

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

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

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

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

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

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

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

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

## Introducción

Los pueblos indígenas han estado enfrentando múltiples violaciones a sus derechos como consecuencia del retroceso y desmantelamiento de la política nacional indígena, especialmente entre 2018-2022<sup>1</sup>. Una de ellas se refiere al derecho a la salud, ya que este grupo poblacional tiene un acceso inadecuado a servicios de salud, saneamiento básico y agua tratada<sup>2</sup>.

El Subsistema de Atención a la Salud Indígena del Sistema Único de Salud (SasiSUS) debe garantizar el acceso a los servicios de salud, teniendo en cuenta las especificidades y demandas de los pueblos indígenas<sup>3</sup>. Cuenta con Distritos Sanitarios Especiales Indígena (DSEI), distribuidos por las regiones del país, con Equipos Multidisciplinarios de Salud Indígena (EMSI), con médico, enfermera, odontólogo y agentes de salud indígena, que atienden en los territorios indígenas<sup>3</sup>.

Sin embargo, los mecanismos de protección a la salud de esta población ya estaban debilitados cuando la pandemia de COVID-19 azotó a Brasil, lo que fue un factor determinante en el empeoramiento de la situación sanitaria<sup>1</sup>. Antes de la pandemia ya se habían detectado deficiencias en el SasiSUS, como una mala gestión financiera, un monitoreo inadecuado, falta de profesionales cualificados, escasez de profesionales sanitarios y de suministros esenciales, dificultades para mantener la regularidad de las acciones sanitarias en las aldeas, lo que imposibilitaba la continuidad de la atención a las poblaciones indígenas, y limitaciones en el acceso y uso de los sistemas de información<sup>4</sup>. A esto se suma el proceso de desfinanciamiento del SUS como resultado de la reducción de los recursos asignados a su presupuesto, incluso en tiempos de la pandemia de COVID-19<sup>5</sup>, y el debilitamiento de los espacios de participación y democracia, en un contexto de austeridad fiscal y desmantelamiento de las políticas sociales del país<sup>6</sup>.

Ante la COVID-19, indígenas, organizaciones indigenistas y defensores de los derechos humanos y de la salud pública reclamaron respuestas urgentes para evitar que la pandemia se propagara y extendiera hacia el interior del país, dada la lentitud y debilidad institucional de los organismos responsables. Las organizaciones indígenas y las organizaciones no gubernamentales se encargaron de crear redes autónomas de vigilancia en salud<sup>7</sup>.

En este sentido, este estudio buscó analizar las estrategias institucionales y comunitarias de enfrentamiento a la COVID-19 en el territorio cubierto por el DSEI Pernambuco (DSEI-PE).

## Metodología

Investigación cualitativa, constituyendo un estudio de caso en el DSEI-PE, buscando comprender la COVID-19 como un fenómeno social complejo e identificar las relaciones entre el contexto y las prácticas concretas<sup>8</sup>.

Se ha realizado un análisis documental de la normativa de actuación ante la COVID-19 y de los planes de contingencia de la SESAI y del DSEI para el periodo de la pandemia (2019-2020). La intervención considerada en este estudio fue el plan de contingencia ante la COVID-19 del DSEI-PE. La teoría de trabajo de esta intervención se expresó a través de la construcción de un modelo lógico, buscando describir la racionalidad de las acciones, los insumos necesarios y los efectos deseados.

En la segunda etapa, se realizaron dos talleres en línea para validar el modelo lógico con el equipo técnico y los coordinadores del DSEI-PE, identificar los factores de contexto internos y externos que influyeron en la implementación del plan mediante la matriz DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas, Oportunidades) y mapear la red sociotécnica de la gestión del DSEI para enfrentar la pandemia en septiembre de 2021. Las redes sociotécnicas se refieren a las conexiones entre personas y objetos, denominados actantes, cuyos atributos están constituidos por las relaciones que se establecen ante una controversia<sup>9</sup>.

En la tercera etapa, la investigación de campo se llevó a cabo en marzo de 2022, con trece entrevistas a actores clave, identificados mediante muestreo de “bola de nieve”, codificadas de acuerdo con el Cuadro 1.

El material fue transcrito y leído, identificando las cuestiones planteadas por cada interlocutor, buscando emerger el universo de significados y sentidos de cada sujeto<sup>10</sup>. El análisis de contenido fue la que mejor se adecuó a síntesis de los resultados e incluyó la exploración del material y la interpretación, en un proceso de teorización atento a las categorías empíricas del material, a partir de la teoría fundamentada en los datos. Los datos producidos se analizaron en conjunto y se organizaron según los principales temas expresados por los entrevistados.

La investigación fue aprobada por el Comité Nacional de Ética en Investigación (CONEP), de acuerdo con la Resolución del Consejo Nacional de Salud (CNS) n.º 510 de 2016, dictamen 4.645.163.

**Cuadro 1.** Codificación de entrevistas.

Código Utilizado	Especificación
Indígena 1 (I1)	Liderazgo indígena
Indígena 2 (I2)	Liderazgo indígena
Indígena 3 (I3)	Liderazgo indígena
Indígena 4 (I4)	Liderazgo indígena
Indígena 5 (I5)	Liderazgo indígena
Profesional Salud Gestión estatal (G1)	Representante de la Secretaría de Estado de Salud (SES)/PE
Profesional Salud Gestión estatal (G2)	Representante de la Secretaría de Estado de Salud (SES)/PE
DSEI 1	Representante DSEI Pernambuco
DSEI 2	Representante DSEI Pernambuco
DSEI 3	Representante DSEI Pernambuco
P1	Representante de la organización social de salud
R1	Representante de la organización indígena y/o indigenista
R2	Representante de la organización indígena y/o indigenista

Fuente: Autores.

### Estudio de caso: DSEI Pernambuco

El DSEI-PE está situada en la capital, Recife, en el estado de Pernambuco. Atiende a una población de 39.500 indígenas de 15 etnias, repartidos en 224 aldeas y 18 municipios; cuenta con 21 EMSI<sup>11</sup>, organizados en 15 polos de base según consulta al registro nacional de establecimientos de salud del Ministerio de Salud (MS) en agosto de 2023.

