



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
NÚCLEO DE ALTOS ESTUDOS AMAZÔNICOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO
SUSTENTÁVEL DO TRÓPICO ÚMIDO
DOUTORADO EM DESENVOLVIMENTO SOCIOAMBIENTAL

ROSIANE PINHEIRO RODRIGUES

SAÚDE INDÍGENA NO PARÁ E SUA INTERFACE COM O COVID-19:
planejamento, implementação e governança

BELÉM-PA
2024

ROSIANE PINHEIRO RODRIGUES

SAÚDE INDÍGENA NO PARÁ E SUA INTERFACE COM O COVID-19:

planejamento, implementação e governança

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido, do Núcleo de Altos Estudos Amazônicos, da Universidade Federal do Pará, como requisito para a obtenção do título de Doutora em Desenvolvimento Socioambiental.

Linha de Pesquisa: Sociedade, Urbanização e Estudos Populacionais.

Orientadora: Profa. Dra. Ligia T. Lopes Simonian.

BELÉM-PA
2024

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Pará
Gerada automaticamente pelo módulo Ficat, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

P654s PINHEIRO RODRIGUES, ROSIANE.
 SAÚDE INDÍGENA NO PARÁ E SUA INTERFACE COM O
 COVID-19 : planejamento, implementação e governança /
 ROSIANE PINHEIRO RODRIGUES. — 2024.
 260 f. : il. color.

 Orientador(a): Prof^a. Dra. Ligia Terezinha Lopes Simonian
 Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Pará, Núcleo de
 Altos Estudos Amazônicos, Programa de Pós-Graduação em
 Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido, Belém, 2024.

 1. saúde indígena. 2. Covid-19. 3. planejamento. 4.
 implementação. 5. governança. I. Título.

CDD 307.12098115

ROSIANE PINHEIRO RODRIGUES

SAÚDE INDÍGENA NO PARÁ E SUA INTERFACE COM O COVID-19:
planejamento, implementação e governança

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido do Núcleo de Altos Estudos Amazônicos da Universidade Federal do Pará, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Desenvolvimento Socioambiental.

Linha de Pesquisa: Sociedade, Urbanização e Estudos Populacionais.
Orientadora: Profa. Dra. Ligia T. Lopes Simonian.

Aprovada em 01/02/2024

Conceito: Aprovado

Banca examinadora:

Profa. Dra. Ligia T. Lopes Simonian - Orientadora – PPGDSTU-NAEA/UFPA

Profa. Dra. Rosa Elizabeth Acevedo Marin - Examinador interno PPGDSTU-NAEA/UFPA

Prof. Dr Hisakhana Pahoona Corbin - Examinador interno: PPGDSTU/NAEA-UFPA

Profa. Dra. Laura Maria Vidal Nogueira - Examinador externo PPGENF/UEPA

Profa. Dra. Nádile Juliane Costa de Castro - Examinador externo FAENF/UFPA

BELÉM-PA
2024

À Rosa Pinheiro Rodrigues, minha mãe e à
Beatriz Rodrigues Corrêa, minha filha.

AGRADECIMENTOS

À Deus, pai eterno e soberano, e meus mentores espirituais que me guiaram nesta vida pela busca dos caminhos necessários para o aprimoramento moral do meu intelecto e espírito;

À minha família, em especial minha mãe Rosa Pinheiro Rodrigues e a minha filha Beatriz Rodrigues Corrêa por compreender minhas ausências e pelo amor que vivenciamos;

Ao meu irmão Wilomar Pinheiro Rodrigues, por sempre está ao meu lado e em todos os momentos difíceis;

Ao meu pai Apolinário Rodrigues (*in memoriam*);

À minha grande amiga e irmã de alma Renata Carvalho pelo apoio, companheirismo e amizade;

À Família Carvalho por toda amizade, afeto e companheirismo;

Aos meus netinhos de quatro patas: Bolt, Bayle e Boni por transbordarem amor nos nossos momentos de afeto;

Aos meus companheiros e amigos Alder Mourão, Clebis Sombra e Thayse Moraes pela força e apoio durante a construção desta tese;

Aos informantes desta pesquisa, aos coordenadores dos DSEI, aos representantes do CONDISI e, a técnica Manuela do distrito Guamá Tocantins pela disponibilidade e articulação;

À minha orientadora Ligia T. L. Simonian pelo compartilhamento de saberes, pela contribuição acadêmica e compreensão no percurso desta tese;

A todos os professores que contribuíram para minha formação acadêmica;

À Universidade Federal do Pará por todas as oportunidades a mim dadas desde a especialização e depois: mestrado, docência e doutoramento.

O futuro ancestral é um futuro que se conecta com o passado, que se alimenta da memória e da sabedoria dos nossos antepassados. É um futuro que se projeta no presente, que se realiza no cuidado com o outro, na solidariedade, no respeito às diferenças (Krenak; Piúba, 2022).

RESUMO

Diante do cenário mundial, nacional e estadual, acometido pela nova variação do Coronavírus, as autoridades internacionais e nacionais lançaram medidas que precisaram ser planejadas e implementadas com rigor, de maneira a conter a propagação do vírus e o acometimento de mais indivíduos, com mortes e sequelas. Tal necessidade se reforçou na conjuntura de pandemia, a partir dos casos confirmados e dos óbitos notificados por Covid-19 entre os povos indígenas do estado do Pará. Deste modo, essa tese buscou analisar os processos de planejamentos e implementações de ações e serviços voltados à saúde indígena, nesse período de pandemia pelo Covid-19. Para a condução desse processo, se adotou um estudo misto, com abordagem qualitativa e quantitativa, com uso de uma bibliografia especializada voltada a regionalização, saúde indígena, interdisciplinaridade, impactos do Covid-19, redes de atenção, com documentação histórica, normatizações, teses e artigos científicos. A complexidade posta por este estudo, também exigiu diferentes metodologias, o que favoreceu a pesquisadora compreender e analisar os fatos e fenômenos a partir de diferentes perspectivas, possibilitando assim, o diálogo interdisciplinar. Se adotou assim, uma pesquisa qualitativa descritiva-exploratória e realizou-se, portanto, uma análise documental, a partir dos planos de contingência contra o Covid-19 da Secretaria Especial de Saúde Indígena, do estado do Pará, dos Distritos Sanitários Especial Indígenas do Pará e de municípios estratégicos, bem como a análise das coberturas vacinais e dados de morbimortalidade de cada distrito. Como resultados encontrados é relevante mencionar que não houve um planejamento interligado aos municípios como rege a legislação, as implementações dos planos de contingência foram impactantes nas coberturas vacinais e nos indicadores de morbimortalidade, apesar dos “vieses” de percurso e a governança das ações e serviços durante a pandemia foram “atravessadas” por uma macro e micropolítica que historicamente persistem. Houve muitos avanços, porém ainda existem desafios a serem superados nos espaços da macropolítica e micropolítica de encontros entre os distritos e municípios, entre distritos e a Secretaria de Saúde Pública do Estado do Pará, entre distritos e Secretaria Especial de Saúde Indígena, nas regiões e macrorregiões do Pará. Buscar estratégias e fortalecer outras já existentes como o grupo condutor e as comissões intergestores com a saúde indígena poderá ser um caminho de governança.

Palavras-Chave: saúde indígena; pandemia covid-19; planejamento; implementação; governança.

ABSTRACT

Faced with the global, national and state scenario, affected by the new variant of the Coronavirus, international and national authorities launched measures that needed to be planned and implemented rigorously, in order to contain the spread of the virus and the impact of more individuals, with deaths and sequelae. This need was reinforced in the pandemic situation, based on the confirmed cases and deaths reported by COVID-19 among the indigenous peoples of the state of Pará. Thus, this thesis sought to analyze the processes of planning and implementing actions and services aimed at indigenous health, during this period of pandemic due to COVID-19. To conduct this process, a mixed study was adopted, with a qualitative and quantitative approach, using a specialized bibliography focused on regionalization, indigenous health, interdisciplinarity, impacts of COVID-19, care networks, with historical documentation, regulations, theses, and scientific articles. The complexity posed by this study also required different methodologies, which helped the researcher understand and analyze the facts and phenomena from different perspectives, thus enabling interdisciplinary dialogue. Thus, descriptive-exploratory qualitative research was adopted and, therefore, a documentary analysis was carried out, based on the contingency plans against Covid-19 of the Special Secretariat for Indigenous Health, of the state of Pará, of the Special Indigenous Health Districts of Pará and strategic municipalities, as well as the analysis of vaccination coverage and morbidity and mortality data of each district. As results found, it is important to mention that there was no planning linked to the municipalities as governed by legislation, the implementation of contingency plans had an impact on vaccination coverage and morbidity and mortality indicators, despite the “biases” of the route and the governance of actions and services during the pandemic they were “crossed” by macro and micropolitics that historically persist. There have been many advances, but there are still challenges to be overcome in the spaces of macro and micro politics of meetings between districts and municipalities, between districts and the Department of Public Health of the State of Pará, between districts and the Special Secretariat for Indigenous Health, in the regions and macro-regions of Pará. Seeking strategies and strengthening existing ones, such as the steering group and the interagency commissions with indigenous health, can be a path to governance.

Keywords: indigenous health; covid-19 pandemic; planning; implementation; governance.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1 - Sistemática dos Métodos Mistos segundo Creswell e Clark.....	39
Ilustração 2 - Técnicas de coleta de dados em três etapas	42
Ilustração 3 - Referente as etapas das análises dos dados	48
Ilustração 4 - Mapa que compreende os 34 DSEI do Brasil	49
Ilustração 5 - Mobilizações organizadas pelos povos indígenas em Brasília.....	70
Ilustração 6 - Trajeto para as aldeias de Oriximiná	77
Ilustração 7 - Organização do avião para entrada na Aldeia Mapuera, Oriximiná/PA.....	78
Ilustração 8 - Base Conceitual no SUS	85
Ilustração 9 - Desenho das 23 Regiões de Saúde do Pará.....	89
Ilustração 10 - Mapa das 13 Regiões de Saúde do Estado do Pará	102
Ilustração 11 - Dificuldades em relação às medidas de prevenção e proteção contra Covid-19	140
Ilustração 12 - Aplicativo cruzador de casos de Covid-19 e vacinação	142
Ilustração 13 - Mãe e filho da etnia Zoé, Aldeia Cuminapanema, em Óbidos/PA.....	151
Ilustração 14 - Mães e filhos da etnia Kaapor, Aldeia Xyepihurená, MA	151
Ilustração 15 - Casas palafitas, características da população ribeirinha	160
Ilustração 16 - Mapa dos territórios do DSEI Guamá- Tocantins	173
Ilustração 17 - Trajeto para as aldeias de Paragominas/PA	174
Ilustração 18 - Fluxograma de atendimento dos casos suspeitos de COVID-19 do DSEI- RT.	185

