um aumento da demanda. Particularmente alertamos que documentos enviados pela União na ADPF 709 indicavam que essa expansão da cobertura assistencial seria feita **sem novas contratações ou recursos**, o que seguramente compromete a qualidade a atenção ofertada.

Para essas demandas extraordinárias de força de trabalho no SASI-SUS, a Sesai implementou, a partir da Portaria 55, de 13 de abril de 2020 (Brasil, 2020b)), a estratégia de Equipe de Resposta Rápida (ERR). Entretanto, se padronizou **1 (uma) ERR por DSEI**, sem levantamento de demandas e necessidades de cada região, que seguramente são distintas. Nos **“Relatórios das ações realizadas pela Sesai para Enfrentamento da Pandemia”** não se apresenta quaisquer quantitativos das contratações, sendo que, inicialmente previstas para durarem até dezembro de 2020, foram prorrogadas para 2021.

A partir de informações anexadas pela União no âmbito da ADPF 709 temos dados parciais de **que, em 28 de agosto de 2020, houve contratação de profissionais por DSEI, variando de 03 a 10 por distrito, totalizando 228 profissionais** contratados para ERR nos 34 distritos. Contudo, sem quaisquer parâmetros, inclusive sobre as categorias profissionais contratadas, dificilmente pode-se analisar a efetividade e adequação de tais contratações. Há que se destacar que em documento anexado pela União na ADPF 709, em 23 de outubro de 2020, foi apresentada a previsão de contratação de **3 equipes ERR por DSEI, com custo por equipe de R\$1.452.788,65, totalizando um orçamento estimado de R\$49.394.814,10**. A partir desses dados, estima-se que o curso de R\$484.262,88 por trabalhador, entretanto, não foi disponibilizado no período de atuação. Mas, se fosse por 6 meses, o custo mensal estaria em R\$80.710,48, e, por 12 meses, o custo mensal por trabalhador seria de R\$40.355,24. Por outro lado, em nota de Imprensa da Sesai de junho de 2021 se relata que:

“Isso permitiu que, em 2020, 1.262 trabalhadores pudessem ser contratados para atuarem na saúde indígena, incluindo-se nesse universo 230 profissionais de saúde que compõem as Equipes de Resposta Rápida cujo objetivo é atuar diretamente no enfrentamento da

covid-19 nas aldeias. Para 2021, 2.110 novos postos de trabalho foram abertos. Houve a criação de 40 Equipes de Resposta Rápida, totalizando 230 profissionais incorporados à força de trabalho dos DSEI para enfrentamento exclusivo da Covid-19. As equipes são compostas por médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem. Em 2021, esses profissionais permanecem atuando, tendo sido incorporados ao plano de trabalho da SESAI⁷. (Sesai, 2021p)

Entretanto, se somente 230 profissionais contratados são profissionais de saúde, questionamos qual a categoria profissional dos 1.032 contratados em 2020 e dos 1.880 em 2021. Observamos que a estratégia adotada pela Sesai para equacionar a crise sanitária e a sobrecarga de demandas dos distritos foi desenvolver ações pontuais, articuladas com importante componente de distribuição de insumos (EPI e medicamentos), a partir de agosto de 2020.

A outra estratégia da Sesai para fortalecimento da assistência foram **as Unidades de Atenção Primária Indígena (UAPI)**, descritas em documento de 25 de maio de 2020 (Sesai, 2020p). Para a instalação das UAPI foram estipulados estrutura e insumos mínimos. Entretanto, **em nenhum documento da Sesai encontramos a estimativa e previsão orçamentária para instalação das mesmas**. Na ADPF 709 esse foi um questionamento constante e, até o momento, não houve informações acerca disso. A Sesai refere a implantação até maio de 2021, de 289 UAPIs (Sesai, 2021r). A partir de dados públicos dos Expedicionários da Saúde (EDS) custeou a estruturação de 262 Enfermarias de Campanha na Amazônica⁷, com o custo de unidade pequena (10 leitos) de R\$59.740,00 e unidade grande (20 leitos) de R\$90.610,00, com insumos e custo de logística para a implantação. Questionamos quanto a Sesai efetivamente aportou para a implantação e custeio das UAPIs.

5.2.1 Equipes Volantes e outras ações pontuais

Também dentre os documentos anexados pela União na ADPF 709 temos a informação da terceira versão do **Plano de Enfrentamento e Monitoramento da Covid-19 para povos indígenas brasileiros (Brasil, 2020j)**, em novembro de 2020, da criação

⁷ <https://eds.org.br/missao-covid-19/>

de “Equipe Volante de Saúde”, composta por 2 médicos, 3 enfermeiros e 2 técnicos de enfermagem até junho de 2021. Entretanto, conforme nota técnica apresentada ao STF, não se encontrou nenhum documento que esclareça essa estratégia. O grupo de consultores da ADPF 709 apresentou questionamento quanto a essa estratégia:

“Nos gera estranhamento a referência a “equipes volantes” da Sesai, quando até recentemente não existia essa denominação. As “equipes volantes” eram denominação de antiga estratégia da FUNAI, em um contexto de modelo de atuação emergencial e pontual. Por suas insuficiências, o modelo de “equipes volantes” foi substituído décadas atrás pela estratégia de atenção primária à saúde das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena. Portanto, falta o detalhamento do papel e funcionamento dessas “equipes volantes” e sua articulação com as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena.” (Abrasco; Fiocruz, 2020g: 4)

Quanto ao orçamento, se apresenta que a “Contratação de Equipe Volante de Saúde, composta por 2 médicos, 3 enfermeiros e 2 técnicos de enfermagem até junho de 2021 no valor de R\$ 599.314,59” (Brasil, 2020j: 105).

A partir do **“Relatório das ações realizadas pela Sesai para Enfrentamento da Pandemia” (Sesai, 2020x)**, de 20 de novembro de 2020, encontramos o item **“Ações Integradas dos DSEI – Distritos Sanitários Especiais Indígenas”** listando 4 ações de curta duração executadas a partir de agosto de 2020, sem detalhamentos, com a realização de atendimentos, testagem para Covid-19 e distribuição de EPI e medicamentos. A partir do relatório de janeiro de 2021 (Sesai, 2021d), essa sessão foi renomeada para **“Ações Integradas dos DSEI – Distritos Sanitários Especiais Indígenas e Equipe Volante da Sesai”**, apresentando o total de 08 ações de curta duração (entre 5 e 15 dias), sendo dessas 05 com EMSI e Equipe Volante da Sesai, entre outubro e dezembro de 2020, com a realização de atendimentos, testagem para Covid-19 e distribuição de EPI e medicamentos.

Quadro 3: Dados acerca das “Ações Integradas dos DSEI – Distritos Sanitários Especiais Indígenas e Equipe Volante da Sesai”. Brasil, 2020.

Período	DSEI	Atendimentos	Medicamentos	EPI	Testagem para Covid-19	Teste positivo para Covid-19	Com Equipe Volante
28 agosto a 09 de setembro de 2020	Xingu	2.706	7.700	3.650	Não refere	387	Não
14 de agosto a 18 de setembro de 2020	Vilhena	2.867	29.633	8.239	Não refere	16	Não
30 de setembro a 14 de outubro de 2020	Médio Rio Solimões e Afluentes	2.660	17.305	5.130	158	59	Não
19 a 26 de outubro de 2020	Leste Roraima	2.814	20.570	21.710	566	120	Sim
03 a 07 de novembro alterado para 16 a 23 de novembro de 2020	Maranhão	3.299	Não refere	Não refere	426	34	Sim
16 a 23 de novembro de 2020 alterado para 03 a 07 de novembro	Kaiapó do Mato Grosso	1.938	20.960	6.760	148	61	Sim
30 de novembro a 07 de dezembro de 2020	Potiguara	1.589	20.960	10.760	561	205	Sim
14 a 20 de dezembro de 2020	Interior Sul	5.760	20.960	10.760	545	102	Sim
Total		23.633	138.088	67.009	2.404	984	

Segundo os informes epidemiológicos da Sesai, os picos de óbitos ocorreram nas seguintes semanas epidemiológicas, em ordem decrescente, SE 31 (01 a 07 de agosto), SE 26 (27 de junho a 03 de julho), SE 28 (11 de julho a 17 de julho) e SE 25 (20 a 26 de junho). **Dessa forma, os reforços de trabalhadores ocorreram fora dos períodos mais críticos e, sendo ações pontuais (com duração de dias), são insuficientes diante de uma pandemia que estava afetando os distritos há meses e que dependiam de rotinas de vigilância bem estruturadas.**

Chamamos atenção para a mudança de algumas informações nos relatórios da Sesai. No relatório de janeiro de 2021 (Sesai, 2021d) são apresentados os quantitativos totais de testes de Covid-19 realizados e o número de casos positivos. Essa informação foi suprimida no relatório de julho de 2021 (Sesai, 2021r) e incluída as “imunizações”, sem apresentação de quaisquer quantitativos. A partir do relatório de 06 de maio de 2021 (Sesai, 2021h), existe a seção “Ações de Vacinação – Equipes Volantes da Sesai”, que se faz presente até o relatório de julho de 2021, sem dados detalhados sobre o tipo de vacina, a população-alvo estimada e cobertura da aplicação das vacinas. Apresentamos abaixo a síntese dos dados descritos.

Quadro 4: Dados acerca das “Ações de Vacinação – Equipes Volantes da Sesai”. Brasil, 2020.

Período	DSEI	Atendimentos *	Tipo ou doses de vacinas
24 de janeiro a 04 de fevereiro de 2021	Xingu	879	Não refere
01 a 07 de março de 2021	Yanomami	1.628	Não refere
29 de março a 08 de abril	Xavante	7.911	Não refere
01 a 04 de maio de 2021 (Ação Interministerial – Ministério da Defesa- de Vacinação)	Leste Roraima	1.904	Não refere
19 a 29 de maio de 2021	Xingu	3.936 (procedimentos individuais)	Não refere
14 a 23 de junho de 2021	Araguaia	2.878	
Total		19.136	Não refere

*Nos relatórios aparece o termo “atendimento” como resultado, sem detalhamento.

5.2.2. Ações Interministeriais com apoio das Forças Armadas

Outra estratégia desenvolvida a partir do segundo semestre de 2020 foi as ações interministeriais envolvendo o Ministério da Defesa, Ministério da Cidadania, Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos e Sesai/Ministério da Saúde. Segundo a Nota Informativa nº.08, de 2021:

“utilizando-se das missões interministeriais para incremento de suas ações de saúde rotineiras (atendimento em saúde e logística). Reforça-se que o

objetivo das missões é levar suprimentos e atendimento médico especializado para combater a covid-19 e reduzir a possibilidade de que os indígenas se desloquem até a cidade para consultas de média complexidade” (Sesai, 2021:07, grifos nossos)

Diante da ênfase de atendimento especializado, não especificado, não fica clara qual a articulação de tais missões com a estruturação dos serviços de vigilância e assistência à Covid-19. Também não encontramos dados referentes à quais medicamentos, EPI e outros insumos foram distribuídos, quais vacinas foram aplicadas e quais tipos de atendimentos ou procedimentos especializados foram feitos. Os dados apresentados nos “**Relatório das ações realizadas pela Sesai para Enfrentamento da Pandemia**” são bastante resumidos, apresentamos síntese a seguir:

Quadro 5: Informações disponíveis sobre as Operações Interministeriais para enfrentamento da pandemia. Brasil, 2020.

Nome da Operação	Local	Órgãos envolvidos	Período	Serviços assistidos	EPI	Medicamentos	Equipamentos médicos	Atendimentos ou procedimentos	Testagem
Operação São Gabriel da Cachoeira e Tabatinga	São Gabriel da Cachoeira e Tabatinga	MS, SESAI, MD, MMFDH, MJ, Funai	17 e 18 de maio de 2020	Hospitais de Guarnição	35.850 (HGSGC) 39.800 (GHT)	35.370 (HGSGC) 27.005 (HGT)	37 (HGSGC) 39 (HGT)	Não refere	Não refere
Amazonas	São Gabriel da Cachoeira	Sesai/MS, MD, Funai/MMFDH	05 a 13 de junho de 2020	Sesai	96.682	Não refere	Não refere	927	446/ 160+
Vale do Javari	Atalaia do Norte/AM	Sesai/MS, Funai/MMFDH, MD	17 a 22 de junho de 2020	Sesai	39.836	44.400	Não refere	1.147	238/ 53+
Roraima I	Boa Vista nas	Sesai/MS, Funai/MMFDH; MD	29 de junho a 06 de julho de 2020	comunidades Yanomami, Auaris, Waicás, Surucucu e Maturucá	180.772	219.068	Não refere	3.514	1.233/ 327+
Tiriós	Oriximiná	Sesai/MS e MD	17 a 20 de julho de 2020	Terras Indígenas Rio Paru d'Este (Região do Parque do Tumucumaque) e Terras Indígenas do Parque do Tumucumaque	Não refere	37.880	Não refere	1.016	305/ 166+
Xavante Total	DSEi Xavante	Sesai/MS, MD e Funai/MJ	23 de julho a 17 de setembro de 2020	Polos Base: São Marcos (aldeias São Marcos, Nossa Senhora de Fátima e Nossa Senhora de Guadalupe), Sangradouro (aldeia	Total com medicamentos	181.442	Não refere	5.364	217/ 63+

				Sangradouro/São José) e Campinópolis (Aldeona, São Pedro, Santa Clara e Três Marias), Água Boa (Tritopá e Caçula).					
Xavante I	DSEI Xavante		23 de julho a 03 de agosto					1.711	
Xavante II	Dsei Xavante		03 a 09 de agosto de 2020					1.522	
Xavante III	DSEI Xavante		10 de agosto a 17 de setembro					2.141	
Mato Grosso do Sul	Municípios de Aquidauana, Sidrolândia, Miranda, Tacuru, Caarapó e Japorã	Sesai/MS, MD	05 a 30 de agosto	Sesai	66.860	179.108	Não refere	6.167	NÃO REFERE/ 1026+
Mato Grosso do Sul I	DSEI Mato Grosso do Sul – Aquidauana		05 a 09 de agosto de 2020					1.229	
Mato Grosso do Sul II	DSEI Mato Grosso do Sul – (Sidrolândia)		20 a 23 de agosto de 2020					1.308	
Mato Grosso do Sul III	DSEI Mato Grosso do Sul – (Miranda)		25 a 30 de agosto de 2020					2.436	

Mato Grosso do Sul IV	DSEI Mato Grosso do Sul – Tacuru, Japorãe Caarapó		25 a 30 de agosto de 2020					1.103	
Maranhão	Imperatriz e São Luiz	Sesai/MS e MD	14 a 20 de setembro de 2020	Sesai	32.480	122.164	Não refere	19.124	6.986/ 374+
Maranhão I	DSEI Maranhão		15 a 20 de setembro de 2020					5.838	
Maranhão II	DSEI Maranhão		22 a 27 de setembro de 2020					7.024	
Maranhão III	DSEI Maranhão		30 de setembro a 05 de outubro de 2020					6.262	
Roraima II	Estado de RR	Sesai/MS e MD	19 a 26 de outubro de 2020	Sesai	14.120	14.590	Não refere	2.609	Não refere
Alto Rio Juruá	Estado do Acre	Sesai/MS e MD	02 a 11 de novembro de 2020	Sesai	20.160	52.000	Não refere	3.143	58/ 1+
Kaiapó do Pará	Estado do Pará	Sesai/MS e MD	17 a 24 de novembro de 2020	Sesai	10.760	20.960	Não refere	5.144	681/ 109+

Guamá Tocantins	Estado do Pará	Sesai/MS e MD	23 a 24 de novembro de 2020	Sesai	10.760	20.960	Não refere	6.665	Não refere/ 0+
Alto Rio Solimões	Estado do Amazonas	Sesai/MS e MD	07 a 14 de dezembro de 2020	Sesai	13.520	38.480	Não refere	5.685	77/ 0+
Total					586.250	971.257		60.505	

Fonte: Sesai.

5.3. Protocolo sanitário e testagem dos trabalhadores

O primeiro caso confirmado de Covid-19 entre indígenas foi confirmado pela Sesai em 01 de abril de 2020. O caso ocorreu em uma Agente Indígena de Saúde do DSEI Alto Solimões⁸ que se infectou durante o trabalho a partir de um colega médico que havia se deslocado para São Paulo. Essa situação nos leva a questionar os procedimentos de monitoramento da transmissão da Covid-19 entre trabalhadores e a disponibilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e testagem, que analisaremos a seguir.

Somente em agosto de 2020 a Sesai organizou um Protocolo Sanitário de Entrada em territórios indígenas (Sesai, 202t), prevendo a testagem dos trabalhadores antes de transitar em terras indígenas, com vistas a minimizar os riscos de transmissão da Covid-19 entre os profissionais e usuários. Antes disso, a orientação dada pela Sesai nos Informes Técnicos era voltada para o afastamento de trabalhadores sintomáticos ou que fossem contato de casos confirmados, medidas pouco eficazes considerando a alta transmissão em assintomáticos da Covid-19. Abaixo sintetizamos as orientações encaminhadas aos distritos por meio dos Informes Técnicos da Doença Coronavírus 2019.

Quadro 6: Síntese das orientações para afastamento de trabalhadores no SasiSUS. Brasil, 2020.

Informes	Data	Orientação
Informe Técnico no.01 (Sesai, 2020c)	16/03/2020	Afastamento de trabalhadores sintomáticos ou não, que realizaram viagem internacional por 7 dias; medidas preventivas gerais (distanciamento social, higienização, etiqueta respiratória); sintomáticos devem procurar atendimento médico;
Informe técnico no.02 (Sesai, 2020d)	20/03/2020	Manutenção das orientações anteriores; Orientações sobre trabalho remoto dos grupos com riscos de agravamento a covid-19; reorganização das rotinas na sede do Dsei.
Informe técnico no.3 (Sesai, 2020e)	23/03/2020	Adiciona às recomendações anteriores: “A SESAI recomenda que profissionais de saúde das EMSI, CASAI e equipes de saneamento e obras que residam em municípios com transmissão comunitária e apresentarem sintomas respiratórios não deverão realizar atendimentos à população indígena. Nesses casos, o profissional de saúde deverá observar as medidas de isolamento conforme a Portaria GM/MS nº 356/2020.”

⁸ <https://www.dw.com/pt-br/brasil-confirma-primeiro-caso-de-coronav%C3%ADrus-em-ind%C3%ADgena/a-52987288>

Informe técnico no. 04 (Sesai, 2020f)	30/03/2020	Mantém informações informe anterior
Informe técnico no5 (Sesai, 2020m)	08/05/2020	Orientações para afastamento e condições de retorno ao trabalho de trabalhadores da saúde indígena contactantes domiciliares assintomáticos de pacientes suspeitos ou confirmados de Síndrome Gripal, e para Profissional de saúde com suspeita de Síndrome Gripal. Feita atualização das condições de risco para os trabalhadores, e dos cuidados ao retorno do trabalho.
Informe Técnico no.06 (Sesai, 2020q)	16/06/2020	Orientações para afastamento e condições de retorno ao trabalho de trabalhadores da saúde indígena contactantes domiciliares assintomáticos de pacientes suspeitos ou confirmados de Síndrome Gripal, e para Profissional de saúde com suspeita de Síndrome Gripal.
Informe Técnico no 07 (Sesai, 2020r)	10/08/2020	Suprimida a sessão “afastamento de trabalhadores” e não refere o Protocolo de Entrada em território.
Informe Técnico no.08 (Sesai, 2021b)	05/01/2021	Suprimida a sessão “afastamento de trabalhadores” e sugere “intensificar as orientações do Protocolo Sanitário de Entrada em Territórios Indígenas para as pessoas provenientes de áreas com incidência da nova variante”. “Trabalhadores da saúde que apresentem sinais e sintomas que atendam a definição de SG e SRAG, após análise clínica por médico ou enfermeiro, devem entrar em contato com a Divisão de Atenção à Saúde Indígena para providenciar sua remoção do território indígena”.(Sesai, 2021b:12)

Fonte: Sesai.

A Nota Técnica N° 21/2020-COGASI/DASI/SESAI/MS (Sesai, 2020j), de 09 de abril de 2020, referente à distribuição e aplicação dos testes sorológicos rápidos, priorizou sua aplicação em indígenas assistidos pelo SasiSUS e trabalhadores da saúde, restringindo-se apenas àqueles que “se enquadrem na definição de **caso suspeito** estabelecida pelo Ministério da Saúde, incluindo aqueles que: a) tenham circulado em área de transmissão comunitária do vírus **E** apresentem sintomas de infecção respiratória aguda, antes do ingresso em terras e territórios indígenas; ou b)tenham tido contato com caso confirmado de COVID-19 dentro do prazo de 14 dias **E** apresentem sintomas de síndrome gripal; ou c) apresentem condições clínicas para desenvolvimento de complicações por comporem o grupo de risco **E** apresentem sintomas de síndrome gripal” (Sesai, 2020j:01).

Diante da estratégia de ação baseada em casos sintomáticos e na falta de testagem com RT-PCR dos trabalhadores, o grupo de consultores da Fiocruz e Abrasco, no âmbito das reuniões do GT da ADPF 709, havia recomendado em 29 de julho de 2020 que a Sesai deveria:

“elaborar protocolos detalhados sobre os procedimentos de testagem e quarentena de trabalhadores em trânsito nos territórios, e garantir

condições adequadas de isolamento e assistência para os trabalhadores sintomáticos” (APIB, 2020b: 07).

Na primeira versão do Plano da União na ADPF 709 (Brasil, 2020d), verificando que a recomendação não tinha sido incorporada, os especialistas da Fiocruz e Abrasco assinalam em nota técnica que:

“É prioritária a definição clara e rigorosa de rotinas e protocolos no trânsito dos profissionais de saúde e trabalhadores em territórios indígena, com testagem por RT-PCR e adoção de quarentena, para evitar os riscos de transmissão da Covid-19 por trabalhadores assintomáticos ou que estejam no período de incubação da doença.”
(Abasco; Fiocruz, 2020c: 28).