En Pernambuco, en la segunda quincena de abril de 2020, los casos de COVID-19 comenzaron a multiplicarse en los municipios donde se localizan las tierras indígenas, con la primera muerte ocurrida en un indígena Fulni-ô el 23 de abril de 2020. De 2020 a 2022, se confirmaron 4.221 casos de COVID-19 en la población indígena, concentrados en las etnias Xukuru (1.063), Atikum (945) y Pankará (662), y se registraron 29 muertes, con el mayor número de muertes en las etnias Xukuru (7), Fulni-ô (6) y Pankará (5)<sup>12</sup>.

## Resultados y discusión

### Planificación de las acciones

Numerosos estudios han indicado la vulnerabilidad biológica, ambiental y social de los pueblos indígenas ante la pandemia de la COVID-19<sup>7,13</sup>. En marzo de 2020, el Ministerio de Salud, a través de la SESAI, lanzó el Plan Nacional de Contingencia para la Infección Humana por el nuevo Coronavirus en Pueblos Indígenas, que sirvió de base para la planificación de los DSEI, que elaboraron sus propios planes<sup>14</sup>. Este

plan señalaba como acciones estratégicas; la detección y notificación de casos sospechosos y confirmados, las acciones de prevención y control de la infección, la asistencia farmacéutica, el apoyo a laboratorios y la garantía de flujos diagnósticos, el control de acceso a los territorios, la difusión de información sobre la enfermedad y la coordinación de acciones de forma integrada entre los DSEI, los municipios y los estados.

Los DSEI eran responsables de la identificación, notificación y manejo oportuno de los casos sospechosos y/o confirmados de la enfermedad con base en las normas ministeriales e internacionales, y adecuándolas a las especificidades de la población indígena bajo su responsabilidad<sup>14</sup>.

Las acciones de control y prevención se organizaron en tres niveles de respuesta: Alerta; Peligro inminente; Emergencia de salud pública. Para cada nivel de respuesta, las acciones se organizaron en componentes de vigilancia, medidas de control, asistencia; integración con municipios y estados; asistencia farmacéutica; barreras sanitarias, comunicación y gestión.

La estructura del Plan de Contingencia del DSEI-PE contempló este conjunto de acciones<sup>15</sup>. La racionalidad lógica del plan y la teoría del funcionamiento de esta intervención se organizaron y describieron mediante un modelo lógico, inicialmente basado en el plan y luego validado y adaptado con el equipo técnico y el coordinador del DSEI (Figura 1), teniendo en cuenta las acciones realizadas para el nivel de respuesta “Emergencia de Salud Pública”, ya que los niveles de respuesta “Alerta” y “Peligro Inminente” fueron rápidamente superados a medida que avanzaba la situación epidemiológica en los territorios indígenas.

La Figura 1 busca expresar las relaciones entre los componentes estructurales – insumos, actividades, productos y resultados – organizados en torno a cuatro componentes técnicos: Vigilancia en salud, Asistencia de laboratorio y farmacéutica, Comunicación de riesgo y Gestión, cuyos objetivos están detallados en el Cuadro 2.

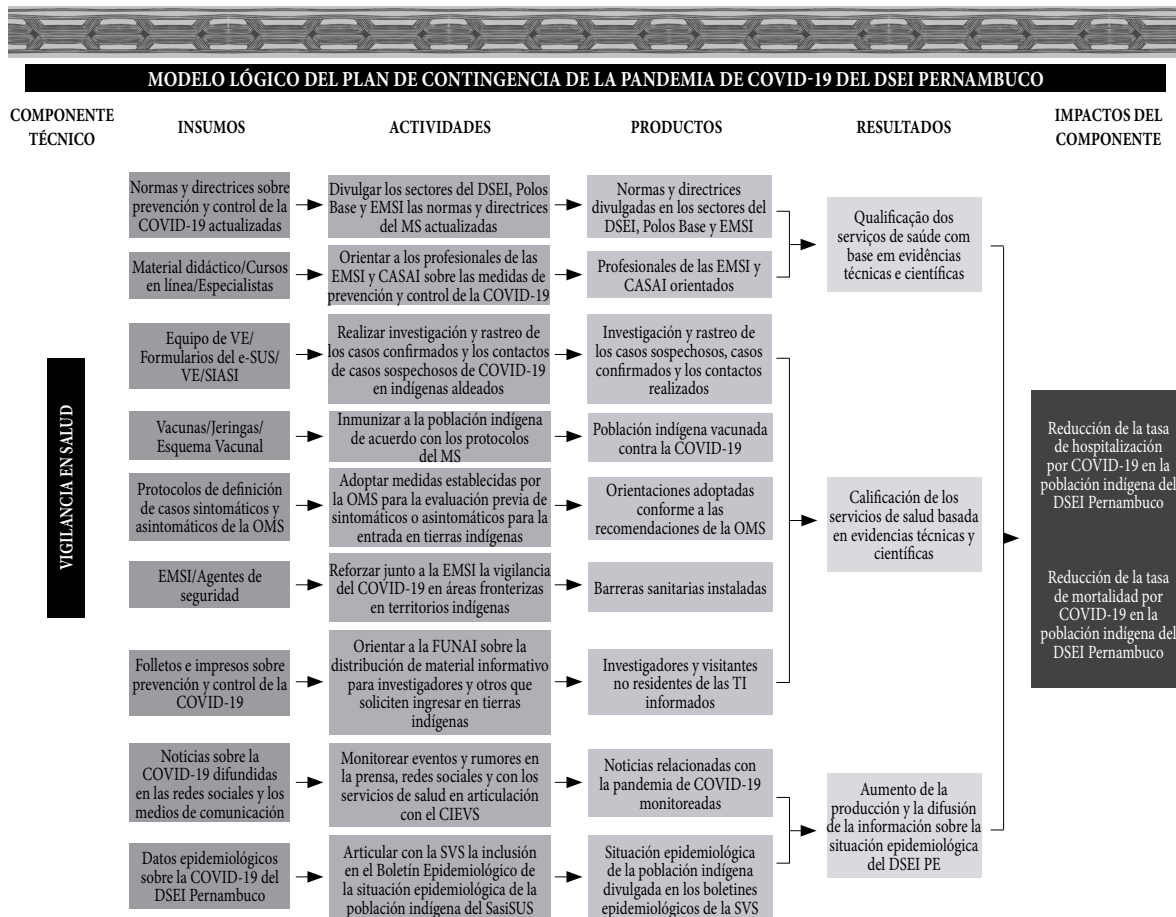
Para alcanzar los objetivos del componente de Vigilancia Sanitaria, según el equipo del DSEI, destacaron las siguientes actividades orientación a los profesionales de las EMSI y Casas de Salud Indígena (CASAI) sobre las medidas de prevención y control de COVID-19; investigación y rastreo de casos confirmados y contactos de casos sospechosos de COVID-19 en aldeanos indígenas; realización de pruebas a los profesionales antes de su entrada en el territorio; distribución