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Retrata o perfil do estado do Pará por idade e sexo da população.....	160
Gráfico 2 - Expectativa de Vida ao Nascer (Anos), Regiões de Integração do Pará.....	161
Gráfico 3 - Renda Média de Pessoas de 14 anos ou mais, a região Norte e Pará, 2019–2020	162
Gráfico 4 - Proporção de Famílias em Situação de Pobreza. Brasil, Região Norte e Pará, 2015- 2020.....	163
Gráfico 5 - Percentual de 1ª doses aplicadas em indígenas de 5-11 meses.....	206
Gráfico 6 - Percentual de 2ª doses aplicadas em indígenas de 5-11 meses.....	207
Gráfico 7 - Percentual de 1ª doses aplicadas em indígenas 12 a 17 anos	208
Gráfico 8 - Percentual de 2ª doses aplicadas em indígenas 12 a 17 anos	208
Gráfico 9 - Percentual de 1ª doses aplicadas em indígenas 18 anos ou +.....	209
Gráfico 10 - Percentual de 2ª doses aplicadas em indígenas 18 anos ou +.....	209
Gráfico 11 - Percentual de doses de reforço aplicadas em indígenas 18-60 anos ou +	210

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Marcos históricos dos movimentos sociais indígenas no Brasil.....	67
Quadro 2 - Municípios do Pará que não aderiram ao Pacto de Gestão.....	87
Quadro 3 - Desenho das 4 macrorregiões de saúde do Pará	92
Quadro 4 - Marcos de governança da saúde no Brasil.....	95
Quadro 5 - Caracterização dos DSEI no Pará	171
Quadro 6 - Distribuição da população indígena atendidos pelos DSEI e por região de saúde do Pará	172
Quadro 7 - Planos de contingência para enfrentamento da pandemia de infecção humana pelo novo coronavírus (Covid-19) dos municípios de Belém, Itaituba, Altamira e Redenção.....	183
Quadro 8 - Cronologia dos impactos da pré-covid-19, pandemia covid-19 e pós-covid-19 aos povos indígenas	215

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Leitos de internação Hospitalares do SUS nas Regiões de Integração - PA, 2019 – 2020.....	152
Tabela 2 - Número de casos, óbitos, incidência, mortalidade e letalidade por Covid-19 em indígenas, por DSEI.....	154
Tabela 3 - Rede Assistencial por tipologia e região de saúde do Pará	158
Tabela 4 - Leitos SUS por tipologia e região de Saúde do Pará.....	158
Tabela 5 - Taxa de Alfabetização de Adultos com 18 anos ou mais para Brasil e Pará, 2019 – 2020.....	164
Tabela 6 - Número de doses de vacina contra Covid-19 aplicadas por faixa etária e por DSEI no Brasil	211
Tabela 7 - Óbitos no Pará, consolidados pela APIB.....	217
Tabela 8 - Incidência, mortalidade, letalidade e cobertura vacinal em indígenas na Região Norte	219
Tabela 9 - Número de casos e incidência por Covid-19 em 2021 e 2022 nos DSEI.....	220
Tabela 10 - Número de óbitos e mortalidade por Covid-19 em 2021 e 2022 nos DSEI	222

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLA

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
APIB	Articulação dos Povos Indígenas do Brasil
APS	Atenção Primária em Saúde
BIRD	Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento
CASAI	Casas de Saúde do Índio
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CAPS II	Centros de Atenção Psicossocial II
CAPSi	Centros de Atenção Psicossocial Infantil
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CF	Constituição Federal
CGR	Colegiados de Gestão Regional
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIMI	Conselho Indigenista Missionário
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNDH	Conselho Nacional dos Direitos Humanos
CNPI	Comissão Nacional de Política Indigenista
COAP	Contrato Organizativo de Ação Pública
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONDISI	Conselho Distrital de Saúde Indígena
COSAI	Coordenação de Saúde do Índio
COVAX	Acesso Global às Vacinas da Covid-19
COVID-19	Coronavírus Disease 2019
CRS	Centros Regionais de Saúde
CTA/SAE	Centro de Testagem e Aconselhamento
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DEOPE	Departamento de Operações
DPU	Defensoria Pública da União
DESAI	Departamento de Saúde Indígena
DSEI-GUATOC	Distrito Especial de Saúde Indígena Guamá Tocantins
EMSI	Equipes Multidisciplinar de Saúde Indígena

ESPII	Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional
ETP	Estudo Técnico Preliminar
FAPESPA	Fundação Amazônia de Amparo à Estudos e Pesquisas
FCONDISI	Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
FOIRN	Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
IRP	Intenção de Registro de Preço
MPF	Ministério Público Federal
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Normas Operacionais de Assistência à Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PCA	Plano de Contratação Anual
PDRI	Plano Diretor de Regionalização e Investimento
PHD	Philosophiæ Doctor
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RENASES	Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde
SARS-Cov-2	Coronavírus 2 da Síndrome Respiratória Aguda Grave
SASISUS	Subsistema de Atenção à Saúde Indígena
SEI	Sistema Eletrônico de Informações
SELOGs	Serviço Logístico de Contratação
SESAI	Secretaria de Saúde Indígena
SIASI	Sistema de Informação Indígena
SI-PNI	Sistema do Programa Nacional de Imunização
SPI	Serviço de Proteção ao Índio
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPA	Universidade Federal do Pará
UNI	União das Nações Indígenas

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	18
1.1	O ENCONTRO COM O TEMA	18
1.2	CONTEXTUALIZAÇÃO DO CENÁRIO	24
1.3	OBJETIVOS DA PESQUISA.....	30
2	METODOLOGIA	31
2.1	A PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO INTERDISCIPLINAR PARA O ESTUDO.....	31
2.2	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	36
2.2.1	<i>Método do estudo</i>	<i>38</i>
2.2.2	<i>Técnicas de coleta de dados.....</i>	<i>41</i>
2.2.3	<i>Técnicas para análise dos dados.....</i>	<i>45</i>
2.2.4	<i>Delimitação da área de estudo.....</i>	<i>48</i>
2.2.5	<i>Critérios de inclusão.....</i>	<i>49</i>
2.2.6	<i>Critérios de exclusão</i>	<i>50</i>
2.2.7	<i>Aspectos éticos</i>	<i>50</i>
2.3	RISCOS E BENEFÍCIOS DA PESQUISA	51
3	REFERENCIAL TEÓRICO	53
3.1	TEORIAS DE BASE E SECUNDÁRIAS COMO APORTE INTERDISCIPLINAR À SAÚDE.....	54
3.2	O DESENVOLVIMENTO DE POLÍTICAS PÚBLICAS: HISTÓRIA E MOVIMENTOS	57
3.3	POLÍTICAS PÚBLICAS E OUTRAS INTERFACES COM O DESENVOLVIMENTO.....	60
3.3.1	<i>Antropologia do desenvolvimento</i>	<i>63</i>
3.4	MOVIMENTOS SOCIAIS INDÍGENAS NA AMÉRICA LATINA: UMA INCLUSÃO INTERDISCIPLINAR.	64
3.4.1	<i>Movimentos, participação e controle social indígena: histórias e lutas no Brasil.....</i>	<i>66</i>
3.5	POLÍTICAS INDIGENISTAS NA AMÉRICA LATINA	71
3.5.1	<i>Política indigenista no Brasil.....</i>	<i>72</i>
3.6	SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL E SEUS DESAFIOS	76
3.7	O PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO NO BRASIL: DO PACTO AO DECRETO 7.508/11	79
3.7.1	<i>Regionalização em saúde no estado do Pará.....</i>	<i>85</i>
3.8	GOVERNANÇA E SUAS INTERFACES COM A GOVERNABILIDADE E A REFORMA DE ESTADO	93
3.9	GOVERNANÇA NA SAÚDE A PARTIR DOS MARCOS LEGAIS DO SUS.....	94
3.9.1	<i>A importância da regionalização e da governança para o SUS.....</i>	<i>100</i>
3.10	PRESSUPOSTOS ACERCA DO BIOPODER A PARTIR DE FOUCAULT E SEUS ENTRELACES NA SAÚDE.	103
3.10.1	<i>As relações de poder e a micropolítica do poder em saúde</i>	<i>107</i>
3.11	APOIO DESCENTRALIZADO COMO ESTRATÉGIA INSTITUCIONAL DO MS E SUA MICROPOLÍTICA JUNTO AO ESTADO DO PARÁ E MUNICÍPIOS	112
3.11.1	<i>O fortalecimento da participação social no estado a partir do FEPS/PA</i>	<i>119</i>
3.11.2	<i>O Apoio DAI ao Pará: consolidando o Apoio Integrado.....</i>	<i>120</i>
3.11.3	<i>O apoio institucional e algumas reflexões</i>	<i>122</i>
3.11.4	<i>Apoiadores dos DSEI e sua interface com o apoio Integrado no Pará.....</i>	<i>126</i>
3.11.5	<i>Estratégia do apoio descentralizado vinculados aos Núcleos Estaduais do MS.....</i>	<i>129</i>

3.12	COVID NO MUNDO E NO BRASIL.....	131
3.12.1	<i>A antipolítica do Governo Bolsonaro e o enfrentamento contra o Covid-19.....</i>	<i>133</i>
3.12.2	<i>Redes de atenção e saúde indígena em tempos de pandemia, COVID-19.....</i>	<i>150</i>
3.13	O PROCESSO DE REGULAÇÃO NO PARÁ E SUA INTERFACE COM O SASISUS.....	154
4.	CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL.....	159
4.1	CARACTERIZAÇÃO DO ESTADO DO PARÁ.....	159
4.2	O TERRITÓRIO AMAZÔNICO E O TERRITÓRIO DOS DSEI.....	165
4.3	CONTEXTUALIZAÇÃO DOS DSEI NO PARÁ.....	171
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	176
5.1	ANÁLISE DOCUMENTAL DOS PLANOS DE CONTINGÊNCIA DA SESAI E DOS DSEI DO PARÁ.....	176
5.1.1	<i>O Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID-19) em Povos Indígenas construído pela SESAI/MS.....</i>	<i>178</i>
5.1.2	<i>O Plano de Contingência do DSEI GUATOC.....</i>	<i>181</i>
5.1.3	<i>O Plano de Contingência do DSEI Rio Tapajós.....</i>	<i>184</i>
5.1.4	<i>O Plano de Contingência do DSEI Altamira.....</i>	<i>187</i>
5.1.5	<i>O Plano de Contingência do DSEI Kaiapó do Pará.....</i>	<i>189</i>
5.2.	ANÁLISE DAS IMPLEMENTAÇÕES E GOVERNANÇA DOS PLANOS DE CONTIGÊNCIA DOS DSEI DO PARÁ	191
5.2.1.	<i>Categoria: A participação do CONDISI na construção dos planos de contingência contra o Covid-19</i>	<i>192</i>
5.2.2.	<i>Categoria: Governança do CONDISI e do DSEI.....</i>	<i>192</i>
5.2.3.	<i>Categoria: ações e serviços planejados e implementados através do plano de contingência.....</i>	<i>195</i>
5.2.3.1	<i>Subcategoria: estratégias específicas dos DSEI no combate ao Covid-19.....</i>	<i>197</i>
5.2.3.2.	<i>Subcategoria: potencialidades da implementação dos planos de contingência.....</i>	<i>198</i>
5.2.3.3.	<i>Subcategoria: fragilidades na implementação do plano de contingência.....</i>	<i>199</i>
5.2.4.	<i>Categoria: Redes de atenção à saúde e processo de regulação durante o Covid-19.....</i>	<i>201</i>
5.3	ANÁLISE DOS INDICADORES VACINAIS PARA COVID-19 NOS DSEI DO PARÁ.....	204
5.3.1	<i>A cobertura vacinal nos DSEI do Pará.....</i>	<i>206</i>
5.3.2	<i>Comparativo dos DSEI do Pará com os distritos do Brasil.....</i>	<i>213</i>
5.4	IMPACTOS DOS PLANOS DE CONTINGÊNCIA NOS INDICADORES DE MORBIDADE E MORTALIDADE DOS DSEI DO PARÁ.....	213
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	224
	REFERÊNCIAS.....	232
	ANEXOS.....	237
	APÊNDICES.....	242

