

Diante do aumento do número de casos e mortes devido à COVID-19 em comunidades indígenas na Região das Américas, a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) faz um apelo para que os estados membros intensifiquem seus esforços visando evitar maior disseminação da doença dentro dessas comunidades, bem como garantir o acesso adequado aos serviços de saúde e fortalecer o manejo de casos usando abordagens culturalmente adequadas. Além disso, a OPAS/OMS demanda a implementação de medidas preventivas em todos os níveis do sistema de saúde a fim de reduzir a mortalidade associada à COVID-19.

### Introdução

Nas últimas 4 semanas, as notificações de casos da doença causada pelo novo coronavírus (COVID-19) continuaram a aumentar na maioria dos países e territórios da Região das Américas. Um rápido aumento no número de casos vem sendo observado, especialmente em alguns países das Américas Central e do Sul. Atualmente, ainda não há indicação, em nível regional, de que a pandemia tenha atingido o seu pico.

Desde o primeiro caso confirmado de COVID-19 na Região das Américas<sup>1</sup> até 14 de julho de 2020 foi notificado um total acumulado de 6.884.151 de casos confirmados de COVID-19, incluindo 290.674 mortes.

Na Região das Américas, entre 24 de junho e 14 de julho de 2020, foram notificados outros 2.280.017 de casos confirmados de COVID-19, incluindo mais 60.509 mortes. Isso representa um aumento relativo de 50% nos casos e um aumento relativo de 26% nas mortes. As maiores porcentagens de novos casos foram reportadas nas ilhas Turcas e Caicos (414%), na Costa Rica (239%) e em Antígua e Barbuda (185%), enquanto as maiores porcentagens de novas mortes foram relatadas na Venezuela (166%), na Costa Rica (158%) e em El Salvador (134%).

No mesmo período, os maiores aumentos relativos de casos e mortes ocorreram nas sub-regiões da América Central (um aumento de 94% nos casos e de 95% nas mortes) e na América do Sul (um aumento de 57% nos casos e 43% nas mortes)<sup>2</sup>.

A pandemia da COVID-19 representa um risco para a saúde dos povos indígenas, tanto daqueles que vivem em áreas urbanas, quanto daqueles que vivem em assentamentos remotos ou áreas isoladas, onde o acesso aos serviços de saúde é um desafio e onde muitas vezes há uma capacidade limitada de atendimento para toda a população.

<sup>1</sup> 21 de janeiro de 2020

<sup>2</sup> Atualização diária da OPAS/OMS para a COVID-19. Disponível em: <https://bit.ly/38LzGmj> e acessado em 15 de julho de 2020.

Alguns dos fatores de risco que podem estar associados a taxas de mortalidade mais altas devido à COVID-19 incluem a desnutrição, o acesso insuficiente ou a completa falta de acesso aos sistemas de saúde e também à água potável e ao saneamento básico, além da elevada carga de doenças parasitárias, todos fatores existentes entre as populações indígenas que vivem em assentamentos remotos ou isoladas em áreas urbanas.

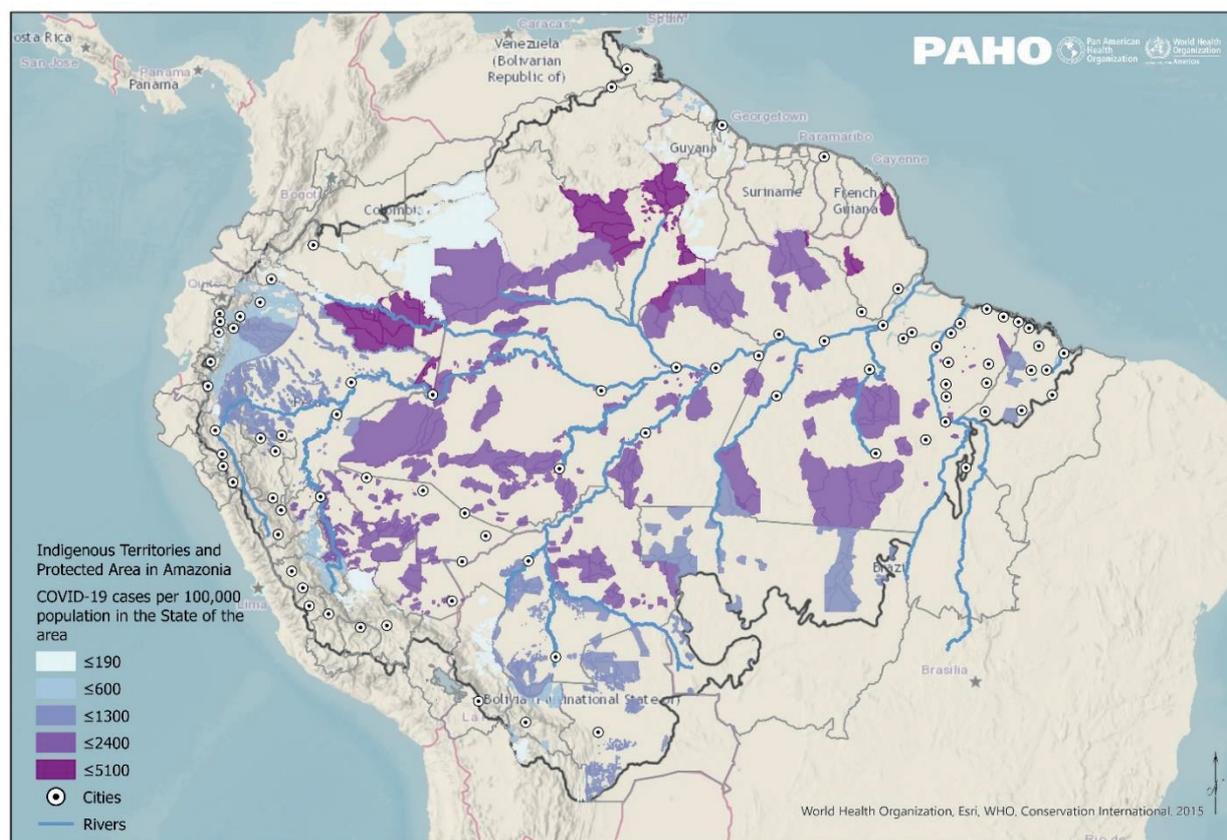
Além dos fatores de risco já mencionados, e que já existiam antes da pandemia de COVID-19, as populações indígenas da Região das Américas enfrentam ainda outros fatores de risco que as colocam em uma situação ainda mais precária, a saber:

- A taxa de contato interpessoal entre grupos indígenas e não indígenas parece estar aumentando em alguns países. O contato interpessoal aumenta o risco de exposição a patógenos, incluindo o SARS-CoV-2, entre esses grupos.
- A coinfeção, ou infecção simultânea por COVID-19 e outras doenças de alta prevalência (como por exemplo, a tuberculose), pode levar a altas taxas de mortalidade entre os grupos indígenas.
- As aldeias isoladas têm uma densidade populacional muito maior do que as aldeias de acesso mais fácil.
- A dieta de muitas das populações indígenas depende da caça e da pesca. Essas práticas de subsistência dificultam a implementação das medidas de contenção.
- O movimento frequente de grupos indígenas, que cruzam territórios transnacionais, aumenta o risco de exposição aos patógenos circulantes e a subsequente transmissão do SARS-CoV-2 entre países vizinhos.
- A extração clandestina de madeira e as atividades ilegais de mineração podem levar a surtos, mesmo em comunidades indígenas isoladas.
- O deslocamento de povos indígenas antes assentados em aldeias, e que agora buscam serviços sociais e de saúde, vem sendo associado a surtos de doenças transmissíveis.

## Situação em países selecionados

Situação da COVID-19 entre as populações indígenas em países para os quais há informações disponíveis representada abaixo (**Figura 1**)

**Figura 1.** Incidência cumulativa de COVID-19 entre populações indígenas em países sul-americanos



© Pan American Health Organization-World Health Organization 2020. All rights reserved.  
The designations employed and the presentation of the material in these maps do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the Secretariat of the Pan American Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

Map production:  
PAHO Health Emergencies Department (PHE)  
Health Emergency Information & Risk Assessment (HIM)

Na **Bolívia**, desde os primeiros casos<sup>3</sup> confirmados de COVID-19 no país até 6 de julho de 2020, foram notificados, entre os povos indígenas, 31.249 casos confirmados, incluindo 1.135 mortes (3,6%) (**Figura 2**).

Do total de casos, 70% foram notificados pelo Departamento de Santa Cruz, com 21.752 casos, incluindo 574 mortes (2,6%)<sup>4</sup>, e 13% foram notificados pelo Departamento de Cochabamba com 4.146 casos, incluindo 262 mortes (6,3%)<sup>5</sup>. O Departamento de Beni notificou 12% dos casos,

<sup>3</sup> 10 de março de 2020.

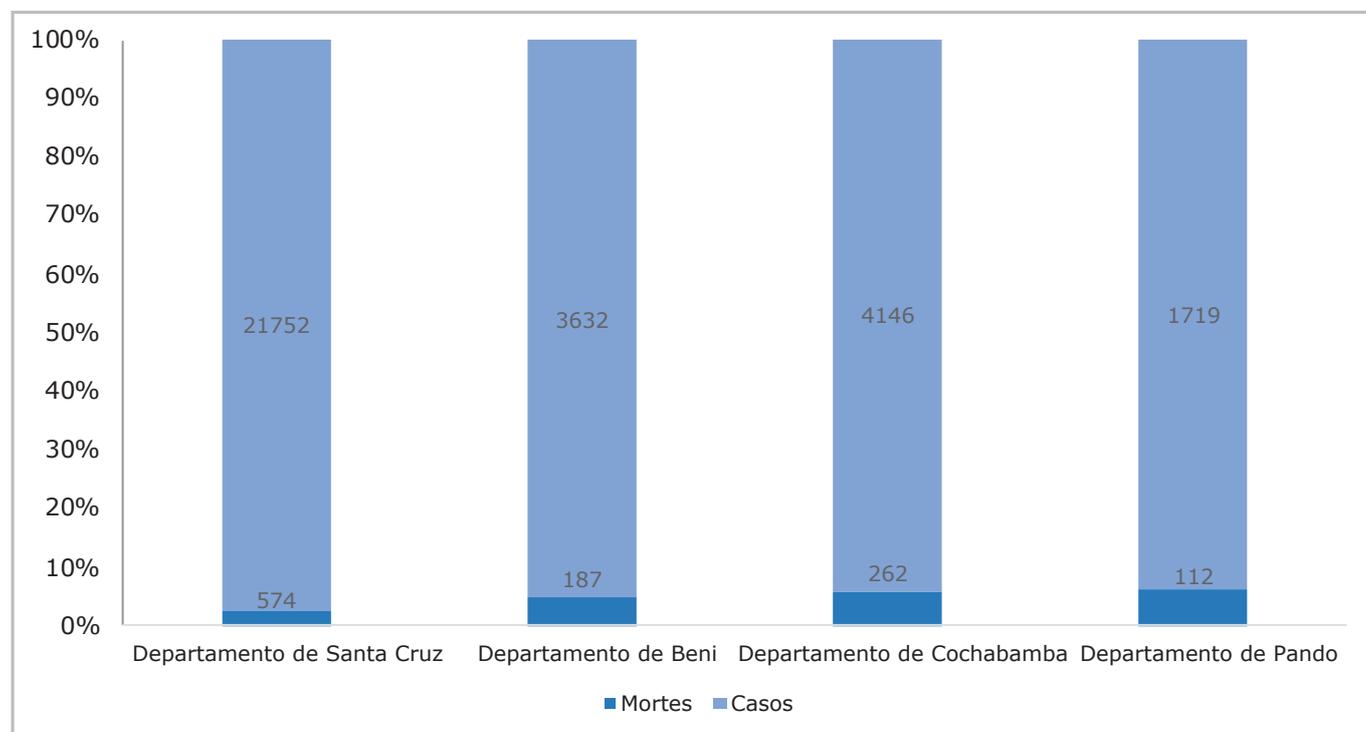
<sup>4</sup> Pan-Amazonian Ecclesial Network (Red Eclesial Pan amazónica). Relatório de 6 de julho de 2020. disponível em <https://redamazonica.org/covid-19-panamazonia/> e acessado em 8 de julho de 2020. Casos notificados pela Diocese de San Ignacio de Velasco (710 casos, 1 morte), pela arquidiocese de Santa Cruz de la Sierra (20.668 casos, 573 mortes), e pelo pároco de Ñuflo Chávez (374 casos).

<sup>5</sup> Pan-Amazonian Ecclesial Network (Red Eclesial Pan amazónica). Relatório de 6 de julho de 2020. disponível em <https://redamazonica.org/covid-19-panamazonia/> e acessado em 8 de julho de 2020. Casos notificados pela Arquidiocese de Cochabamba (3.407 casos, 218 mortes) e pelo Prel. Aiquile (739 casos, 44 mortes).

com 3.632 casos, incluindo 187 mortes (5,1%)<sup>6</sup>. Os 6% de casos restantes foram notificados pelo Departamento de Pando, com 1.719 casos, incluindo 112 mortes (6,5%)<sup>7</sup>.

