

## SUBSISTEMA DE SAÚDE INDÍGENA E SEUS IMPACTOS DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19

## THE BRAZILIAN INDIGENOUS HEALTH SUBSYSTEM AND ITS IMPACTS DURING THE COVID-19 PANDEMIC

Gabriela Pixuna Dias<sup>1</sup>, Alanne Ryllari da Silva dos Santos<sup>2</sup>, Paula Gabriela Costa da Conceição Barbosa<sup>3</sup>, Miguel Oliveira Entringe<sup>4</sup> e Thales Daniel Rodrigues de Lima<sup>5</sup>

### RESUMO

O presente artigo analisa a atuação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no contexto da pandemia de Covid-19, considerando seu papel na garantia do direito à saúde dos povos indígenas no Brasil. O estudo teve como objetivo avaliar a oferta de serviços e ações de saúde desenvolvidas pelo subsistema durante a emergência sanitária. A pesquisa adota o método de revisão integrativa, guiada pelo PRISMA 2020, realizada em quatro bases de dados entre abril e junho de 2025, resultando na inclusão de quatro estudos. Os resultados indicam desafios como a precariedade do saneamento, sobrecarga das unidades de apoio e interrupção da longitudinalidade do cuidado, ao passo que destacam a importância das estratégias comunitárias e o papel central dos Agentes Indígenas de Saúde. Conclui-se que o SasiSUS demonstrou relevância estratégica no enfrentamento da pandemia, porém necessita superar limites estruturais e operacionais para assegurar um cuidado integral e intercultural efetivo.

**Palavras-chave:** Serviços de Saúde do Indígena. COVID-19. Atenção Primária à Saúde.

### ABSTRACT

This article analyzes the performance of the Indigenous Health Care Subsystem within the context of the COVID-19 pandemic, considering its role in guaranteeing the right to health for Indigenous peoples in Brazil. The study aimed to evaluate the provision of health services and actions developed by the subsystem during the health emergency. The research adopted an integrative review method, guided by PRISMA 2020, conducted across four databases between April and June 2025, resulting in the inclusion of four studies. The results indicate challenges such as precarious sanitation, overload of support units, and interruption of the longitudinality of care, while highlighting the importance of community strategies and the central role of Indigenous Health Agents. It is concluded that SasiSUS demonstrated strategic relevance in responding to the pandemic, but needs to overcome structural and operational limits to ensure effective comprehensive and intercultural care.

**Keywords:** Health Services, Indigenous. COVID-19. Primary Health Care.

Data de recebimento: 19/12/2025.  
Aceito para publicação: 18/01/2026.

## 1 INTRODUÇÃO

A atenção à saúde da população indígena, no Brasil, passou por significativas transformações institucionais ao longo da história. Inicialmente, destaca-se o protagonismo da Igreja Católica, que, durante o período colonial, representava a principal presença não governamental entre os povos originários (Martins *et al.*, 2013). No início do século XX, a criação do Serviço de Proteção ao Índio (SPI) marcou a inclusão da saúde indígena como pauta governamental (Ferreira, 2021). Contudo, após denúncias de maus-tratos e violência cometidos por militares na década de 1960, o SPI foi extinto e substituído pela Fundação Nacional do Índio (Funai), que instituiu um departamento específico voltado ao cuidado da saúde indígena no país (Barbosa, 2016).

A redemocratização do Brasil, com a Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), representou um marco decisivo ao instituir os princípios de

<sup>1</sup> Universidade do Estado do Pará. E-mail: [gabrieladias961@gmail.com](mailto:gabrieladias961@gmail.com).

<sup>2</sup> Universidade do Estado do Pará. <https://orcid.org/0009-0001-9079-4064>. E-mail: [santosalanne5@gmail.com](mailto:santosalanne5@gmail.com)

<sup>3</sup> Universidade do Estado do Pará. <https://orcid.org/0009-0006-1686-2571>. E-mail: [apaulinegabriela@gmail.com](mailto:apaulinegabriela@gmail.com)

<sup>4</sup> Universidade do Estado do Pará. <https://orcid.org/0009-0005-8139-5925>. E-mail: [Miguelentrige@gmail.com](mailto:Miguelentrige@gmail.com)

<sup>5</sup> Universidade do Estado do Pará. <https://orcid.org/0009-0000-8944-5572>. E-mail: [thalesdaniellima0@gmail.com](mailto:thalesdaniellima0@gmail.com)

universalidade, equidade e integralidade como direitos fundamentais de todos os cidadãos (Brasil, 1990). No entanto, a garantia efetiva desses direitos aos povos indígenas exigiu atuação direta dos movimentos sociais em prol do reconhecimento de suas identidades e especificidades. Como resultado, foi promulgada a Lei nº 9.836/1999, conhecida como Lei Arouca, que ampliou o alcance do SUS com a criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), destinado a atender especificamente às demandas dessa população (Brasil, 1999). A partir desse marco, a gestão da saúde indígena passou a ser responsabilidade do Ministério da Saúde, encarregado de formular e implementar políticas públicas voltadas à promoção, prevenção e recuperação da saúde dos povos originários.