Em outubro de 2020, a União anexou o Protocolo Sanitário de entrada em territórios indígenas na ADPF 709. Para este documento os consultores da Fiocruz e Abrasco fazem as seguintes recomendações:

“Comprovação das pactuações realizadas para a realização dos testes de RT-PCR e apresentação do custeio para realização dos testes; Extensão da quarentena de 7 para 14 dias para a entrada em terras indígenas com povos Isolados e de Recente Contato; Extensão do isolamento de 10 para 14 dias dos trabalhadores que testarem positivo, sejam sintomáticos ou assintomáticos; considerar uso do teste de antígeno nos protocolos. (Abasco; Fiocruz, 2020f: 08)

Vale ressaltar que até a 3ª versão do Plano da União na ADPF 709 (Brasil, 2020j) a Sesai não havia apresentado quaisquer documentos que comprovassem o acesso de usuários ou trabalhadores do SasiSUS ao diagnóstico por RT-PCR, conforme iremos detalhar adiante. Em função disso, o grupo de consultores da ADPF 709 voltou a se manifestar sobre a temática:

“Dessa forma, seria fundamental que União apresentasse a situação de disponibilização da testagem de RT-PCR dos trabalhadores, quantos testes foram realizados desde agosto, e qual os problemas nos fluxos e quais estratégias para resolução das dificuldades de acesso. Novamente, o prazo de 23 de dezembro é extremamente tardio para a situação da pandemia. Ressaltamos que essa ação também necessitará de orçamento, pois os insumos para coleta do RT-PCR não são parte da rotina, e a logística de

transporte tampouco, ademais a qualificação dos trabalhadores também pode requerer recursos extras.” (Abrasco; Fiocruz, 2020g: 14)

“Não consta quaisquer informações atualizadas sobre a garantia da realização de teste de RT-PCR dos trabalhadores antes do ingresso em terra indígena, a única atividade prevista para tal está a articulação com comitês de Crise da COVID-19 estaduais e municipais, com prazo inicial de 23/12/2020, mas sem quaisquer detalhes ou necessidades orçamentarias e logísticas. (Abrasco; Fiocruz, 2021a: 28)

5.4.Afastamento de trabalhadores do SasiSUS

A Nota Informativa nº.08 (Sesai, 2021) apresenta como complemento o documento 0020681715, que traz dados referentes ao afastamento de trabalhadores no SasiSUS durante a pandemia. Fizemos uma análise preliminar, de caráter descritivo, a partir dos encaminhados em formato pdf que tiveram que ser novamente digitados em planilhas específicas. Embora tenha havido revisão para inconsistências no banco final, alguns problemas foram detectados ao longo da análise. A falta de um dicionário de variáveis e de um documento com a metodologia usada em cada DSEI para as coletas dos dados dificultou a análise das informações apresentadas, ainda mais considerando a heterogeneidade nas informações disponibilizadas entre os DSEI.

Apesar das limitações, apresentamos na Tabela 2 alguns dados relevantes encontrados: a) **praticamente não houve substituição de trabalhadores afastados**, de modo que existiu desassistência em determinados períodos; b) **os trabalhadores envolvidos diretamente com a assistência em territórios indígenas foram mais impactados** pelos eventos (Síndrome gripal, Covid-19 e óbito por Covid-19); c) **Técnicos de enfermagem e enfermeiros foram as categorias mais afetadas, seguidos dos Agentes Indígenas de Saúde e motoristas** - há que se ressaltar que são categorias frequentemente ocupadas por indígenas. Não fica claro se o diagnóstico de Covid-19 foi realizado antes da entrada em TI ou se os profissionais foram infectados nas próprias áreas, sendo tal informação fundamental para a análise mais acurada.

Tabela 2. Análise descritiva das principais variáveis disponibilizadas acerca do afastamento de trabalhadores do SasiSus durante a pandemia (n=5.289), Brasil, 2020 e 2021.

Variável	Frequência (contagem)
Profissão	
Técnico/a de enfermagem	1.437 (27,2%)
Enfermeiro/a	795 (15,0%)
Agentes Indígenas de Saúde ^{&}	454 (8,6%)
Motorista	368 (7,0%)
Cirurgiã/o dentista	244 (4,6%)
Auxiliar de saúde bucal	165 (3,1%)
Médico/a	190 (3,6%)
Outras	1.636 (30,9%)
Área de atuação	
ADC**	2.897 (54,8%)
DSEI	1.552 (29,3%)
CASAI	816 (15,4%)
Outros/não informado	24 (0,5%)
Substituído	
Não	5.096 (96,3%)
Sim	193 (3,7%)
Síndrome Gripal (SG)	
Sim	1.809 (34,2%)
COVID-19	
Sim	2.909 (55,0%)
Óbito por COVID-19	
Sim	34 (0,6%)

[&] Agentes Indígenas: classificados no banco como AIS, Agente Comunitário de Saúde e Agente Indígena de Saúde

^{**} Assistência direta à comunidade = atuação “em área”, nos pólos-base e equipe de resposta rápida (ERR)

Fonte: Planilha 0020681715 anexada a Nota Informativa no. 08 (Sesai, 2021).

A partir da Tabela 3 podemos observar que **enfermeiros, técnicos de enfermagem e dentistas tiveram maior risco de ocorrência dos eventos**, particularmente da Covid-19. Chama a atenção a baixa ocorrência na categoria de Agentes Indígenas de Saúde, que pode significar subnotificação, pois são trabalhadores residentes em territórios indígenas e, portanto, com menor acesso a serviços; ou, que tiveram suas rotinas de trabalho reduzidas, e por isso, menor exposição.

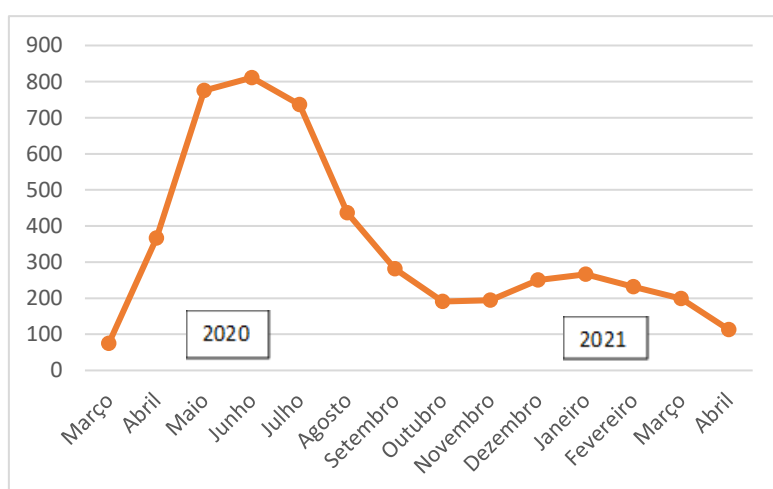
Tabela 3: Registro de frequência dos eventos e de taxas por categoria profissional. Brasil, 2020 e 2021.

Categoria	Frequência por categoria	SG	COVID-19	Óbito	Total categoria	Freq%	SG%	COVD%	OBITO%
TecEnf	1437	485	877	10	3630	39,6	13,4	24,1	0,27
Enf	795	322	458	3	1659	47,9	19,4	27,6	0,18
AIS	454	162	267	7	4498	10,1	3,6	5,9	0,15
Motorista	368	126	224	6	1694	21,7	7,4	13,2	0,35
Dentista	244	91	132	0	480	50,8	18,9	27,5	0
AuxSaudeBucal	165	59	80	0	443	37,2	13,3	18,1	0
Medico	190	63	79	0	503	37,7	12,5	15,7	0
Outras	1636	501	792	8	4244	38,5	11,8	18,7	0,18

Fonte: Planilha 0020681715 anexada a Nota Informativa no. 08 (Sesai, 2021).

Apresentamos abaixo um gráfico com a evolução dos registros dos dados apresentados por mês, tanto para 2020 como para 2021. Podemos ver que **o período com maior registro foi de maio a julho de 2020, tendo havido novo aumento, embora menor, entre dezembro de 2020 e março de 2021.** É importante lembrar que os dados solicitados foram para o ano de 2020, mas havia diversas informações sobre registros em 2021. Portanto, os dados para 2021 devem ser vistos com cautela.

Gráfico 1. Evolução mensal dos registros para 2020 e 2021, de acordo com a frequência dos eventos (SG, Covid-19 e óbito Covid-19).



Fonte: Planilha 0020681715 anexada a Nota Informativa no. 08 (Sesai, 2021).

6. Distribuição de Equipamentos de Proteção Individual e Testes rápidos

As Notas Técnicas da ANVISA orientam o uso de EPIs e afirmam:

“É responsabilidade dos gestores dos serviços de saúde o fornecimento aos profissionais do serviço de saúde dos EPI apropriados e de qualidade e em quantidade suficiente. Além disso, é fundamental que os gestores desses serviços forneçam condições para a implementação das medidas de prevenção e controle da infecção, incluindo as estratégias de controle de engenharia, de controle administrativo, segurança ocupacional e de proteção individual e coletivas”. (ANVISA, 2020b: 83)

Para serviços de saúde ambulatoriais a ANVISA aponta a necessidade de que profissionais de saúde, higiene e limpeza, administrativos, recepção, segurança e pacientes devem fazer uso de máscaras cirúrgicas, sendo as máscaras de tecido indicadas apenas para as funções administrativas e pacientes assintomáticos se garantido o distanciamento de pelo menos 1 metro. Para atendimento de pacientes sintomáticos, recomenda o uso de óculos ou protetor facial, máscara cirúrgica, avental e luvas (ANVISA, 2020b: 87 - 89).

Desta forma é **responsabilidade da gestão do Subsistema, a Sesai, a garantia da disponibilidade de EPI para os profissionais que atuam nos DSEI, CASAI e territórios indígenas**. Considerando que a EMSI, em território, será responsável pelo atendimento de pacientes sintomáticos e assintomáticos e a vigilância dos casos suspeitos e confirmados deve ser garantida a disponibilidade de óculos ou protetor facial, máscara cirúrgica, avental e luvas para todos os profissionais da equipe.

Encontramos limitações para analisar a disponibilização de EPI e testes rápidos sorológicos para os Distritos: a) não foi possível descrever adequadamente o perfil dos EPIs distribuídos nas Ações Interministeriais porque os dados são apresentados de forma consolidada sem discriminar o tipo de EPI; b) os EPI adquiridos pelos DSEI não apresentam informações quanto à unidade a que a contagem se refere (caixas/unidades); c) falta de informação detalhada sobre o quantitativo dos profissionais por categoria profissional por DSEI, para que se tenha o cálculo adequado de necessidade de máscara N95, óculos, touca e avental.

Considerando que os profissionais atuam em média 20 dias no mês, uma projeção conservadora da necessidade mensal de equipamentos de proteção individual, por profissional, é apresentada na Tabela 04, considerando: a) num mês o uso de 02 máscaras N95 e 01 óculos para procedimentos específicos; b) por dia acesso a 04 luvas, 04 máscaras cirúrgicas descartáveis, 02 aventais e 02 toucas.

Tabela 04. Estimativa de necessidade mensal de EPI para 01 profissional de assistência à saúde.

EPI	Quantidade por profissional (EMSI e CASAI)	Total para mês por profissional (considerando 20 dias de trabalho)
Máscara N95 (mês)	2	2
Óculos	1	1
Luvas descartáveis (dia)	4	80
Máscara descartável (dia)	4	80
Avental descartável (dia)	2	40
Touca (dia)	2	40

Fonte: elaboração dos autores.

Utilizando dados disponibilizados na ADPF 709, foi possível estimar o quantitativo de profissionais alocados nas EMSI e CASAI de cada DSEI para cálculos aproximados da quantidade necessária de EPI mensal e comparar com a quantidade de insumos disponibilizada em cada DSEI no período de abril de 2020 a julho de 2021. A base de cálculo levou em conta o quantitativo de estoque disponível nos DSEI em 01 de abril de 2020 (Sesai, 2020k), o quantitativo distribuído pela Sesai até 28 de julho de 2021 e o quantitativo adquirido pelos DSEIs, cujos dados foram disponibilizados nos **“Relatórios das ações realizadas pela Sesai para Enfrentamento da Pandemia”**(Sesai, 2020k, 2020l, 2020n, 2020o, 2020x, 2021d, 2021e, 2021h, 2021m, 2021n, 2021o, 2021r, 2021s) e nas planilhas de aquisições de insumos em 2020 e 2021 (ID 0020681932 e ID 0020681962) anexas à Nota Informativa N° 8/2021.

Esta comparação, apresentada na Tabela 5, demonstra distintos cenários entre os 34 DSEI, mas pode-se afirmar que, no geral, a quantidade EPIs disponíveis foi insuficiente. **As máscaras cirúrgicas disponíveis, no período, corresponderam a 13,83% da necessidade, as máscaras N95 e similares a 40,61%; luvas a 16,71%, aventais a 5,12%, touca a 5,70% e óculos de proteção a 11,99%.** O DSEI Amapá e

Norte do Pará, segundo os dados analisados, teve máscaras cirúrgicas, máscaras N95 e luvas suficientes, o DSEI Litoral Sul apresenta suficiência para Luvas e o DSEI Potiguará para óculos de proteção.

A diversidade de EPI por profissional dentre os DSEI (Tabela 6) sugere **a falta de critério para compra e distribuição desses equipamentos pela Sesai**. Merece destaque que para os DSEI Kaiapó do Mato Grosso e Leste de Roraima não há qualquer menção à aquisição de EPI nas planilhas de aquisições de insumos em 2020 e 2021 (Anexos ID 0020681932 e ID 0020681962, Sesai, 2021). Também é referido que o DSEI Bahia adquiriu apenas 1.600 toucas e DSEI Alto Rio Juruá 48 protetores faciais e 1600 aventais.

Considerando que também foi preconizada a **testagem ampla de usuários e trabalhadores**, realizou-se a análise da distribuição **de testes rápidos sorológicos, os únicos disponibilizados no SasiSUS até o momento**. Há que se ressaltar que os testes rápidos sorológicos não são adequados para triagem de assintomáticos e são tardios para realização do diagnóstico (sensibilidade maior somente após 8º dia de sintoma). Desde julho de 2020, houve a validação e disponibilização no país dos testes rápidos de antígenos, que possuem equivalência ao RT-PCR. Entretanto, o Relatório das ações realizadas pela Sesai para Enfrentamento da Covid-19, **de 24 de maio de 2021**, relata que **“está em processo licitatório (fase interna) conduzido pela SVS e DLOG, a aquisição de testes de antígeno para detecção do vírus SARS-CoV-2”** (Sesai, 2021m:07). Há que se destacar que o Plano da União (Brasil, 2021a), parcialmente homologado na ADPF 709, **previa a aquisição de 800 mil testes de antígenos** para distribuição aos Distritos

“está prevista a aquisição e início do fornecimento de testes de antígenos do parceiro tecnológico para entrega ao Ministério da Saúde, no prazo de 60 dias após a disponibilização orçamentária, prevista para início de janeiro de 2021. (...) Como premissa para fornecimento imediato, serão disponibilizados 200 mil testes produzidos pelo parceiro tecnológico, com avaliação técnica da FIOCRUZ” (Sesai, 2021a :204).

Até 04 de novembro de 2020 a SESAI informa que envio 71.420 testes rápidos sorológicos, total que elevou a 73.000 em fevereiro de 2021 e assim permanece até julho de 2021. Ou seja, houve uma **interrupção na disponibilização** deles aos distritos. Para analisar a disponibilidades dos testes, estipulamos alguns cenários. Primeiro, considerando se todos **os testes rápidos sorológicos** fossem usados para a triagem de trabalhadores da saúde (EMSI e Casai), nesse caso, o quantitativo disponibilizado

permitiria somente **4,73 testes por profissional no período de abril de 2020 a julho de 2021**, tendo as primeiras remessas sido feitas somente em abril de 2020. Entretanto, observa-se que a distribuição dos testes rápidos sorológicos não apresenta um padrão entre os DSEI e CASAI. Tomando como exemplo o DSEI Alto Rio Negro, este recebeu o equivalente a 30,16 testes por profissional, sendo o único que recebeu quantitativo superior a 12 testes por profissional de EMSI e CASAI; já o DSEI Porto Velho recebeu somente 1,23 teste por profissional. Tais disparidades não obedecem a critérios técnicos que orientem o quantitativo necessário para cada DSEI.

Outro cenário, seria considerarmos a disponibilidade dos testes para a totalidade da população indígena assistida no SasiSUS, estimada em 755.898 pessoas, nessa análise, os 73.000 mil testes representam **0,096 teste por habitante, no período de abril de 2020 a julho de 2021**, variando entre 0,45 no DSEI Alto Rio Negro e 0,03 nos DSEI Alto Rio Solimões, Maranhão e Pernambuco. Há que ressaltar que as três Casais Nacional (Brasília, São Paulo e Goiânia) receberam somente 200 testes rápidos sorológicos.

Segundo dados do Informe Epidemiológico da SE 29 de 2021 a Sesai (Sesai, 2021t) até julho de 2021 houve 123.362 registros de Covid-19, sendo 51.483 confirmados e 69.722 descartados. Assim, se considerarmos a razão testes por casos encontramos a proporção de 0,59, novamente **indicando a insuficiente disponibilização de testes diagnósticos aos usuários indígenas. Também deve ser ressaltado que a distribuição de testes foi tardia e a modalidade distribuída foi a menos sensível para a detecção de casos.**

Tabela 5. Comparação da Estimativa de Necessidade para profissionais das EMSI e CASAI e a quantidade disponível de EPI (Distribuição pela SESAI + relatório de Ações da Sem. Epidem. 29 de julho de 2021 + estoque apontado em 01 de abril de 2020) para o período abril/2020 a julho/2021

DSEI/CASAI	Profissionais EMSI + CASAI	EPI e Teste Disponível							Estimativa de Necessidade Total para o Período						Percentual disponível em relação ao necessário					
		Máscara Cirúrgica	Máscara N95	Luvas	Avental	Touca	Óculos de Proteção	Testes Rápidos	Máscara Cirúrgica	Máscara N95	Luvas	Avental	Touca	Óculos de Proteção	Máscara Cirúrgica	Máscara N95	Luvas	Avental	Touca Descartável	Óculos de Proteção
Alagoas e Sergipe	353	28.682	2.880	46.194	1.085	1.591	253	580	451.840	11.296	451.840	225.920	225.920	5.648	6,35	25,50	10,22	0,48	0,70	4,48
Altamira	137	30.850	1.800	15.390	905	1.250	783	380	175.360	4.384	175.360	87.680	87.680	2.192	17,59	41,06	8,78	1,03	1,43	35,72
Alto Rio Juruá	390	42.950	4.940	55.300	6.255	5.400	503	780	499.200	12.480	499.200	249.600	249.600	6.240	8,60	39,58	11,08	2,51	2,16	8,06
Alto Rio Negro	433	113.800	12.716	113.600	11.940	24.200	1.523	13.060	554.240	13.856	554.240	277.120	277.120	6.928	20,53	91,77	20,50	4,31	8,73	21,98
Alto Rio Purus	279	116.500	3.645	92.102	37.150	18.700	3.253	780	357.120	8.928	357.120	178.560	178.560	4.464	32,62	40,83	25,79	20,81	10,47	72,87
Alto Rio Solimões	932	114.000	16.200	26.355	26.415	29.600	1.753	2.200	1.192.960	29.824	1.192.960	596.480	596.480	14.912	9,56	54,32	2,21	4,43	4,96	11,76
Amapá e Norte do Pará	106	162.100	3.926	245.700	3.765	1.700	203	680	135.680	3.392	135.680	67.840	67.840	1.696	119,47	115,74	181,09	5,55	2,51	11,97
Araguaia	225	18.275	3.260	17.000	780	4.100	313	540	288.000	7.200	288.000	144.000	144.000	3.600	6,35	45,28	5,90	0,54	2,85	8,69
Bahia	437	32.900	5.400	12.600	400	9.600	253	1.340	559.360	13.984	559.360	279.680	279.680	6.992	5,88	38,62	2,25	0,14	3,43	3,62
Ceará	366	245.949	3.260	19.784	126.640	966	353	1.400	468.480	11.712	468.480	234.240	234.240	5.856	52,50	27,83	4,22	54,06	0,41	6,03
Cuiabá	453	47.550	3.900	25.900	6.090	5.900	223	1.880	579.840	14.496	579.840	289.920	289.920	7.248	8,20	26,90	4,47	2,10	2,04	3,08
Guamá-Tocantins	505	37.400	2.100	295.900	480	7.000	303	880	646.400	16.160	646.400	323.200	323.200	8.080	5,79	13,00	45,78	0,15	2,17	3,75
Interior Sul	916	111.350	11.400	18.684	17.652	19.050	653	2.080	1.172.480	29.312	1.172.480	586.240	586.240	14.656	9,50	38,89	1,59	3,01	3,25	4,46
Kaipó do Mato Grosso	254	19.700	2.490	173.900	1.210	2.400	153	580	325.120	8.128	325.120	162.560	162.560	4.064	6,06	30,63	53,49	0,74	1,48	3,76
Kaipó do Pará	332	49.550	4.600	15.100	4.285	8.200	623	1.780	424.960	10.624	424.960	212.480	212.480	5.312	11,66	43,30	3,55	2,02	3,86	11,73
Leste de Roraima	950	84.200	8.200	132.100	1.695	50.200	503	10.460	1.216.000	30.400	1.216.000	608.000	608.000	15.200	6,92	26,97	10,86	0,28	8,26	3,31
Litoral Sul	475	67.150	5.530	778.500	3.720	66.300	753	980	608.000	15.200	608.000	304.000	304.000	7.600	11,04	36,38	128,04	1,22	21,81	9,91
Manaus	550	190.850	10.800	88.580	7.482	83.980	1.438	2.660	704.000	17.600	704.000	352.000	352.000	8.800	27,11	61,36	12,58	2,13	23,86	16,34
Maranhão	609	50.870	3.901	121.396	33.120	39.638	403	980	779.520	19.488	779.520	389.760	389.760	9.744	6,53	20,02	15,57	8,50	10,17	4,14
Mato Grosso do Sul	582	134.420	11.068	59.600	7.350	12.900	1.063	5.920	744.960	18.624	744.960	372.480	372.480	9.312	18,04	59,43	8,00	1,97	3,46	11,42
Médio Rio Purus	304	57.183	8.600	21.100	1.680	1.200	908	1.080	389.120	9.728	389.120	194.560	194.560	4.864	14,70	88,40	5,42	0,86	0,62	18,67
Médio Rio Solimões e Afluentes	493	67.250	10.900	17.025	820	2.500	553	1.080	631.040	15.776	631.040	315.520	315.520	7.888	10,66	69,09	2,70	0,26	0,79	7,01
Minas Gerais e Espírito Santo	479	44.447	1.480	130.990	17.093	1.569	253	800	613.120	15.328	613.120	306.560	306.560	7.664	7,25	9,66	21,36	5,58	0,51	3,30
Parintins	320	64.665	3.700	18.319	4.770	1.880	503	1.020	409.600	10.240	409.600	204.800	204.800	5.120	15,79	36,13	4,47	2,33	0,92	9,82
Pernambuco	685	90.100	6.900	17.895	11.510	2.102	353	1.300	876.800	21.920	876.800	438.400	438.400	10.960	10,28	31,48	2,04	2,63	0,48	3,22
Porto Velho	586	52.650	3.521	15.331	7.850	4.950	303	720	750.080	18.752	750.080	375.040	375.040	9.376	7,02	18,78	2,04	2,09	1,32	3,23
Potiguará	166	93.955	2.903	21.703	2.092	6.060	4.303	780	212.480	5.312	212.480	106.240	106.240	2.656	44,22	54,65	10,21	1,97	5,70	162,01
Rio Tapajós	325	34.800	4.502	45.800	1.385	2.600	1.003	880	416.000	10.400	416.000	208.000	208.000	5.200	8,37	43,29	11,01	0,67	1,25	19,29
Tocantins	473	61.200	5.600	18.500	42.100	7.600	2.603	740	605.440	15.136	605.440	302.720	302.720	7.568	10,11	37,00	3,06	13,91	2,51	34,39
Vale do Javari	306	50.660	5.600	38.840	19.800	9.345	583	2.320	391.680	9.792	391.680	195.840	195.840	4.896	12,93	57,19	9,92	10,11	4,77	11,91
Vilhena	451	117.550	3.616	131.860	5.355	16.902	253	780	577.280	14.432	577.280	288.640	288.640	7.216	20,36	25,06	22,84	1,86	5,86	3,51
Xavante	613	111.350	3.329	49.432	32.821	9.040	431	4.800	784.640	19.616	784.640	392.320	392.320	9.808	14,19	16,97	6,30	8,37	2,30	4,39
Xingu	261	23.470	2.270	48.805	3.645	720	733	1.720	334.080	8.352	334.080	167.040	167.040	4.176	7,03	27,18	14,61	2,18	0,43	17,55
Yanomami	670	148.400	14.350	340.620	56.175	103.266	1.503	4.840	857.600	21.440	857.600	428.800	428.800	10.720	17,30	66,93	39,72	13,10	24,08	14,02
CASAI Nacional Brasília	28	8.100	540	15.700	365	500	13	120	35.840	896	35.840	17.920	17.920	448	22,60	60,27	43,81	2,04	2,79	2,90
CASAI Nacional Goiânia		950	440	5.700	250	400	13	40	-	-	-	-	-	-						
CASAI Nacional São Paulo		7.700	450	11.600	75	400	13	40	-	-	-	-	-	-						
Total	15.444	2.733.476	200.717	3.302.905	506.205	563.709	29.629	73.000	19.768.320	494.208	19.768.320	9.884.160	9.884.160	247.104	13,83	40,61	16,71	5,12	5,70	11,99