Além disso, na diocese de Coroico, foram notificados 24 casos, incluindo 1 morte (4,2%).

**Figura 2.** Distribuição dos casos e mortes por COVID-19 por departamento. Bolívia, 10 de março a 6 de julho de 2020



**Fonte:** Dados publicados pela Rede Eclesial Pan-Amazônica (Red Eclesial Pan amazónica). Figura preparada pela OPAS/OMS.

No **Brasil**, desde o primeiro caso confirmado de COVID-19 no país<sup>8</sup> e até 4 de julho, foram notificados 14.168 casos entre os povos indígenas no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), dos quais 7.946 casos (56%) foram confirmados, 5.237 casos (37%) foram descartados, 155 casos (1%) foram excluídos e 830 casos (6%) ainda estão sendo investigados. Todos os 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) notificaram casos confirmados de COVID-19. Do total de casos confirmados, 177 casos (2%) morreram de COVID-19.

Conforme o apresentado na **Figura 3**, as regiões Norte e Nordeste informaram as taxas de incidência cumulativa mais altas, com alguns DSEIs notificando taxas de incidência de até 1.077 a 7.496 casos por 100.000 habitantes. As maiores taxas de mortalidade por 100.000 habitantes também foram observadas nessas duas regiões, nos DSEIs dos *Kaiapó do Pará* (112,8 casos por 100.000 habitantes), dos *Xavante* (94,6 casos por 100.000 habitantes) e do *Rio Tapajós* (75,0 casos por 100.000 habitantes).

<sup>6</sup> Pan-Amazonian Ecclesial Network (Red Eclesial Pan amazónica). Relatório de 6 de julho de 2020. disponível em <https://redamazonica.org/covid-19-panamazonia/> e acessado em 8 de julho de 2020. Casos notificados pelo Vicariato de Beni (3.566 casos, 186 óbitos) e pelo Vicariato Reyes (66 casos, 1 morte).

<sup>7</sup> Pan-Amazonian Ecclesial Network (Red Eclesial Pan amazónica). Relatório de 6 de julho de 2020. disponível em <https://redamazonica.org/covid-19-panamazonia/> e acessado em 8 de julho de 2020. Casos notificados pelo Vicariato de Pando (1.719 casos, 112 mortes).

<sup>8</sup> 26 de fevereiro de 2020.

**Figura 3.** Distribuição dos casos de COVID-19 entre povos indígenas atendidos na SasiSUS, por DSEI, até a 27ª semana epidemiológica (SE) de 2020. Brasil

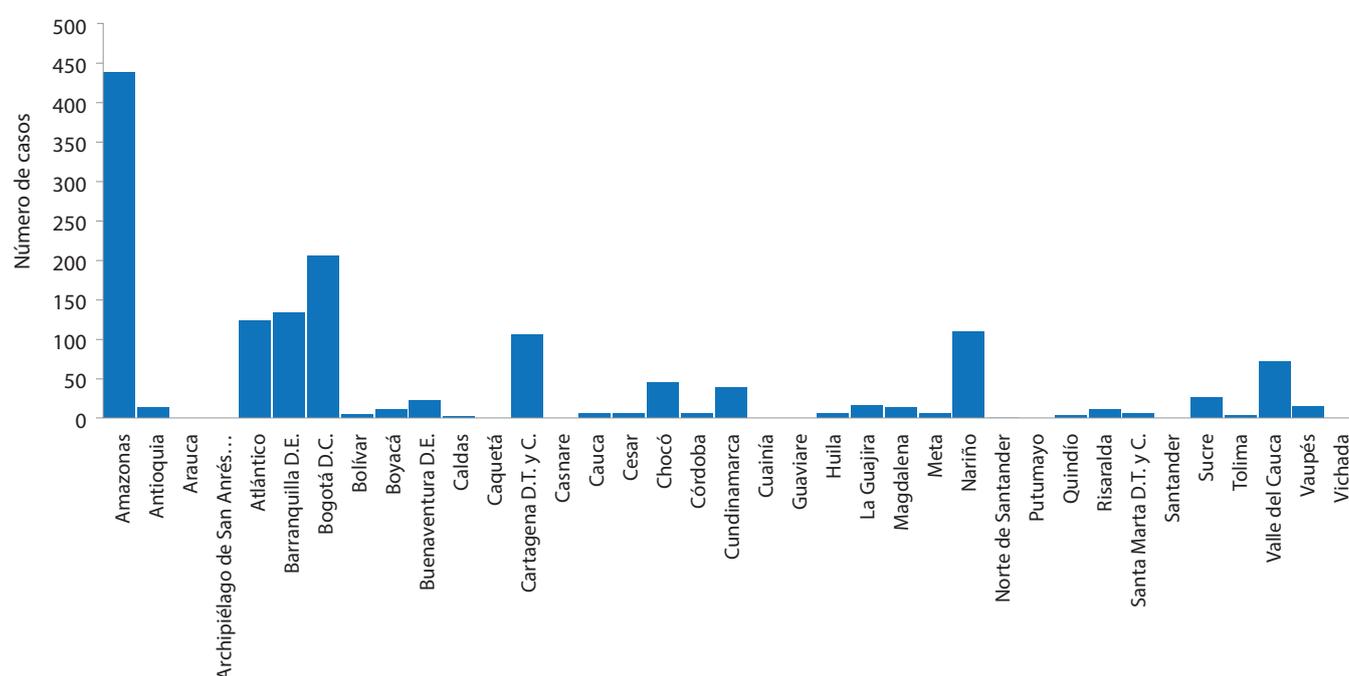
DSEI	Número de cumulativos casos confirmados	Número de cumulativo de confirmados mortes	Bruto Incidência taxa por 100.000 hab.	Bruto Incidência taxa de mortalidade por 100.000 hab.	Casos fatalidades taxa (%)
<b>Região Norte</b>	<b>9.708</b>	<b>150</b>	<b>2.552,0</b>	<b>39,4</b>	<b>1,5</b>
Altamira	148	0	3.316,2	0,0	0,0
Alto Rio Juruá	196	4	1.077,4	22,0	2,0
Alto Rio Negro	382	11	1.328,0	38,2	2,9
Alto Rio Purus	186	4	1.464,8	31,5	2,2
Alto Rio Solimões	785	25	1.104,6	35,2	3,2
Amapá e Norte do Pará	481	1	3.686,4	7,7	0,2
Guamá-Tocantins	623	11	3.564,3	62,9	1,8
Kaiapó do Pará	465	7	7.496,4	112,8	1,5
Leste de Roraima	382	11	719,2	20,7	2,9
Manaus	242	10	768,8	31,8	4,1
Médio Rio Purus	26	1	333,2	12,8	3,8
Médio Rio Solimões e Afluentes	168	7	744,9	31,0	4,2
Parintins	65	3	391,1	18,1	4,6
Porto velho	135	3	1.257,8	28,0	2,2
Rio Tapajós	748	10	5.610,6	75,0	1,3
Tocantins	83	0	657,8	0,0	0,0
Vale do Javari	119	0	1.886,5	0,0	0,0
Vilhena	12	0	203,5	0,0	0,0
Yanomami	171	4	609,9	14,3	2,3
<b>Região Centro-Oeste</b>	<b>485</b>	<b>30</b>	<b>381,3</b>	<b>23,6</b>	<b>6,2</b>
Araguaia	4	0	68,3	0,0	0,0
Cuiabá	68	5	919,3	67,6	7,4
Kaiapó do Mato Grosso	5	0	100,2	0,0	0,0
Mato Grosso do Sul	179	2	227,5	2,5	1,1
Xavante	176	21	793,2	94,6	11,9
Xingu	53	2	656,6	24,8	3,8
<b>Região Nordeste</b>	<b>1.595</b>	<b>28</b>	<b>970,3</b>	<b>17,0</b>	<b>1,8</b>
Alagoas e Sergipe	84	2	672,9	16,0	2,4
Bahia	58	1	175,5	3,0	1,7
Ceará	335	4	1.242,3	14,8	1,2
Maranhão	862	14	2.279,3	37,0	1,6
Pernambuco	113	7	290,9	18,0	6,2
Potiguará	143	0	940,2	0,0	0,0
<b>Região Sul e Sudeste</b>	<b>449</b>	<b>7</b>	<b>535</b>	<b>8,3</b>	<b>1,6</b>
Interior Sul	288	6	688,4	14,3	2,1
Litoral Sul	123	1	491,0	4,0	0,8
Minas Gerais e Espírito Santo	38	0	223,1	0,0	0,0
<b>Total</b>	<b>7.946</b>	<b>177</b>	<b>1.051,20</b>	<b>23,4</b>	<b>2,2</b>
Taxa bruta de incidência	≥1000				
	501-999				
	≤500				
Taxa bruta de mortalidade	70,0 - ≥100				
	30,1 -60,9				
	0,0 -30,0				
Taxas de letalidade dos casos	≥3,6				
	1,0 -3,5				
	0,0 - 0,9				