A criação do SasiSUS teve como objetivo implementar a Atenção Primária à Saúde nos territórios, garantindo a continuidade do cuidado nos demais níveis de atenção, com respeito às especificidades culturais e participação indígena na gestão do sistema (Mendes *et al.*, 2018). O subsistema organiza-se em 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), integrando polos base, Unidades Básicas de Saúde Indígena (UBSI) nas aldeias e Casas de Saúde Indígena (CASAI). Essa estrutura forma uma rede de atenção básica hierarquizada, que se articula à rede geral do SUS para a assistência de média e alta complexidade, uma vez que os DSEIs não possuem autonomia para esses níveis de atenção (Brasil, 2021).

Apesar dos avanços institucionais, ainda persistem desafios para a efetivação do direito à saúde indígena, sobretudo no que se refere ao acesso equitativo, à adequação cultural das ações e à articulação intra e intersetorial das políticas públicas. Tais limitações tornaram-se particularmente visíveis durante a pandemia da Covid-19, quando a vulnerabilidade histórica dessa população agravou os impactos da crise sanitária (Oliveira *et al.*, 2020; Silva; Lima; Junqueira, 2023). Nesse sentido, embora estudos recentes apontem a necessidade de esforços governamentais e comunitários, ainda há carência de sistematização crítica quanto ao modo como o SasiSUS se articulou para ofertar a atenção integral à saúde indígena nesse período (Cunha *et al.*, 2023).

Diante dessa lacuna, este estudo propõe uma revisão integrativa da literatura com o objetivo de avaliar a oferta de serviços e ações de saúde do SasiSUS à população indígena durante a pandemia da Covid-19 no Brasil, buscando compreender seus avanços, limites e desafios.

## 2 MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo consiste em uma revisão integrativa da literatura, de caráter transversal, descritivo e retrospectivo, elaborada mediante adaptação das diretrizes do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) (Page *et al.*, 2021). Para a formulação da pergunta de pesquisa, utilizou-se a estratégia PCC (População, Conceito e Contexto), definindo-se como população-alvo os povos indígenas brasileiros; como conceito, a atuação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) na oferta de serviços; e como contexto, a pandemia de Covid-19 no Brasil. Dessa forma, a questão norteadora foi estabelecida como: “Como o SasiSUS atuou na oferta de serviços e ações de saúde aos povos indígenas durante a pandemia da Covid-19 no Brasil?”.

A coleta de dados ocorreu entre abril e junho de 2025, nas bases de dados SciELO, PubMed, BVS e Scopus. A estratégia de busca empregou os descritores “Povos indígenas”, “Atenção Primária à saúde OR Serviços de Saúde Indígena”, “COVID-19 OR Pandemias” e “Brasil”, combinados pelo operador booleano “AND”. Foram incluídos estudos primários (qualitativos, quantitativos, relatos de experiência ou estudos de caso) publicados nos últimos cinco anos, nos idiomas português, inglês e espanhol, que abordassem diretamente a oferta de serviços pelo SasiSUS e explicitassem dados sobre a população atendida ou