de equipos de protección individual (EPI) a los equipos, inmunización; seguimiento de eventos y rumores en la prensa, redes sociales y servicios de salud en conjunto con el Centro de Información Estratégica para la Vigilancia en Salud (CIEVS). Los equipos recibieron formación y cursos a distancia.

En cuanto a la asistencia laboratorial y farmacéutica, el equipo del DSEI actuó de enlace con la SESAI, el Estado y los municipios para establecer flujos de diagnóstico con la red de laboratorios de referencia para los virus respiratorios y suministrar medicamentos para la atención sintomática de los casos.

En cuanto a la comunicación de riesgos, una actividad estratégica consistió en intensificar las actividades educativas sobre la enfermedad y las

FIGURA 1A



continua

Figura 1. Modelo Lógico del Plan de Contingencia de la Pandemia de COVID-19 del DSEI-PE.

FIGURA 1B

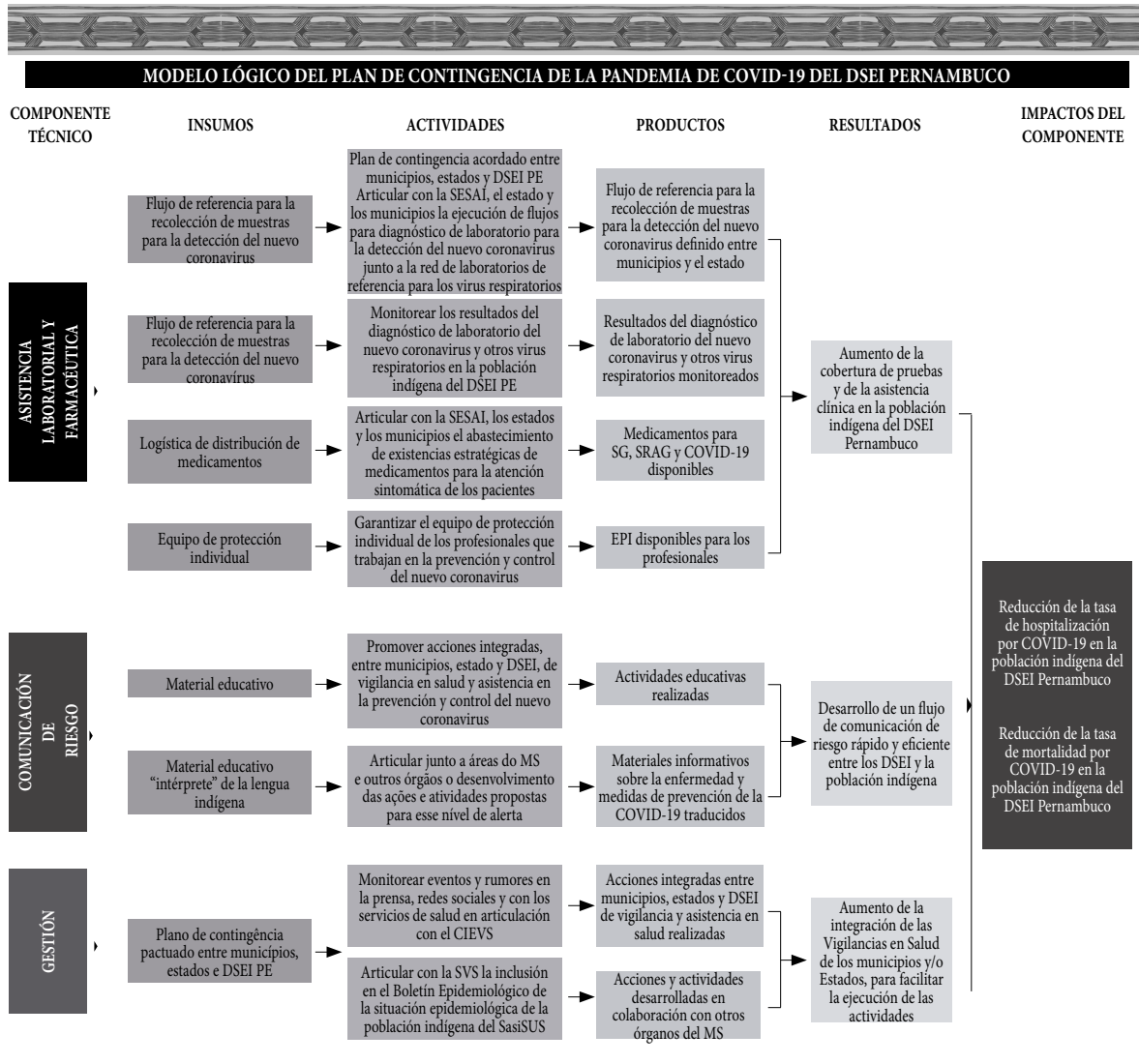


Figura 1. Modelo Lógico del Plan de Contingencia de la Pandemia de COVID-19 del DSEI-PE.