**Fonte:** Dados publicados pela Secretaria Especial de Saúde Indígena/Ministério da Saúde do Brasil ([www.saudeindigena.saude.gov.br](http://www.saudeindigena.saude.gov.br)) e reproduzidos pela OPAS/OMS.

No **Canadá**, desde o primeiro caso confirmado de COVID-19<sup>9</sup> no país até 8 de julho, foram notificados, entre os povos indígenas, 334 casos confirmados, incluindo 6 mortes. Os casos foram distribuídos entre as províncias de *Alberta* (114 casos), *Saskatchewan* (84 casos), *Ontário* (59 casos), *Columbia Britânica* (42 casos) e *Quebec* (35 casos)<sup>10</sup>.

Na **Colômbia**, desde o primeiro caso confirmado de COVID-19<sup>11</sup> no país até 6 de julho, foram notificados, entre os povos indígenas, 1.534 casos confirmados, incluindo 73 mortes, de acordo com os dados disponíveis na base de dados da COVID-19 publicada pelo Governo da Colômbia<sup>12</sup>. O maior número de casos foi informado pelo *Departamento do Amazonas* (439 casos), seguido pelos *distritos de Bogotá* (207 casos) e *Barranquilla* (136 casos) (**Figura 4**).

**Figura 4.** Distribuição dos casos confirmados de COVID-19 entre as populações indígenas por departamento que notificou. Colômbia, 6 de março a 6 de julho de 2020



**Fonte:** Dados publicados pelo Governo da Colômbia. Figura preparada pela OPAS/OMS.

Considerando que o número de casos notificados entre os povos indígenas depende do quão completas são as informações sobre a etnia, ao consultar outra fonte de informação esta fonte indicou que, até 6 de julho, 4.112 casos haviam sido notificados, incluindo 110 óbitos (3%)<sup>13</sup>.

Uma terceira fonte indicou que, na Colômbia, o primeiro caso de COVID-19 entre povos indígenas foi notificado em 25 de março e que até 2 de julho havia 1.175 casos, incluindo 38 mortes. Os casos foram distribuídos geograficamente entre 47 municípios e duas áreas não municipais (Yavaraté (Vaupés) e La Chorrera (Amazonas)), com o maior número de notificações dividido da seguinte forma: Letícia (683 casos), Distrito de Bogotá (78 casos), Puerto Nariño (64 casos),

<sup>9</sup> 25 de janeiro de 2020.

<sup>10</sup> Governo do Canadá. *Coronavirus (COVID-19) and Indigenous communities*. Disponível em: <https://bit.ly/3efm1VI> e acessado em 9 de julho de 2020.

<sup>11</sup> 6 de março de 2020.