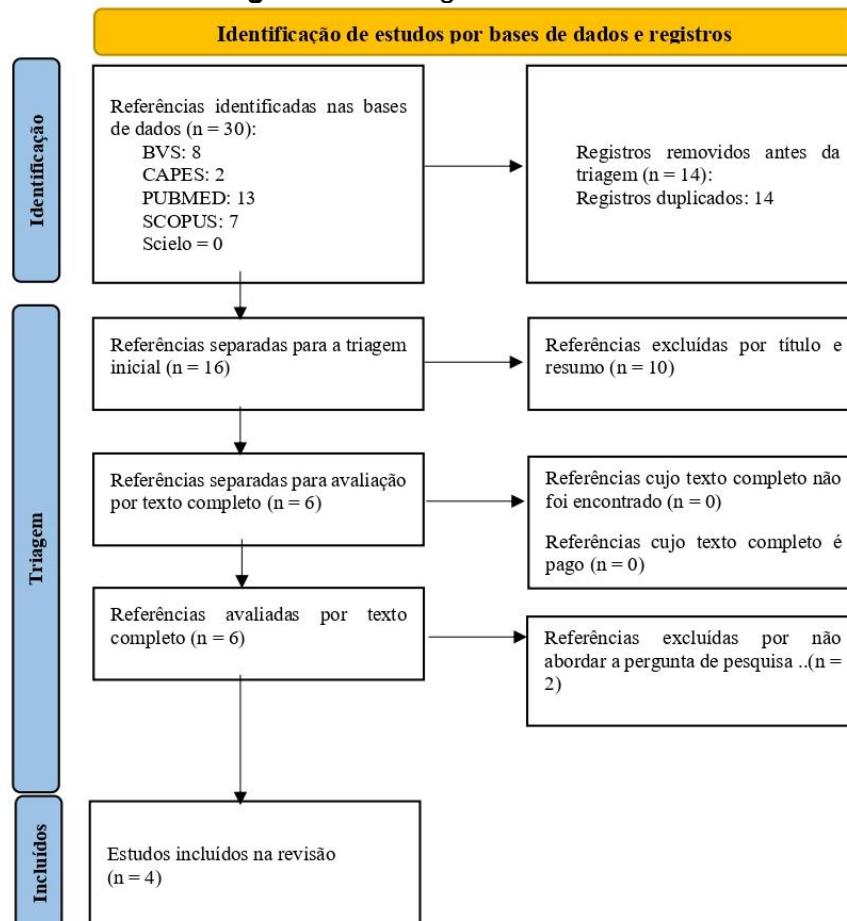
impacto territorial. Foram excluídos estudos focados estritamente em aspectos culturais sem interface com as políticas de saúde, pesquisas fora do contexto brasileiro, materiais pagos ou indisponíveis, duplicatas e trabalhos puramente teóricos.

O gerenciamento dos estudos e a triagem inicial foram realizados com auxílio do software Rayyan, permitindo a remoção de duplicatas e a colaboração cega entre revisores. A seleção envolveu três revisores: dois realizaram a leitura de títulos e resumos de forma independente e, em casos de discordância, um terceiro revisor foi acionado para o desempate. O processo seguiu para a leitura na íntegra dos artigos elegíveis e extração sistemática dos dados, considerando variáveis como autoria, ano, delineamento metodológico, instrumentos, participantes e principais desfechos. A análise dos resultados, conduzida entre julho e setembro de 2025, foi descritiva e crítica, com apoio dos softwares Excel e Word para a organização de Quadros e redação. Por tratar-se de uma revisão bibliográfica com dados secundários de domínio público, o estudo dispensa registro e aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

### 3 RESULTADOS

Com base na busca preliminar nas bases de dados científicas citadas na metodologia, foi identificado um total de 30 resultados. Após a identificação e remoção de 14 duplicatas com auxílio do software Rayyan, restaram 16 estudos para a etapa de triagem. A partir da leitura de títulos, resumos e análise completa por pares, 12 trabalhos foram excluídos e, ao final, 4 estudos foram selecionados para compor a amostra desta revisão, conforme detalhado no fluxograma (Figura 1).

**Figura 1 – Fluxograma PRISMA.**



Fonte: autoria própria (2025).

Dos 4 estudos incluídos para essa revisão de literatura, usando os descritores previamente selecionados, estes foram identificados segundo número, autor/data, título do artigo e metodologia, na Quadro 1.

**Quadro 1 - Caracterização dos estudos selecionados para a revisão integrativa.**

| Número | Autor /Data                    | Título do artigo  | Metodologia  |
|--------|--------------------------------|---|--|
| E1     | Ribeiro; Rossi (2020)          | Pandemia de Covid-19 e as motivações para a demanda por serviços de saúde em aldeias indígenas                                  | Estudo teórico-reflexivo, fundamentado em pesquisa etnográfica prévia          |
| E2     | Ahmadpour <i>et al.</i> (2023) | Resolutividade no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS-SUS): análise em um serviço de referência no Amazonas, Brasil | Pesquisa qualitativa, com caráter descritivo realizada por meio de entrevistas |
| E3     | Casanova <i>et al.</i> (2024)  | Estratégias governamentais e comunitárias em Pernambuco, Brasil, para enfrentar a COVID-19                                      | Pesquisa qualitativa, constituindo um estudo de caso no DSEI-PE                |
| E4     | Oliveira <i>et al.</i> (2023)  | Efeitos da COVID-19 na atenção primária à saúde dos indígenas: percepções dos profissionais                                     | Pesquisa exploratória, de abordagem qualitativa                                |

Fonte: autoria própria (2025).

Para facilitar a comparação entre os estudos analisados, elaborou-se a Quadro 2, que sintetiza e organiza de forma comparativa as informações adicionais sobre o local, tipo de estudo, população e principais achados.