Fuente: Autores.

medidas de prevención de la COVID-19. Se difundió información técnica en las aldeas mediante el seguimiento de la situación epidemiológica. Se celebraron rondas de conversación a través del Consejo Distrital de la Salud Indígena (CONDISI) y se elaboraron materiales educativos y videos adaptados.

En cuanto al componente de Gestión, se realizó la promoción de acciones integradas entre los municipios, el estado y el DSEI en la vigilancia sanitaria y asistencia en la prevención y control del nuevo coronavirus y el enlace con las áreas

del Ministerio de Salud para garantizar el desarrollo de las actividades propuestas.

La modelización del plan inicialmente propuesto mostró que no se integraron estrategias más específicas y focalizadas para la realidad indígena. En su diseño inicial, desde el nivel nacional, no se intentó "escuchar" a los líderes indígenas para adecuar el plan con acciones acordes a las especificidades territoriales, sociales y culturales. El CONDISI y los líderes indígenas no fueron mencionados como potenciales articuladores de las acciones de vigilancia y/o comuni-

**Cuadro 2.** Componentes técnicos y objetivos estratégicos del Plan de Contingencia para la COVID-19 - DSEI-PE.

Componente Técnico	Objetivo estratégico 1	Objetivo estratégico 2	Objetivo estratégico 3
Vigilancia en Salud	Calificar los servicios de salud basados en evidencias técnicas y científicas	Reducir la tasa de transmisión del nuevo coronavirus en la población indígena	Producir y difundir información sobre la situación epidemiológica de la COVID-19
Asistencia laboratorial y farmacéutica	Aumento de la cobertura de pruebas y de la asistencia clínica en la población indígena	Nsa	Nsa
Comunicación de riesgo	Desarrollo de un flujo de comunicación de riesgo rápido y eficiente entre los DSEI y la población indígena	Nsa	Nsa
Gestión	Garantizar la integración de las Vigilancia en Salud de los municipios y/o estados, para facilitar la ejecución de las actividades	Nsa	Nsa

Fuente: Autores.

cación en los territorios indígenas, a pesar de que esta participación es un lineamiento fundamental del modelo de gestión de salud indígena<sup>16</sup>. No obstante, la integración de acciones con CONDISI y/o líderes indígenas ha sido incorporada ante el avance de la pandemia y las demandas de los propios pueblos indígenas para su protección.

La atención a la salud indígena debe guiarse por un modelo dialógico de comunicación<sup>17</sup>. La comunicación unidireccional, a veces autoritaria, termina siendo un proceso indiferente a las poblaciones, sus historias y estructuras sociales, ya que disocia el proceso salud-enfermedad de los contextos socioculturales, económicos y políticos.

La falta de diálogo inicial entre la gestión a diferentes niveles muestra cómo el campo de la vigilancia de la salud tiene fuertes rastros de prácticas jerárquicas y monológicas, que expresan el silenciamiento y la falta de respeto experimentados por los pueblos indígenas en Brasil durante la pandemia.

En cuanto al papel del DSEI-PE en el enfrentamiento de la COVID-19, un entrevistado reflexionó sobre la importancia de la planificación para la gestión y organización de las acciones, independientemente del contexto de la pandemia:

*Creo que la pandemia ha puesto de manifiesto la necesidad de contar con sistemas de gestión más eficientes, de contar con sistemas de planificación [...] hay cosas de planificación que ya se podrían*

*hacer, entre otras cosas porque las emergencias sanitarias existen continuamente. [...] la impresión que tengo es que algunas cosas se podrían hacer mucho mejor si estuvieran mejor planificadas y organizadas con herramientas de gestión que acerquen los insumos, las demandas y las acciones (R1).*

En este sentido, se buscó identificar, en la matriz DAFO, cómo el equipo técnico y los coordinadores del DSEI-PE percibían los factores contextuales internos (Fortalezas y Debilidades) y externos (Oportunidades y Amenazas) que influyeron en el desarrollo de las acciones planificadas – detalladas en el Cuadro 3.

En el contexto interno, los puntos fuertes incluían la experiencia del coordinador, el enlace entre diferentes actores, la contratación de profesionales de salud indígena antes de la pandemia, la participación del CONDISI en el comité de crisis y su diálogo con el equipo del DSEI-PE. La escasa disponibilidad de médicos y las dificultades para que estos profesionales se incorporaran a la EMSI se consideraron un punto débil.

En el análisis del contexto interno y en las entrevistas se mencionó la confrontación entre la medicina occidental y la medicina tradicional indígena: por un lado, la orientación hacia medidas de prevención y control, basadas en el modelo biomédico, y por otro, las prácticas culturales indígenas como formas de protección colectiva de la

salud. Como ejemplo, profesionales y líderes mencionaron el ritual Ouricuri, sagrado para la etnia Fulni-ô y que aún se realiza, como relató un líder:

*Tenemos un rasgo distintivo que es nuestra religión, un ritual llamado Ouricuri. Donde nos trasladamos de nuestra aldea a una aldea ritual. Y entonces tenemos que vivir en aglomeraciones, en convivencia unos con otros. Tenemos una pipa, y a veces hay diez personas allí, y entonces estoy fumando y me lo paso unos a otros. Hay momentos de confraternización, de comer, de tres o cuatro personas comiendo en un plato. Y entonces el Ministerio Público (MP), DSEI, nos recomendó que paráramos. Pero el chamán y el jefe, con su sistema religioso, no detuvieron nuestro ritual. Porque nosotros estamos por la fe [...], porque la población que tenemos, la tasa de mortalidad era muy baja (15).*

Para mitigar los riesgos que plantean estas prácticas/rituales, la EMSI ha adoptado la estrategia de realizar pruebas antes del ritual y directrices para el aislamiento voluntario de los casos positivos.

Como amenazas, se mencionaron las dificultades logísticas en la adquisición de insumos; las licitaciones no ejecutadas por los contratistas y el aumento de los precios de los insumos, entre otras.

Entre las oportunidades, se destacó la importancia de la coordinación interfederativa, especialmente con los municipios y las asociaciones con organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, formando una red intersectorial para la adquisición de diversos recursos, como pruebas, máscaras, alimentos y otros.