Tabela 6. Quantidade de EPI e Teste por DSEI identificando Aquisição pelo DSEI, a distribuição pela SESAI considerando o relatório de Ações da Sem. Epidem. 29 de julho de 2021 e o estoque apontado em 01 de abril de 2020 e quantidade de EPI por profissionais das EMSI e CASAI

DSEI/CASAI	Tipo	População	Profissional EMSI + CASAI	Máscara Cirúrgica	Máscara N95	Protetor Facial	Luvas	Avental	Touca	Óculos de Proteção	Testes Rápidos	Quantidade por Profissional Total						
												Teste	Máscara Cirúrg.	Máscara N95	Luva	Avental	Touca	Óculos de Proteção
Alagoas e Sergipe	Aquisição DSEI			14.800			2.100	100	6									
Alagoas e Sergipe	Distribuição SESAI			13.300	2.880		1.900	445	400	253	580							
Alagoas e Sergipe	Estoque			582	-		42.194	540	1.185									
Alagoas e Sergipe Total		12.483	353	28.682	2.880		46.194	1.085	1.591	253	580	1,64	81,25	8,16	130,86	3,07	4,51	0,72
Altamira	Aquisição DSEI			8.000			90		50	500								
Altamira	Distribuição SESAI			22.700	1.800		14.300	605	1.000	283	380							
Altamira	Estoque			150	-		1.000	300	200									
Altamira Total		4.463	137	30.850	1.800		15.390	905	1.250	783	380	2,77	225,18	13,14	112,34	6,61	9,12	5,72
Alto Rio Juruá	Aquisição DSEI					48		1.600										
Alto Rio Juruá	Distribuição SESAI			35.800	4.700		2.500	545	-	503	780							
Alto Rio Juruá	Estoque			7.150	240		52.800	4.110	5.400									
Alto Rio Juruá Total		18.192	390	42.950	4.940	48	55.300	6.255	5.400	503	780	2,00	110,13	12,67	141,79	16,04	13,85	1,29
Alto Rio Negro	Aquisição DSEI			16.000			80			400								
Alto Rio Negro	Distribuição SESAI			89.800	12.700		5.520	8.340	16.000	1.123	13.060							
Alto Rio Negro	Estoque			8.000	16		108.000	3.600	8.200									
Alto Rio Negro Total		28.766	433	113.800	12.716		113.600	11.940	24.200	1.523	13.060	30,16	262,82	29,37	262,36	27,58	55,89	3,52
Alto Rio Purus	Aquisição DSEI			90.000			75.902	32.000	15.000	3.000								
Alto Rio Purus	Distribuição SESAI			23.500	3.600		15.900	150	1.100	253	780							
Alto Rio Purus	Estoque			3.000	45		300	5.000	2.600									
Alto Rio Purus Total		12.698	279	116.500	3.645		92.102	37.150	18.700	3.253	780	2,80	417,56	13,06	330,11	133,15	67,03	11,66
Alto Rio Solimões	Aquisição DSEI			900		160	2.815	22.000	15.000	450								
Alto Rio Solimões	Distribuição SESAI			108.600	16.200		13.540	915	14.300	1.303	2.200							
Alto Rio Solimões	Estoque			4.500	-		10.000	3.500	300									
Alto Rio Solimões Total		71.068	932	114.000	16.200	160	26.355	26.415	29.600	1.753	2.200	2,36	122,32	17,38	28,28	28,34	31,76	1,88
Amapá e Norte do Pará	Aquisição DSEI				1.001	50		30										
Amapá e Norte do Pará	Distribuição SESAI			2.100	2.800		1.900	445	1.700	203	680							
Amapá e Norte do Pará	Estoque			160.000	125		243.800	3.290	-									
Amapá e Norte do Pará Total		13.048	106	162.100	3.926	50	245.700	3.765	1.700	203	680	6,42	1.529,25	37,04	2.317,92	35,52	16,04	1,92
Araguaia	Aquisição DSEI			325			400	100	100	60								
Araguaia	Distribuição SESAI			15.300	2.300		14.700	510	500	253	540							
Araguaia	Estoque			2.650	960		1.900	170	3.500									
Araguaia Total		5.855	225	18.275	3.260		17.000	780	4.100	313	540	2,40	81,22	14,49	75,56	3,47	18,22	1,39
Bahia	Aquisição DSEI								3.000									
Bahia	Distribuição SESAI			32.800	5.400		8.400	400	600	253	1.340							
Bahia	Estoque			100	-		4.200	-	6.000									
Bahia Total		33.054	437	32.900	5.400		12.600	400	9.600	253	1.340	3,07	75,29	12,36	28,83	0,92	21,97	0,58
Ceará	Aquisição DSEI			228.205		64	4.484	126.000	666									
Ceará	Distribuição SESAI			15.800	3.000		15.300	620	100	353	1.400							

Ceará	Estoque			1.944	260		-	20	200									
Ceará Total		26.966	366	245.949	3.260	64	19.784	126.640	966	353	1.400	3,83	671,99	8,91	54,05	346,01	2,64	0,96
Cuiabá	Aquisição DSEI			1.900				6.000										
Cuiabá	Distribuição SESAI			25.900	3.900		1.900	90	900	223	1.880							
Cuiabá	Estoque			19.750	-		24.000	-	5.000									
Cuiabá Total		7.397	453	47.550	3.900		25.900	6.090	5.900	223	1.880	4,15	104,97	8,61	57,17	13,44	13,02	0,49
Guamá-Tocantins	Aquisição DSEI			10.300				5.000										
Guamá-Tocantins	Distribuição SESAI			27.100	2.100		1.900	470	-	303	880							
Guamá-Tocantins	Estoque			-	-		294.000	10	2.000									
Guamá-Tocantins Total		17.479	505	37.400	2.100		295.900	480	7.000	303	880	1,74	74,06	4,16	585,94	0,95	13,86	0,60
Interior Sul	Aquisição DSEI			57.750			2.584	16.957	5.050	150								
Interior Sul	Distribuição SESAI			53.600	11.400		16.100	695	1.200	503	2.080							
Interior Sul	Estoque			-	-		-	-	12.800									
Interior Sul Total		41.834	916	111.350	11.400		18.684	17.652	19.050	653	2.080	2,27	121,56	12,45	20,40	19,27	20,80	0,71
Kaiapó do Mato Grosso	Aquisição DSEI																	
Kaiapó do Mato Grosso	Distribuição SESAI			18.700	2.400		3.900	410	400	153	580							
Kaiapó do Mato Grosso	Estoque			1.000	90		170.000	800	2.000									
Kaiapó do Mato Grosso Total		4.989	254	19.700	2.490		173.900	1.210	2.400	153	580	2,28	77,56	9,80	684,65	4,76	9,45	0,60
Kaiapó do Pará	Aquisição DSEI			21.000				3.000		100								
Kaiapó do Pará	Distribuição SESAI			28.100	4.600		13.900	485	200	523	1.780							
Kaiapó do Pará	Estoque			450	-		1.200	800	8.000									
Kaiapó do Pará Total		6.203	332	49.550	4.600		15.100	4.285	8.200	623	1.780	5,36	149,25	13,86	45,48	12,91	24,70	1,88
Leste de Roraima	Aquisição DSEI																	
Leste de Roraima	Distribuição SESAI			84.200	8.200		4.800	1.695	50.200	503	10.460							
Leste de Roraima	Estoque			-	-		127.300	-	-									
Leste de Roraima Total		53.114	950	84.200	8.200		132.100	1.695	50.200	503	10.460	11,01	88,63	8,63	139,05	1,78	52,84	0,53
Litoral Sul	Aquisição DSEI			51.000			900	3.000	60.000	300								
Litoral Sul	Distribuição SESAI			3.900	5.500		1.900	720	-	453	980							
Litoral Sul	Estoque			12.250	30		775.700	-	6.300									
Litoral Sul Total		25.052	475	67.150	5.530		778.500	3.720	66.300	753	980	2,06	141,37	11,64	1.638,95	7,83	139,58	1,59
Manaus	Aquisição DSEI			167.000		1.000	50.100	6.000	60.700	650								
Manaus	Distribuição SESAI			23.800	10.800		16.500	1.482	-	788	2.660							
Manaus	Estoque			50	-		21.980	-	23.280									
Manaus Total		31.478	550	190.850	10.800	1.000	88.580	7.482	83.980	1.438	2.660	4,84	347,00	19,64	161,05	13,60	152,69	2,61
Maranhão	Aquisição DSEI			500			2.496											
Maranhão	Distribuição SESAI			42.000	3.200		11.800	870	900	403	980							
Maranhão	Estoque			8.370	701		107.100	32.250	38.738									
Maranhão Total		37.819	609	50.870	3.901		121.396	33.120	39.638	403	980	1,61	83,53	6,41	199,34	54,38	65,09	0,66
Mato Grosso do Sul	Aquisição DSEI			60.320			3.900	3.200		200								
Mato Grosso do Sul	Distribuição SESAI			73.700	11.000		7.900	1.850	7.900	863	5.920							
Mato Grosso do Sul	Estoque			400	68		47.800	2.300	5.000									
Mato Grosso do Sul Total		78.692	582	134.420	11.068		59.600	7.350	12.900	1.063	5.920	10,17	230,96	19,02	102,41	12,63	22,16	1,83
Médio Rio Purus	Aquisição DSEI			2.883			200	1.000	100	385								
Médio Rio Purus	Distribuição SESAI			52.300	8.600		1.900	630	1.000	523	1.080							

Médio Rio Purus	Estoque			2.000	-		19.000	50	100									
Médio Rio Purus Total		7.803	304	57.183	8.600		21.100	1.680	1.200	908	1.080	3,55	188,10	28,29	69,41	5,53	3,95	2,99
Médio Rio Solimões e Afluentes	Aquisição DSEI			250			125	100		100								
Médio Rio Solimões e Afluentes	Distribuição SESAI			66.800	10.900		16.100	720	2.500	453	1.080							
Médio Rio Solimões e Afluentes	Estoque			200	-		800	-	-									
Médio Rio Solimões e Afluentes Total		22.554	493	67.250	10.900		17.025	820	2.500	553	1.080	2,19	136,41	22,11	34,53	1,66	5,07	1,12
Minas Gerais e Espírito Santo	Aquisição DSEI			23.500			4.940	15.000	169									
Minas Gerais e Espírito Santo	Distribuição SESAI			17.300	1.480		2.700	445	-	253	800							
Minas Gerais e Espírito Santo	Estoque			3.647	-		123.350	1.648	1.400									
Minas Gerais e Espírito Santo Total		17.033	479	44.447	1.480		130.990	17.093	1.569	253	800	1,67	92,79	3,09	273,47	35,68	3,28	0,53
Parintins	Aquisição DSEI			51.000			2.000	4.000	80	200								
Parintins	Distribuição SESAI			12.500	3.700		16.300	570	1.800	303	1.020							
Parintins	Estoque			1.165	-		19	200	-									
Parintins Total		16.620	320	64.665	3.700		18.319	4.770	1.880	503	1.020	3,19	202,08	11,56	57,25	14,91	5,88	1,57
Pernambuco	Aquisição DSEI			51.600			2.095	10.715	142									
Pernambuco	Distribuição SESAI			38.300	6.900		14.400	795	1.200	353	1.300							
Pernambuco	Estoque			200	-		1.400	-	760									
Pernambuco Total		38.843	685	90.100	6.900		17.895	11.510	2.102	353	1.300	1,90	131,53	10,07	26,12	16,80	3,07	0,52
Porto Velho	Aquisição DSEI			27.500			1.171	5.400	50	100								
Porto Velho	Distribuição SESAI			20.400	3.500		12.900	190	400	203	720							
Porto Velho	Estoque			4.750	21		1.260	2.260	4.500									
Porto Velho Total		10.733	586	52.650	3.521		15.331	7.850	4.950	303	720	1,23	89,85	6,01	26,16	13,40	8,45	0,52
Potiguará	Aquisição DSEI			69.355		250	1.603	1.332	160	4.050								
Potiguará	Distribuição SESAI			21.700	2.900		2.900	570	500	253	780							
Potiguará	Estoque			2.900	3		17.200	190	5.400									
Potiguará Total		15.209	166	93.955	2.903	250	21.703	2.092	6.060	4.303	780	4,70	565,99	17,49	130,74	12,60	36,51	25,92
Rio Tapajós	Aquisição DSEI			1.300			400	400	1.000	700								
Rio Tapajós	Distribuição SESAI			31.000	4.100		2.100	545	1.600	303	880							
Rio Tapajós	Estoque			2.500	402		43.300	440	-									
Rio Tapajós Total		13.332	325	34.800	4.502		45.800	1.385	2.600	1.003	880	2,71	107,08	13,85	140,92	4,26	8,00	3,09
Tocantins	Aquisição DSEI			34.000			2.400	41.500	6.000	2.000								
Tocantins	Distribuição SESAI			27.200	5.600		16.100	600	1.600	603	740							
Tocantins	Estoque			-	-		-	-	-									
Tocantins Total		12.618	473	61.200	5.600		18.500	42.100	7.600	2.603	740	1,56	129,39	11,84	39,11	89,01	16,07	5,50
Vale do Javari	Aquisição DSEI			410		130	2.640	250	45	80								
Vale do Javari	Distribuição SESAI			49.500	5.600		4.900	18.960	9.100	503	2.320							
Vale do Javari	Estoque			750	-		31.300	590	200									
Vale do Javari Total		6.308	306	50.660	5.600	130	38.840	19.800	9.345	583	2.320	7,58	165,56	18,30	126,93	64,71	30,54	1,91
Vilhena	Aquisição DSEI			95.900			160	4.300	102	50								
Vilhena	Distribuição SESAI			15.600	3.600		1.900	385	300	203	780							

Vilhena	Estoque			6.050	16		129.800	670	16.500									
Vilhena Total		5.898	451	117.550	3.616		131.860	5.355	16.902	253	780	1,73	260,64	8,02	292,37	11,87	37,48	0,56
Xavante	Aquisição DSEI			60.000			108	30.561	5.000	128								
Xavante	Distribuição SESAI			42.150	3.300		4.324	1.960	3.840	303	4.800							
Xavante	Estoque			9.200	29		45.000	300	200									
Xavante Total		22.188	613	111.350	3.329		49.432	32.821	9.040	431	4.800	7,83	181,65	5,43	80,64	53,54	14,75	0,70
Xingu	Aquisição DSEI			270	540		705	660	20	430								
Xingu	Distribuição SESAI			15.200	1.700		2.900	385	-	303	1.720							
Xingu	Estoque			8.000	30		45.200	2.600	700									
Xingu Total		8.072	261	23.470	2.270		48.805	3.645	720	733	1.720	6,59	89,92	8,70	186,99	13,97	2,76	2,81
Yanomami	Aquisição DSEI			36.000			90.000	45.000	30.000									
Yanomami	Distribuição SESAI			112.400	14.300		3.720	1.535	42.300	1.503	4.840							
Yanomami	Estoque			-	50		246.900	9.640	30.966									
Yanomami Total		28.037	670	148.400	14.350		340.620	56.175	103.266	1.503	4.840	7,22	221,49	21,42	508,39	83,84	154,13	2,24
CASAI Nacional Brasília	Aquisição DSEI																	
CASAI Nacional Brasília	Distribuição SESAI			8.100	540		15.700	365	500	13	120							
CASAI Nacional Brasília	Estoque						-											
CASAI Nacional Brasília Total			28	8.100	540	-	15.700	365	500	13	120	4,29	289,29	19,29	560,71	13,04	17,86	0,46
CASAI Nacional Goiânia	Aquisição DSEI																	
CASAI Nacional Goiânia	Distribuição SESAI			950	440		5.700	250	400	13	40							
CASAI Nacional Goiânia	Estoque						-											
CASAI Nacional Goiânia Total				950	440		5.700	250	400	13	40							
CASAI Nacional SP	Aquisição DSEI																	
CASAI Nacional SP	Distribuição SESAI			7.700	450		11.600	75	400	13	40							
CASAI Nacional SP	Estoque						-											
CASAI Nacional São Paulo Total				7.700	450		11.600	75	400	13	40							
Total	Aquisição DSEI			1.181.968	1.541	1.702	254.398	380.205	207.440	14.033								
Total	Distribuição SESAI			1.279.800	196.090		310.704	50.722	164.840	15.596	73.000							
Total	Estoque			271.708	3.086		2.737.803	75.278	191.429									
Total Geral	Total Geral	755.898	15.444	2.733.476	200.717	1.702	3.302.905	506.205	563.709	29.629	73.000	4,73	176,99	13,00	213,86	32,78	36,50	1,92

6.1. Frequência de distribuição de EPI e Teste Rápido pela SESAI/MS

Com relação a frequência da distribuição desses insumos, as análises dos Relatórios de Ações divulgados no site da SESAI demonstram que **a última ocorreu entre 22 de janeiro de 2021 e 18 de fevereiro de 2021**. A partir desta última data, os 4 relatórios analisados apresentam o mesmo quantitativo de EPI e Teste rápido distribuídos (Tabela 7). Os quantitativos distribuídos entre 04 de novembro de 2011 e 28 de julho de 2021 totalizam: 53.700 máscaras cirúrgicas, 25.800 máscaras N95, 125.400 luvas, 300 aventais e 1.580 testes sorológicos rápidos, o que corresponde a 9,86% do total de insumo distribuído. **Ou seja, em 2021 foi distribuído menos de 10% do quantitativo total, o que aponta um cenário grave de paralisia do apoio as equipes de saúde nos Distritos.**

Tabela 7. Quantitativo de EPI e Teste Rápido distribuídos pela SESAI considerando a data do Relatório de Ação analisado e de atualização da tabela de EPI.

Data do Relatório	Data atualização da tabela EPI	Data da	Máscara Cirúrgica	Máscara N95	Luva	Avental	Touca descartável	Óculos de Proteção	Testes Rápidos	Álcool Gel 70%	TOTAL
15/04/2020											-
05/05/2020	1º envio	04/05/2020	66.000		62.700				6.480		135.180
05/05/2020	2º envio	04/05/2020	4.600	3.490	80.600			111	4.100		92.901
05/05/2020	3º envio	04/05/2020	112.800	22.300	22.800	11.332	5.800				175.032
22/05/2020		04/05/2020	183.400	25.790	166.100	11.332	5.800	111	10.580	12	403.125
20/11/2020		04/11/2020	1.217.100	170.290	185.304	50.422	164.840	15.596	71.420	15.261	1.890.233
22/01/2021		19/01/2021	1.270.800	196.090	207.304	50.722	164.840	15.596	71.800	15.261	1.992.413
18/02/2021		09/02/2021	1.270.800	196.090	310.704	50.722	1.030.000	15.596	73.000	15.261	2.962.173
24/05/2021		19/05/2021	1.270.800	196.090	310.704	50.722	164.840	15.596	73.000	15.261	2.097.013
11/06/2021		19/05/2021	1.270.800	196.090	310.704	50.722	164.840	15.596	73.000	15.261	2.097.013
Sem. Epid. 24/2021		19/05/2021	1.270.800	196.090	310.704	50.722	164.840	15.596	73.000	15.261	2.097.013
Sem. Epid. 29/2021		28/07/2021	1.270.800	196.090	310.704	50.722	164.840	15.596	73.000	15.261	2.097.013

6.2. Distribuição de testes vencidos aos DSEI

Outro alerta que se faz é quanto ao Ofício Circular nº 41/2020/COBIES/DASI/SESAI/MS, de 04 de novembro de 2020 (Sesai, 2020v), que orienta 17 DSEIs sobre o descarte de teste rápidos vencidos. O texto do ofício informa

que o lote W195004188, com validade até 27 de outubro de 2020, foi enviado aos DSEIs e que “alguns Distritos não receberam os testes em tempo hábil para a utilização devido à dificuldade de acesso”. Contudo dentre os 17 DSEI identificados 8 têm suas sedes em capitais estaduais (Quadro 7), como por exemplo: DSEI Bahia com sede em Salvador, DSEI Litoral Sul com sede em Curitiba, DSEI Manaus com sede em Manaus. Consideramos bastante alarmante esse tipo de falha na distribuição de insumos fundamentais no combate à pandemia.