1 INTRODUÇÃO

1.1 O encontro com o tema

Ao lançar-me sobre o objeto central deste estudo é necessário compreender a trajetória que me levou a escolha deste tema. Em 2013 iniciou-se um processo apoio integrado junto aos demais apoiadores do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) do Pará, era uma estratégia do Ministério da Saúde. Foram realizadas diversas reuniões de trabalho junto à Secretaria de Saúde Pública do Estado do Pará (SESPA), Comissões Intergestores Regionais, municípios, Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) do Pará no intuito de garantir ações e serviços aos povos indígenas do Pará.

Por estar desenvolvendo naquele momento o trabalho de apoiadora do Departamento de Articulação Interfederativa (DAI) vinculado à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), tive a oportunidade de articular agendas e vivenciar as dificuldades para planejar e implementar ações entre os DSEI e demais esferas de gestão o acesso à saúde equânime e em tempo oportuno aos indígenas dentro da rede do SUS.

Dentre as diversas caminhadas pela saúde indígena, estava mais próxima do DSEI Guamá Tocantins, localizado em Belém, onde realizei diversas. Primeiramente fui acolhida pela apoiadora do DSEI, na época Helena Gonçalves, que realizou uma apresentação geral, desde a criação do subsistema, publicação da PNSPI até divisões/departamentos do DSEI, com seus respectivos processos de trabalho e a interface deles com a atenção indígena realizada em área (aldeia) pelas Equipes Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI).

No período que fui ponto focal do Programa Mais Médico para o Pará foram apresentados pelo apoiador institucional do DSEI (em 2016), outros técnicos da Divisão de Atenção à Saúde Indígena (DIASI) e, sobre o histórico da população indígena no Brasil e do Pará, acerca do subsistema de atenção à saúde indígena no SUS, sobre o papel da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) e sua estrutura. Assim, foi verbalizado que a SESAI é responsável por 34 DSEI e pela prestação de atenção básica nas comunidades indígenas e que o DSEI GUATOC possuía 8 polos bases distribuídos pelo Pará, 5 CASAI, sendo responsável por 8.477 habitantes, residentes em 85 aldeias, com 21 etnias (Rodrigues, 2017).

Após a apresentação da organização do DSEI nas aldeias, foi realizada a apresentação dos setores do DSEI GUATOC. Entre eles estava o setor financeiro, na qual foi apresentado suas instruções normativas, que dispõe sobre a licitação pelo critério de julgamento por menor preço ou maior desconto, na modalidade eletrônica, para a contratação de bens, serviços e obras, no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional.

Também fora demonstrado como funciona o sistema SEI, onde tramita todo o processo de licitação 1) preparatório 2) Divulgação de edital 3) apresentação de propostas e lances 4) julgamento 5) habilitação 6) recursal e 7) homologação; etapas necessárias para celebrar uma licitação.

Logo após, esses período do apoio, acompanhando alunos do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal do Pará (UFPA) conheci como o distrito GUATOC desenvolve o Serviço Logístico de Contratação (SELOG) e suas funções sobre os processos de licitações e contratos por meio do Sistema Eletrônico de Informações (SEI), onde são incluídos vários documentos de formalização de demanda, informações de designação de equipe de planejamento, declarações, ofícios, termos, anexos de Estudo Técnico Preliminar (ETP), autorizações, termo de referência, portarias que servem como base para os processos e Plano de Contratação Anual (PCA).

Vale mencionar aspectos desse sistema logístico, pois vão impactar na implementação das ações e serviços nos territórios. Assim, a Intenção de Registro de Preço (IRP), onde a sua função é adicionar ao SEI todos os tipos de compras que são feitas pelas empresas e ir atualizando seus preços no sistema através da plataforma virtual, “Portal de Compras do Governo Federal”. Esse sistema possui também, relação com a contratação, renovação, autorização de prorrogação, negociação de valores e termo de vantajosidade. E por fim, sobre os pagamentos, atesto, atas de registro de preço, despachos, notas fiscais de acordo e notas de empenho.

Quanto a DIASI, o chefe dessa divisão explicou a atenção primária a saúde indígena a partir de cada núcleo e coordenação que compõem essa divisão. Bem como, o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS), possui sua distribuição de polos estratégicos no estado do Pará, sobre o Núcleo de Apoio a Saúde Indígena (NASI) e sobre os núcleos de atenção primária no DIASI e suas implementações junto aos territórios indígenas do GUATOC.

Todo o percurso acima mencionado despertou a necessidade de compreender mais a fundo, para além da gestão do DSEI um ponto de atenção desse distrito, que também, é referência para os demais DSEI do Pará: a Casa de Saúde do Índio de Icoaraci (CASAI-Icoaraci).

A CASAI Icoaraci, compõem a estrutura organizacional do Distrito Sanitário Especial de Saúde Indígena Guamá Tocantins (DSEI GUATOC). Essa unidade está situada na Travessa Brasília, nº 135, Bairro de Maracacuera, no distrito de Icoaraci, Belém – PA. Neste período, o objetivo da visita neste estabelecimento era de conhecer as dependências da CASAI e entender a realidade vivenciada pelos povos indígenas em um ponto de atenção à saúde ofertado pelo DSEI GUATOC, bem como de realizar a verificação acerca do acesso a saúde e regulação em saúde para essa população de acordo com a Política Nacional de Saúde aos Povos Indígenas (PNSPI), visto que o Programa Mais Médico estava ofertando 100% de cobertura de médicos aos DSEI do Pará em 2016.

Para realizar a observação na CASAI, foi necessária ida e vindas de diálogos e articulações junto ao DSEI Guamá Tocantins. Realizei toda a articulação e assim, foram programadas as visitas uma semana antes com o coordenador do DSEI e com a coordenação desta CASAI. Dessa forma, às 9 horas em ponto, durante uma semana, estávamos todos presentes nas instalações da CASAI e fomos apresentados aos técnicos deste ponto de atenção à saúde, enfermeiros, técnicos, antropólogo e liderança indígena.

Introduzindo-nos às explanações, o técnico de referência forneceu dados aproximados sobre o número de indígenas que eram assistidos na CASAI, cerca de 8.477 indígenas que, com a previsão de aumento de demanda, chegaria a 13 mil indígenas. Diariamente, de acordo com a gerente técnica, a CASAI atende entre 89 e 100 indígenas, entre usuários e acompanhantes.

Em linhas gerais, conforme expuseram os colaboradores nesse período de visitas acerca do funcionamento da CASAI, foi relatado também que, a CASAI é uma unidade estruturada pelo DSEI GUATOC vinculado à Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), composta por uma equipe multidisciplinar, instalações para alojamento e estrutura para auxílio em procedimentos simples de saúde (administração de medicação endovenosa, curativos por exemplo). Sua função e missão é prestar apoio aos usuários indígenas referenciados para serviços de média e alta complexidade na rede do SUS, no âmbito do estado do Pará. Assim, o acesso à CASAI está condicionado ao encaminhamento prévio desse usuário indígena pelos polos do DSEI GUATOC, mas há outros polos de outros DSEI do Pará que encaminham também seus usuários, por esta casa, visto que está localizada na capital.

A coordenadora da Casa do Índio expos na época que o espaço da CASAI é multiétnico e com ampla diversidade de etnias, como Tembés, Wai Wa, Kaxuyana, Gavião, Karajá, Guarani, Carajá, Mundurucus, entre outras etnias, os quais usufruem desse espaço. Em geral, os membros das etnias são mantidos em instalações próximas. Do instante em que o paciente é recebido no aeroporto ou rodoviária, proveniente de outras regiões do estado, a equipe CASAI presta assistência até estarem cumpridos os objetivos da permanência desse usuário. Em certos casos, a permanência se prolonga por três a quatro anos, sobretudo em tratamentos oncológicos.

Embora multidisciplinar, a CASAI Icoaraci não possuía médico há alguns anos, até a chegada do programa Mais Médico, como informado pela coordenadora; a equipe é composta por enfermeiros, técnicos, auxiliares de enfermagem e o corpo administrativo.

Acerca da saúde indígena propriamente dita, os técnicos foram unânimes ao pontuar que as unidades de atendimento a tais usuários necessitam de adaptações. A questão do espaço apropriado para instalação de redes, sobretudo, foi marcante, pois muitos indígenas jamais utilizaram camas, tampouco conseguem se adaptar. Entre outras particularidades pontuou-se a viabilização de contato com o pajé, a flexibilidade para horários e gênero do acompanhante do usuário indígena, bem como a adaptação de dietas diferenciadas para esses povos.

Uma vez explanadas as linhas gerais, a palavra foi passada à liderança Amanaié. A liderança não tardou a questionar em tom razoavelmente amistoso adotado pelos demais técnicos, sobre o orgulho das conquistas de seu povo a respeito da CASAI e, em sentido mais amplo, a SESAI, já que provinham do histórico de lutas dessas populações.

A ênfase na contribuição da liderança Amanaié foi a insuficiência das atuais políticas votadas à população indígena, face às reais necessidades. Atentando para a dívida histórica contraída por não-indígenas, chamou atenção à necessidade de respeito aos valores culturais, tradições e costumes. Com posicionamento fortemente crítico, destacou que “95%” da produção acadêmica atual, no que diz respeito a seu povo, é enviesada e furta o lugar de fala e o protagonismo do indígena. Defendeu, enfim, que o próprio movimento fosse mais ouvido; caso contrário, persistiria uma espécie de contradição performativa, embora “o não indígena” denuncie a opressão dos povos indígenas, foi a manifestação dessa liderança.