**Quadro 2 - Síntese das características e principais achados dos estudos.**

| Número | Local do estudo            | População                          | Principais achados  |
|--------|----------------------------|------------------------------------|---|
| E1     | Terra Indígena Buriti (MS) | Etnia Terena                       | Serviços como espaço de acolhimento; pandemia agravou problemas estruturais (água, saneamento, alimentação).    |
| E2     | CASAI Manaus (AM)          | Profissionais e usuários indígenas | Educação em saúde contra fake news; problemas no SISREG; superlotação da CASAI; vulnerabilidades agravadas      |
| E3     | DSEI-PE                    | Comunidades indígenas em PE        | Falta de articulação entre SUS e SasiSUS; vacinação judicializada; desrespeito a práticas culturais             |
| E4     | UBSI – Rio Grande do Sul   | Profissionais da APS               | Reorganização dos serviços; perda de longitudinalidade; manutenção da APS territorializada como fator protetor. |

Fonte: autoria própria (2025).

Conforme apresentado na Quadro 2, observa-se que, embora os contextos de realização sejam distintos, os estudos convergem ao apontar desafios estruturais persistentes no SasiSUS, que foram agravados durante a pandemia da Covid-19.

O estudo E1, realizado na Terra Indígena Buriti (Ribeiro; Rossi, 2020), com a população da etnia Terena do Mato Grosso do Sul, evidencia os desafios e as potencialidades do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS). Observa-se que

a busca dos indígenas pelos serviços de saúde vai além do atendimento clínico, uma vez que esses locais são compreendidos como um espaço de diálogo, acolhimento e fortalecimento dos vínculos comunitários. No entanto, apesar desse cenário promissor, os resultados do estudo mostram que apenas a disponibilidade física dos serviços não garante, por si só, a resolutividade do cuidado - princípio fundamental para o SasiSUS. É necessário adotar uma abordagem que reconheça e respeite os modos de vida e as práticas culturais dos povos indígenas, sob pena de tornar as ações de saúde pouco efetivas.

Em E1 mostrou que a pandemia agravou carências estruturais (saneamento precário, insegurança alimentar) e expôs a inadequação do isolamento social, pensadas a partir de uma lógica urbana, à vida comunitária indígena. Diante desse cenário, a pesquisa sugere a necessidade de ações que fortaleçam a atuação do SasiSUS, como: promover o protagonismo das comunidades indígenas na definição e condução das ações; valorizar o papel dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS), essenciais no cuidado direto e na comunicação com as famílias; ampliar o uso de tecnologias, como a telemedicina, para reduzir deslocamentos desnecessários; e, sobretudo, manter um diálogo permanente com as lideranças indígenas, que conhecem profundamente as dinâmicas e necessidades de seus povos.

No estudo E2, observa-se uma análise sobre a atuação do SasiSUS, com profissionais e gestores para a garantia do atendimento à saúde na população indígena na Terra Indígena Buriti, Mato Grosso do Sul (Ahmadpour; Turrini; Camargo-Plazas, 2023). Em E2, revela que durante a pandemia da COVID-19, as atividades em educação em saúde, neste território, propostas pelos profissionais da CASAI-Manaus, integradas ao SasiSUS, foram essenciais para ampliar a compreensão dos usuários indígenas sobre a importância da imunização contra essa patologia, com isso, a presença de resistências e de desinformações disseminadas pelas fake news que inviabilizam a adesão vacinal se tornaram menos presentes pelos usuários do SUS.

Na pesquisa E2, há destaque para a lentidão do SISREG e a superlotação da CASAI na pandemia, exigindo reorganização ética dos profissionais, cuja baixa rotatividade em Manaus contrasta com a realidade das EMSI nas aldeias, segundo Ahmadpour, Turrini e Camargo-Plazas (2023). O estudo também enfatiza o agravamento de vulnerabilidades estruturais, como saneamento precário e insegurança alimentar.

O estudo E3 de Casanova *et al.* (2024), no DSEI-PE, revelou que as normativas da COVID-19 desconsideraram as especificidades locais, evidenciando um distanciamento institucional sem participação conjunta com as lideranças indígenas, contrasta com discurso de participação e escuta defendido pela coordenação do DSEI-PE. O conflito entre rituais tradicionais e regras sanitárias gerou tensões que exigiram das profissionais habilidade de negociação e respeito intercultural.