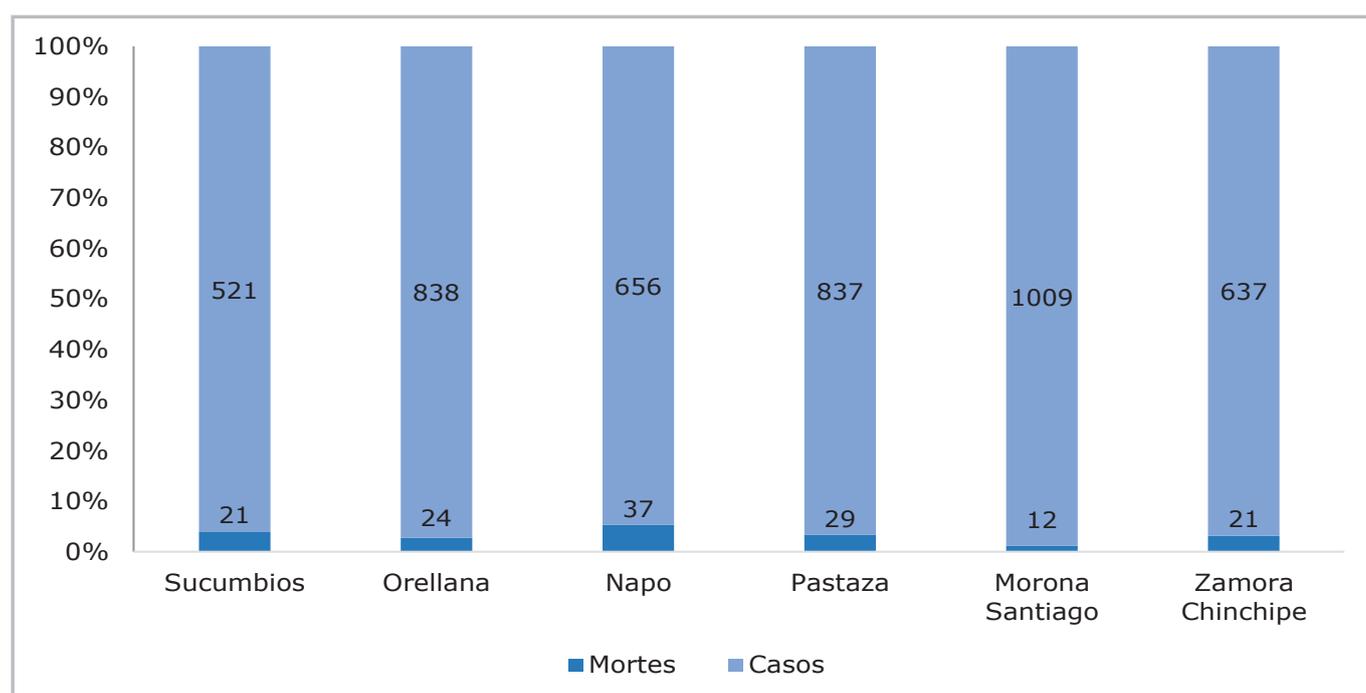
<sup>12</sup> Governo da Colômbia. *Open data. Positive cases of COVID-19 in Colombia*. Disponível em <https://bit.ly/3gFCZ1b> e acessado em 7 de julho de 2020.

<sup>13</sup> *Pan-Amazonian Ecclesial Network (Red Eclesial Pan amazónica)*. Relatório de 6 de julho de 2020. disponível em <https://redamazonica.org/covid-19-panamazonia/> e acessado em 8 de julho de 2020.

Malambo (49 casos), Maicao (34 casos), Cumbal (33 casos), Quibdó (31 casos), Sampués (30 casos), Mallama (28 casos), Ipiales (22 casos), Yavaraté (16 casos), Aldana (11 casos) e Palmito (10 casos). O número de casos nos demais municípios variou entre 1 e 7, em ordem decrescente: Cuaspud Carlosama (Nariño, 7 casos); Carmen de Atrato (6 casos); Algeria (5 casos); Popayán, Piendamó, Silvia (Cauca), Agustín Codazzi, Guachucal, Coyaima (Tolima), Cali (Valle del Cauca) e Mitú (4 casos cada); Distrito de Cartagena, Turbaco (Bolívar), Uribia (La Guajira), Túquerres e Sincelejo (3 casos cada); Lórica e Córdoba (2 casos cada); Riosucio (Caldas), López de Micay, Corinto, Caloto, Pueblo Bello (Cesar), Unión Panamericana, Medio Baudo (Chocó), Tuchín (Córdoba), Cota (Cundinamarca), Inírida (Guainía), Isnos (Huila), Distraccion, Albania, San Andrés de Tumaco, Toledo (Norte de Santander), Pueblo Rico (Risaralda) e Buenaventura (1 caso cada)<sup>14</sup>.

No **Equador**, desde o primeiro caso confirmado de COVID-19<sup>15</sup> até 6 de julho, foram notificados, entre os povos indígenas, 4.498 casos confirmados, incluindo 144 mortes (3,2%). Do total de casos, 60% foram notificados nas províncias de *Morona Santiago* (1.009 casos), *Orellana* (838 casos), e *Pastaza* (837 casos), enquanto 63% do total de mortes foram notificados nas províncias de *Napo* (37 mortes), *Pastaza* (29 mortes) e *Orellana* (24 mortes) (**Figura 5**).

**Figura 5.** Distribuição de casos e mortes por COVID-19 entre as populações indígenas, por província. Equador, de 28 de fevereiro a 6 de julho de 2020



**Fonte:** Dados fornecidos pelo Ponto Focal Nacional do Regulamento Sanitário Internacional do Equador e reproduzidos pela OPAS/OMS.

No **México**, desde o primeiro caso confirmado de COVID-19 no país<sup>16</sup> até 12 de julho, foram notificados, entre pessoas que se reconhecem como indígenas, 4.092 casos confirmados, incluindo 649 mortes (15.8%).

<sup>14</sup> Organização Nacional Indígena da Colômbia (ONIC). *Special report. Situation of indigenous peoples facing the pandemic in Colombia: lessons and challenges*. Disponível em: <https://bit.ly/3ffPqAj>; acessado em 9 de julho de 2020.

<sup>15</sup> 28 de fevereiro de 2020.

<sup>16</sup> 27 de fevereiro de 2020.

Desses casos, 56% foram notificados nas seguintes entidades federais: *Yucatan* (646 casos), *Oaxaca* (455 casos), *México* (324 casos), *San Luis Potosí* (235 casos), *Tabasco* (234 casos) e *Cidade do México* (397 casos). No geral, 60% das mortes foram notificadas nas seguintes entidades federais: *Yucatán* (96 mortes), *Oaxaca* (81 mortes), *México* (68 mortes), *Quintana Roo* (49 mortes), *Puebla* (47 mortes) e *Cidade do México* (45 mortes).

Nos **Estados Unidos da América**, desde o primeiro caso confirmado de COVID-19 no país<sup>17</sup> até 7 de julho, houve 22.539 casos confirmados notificados em 12 áreas do *Indian Health Service* (IHS). Duas áreas do IHS respondem por 65% dos casos confirmados: *Navajo* (8.834 casos) e *Phoenix* (5.771 casos)<sup>18</sup>.

Na **Venezuela**, desde o primeiro caso confirmado de COVID-19 no país<sup>19</sup>, foram notificados, entre os povos indígenas, 152 casos confirmados, incluindo uma morte. Desses casos, 63% foram notificados no estado de *Bolívar* (96 casos) enquanto os demais casos foram notificados nos estados de *Zulia* (43 casos, 1 morte), *Amazonas* (12 casos), e *Delta Amacuro* (1 caso).

## Diretrizes para as autoridades nacionais

Os dados disponíveis indicam que a pandemia da COVID-19 pode agravar a situação já difícil enfrentada por muitos povos indígenas da Região das Américas. Assim, a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) recomenda aos estados membros que lidem com os fatores de risco específicos e vulnerabilidades entre os povos indígenas no contexto da pandemia da COVID-19 e garantam a participação ativa dessas comunidades no planejamento e implementação de medidas de resposta, as quais devem ser específicas às comunidades e culturalmente adequadas.