A respeito das tradições terapêuticas indígenas diante da medicina dos não indígenas, a liderança indígena explanou acerca que o contato com o homem branco prejudicou irreparavelmente os conhecimentos tradicionais, pois o acesso facilitado a medicações, por exemplo, dispensa a necessidade de que se utilize raízes de ervas, como preceituaria a tradição. Neste ponto, o líder divulgou projeto na própria CASAI de resgate e incentivo ao fortalecimento cultural, já que se trata da utilização de espaço nos fundos do terreno da unidade para cultivo de ervas medicinais, aproveitando a pluralidade étnica disponível.

Com a cooperação das várias etnias que passam pelo local, a tendência seria o cultivo de um mosaico variado de ervas, símbolo não apenas da forte e rica tradição da comunidade, mas da resistência à forte influência cultural do não-indígena. Sobre este assunto, o líder pontuou que o alto número de cesáreas interferiu diretamente na tradição de parto normal, com parteira, em tribos, já que as mulheres indígenas preferem realizar cirurgias e receber atendimento hospitalar. Haveria, aliás, em certas comunidades, a visão de que ostentar utensílios de brancos – como mamadeiras – é uma espécie de status. Pajés curandeiros e parteiras são cada vez mais escassos nesses espaços e precisam ter suas presenças fortalecidas, foi um desabafo da liderança.

Por último, a liderança indígena definiu a questão da saúde indígena como um grande desafio, diante de uma FUNAI que estava “sucateada” e do decrescente repasse de verbas federais, com comunidade desamparadas e dependente principalmente da SESAI para assistência. Todavia, reafirma-se atualmente, a previsão de mudanças significativas frente a atual conjuntura na FUNAI, da SESAI e da criação do Ministério do Povos Indígenas.

Encerradas as explicações dos técnicos do DSEI e da liderança, houve a condução para conhecer o alojamento dos indígenas. E por se aproximar do horário de almoço, a maioria se organizava no refeitório ou ao redor de fogueiras à carvão, assando carnes variadas. Roupas penduradas em varais se estendiam ao longo do estacionamento e do jardim.

Os quartos da CASAI pareciam pouco espaçosos para acomodar famílias numerosas. Mantimentos eram observados nas janelas dos aposentos e em alguns, visualizou-se televisores e rádios. Muitos indígenas, aliás, expunham aparelhos celulares. Em todos, os quartos havia espaço apropriado, nas paredes, para a instalação de numerosas redes.

Os indígenas da CASAI eram divididos por etnia, uma em cada bloco ficando cada membro junto aos seus “parentes”. Uma das técnicas de referência prossegue com o relato citando que as referências de alta e média complexidade eram ofertadas a partir das demandas da CASAI, desde a chegada do paciente e que a equipe devia estar no aguardo para prestar assistência.

A partir do momento que o usuário chega a CASAI fica totalmente sob a responsabilidade da direção da mesma, a equipe é dividida em assistência, posto de atendimento, equipe de encaminhamentos externos (que faz o acompanhamento do indígena diretamente ao hospital, clínicas e laboratórios), ou seja, quando um indígena necessita de uma consulta, o mesmo é acompanhado por um técnico de enfermagem (as vezes o indígena não fala português, não sabe explicar o que tem, então, um interprete também, os acompanha).

Reconhece-se que as questões abordadas nestas visitas, encontros e reuniões trouxeram reflexões para explorar as relações entre Estado e comunidades indígenas no âmbito do SUS. Assim, atrelado a esses encontros e reencontros, desenvolvi a dissertação de mestrado, em 2017, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia da Universidade Federal do Pará (PPGSAS/UFGPA), cujo título foi “Análise das ações e serviços voltados à saúde indígena nos planos regionais de redes de atenção à saúde do Pará: transversalidade ou equidade?” que demonstrou a insuficiência das gestões estadual e municipais no planejamento das RAS e implementação de ações e serviços que considerem os aspectos interculturais, antropológicos, sociais e de saúde desses povos.

Assim, as idas e vindas pelo DSEI GUATOC, pelo DSEI Rio Tapajós e Altamira (em momentos do apoio DAI/MS), a análise dos planejamentos das RAS no Pará provocaram o interesse em dar continuidade nos estudos da saúde indígena do Pará. Enquanto enfermeira e pesquisadora me trouxe a percepção de quanto esse tipo de pesquisa é necessária para analisar, investigar e aferir sobre como ocorrem a formulação de políticas, partindo de quais planejamentos e quais realidades são articulados.

Será que as políticas públicas são expressas a partir das necessidades dos gestores ou dos trabalhadores ou dos usuários indígenas? Ficou um questionamento para essa tríade de atores refletirem acerca de um acesso equânime e intercultural a saúde dos indígenas, ressignificando também, aspectos étnicos, culturais, sociais e antropológicos para “o fazer saúde” nesses territórios e que precisam ser alavancados pela gestão e governança em saúde indígena em tempos de pandemia.

1.2 Contextualização do cenário

De acordo com a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), o Brasil apresenta 305 etnias indígenas que falam 274 línguas e totalizam em média 897 mil indivíduos, distribuídos em todas as Unidades Federadas do País. Percebe-se que há uma diversidade cultural muito vasta. Conforme o Ministério da Saúde (MS), ao mesmo tempo em que é uma das maiores riquezas do nosso país, essa diversidade constitui-se em um grande desafio, tanto para a elaboração, quanto para a implementação de políticas públicas (Brasil, 2019).

A Política Nacional de Saúde aos Povos Indígenas (PNSPI) é considerada como uma relevante política à nível internacional. Nos termos da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), ela “[...] está enquadrada no contexto de importantes compromissos e iniciativas globais que reconhecem a necessidade de respeitar os direitos humanos dos membros de grupos étnicos e os sistemas de saúde para com esses grupos” (OPAS, 2017, p. 02). Indo além, tal política fomenta e reafirma a urgência de planejamento, implementação, pactuação e debates a respeito de ações e serviços que respondam aos aspectos interculturais desses povos, de modo equânime e com justiça social.

Isso de modo a compreender esses indivíduos como cidadãos de direitos e que necessitam de serviços que venham a promover a saúde, prevenir doenças, cuidar, tratar e reabilitar de maneira integral, equânime, mais, resolutiva e humana. No Brasil, existem 34 Distritos Sanitários Especial Indígena (DSEI). A divisão territorial de cada DSEI obedece a critérios como: população, área geográfica e perfil epidemiológico; suas modalidades de acesso aos serviços disponíveis tanto em nível local, quanto na rede regional do SUS; ainda conforme (Brasil, 2002a) e suas relações entre os diferentes povos indígenas e sua distribuição demográfica.

Este último é de extrema importância para entender o processo de atenção à saúde nas comunidades indígenas, pois, a distribuição demográfica tradicional não corresponde necessariamente aos limites de estados e municípios onde estão localizadas suas terras (Brasil, 2005a). Em 2002, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, foi estabelecida, objetivando garantir, a essa população, a efetivação do direito de atenção integral a saúde, conforme os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Neste sistema, contempla-se o respeito e o reconhecimento da diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política, como importantes fatores ao atendimento integral aos indígenas (Brasil, 2002a). Nessa atenção integral, estão consideradas o papel das esferas municipal, estadual e federal na oferta de uma atenção equânime, também prevista no subsistema de saúde indígena. Infelizmente, essas populações ainda sofrem as consequências dos vazios assistenciais na saúde e, de acordo com a OPAS (2017, p. 3), “[...] os dados disponíveis referentes a algumas populações indígenas mostram as desigualdades existentes em comparação com a população em geral”.

É relevante considerar que o atual modelo de atenção à saúde do Brasil ainda está focado na fragmentação episódica de resolver as condições agudas de doenças, o que acaba desorganizando a atenção, por pensar a saúde sem a articulação entre os diversos níveis de atenção. A pensar-se com Rodrigues (2017), é possível perceber que não existe uma conexão entre os pontos de atenção da atenção básica, média e alta complexidade.

Hoje, entretanto, todos compreendem que a saúde é política e socialmente determinada e que a construção do sistema de saúde [...] deve ter como base uma discussão profunda [...] que sistemas de saúde são estruturas dinâmicas e hiper complexas e que não podemos mais pensar a saúde sem considerar as profundas transformações estruturais pelas quais as sociedades estão passando em vários campos e dimensões, e que se expressam em seus sistemas de saúde (CONASS, 2014, p. 22).

A considerar essas questões complexas, é possível compreender como a transição demográfica; epidemiológica; a terceira transição referente ao padrão alimentar; quarta transição tecnológica, com incorporação tecnológica na medicina do futuro e a quinta transição organizacional das redes de atenção impactam atualmente nos indicadores de saúde do Brasil. Indubitavelmente e conforme o Conselho Nacional de Secretários de Saúde todas essas transições trouxeram consequências para o momento pandêmico que viveu o país (CONASS, 2014).

Dessa maneira, em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) oficializou o seu mais alto grau de alerta em relação ao novo vírus, classificando o Coronavírus como uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII). Segundo a OPAS (2021) essa classificação objetivou não apenas alertar as autoridades nacionais e internacionais para adoção de medidas de proteção, de isolamento. Sobretudo, ela visou gerar conscientização sobre os riscos da questão e promover solidariedade entre as nações para o enfrentamento dos desafios que foram impostos.

No Brasil, o primeiro caso oficial de Corona Vírus Disease 2019 (COVID-19) foi notificado em São Paulo, no dia 26 de fevereiro de 2020. Conforme o MS a notificação veio logo após a OMS ter decretado a emergência Internacional e a Comissão de Intergestores Tripartite (CIT) ter se reunido com os gestores das secretarias estaduais de saúde de todo o país, a fim de articular e pactuar planos e metas para conter o avanço da doença no território brasileiro (Brasil, 2020a).

Todavia, somente em 11 de março de 2020, a pandemia do novo Coronavírus foi decretada pelo diretor da OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, após a ocorrência de aproximadamente 118 mil casos, detectados em 114 países e o registro de 4.291 mortes oficiais (BBC News Brasil, 2020). A expansão abrupta da pandemia, no Brasil, levou o Sistema Único de Saúde (SUS) a uma atuação em limites ainda nunca vislumbrados, desde a sua criação pela Constituição Federal de 1988 e da criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Diante do novo cenário mundial, nacional e estadual, acometido pela nova variação do Coronavírus foi identificada como Coronavírus 2 da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS-Cov-2), que é responsável pela morbidade denominada COVID-19. Para a OPAS (2021b), com essa descoberta foi impossível a preocupação da sociedade e dos órgãos responsáveis no controle dessa morbidade e mortalidade que veio se alastrando pelo mundo e que chegou a 1,2 milhões de pessoas infectadas com COVID-19 nas Américas e cerca de 31.272 óbitos decorrentes do vírus (OPAS, 2021b).