Ainda em E3, no tópico de vigilância em saúde, alguns indígenas relataram os benefícios da vacina da COVID-19, por exemplo, na diminuição de mortes, apesar de serem um grupo prioritário no recebimento das vacinas pela Secretaria de Saúde de Pernambuco muitas vezes essa população tinha que recorrer à justiça para conseguir-la. Relatos de membros das comunidades indígenas também apontaram o reconhecimento dos benefícios diretos da vacinação, como a redução de óbitos, porém destacaram a necessidade de recorrer ao sistema judiciário para garantir esse direito. Tais achados também evidenciam a existência de disputas institucionais e operacionais entre o SUS e o SasiSUS, refletindo uma fragilidade na articulação entre os níveis de gestão do cuidado à saúde indígena.

O estudo E4, realizado com profissionais de uma Unidade Básica de Saúde vinculada ao DSEI no Rio Grande do Sul, evidencia os impactos da pandemia de COVID-19 sobre a atuação da APS no contexto indígena e, consequentemente, sobre o

funcionamento do SasiSUS (Oliveira *et al.*, 2023). Os relatos revelam que, diante da crise sanitária, a APS assumiu um papel estratégico como porta de entrada do sistema de saúde, contribuindo para evitar a sobrecarga dos serviços hospitalares. No entanto, o enfrentamento da pandemia exigiu uma reorganização dos serviços, comprometendo aspectos essenciais do modelo de cuidado, como a longitudinalidade, o monitoramento de comorbidades e as ações coletivas de promoção da saúde. Muitas dessas práticas foram temporariamente suspensas e a assistência passou a priorizar os atendimentos emergenciais, os casos suspeitos ou confirmados de COVID-19 e as campanhas de vacinação.

A partir da análise de E4, que esse redirecionamento de esforços, embora necessário, expôs as limitações do SasiSUS diante de emergências sanitárias, especialmente no que diz respeito à continuidade do cuidado integral. A suspensão temporária de iniciativas voltadas ao controle de doenças crônicas e à saúde coletiva fragilizou a capacidade resolutiva do subsistema. Contudo, apesar dessas dificuldades, os profissionais destacaram que o acesso das populações indígenas às UBS foi preservado, reforçando a importância da presença territorializada dos serviços de APS no interior das aldeias. Essa presença foi considerada essencial para conter o agravamento dos casos e minimizar a pressão sobre os níveis mais complexos do SUS.

#### 4 DISCUSSÃO

A pandemia de Covid-19 não criou as fragilidades do SasiSUS, mas as exacerbou de forma dramática, expondo vulnerabilidades históricas decorrentes de um modelo de desenvolvimento que precariza as comunidades originárias (Mota, 2020). Mesmo antes da crise sanitária, doenças infectocontagiosas e respiratórias, somadas a comorbidades como diabetes e desnutrição, já figuravam entre as principais causas de mortalidade, sobretudo infantil, o que historicamente justificou a priorização da vacinação pneumocócica para esses povos (Pontes *et al.*, 2021). Com a pandemia, essas condições se agravaram, evidenciando que a dependência de centros urbanos com pouca estrutura de UTI e a invasão territorial por garimpeiros e madeireiros compõem um cenário de risco elevado e contínuo.

A dualidade do subsistema, concebido para ter autonomia na atenção primária, mas dependente da rede do SUS para média e alta complexidade (Brasil, 2023), revelou-se uma falha crítica. A desarticulação entre a atenção básica nas aldeias e os hospitais de referência gerou gargalos logísticos que comprometeram a eficácia da resposta à crise. Contudo, os estudos revisados indicam que, apesar desses entraves, o SasiSUS não se restringiu ao atendimento clínico. Profissionais de saúde e, principalmente, os Agentes Indígenas de Saúde (AIS), assumiram papel central no acolhimento, transformando as Unidades Básicas de Saúde Indígena (UBSI) em espaços de escuta e fortalecimento de vínculos comunitários.

Para povos como os Terenas, as UBSI funcionaram como locais de partilha de angústias sobre o isolamento social e práticas culturais (Ribeiro; Rossi, 2020). Essa dimensão relacional, entretanto, conviveu com limitações estruturais graves — escassez de água, saneamento precário e insegurança alimentar — que potencializaram os impactos na saúde mental, incluindo relatos de ansiedade e ideação suicida tanto na população quanto nos profissionais (Gomes; Santos, 2022).

Além das condições estruturais, a pandemia expôs a inadequação de estratégias de comunicação urbanocêntricas, sem adaptação linguística ou consulta prévia às lideranças, o que favoreceu a disseminação de desinformação. A comparação com experiências internacionais reforça essa lacuna: no Canadá, a tradução de materiais foi decisiva (Labbé *et al.*, 2024); na Guatemala, rádios comunitárias fortaleceram a confiança nas políticas

públicas (Skinner *et al.*, 2023); e nos Estados Unidos, a coprodução de mensagens com lideranças indígenas criou espaços deliberativos essenciais (Ellenwood; Boyd; Higheagle Strong, 2023). No Brasil, experiências pontuais na CASAI de Manaus mostram que parcerias semelhantes reduziram resistências à vacinação (Ahmadpour; Turrini; Camargo-Plazas, 2023), mas o país ainda avança de modo desigual, carecendo de institucionalização dessas práticas participativas.