Quadro 7. Identificação dos DSEI que receberam o Ofício Circular nº 41/202º com a cidade sede do DSEI

DSEI	Cidade da sede do DSEI
DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA - ALTO RIO NEGRO	São Gabriel da Cachoeira - AM
DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA - ALTO RIO SOLIMÕES	Tabatinga - AM
DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA – ARAGUAIA	São Félix do Araguaia - MT
DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA – BAHIA	Salvador - BA
DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA - KAIAPÓ DO PARÁ	Redenção - PA
DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA - LESTE DE RORAIMA	Boa Vista - RR
DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA - LITORAL SUL	Curitiba - PR
DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA – MANAUS	Manaus - AM
DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA - MÉDIO RIO SOLIMÕES E AFLUENTES	Tefé - AM
DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA - MINAS GERAIS E ESPÍRITO SANTO	Governador Valadares - MG
DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA – PARINTINS	Parintins - AM
DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA - PORTO VELHO	Porto Velho - RO
DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA – POTIGUARA	João Pessoa - PB
DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA - RIO TAPAJÓS	Itaituba - PA
DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA – TOCANTINS	Palmas - TO
DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA - VALE DO JAVARI	Atalaia do Norte - AM
DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA – YANOMAMI	Boa Vista - RR

7. Estratégia de testagem

Desde os primeiros meses da pandemia, uma das estratégias recomendadas para o controle da transmissão do Sars-Cov-2 era a realização de ampla testagem, para rápida identificação de casos e busca ativa de contatos, particularmente, daqueles

assintomáticos. Além do mais, a confirmação diagnóstica era necessária para o monitoramento do impacto da Covid-19 e do cenário epidemiológico gerado pela circulação viral. Desde as primeiras orientações técnicas foi indicado que **o padrão ouro para testagem da Covid-19 era o RT-PCR**, e a Sesai encaminhou aos distritos essas orientações do Ministério da Saúde (Brasil, 2020a; Brasil, 2020h).

Nesse sentido, uma das questões colocadas desde o início da pandemia no país era a estruturação e orientações acerca do fluxo de RT-PCR, inclusive a distribuição de insumos para coleta de amostras (swab e tubo coletor) e organização da logística em tempo hábil, considerando que a amostra deve chegar em 72 horas na central de análise:

“Nesse momento, a realização do diagnóstico laboratorial para detecção do novo coronavírus (2019-nCov) está sendo realizado **somente** nos Centros Nacionais de Influenza (NIC – sigla em inglês para National Influenza Center): Laboratório de Vírus Respiratórios e Sarampo da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ/RJ); Laboratório de Vírus Respiratórios do Instituto Evandro Chagas (IEC/SVS/MS) ; Laboratório de Vírus Respiratórios do Instituto Adolfo Lutz (IAL/SES-SP) (...)As amostras devem ser mantidas refrigeradas (4-8°C) e devem ser processadas dentro de 24 a 72 horas da coleta até chegar ao LACEN” (Brasil, 2020a: 09, grifos nossos)

Na forma como está estruturado o SUS, aos serviços de atenção primária (APS), do qual faz parte o SASI-SUS, caberia o atendimento dos casos sintomáticos e a busca de contatos e, portanto, também a coleta de RT-PCR para encaminhamento aos laboratórios. Há que se ressaltar que a coleta para amostra por swab nasal é feita nos serviços de saúde e não na rede de laboratórios credenciados ao LACEN, onde se faz a análise da amostra. Dessa forma, a APS precisava capacitar os profissionais para coleta de RT-PCR, distribuir insumos (swab e tubo coletor) e pactuar e organizar o fluxo com municípios e estados para que as amostras chegassem em até 72h aos laboratórios credenciados. Entretanto, **não encontramos nenhum documento da Sesai que orientasse acerca da distribuição de insumos para coleta de amostras ou fluxos para encaminhamento** das mesmas. O que nos leva a supor que a Sesai encaminhou seus pacientes para os serviços de saúde em área urbana para a coleta de amostras, o que deve ter impactado na sua execução. Tal pressuposto é confirmado na Nota Informativa nº.08 (Sesai, 2021:06) que aponta que,

entre março de 2020 e maio de 2021, foram realizados somente 20.630 exames de RT-PCR em indígenas.

Fizemos leitura de todos os “Informes Técnicos – Doença pelo Coronavírus 2019”, de modo que, apesar de ressaltarem que a confirmação laboratorial pelo RT-PCR é o padrão ouro, não trazem quaisquer informações sobre disponibilização de insumos para coleta de amostras ou fluxo para encaminhamento das amostras ou para coleta. A partir do Informe Técnico nº. 05 (Sesai, 2020m) é indicada confirmação laboratorial por “resultado positivo em RT-PCR em tempo real, pelo protocolo Charité, **e/ou** teste rápido” (p.02). Entretanto, persiste a ausência de informações sobre insumos para coleta de RT-pCR e o fluxo de envio das amostras para os LACEN.

Quanto ao uso de testes sorológicos rápidos afirma-se no Informe Técnico no.05:

“As orientações sobre o uso de testes rápidos constam nas Notas Técnicas nº 11/2020-DESF/SAPS/MS e nº 21/2020-COGASI/DASI/SESAI/MS. A coleta e testagem rápida de amostras de pacientes que atendem à definição de caso suspeito de COVID-19 é uma prioridade para o manejo clínico e controle de surtos e devem ser realizadas por um profissional capacitado. Ao interpretar o resultado do teste rápido deve-se avaliar o quadro clínico e epidemiológico. Devido às características da infecção pelo SARS-CoV-2, nos primeiros dias após o início dos sintomas os anticorpos não são devidamente detectados pelo teste. Para atingir valores de sensibilidade de 86%, é necessário que o teste seja realizado após o sétimo dia do início dos sintomas.” (Sesai, 2020m: 07, grifos nossos)

A Nota Técnica Nº 21/2020-COGASI/DASI/SESAI/MS, de 09 de abril de 2020, anexada à Nota Técnica nº 11/2020-DESF/SAPS/MS, sobre utilização de testes rápidos sorológicos distribuídos pelo Ministério da Saúde. No âmbito dos distritos, a Sesai recomenda:

“os testes devem ser utilizados somente em trabalhadores da saúde, indígenas assistidos pelo SASISUS e trabalhadores do DSEI que possuam contato com a população diariamente (como motoristas), que se enquadrem na definição de caso suspeito estabelecida pelo Ministério da Saúde, incluindo aqueles que: a)tenham circulado em área de transmissão comunitária do vírus E apresentem sintomas de infecção respiratória aguda, antes do ingresso em terras e territórios indígenas; ou b)tenham tido contato com caso confirmado de COVID-19 dentro do prazo de 14 dias E

apresentem sintomas de síndrome gripal; ou c) apresentem condições clínicas para desenvolvimento de complicações por comporem o grupo de risco E apresentem sintomas de síndrome gripal” (Sesai, 2020j:01, grifos nossos).

Ou seja, a Sesai mantém a estratégia de testagem somente para sintomáticos, mas não de maneira ampla, e direcionada somente para aqueles com vínculo epidemiológico maior. Diante das quantidades distribuídas pela Sesai aos distritos até o momento, observamos que é uma abordagem limitada, tanto que na Nota Técnica nº.21 “recomenda-se que os DSEI avaliem criteriosamente a necessidade do uso dos testes rápidos conforme as orientações contidas nesta nota” (Sesai, 2020j: 03, grifos nossos). Apesar dos alertas presentes na Nota Técnica nº.21 acerca do período de realização do teste e da sinalização de que o resultado negativo do teste sorológico não descarta o diagnóstico, inexistente a descrição ou ênfase da importância da realização do RT-PCR nas normas técnicas produzidas pela Sesai.

Vemos que essa limitação na aplicação da estratégia de testagem sorológica é recomendação do Ministério da Saúde por meio da Nota Técnica nº. 11, que está anexa a Nota Técnica nº.21 da Sesai (Sesai, 2020j). Essa nota do Ministério da Saúde faz uma estimativa do quantitativo de testes em relação aos trabalhadores da saúde, com foco nas pessoas sintomáticas, numa estruturação de monitoramento dos mesmos quanto aos afastamentos. Ou seja, a Nota Técnica nº. 11 do Ministério da Saúde não é uma nota técnica de orientação da estruturação dos diagnósticos nos serviços, mas de monitoramento dos trabalhadores.

O Informe Técnico nº.06 da Sesai (Sesai, 2020q), de junho de 2020, mantém a orientação de confirmação laboratorial do documento anterior, sem ressaltar as diferenças entre o RT-PCR e testes sorológicos rápidos, e mantém como referência as Notas técnicas 21 da Sesai e Nº. 11 do MS, que somente se referem aos testes rápidos sorológicos. Apesar do Informe indicar a importância da testagem e que o padrão ouro para o diagnóstico é o RT-PCR não se orienta sobre os fluxos e logísticas de coleta e análise do RT-PCR.

O Informe Técnico nº.07 (Sesai, 2020r), de 10 de agosto de 2020, é uma atualização que ocorre já com o desenvolvimento da ADPF 709, portanto, há que se ressaltar também as orientações feitas pelos consultores da Fiocruz e Abrasco. No Informe Técnico nº. 07, a confirmação laboratorial da Covid-19 é descrita como “caso suspeito

com resultado detectável em RT-qPCR em tempo real, pelo protocolo Charité/Berlim, **OU** positivo para teste rápido”. Apesar de ampliar os critérios diagnósticos (laboratorial, clínico, clínico-epidemiológico, clínico- imagem), conforme orientações da Nota técnica dos Consultores na ADPF 709, indica que “para fins de vigilância, notificação e investigação de casos e monitoramento de contatos, o critério laboratorial deve ser considerado o padrão ouro, não excluindo os demais critérios de confirmação” (Sesai, 2020r:03, grifos nossos).

Apesar do Informe Técnico no.07 indicar “a coleta de amostras para RT-qPCR de pacientes que atendem à definição de caso suspeito de COVID-19 é uma prioridade para o manejo clínico e controle de surtos” (Sesai, 2020r: 07), não existe quaisquer orientações ou referências de informes ou notas da Sesai referente a coleta e fluxo de encaminhamento das amostras. Apesar das recomendações do grupo de consultores da Fiocruz e Abrasco na ADPF 709, o Informe Técnico n°.07 **não incorpora o uso de teste rápido de antígeno** como alternativa para diagnóstico, sendo que a referência aos mesmos existe somente para critério de liberação de isolamento social (Sesai, 2020r:09).

O Informe Técnico n°.08, de 05 de janeiro de 2021, atualiza os critérios diagnósticos, para o laboratorial:

“LABORATORIAL: caso suspeito com resultado detectável em RT-qPCR em tempo real, pelo protocolo Charité/Berlim, positivo para teste rápido ou positivo para teste rápido de pesquisa de antígeno: resultado reagente para SARS-CoV-2 pelo método de Imunocromatografia para detecção de antígeno. Observação: Considerar o resultado IgG reagente como critério laboratorial confirmatório somente em indivíduos sem diagnóstico laboratorial anterior para COVID-19. **LABORATORIAL EM INDIVÍDUO ASSINTOMÁTICO:** Indivíduo assintomático com resultado de exame: BIOLOGIA MOLECULAR: resultado detectável para SARS-CoV-2 realizado pelo método RT-qPCR em tempo real ou por teste rápido de pesquisa de antígeno com resultado reagente para SARS-CoV-2” (p.03).(…) **“OBSERVAÇÃO:** Para fins de vigilância, notificação e investigação de casos e monitoramento de contatos, o critério laboratorial deve ser considerado o padrão ouro, não excluindo os demais critérios de confirmação.” (Sesai, 2021b: 04)

Chama a atenção que na seção **“Recomendações quanto às novas variantes do SARS-COV-2 no Brasil” no Informe Técnico n°.08 da Sesai, não haja referência à**

rede vigilância genômica que é feita exclusivamente pelo RT-PCR. E, mesmo que o Informe Técnico n°.08 reitere as informações sobre a importância do RT-PCR, continua sem mencionar a distribuição de insumos de coleta de RT-PCR e fluxo de amostras aos LACEN. Na conjuntura atual, além de ser o diagnóstico mais preciso, o RT-PCR também é a única estratégia para o monitoramento das variantes em territórios indígenas.

Quanto as orientações sobre testagem para Covid-19, o Informe Técnico n°.08 mantém a referência às Notas Técnicas n°.21, da Sesai, e no.11 do MS que enfatizam os testes sorológico e grupos restritos para testagem. Após recomendações reiteradas no âmbito da ADPF 709, em 3 notas técnicas do grupo de consultores da Fiocruz e Abrasco, é incorporado o uso de **testes rápidos de antígeno**:

“Novos testes rápidos aprovados pela OMS que detectam antígenos de SaRS-CoV-19 para realização de diagnósticos são acessíveis, confiáveis e podem ser realizados em qualquer lugar, permitindo que profissionais de saúde realizem testes precisos e rápidos, mesmo em comunidades remotas. Os testes imunocromatográficos com pesquisa de antígenos do COVID-19 podem ser utilizados como diagnóstico na fase aguda da doença (janela do 2º ao 7º dia após início dos sintomas). No caso de indisponibilidade dos testes moleculares, conforme o Guia de Vigilância Epidemiológica Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019, esses podem ser utilizados” (Sesai, 2021b: 09-10)

Entretanto não há referência a qualquer documento que oriente sobre distribuição e uso do teste rápido de antígeno e, até o momento, **não tivemos acesso a nenhum documento que comprove a distribuição de testes rápido de antígenos aos DSEI**. Informações não oficiais referem que houve distribuição de pequenos quantitativos e de uso prioritário para os profissionais de saúde, em 2021.

Assim, **até o momento, a Sesai não disponibilizou quaisquer informações que comprovem que foram feitos os treinamentos dos profissionais para coleta de RT-PCR ou que houve distribuição de insumos para coleta (swab e tubo coletor) ou organização dos fluxos de encaminhamento das amostras**. Essas informações foram pedidas no âmbito da ADPF 709, e somente na **4ª versão do Plano da União, parcialmente homologada, foi apresentada proposta de estruturação do RT-PCR em parceria com Fiocruz e Secretaria de Vigilância a Saúde (Brasil, 2021a), mas com diversas ressalvas**:

“Dada a complexidade da operação logística necessária para coleta das amostras suspeitas da COVID-19 em todos os municípios, que envolvem malha aérea, rodoviária e fluvial, não é possível garantir (sem um estudo técnico e operacional logístico aprofundado) o tempo de retorno destes resultados. Também não é possível garantir, neste momento, que o tempo necessário para transporte do meio viral, constante dos kits de coleta será de no máximo 72h, que é o tempo máximo considerando as especificações dos kits de coleta” (Brasil, 2021a:203, grifos nossos).

Surpreende que passados quase um ano de pandemia, ainda não se havia concluído os estudos necessários e fortalecimento da logística necessária para o acesso ao diagnóstico molecular, pelo menos em parte dos Distritos. Com relação a distribuição de insumos para coleta de RT-PCR, atribuição da Atenção Primária a Saúde, vemos na Nota Informativa no. 08:

“Cabe acrescentar ainda que a SESAI não realiza a compra direta de RT-PCR, seguindo assim o mesmo fluxo já adotado pelas secretarias estaduais e municipais de saúde. (...) não há disponibilização específica de testes RT-PCR para a saúde indígena e nem distribuição aos DSEI, sendo os testes realizados conforme demanda dos DSEI e fluxos estaduais e municipais para processamento nos LACEN” (Sesai, 2021i: 06, grifos nossos).

Ressaltamos que caberia a Sesai prover insumos para a coleta de RT-PCR (swab e tubos coletores) para viabilizar seu acesso a tal teste nos territórios indígenas nos quais seria possível um fluxo de até 72hs aos Lacen. Nessas circunstâncias, ao invés de interiorizar a testagem, a estratégia prioritária adotada pela Sesai foi que o usuário indígena teria que ser removido e encaminhado à cidade para sua realização. Diante desse cenário, não nos surpreende que entre março de 2020 e maio de 2021 somente tenham sido realizados 20.630 testes RT-PCR para detecção do vírus SARS-CoV-2 para a população atendida pela Sesai (Sesai, 2021i: 06). Se considerarmos que a população assistida pelo Sasi-SUS está estimada entre 755.898 e que o total de trabalhadores está estimado em 20.655 (destes 12.365 profissionais das EMSI, 3.061 sede DSEI e 3.079 nas CASAI), observa-se que a distribuição de 73 mil testes sorológicos rápidos e a realização 20.630 RT-PCR mostram a frágil estruturação das estratégias diagnósticas para a Covid-19.

Por outro lado, as características geográficas dos DSEIs, bem como o fato que a maioria deles se localiza na Amazônia Legal, que possui fragilidades na estrutura de oferta de exames laboratoriais, demandariam a busca de alternativas que viabilizassem o acesso ao RT-PCR ou a oferta de outro tipo de teste capaz de prover diagnóstico. Nos primeiros meses, o teste rápido sorológico foi a opção dada aos DSEIs, porém além de menos específico este só pode ser aplicado a partir do 8º dia do início dos sintomas e não se mostra adequado à aplicação nos contatos do sintomático. A partir de julho de 2020 instalou-se no país a possibilidade de uso de uma alternativa mais adequada: os testes rápidos de antígenos, com sensibilidade semelhante ao RT-PCR. Porém, a Sesai somente em maio de 2021 informou que tinha iniciado sua participação em “**processo licitatório (fase interna) conduzido pela SVS e DLOG, para aquisição de testes de antígeno** para detecção do vírus SARS-CoV-2.” (Sesai, 2021m:07). Conforme apontamos anteriormente, cabe ressaltar que durante a ADPF 709 o grupo de consultores da Fiocruz e Abrasco fez diversas recomendações sobre a necessidade de aprimoramento da testagem e da estratégia de vigilância, e a incorporação dos testes rápidos de antígeno, que somente foram previstas no 4º. Plano da União (Brasil, 2021a).

8. Campanha de Vacinação contra a covid-19

A vacinação é a estratégia mais importante para o controle da pandemia da Covid-19, conforme documentado em diversos estudos clínicos e de base populacional (Vasileou, 2021; Tenforde, 2021; Tanriover, 2021). Grupos considerados de maior vulnerabilidade para desenvolver formas graves da doença foram priorizados no Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19 (Brasil, 2020e, Brasil, 2021b, 2021c, 2021d, 2021e, 2021f, 2021g) aí incluídos os povos indígenas. Entretanto, a efetiva implementação da vacinação contra a Covid-19 vem enfrentando barreiras, incluindo a disseminação de *fake news* e a escassez de campanhas de estímulo à vacinação e de esclarecimento sobre a segurança, eficácia e importância dessa estratégia de prevenção para a saúde individual e coletiva.

Embora existam desafios logísticos e operacionais para a vacinação entre os povos indígenas, o Programa Nacional de Imunização (PNI) possui ampla experiência na implementação de imunobiológicos junto a essa população, como observado nas campanhas de vacinação sazonais contra influenza e outras doenças. No “Relatório de

Ações realizadas pela Sesai para enfrentamento da pandemia da Covid-19”, de 24 de maio de 2021, o órgão aponta que:

“Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza 2020 ocorreu no período de **16 de abril a 30 de junho de 2020**. A meta de vacinação para a população indígena de 90% foi ultrapassada, atingindo a cobertura de **94,08%**”. (Sesai, 2021m:07, grifos nossos).

Ou seja, a própria Sesai informa ter conseguido desenvolver uma ação de vacinação em um mês e meio e alcançar mais de 90% da população alvo. Trata-se de dado relevante para analisar as limitações de cobertura da campanha de vacinação contra a Covid-19.

Um primeiro ponto problemático na vacinação contra Covid-19 em indígenas se refere à estimativa populacional. Desde a primeira versão do Plano Nacional de Operacionalização, datada de dezembro de 2020, foram incluídos somente os indígenas residentes em aldeias ou territórios indígenas. Posteriormente, em decorrência da decisão do STF para a ADPF 709, refere-se que foram incluídos os indígenas em territórios não homologados. E, até o momento, ainda é motivo de disputa a inclusão dos indígenas residentes em contextos urbanos no grupo prioritário para vacinação.

Há que se ressaltar também que o quantitativo da população indígena maior de 18 anos em territórios indígenas tem sido alvo de estimativas variáveis, conforme tabela abaixo, sendo importante ressaltar que em nenhum momento a Sesai ou outro órgão da União especificou a população residente em terras não homologadas. Mesmo nos documentos da ADPF 709 a estimativa variou de 123.760 a 268.752 pessoas. Assim sendo, até o momento os dados disponíveis divergem sobre a magnitude da população alvo dos indígenas residentes em terras não homologadas a serem incluídas na campanha de vacinação contra a Covid-19.

Quadro 8: População indígena indicada nos documentos norteadores dos grupos prioritários da Campanha de vacinação contra COVID-19 elaborados pelo Ministério da Saúde, dezembro 2020 a janeiro de 2021.