Segundo a OPAS (2020a), foi alarmante o número de países que notificaram casos do COVID-19 entre os indígenas. Cerca de onze países apresentaram 120,5 mil casos confirmados, incluindo 2.639 óbitos até a data de 26 de agosto de 2020, havendo maior número de casos de morbidade e mortalidade na Colômbia e Equador, entre os povos indígenas (OPAS, 2020a).

Esse quadro apontou para as autoridades internacionais e nacionais que medidas precisavam ser planejadas e executadas com rigor, objetivando conter a propagação do vírus e o acometimento de mais indivíduos, com mortes e sequelas. E particularmente, entre os povos indígenas, pois são grupos que apresentam maiores vulnerabilidades, conforme afirma a OMS (2020) e a OPAS (2020a).

No Brasil, de acordo com o Informe Técnico nº 01 da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), de 16 de março de 2020, não havia registros de casos suspeitos ou confirmados de coronavírus entre os indígenas (Brasil, 2020a). Entretanto, a própria SESAI afirma que “entre as semanas epidemiológicas 1 a 23 de 2021, foram notificados no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena 19.945 casos, dos quais, 7.345 (36,8%) confirmados, 11.395 (57,1%) descartados, 369 (1,9%) excluídos e 836 (4,2%) suspeitos” (Brasil, 2021b, p. 02).

Porém, em setembro de 2020, por meio do Boletim Epidemiológico COVID-19 em Indígenas, a Secretaria de Saúde Pública do Estado do Pará (SESPA) apresentou um total de 4.833 casos confirmados para o COVID-19. Ademais, o boletim informa um total de 56 óbitos entre os habitantes dos 4 DSEI do Pará, além de indígenas não aldeados do estado. O maior percentual de acometidos pela morbidade aqui apresentada estava entre a faixa etária de 29 a 49 anos, sendo que o maior número de casos de óbitos por COVID-19 foi confirmado entre as faixas etárias de 50 anos a maiores de 70 anos, com 46 casos (Pará, 2020).

Entre os povos do Pará, cerca de 45,12% foram vacinados na 1ª fase apenas 28,51% indígenas vacinados na 2ª fase, até 30/03/2021, conforme aponta o vacinômetro da SESPA. A prosseguir nessa discussão, é relevante ressaltar que existe uma população de cerca 35.816 mil indígenas no Pará, residentes em terras indígenas, de acordo com o censo de 2010 (IBGE, 2010). Frente a isso, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2021, restam mais de 50% de indígenas a serem vacinados.

Vale ressaltar que, por meio do Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI), cada DSEI possui uma instância de governança e deliberação das políticas a serem implementadas nos distritos. Esses últimos representam o espaço de governança para discussão da saúde indígena, com a presença de representantes dos usuários (indígenas), trabalhadores e gestores. Desse modo, a atenção à saúde aos indígenas deve também ser ofertada pelos municípios e estado, através da média e alta complexidade, definida pelo SUS. Tal necessidade reforçou a necessidade de participação das demais esferas frente a conjuntura da pandemia, a partir dos casos confirmados e dos óbitos notificados por COVID-19 entre os povos indígenas do Estado do Pará.

Portanto, urge uma análise sobre planejamento e implementação da saúde em tempos de pandemia pelo COVID-19 para os povos indígenas do Pará, considerando as ações e serviços ofertadas pelas três esferas de governo. Ainda, é mister uma análise dos processos envolvidos nos planejamentos e implementações do Planos de Contingência para o COVID-19 junto aos DSEI no estado, junto aos municípios, junto a SESPA e a SESAI. Em face dessas questões e visando reconhecer esses aspectos afetos ao COVID-19 na saúde dos povos em tela, torna-se imprescindível compreender como ocorreu os debates nos espaços deliberativos do CONDISI.

Para tanto, foi necessário o uso das interpretações e análises da ontologia política, da teoria foucaultiana do poder, a descolonização epistêmica¹ e da micropolítica do trabalho, gestão e cuidado em saúde, baseados nos expressivos teóricos como Michel Foucault, Boaventura de Sousa Santos, Raynaut, Gusdorf, Mallarino, Peleias *et al.*, Mehry, Goulart, Simonian, entre outros.

Segundo Almeida:

[...] duas noções recorrentes: ontologia e política conceitual. O entrelaçamento delas permitirá Deleuze, ao lado de Félix Guattari, desenvolver uma abordagem distinta da política. Um dos seus eixos de análise reside nas alterações qualitativas nas identidades individuais e coletivas inscritas no domínio público da política. Operam uma contraposição entre a política materializada nos espaços políticos institucionalizados e aquela que se desenvolve a partir dos movimentos minoritários que atravessam – e compõem – indivíduos e coletividades (Almeida, 2018, p. 102).

Considerando a conjuntura política atual entre os indígenas e a existência de uma definição dos territórios da saúde definidos para atender a população indígena no Pará, é possível vislumbrar uma resposta no uso de ontologias políticas diferentes, que compreenda municípios e estados, conforme está previsto na Lei Sérgio Arouca e conforme o Decreto 7.508/2010 que versa sobre o acesso e resolutividade em tempo real e oportuno a todos os municípios, inclusive aos indígenas.

Pelo tanto, insta uma investigação para a compreensão de dois pontos: 1) como foi o processo de planejamento e implementação dos Planos de Contingência contra a COVID-19 para os 4 DSEI do Pará? 2) como as instâncias do CONDISI dos 4 DSEI se articularam nesse período, em prol de realizar o enfrentamento desse agravo junto a SESAI e demais esferas?

A tese central desta pesquisa girou em torno das dificuldades existentes nos processos de planejamentos e implementações de ações e serviços voltados à saúde indígena, e devido aos dados notificados pela SESAI, que demonstram casos e óbitos por COVID-19 entre os povos indígenas. Isso reflete relevantes indicadores de morbimortalidade que foram estudados.

¹ A importância da descolonização da saúde, fundamentada no referencial teórico das epistemologias do Sul de Boaventura de Sousa Santos, aponta para uma ecologia de cuidados a ser produzida no campo da saúde coletiva, abordando saúde e doença, sofrimento e cura, agravo e cuidado por formas de luta que emergem no enfrentamento das dinâmicas capitalista colonialista e patriarcal (Nunes; Louvison, 2020, p. 01).

Há de se considerar que o Estado possui uma parcela importante de responsabilidade nas transformações que precisam ocorrer seja na atenção a esses povos, nas mudanças da academia para uma formação intercultural, antropológica e pluridiversas, bem como nos serviços. Apesar disso, o Estado tem se mostrado inoperante à essa população, já que esta continua à espera de políticas públicas indigenistas reais, que alcancem a todas as etnias.

De tal modo e com base em Simonian (2005), é importante que não haja fragmentação na implementação de ações e estratégias em saúde para esses povos, posto que, muitas vezes, essa fragmentação produz contrapontos em relação as próprias necessidades dessas populações.

Como hipótese auxiliar, considera-se que, apesar da constituição de 1988, das legislações e portarias enfatizarem o papel da participação social das lideranças indígenas na formulação de políticas, ainda há aspectos de participação negados à essas populações em outras legislações. O raciocínio se justifica porque, nos processos de governança, essas outras legislações garantem apenas a participação dos gestores. É o que ocorre desde o pacto pela saúde em 2006, com os Colegiados de Gestão Regional (CGR) até os dias atuais.

Lógica essa reiterada pelo decreto 7.508/2011, que regulamenta a lei de nº 8.080/1990, com as Comissões Intergestores Regional (CIR), as quais se constituem em espaços de governança, responsáveis pelas pactuações, deliberações e articulações para formulação e implementação de políticas regionalizadas no SUS. E que afetam diretamente as populações indígenas, visto que estas estão presentes no desenho regional de todo estado.

Nas palavras de Oliveira; Aquino; Monteiro (2012, p. 70), a implementação de uma saúde indígena posta nas legislações com base nas grandes lutas desses povos se constitui no diálogo entre a Medicina ocidental e a Medicina indígena, com a intercessão de “[...] dois procedimentos de cura, a partir da interdisciplinaridade e da flexibilização das concepções iniciais de ambos os lados”. Nesse intuito, Rodrigues (2017) enfatiza a compreensão do aspecto da interculturalidade que permeia esses povos, reconhecendo suas ancestralidades e a importância dessas duas medicinas caminharem juntas nos planejamentos e implementações das ações e serviços aos povos indígenas.

1.3 Objetivos da pesquisa

O objetivo geral desta pesquisa foi analisar os processos de planejamentos e implementações de ações e serviços voltados à saúde indígena, nesse período de pandemia pelo COVID-19. Para tanto, foi considerado a existência de macro e micropoderes envolvidos nas relações entre usuários, trabalhadores, gestores da saúde indígena e do SUS, bem como os planos de contingência de enfrentamento ao COVID-19 do Estado do Pará e dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, junto aos povos indígenas do Estado do Pará.

Os objetivos específicos foram identificar se as ações e serviços implementados, a começar pelos planos de contingência para as populações dos DSEI, foram frutos das pactuações e consensos dos Conselhos Distrital de Saúde Indígena.

Ainda, pesquisar as relações de gestão em saúde e na micropolítica do processo de trabalho e da gestão em saúde ocorridas nas reuniões do CONDISI e na Comissões Intergestores Regional (CIR). E examinar o percentual de vacinação contra o Covid-19 realizado nos usuários indígenas dos quatro DSEI do Pará, bem como as taxas de morbidade e mortalidade por esse agravo.

2 METODOLOGIA

2.1 A Produção do Conhecimento Interdisciplinar para o Estudo

Ao se tratar a importância da interdisciplinaridade como debate entre diversos acadêmicos da Filosofia, da Sociologia e demais áreas, é possível verificar os avanços que se deram ao longo da história. Dessa maneira, Gusdorf (1977, p. 580) vem enfatizar que a interdisciplinaridade “[...] aparece como uma panaceia epistemológica chamada a curar todos os males que afetam a consciência científica de nosso tempo”.

Frente ao debate acima, Martins, Soldá e Pereira (2014) trazem reflexões diversas acerca do processo histórico da interdisciplinaridade, a fim de encontrar respostas para alcançar a sua contextualização desde a Grécia Antiga até a Ciência moderna para o entendimento da evolução da ciência. De acordo com esses autores, a interdisciplinaridade “[...] surge em meados do século XX, com a Ciência Moderna” (Martins; Soldá; Pereira, 2014, p. 3). Todavia e ainda de acordo com Martins, Soldá e Pereira (2014, p. 3), foi a partir do século XV que essa mesma ciência sofre “[...] diversas mudanças em seus paradigmas e na sua estrutura o que resulta em uma explosão de novos conhecimentos, novas práticas e técnicas de pesquisa”.