Outrossim, a crise evidenciou o "racismo institucional" e a subnotificação de dados. A exclusão dos indígenas em contexto urbano das estatísticas oficiais foi um ato político de invisibilização. Em resposta, organizações como a Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB) criaram sistemas autônomos de monitoramento que revelaram taxas de mortalidade alarmantes, superiores aos dados oficiais da SESAI. A inação estatal e o veto a medidas de proteção (Suárez-Mutis, 2022) levaram à judicialização da saúde, com intervenção do STF para garantir a extensão dos serviços. Contudo, a execução esbarrou em disputas institucionais entre SUS e SasiSUS e falhas no sistema de regulação (SISREG), onde insumos muitas vezes só foram liberados mediante ações judiciais (Casanova *et al.*, 2024; Oliveira *et al.*, 2021).

Diante da negligência estatal, os povos indígenas assumiram o protagonismo de sua proteção. A Mobilização Nacional Indígena (MNI) orientou a criação de barreiras sanitárias autônomas, fundamentais para conter o vírus e contornar a invisibilidade midiática (Monfort; Mota, 2022). A solidariedade comunitária, liderada especialmente pelas mulheres, garantiu a subsistência e a articulação de redes de apoio (ONU Mulheres, 2020). Esse protagonismo deve ser visto não como resposta pontual, mas como pilar para o fortalecimento do controle social no SasiSUS.

A reorganização dos serviços para manter atendimentos emergenciais e vacinação, embora resiliente, expôs a ausência de planos de contingência para preservar o cuidado integral, resultando na suspensão temporária do acompanhamento de doenças crônicas e puericultura (Oliveira *et al.*, 2023). Os impactos foram devastadores, com a morte de anciãos representando a perda irreparável de "bibliotecas vivas" e saberes ancestrais (Suárez-Mutis, 2022).

Em síntese, os achados reforçam que o fortalecimento do SasiSUS exige superar o assistencialismo e incorporar os determinantes sociais da saúde, integrando infraestrutura (saneamento, água, conectividade) com estratégias de telemedicina e valorização dos AIS. A garantia dos direitos territoriais e o respeito aos saberes tradicionais são fundamentais para que o sistema seja verdadeiramente intercultural e capaz de enfrentar futuras emergências.

Por fim, este estudo apresenta limitações, como a restrição temporal de cinco anos e a seleção de artigos em apenas três idiomas, o que pode ter excluído evidências relevantes. O número reduzido de estudos incluídos limita generalizações robustas, e os resultados dependem da qualidade metodológica das fontes primárias, sujeitas a inconsistências de coleta ou interpretação.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base na análise da literatura, a pesquisa permitiu obter um panorama da criação e do funcionamento do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI), bem como sua atuação durante a pandemia de Covid-19 no Brasil, com pontos fortes e fragilidades. Os resultados revelam que a implementação do SASI e a criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) tiveram um impacto considerável e, de forma geral, positivo na organização dos serviços de saúde para as populações indígenas, principalmente no contexto da pandemia do COVID-19. Sua capilaridade, por meio das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena e, em especial, dos Agentes Indígenas de Saúde, foi

fundamental para manter a vigilância, realizar ações de educação e garantir o acesso, mesmo que parcial, aos serviços de saúde, evitando um colapso ainda maior. Nesse sentido, a criação desse subsistema dentro do SUS foi importante para valorizar as especificidades socioculturais e históricas geográficas dos povos indígenas, permitindo, assim, a criação de políticas e ações de saúde mais adequadas às suas necessidades.

Ademais, ressalta-se que esse subsistema permitiu a efetivação de um dos princípios organizacionais do SUS: a descentralização e regionalização. Isso porque o SASI permitiu uma gestão mais próxima da realidade local e uma maior participação das comunidades indígenas no acompanhamento e formulação de políticas de saúde. Dessa forma, a população indígena passou a, de fato, ter participação ativa no seu processo de saúde e com o respaldo de terem acesso garantido a todos os níveis de atenção do SUS (primária, secundária e terciária), sem discriminação, além de poder atuar em adaptações na estrutura e organização do SUS nas regiões onde residem, para facilitar essa integração. Como resultado, observou-se uma melhoria nos indicadores de saúde dessa população, como a redução da mortalidade infantil e o maior controle de doenças infecciosas, embora os desafios relacionados à saúde mental, especialmente durante a pandemia, permaneçam como uma fragilidade relevante.