**Cuadro 3.** Factores del contexto interno y externo relacionados con la implementación del Plan de Contingencia DSEI-PE.

Contexto	Fortalezas	Debilidades
<b>Contexto Interno</b>	1. Larga trayectoria del coordinador del DSEI en el área de Salud Indígena, desde la implementación del SasiSUS 2. Adopción por parte de la coordinación del DSEI del Plan Distrital de Salud Indígena (PDSI) y de la Política Nacional de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas (PNASP) como guía para las acciones 3. Participación del Control Social (CONDISI) en la gestión 4. Gestión integrada con profesionales y usuarios 5. Contratación de profesionales de salud indígena, lo que aumenta la estabilidad de la fuerza laboral y reduce la rotación 6. La remuneración de los profesionales del equipo se considera atractiva	7. Predominio de la comprensión del proceso salud-enfermedad basada en la medicina occidental con poco diálogo con la medicina tradicional 8. Interferencia de la política local 9. Mano de obra deficiente dadas las demandas y necesidades del DSEI 10. Poca disponibilidad de profesionales médicos para atender las especificidades del trabajo en salud indígena
<b>Contexto Externo</b>	<b>Oportunidades</b> 11. Articulación interfederativa 12. Fortalecimiento de las relaciones con los municipios 13. Se han establecido diversas asociaciones (academia, ONG, Red de Monitoreo de Derechos Indígenas en Pernambuco - REMDIPE)	<b>Amenazas</b> 14. Aumento en el precio de los insumos 15. Dificultades logísticas en la compra y recepción de EPI 16. Licitaciones aprobadas, pero que no son entregadas 17. Numerosas notas técnicas que exigen actualización, comprensión y difusión para los equipos sobre lo que está cambiando 18. Ampliación de las áreas indígenas a ser atendidas por el DSEI, con la exigencia de mayor aporte financiero y de profesionales de salud indígena, para el acceso de los indígenas no aldeados 19. Problemas en la ejecución de obras físicas 20. Falta de mayor apoyo técnico de la FUNAI

Fuente: Autores.

En el mapeo de la red del DSEI-PE participaron el coordinador del DSEI-PE y el equipo técnico, a partir de la identificación de la interacción entre personas, instituciones y estructuras organizativas, así como objetos/cosas, es decir, elementos no humanos. La estructuración de la red fue delineada a partir del nivel de proximidad de las relaciones establecidas con el DSEI-PE con relación al enfrentamiento de la COVID-19, como se muestra en la Figura 2.

El nivel más próximo al DSEI-PE fue el Comité de Monitoreo y Enfrentamiento de la COVID-19, creado por decreto ministerial. Contaba con la participación del CONDISI, de líderes indígenas, de la División de Atención a la Salud Indígena (DIASI), del Instituto de Medicina Integral Profesor Fernando Figueira (IMIP), de la Fundación Nacional dos Pueblo Indígenas (FUNAI), de las Secretarías Municipales y Estaduales de Salud (SMS y SES) y de otras estructuras del DSEI. Entre los actantes no humanos se incluyó el volumen de documentos oficiales y técnicos, también identificado en la matriz DAFO como un obstáculo que exigía un esfuerzo adicional para su actualización, lo que dificultaba la difusión de la información en tiempo oportuno.

Según Latour<sup>9</sup>, los actantes no humanos tienen agencia y modifican la acción humana, lo que permite comprender los fenómenos sociales a partir de la interacción de los actantes en redes.

En el tercer nivel, el más distante, se mencionaron asociaciones indígenas (APOINME y AMUPE), lo que parece contradictorio teniendo en cuenta la perspectiva participativa y de escucha, las prácticas autoidentificadas por el equipo del DSEI y la coordinación. En este nivel, también se mencionó a la Fundación Oswaldo Cruz por el suministro de insumos y, en el nivel más distante, a organizaciones como la OPS/OMS que, en un contexto de incertidumbres y baja coordinación gubernamental, desempeñaron un papel importante en la orientación de las acciones.

Algunos actantes no humanos fueron mencionados como transversales a todos los niveles de la red, como la cultura indígena. Aunque se reconoció la importancia de las prácticas religiosas y de sociabilidad de los pueblos indígenas, cuando se confrontaron con las directrices oficiales para las prácticas de vigilancia y prevención, provocaron la actuación de instituciones como el Ministerio Público, con prohibiciones de algunos eventos/rituales, y exigieron que los profesiona-