No entendimento de Gusdorf (1977), a história da interdisciplinaridade aponta respostas de que os marcos antigos traduzem sobre essa temática a luz de uma unicidade de conhecimento epistemológica. Nos tempos atuais, isso provoca uma reafirmação da necessidade de integração traduzida pela interdisciplinaridade. Por seu turno, isso indica um futuro duradouro comedido numa ciência mais totalitária, anteriormente esquecida.

Assim, Raynaut (2014) faz um percurso histórico sobre os grandes avanços da ciência a partir da junção de diversas áreas, como: a matemática, a engenharia e outras áreas. Lembra também, acerca da criação de especialistas navais para a descoberta do Brasil, sistematizados nos conhecimentos de cartógrafos, marinheiros, astrônomos, ou seja, foram muitas as habilidades e competências que diversas áreas proporcionam em 1500, uma prática interdisciplinar. E convida-se na atualidade para se pensar e implementar a interdisciplinaridade no enfoque da saúde indígena.

No século XX, mais precisamente nos anos de 1970, inicia-se um movimento para fomento da interdisciplinaridade por cientistas e acadêmicos europeus. Segundo Mallarino (2011), esse esforço visou superar a fragmentação excessiva do conhecimento e assim, resolver os problemas complexos da humanidade, por meio da integração dos conhecimentos. Nesse sentido e, ao considerar-se a tarefa das pesquisas acadêmicas em responder as necessidades da sociedade, é possível realizar uma reflexão breve sobre o papel da interdisciplinaridade para a produção de conhecimento baseado em diversos saberes. Isso de maneira a contrapor a fragmentação vivenciada em diversos setores e, mais precisamente, na saúde indígena.

Diante disso, Raynaut (2014, p. 2) defende “[...] a necessidade de se repensar um recorte disciplinar [...]” na formação e na pesquisa, a fim de revelar a premência de uma abordagem integrada e interdisciplinar para a resolução de problemas complexos que hoje alcançam os povos indígenas. Hoje, é possível visualizar os desafios que a saúde indígena enfrenta para ofertar uma atenção à saúde holística e equânime, pois de fato existe um abismo enorme na formação dos profissionais que atuam na assistência e nos processos de gestão, planejamento e governança.

Nessa direção, ressalta-se que, segundo Brasil (2002), os aspectos étnicos, culturais, sociais e antropológicos são desconsiderados. Realidade que fragiliza a assistência integral prevista na Política Nacional de Saúde dos Povos Indígenas, conforme o Ministério da Saúde propõe. Portanto, o objetivo da interdisciplinaridade é, também, aprofundar o diálogo sobre diversas concepções de mundo e refletir como elas podem responder aos problemas enfrentados atualmente pela saúde indígena.

Por conseguinte, buscar possibilidades para desenvolver pesquisas interdisciplinares de maneira a contemplar os povos indígenas, os quais requerem um diálogo estreito entre os diversos saberes. Isso pode ser consolidado com métodos que fortaleçam a compreensão de fatos sociais (Bruyner; Herman; Schoutheete, 1991). Desse modo, percebe-se que os desafios hoje encontrados são mais complexos e Raynaut (2014) traz um questionamento de como encontrar resolução para os problemas por meio da necessidade de unir saberes e experiências, cada vez mais fragmentados e mais complexos.

De fato, é preciso identificar os métodos ideais para apreensão e investigação dos desafios enfrentados por esses povos, em busca de uma saúde indígena equilibrada. Visualiza-se na academia, e mais precisamente nos cursos da saúde, nas residências multidisciplinares e interdisciplinares, que esses espaços não alcançam os objetivos propostos de resolução dos problemas a partir da articulação dos saberes diversos (Peleias *et al.*, 2011). Nos termos de Gelbcke, Matus e Sallum (2012), isso tem impactado fortemente na atenção integral e intercultural aos povos indígenas. É necessário a intercessão com as ciências sociais e antropológicas.

A busca é incessante pela interdisciplinaridade, já que essa fomenta uma práxis nova, pautada nos saberes coletivos para transformar a experiência concreta numa totalidade. Esse argumento encontra respaldo na discussão proposta por Martins, Soldá e Pereira (2014), ao apontar que a realidade de vida do indígena deve reforçar o conhecimento científico a partir de um todo de múltiplas relações. Essas permitem, por sua vez, a construção da emancipação e fortalecimento identitário.

Ainda, cabe à academia implementar processos metodológicos articulados com os processos da saúde indígena, visto que serão gestores, técnicos e trabalhadores que irão planejar e implementar a política indígena na saúde. Isso fomenta nesses outros atores “[...] condições de pesquisar, de opinar e decidir juntos” com os povos indígenas (Martins, Soldá, Pereira, 2014, p. 11), a partir da compreensão de “[...] conteúdos em diversas dimensões: política, social, produtiva, econômica, técnica [...]”, que dialogam com Martins, Soldá e Pereira (2014, p. 12), numa lógica do fazer interdisciplinar.

Por sua vez, Gusdorf (1977) reitera que o tema da interdisciplinaridade evoca uma figura espacial diferente, pois não se trata somente de justaposição dos conhecimentos. Nesta direção, conta também compartilhar esses saberes para que ambos os envolvidos no processo de construção e transformação possam reconhecer e ressignificar seus limites e suas fronteiras entre as disciplinas. Como posto por Pinto, Simonian e Monteiro (2015, p. 451), há de se contar “[...] com o reforço de outras áreas do conhecimento para alcançar uma prática interdisciplinar em análise de um fenômeno complexo”.

Essa intercessão entre as disciplinas provoca a possibilidade de diálogo entre as partes interessadas. Tal amplitude proporciona uma lógica que pode recuperar a ideia de *Universitas scientiarum* é o que afirma Gusdorf (1977). Pode-se dizer que nessa perspectiva, o isolamento das disciplinas reforça, também o isolamento das metodologias, o que para Gusdorf (1977) é o peso do rigor embotado na ciência, que se torna engessada e impotente. E mais, é possível dizer que essa ciência desdobra, por sua vez em um conhecimento limitado, levando a uma solidão paradoxal.

Existe a necessidade da “[...] criação de estratégias nas disciplinas científicas através de procedimentos de produção de conhecimento. Isso se refere ao objeto, ao método e ao objetivo de cada disciplina, ao estágio da história da ciência [...]” de acordo com Pinto, Simonian e Monteiro (2015, p. 253). Neste ponto, Pinto, Simonian e Monteiro (2015) salientam que os problemas vivenciados atualmente pelos indígenas na saúde são de uma diversidade enorme e requerem a intercessão entre o sujeito e o objeto a partir de duas leituras: a ontológica e a linguística.

Ademais, Peleias et al. (2011, p. 502) reforçam que a necessidade de estudos pautados na interdisciplinaridade, voltados para a busca de respostas acerca da “[...] necessidade de superação da visão fragmentada nos processos de produção e socialização do conhecimento. Pois, é um movimento que caminha para novas formas de organização e socialização do conhecimento em todas as esferas sociais [...]”.

Na análise de Raynaut (2014, p. 8), “[...] a complexificação e a hibridação da realidade contemporânea, torna-se cada vez mais evidente que as dimensões humanas e materiais dos problemas aos quais a ciência enfrenta [...]”. Também, necessitam se integrar para resolução desses problemas, seja na área ambiental, infraestrutura, educação, saúde e outras. Todas essas precisam integrar-se em prol do coletivo.

De fato, ao visualizar-se a fragmentação entre as ciências doravante uma lógica tão discutida por Gusdorf (1977), onde ele aponta que a interdisciplinaridade precisa ser vista como uma diretriz da vida intelectual contemporânea. Essa implementação ainda está mal definida na academia, nas instituições e serviços envolvidos da saúde indígena, pois por diversas vezes, lança mão dessa temática como discurso superficial. Sem grande impacto na práxis, segundo Peleias *et al.* (2011), pois utiliza-a apenas como um slogan de debate, não repercutindo na transformação do cotidiano real do “fazer” na saúde indígena.

Assim, é preciso a pluralidade de espaços, tempos e a multiplicidade de possibilidades para o ser humano se compreender enquanto ser epistemológico e com respeito às diferenças e descontinuidades entre os intervalos das disciplinas (Gusdorf, 1977). Aliás, isso deve ser aplicado a diversas áreas, de modo a alcançar esse ser epistemológico. No centro de tais debates teóricos e práticos, Marinho e Pontes (2017, p. 1) advertem que a “[...] sociodiversidade das populações da América Latina está presente nos mais variados registros históricos e datam do início da ocupação europeia, há mais de cinco séculos [...]”. No entanto, o reconhecimento multiétnico das sociedades que habitam o continente é recente.

No Brasil (2002), é oficializado a partir da Carta Magna de 1988, junto com as legislações e políticas voltados à saúde indígena, o que traduz aproximadamente três décadas. Ressalta-se, assim, que desde a criação do Sistema Único de Saúde, tem-se a necessidade de uma visão interdisciplinar acerca da saúde indígena. Porém, conforme Peleias *et al.* (2011) afirma a sociedade se depara com uma lógica desconectada nas disciplinas, que não reconhece as diferenças e descontinuidades entre os intervalos e sobretudo – o ser indígena como ser epistemológico.

Como posto por Gusdorf (1977, p. 600), a interdisciplinaridade está longe desse processo de compreensão, pois existe uma sistemática que ainda se perpetua até hoje, que é o “[...] egocentrismo ocidental do intelectualismo triunfante”. À vista disso, as residências em saúde interdisciplinares e multidisciplinares não conseguem sair do slogan para a práxis. E continuam, conforme Peleias *et al.* (2011), a serem fragmentadas, pautadas ainda nas especialidades e não no pluralismo, o que é contraditório na reformulação da universidade para transformação da realidade.

Para Teixeira e Silva (2013, p. 47), a saúde indígena está posta de modo aprofundado nos programas de antropologia e essa por sua vez está “[...] presente de [modo] transversal nos encontros científicos e na [modalidade] de classificação das pesquisas nos bancos de dados da Capes, nas instituições de pesquisa em saúde pública”. Dessa maneira, Vidal (2020, p. 9) vem reafirmar a necessidade de aprofundar alguns pressupostos epistemológicos acerca da interdisciplinaridade para compreensão e implementação da saúde indígena. Ademais, o mesmo Vidal (2020) enfatiza a necessidade de pensar numa lógica de superar os problemas complexos e que teorias explicam esses fenômenos.