Nesse ínterim, com a pandemia do COVID-19 e diante do risco iminente de contaminação e da sobrecarga do sistema de saúde, o SASI buscou preservar sua estrutura de atuação. Contudo, as barreiras como a desarticulação com a rede SUS, a insuficiência de recursos e a incapacidade de adaptar suas estratégias às realidades socioculturais dos mais de 305 povos originários do país, mesmo com a ampliação da cobertura da atenção primária, ficaram ainda mais evidentes neste período, já que o SUS sofreu baixas de profissionais que ficaram doentes ou faleceram durante a pandemia em questão e os locais mais remotos foram os principais afetados.

Diante disso, para que o SASI atinja seu pleno potencial, as lições aprendidas apontam para a necessidade urgente de fortalecer o sistema em múltiplas frentes, sendo necessário avançar em estratégias que ampliem sua capacidade de resposta, incluindo o uso de tecnologias como a telemedicina, que pode reduzir deslocamentos desnecessários. Mais importante ainda é a promoção de um diálogo contínuo e respeitoso com as comunidades indígenas, garantindo sua escuta e protagonismo no processo de construção das políticas públicas. Isso porque o protagonismo demonstrado pelas comunidades não deve ser visto como uma resposta pontual a uma emergência, mas como um pilar fundamental a ser institucionalizado e valorizado. O futuro da saúde indígena no Brasil depende do reconhecimento da autodeterminação dos povos como o centro de qualquer política pública que vise, de fato, promover a vida. Logo, somente assim será possível consolidar um modelo de atenção à saúde verdadeiramente intercultural, inclusivo e efetivo, que respeite os direitos constitucionais dos povos originários e promova a equidade no acesso à saúde no Brasil.

Por fim, é importante ressaltar que apesar da busca em cinco bases de dados, apenas 4 estudos atenderam aos critérios, revelando uma lacuna significativa de pesquisas sobre a atuação do SASI durante a pandemia, o que evidencia a necessidade de mais investigações neste campo.

## REFERÊNCIAS

- AHMADPOUR, Bahiyyeh; TURRINI, Ruth Natalia Teresa; CAMARGO-PLAZAS, Pilar. Resolutividade no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS): análise em um serviço de referência no Amazonas, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, p. 1757-1766, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/4YwKzsryqFnkDCSFmhgfzQv/>. Acesso em: 22 abr. 2025.

BARBOSA, Rodrigo Lins. **O Estado e a questão indígena: crimes e corrupção no SPI e na FUNAI (1964-1969).** 2016. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/23336>. Acesso em: 28 mar. 2025.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 28 mar. 2025.

BRASIL. **Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999.** Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para instituir o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 24 set. 1999. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9836.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9836.htm). Acesso em: 28 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI).** Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sesai/dsei>. Acesso em: 10 maio 2025.

BRASIL. Ministério do Planejamento e Orçamento. **Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS).** Brasília, DF: Ministério do Planejamento e Orçamento, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/planejamento/pt-br/acesso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/cmap/politicas/2022/avaliacoes-conduzidas-pelo-cmag/subsistema-de-atencao-a-saude-indigena-sasisus>. Acesso em: 6 set. 2025.

CASANOVA, Ângela Oliveira *et al.* Estratégias governamentais e comunitárias em Pernambuco, Brasil, para o enfrentamento da COVID-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 12, e09412024, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320242912.09412024>. Acesso em: 13 abr. 2025.

CUNHA, Maria Luiza Silva *et al.* Planejamento e gestão do processo de trabalho em saúde: avanços e limites no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do SUS. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 32, n. 3, e220127pt, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023220127pt>. Acesso em: 28 mar. 2025.

ELLENWOOD, Rachel; BOYD, Amanda D.; HIGHEAGLE STRONG, Zoe. Communication and perspectives about COVID-19 and vaccinations among Native Americans. **Science Communication**, v. 45, n. 2, p. 172–194, abr. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/10755470221151184>. Acesso em: 13 mai. 2025.

FERREIRA, Gilberto Geraldo. **Educação formal para os índios:** as escolas do Serviço de Proteção aos Índios (SPI) nos Postos Indígenas em Alagoas (1940–1967). São Paulo: Editora Olyver, 2021. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=FXwnEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA3>. Acesso em: 28 mar. 2025.

GOMES, Twigg Phoenix de Oliveira; SANTOS, Diogo Emmanuel Lucena. Etnocídio indígena, depressão e suicídio nos povos originários brasileiros: uma análise crítica. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 8, n. 10, p. 66295–66307, out. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv8n10-098>. Acesso em: 30 abr. 2025.