As recomendações a seguir tratam dos temas relativos à vigilância, aos laboratórios, às medidas de prevenção e controle da infecção, ao rastreamento de contatos e quarentena, ao tratamento, ao manejo de cadáveres e à prevenção.

### Vigilância

Conforme o enfatizado nas Atualizações Epidemiológicas anteriores da OPAS/OMS para a COVID-19, as seguintes atividades devem ser realizadas visando interromper a transmissão da COVID-19:

- Detecção precoce de casos suspeitos
- Confirmação laboratorial
- Isolamento
- Rastreamento de contatos e seu isolamento em quarentena

Para a detecção precoce dos casos suspeitos, recomenda-se a participação dos povos indígenas, por meio de suas lideranças comunitárias, no desenvolvimento e implementação de

---

<sup>17</sup> 21 de janeiro de 2020.

<sup>18</sup> *United States Department of Health and Human Services. Indian Health Service.* [Departamento de Saúde e Serviços Sociais dos Estados Unidos. Serviço de Saúde Indígena]. Coronavírus (COVID-19). Disponível em: <https://www.ihs.gov/coronavirus/> e acessado em 9 de julho de 2020.

<sup>19</sup> 13 de março de 2020.

quaisquer estratégias adotadas. A OPAS/OMS recomenda as seguintes definições de caso para a COVID-19, disponíveis em: <https://bit.ly/2CHslrK>, que podem ser adaptadas para a vigilância comunitária.

As estratégias de vigilância para a COVID-19 em comunidades indígenas devem incluir: 1) vigilância comunitária realizada por membros da comunidade, 2) em nível de atenção primária, 3) em nível hospitalar, 4) nos centros de saúde, 5) usando dados de mortalidade, e 6) por meio de dados de exames laboratoriais. No que tange qualquer uma dessas estratégias, é importante ter dados desagregados por etnia, visando identificar os fatores de risco relacionados.

A vigilância baseada em eventos desempenha um papel importante e os membros da comunidade devem contar com mecanismos e recursos disponíveis para relatar rumores ou sinais importantes para a saúde pública através de linhas diretas e outros meios. Deve-se prestar atenção a rumores sobre agregados de casos ou mortes relacionadas à febre e à falta de ar e casos de febre e morte após contato com um paciente com COVID-19. Tais sinais podem indicar possíveis ameaças à saúde pública, que podem ou não estar relacionadas à COVID-19. Os rumores devem ser verificados e investigados a fim de determinar a sua causa e a fim de fornecer atendimento médico imediato a todos aqueles que possam precisar.

## **Laboratórios**

A confirmação da transmissão de COVID-19 em uma dada população requer exames laboratoriais. A OPAS/OMS recomenda que todos os casos suspeitos sejam testados para COVID-19 de acordo com as definições de caso da OPAS/OMS, disponíveis em: <https://bit.ly/2CHslrK>

É fundamental garantir o acesso aos testes de diagnóstico. Porém, em áreas com alta incidência e/ou falta de capacidade ou acesso a exames laboratoriais faz-se importante estabelecer critérios para apoiar a priorização dos exames visando a implementação das medidas adequadas para a redução da transmissão da COVID-19. Em tais situações, o teste deve ser priorizado para os casos suspeitos que incluem:

- Indivíduos sob risco de desenvolver as formas graves da doença.
- Aqueles que necessitarão de hospitalização e atendimento especializado para tratar a COVID-19.
- Profissionais de saúde (incluindo trabalhadores de serviços médicos de emergência, equipe não clínica e curandeiros tradicionais), independentemente de serem um contato de um caso confirmado (para proteger os profissionais de saúde e reduzir o risco de transmissão nosocomial).
- As primeiras pessoas sintomáticas na aldeia ou comunidade.

Todos os casos suspeitos que não possam ser testados por um motivo específico devem ser considerados como casos de COVID-19.

## **Implementação de medidas de prevenção e controle da infecção**

Na ausência de tratamento e vacinas para a COVID-19, a identificação e o isolamento precoces de casos confirmados e prováveis continuam a ser as medidas mais importantes para retardar e interromper a transmissão da COVID-19 entre populações isoladas.

Uma vez que a presença de casos de COVID-19 tenha sido confirmada em uma área ou comunidade, e quando os testes diagnósticos não estiverem disponíveis, os casos suspeitos que

não podem ser testados devem ser isolados e tratados como casos de COVID-19, seguindo os protocolos para o manejo inicial de casos com infecção respiratória aguda (IRA) no contexto da COVID-19<sup>20</sup>.

Como parte da identificação precoce de casos, os profissionais de saúde devem reconhecer os pacientes com febre (temperatura axilar >37,5 graus Celsius), tosse e falta de ar. Os casos suspeitos devem receber máscara cirúrgica (caso não haja impedimento para o seu uso) e o paciente deve ser isolado em um quarto separado, se possível. A manutenção da unidade familiar, especialmente para crianças pequenas, deve permanecer como princípio fundamental em todos os esforços de isolamento. Sempre que possível, as crianças devem ser isoladas com um cuidador. O cuidador deve usar máscara cirúrgica e ser orientado quanto à higienização frequente das mãos com água e sabão ou solução à base de álcool (70%).

Todos os casos suspeitos e confirmados devem ser isolados em uma unidade de saúde, caso os recursos assim o permitam, ou em uma comunidade específica assim designada ou em outra unidade temporária (ou área designada na comunidade). As autoridades de saúde, juntamente com os membros da comunidade, devem aplicar as abordagens localmente adaptadas no apoio aos casos e suas famílias durante o isolamento para garantir sua segurança e bem-estar.

Todos os esforços devem ser feitos para aumentar a capacidade dessas instalações de isolamento coletivo. O isolamento domiciliar só deve ser considerado quando as opções acima mencionadas não forem viáveis ou devido a considerações de proteção para crianças e outras pessoas vulneráveis; o isolamento domiciliar deve ser feito por um curto período de tempo e somente se as condições do domicílio assim o permitirem, enquanto se espera por uma transferência para uma instalação designada para este fim.

Recomendações adicionais sobre a prevenção da infecção e práticas de controle no ambiente comunitário estão disponíveis em: <https://bit.ly/2WcxpLX>

## **Rastreamento de contatos e seu isolamento em quarentena**

O rastreamento de contatos deve ser realizado para todos os casos prováveis e confirmados. Caso os testes laboratoriais não possam ser realizados, os casos suspeitos devem ser considerados como casos prováveis e, portanto, seus contatos também devem ser rastreados e monitorados.