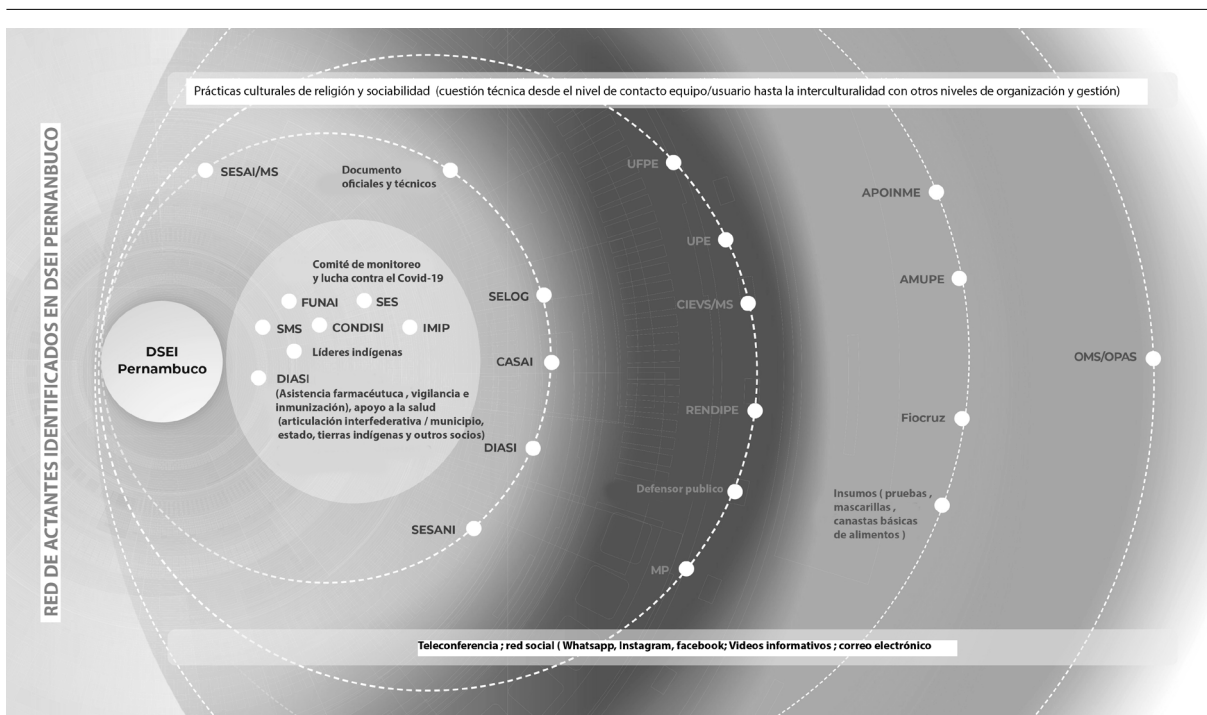


Figura 2. Red sociotécnica del DSEI-PE para enfrentar la COVID-19.

Fuente: Autores.



les pudieran dialogar. Otros actantes mencionados fueron los medios digitales de comunicación – teleconferencias, correo electrónico y redes sociales –, utilizados para divulgar videos, materiales educativos, campañas, y para demandas y/o denuncias de los propios pueblos indígenas.

En el siguiente tema, buscamos presentar la perspectiva de otros actores entrevistados sobre las medidas de vigilancia en los territorios indígenas cubiertos por el DSEI-PE. Se trata, por lo tanto, de un contrapunto a lo dicho por el equipo técnico y los coordinadores del distrito.

### Vigilancia en salud

El papel de la vigilancia en salud pasó a ser fundamental para detectar y prevenir nuevos casos, además de establecer medidas para reducir la internalización de la enfermedad en las aldeas<sup>18</sup>. Dada la vulnerabilidad geográfica de acceso a las aldeas, los diferentes modos de vida de las diversas etnias y la dispersión territorial de este grupo poblacional en Pernambuco, la vigilancia en salud necesitaba ser eficaz y rápida en su capacidad de respuesta.

En diversas partes del mundo, los pueblos indígenas han creado sus propias estrategias para controlar y hacer frente a la COVID-19 en sus comunidades<sup>19-22</sup>. Los líderes indígenas de países como Perú, Colombia y Australia han desempeñado un papel fundamental en el cierre de sus fronteras para limitar el acceso a sus territorios<sup>23</sup>.

En Pernambuco, la capacidad de autoorganización indígena se destacó en las acciones de vigilancia popular para proteger y contener la propagación de la pandemia en las aldeas, sin esperar la actuación de los órganos responsables. La creación de barreras sanitarias y el control de acceso a las aldeas por los propios indígenas fueron identificadas como las primeras acciones para evitar la contaminación y la propagación de la COVID-19:

*Los líderes indígenas han creado barreras. En el área indígena, eso es algo que está muy en el espíritu del movimiento indígena en Pernambuco. [...] Es garra, es determinación, es militancia. Es compromiso con la comunidad, ya ves [...] la determinación de los líderes de levantar barreras, de la nada, sin ninguna orientación del Estado, ha salvado vidas (R1).*

*Llegamos incluso a tener que cerrar el pueblo, poner verjas en las entradas del territorio para que nadie pudiera entrar. Los indígenas no podían salir y los forasteros no podían entrar, porque si ibas al pueblo a hacer algo, a comprar algo, corrías el riesgo de traer enfermedades al territorio (I1).*

Se identificaron obstáculos como el elevado número de vías de acceso a los territorios, la proximidad a los centros urbanos, las dificultades con los alimentos, la falta de recursos como desinfectante de manos, jabón y EPI. Estos aspectos podrían haber sido tenidos en cuenta por el DSEI en las estrategias iniciales, con medidas de protección para contener los desplazamientos, permitir el suministro de insumos y garantizar la seguridad alimentaria con la distribución de alimentos.

La comunidad indígena se reunió con organizaciones indígenas e indigenistas y presionó a la SESAI y el DSEI-PE para que cumplieran su función:

*Al principio, fue la comunidad la que se organizó. A medida que el proceso avanzaba, empezamos a demandar alcohol y máscaras a la SESAI, por ejemplo [...] y la propia APOINME acabó consiguiendo algunas máscaras y una cantidad de alcohol para contribuir con nuestro movimiento. Y la SESAI lo hizo en el sentido de liberar algunos productos, pero también en el sentido de orientar (I4).*

La gestión de las acciones de salud para la población indígena necesita ser dialogada y deliberada junto con los líderes locales<sup>24</sup>. La vigilancia puede realizarse en acciones conjuntas desde la perspectiva de “pensar y hacer con”, como parte de un proceso emancipador, sustituyendo las acciones de vigilancia formuladas sólo “para” o actuando “sobre” las personas<sup>25</sup>.

Algunos entrevistados, sin embargo, reconocieron que el trabajo de informar, comunicar y orientar a la población fue realizado conjuntamente entre la DSEI y los pueblos indígenas. Las acciones de comunicación en salud permitieron retrasar la contaminación por la COVID-19, como relata un líder del pueblo kambiwá:

*Nosotros estuvimos siempre trabajando en colaboración con el equipo de salud, con la EMSI, para orientar, para hablar de los protocolos, para pedir a la gente que permaneciera dentro de sus casas, dentro de nuestro territorio, para intentar prevenirlo. Pasamos lo que creo que fueron más de seis meses antes de que apareciera el primer caso en el territorio (I4).*

Otro líder indígena señala la importancia de la labor de la administración de salud municipal con la orientación, las inspecciones y el monitoreo:

*La municipalidad también trabajó para concienciar, inspeccionando los autobuses que llegaban a la ciudad. [...] La municipalidad también prestó apoyo, con la gran colaboración que tenemos en el municipio. Lo que también me pareció interesante fue que esto ocurrió entre abril, mayo y junio. Y nos curamos rápidamente. Pero la mu-*

nicipalidad se quedó con los otros monitoreando (I5).