LABBÉ, Fabienne *et al.* Perceptions of COVID-19 vaccination and factors influencing COVID-19 vaccine acceptance among indigenous peoples in Quebec, Canada: insights from a Facebook posts and comments analysis. **Human Vaccines & Immunotherapeutics**, v. 20, n. 1, 2397868, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/21645515.2024.2397868>. Acesso em: 15 mai. 2025.

MARTINS, André Luiz *et al.* **Política de saúde indígena no Brasil:** reflexões sobre o processo de implementação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. 2013. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <https://repositorio.bvspovosindigenas.fiocruz.br/bitstream/bvs/695/2/860802228.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2025.

MENDES, Anapaula Martins *et al.* O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpssp/2018.v42/e184/>. Acesso em: 12 mai. 2025.

MONFORT, Gislaine Carolina; MOTA, Juliana Grasiéli Bueno. A pandemia começou quando os brancos chegaram: barreiras sanitárias como práticas autônomas dos povos Kaiowá e Guarani. **Campo-Território: Revista de Geografia Agrária**, v. 17, n. 47, p. 80-102, 2022. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/campoterritorio/article/download/67289/34801>. Acesso em: 12 set. 2024.

MOTA, Sara Emanuela de Carvalho *et al.* Invisibilidades e enfrentamentos de comunidades indígenas diante da pandemia de COVID-19 e a resposta do governo brasileiro. In: BARRAL-NETTO, Manoel *et al.* (org.). **Construção de conhecimento no curso da pandemia de COVID-19:** aspectos biomédicos, clínico-assistenciais, epidemiológicos e sociais. Salvador: EDUFBA, 2020. v. 2. Disponível em: <https://doi.org/10.9771/9786556300757.022>. Acesso em: 10 ago. 2024.

OLIVEIRA, Angélica Tais *et al.* Efeitos da COVID-19 na atenção primária à saúde dos indígenas: percepções dos profissionais. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 15, e12081, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v15.12081>. Acesso em: 20 abr. 2025.

OLIVEIRA, J. M. A. *et al.* Os povos indígenas e a COVID-19 nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) de Mato Grosso: um estudo ecológico. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 1, e46510111178, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/11178>. Acesso em: 2 maio 2025.

OLIVEIRA, Roberta Gondim *et al.* Desigualdades raciais e a morte como horizonte: considerações sobre a COVID-19 e o racismo estrutural. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 9, p. 1-14, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/QvQqmGfwsLTFzVqBfRbkNRs/>. Acesso em: 9 maio 2025.

ONU MULHERES. **Mulheres indígenas e a COVID-19 no Brasil:** uma análise preliminar. Brasília, DF: ONU Mulheres, 2020. Disponível em: [https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2020/12/COVID19\\_2020\\_informe1.pdf](https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2020/12/COVID19_2020_informe1.pdf). Acesso em: 1 set. 2024.

PAGE, Matthew J. *et al.* The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. **BMJ**, v. 372, n. 71, 2021. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/372/bmj.n71>. Acesso em: 13 mar. 2025.

PONTES, Ana Lucia de Moura *et al.* Pandemia de COVID-19 e os povos indígenas no Brasil: cenários sociopolíticos e epidemiológicos. In: MATTA, G. C. *et al.* (org.). **Os impactos sociais da COVID-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2021. p. 123-134. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/r3hc2/pdf/matta-9786557080320-12.pdf>. Acesso em: 19 maio 2025.

RIBEIRO, Aridiane Alves; ROSSI, Lídia Aparecida. Pandemia de COVID-19 e motivações para procura pelo Sistema Único de Saúde em aldeias indígenas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0312>. Acesso em: 22 maio 2025.

SILVA, Lanna Maria Vieira da Graça; LIMA, Barbara Cotard Silva de; JUNQUEIRA, Telma Low Silva. População indígena em tempos de pandemia: reflexões sobre saúde a partir da perspectiva decolonial. **Saúde e Sociedade**, v. 32, n. 2, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023220092pt>. Acesso em: 28 mar. 2025.

SKINNER, Nadine Ann *et al.* Barriers to COVID-19 vaccine acceptance to improve messages for vaccine uptake in indigenous populations in the central highlands of Guatemala: a participatory qualitative study. **BMJ Open**, v. 13, n. 1, e067210, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-067210>. Acesso em: 10 maio 2025.

SUÁREZ-MUTIS, Martha Cecilia *et al.* Desigualdade social e vulnerabilidade dos povos indígenas no enfrentamento da COVID-19: um olhar dos atores nas lives. **Saúde em Debate**, v. 45, p. 21-42, 2022. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/sdeb/2021.v45nspe2/21-42/>. Acesso em: 29 ago. 2024.