Recomenda-se identificar os contatos de cada caso e monitorar seus estados de saúde por 14 dias a partir do último dia de possível contato com o caso, visando detectar o possível desenvolvimento de sinais e sintomas da COVID-19. O apoio da comunidade é fundamental para garantir que o acompanhamento e o monitoramento dos contatos sejam adequadamente realizados e que os contatos sigam as recomendações de quarentena. Idealmente, durante esse período, todos os contatos devem ser colocados em quarentena em uma instalação dedicada para este fim. Nesses casos, o bem-estar dos familiares que permanecerem na casa durante o período de quarentena deve ser garantido.

Quando não for possível isolar os contatos em quarentena em uma instalação separada, os contatos deverão ser isolados em quarentena em casa. Cada contato deve receber informações claras sobre o processo de rastreamento de contatos, automonitoramento de sinais e sintomas e receber os recursos necessários (sabonete, máscaras caso se tornem sintomáticos, etc.) para o período de quarentena.

---

<sup>20</sup> PAHO/WHO. Tratamento inicial de pessoas com doença respiratória aguda (ARI) no contexto da doença causada pelo novo coronavírus (COVID-19) em unidades de saúde: avaliar o risco, isolar, encaminhar. Recomendações provisórias, versão 1 (12 de abril de 2020). Disponível em: <https://bit.ly/2AXnuCo>

Caso não seja possível rastrear todos os contatos, deve-se fazer, no mínimo, a identificação de contatos entre os profissionais de saúde, contatos domiciliares e contatos próximos. Como parte desse processo, deve-se considerar o apoio à subsistência e bem-estar (nutrição, etc.) dos contatos em quarentena e/ou dos seus dependentes que não possam se sustentar.

Quando a quarentena afetar o cuidado de crianças ou de outros dependentes, a situação específica deverá ser considerada. Preservar a unidade familiar, especialmente para crianças pequenas, deve ser um princípio fundamental e, sempre que possível, as crianças devem ser colocadas em quarentena junto com um cuidador. Em todos os casos de contatos isolados em quarentena, deverão ser consideradas medidas para evitar a separação da família.

## **Tratamento**

Todos os casos leves com fatores de risco e todos os casos graves e críticos devem ser tratados em uma unidade de saúde capaz de atender as necessidades do paciente com o nível de cuidado necessário e sensibilidade cultural.

Com base no conhecimento atual sobre a doença, a maioria das pessoas infectadas com SARS-CoV-2 desenvolverá uma doença leve a moderada (incluindo pneumonia) cujo isolamento e tratamento podem ocorrer em um centro comunitário. No entanto, cerca de 20% a 30% dos casos necessitarão de cuidados clínicos em ambiente hospitalar com suporte respiratório disponível, o que deve ser cuidadosamente planejado. As autoridades de saúde devem identificar e designar hospitais com capacidade para tratar casos graves de COVID-19. É importante planejar quantos leitos e quantos hospitais serão necessários com base no número estimado de casos e quais equipamentos e profissionais médicos estarão disponíveis e serão necessários.

Recomenda-se também garantir a disponibilidade de sistemas de fornecimento de oxigênio. O planejamento deve considerar os sistemas já disponíveis e como aumentar a capacidade através da introdução de novos sistemas de fornecimento de oxigênio (por exemplo, concentradores de oxigênio, oxigênio líquido, entre outros). Além disso, é importante garantir que todos os suprimentos e equipamentos estejam disponíveis.

Os cuidados essenciais incluem o monitoramento da oximetria de pulso, tratamento de coinfeções, como pneumonia bacteriana, malária, diarreia e desnutrição com o uso adequado de antimaláricos, antibióticos e com o fornecimento de oxigenoterapia, quando adequado.

Para ampliar a capacidade de atendimento, é imprescindível considerar não apenas os elementos estruturais como leitos, edificações e equipamentos disponíveis, mas também a mão de obra treinada e qualificada, além de equipamentos de proteção individual (EPIs) suficientes e proporcionais ao aumento de leitos.

Em relação ao manejo de casos, recomenda-se seguir os protocolos publicados no Alerta Epidemiológico disponível em <https://bit.ly/2W8GNQz>

## **Manejo adequado de cadáveres**

No que tange ao manejo adequado de cadáveres no contexto da COVID-19, é importante que os protocolos e diretrizes nacionais considerem respostas específicas adaptadas às tradições e costumes dos povos indígenas, levando em consideração as recomendações delineadas pela OPAS/OMS. Essas respostas devem respeitar a visão de mundo e a diversidade cultural desses grupos. É importante incluir a "perspectiva de relacionamento" com as famílias, as comunidades e com a população, utilizando estratégias de comunicação intercultural e o diálogo. A partir disso, pode-se desenvolver medidas de orientação e apoio que levem em consideração

o contexto comunitário e familiar. Ademais, várias situações possíveis devem ser consideradas, como, por exemplo, se o óbito ocorrer em ambiente hospitalar, em casa, ou em situação de deslocamento forçado, migração, deportação, entre outros<sup>21</sup>.

Recomenda-se delinear os cuidados que devem ser tomados nos enterros, especialmente quando há transmissão intensa de SARS-CoV-2 dentro de uma comunidade, para que sejam realizados com segurança e, na medida do possível, alinhados às crenças e práticas religiosas e tradicionais da comunidade. É essencial engajar os líderes comunitários para adaptar as cerimônias fúnebres de forma que não comprometam as medidas de distanciamento físico.

Na ausência de recursos para testes diagnósticos, deve-se apoiar as comunidades em sua utilização das definições de casos na comunidade para determinar os protocolos de sepultamento.

Ao preparar o corpo de uma pessoa infectada com COVID-19, o risco de transmissão viral é baixo e ocorre principalmente pelo contato com superfícies contaminadas; portanto, a aplicação sistemática de precauções padrão é crucial para prevenir a transmissão.

Em locais de sepultamento comunitário, familiares, líderes tradicionais e religiosos, profissionais de saúde e outros que geralmente estão envolvidos na preparação de um corpo para o sepultamento deverão receber suporte com as informações, suprimentos e EPIs necessários para reduzir o risco de transmissão. Pessoas com alto risco de desenvolver a forma grave da doença, tais como idosos e pessoas com comorbidades, não devem participar do preparo do corpo para o sepultamento; no entanto, isso não significa que eles devam ser excluídos da cerimônia.

## **Prevenção**

Com base nas evidências atuais, o vírus SARS-CoV-2 é transmitido principalmente entre indivíduos por meio de gotículas respiratórias e contato próximo, incluindo contato indireto com objetos ou superfícies no ambiente imediato, os quais são contaminados pelas gotículas respiratórias de uma pessoa infectada. Assim, o distanciamento físico é uma medida crítica para a prevenção da COVID-19 (juntamente com a higiene adequada das mãos).