Título documento	Data(s)	População indígena referida	Quantitativo estimado	Caracterização do quantitativo
Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação Contra a COVID-19	10 de dezembro 2020	populações indígenas	410.348	Indígenas com 18 anos ou mais atendidos pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SIASI/SESAI, 27 de novembro de 2020)

Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação Contra a COVID-19	16 de dezembro de 2020	os povos indígenas aldeados em terras demarcadas	Sem quantitativo específico dos indígenas, somente o total do grupo prioritário	População Indígena aldeada em terras demarcadas: dados disponibilizados pelo Departamento de Saúde Indígena – DESAI, novembro de 2020, incluiu indígenas acima de 18 anos atendidos pelo subsistema de saúde indígena.
Informe Técnico – Campanha Nacional de Vacinação contra a COVID-19	18 de janeiro de 2021; 19 de janeiro de 2021	População indígena vivendo em terras indígenas.	431.983	Povos indígenas vivendo em terras indígenas: dados disponibilizados pelo Departamento de Saúde Indígena – DESAI, de 2021, incluiu indígenas acima de 18 anos atendidos pelo subsistema de saúde indígena
Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação Contra a COVID-19	22 de janeiro de 2021; 25 de janeiro de 2021; 29 de janeiro de 2021	indígenas vivendo em terras indígenas	410.197	População Indígena que vive em Terras Indígenas homologadas e não homologadas, com mais de 18 anos, assistida pelo SASISUS (dados extraídos do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena, em novembro de 2020). Em razão da medida cautelar Arguição por Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF)nº 709 , foi incluída a extensão dos serviços do SASISUS aos povos aldeados situados em Terras não homologadas durante o período de pandemia.
Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação Contra a COVID-19	15 de fevereiro de 2021	indígenas vivendo em terras indígenas	413.739	População Indígena que vive em Terras Indígenas homologadas e não homologadas, com mais de 18 anos, assistida pelo SASISUS (dados extraídos do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena, em novembro de 2020). Em razão da medida cautelar Arguição por Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF)nº 709 , foi incluída a extensão dos serviços do SASISUS aos povos aldeados situados em Terras não homologadas durante o período de pandemia.
			431.983 (estimativa doses)	
Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação Contra a COVID-19	15 de março de 2021; 24 de maio de 2021	indígenas vivendo em terras indígenas	413.739	Povos indígenas vivendo em terras indígenas: dados disponibilizados pelo Departamento de Saúde Indígena – DESAI, de 2021, incluiu indígenas acima de 18 anos atendidos pelo subsistema de saúde indígena;
			431.983 (estimativas doses)	População indígena vivendo em terras indígenas: dados disponibilizados pelo Departamento de Saúde Indígena – DESAI, novembro de 2020, incluiu indígenas acima de 18;

Destaca-se que foram destinadas aos DSEI um total de doses suficientes para realizar imunização completa de indígenas maiores de 18 anos e trabalhadores do SasiSUS, dessa forma, quaisquer problemas da cobertura eventualmente existentes não estão relacionados à insuficiente disponibilização de imunobiológicos. A meta da

campanha de vacinação contra a Covid-19 é de 90% da população-alvo, além das estimativas populacionais que têm variado nos Planos de Operacionalização, o quantitativo de pessoas informado no Vacinômetro da Sesai (https://qsprod.saude.gov.br/extensions/imunizacao_indigena/imunizacao_indigena.htm) também **variou entre 409.883, 408.232, e, no momento, em 406.962**. Atualmente a Sesai indica no seu site que “essa população pode sofrer alterações a partir do censo vacinal realizado durante as ações de vacinação”. Entre abril de julho de 2021, identificamos que 5 Distritos alteraram sua população-alvo da campanha, com impacto consequente sobre a cobertura vacinal, particularmente os dados do DSEI Kaiapó do Mato Grosso sofreram alteração relevante após a mudança:

Quadro 8: População maior de 18 anos nos 05 Distritos que apresentaram ajustes de estimativas populacionais.

População alvo	DSEI Cuiabá	DSEI Kaiapó do Mato Grosso	DSEI Litoral Sul	DSEI Manaus	DSEI Potiguara
19 abril de 2021	5.588	5.581	14.481	15.606	9931
02 de agosto de 2021	4.952	2.322	13.382	16531	10.349

Fonte: https://qsprod.saude.gov.br/extensions/imunizacao_indigena/imunizacao_indigena.html

A cobertura vacinal de primeira e segunda dose da vacina contra Covid-19 foi bastante inferior entre os povos indígenas quando comparados à população maiores de 80 anos que, tal como os indígenas, receberam prioridade de acesso à vacina no início de 2021. As coberturas de primeira e segunda dose entre indígenas, obtidas a partir **da base opendataSUS** em 06/08/21⁹, estão detalhadas na tabela 8.

⁹ <https://opendatasus.saude.gov.br/dataset/covid-19-vacinacao/resource/ef3bd0b8-b605-474b-9ae5-c97390c197a8>

Tabela 8: População alvo estimada, população indígena vacinada e vacinados com mais de 80 anos para primeira em segunda dose

	População-alvo estimada	Aplicações 1ª dose (%)	Aplicações 2ª dose (%)
Povos indígenas vivendo em terras indígenas	408.232	346.752 (85%)	266.550 (65%)
Região Norte	186.104	135.227 (73%)	91.531 (49%)
Região Nordeste	103.792	101.183 (97%)	85.824 (83%)
Região Centro-Oeste	73.802	63.762 (86%)	48.689 (66%)
Região Sul/Sudeste	44534	46.580 (105%)	40.506 (91%)
Pessoas de 80 anos ou mais na população geral	4.441.046	4.100.014 (92%)	3.593.318 (81%)

Fontes: <https://opendatasus.saude.gov.br/dataset/covid-19-vacinacao/resource/ef3bd0b8-b605-474b-9ae5-c97390c197a8>; https://qsprod.saude.gov.br/extensions/imunizacao_indigena/imunizacao_indigena.html.

Dados referentes a 08 de agosto de 2021.

No caso específico dos povos indígenas, devemos salientar que a população-alvo para vacinação, constituída no momento por adultos com idade igual ou superior a 18 anos, é proporcionalmente menor àquela estimada para a população geral brasileira, haja visto que, entre os povos indígenas, vige uma composição etária em que predominam os grupos etários jovens.

Segundo dados do Censo do IBGE, de 2010, um terço da população indígena tem menos de 14 anos, cerca de metade tem menos de 18 anos. Ou seja, mesmo uma campanha bem-sucedida em territórios indígenas deixaria metade da população nos territórios ainda suscetível à Covid-19. Há que se ressaltar que, desde 11 de junho de 2021, a Anvisa aprovou a aplicação da Pfizer em maiores de 12 anos, e até o momento não foi indicada sua distribuição em territórios indígenas. Além disso, se considerarmos também que 36% da população indígena do país reside em contexto urbano e não estes não foram incluídos como prioridade para vacinação.

Também chama atenção a heterogeneidade da cobertura vacinal registrada nos diferentes DSEI, em com coberturas de 2ª dose variando desde 32% (Kaiapó do Pará) até 97% (Pernambuco e Litoral Sul). Dos 34 DSEI existentes 13 (38%) deles têm cobertura de segunda dose ainda inferior a 70%, segundo dados de agostos de 2021. Somente **07**

DSEI apresentam cobertura maior que 90% para a 2^a. dose, recomendada pelo PNI (3 no Nordeste, 03 no Sul/sudeste, e 1 no Norte)¹⁰.

Além disso, a mudança na contagem da população-alvo estimada resultou em aumento da estimativa de cobertura vacinal nos DSEI Cuiabá, Kaiapó do Mato Grosso e Litoral Sul e redução nos DSEI Manaus e Portiguara. Tais inconsistências de dados revelam a fragilidade da informação que deveria subsidiar a tomada de decisão, já que estimativas confiáveis sobre a população-alvo são dados essenciais para guiar o planejamento das ações de prevenção da COVID-19.

Na Nota Informativa nº. 8 da SESAI (Sesai, 2021) é informado que “os DSEIs que contabilizaram baixo percentual de doses aplicadas elaboraram o **Plano de Sensibilização da População Indígena para Vacinação Contra a COVID-19**, buscando a intensificação das ações de Educação em Saúde nas aldeias”. O mesmo documento afirma que “com o intuito de fortalecer a vacinação e combater as *fake news*, esta Secretaria também promoveu a "*Campanha - Povos indígenas unidos pela vacinação contra à COVID-19*". Ou seja, através dessa campanha, o indígena que já foi imunizado, grava um áudio ou vídeo, sobre sua experiência. Entretanto, o baixo número de visualizações dos vídeos, com poucas dezenas¹¹ de acessos permite inferir que o impacto da campanha é limitado, em particular se levarmos em conta que grande parte das aldeias em que a população alvo reside tem dificuldade de acesso à internet.

Além disso, os Planos de Sensibilização previstos para serem realizados entre março e maio, claramente tiveram limitações em sua execução pois pouco afetaram a cobertura vacinal, conforme as Figuras 5 e 6. Apesar da afirmativa da Sesai, na Nota Informativa nº.08 (Sesai, 2021), que atrasos nos registros decorreram dos deslocamentos das equipes em áreas remotas, os dados disponíveis apontam para uma acentuada desaceleração da campanha de vacinação, havendo mesmo uma total parada em dois Distritos (DSEI Xingu e Alto Rio Solimões). Também estava prevista a realização do Mês de Vacinação dos Povos Indígenas (MVPI), de 22/04 a 21/05/2021, porém não foram encontrados quaisquer resultados dessa ação nas páginas e outros meios de informação utilizados pela Sesai.

Além da baixa cobertura vacinal geral, outro dado preocupante em relação à população indígena é a estagnação das coberturas ao longo do tempo, evidenciando que

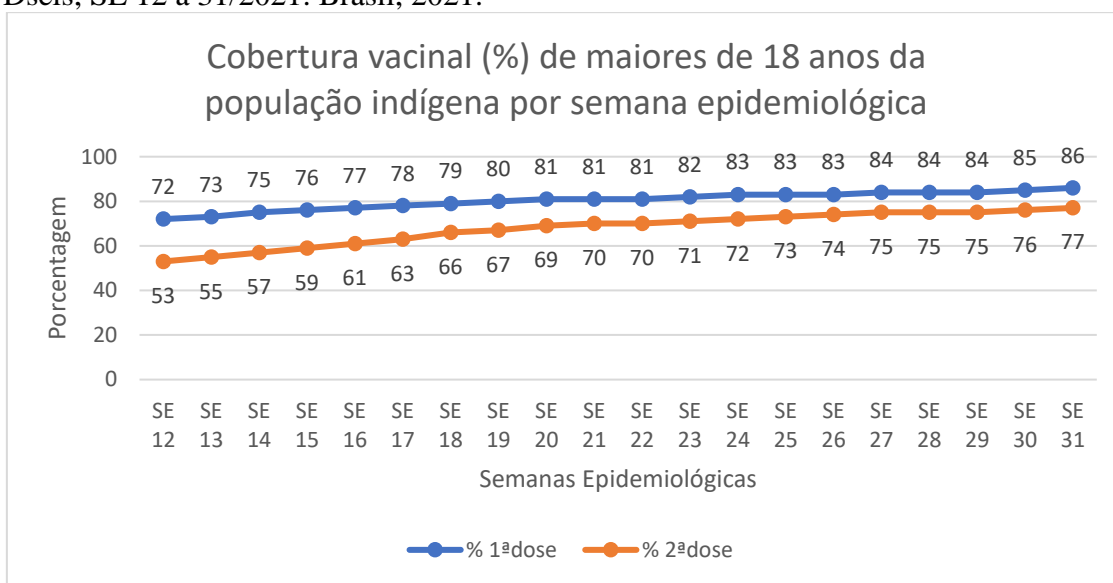
¹⁰ Dados da SE 31/2021.

¹¹ https://www.youtube.com/watch?v=-ur-ysavq_I

as ações adotadas, como os planos de sensibilização e materiais educativos, ou não foram aplicadas ou tiveram baixíssima efetividade.

O gráfico abaixo explicita a cobertura vacinal geral de primeira e segunda dose para a população indígena, considerando todos os DSEI. Nota-se que existe, a partir da semana epidemiológica 21 (maio), uma pequena variação em relação a semana epidemiológica 31 (agosto).

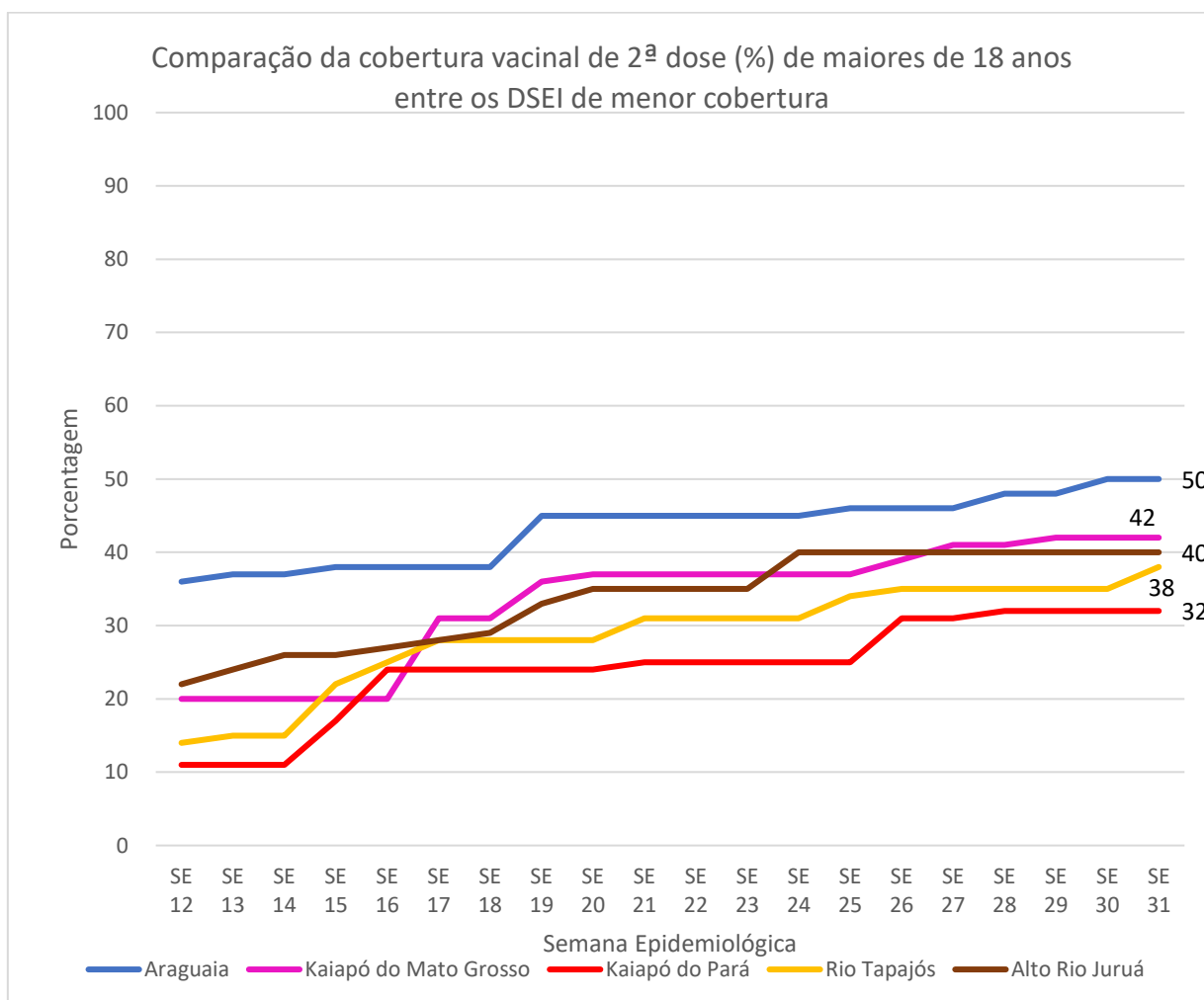
Figura 5: Cobertura Vacinal contra Covid-19 da 1ª e 2ª dose na população alvo nos 34 Dseis, SE 12 a 31/2021. Brasil, 2021.



Fonte: https://qsprod.saude.gov.br/extensions/imunizacao_indigena/imunizacao_indigena.html

Esta ausência de ampliação na cobertura vacinal fica ainda mais evidente quando analisamos os dados dos 6 DSEI que possuem taxa de aplicação de segunda dose menor que menor que 60% (DSEI Araguaia, Kaiapó do Mato Grosso, Kaiapó do Pará, Rio Tapajós, Alto Rio Juruá).

Figura 6: Cobertura da 2ª dose da vacina contra Covid-19 na população alvo nos DSEI Araguaia, Kaiapó do Mato Grosso, Kaiapó do Pará, Rio Tapajós, Alto Rio Juruá, 2021.



Fonte: https://qsprod.saude.gov.br/extensions/imunizacao_indigena/imunizacao_indigena.html

Outro elemento de preocupação é o teor do Ofício Circular N° 3/2021/COGASI/DASI/SESAI/MS (Sesai, 2021c), de 06 de janeiro de 2021, onde a instituição adverte que “os equipamentos e insumos descritos acima já são de uso nas ações de rotina de vacinação, **não havendo aporte financeiro específico para novas aquisições**” (Sesai, 2021c). Considerando a ausência de planejamento prévio da campanha contra a Covid-19 e a determinação de que não haveria adição de dotação orçamentária para o desenvolvimento das atividades, é válido pressupor que as ações programadas para 2021 enfrentarão dificuldade de operacionalização. Além disso pode ser a chave para elucidar as possíveis razões para o ritmo lento da aplicação da 2ª dose vacinal, como evidenciado na Figura 05.

Já a inclusão da população indígena residente em contexto urbano no grupo prioritário para vacinação contra Covid-19 foi alvo de ampla mobilização da sociedade. Adicionalmente, a APIB fez pedido de aditamento dessa temática na ADPF 709, sendo que em 16 de março de 2021, o Ministro Barroso determina:

“Os mesmos critérios utilizados pelo Plano Nacional de Vacinação – maior vulnerabilidade epidemiológica, modo de vida coletivo e dificuldade de atendimento de saúde *in loco* – aplicam-se, ainda, aos indígenas urbanos que não dispõem de acesso ao SUS. Vale assinalar que estudos referenciados pelos peritos do Juízo confirmam que também os indígenas urbanos apresentam maior vulnerabilidade epidemiológica (Nota Técnica de 12.02.2021, p. 12-16). Além disso, aqueles que não têm acesso ao SUS necessitam de atendimento pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, enfrentando as dificuldades de atenção primária já identificadas e colocando maior pressão sobre esse sistema. Por fim, a não inclusão dos indígenas urbanos sem acesso ao SUS na prioridade poderia gerar deslocamentos em massa para as aldeias, na busca da vacina, agravando o risco de contágio dos indígenas aldeados. Portanto, *com base nos mesmos critérios já eleitos pelo Plano Nacional de Vacinação*, a prioridade na vacinação lhes deve ser estendida.” (Brasil, 2021h: 11-12)

Em que pese a ampla mobilização e a decisão judicial em favor da extensão de cobertura da vacinação para os indígenas residentes em áreas urbanas, a resposta da Sesai a este respeito foi a implantação, em janeiro de 2021, do “Formulário de Barreira de Acesso ao SUS”, no âmbito da ADPF 709. Além disso, um despacho da Sesai de 21 de maio de 2021 (Sesai, 2021j; 2021k) afirma:

“Quanto a vacinação prioritária, este Ministério acionou os governos de Estado por meio de Ofício (Processo SEI 25000.042296/2021-08), requerendo as informações supracitadas; destaca-se que todos os expedientes recebidos **até a presente data ratificam a inexistência de indígenas em contexto urbano sem acesso ao SUS.** (...) Ademais foi realizada uma reunião no dia 12.05.2021, entre esta Secretaria Especial, CGPNI, CONASS e CONASEMS, onde ficou pactuada a construção de uma nota conjunta sobre a referida pauta.” (Sesai, 2021j:02, grifos nossos).

Além do flagrante inadequação da resposta da Sesai sabe-se também que populações vulneráveis que vivem em espaços urbanos enfrentam barreiras de acesso ao SUS, visto que a cobertura assistencial da atenção básica na maioria das cidades brasileiras raramente ultrapassa os 50%. Nessas circunstâncias, não há razão plausível para imaginar que as famílias indígenas residentes em áreas urbanas disponham de acesso privilegiado ao SUS, frente à insuficiente cobertura ofertada pela atenção primária em território nacional. Ressalte-se também que dentre as variáveis contidas no registro da aplicação da vacina contra a Covid-19 não foi incluída a categoria cor/raça. Assim, os indígenas somente podem ser especificamente identificados quando registrados no “grupo prioritário”; uma vez que permaneçam na condição de não incluídos, sua situação vacinal também permanecerá invisível, prejudicando o monitoramento da cobertura vacinal desse segmento populacional.

9. Distribuição de Cloroquina e malária nos Distritos

Durante a pandemia autoridades do governo federal foram responsáveis pela disseminação da ideia de haver “tratamentos precoces” para a Covid-19. Tal medida foi utilizada como forma de estimular a não adesão ao isolamento social, configurando-se como um aspecto fundamental da estratégia de “imunidade de rebanho”. Nos territórios indígenas, houve também relatos da distribuição de remédios e “kit Covid”. Em resposta ao questionamento de requerimento no âmbito da CPI, a Nota Informativa nº 08:

“11.9. A prescrição de todo e qualquer medicamento é prerrogativa do médico, e o tratamento do paciente suspeito ou portador de covid-19 deve ser baseado na autonomia do paciente ou de seu responsável legal; 11.11. Há também o Parecer nº 04/2020 do Conselho Federal de Medicina (CFM), em anexo (0020704711), que estabelece critérios e condições para a prescrição de cloroquina e de hidroxicloroquina em pacientes; 11.12. Não há documentos no nível central da SESAI para aquisição, distribuição, utilização de medicamentos sob o título de “Kit-covid”. 11.17. Quanto à **Cloroquina** (difostato), não houve aquisição pela SESAI, já que não faz parte do componente básico da Relação Nacional de Medicamentos (RENAME). Sendo relevante mencionar ainda que **tais aquisições são realizadas pelo Programa Nacional de Prevenção e Controle da Malária (PNCM), da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)**.