A prosseguir nessa análise, este autor traz a contribuição importante da teoria dos sistemas, pois essa “[...] investiga os processos de seleção e decisão, bem como o programa de objetivos que coloca um sistema dentro dos limites de sua autonomia para reduzir a complexidade do entorno” (Vidal, 2020, p. 9). Assim, há de se compreender a relevância da interdisciplinaridade como resposta a essa complexidade que é a saúde indígena.

A rigor, os achados desse estudo irão corroborar para responder sobre a governança em saúde, pois esta estará relacionada com as necessidades de saúde desses povos, atualmente tão vulneráveis. Ademais, irão reiterar as afirmações de Gelbcke, Matos e Sallum (2012, p. 34), acerca da necessidade “[...] dos vários olhares dos profissionais, inclusive para atender ao que preconiza o Sistema Único de Saúde, ao apontar a integralidade como um dos pilares de sustentação da atenção à saúde”.

Por tudo isso, é importante ressaltar que na atual conjuntura, serão necessários diversos saberes, mais precisamente da multi e interdisciplinaridade dos profissionais da saúde e áreas afins. Mas principalmente e de acordo com Simonian (2018), das lideranças comunitárias indígenas e não indígenas para mobilização da sociedade frente ao grande paradigma que precisa ser implementado para o “fazer e o produzir saúde indígena”, a partir de propostas políticas, econômicas, sociais e ambientais.

2.2 Procedimentos Metodológicos

Para a condução desse projeto, adotou-se estudo misto, com uso de uma bibliografia especializada voltada à governança em saúde indígena, à pandemia pela Covid-19 e à interdisciplinaridade, com documentação histórica, normatizações e artigos científicos (Malterud, 2016). Os destaques dessa produção estarão direcionados para os textos que versam sobre a regionalização, planejamento, micropolítica da gestão em saúde, saúde indígena, interdisciplinaridade, impactos da COVID-19 e redes de atenção. Assim, optou-se por consolidar a pesquisa via interdisciplinaridade, já que Raynaut (2014) enfatiza a relevância dessa possibilidade metodológica a fim de trilhar o entrelace e conexões entre diversas ciências e experiências.

Conforme Freitas, Morin e Nicolescu (1994, p. 2), a intenção desse estudo foi “[...] o reconhecimento da existência de diferentes níveis de realidade, regido por lógicas diferentes”. Em outras palavras, é a partir de diferentes saberes e abordagens para a construção das sobreposições possíveis e imagináveis que a transdisciplinaridade e a interdisciplinaridade oferecem possibilidades de resoluções de problemas complexos à sociedade (Freitas; Morin; Nicolescu, 1994).

Bruyner; Herman; Schoutheete, (1991) enfatiza, que o meio analítico na qual se baseiam as ciências sociais está envolvido pelo “[...] concreto e o abstrato ao mesmo tempo. Ele não é física e espacialmente distinto, mas pode incluir certos traços concretos. É essencialmente abstrato na medida que repousa sobre conceitos ou categorias teóricas não diretamente operacionalizáveis” (Bruyner; Herman; Schoutheete, 1991, p. 185). Portanto, compreender esses processos envolvidos entre o abstrato e o concreto que permeiam a saúde indígena se faz necessário a partir das ciências sociais.

Em face dessas considerações, Bruyner; Herman; Schoutheete (1991, p. 136) apresenta que a:

[...] característica própria do quadro de referência positivista nas ciências sociais é a pesquisa através da observação de dados da experiência, das leis gerais que regem os fenômenos sociais. A constância ou a regularidade dos fenômenos constatados leva a generalizar a partir deles, isto é, a formular leis positivas. A posição epistemológica de base do positivismo é a recusa da apreensão imediata da realidade, da compreensão subjetiva dos fenômenos, da pesquisa intuitiva de suas essências [...] com efeito em Sociologia é preciso explicar os fenômenos que ocorrem no todo pelas próprias características do todo, o complexo pelo complexo, os fatos sociais pela sociedade (Bruyner; Herman; Schoutheete, 1991, p. 136).

Desse modo, o postulado de Lévi-Strauss (1976, p. 29) salienta que há “[...] entre a magia e a ciência, a diferença primordial [...], um determinismo global e integral, enquanto a outra opera distinguindo níveis, dos quais apenas admitem formas de determinismo”. Ou seja, a percepção de que existem de fato esses níveis que admitem maneiras de determinismos tidas como implicáveis a outros níveis é um grande desafio subjetivo e concreto, ao mesmo tempo.

Ainda para Lévi-Strauss (1976, p. 34), “Em lugar de opor magia e ciência, melhor seria colocá-las em paralelo, como duas formas de conhecimento, desiguais quanto aos resultados teóricos e práticos”. As afirmações do autor acima, reforçam que o modelo biomédico afeta diretamente a governança e implementação de políticas para os indígenas ao não considerar os saberes místicos desses povos.

Também, a reflexão acima corrobora para considerar o método hipotético-dedutivo aliado a dialética para responder a realidade desta pesquisa científica. A respeito, Bruyner; Herman; Schoutheete (1991, p. 89) propõe que o método hipotético-dedutivo desenvolve a “[...] hipótese na presença de fenômenos e presume-se que ela permitirá reencontrá-los como consequências (nível de hipótese), em seguida, outras consequências possíveis serão derivadas e confrontadas com os fatos disponíveis (dedução)”.

Já a dialética traz o enfoque de que a governança em saúde requer quando se pensa nos aspectos interdisciplinares, interculturais, nas relações de poder e governança, que entrelaçam esse meio. Assim, considera-se com Bruyner; Herman; Schoutheete (1991, p. 72), que o “[...] método dialético se esforça por descobrir eventuais contradições nos próprios fatos que ele estuda, é na prática da própria dialética que será necessário procurar o critério da verdade científica”.

Assim, é necessário que se compreenda o paradoxo entre a ciência e o pensamento selvagem, por meio da reflexão acerca das soluções e estratégias que são de origens diferentes. Mas que podem caminhar juntas via “[...] pensamento científico [...] não meramente de estádios desiguais do desenvolvimento do espírito humano, mas de 2 níveis estratégicos, onde a natureza se deixa atacar pelo conhecimento científico” (Lévi-Strauss, 1976, p. 36).

Dessa maneira, ainda com base em Lévi-Strauss (1976, p. 36), pode-se ter essa junção tão necessária para os problemas que essa sociedade viva nos tempos atuais, atrelada a um arcabouço de saberes onde a percepção e a imaginação caminhem juntas e onde as relações entre esses saberes consigam se entrelaçar por uma ciência, seja ela neolítica ou moderna.

2.2.1 Método do estudo

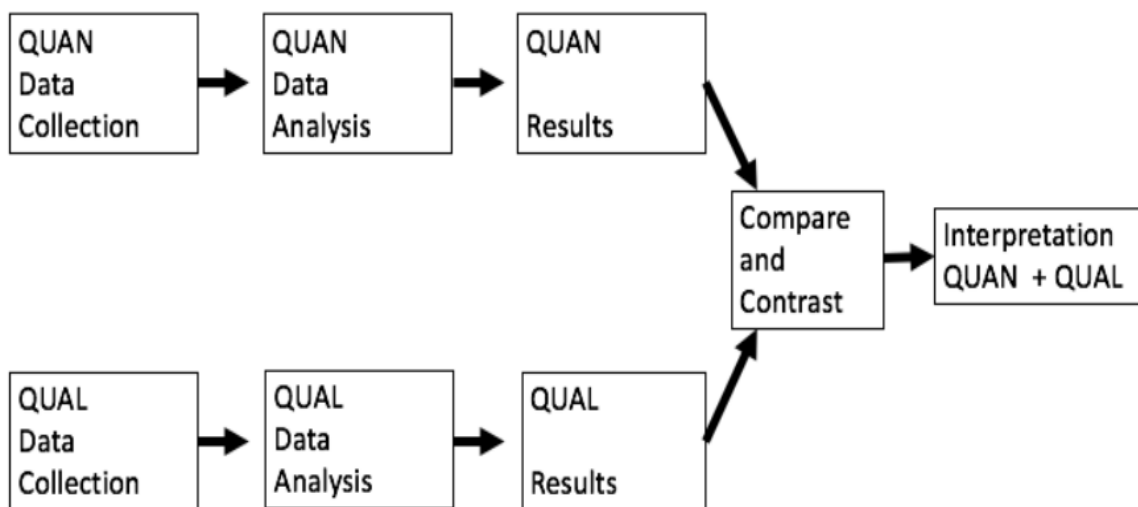
A pensar um estudo com uma interface para compreensão das pactuações e articulações que ocorrem entre os povos indígenas, fez-se necessário mergulhar por questões afetas as ciências sociais e por isso, Bauer e Gaskell enfatizam que há na

[...] cobertura adequada dos acontecimentos sociais muitos métodos e dados: um pluralismo metodológico se origina como uma necessidade metodológica. A investigação da ação empírica exige a observação sistemática dos acontecimentos; inferir os sentidos desses acontecimentos das (auto)observações dos atores e dos expectadores exige b) técnicas de entrevista; e a interpretação dos vestígios materiais que foram deixados pelos autores e espectadores exige uma c) análise sistemática [...]” (Bauer; Gaskell, 2008, p. 18-19).

A prosseguir nessa discussão, e por se tratar de uma abordagem qualitativa e quantitativa, permitiu-se obter uma análise mais ampla das realidades envoltas a saúde indígena, das implicações da pandemia do Covid-19 e das políticas implementadas. Esse tipo de pesquisa produz a interface com instrumentos de intervenção social. Daí, a pesquisa social ter sido eleita para essa compreensão, pois conforme Bauer e Gaskell (2008, p. 20), “[...] apoia-se em dados sociais – dados sobre o mundo social - que são o resultado, e são construídos no processo de comunicação”.

Nesse sentido, a tese requereu uma abordagem de investigação com métodos mistos, que associou as modalidades qualitativas e quantitativas. A partir da coleta e análise dos dois tipos de dados. Envolvendo a utilização das duas abordagens pareadas, de modo a construir um diálogo entre eles para interpretação dos resultados e testagem das hipóteses (Creswell; Clark, 2013), conforme Ilustração 1 a seguir:

Ilustração 1 - Sistemática dos Métodos Mistos segundo Creswell e Clark



Fonte: Adaptado a partir de Creswell; Clark (2013).

Creswell e Clark (2013, p. 24) ainda ponderam que os métodos mistos possibilitam sua aplicabilidade nas ciências sociais e, na área da saúde, afirmam que “a maior parte dos problemas da área de conteúdo podem ser tratados usando métodos mistos”, pois esses se adequam a diferentes problemas de pesquisa. Como a problemática de pesquisa dessa tese foi complexa, requereu assim, essa combinação “mista”.