Diante disso, recomenda-se envolver as comunidades, os líderes reconhecidos, os influenciadores, as autoridades locais (incluindo militares e policiais) e os parceiros na identificação coletiva dos melhores métodos para a promoção do distanciamento físico. As medidas mais simples a serem implementadas são as saudações sem contato e o distanciamento físico de outras pessoas. As reuniões e encontros, mesmo para fins religiosos, devem ser minimizados.

Em algumas comunidades, o isolamento dos casos pode não ser viável; nessas situações, é importante identificar - junto com a comunidade - alternativas que maximizem o distanciamento físico e as medidas de higiene que minimizem o risco de exposição e transmissão associado ao movimento da comunidade.

A comunicação é de especial importância quando se trata da COVID-19 entre as comunidades indígenas. É importante garantir que as informações relacionadas à COVID-19 sejam traduzidas, adaptadas culturalmente e disponibilizadas nos canais e formatos disponíveis para tais populações. É necessária uma coordenação direta com os serviços de saúde e com os responsáveis pela gestão das informações de saúde pública geradas durante a pandemia da COVID-19. Embora a tradução para as línguas indígenas e locais seja especialmente importante, existem ainda outros aspectos que são extremamente relevantes no contexto da pandemia.

---

<sup>21</sup> *Considerations on Indigenous Peoples, Afro-Descendants, and Other Ethnic Groups During the COVID-19 Pandemic*. Disponível em <https://bit.ly/30dLDx0>

As mensagens devem ser culturalmente adaptadas e devem considerar os costumes e modos de vida da população. Sempre que possível, símbolos e imagens também devem ser incluídos, visando tornar as mensagens de mais fácil compreensão. Essas imagens devem ser adequadas ao contexto cultural, e deve-se evitar usar linguagem técnica e inadequada. As formas de disseminação das mensagens devem ser validadas pelas próprias populações indígenas. As imagens usadas em documentos e nas redes sociais devem ser inclusivas e nunca estigmatizar os povos indígenas.

Recomenda-se também:

- Promover intercâmbios entre os praticantes tradicionais, terapeutas ancestrais e outros membros da comunidade e as autoridades de saúde para que medidas específicas como distanciamento social, diagnóstico, isolamento e tratamento levem em consideração as suas visões de mundo, as práticas ancestrais existentes e seus contextos culturais. Considerar a importância e o significado da medicina tradicional para os povos indígenas.
- Fortalecer a relação do setor da saúde com as lideranças indígenas, levando em consideração suas diferentes visões de mundo e entendimentos sobre saúde e doença, entre outros fatores. Desenvolver desde o início, e em conjunto com as comunidades, medidas eficazes de prevenção e proteção da família e da comunidade no que tange à pandemia.
- Considerar abordagens específicas que levem em consideração diferentes modos de vida; como, por exemplo, desenvolvendo estratégias específicas que considerem as diferenças culturais para as populações em áreas urbanas, aqueles que residem em aldeias, populações indígenas migrantes ou populações indígenas em isolamento voluntário. Considerando as diferenças relativas à vulnerabilidade e à exposição e lembrando que nem todas as comunidades indígenas serão afetadas pela COVID-19 da mesma forma.
- Use os mecanismos existentes para promover a participação adaptada para a COVID-19, tais como os diálogos interculturais.

Com o apoio do setor de saúde, as organizações indígenas devem incorporar medidas de prevenção culturalmente adequadas para as suas comunidades.

## Referências

1. Pan-Amazonian Ecclesial Network (Red Eclesial Pan amazónica). 6 July 2020 Report. Disponível em: <https://redamazonica.org/covid-19-panamazonia/>
2. Relatório do Ponto Focal Nacional (NFP) do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) no **Brasil**, recebido pela OPAS/OMS por e-mail.
3. Government of **Canada**. Coronavirus (COVID-19) and Indigenous communities. Disponível em: <https://bit.ly/3efm1VI>
4. Government of **Colombia**. Open data. Positive cases of COVID-19 in Colombia. Disponível em: <https://bit.ly/3gFCZ1b>
5. National Indigenous Organization of **Colombia** (ONIC). Special report. Situation of indigenous peoples facing the pandemic in Colombia: lessons and challenges. Disponível em: <https://bit.ly/3ffPqAj>

6. Relatório do Ponto Focal Nacional (NFP) do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) no **Equador**, recebido pela OPAS/OMS por e-mail.
7. Relatório do Ponto Focal Nacional (NFP) do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) no **México**, recebido pela OPAS/OMS por e-mail.
8. **United States of America**. U.S. Department of Health and Human Services. Indian Health Service. Coronavírus (COVID-19). Disponível em: <https://www.ihs.gov/coronavirus/>
9. Relatório do Ponto Focal Nacional (NFP) do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) na **Venezuela**, recebido pela OPAS/OMS por e-mail.
10. Public Health and Social Measures for COVID-19 Preparedness and Response in Low Capacity and Humanitarian Settings. Version 1. Interim Guidance. May 2020. Inter-Agency Standing Committee. Disponível em: <https://bit.ly/2ZstCfl>
11. United Nations. The Impact of COVID-19 on Indigenous Peoples. Policy Brief N° 70. Disponível em: <https://bit.ly/3gUQji4>
12. Pringle, Heather. In peril. 6239, s.l.: Science, June 5, 2015, Science, Vol. 348, pp. 1080-1085.
13. Schmidt, Mariana. Pueblos indígenas, Estado y Territorio en tiempos interculturales en la provincia de Salta. 10, Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Centro de Documentación, Capacitación y Asesoramiento de Pueblos Indígenas de la República Argentina, Jul -Dec 2011, pp. 13-40.
14. WHO. Home care for patients with COVID-19 presenting with mild symptoms and management of their contacts [Atendimento domiciliar para pacientes com COVID-19 que apresentam sintomas leves e manejo de seus contatos]. Disponível em: <https://bit.ly/2Om8Ck8>
15. PAHO/WHO. Considerations on Indigenous Peoples, Afro-Descendants, and Other Ethnic Groups During the COVID-19 Pandemic [Considerações sobre povos indígenas, afrodescendentes e outros grupos étnicos durante a pandemia de COVID-19]. Disponível em: <https://bit.ly/2Oq30Fv>
16. PAHO/WHO. Case definitions for COVID-19 surveillance – 10 May 2020 [OPAS/OMS. Definições de casos para vigilância da COVID-19 – 10 de maio de 2020]. Disponível em: <https://bit.ly/32gtCkq>

© **Organização Pan-Americana da Saúde 2020.**

Alguns direitos reservados. Esta obra está disponível sob a licença [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/).