11.18. Em 2020 e 2021, além da Cloroquina, outros medicamentos utilizados em associação com a Cloroquina, incluindo-se Primaquina 15mg (984.300 comprimidos) e Primaquina 5mg (491.600 comprimidos), foram distribuídos. 11.19. Houve distribuição aos DSEI de 534.500 comprimidos de Cloroquina 150mg para tratamento da malária em 2020. Conforme já apresentado, caso houvesse prescrição pelo médico, para uso de combate à covid-19, conforme Parecer nº 04/2020 do CFM. Em 2021, até o dia 19/05, 129 mil comprimidos foram distribuídos tendo em vista que a malária é endêmica nessas regiões. Cabe pontuar que foi adotado como possível tratamento, a partir de recomendações municipais no comitê de crise do qual o DSEI Vilhena participa, a utilização de Ivermectina. Tais medicamentos eram adquiridos pelos Municípios de abrangência do DSEI, incluindo-se os estados de Rondônia e Mato Grosso. 11.27. Destaca-se que não houve recomendações do nível central da SESAI para utilização da Ivermectina para tratamento contra a covid-19 e que, conforme legislação Sistema Único de Saúde (SUS), os DSEI trabalham de forma integrada com Estados e Municípios.” (Sesai, 2021i: 07-10, grifos nossos).

Ainda em resposta a questionamentos sobre distribuição de medicamentos para Covid-19, a Sesai, em Nota de imprensa de 12 de maio de 2021:

“esclarece que em nenhum momento foram receitados medicamentos não indicados para o tratamento de covid-19 aos indígenas dos DSEI. Todos os medicamentos enviados serviram ainda para complementar aos estoques dos Distritos para o tratamento de malária.” (Sesai, 2021i: 01, grifos nossos).

Nessas circunstâncias, procedemos a análise dos “Informes Técnicos – Doença pelo Coronavírus 2019” da Sesai, em particular os itens que versavam sobre recomendações de tratamentos ou acesso a Cloroquina. Observamos que até a versão no.4, de 30 de março de 2020, os Informes Técnicos trazem a afirmação “até o momento, não há vacina nem medicamento antiviral específico para prevenir ou tratar a COVID-19” (Sesai, 2020f: 02). A partir do Informe Técnico no 05, essa afirmação é retirada e no

“Informe Técnico -Doença pelo Coronavírus 2019” no 06, de 16 de junho de 2020, se encontra o seguinte trecho:

“A Cloroquina e Hidroxicloroquina não fazem parte do componente básico da RENAME. Os DSEI podem solicitar a disponibilização desses ao município ou estado. Em caso de negativa de disponibilização pelos municípios e estados, os DSEI podem instruir seus respectivos processos de aquisição. Orientações sobre seu uso encontram-se na Nota Informativa Nº 9/2020-SE/GAB/SE/MS, bem como no documento “Orientações do ministério da saúde para manuseio medicamentoso precoce de pacientes com diagnóstico da covid-19” (Sesai, 2020q: 06, grifos nossos).

O parágrafo acima se mantém na versão nº.07 do “Informe Técnico -Doença pelo Coronavírus 2019” (Sesai, 2020r), de 10 de agosto de 2020, que foi o documento técnico de referência para as ações de enfrentamento até 05 de janeiro de 2021, quanto saiu o Informe Técnico nº.08 (Sesai, 2021b), no qual não consta nenhuma referência à aquisição de Cloroquina. Observe-se que nesse parágrafo **não há quaisquer referências ao Programa Nacional de Prevenção e Controle da Malária (PNCM)**.

Assim, apesar da negativa da Sesai de não ter havido documento no nível central que orientasse a utilização desses medicamentos, no “Informe Técnico -Doença pelo Coronavírus 2019” havia referência objetiva à sua aquisição. E na atualização dos informes não é retomado o alerta de que não há “medicamento antiviral específico para prevenir ou tratar a COVID-19”, conforme havia até a versão no. 04. Ou seja, a Sesai não alerta ou coíbe a má prática de uso de medicamentos sem comprovação científica. A Sesai também não se manifestou sobre como procedeu diante da orientação do DSEI Vilhena quando recomendou “Tratamento profilático com Ivermectina para a população maior de 10 anos; Tratamento KIT COVID para todos os indígenas que apresentarem sintomas” (Dsei Vilhena, 2021).

Também tivemos acesso ao documento, sem data, denominado “Recomendações do Polo Base de Santa Inês para o Atendimento de Casos Suspeitos de Síndrome Gripal/ Covid19, Nas Terras Indígenas Pindaré, Carú e Awa, no qual não necessitam de remoção para atendimento Hospitalar”, o qual afirma que “o principal objetivo deste protocolo é sugerir que o tratamento da COVID-19 seja iniciado o mais precocemente possível”, esse tratamento na Fase 1, caracterizada como síndrome gripal com sintomas leves, recomenda: “AZITROMICINA 500MG, 1 COMPRIMIDO AO DIA, POR 5 DIAS;

IVERMECTINA 6MG DOSE ÚNICA, CONFORME BULA (PESO E IDADE); AAS 500MG 1X AO DIA POR 5 DIAS” (Polo Base Santa Inés, 2020).

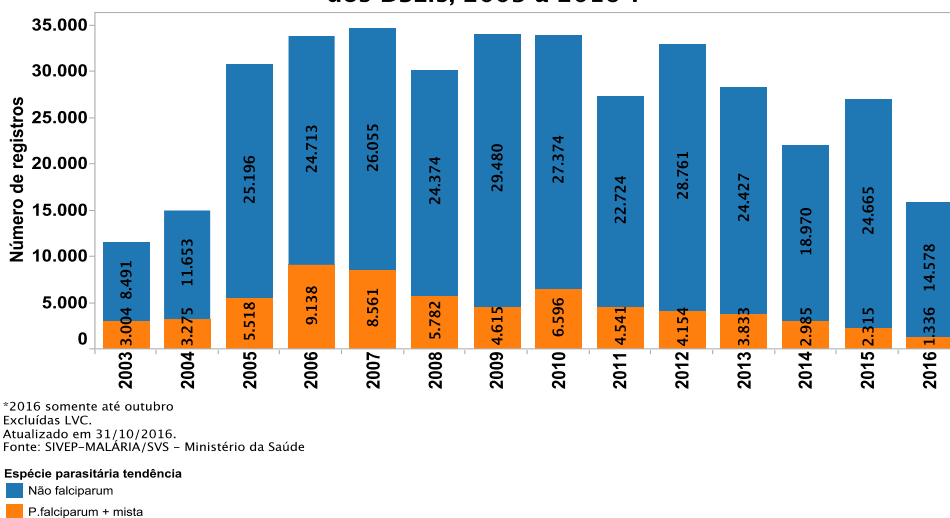
Em suma, se a Sesai não recomendou oficialmente o uso do chamado “tratamento precoce” e do “kit COVID”, mas indicou a aquisição de cloroquina e é impossível que ignorasse a ocorrência de tais práticas nos DSEI. Dessa forma, não deveria ser omissa quanto a adoção de práticas terapêuticas não apenas inócuas, mas também perigosas dos profissionais encarregados de atender a população indígena no SasiSUS.

9.1. A malária em território indígena e a distribuição de Cloroquina durante a pandemia

A série histórica dos casos diagnosticados de malária com provável infecção em área indígena mostra uma redução no número de casos ao longo dos anos até o ano de 2016 (Figura 3). No mesmo período, observa-se a redução na porcentagem de casos de malária *falciparum*, de 27% para 9% (Figura 7), fruto da implementação do diagnóstico precoce e tratamento oportuno, mecanismos essenciais para o controle e eliminação da doença, reconhecidos internacionalmente e nacionalmente.

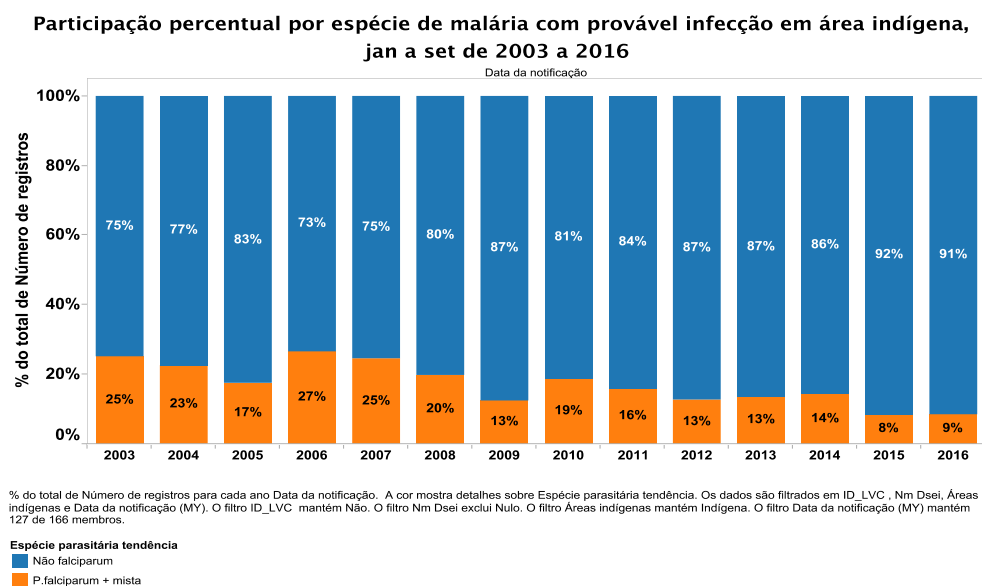
Figura 7: casos de malária por espécie com local provável de infecção na área indígena, 2003 a 2016

Casos autóctones de malária com local provável de infecção em localidades dos DSEIs, 2003 a 2016*.



Fonte: SIVEP-Malária.

Figura 8: Participação proporcional por espécie de agente malárico em área indígena, 2003 a 2016.



Fonte: SIVEP-Malária.

Entretanto, os dados de ocorrência de malária nos subsequentes à 2016 em território indígena têm mostrado aumento de casos. Segundo o SIVEP-Malária, em 2019, foram notificados 17.981 casos; em 2020, foram 19.030 casos, e, para o ano de 2021, até 12 de maio de 2021, foram notificados 5.129 casos. Particularmente preocupante é o registro de aumento da proporção dos casos de malária *Falciparum*, que corresponde a 23% de casos de 2021, sendo 8.114 (73%) de casos de malária *Vivax* e 417 (4%) de malária mista.

Segundo o “Guia prático de tratamento da malária no Brasil” (Brasil, 2010a: 18-19), o uso de Cloroquina está associado ao esquema de tratamento das infecções pelo *P. vivax* para adultos, que envolve 3 dias com Cloroquina 150mg, totalizando 10 comprimidos. Em casos de segunda recaída, recomenda-se o esquema profilático com Cloroquina 150m semanal, com 2 comprimidos por semana, por 12 semanas. Os demais agentes etiológicos não envolvem o uso desse medicamento. Sintetizamos abaixo o total de comprimidos para tratamento para cada tipo de malária, e o uso de Cloroquina.

Esquemas de tratamento e quantitativos de comprimidos por tratamento de Malária.

Medicamentos	P. vivax curto e longo	P. vivax recaída	P. falciparum	Mista
Cloroquina 150mg (comprimidos)	10	24	----	----
Primaquina 15mg (comprimidos)	14	----	03	14
Artemeter e Lumefantrina	---	---	24	24

No ano de 2020 ocorreram 43.351 casos de malária (vivax, falciparum e ovalie) diagnosticadas em território indígena. Ainda que todos os casos ocorridos tivessem o P. vivax como agente etiológico, o tratamento deles exigiria 433.510 mil comprimidos de Cloroquina 150 mg, ou seja, 100 mil comprimidos a menos da quantidade encaminhada para os distritos que receberam 534.500 comprimidos de Cloroquina (Tabela 9). Porém, como a proporção média é de 20% dos casos por falciparum e 80% por vivax, a quantidade de Cloroquina necessária para tratar todos os pacientes em 2020, ainda que fossem adultos, seria de 346.808 mil comprimidos e não os 534.500 comprimidos encaminhados para os distritos. Ou seja, neste ano foram repassados 187 mil comprimidos acima do necessário.

Quando observamos os casos em 2020, a comparação entre a proporção de comprimidos de Cloroquina 150 mg necessária para tratar 80% dos casos e a quantidade deste medicamento encaminhado para os distritos, verifica-se uma distribuição 54% superior à necessidade para tratar a malária. Destaque deve ser dado também à situação em certos distritos cujo recebimento foi inferior a necessidade, caso dos DSEI Alto Rio Negro, Rio Tapajós e Médio Rio Solimões e Afluentes. Com exceção destes, **todos os demais distritos receberam quantidades superiores a necessidade**: o DSEI Yanomami recebeu 87 mil comprimidos a mais do que seria necessário e o DSEI Leste Roraima recebeu 84 mil comprimidos em excesso. Proporcionalmente, o DSEI Alto Rio Purus e Alto Rio Solimões receberam 4 vezes mais; o DSEI Kaiapó do Pará recebeu 5 vezes mais do que sua necessidade; DSEI Altamira recebeu 6 vezes mais.

Tabela 09 : Casos de malária e distribuição de Cloroquina, ano 2020, por DSEI.

	Casos de Malária em 2020 (Vivax e Falciparum)*	Cloroquina estimada por 80% casos vivax para 2020	Cloroquina Recebida em 2020**	Comprimidos excedentes ou faltantes
DSEI YANOMAMI	19.030	152.240	240.000	+87.760
DSEI ALTO RIO NEGRO	5.186	41.488	8.000	- 33.488
DSEI LESTE DE RORAIMA	4.564	36.512	121.000	+84.488
DSEI RIO TAPAJÓS	3.955	31.640	23.500	-8.140
DSEI MÉDIO RIO SOLIMÕES E AFLUENTES	2.872		15.000	
DSEI PORTO VELHO	1.381	11.048	15.500	+4.452
DSEI MÉDIO RIO PURUS	1.809	14.472	23.000	+8.528
DSEI VALE DO JAVARI	1.440	11.520	15.500	+3.980
DSEI AMAPÁ E NORTE DO PARÁ	1.093	8.744	12.000	+3.256
DSEI ALTO RIO JURUÁ	279	2.232	2.500	+268
DSEI GUAMÁ-TOCANTINS	268	2.144	4.500	+2.356
DSEI VILHENA	310	2.480	3.000	+520
DSEI ALTO RIO PURUS	314	2.512	10.500	+7.988
DSEI KAIAPÓ DO PARÁ	56	448	3.000	+2.552
DSEI ALTAMIRA	355	2.680	17.500	+14.820
DSEI KAIAPÓ DO MATO GROSSO	16	128	1.000	+872
DSEI MANAUS	241	1.928	9.500	+7.572
DSEI ALTO RIO SOLIMÕES	161	1.288	6.000	+4.712
DSEI PARINTINS	21	128	2.000	+1.872
DSEI CUIABÁ	0	07	1.500	+1.493
TOTAL	43.351	346.608	534.500	+187.892

Fonte: * SIVEP-Malária; ** NOTA INFORMATIVA Nº 8/2021-SESAI/GAB/SESAI/MS (Sesai, 2020I)

Assim, dos 20 Distritos que receberam Cloroquina, 17 receberam significativas quantidades excedentes de Cloroquina 250mg demonstrando a fragilidade da alegação da Sesai de que a descentralização desse grande volume de Cloroquina se destinava ao tratamento da malária. Há que se ressaltar que os medicamentos excedentes além de gerarem gastos desnecessários, precisam ser armazenados e podem passar de validade, ficando inutilizados para servir para usos futuros. Dessa forma, dever-se-ia aprimorar o

monitoramento desses estoques e sua redistribuição. No conjunto, os dados demonstram a falta de análise dos dados epidemiológicos, a insuficiência, para não dizer ausência, de planejamento e de monitoramento na distribuição de Cloroquina 150mg para o controle da Malária ou, reitera a ideia de que distribuição visava sua adoção como tratamento precoce da Covid-19.

10. Análise orçamentária

A análise das ações orçamentárias da Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai) em 2020/2021 permite inferir que, salvo a realização de ações absolutamente pontuais, pouco foi realizado frente aos enormes desafios que a pandemia de Covid-19 trouxe para a saúde dos povos indígenas. Seguindo o exemplo de outros países no mundo, no Brasil foram adotadas medidas emergenciais para o gerenciamento da crise gerada pela pandemia de Covid-19. Esse movimento, que resultou em despesas extraordinárias, embora temporárias. Tal resposta se fez possível graças a aprovação pelo Congresso Nacional do chamado “orçamento de guerra”, através da Emenda Condicional 106, de 07 de maio de 2020.

Nesse sentido, gera especial estranheza o fato do orçamento da Saúde Indígena ter sido reduzido, apesar do cenário de pandemia e da Sesai ser uma secretaria com extensa responsabilidade de prover atenção à saúde em terras indígenas de difícil acesso e distribuídas em todo território nacional.

Além da diminuição no montante orçamentário também é importante analisar qualitativamente os gastos da saúde indígena no período da pandemia. Todos os dados referentes a esta análise foram retirados do site da Sesai (<http://www.saudeindigena.net.br/coronavirus/transparencia.php>).

Preliminarmente é necessário apontar que existem três níveis de execução na SasiSus: a) o nível central, que tem como responsáveis como Unidades Gestoras a Sesai, Coordenação Geral de Material e Patrimônio e Departamento de Logística em Saúde; b) os 34 DSEIs e, c) o Fundo Nacional de Saúde, que, através de contratos com Organizações Sociais conveniadas, realiza repasse para a contratação de profissionais de saúde. O orçamento de cada um desses níveis em 2020 e 2021 (até agosto), segue na tabela abaixo:

Tabela 10: Orçamento empenhado da saúde indígena 2020/2021

	2020	2021
Conveniadas	R\$825.439.055,33	R\$710.904.493,67
DSEIs	R\$ 611.784.420,84	R\$334.860.962,04
Nível Central	R\$89.351.646,62	R\$50.304.973,44

Fonte: <http://www.saudeindigena.net.br/coronavirus/transparencia.php>

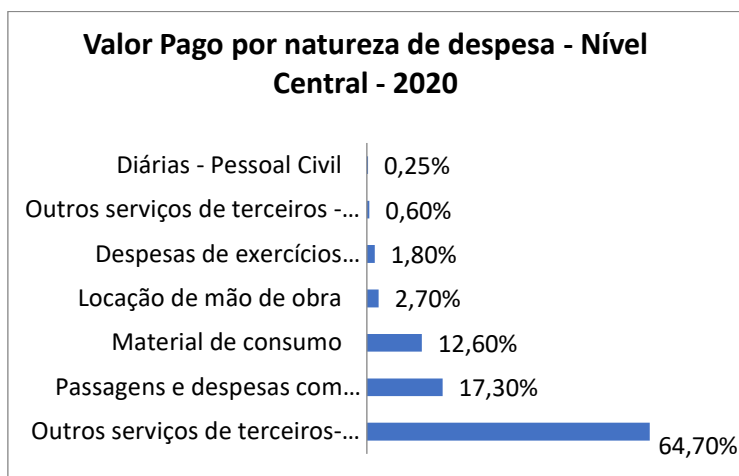
Cabe destacar que os gastos com profissionais de saúde não constam desta análise, uma vez que este orçamento é descentralizado pelo Fundo Nacional de Saúde diretamente para as Organizações Sociais conveniadas. Também chama atenção a redução de quase 50% no orçamento dos DSEI, em que pese as necessidades extraordinárias determinadas pela irrupção da pandemia.

Deve-se destacar também que, apesar do avanço que a disponibilização pública dos dados orçamentários trouxe para a análise, a falta de detalhamento e de inserção de notas de empenho, entre outros, limita as possibilidades de avaliação detalhada do processo.

10.1. Análise orçamentária preliminar Nível Central 2020

O total orçamentário empenhado em 2020 pelo nível central foi de R\$89.351.646,62, sendo que foram pagos R\$ 68.211.259,95, correspondentes a 76% do valor empenhado. A distribuição por natureza de despesa de valores pagos no exercício de 2020 encontra-se evidenciada na Figura 9 (excluindo-se aquelas despesas com porcentagem inferior a 0,01% do orçamento).

Figura 9: Distribuição por natureza de despesa dos valores pagos pelo nível central da Sesai, 2020.



Fonte: <http://www.saudeindigena.net.br/coronavirus/transparencia.php>. Acessado em 08/08/2021.

Na tabela 11 são apresentados os dados das duas primeiras empresas favorecidas de acordo com a natureza de despesa de valores pagos no exercício de 2020.

Tabela 11: Natureza da despesa feita com empresas beneficiárias de valores pagos pela Sesai, 2020.

Natureza de Despesa	Principais empresas beneficiadas
Outros serviços de terceiros- Pessoa Jurídica	R\$ 42.843.308,45 Ticket soluções HDFGT/AS; R\$ 1.108.403,27 VTC operadora e logística LTDA
Passagens e despesas com locomoção	R\$ 6.378.215,36 Poly Rent a Car; R\$ 4.934.992,69 Aliança Transporte de Passageiros e Turismo LTDA
Material de consumo	R\$ 1.601.588,00 Pro-Saude Distribuidora de Medicamentos Eireli; R\$998.563,00 Faramace - Indústria Químico Farmacêutica Cearense LTDA
Locação de mão de obra	R\$961.294,60 Liderança Limpeza e Conservação LTDA; R\$883.762,30 Defender Conservação e Limpeza Eireli
Despesas de exercícios anteriores	R\$1.056.057,72 Aliança Transporte de Passageiros e Turismo LTDA; R\$147.551,70 Ulisses e Balbino Lanchonete LTDA.
Outros serviços de terceiros - Pessoa Física	R\$ 399.471,93 Sr Antonio Magma Pereira; R\$ 26.852,65 Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAI
Diárias - Pessoal Civil	R\$ 171.539,25 Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAI
Equipamentos e Material Permanente	R\$ 11.150,00 Confiança Comércio de Produtos LTDA
Indenizações e restituições	R\$ 14.480 Aliança Transporte de Passageiros e Turismo LTDA; R\$ 7.105,81 Poly Rent a Car

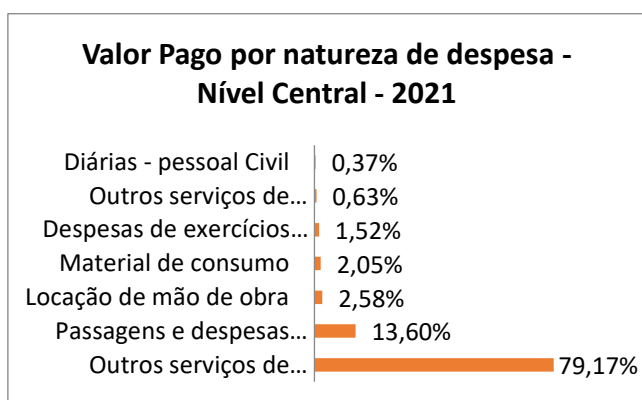
Fonte: <http://www.saudeindigena.net.br/coronavirus/transparencia.php>. Acessado em 08/08/2021.