Se denunciaron desafíos frente a noticias falsas, difundidas incluso por algunos profesionales de la salud que trabajan en los territorios, así como la prescripción de medicamentos con efecto protector no comprobado (Ivermectina). Para combatir estas noticias, se grabaron vídeos explicativos, preparados por consejeros y profesionales indígenas, con el fin de desmentirlas y orientar mejor sobre las acciones de prevención y control.

Se han identificado controversias y conflictos sobre la producción de datos y el monitoreo del impacto de la pandemia entre los pueblos indígenas. En primer lugar, la política adoptada de no atender a los indígenas en el contexto urbano ha contribuido a distorsionar los datos oficiales sobre la magnitud de la COVID-19 entre los pueblos indígenas. El subregistro del ítem raza/color en los sistemas de información del SUS fue una dificultad para la identificación de esos casos, sea por el DSEI o por el SESAI. La falta de integración de estos sistemas fue otro factor limitante. Así, hubo disputas por la hegemonía del DSEI, especialmente por la producción de informaciones y datos de monitoreo. Para algunos entrevistados del equipo del DSEI, el registro de esos “casos” sería responsabilidad de la red de atención de los municipios/estados, considerando que su población de referencia serían los indígenas que viven en el territorio del distrito. Frente a esta situación, la Red de Monitoreo de Derechos Indígenas en Pernambuco (REMDIPE) elaboró sus propios boletines con mapas e infografías para monitorear la situación de la COVID-19 entre los indígenas de Pernambuco, con una edición especial para el caso de los indígenas residentes en áreas urbanas, con el objetivo de enfrentar la situación de subregistro por parte de las entidades gubernamentales. Esta situación se repitió en otras regiones de Brasil, donde los indígenas en contextos urbanos no fueron contabilizados como indígenas en las estadísticas de casos y muertes por coronavirus<sup>26</sup>. Un estudio realizado en la Amazonia Legal, por ejemplo, observó un notable subregistro de casos (14%) y muertes (103%) considerando diferentes fuentes (SESAI x Organización Indígena) “como resultado del protocolo oficial que excluye a los indígenas que viven en ciudades, áreas retomadas o territorios afectados por conflictos”<sup>27</sup> (p.5).

Estas iniciativas de producción de datos propios y seguimiento de casos se han convertido en otra forma de resistencia indígena frente a la

invisibilidad política del Estado<sup>28</sup>. A pesar del entendimiento del Supremo Tribunal Federal (STF) de que los indígenas que viven en áreas urbanas tienen los mismos derechos que cualquier otro indígena, no hubo consenso dentro del DSEI. Uno de los entrevistados demuestra la controversia de la cuestión al indicar que, desde su punto de vista, la atención debería ser prestada por los equipos de salud de los municipios:

*[...] No estoy de acuerdo con los criterios que priorizaron a los indígenas urbanos porque ellos no tienen la vulnerabilidad (DSEI 3).*

Se hizo necesario instituir una ley<sup>29</sup> que estableció medidas de protección para la COVID-19, incluidos los indígenas aislados y recién contactados, los aldeanos y los que viven fuera de las tierras indígenas, en zonas urbanas o rurales.

En Brasil, fueron las organizaciones indígenas las que emprendieron acciones legales contra la Unión para garantizar sus derechos constitucionales, como señaló Sônia Guajajara en una entrevista:

*[...] fue la primera vez en la historia que el STF aceptó una representación hecha por el propio movimiento indígena [...] La segunda conquista fue el conjunto de medidas que conseguimos articular allí y que fueron aceptadas en sus puntos principales por el STF [...] otra fue la vacunación para indígenas en contextos urbanos [...] una recomendación clara de que los indígenas de la ciudad fueran vacunados, y eso ayudó mucho. Otro punto importante fue la vacuna para las personas fuera de las áreas demarcadas, porque inicialmente el gobierno restringió la prioridad a los que estaban en las áreas demarcadas<sup>30</sup> (p.4128).*

La entrevistada habla de otro aspecto que también fue un punto de tensión en Pernambuco: la vacunación de los indígenas que viven en las ciudades.

En marzo de 2020, la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria autorizó el uso de emergencia de dos vacunas en Brasil<sup>31</sup>. La población indígena fue incluida como parte del grupo prioritario de vacunación. Los líderes indígenas comentaron la importancia de la vacunación en los territorios:

*Sólo sabemos una cosa: la vacuna ha sido muy eficaz, ha reducido mucho las muertes, ¿no? La enfermedad sigue existiendo, pero las muertes han disminuido mucho. Esa intubación en la que la gente se contagiaba de COVID-19 y había que intubarla porque si no, se moría, ha disminuido mucho (I1).*

En cuanto a la distribución de las vacunas, según un profesional del Departamento de Salud de Pernambuco, la logística y la organización se

llevaron a cabo en todo el estado con el apoyo de los departamentos regionales de salud y la participación del DSEI-PE en la planificación y gestión de la vacunación de los indígenas. Para definir el número de dosis necesarias, se tuvo en cuenta la vulnerabilidad y accesibilidad de la población indígena. Pero, varios grupos indígenas del estado tuvieron que recurrir a la justicia para recibir la vacuna. En mayo de 2021, como resultado de demandas interpuestas por comunidades indígenas, se ordenó al estado de Pernambuco que enviara las dosis de la vacuna puestas a disposición por el Ministerio de Salud para garantizar el derecho a la inmunización prioritaria de los indígenas de la Aldea Angico Pankararu, en el municipio de Petrolândia, y de la Comunidad Tuxá Campos, en el municipio de Itacuruba:

*Empezamos a tener atendimientos de Salud Indígena en noviembre (2021). [...] Hace muy poco. Pero, aun así, veníamos adoptando (medidas de protección) y después de la llegada del DSEI a nuestro territorio, facilitó mucho las cosas, ¿no? Tanto en la agilización del proceso de vacunación de los indígenas como en las orientaciones de prevención y, en caso de síntomas, también tenemos un equipo con el que podemos contar rápidamente (I3).*

La vacunación prioritaria de los grupos indígenas ha revelado controversias en las actuales políticas de salud indígena, destacando conflictos preexistentes en las relaciones interfederativas entre el DSEI, los municipios, el Estado y el sindicato en la red de atención a la salud indígena y disputas sobre la responsabilidad de garantizar el derecho a la salud de todos los indígenas, incluidos los que viven fuera de las tierras indígenas, en zonas urbanas o rurales. Para Nogueira *et al.*<sup>32</sup> existe un limbo jurídico en la protección del derecho a la salud de los indígenas que viven en zonas urbanas, lo que se traduce en inseguridad jurídica y mayor vulnerabilidad. Destacan que, en lugar de unirse a los demás entes federales, la Unión les transfiere competencias “sin ningún criterio diferenciador constitucional y legítimo que pueda ser adoptado o que pueda ser justificado por mejoras en los servicios de salud ofrecidos a la población indígena urbana”<sup>32</sup> (p.260).

En este contexto de vulnerabilidad jurídica y social, los pueblos indígenas de Brasil han estado sufriendo diversos intentos de retroceso en la garantía de sus derechos constitucionales. Persisten importantes debilidades en la organización normativa de la salud indígena en el país, especialmente la falta de objetividad en las responsabilizaciones institucionales<sup>33</sup>.

## Consideraciones finales

Frente a un escenario de crisis sanitaria provocada por la pandemia de la COVID-19, fueron muchas las estrategias y los actores involucrados en el territorio del DSEI-PE, lo que aportó elementos para la reflexión y la comprensión de la complejidad en la organización de la respuesta a un problema que afectó gravemente la salud indígena. Por un lado, vemos que los esfuerzos del gobierno federal no han estado a la altura de las expectativas, con un desempeño frágil y poca capacidad para dar respuestas más integradas y coordinadas.

En el ámbito del DSEI-PE, la planificación inicial fue más genérica, sin absorber los matices de la interculturalidad de los pueblos indígenas bajo su responsabilidad. El análisis de la racionalidad lógica del plan inicial también reveló una falta de definición de los resultados esperados a corto y mediano plazo de su implementación. Por otro lado, el equipo más directamente involucrado con la coordinación mostró apertura a reflexionar sobre este proceso e hizo ajustes durante la pandemia, ante los problemas que fueron surgiendo a medida que avanzaba. Lo que vimos fue el entrecruzamiento de problemas de gestión preexistentes a la pandemia, como los relacionados con los recursos, la logística y los propios de la administración pública, como los procesos de licitación, que se superpusieron a otros puestos de manifiesto por la pandemia, como la necesidad de responsabilizarse de la atención a los indígenas que viven en zonas urbanas, la mediación intercultural en relación con las medidas de prevención y control y la propia sobrecarga del sistema sanitario. No obstante, hay que reconocer los avances en la construcción de esquemas de gobernanza más integrados que involucran a actores del sector salud, de otros sectores y a líderes indígenas.

Al igual que en el resto del país, fue evidente el protagonismo indígena y la capacidad de autoorganización para contener el avance de la pandemia, con todas las dificultades enfrentadas para establecer barreras de acceso en sus territorios, evitar invasiones, garantizar la vacunación de los familiares – incluso de aquellos que viven fuera de los pueblos –, combatir las *fake news*, articulándose internamente y con otros actores para evitar un mayor impacto de los efectos de la COVID-19 en su comunidad. En esta región, la REMDIPE se destacó con esfuerzos diferenciados para apoyar la difusión de información y brindar otros apoyos, de acuerdo con las demandas y necesidades presentadas por los indígenas.

Una expresión de esta capacidad de operar de forma integrada fueron las demandas interpuestas ante los tribunales, buscando el cumplimiento de los derechos constitucionales de los indígenas frente a los problemas relacionados con la falta de acceso a los bienes y recursos necesarios para hacer frente a la COVID-19. Otro se refiere al trabajo en red, articulando diversos actores de forma solidaria para distribuir insumos y alimentos, posibilitando el aislamiento, lo que demostró la potencia en la construcción de una respuesta efectiva.

A pesar de los muchos esfuerzos realizados por los diferentes actores, el evento de vacunación prioritaria ha señalado una disputa que refleja la fragilidad de la integración entre el SUS y el SASISUS. Por lo tanto, es evidente que, considerando la correlación de fuerzas y las controversias existentes, se debe afirmar que la mejora de la respuesta a la pandemia de COVID-19, o a cualquier otro problema de salud indígena, requiere

una mayor integración y una acción coordinada, especialmente en lo se refiere al llamamiento a las responsabilidades de los entes federales.

Las reflexiones expuestas elucidan que las estrategias gubernamentales organizadas y dirigidas a la atención de la salud indígena necesitan escuchar e incorporar el conocimiento indígena, sus propias formas de atención y resistencia que, a lo largo de su historia, señalan una fuerte capacidad de respuesta a las crisis, sean o no de salud. El surgimiento de la COVID-19 ha despertado la necesidad de respuestas institucionales más oportunas, rápidas y coordinadas del SASISUS y del SUS, capaces de integrar realmente la diversidad sociocultural de los diferentes grupos étnicos. El desdoblamiento y la profundización de las cuestiones abordadas aquí indican que la respuesta a los problemas de salud indígena, la gestión y la organización del sistema, deben hacerse con la participación de los indígenas desde la perspectiva de una gobernanza más integrada.

### **Colaboradores**

Todos los autores participaron en todas las fases del trabajo.

### **Financiación**

Programa Inova Fiocruz – Inova COVID-19 – Generación de conocimiento.

## Referências

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

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

---

Artículo presentado en 15/09/2023

Aprobado en 29/02/2024

Versión final presentada en 03/06/2024

---

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