Em análise preliminar da execução orçamentária, chama a atenção o montante de recursos destinados a contratação de serviços de terceiros e passagens e despesas com locomoção. Em contraponto, merece atenção é a **baixa porcentagem de execução orçamentária para a compra de Materiais de Consumo**, na qual se enquadram medicamentos, equipamentos de proteção individual e testes. Deve-se destacar aqui que, do montante empenhado para este fim, de R\$15.786.234,44 em 2020, foram pagos R\$ 8.628.060,24 , representando apenas **55% do total destinado**.

10.2. Análise orçamentária preliminar Nível Central 2021

O primeiro ponto a ser destacado no orçamento do nível central, em 2021, é a diferença no valor empenhado, de R\$ 50.304973,44, que corresponde a **56% do empenhado em 2020**. Deste montante, foram pagos até a 08 de agosto de 2021, somente R\$28.706.305,63. A distribuição por natureza de despesa de valores pagos no exercício de 2021 encontra-se evidenciada na Figura abaixo (excluindo-se aquelas despesas com porcentagem inferior a 0,01% do orçamento):

Figura 10: Distribuição por natureza de despesa, dos valores pagos pelo nível central da Sesai, 2021.



Fonte: <http://www.saudeindigena.net.br/coronavirus/transparencia.php>. Acessado em 08/08/2021.

Novamente o maior montante de gastos (79%) foi despendido com a contratação de outros serviços de terceiros e Passagens e despesas com locomoção. A despesa com

material de consumo no exercício de 2021 correspondeu a menos de 2% dos gastos totais (cerca de 601 mil reais). Este valor corresponde a 7% do valor total utilizado para a mesma despesa em 2020. Na tabela 12 estão disponíveis os dados das duas primeiras empresas favorecidas de acordo com a natureza de despesa de valores pagos no exercício de 2021

Tabela 12: Natureza da despesa feita com empresas beneficiárias de valores pagos pela Sesai, 2021.

Natureza de Despesa	Principais empresas beneficiadas
Outros serviços de terceiros- Pessoa jurídica	R\$ 20.290.397,38 Trivale Administração LTDA; 1.783.332,48 VTC Operadora Logística LTDA
Passagens e despesas com locomoção	R\$ 2.004.868,84 Aliança Transporte de Passageiros e Turismo; 1.649.428,44 Poly Rent a Car
Locação de mão de obra	R\$ 398.174,11 Liderança Limpeza e Conservação LTDA; R\$ 359.057,48 Defender Conservação e Limpeza Eireli
Material de consumo	R\$ 266.550,00 Ifal Ind e Com de Produtos Farmacêuticos LTDA; R\$ 159.600,00 Profarma Specialty LTDA
Despesas de exercícios anteriores	R\$ 385.569,77 Egel Locação de Veículos; R\$ 55.086,04 Poly Rent a Car
Outros serviços de terceiros - Pessoa física	R\$ 181,58 Antonio Magna Pereira; R\$ 3.927,10 Secretaria Especial de Saúde indígena - SESAI
Diárias - Pessoal Civil	R\$ 106.619,78 Secretaria Especial de Saúde Indígena - SESAI
Diárias - Pessoal Militar	R\$ 9.626,30 Secretaria Especial de Saúde Indígena - SESAI
Obrigações Tributárias e contributivas - Op Intra Orçamentária	R\$ 2.615,22 Coordenação Geral de Orçamento e Patrimônio
Obrigações Tributárias e contributivas	R\$ 1.287,9 Coordenação Geral de Orçamento e Patrimônio
Equipamentos e material permanente	R\$ 298,98 Fonseca e martins Comércio de Gás Eireli
Indenizações e restituições	R\$5.925,00 Aliança Transporte de Passageiros e Turismo LTDA; R\$ 942,64 Secretaria Especial de Saúde Indígena - SESAI

Fonte: <http://www.saudeindigena.net.br/coronavirus/transparencia.php>. Acessado em 08/08/2021.

10.4. Análise orçamentária dos DSEIs, 2020

A categorização de valores pagos pelos DSEI por natureza de despesa está disponível na figura 11 (considerando despesas superiores a 0,1% do total).

Figura 11: Distribuição por natureza de despesa, dos valores pagos pelos DSEI, 2020.



Fonte: <http://www.saudeindigena.net.br/coronavirus/transparencia.php>. Acessado em 10/08/2021.

Novamente percebe-se o baixo percentual aplicado **em material de consumo (7%), Equipamento e material permanente (2,1%) e obras e instalações (1,2%)**, evidenciando o baixo investimento em ações como aquisição de EPIs e testes, aquisição de equipamentos para os Polo Base, Posto de Saúde e CASAI e adequação de estrutura física. As duas principais empresas beneficiadas, de acordo com a natureza de despesa, estão descritas na tabela 13.

Tabela 13: Natureza da despesa feita com empresas beneficiárias de valores pagos pelos DSEI, 2020.

Natureza de despesa	Principais beneficiadas
Locação de mão de obra	R\$ 17.068.787,23 G&E Serviços de Terceiros; R\$ 15.713.825,18 AFS Serviços de Locação de Mão de Obra.
Outros serviços de terceiros- Pessoa Jurídica	R\$ 23.444.695,29 Piquiatuba Taxi Aereo; R\$ 18.415.655,29 Emar Taxi Aereo.
Passagens e despesas com locomoção	R\$ 13.490.489,98 Asatur Transporte LTDA; R\$ 8.682.044,87 Icari Turismo Taxi Aereo

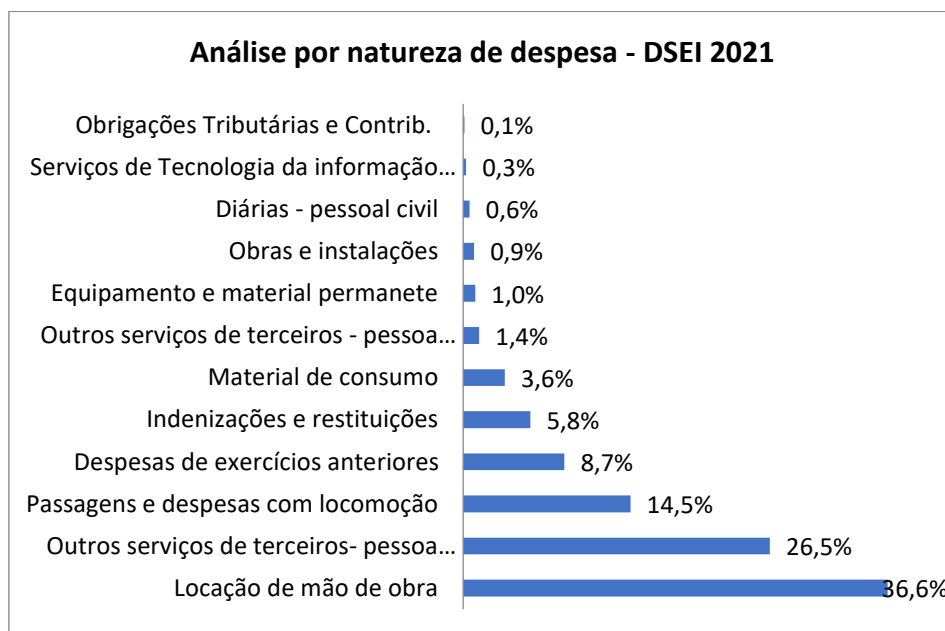
Material de consumo	R\$ 2.003.701,75 Dimaster Comercio de Produtos Hospitalares; 1.010.835,40 Medlevenshon Comercio e Representação de Produtos Hospitalares
Indenizações e restituições	R\$18.248.265,05 Intersept terceirização de serviços; R\$ 7.255.744,60 Piquitiatuba Taxi Areao
Equipamento e material permanente	R\$ 3.984.000,00 HPE Automotores do Brasil; R\$ 429.156,20 Portal Distribuidora Hospitalar
Despesas de exercícios anteriores	R\$ 1.749.657,72 Intersep Terceirização de Serviços; R\$ 1.023.414,51 Aliança Transporte de Passageiros e Turismo
Outros serviços de terceiros - pessoa física	R\$ 538.139,22 Eduardo Jose Milet; R\$ 318.954,24 Antonio Fonseca Neto
Obras e instalações	R\$ 1.258.242,38 Construtora Dois Irmãos; R\$ 855.791,80 DCA Construtora LTDA
Diárias - pessoal civil	R\$ 428.223,59 Distrito Especial de Saúde Indígena do Amapá; R\$267.351,78 Distrito Especial de Saúde Indígena Pernambuco
Serviços de Tecnologia da informação e comunicação	R\$ 225.526,36 Vale do Ribeira Internet LTDA; R\$ 164.487,94 MLP Costa

Fonte: <http://www.saudeindigena.net.br/coronavirus/transparencia.php>. Acessado em 10/08/2021.

10.5. Análise orçamentária DSEIs 2021

A descrição de valores pagos pelos DSEI por natureza de despesa está disponível na figura abaixo (considerando despesas superiores a 0,1% do total).

Figura 12: Distribuição por natureza de despesa, valores pagos pelos DSEI, 2021.



Fonte: <http://www.saudeindigena.net.br/coronavirus/transparencia.php>. Acessado em 10/08/2021.

As principais despesas, de acordo com a natureza delas, com as principais empresas beneficiadas estão descritas na tabela abaixo.

Tabela 14: Natureza da despesa feita com empresas beneficiárias de valores pagos pelos DSEI, 2021.

Natureza de despesa	Principais Beneficiadas
Locação de mão de obra	R\$ 8.768.973,72 AFS Serviços de Locação de Mão de Obra; R\$ 7.640.031,56 G&E Serviços de Terceiros;
Outros serviços de terceiros- pessoa jurídica	R\$ 11.375.992,55 Emar Taxi Aereo; R\$ 9.323.786,44 Piquiatuba Taxi Aereo.
Passagens e despesas com locomoção	R\$ 6.058.313,08 Asatur Transporte LTDA; R\$ 4.340.491,33 Cunha Locação de Serviços & Construtora
Despesas de exercícios anteriores	R\$ 5.703.009,91 Voare Taxi Aereo; R\$ 5.466.562,95 Cunha Locação de Serviços & Construtora
Indenizações e restituições	R\$ 8.379.671,50 Intersep Terceirização de Serviços; R\$ 4.864.747,40 Voare Taxi Aereo
Material de consumo	R\$ 748.772,00 Balme Empreendimentos; R\$ 590.948,50 R. M. Naveca
Outros serviços de terceiros - pessoa física	R\$ 323.082,28 Eduardo José Milet; R\$ 159.477,12 Antonio Fonseca Neto
Equipamento e material permanente	R\$ 384.300,00 Mariner Nautica LTDA; R\$ 213.997,40 LX distribuidora de Materiais
Obras e instalações	R\$ 522.240,34 Construtora Medina LTDA; R\$ 285.584,92 Construtora Com. Mat. Construção Eireli
Diárias - pessoal civil	R\$ 237.498,93 Distrito Especial de Saúde Indígena Amapá; R\$ 169.538,10 Distrito Especial de Saúde Indígena Pernambuco
Serviços de Tecnologia da informação e comunicação	R\$ 116.500,00 JJ Telecomunicações LTDA; R\$ 76.593,00 Vale do Ribeira Internet
Obrigações Tributárias e Contrib.	R\$ 62.365,90 Energia Paraíba; R\$ 48.875,87 Equatorial Maranhão Distribuidora de Energia
Outros serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica – Intra	R\$ 53.420,64 Empresa Brasil de Comunicações
Obrigações Tributárias e Contrib. Intra Op.	R\$ 1.658,72 Instituto Nacional de Metereologia, qualidade e tecnologia; R\$ 1.056,42 Fundo de Fiscalização da Telecomunicações

Fonte: <http://www.saudeindigena.net.br/coronavirus/transparencia.php>. Acessado em 10/08/2021.

No exercício de 2021, **percebe-se um percentual ainda menor que no de 2020 do orçamento dos DSEI dedicado a material de consumo (3,6%), Equipamentos material permanente (1%) e obras e instalações (0,9%). A discriminação de despesas feitas junto às principais empresas e pessoas beneficiárias das aquisições feitas mostra a repetição do padrão, com o predomínio de Serviços de Pessoa Jurídica e uma elevada concentração de pagamentos para uma única pessoa física em ambos os exercícios analisados. Para ambos os períodos analisados as despesas feitas não têm perfil compatível com as necessidades instituídas pelo combate à epidemia.**

Referências e documentos consultados

Todos disponíveis em: https://drive.google.com/drive/u/1/folders/1DIe-CtQ8UG-9uY78ns_-dKy01Do0Mv6a

ABRASCO – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA; ABA – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA. A Covid-19 e os povos indígenas: desafios e medidas para controle do seu avanço. Rio de Janeiro, 21 mar. 2020a. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/posicionamentos-oficiais-abrasco/a-covid-19-e-os-povos-indigenas-desafios-e-medidas-para-controle-do-seu-avanco/45866/>. Acesso em: 26 ago. 2021.

ABRASCO – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. A Covid-19 e a situação alimentar entre os povos indígenas: recomendações para o enfrentamento da pandemia. Rio de Janeiro, 17 abr. 2020b. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/posicionamentos-oficiais-abrasco/a-covid-19-e-a-situacao-alimentar-entre-os-povos-indigenas-recomendacoes-para-o-enfrentamento-da-pandemia/47017/>. Acesso em: 26 ago. 2021.

ABRASCO - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. Grupo de Trabalho em Saúde Indígena; FIOCRUZ - FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Nota Técnica em resposta à Intimação nº 2636/2020**. Rio de Janeiro, 17 ago. 2020c. Assunto: Manifestação ao Supremo Tribunal Federal - STF do Grupo de Consultores do GT de Saúde Indígena da Abrasco e Fiocruz, nos autos da medida cautelar na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 709. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/gtsaudeindigena/wp-content/uploads/sites/12/2020/08/Resposta-intimacao-Fiocruz-Abrasco-Final-17-08-c2-2.pdf>. Acesso em: 20 set. 2020.

ABRASCO - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. Grupo de Trabalho em Saúde Indígena; FIOCRUZ - FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Comentários do grupo de consultores acerca de bases de dados epidemiológicos e de capacidade instalada para enfrentamento da pandemia de Covid-19, no âmbito da ADPF 709**. Rio de Janeiro, 11 set. 2020d. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/gtsaudeindigena/wp-content/uploads/sites/12/2021/04/Manifest-consultores-ADPF-STF-Bases-de-dados-SESAI-11-set-2020-final.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2021.

ABRASCO - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. Grupo de Trabalho em Saúde Indígena; FIOCRUZ - FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Nota Técnica em resposta à Intimação nº 3.073/2020**. Rio de Janeiro, 18 set. 2020e. Assunto: Manifestação ao Supremo Tribunal Federal - STF do Grupo de Consultores do GT de Saúde Indígena da Abrasco e Fiocruz, nos autos da medida cautelar na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 709. Disponível em: https://www.abrasco.org.br/site/gtsaudeindigena/wp-content/uploads/sites/12/2020/10/manifestacao_Fiocruz_Abrasco_intimacao_3073_fina-l-v2.pdf. Acesso em: 19 ago. 2021.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. Grupo de Trabalho em Saúde Indígena; FIOCRUZ - FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Nota Técnica em resposta à**

Intimação nº 3.631/2020. Rio de Janeiro, 3 nov. 2020f. Assunto: Manifestação ao Supremo Tribunal Federal - STF do Grupo de Consultores do GT de Saúde Indígena da Abrasco e Fiocruz, nos autos da medida cautelar na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 709. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/gtsaudeindigena/wp-content/uploads/sites/12/2020/11/resposta-fiocruz-abrasco-02-11.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2021.

ABRASCO - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. Grupo de Trabalho em Saúde Indígena; FIOCRUZ - FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Nota Técnica em resposta à Intimação nº 4.076/2020.** Rio de Janeiro, 4 dez. 2020g. Assunto: Manifestação ao Supremo Tribunal Federal - STF do Grupo de Consultores do GT de Saúde Indígena da Abrasco e Fiocruz, nos autos da medida cautelar na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 709. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/gtsaudeindigena/wp-content/uploads/sites/12/2021/01/NOTA-TECNICA-Fiocruz-abrasco-final-04-12.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2021.

ABRASCO - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. Grupo de Trabalho em Saúde Indígena; FIOCRUZ - FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Nota Técnica em resposta à Intimação nº 300 e 301/2021.** Rio de Janeiro, 12 fev. 2021a. Assunto: Manifestação ao Supremo Tribunal Federal - STF do Grupo de Consultores do GT de Saúde Indígena da Abrasco e Fiocruz, nos autos da medida cautelar na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 709. Disponível em: https://www.abrasco.org.br/site/gtsaudeindigena/wp-content/uploads/sites/12/2021/03/nota-tecnica-fiocruz-abrasco-12-02-final-v2_diagramacao-ajustada_2021-02-12.pdf. Acesso em: 19 ago. 2021.

ABRASCO - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. Grupo de Trabalho em Saúde Indígena; FIOCRUZ - FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Nota Técnica em resposta à Intimação nº 904 e 905/2021.** Rio de Janeiro, 7 abr. 2021b. Assunto: Manifestação ao Supremo Tribunal Federal - STF do Grupo de Consultores do GT de Saúde Indígena da Abrasco e Fiocruz, nos autos da medida cautelar na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 709/DF. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/gtsaudeindigena/wp-content/uploads/sites/12/2021/04/NT-Fiocruz-ABRASCO-final-revisado.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2021.

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Grupo de Trabalho em Saúde Indígena. **Nota Técnica do Grupo de Trabalho em Saúde Indígena da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) apresentada para a Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB) no âmbito da Arguição por Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 709.** Rio de Janeiro: ABRASCO, 17 mai. 2021c. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2021/05/Nota-Tecnica-Abrasco-17-05-final-corrigida-1-1.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2021.

ANVISA - AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 04/2020.** Brasília, DF: ANVISA, 30 jan. 2020a. Assunto: Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo

novo coronavírus (SARS-CoV-2). Atualizada em 21 mar. 2020. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/nota-tecnica-gvims_ggtes_anvisa-04_2020-25-02-para-o-site.pdf. Acesso em: 19 ago. 2021.

ANVISA - AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 07/2020**. Brasília, DF: ANVISA, 8 mai. 2020b. Assunto: Orientações para prevenção e vigilância epidemiológica das infecções por SARS-CoV-2 (Covid-19) dentro dos serviços de saúde. Atualizada em 23 jul. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/nota-tecnica-no-07-de-2020/view>. Acesso em: 19 ago. 2021.

APIB- ARTICULAÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS DO BRASIL **Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental**: com pedido de medida liminar. Brasília, DF, 2020a. (Versão final).

APIB- ARTICULAÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS DO BRASIL. **Sistematização dos comentários apresentados pelo grupo de apoio técnico indicadores pela APIB nas reuniões realizadas nos dias 27 e 29 de julho de 2020**. Brasília, DF, 31 jul. 2020b.

APIB- ARTICULAÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS DO BRASIL. **Ofício n. 52/2020 – AJUR/APIB**. Brasília, DF, 7 ago. 2020c. 22 p. Assunto: Sistematização dos comentários apresentados pelo grupo de apoio técnico indicadores pela APIB no GT de elaboração do Plano de Enfrentamento – ADPF 709.

BADEN, L. R; et al. Efficacy and Safety of the mRNA-1273 SARS-CoV-2 Vaccine. **N Engl J Med**, v. 384, n. 5, p. 403-416, fev. 2021. doi:10.1093/cid/ciab687. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33378609/>. Acesso em: 19 ago. 2021.

BALLARD, M.; BANCROFT, E.; NESBIT, J.; et al.. Prioritising the role of community health workers in the COVID-19 response. **BMJ Global Health**, v. 5, p. e002550, 2020. Disponível em: <https://gh.bmj.com/content/5/6/e002550.abstract>. Acesso em: 7 ago. 2021.

BRASIL. Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999. Acrescenta dispositivos à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. **Diário Oficial da União**: seção 1, p. 1, 24 set.1999. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19836.htm. Acesso em: 23 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia Prático de tratamento de malária no Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010a. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). ISBN 978-85-334-1725-0. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_malaria.pdf. Acesso em: 19 ago. 2021.

BRASIL. Lei nº 12.314, de 19 agosto de 2010. Altera as Leis nºs 10.683, de 28 de maio de 2003, que dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios,

8.745, de 9 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a contratação por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público, e 8.029, de 12 de abril de 1990, que dispõe sobre a extinção e dissolução de entidades da administração pública federal; revoga dispositivos da Lei nº 10.678, de 23 de maio de 2003; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 2, 20 ago. 2010b. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2010/lei-12314-19-agosto-2010-608047-norma-pl.html>. Acesso em: 6 ago. 2021.

BRASIL. Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde-SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências. Brasília, DF: 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 27 de agosto de 2021.

BRASIL. Decreto nº7.336, de 19 de outubro de 2010 [revogado]. Aprova a estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Carros em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. Brasília, DF, out.2010c. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7336.htm. Acesso em 27 de ago. 2021.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Relatório de Auditoria na Governança das contratações voltadas à Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2019a. 110 p. Disponível em: https://portal.tcu.gov.br/data/files/C0/73/DB/AD/237C1710F2267917E18818A8/Relatorio_Processo_02795220193-SESAI.pdf. Acesso em: 8 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena**: relatório final. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. 305 p. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/02fev_01_relatorio_final_5cnsi.pdf. Acesso em: 5 ago. 2021.

BRASIL. Decreto nº 9.795, de 17 de maio de 2019. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde, remaneja cargos em comissão e funções de confiança, transforma funções de confiança e substitui cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo – FCPE. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 95, p. 2, 17 mai. 2019b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9795.htm. Acesso em: ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico COE**, n.2, fev. 2020a. Brasília, DF: MS/SVS. 23 p. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/13/Boletim-epidemiologico-COEcorona-SVS-13fev20.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Portaria nº 55, de 13 de abril de 2020b. **Diário Oficial da União**: seção1, n. 71, p. 55, 14 abr. 2020. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sesai/2020/prt0055_14_04_2020.html.

Acesso em: 6 ago. 2021.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Medida Cautelar na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 709**. Brasília, DF, 8 jul. 2020c. Disponível em: <https://stf.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/1100645303/medida-cautelar-na-arguicao-de-descumprimento-de-preceito-fundamental-adpf-709-df-0097227-0320201000000/inteiro-teor-1100645304?ref=serp>. Acesso em: 7 ago. 2021

BRASIL. Gabinete de Segurança Institucional; Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos; Ministério da Saúde; Ministério da Justiça e Segurança Pública; Ministério da Defesa; Ministério do Meio Ambiente; Ministério da Educação; Ministério da Cidadania; Ministério da Agricultura Pecuária e Abastecimento. **Plano de Enfrentamento e Monitoramento da Covid-19 para povos indígenas brasileiros**. Brasília, DF: Ministério da Justiça e Segurança Pública, 07 ago. 2020d. 66p.

BRASIL. Gabinete de Segurança Institucional; Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos; Ministério da Saúde; Ministério da Justiça e Segurança Pública; Ministério da Defesa; Ministério do Meio Ambiente; Ministério da Educação; Ministério da Cidadania; Ministério da Agricultura Pecuária e Abastecimento. **Aperfeiçoamento do Plano de Enfrentamento e Monitoramento da Covid-19 para povos indígenas brasileiros**. Brasília, DF: Ministério da Justiça e Segurança Pública, 7 set. 2020e 115p. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2020-2/setembro/PlanoREVISADO1.pdf>. Acesso em: 3 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 3.021, de 4 de novembro de 2020. [Altera a Portaria de Consolidação GM/MS n° 4, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o controle social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena – SasiSUS e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, edição 217, p. 135, 13 nov. 2020. Disponível em: <https://brasilsus.com.br/index.php/pdf/portaria-no-3-021/>. Acesso em: 19 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19**. Brasília, DF, 10 dez. 2020f.

BRASIL. Portaria 454, de 20 de março de 2020. Declara, em todo o território nacional, o estado de transmissão comunitária do coronavírus (covid-19). Publicado no **Diário Oficial da União** em 20 de março de 2020, edição 55-F, seção 01-Extra, página1.2020g. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-454-de-20-de-marco-de-2020-249091587>. Acessado em 30 de Ag.2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de Manejo Clínico para o Novo Coronavírus (2019-nCov)**. Brasília, DF, mar. de 2020h.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (Covid-19) na Atenção Primária à Saúde**. Versão 2. Brasília, DF, mar.2020i.33p.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. **Plano de Enfrentamento e monitoramento da Covid-19 para povos indígenas brasileiros: versão MJSP**. Brasília, DF: MJSP, 20 nov. 2020j. 144 p.

BRASIL. Gabinete de Segurança Institucional; Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos; Ministério da Saúde; Ministério da Justiça e Segurança Pública; Ministério da Defesa; Ministério do Meio Ambiente; Ministério da Educação; Ministério da Cidadania; Ministério da Agricultura Pecuária e Abastecimento. **Aperfeiçoamento do Plano de Enfrentamento e Monitoramento da Covid-19 para povos indígenas brasileiros**. 4. ed. Brasília, DF: Ministério da Justiça e Segurança Pública, 13 jan. 2021a. 265 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19**. 2. ed. Brasília, DF: MS, 22 jan. 2021b. 86p. Disponível em: https://saude.mppr.mp.br/arquivos/File/Para_seu_conhecimento/PSC125-2021COVID.pdf. Acesso em: 23 go. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19**. 3. ed. Brasília, DF: MS, 29 jan. 2021c. 85 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19**. 4. ed. Brasília, DF: MS, 15 fev. 2021d. 189 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19**. 6. ed. Brasília, DF: MS, 28 abr. 2021e. 102 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19**. 7. ed. Brasília, DF: MS, 17 mai. 2021f. 107 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19**. 9. ed. Brasília, DF: MS, 15 jul. 2021g. 111 p. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/plano-nacional-de-vacinacao-covid-19/view>. Acesso em: 19 ago. 2021.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Medida Cautelar na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 709**. Brasília, DF, 16 mar. 2021h.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portal da Secretaria Especial de Saúde Indígena (Composição)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sesai>. Acesso em: 7 ago. 2021.

CHODICK, G.; et al. Assessment of Effectiveness of 1 Dose of BNT162b2 Vaccine for SARS-CoV-2 Infection 13 to 24 Days After Immunization. **JAMA Netw Open**, v. 4, n. 6, p. e2115985, jun. 2021. doi:10.1001/jamanetworkopen. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34097044/>. Acesso em: 19 ago. 2021.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Recomendação nº 020, de 7 de abril de 2020**. [Recomenda a observância do Parecer Técnico nº 128/2020, que dispõe sobre as orientações ao trabalho/atuação dos trabalhadores e trabalhadoras, no âmbito dos serviços de saúde, durante a Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional em decorrência Doença por Coronavírus – COVID-19]. Brasília, DF: Ministério da Saúde,

2020. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1103-recomendac-a-o-no-020-de-07-de-abril-de-2020>. Acesso em: 7 ago. 2021.

DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA Vilhena (Dsei VILHENA) . **Ofício Circular nº 20/2021/Vilhena/DSEI/SESAI/MS**. Cacoal: SESAI-Ministério da Saúde, 15 mar., 2021. Assunto: Isolamento Social em decorrência da Covid-19. Disponível em: <https://ds.saudeindigena.icict.fiocruz.br/handle/bvs/4040>. Acesso em: 3 ago. 2021.

FARIA, E. et al. Performance of vaccination with CoronaVac in a cohort of healthcare workers (HCW) - preliminary report. **MedRxiv**, 12 abr. 2021, p. 21255308. Disponível em: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.04.12.21255308v1>. Acesso em 19 ago. 2021.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. 40 p. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf. Acesso em: 19 ago. 2021.

FUNAI – FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO. **Portaria nº 419/PRES, de 17 de março de 2020**. Estabelece medidas temporárias de prevenção de à infecção e propagação do novo Coronavírus (COVID-19) no âmbito da Fundação Nacional do Índio. Brasília, DF, 17 mar. 2020.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Risco de espalhamento da COVID-19 em populações indígenas: considerações preliminares sobre vulnerabilidade geográfica e sociodemográfica**. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/PROCC; FGV, 2020. 36 p. 4. Relatório, 18 abril 2020a. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/40980>. Acesso em: 27 ago. 2021.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Risco de espalhamento da COVID-19 em populações indígenas: considerações preliminares sobre vulnerabilidade geográfica e sociodemográfica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/PROCC; FGV, 2020. 36 p. 4. Relatório, 05 mai. 2020b. Disponível em: <https://covid-19.procc.fiocruz.br/>. Acessado em 30 de ago.2021.

HALLAL, Pedro C.; et al. SARS-CoV-2 antibody prevalence in Brazil: results from two successive nationwide serological household. **The Lancet**, v. 8, n. 11, e1390-1398, nov, 2020. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(20\)30387-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(20)30387-9/fulltext). Acesso em: 26 ago. 2021.

POLACK, F. P.; et al. Safety and Efficacy of the BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine. **N Engl J Med**, v.383, n. 27, p. 2603-2615, dez. 2020. doi:10.1056/NEJMoa2034577. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33301246/>. Acesso em: 19 ago. 2021.

PÓLO BASE DE SANTA INÊS. **Recomendações do Pólo Base de Santa Inês para o atendimento de casos suspeitos de síndrome gripal/Covid19, nas terras indígenas Pindará, Carú e Awa, no qual não necessitam de remoção para atendimento hospitalar**. Santa Inês, MA: SESAI, [2020].

PONTES, A.L.M.; et al. Pandemia de Covid-19 e os povos indígenas no Brasil: cenários sociopolíticos e epidemiológicos. *In*: Matta, G. C. (Org). **Os impactos sociais da Covid-**

19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2021. p. 123-136.

RANZANI, O.; et al. Characterisation of the first 250000 hospital admissions for COVID-19 in Brazil: a retrospective analysis of nationwide data. **The lancet**, v.9, n. 4, p. 407-418abr. 2021. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600\(20\)30560-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600(20)30560-9/fulltext). Acesso em: 27 ago. 2021.

RAUPP, L.; et al. Condições de saneamento e desigualdades de cor/raça no Brasil urbano: uma análise com foco na população indígena com base no Censo Demográfico de 2010. **Rer. Bras. Epidemiol**, n. 20, v.1, p. 1-15, jan-mar. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/PqsyRVJzNrhDBwTr5SjJCrG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 7 ago. 2021.

SADOFF, J.; et al. Safety and Efficacy of Single-Dose Ad26.COV2.S Vaccine against Covid-19. **N Engl J Med**, v. 384, n. 23, p.2187-2201, abr. 2021. doi:10.1056/NEJMoa2101544. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33882225/>. Acesso em: 19 ago. 2021.

SANTOS, R. V.; et al. Indigenous children and adolescent mortality inequity in Brazil: What can we learn from the 2010 National Demographic Census? **SSM – Population Health**, v. 10, p. 100537, 2020. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352827319303180?via%3Dihub>. Acesso em: 6 ago. 2021.

SARAIVA, L.; CARDOSO, A. **Nota Técnica:** Execução orçamentária da saúde indígena diante da pandemia do novo coronavírus. Brasília, DF: INESC, 19 ago. 2020. Disponível em: <https://www.inesc.org.br/execucao-orcamentaria-da-saude-indigena-diante-da-pandemia-do-novo-coronavirus/>. Acesso em: 23 ago. 2021.

SARTI, T. D.; et al. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19?. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** [online]. 2020, v. 29, n. 2, e2020166. ISSN 2237-9622. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200024>. Acesso em: 19 ago.

SECRETARIA ESPECIAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA Á SAÚDE. **O que é Atenção Primária?** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/smp/smpoquee>. Acesso em: 7 ago. 2021.

SESAI - SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA. **[Planilha de aquisições de insumos dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas]**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020a. 19 p.

SESAI - SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA. **Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo Novo Coronavírus (COVID-19) em povos indígenas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, mar. 2020b. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1095139>. Acesso em: 4 ago. 2020.

SESAI - SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA. **Informe Técnico** n.1, 16 março de 2020c. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 16 mar., 2020. Assunto: Doença pelo novo coronavírus 2019.

SESAI - SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA. **Informe Técnico** n.2, 20 março de 2020d. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 20 mar., 2020. Assunto: Doença pelo novo coronavírus 2019.

SESAI - SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA. **Informe Técnico** n.3, mar., 2020e. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 23 mar., 2020. Assunto: Doença pelo novo coronavírus 2019.

SESAI - SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA. **Informe Técnico** n.4, 2020. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 30 mar., 2020f. Assunto: Doença pelo novo coronavírus 2019.

SESAI - SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA. **Ofício Circular** n. **5/2020/COBIES/DASI/SESAI/MS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 26 mar. 2020g. Assunto: Informações sobre estoque de equipamento de proteção individual – EPI.

SESAI - SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA. **Nota Técnica** n° **4/2020-DASI/SESAI/MS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 7 abr. 2020h. Assunto: [Insumos, equipamentos de saúde e meios logísticos para atuação da Equipe de Resposta Rápida (ERR)]. Disponível em: <https://ds.saudeindigena.icict.fiocruz.br/bitstream/bvs/1573/1/Martins,%20Andr%C3%A9%20Luiz%20e%20Silva,%20Robson%20Santos%20da%20-%202020%20-%20Nota%20T%C3%A9cnica%20n%C2%BA42020DASISESAIMS.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2021.

SESAI - SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA. **Ofício Circular** n° **16/2020/DASI/SESAI/MS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 7 abr. 2020i. Assunto: Distribuição de máscaras aos Distritos.

SESAI - SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA. **Nota Técnica** n° **21/2020 - COGASI-DASI/SESAI/MS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 9 abr. 2020j. Assunto: Orientações aos DSEIS em complementação à Nota Técnica n° 11/2020-DESF/SAPS/MS. Disponível em: <https://ds.saudeindigena.icict.fiocruz.br/handle/bvs/1571>. Acesso em: 19 ago. 2021.

SESAI - SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA. **Relatório das ações realizadas pela SESAI para enfrentamento da pandemia da Covid-19**. (Versão atualizada em 15 de abril de 2020). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 15 abr. 2020k. 9 p. Disponível em: <http://www.saudeindigena.net.br/>. Acesso em: 20 abr. 2020.

SESAI - SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA. **Relatório das ações realizadas pela SESAI para enfrentamento da pandemia da Covid-19**. (Versão atualizada em 5 de maio de 2020 Brasília, DF: Ministério da Saúde, 5 mai. 2020l. Disponível em: <http://www.saudeindigena.net.br/>. Acesso em: 6 mai. 2020.

SESAI - SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA. **Informe Técnico** n.5, 2020. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 8 mai., 2020m. Assunto: Doença pelo novo coronavírus 2019.

SESAI - SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA. **Relatório das ações realizadas pela SESAI para enfrentamento da pandemia da Covid-19.** (Versão atualizada em 22 de maio de 2020). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 22 mai. 2020n. 24 p. Disponível em: <http://www.saudeindigena.net.br/>. Acesso em: 25 mai. 2020.

SESAI - SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA. **Relatório das ações realizadas pela SESAI para enfrentamento da pandemia da Covid-19.** (Versão atualizada em 24 de maio de 2020). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 24 mai. 2020o. 35 p.

SESAI - SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA. **Unidades de atenção primária indígena (UAPI) da Covid-19.** versão 1. Brasília, DF: 25 mai. 2020p. Disponível em: <https://ds.saudeindigena.icict.fiocruz.br/bitstream/bvs/1982/1/Brasil.%20Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde.%20Secretaria%20Especial%20de%20Sa%C3%BAde%20Ind%C3%ADgena%20-%202020%20-%20Unidades%20da%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20Prim%C3%A1ria%20Ind%C3%ADgena%20%28UAPI%29%20da%20Co.pdf>. Acesso em: 6 ago. 2021

SESAI - SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA. **Informe Técnico** n.6, 2020. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 16 jun., 2020q. Assunto: Doença pelo novo coronavírus 2019.

SESAI - SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA. **Informe Técnico** n.7, 2020. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 10 ago., 2020r. Assunto: Doença pelo novo coronavírus 2019.

SESAI - SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA. **Nota à Imprensa.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 13 jul. 2020s. Assunto: SESAI reforça ações no combate à Covid-19. Disponível em: <http://www.saudeindigena.net.br/coronavirus/acoes.php>. Acesso em: 24 ago. 2020.

SESAI - SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA. **Protocolo Sanitário de entrada em territórios indígenas.** versão 1-2. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 13 ago. 2020t. 7 p. Disponível em: <http://ds.saudeindigena.icict.fiocruz.br/handle/bvs/3942>. Acesso em: 6 ago. 2021.

SESAI – Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Nota à Imprensa.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 19 ago. 2020u. Assunto: Nota técnica do Inesc sobre execução orçamentária da saúde indígena diante da pandemia do novo coronavírus.

SESAI - SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA. **Ofício Circular nº 41/2020/COBIES/DASI/SESAI/MS.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 4 nov. 2020v. Assunto: Informação e orientação para o descarte de testes rápidos.

SESAI - SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA. **Relatório das ações realizadas pela SESAI para enfrentamento da pandemia da Covid-19.** (Versão atualizada em 20 novembro de 2020). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 20 nov. 2020x. 35 p.

SESAI - SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA **Informe Epidemiológico**, n. 34. Semana Epidemiológica 52 (20 dez.2020 – 26 dez. 2020). Brasília, DF: Ministério da Saúde, dez, 2020z. Disponível em: <http://www.saudeindigena.net.br/coronavirus/pdf/Informe%20Epidemiologico%20SE%2052-%20SESAI%20COVID%2019.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2021.

SESAI - SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA. **Ofício Circular nº 1/2021/COGASI/DASI/SESAI/MS.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 5 jan. 2021a. Assunto: Formulário de barreira de acesso à Atenção Primária. Disponível em: https://www.socioambiental.org/sites/blog.socioambiental.org/files/nsa/arquivos/1611150795197_oficio_circular_no_1_05_jan_indio_urbano_1.pdf. Acesso em: 19 ago. 2021.

SESAI - SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA. **Informe Técnico** n.8, 2021. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 05 jan., 2021b. Assunto: Doença pelo novo coronavírus 2019.

SESAI - SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA. **Ofício Circular nº 3/2021/COGASI/DASI/SESAI/MS.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 6 jan. 2021c. Assunto: Planejamento para vacinação contra a Covid-19.

SESAI - SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA. **Relatório das ações realizadas pela SESAI para enfrentamento da pandemia da Covid-19.** (Versão atualizada em 22 de janeiro de 2021). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 22 jan. 2021d. 39 p.

SESAI - SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA. **Relatório das ações realizadas pela SESAI para enfrentamento da pandemia da Covid-19.** (Versão atualizada em 18 de fevereiro de 2021). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 18 fev. 2021e. 36 p.

SESAI - SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA. **Ofício Circular nº 17/2021/COBIES/DASI/SESAI/MS.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 11 mar. 2021f. Assunto: Formulários de monitoramento de insumos estratégicos de saúde – saúde indígena. Disponível em: <https://saudeindigena.saude.gov.br/corona>. Acesso em: 5 ago. 2021.

SESAI - SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA. **Ofício Circular nº5/2020/COBIES/DASI/SESAI/MS.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 26 mar. 2021g. Assunto: Informações sobre estoque de equipamento de proteção individual – EPI.

SESAI - SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA. **Relatório das ações realizadas pela SESAI para enfrentamento da pandemia da Covid-19.** (Versão atualizada em 6 de maio de 2021). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 6 mai. 2021h. 34 p.

SESAI - SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA. **Nota à Imprensa.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 12 mai. 2021i. Assunto: Sobre melhoras na saúde de criança Yanomami e medicamentos para malária no DSEI Yanomami. Disponível em: <http://www.saudeindigena.net.br/coronavirus/pdf/NOTA%20%C3%80%20IMPRESA%20-%20crian%C3%A7a%20Yanomami%20apresenta%20melhoras%20no%20estado%20de%20sa%C3%BAde%20-%202012-05-21.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2021.

SESAI - SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA. **Despacho SESAI/NUJUR/SESAI/MS.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 21 mai. 2021j. Assunto: Ação de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 709 (ADPF 709).

SESAI - SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA. **Despacho DASI/SESAI/MS.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 21 mai. 2021k. Assunto: Resposta à Cota n. 03321/202/CONJUR-MS/CGU/AGU.

SESAI - SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA. **Nota Informativa nº 8/2021-SESAI/GAB/SESAI/MS.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 21 mai. 2021l. Assunto:[Esclarecimentos à questionamentos na CPI da Pandemia].

SESAI - SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA. **Relatório das ações realizadas pela SESAI para enfrentamento da pandemia da Covid-19.** (Versão atualizada em 24 de maio de 2021). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 24 mai. 2021m 35 p.

SESAI - SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA. **Relatório das ações realizadas pela SESAI para enfrentamento da pandemia da Covid-19.** (Versão atualizada em 11 de junho de 2021). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 11 jun. 2021n. 36 p.

SESAI - SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA. **Relatório resumido SESAI:** semana epidemiológica 24/2021. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [jun.] 2021o. Disponível em: <https://saudeindigena.saude.gov.br/corona>. Acesso em: 30 jul. 2021.

SESAI - SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA. **Nota à Imprensa.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 14 jun. 2021p. Assunto: Vacinação e ações de enfrentamento da Covid-19 nas populações indígenas atendidas diretamente pelo Governo Federal.

SESAI - SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA **Informe Epidemiológico,** n. 60. Semana Epidemiológica 25 (20 jun. 2021 – 26 jun. 2021). Brasília, DF: Ministério da Saúde, jun. 2021q.

SESAI - SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA. **Relatório resumido SESAI:** semana epidemiológica 28/2021. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [jul.] 2021r.

SESAI - SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA. **Relatório das ações realizadas pela SESAI para enfrentamento da pandemia da Covid-19.** Semana epidemiológica 31/2021s. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. 36 p.

SESAI - SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA. Informe Epidemiológico, n. 64. Semana Epidemiológica 29 (18 jul. 2021 – 24 jul. 2021). Brasília, DF: Ministério da Saúde, jun. 2021t.

SOBRASP – SOCIEDADE BRASILEIRA PARA QUALIDADE DO CUIDADO E SEGURANÇA DO PACIENTE. Nota sobre o direito do profissional de saúde ao trabalho em condições saudáveis e seguras e a Covid-19. [S.l.]: SOBRASP, 2020. 16 p.

TANRIOVER, M. D.; et al. Efficacy and safety of an inactivated whole-virion SARS-CoV-2 vaccine (CoronaVac): interim results of a double-blind, randomised, placebo-controlled, phase 3 trial in Turkey. **Lancet**, v. 398, n. 10296, p. 213-222, jul. 2021. doi: 10.1016/S0140-6736(21)01429-X. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34246358/>. Acesso em: 19 ago. 2021.

TENFORDE MW, Patel MM, Ginde AA, et al. Effectiveness of SARS-CoV-2 mRNA Vaccines for preventing Covid-19 hospitalizations in the United States. **Clin Infect Dis.**, 6 ago. 2021. doi: :10.1093/cid/ciab687. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34358310/>. Acesso em: 19 ago. 2021

VASILEOU, E.; et al. Interim findings from first-dose mass COVID-19 vaccination roll-out and COVID-19 hospital admissions in Scotland: a national prospective cohort study. **Lancet** , v. 397, n. 10286, p. 1646-1657, mai. 2021. doi:10.1016/S0140-6736(21)00677-2. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33901420/>. Acesso em: 19 ago. 2021.