Nos termos de Bruyner; Herman; Schoutheete (1991, p. 104), o “[...] método que legitima a teorização a posteriori [...] é qualificado de instrumento, o que é qualificado de indutivo: método para descobrir os princípios gerais a partir dos fatos particulares [...]” que foram implícitos e explícitos nas questões de pesquisa, pois “definir as questões da pesquisa é provavelmente o passo mais importante a ser considerado em um estudo de pesquisa” (Yin, 2001, p. 26).

Entretanto, Yin (2021, p.26) também ressalta que os métodos podem se sobrepor e a partir disso haver a necessidade de buscar “uma estratégia em particular independentemente da questão do estudo” (Yin, 2001, p. 27).

Nesse sentido, partindo da necessidade que a pesquisa requereu também, o método quantitativo com vistas a realizar a análise dos dados epidemiológicos de morbimortalidade pelo Covid-19 e as coberturas vacinais dos DSEI para fundamentar o impacto dos planos de contingência. Dessa maneira, foram importantes os métodos mistos que para Silva (2015) o olhar ontológico “desafia a tendência difundida de reificar coisas sociais [como as instituições] e a atribuir a suas causas uma essência que então determina tanto suas outras propriedades como suas consequências” (Silva, 2015, p. 116), provocando o entrelace entre a abordagem qualitativa e quantitativa.

A afirmação de Silva (2015, p. 116) reitera a pertinência da tríade entre as entrevistas nos DSEI, a pesquisa documental dos planos de contingência e os dados estatísticos, que se correlacionam e se sobrepõem no intuito de compreender as relações de micropoderes existentes nesse processo de planejamento e implementação durante a pandemia, como também verificar os impactos do governo exercido na saúde indígena através de métodos plurais ou mistos, que “reconstroem o debate entre pesquisa qualitativa e quantitativa para justificar” os métodos eleitos.

A conjuntura política pela qual passa o Brasil, especificamente a saúde indígena levou a busca de uma nova estratégia no percurso da pesquisa, que foi a retirada da etnografia na pesquisa de campo e a troca dos presidentes dos CONDISI pelos secretários executivos nas entrevistas semiestruturadas. Esta atual conjuntura da política indígena que está acontecendo no Brasil, reflete também, nos DSEI do Pará, com a mudança da gestão federal, nomeação da nova ministra da saúde, mudanças na SESAI e na FUNAI, pois nessa transição todos os 34 coordenadores dos DSEI foram exonerados, encontrando-se o DSEI GUATOC e Kaiapó do Pará ainda com coordenadores interinos.

Houve a exoneração de diversos técnicos desses DSEI e técnicos efetivos que foram transferidos para outros estados (por motivos pessoais). Esses técnicos foram importantes no processo de articulação da pesquisa e não estão mais presentes nesses DSEI. Outro fato importante, nos termos do Brasil foi a posse dos novos integrantes no Fórum dos Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena (FPCONDISI) em abril de 2023, que gerou diversas agendas onde os demais presidentes do CONDISI estavam envolvidos, além do novo Ministério dos Povos Indígenas (MPI) criado pelo Presidente da República Luiz Inácio Lula da Silva no início de 2023 (Brasil, 2023).

2.2.2 Técnicas de coleta de dados

A partir-se das premissas de Yin (2001), Bardin (2011); Sá-Silva; Almeida; Guindani (2009), Cellard (2008), Lima; Almeida; Lima (1999), Silva (2015) e Gil (2002), pretendeu-se, portanto, realizar uma pesquisa qualitativa descritiva-exploratória, pautada nas entrevistas semiestruturadas, na análise documental e dados epidemiológicos para responder ao seguinte questionamento: com ocorreram os planejamentos implementados em tempos de pandemia pelo Covid-19? Pretende-se, portanto, realizar a pesquisa descritiva, pois esta é

primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis [...] vão além da simples identificação da existência de relações entre variáveis, e pretendem determinar a natureza dessa relação (Gil, 2002, p. 42).

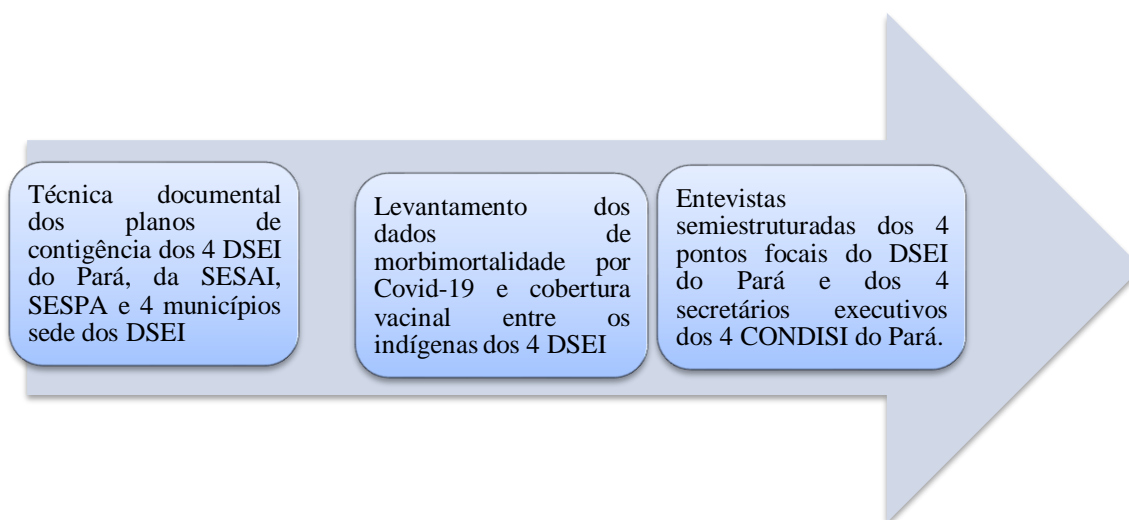
A pesquisa exploratória tornou-se relevante para levantar informações, compreender como ocorreram os planejamentos, as implementações e as articulações em prol do acesso as ações e serviços, no período de pandemia Covid-19 (Souza *et al.*, 2019).

A partir de um estudo contemporâneo, com técnicas utilizadas em pesquisas históricas, como as entrevistas, que possibilitou uma variedade de evidências (Yin, 2001) juntamente com a análise documental e o levantamento de dados estatísticos, conforme Ilustração 2.

Diante de reconhecer os planejamentos para saúde indígena durante a pandemia pelo Covid-19 dos quatro DSEI do Pará e sua interface com os demais planos de contingência nacional e planos de contingência do estado e dos municípios das sedes dos DSEI foi necessário aplicar a técnica ou método documental, que segundo Sá-Silva, Almeida, Guindani (2009) também, é considerada um tipo de pesquisa e um tipo de análise.

Vale ponderar que através da técnica documental foi possível “construir um corpus satisfatório, esgotar todas as pistas capazes de lhe fornece informações interessantes” (Cellard, 2008, p. 298) para fundamentar as informações trazidas nas entrevistas e nos dados estatísticos. Já que os planos de contingência são fontes primárias e assim considerados “dados originais, a partir dos quais se tem uma relação direta com os fatos a serem analisados, ou seja, é o pesquisador que analisa” conforme afirma Sá-Silva, Almeida, Guindani (2009, p. 06).

Ilustração 2 - Técnicas de coleta de dados em três etapas



Fonte: Elaborada pela autora.

É pertinente evidenciar que para Santos Filho e Gamboa (2000), o enfoque quantitativo utiliza-se da coleta de dados foi para testar hipóteses baseando-se na medição numérica e na análise estatística para estabelecer padrões e comprovar teorias. Os dados, por sua vez, são extraídos por observação, medição e documentação de medições, no caso de estudos anteriores ou dados secundários, pois podem ser testados e ajustados. Essa etapa ocorreu no segundo semestre de 2023, após 17 meses de solicitações junto a SESAI e DSEI.

Souza *et al.* (2019) ressalta que estudos epidemiológicos são necessários para demonstrar a frequência de determinada doença em uma população específica, sua distribuição por faixa etária e correlação com outras variáveis. A análise deste estudo começa a partir dos dados numéricos. Estes são transferidos para uma matriz, que é analisada mediante procedimentos estatísticos. Os dados são representados em formato de números que foram analisados estatisticamente, com a descrição das variáveis e explicação das mudanças e movimentos, conforme ratifica Doria Filho (1999). Esse momento ocorre durante o segundo semestre de 2023.

Lima; Almeida, Lima (1999, p. 131) consideram a entrevista essencial à pesquisa qualitativa, pois nessa “fase se estabelecem relações de intersubjetividade, das quais resulta o confronto da realidade concreta com os pressupostos teóricos da pesquisa”. Nestes termos, sua relevância, pautada em entrevistas semiestruturadas são reiteradas também, por Minayo (1994) que afirma que este tipo de técnica responde a abordagem dialética, a qual foi proposta neste estudo a fim de compreender como apreender as contradições e dinâmicas das práticas de planejamento e governança, e como estas refletem nas singularidades de cada DSEI, considerando que existe uma macropolítica nacional representando a totalidade e os DSEI uma micropolítica. Assim,

Optou-se pela entrevista semiestruturada, na qual o informante tem a possibilidade de discorrer sobre suas experiências, a partir do foco principal proposto pelo pesquisador; ao mesmo tempo que permite respostas livres e espontâneas do informante, valoriza a atuação do entrevistador. As questões elaboradas para a entrevista levaram em conta o embasamento teórico da investigação e as informações que o pesquisador recolheu sobre o fenômeno social (Lima; Almeida; Lima, 1999, p. 133).

A afirmação acima é também ratificada por Gil (2002, p. 117) quando a entrevista envolve “[...] informantes para captar suas explicações e interpretações do que ocorre no grupo. Esses procedimentos são geralmente conjugados com muitos outros, tais como a análise de documentos [...]” e dados estatísticos como nesta tese para responder à questão norteadora da pesquisa: como ocorreu o planejamento e implementação dos Planos de Contingência contra a COVID-19 para os 4 DSEI do Pará, e como as instâncias do CONDISI dos 4 DSEI do Pará se articularam nesse período em prol de realizar o enfrentamento desse agravo junto a SESAI e demais esferas? Nesse intuito, a entrevista semiestruturada, ou seja, “[...] parcialmente estruturada, quando é guiada por relação de pontos de interesse que o entrevistador vai explorando ao longo de seu curso (Gil, 2002, p. 117). É pertinente ressaltar que esse momento ocorreu no mês de setembro e outubro. Esses pontos de interesse estão dispostos no APÊNDICE B.

Diante da complexidade, diversidade e pluralismo que envolve a saúde indígena, as relações de governança e os paradigmas envolvidos na oferta de atenção à saúde em tempos de pandemia, foi necessário buscar subsídios em múltiplas metodologias para compreensão dessa imensidão, que requereu diferentes técnicas de pesquisa qualitativa e quantitativa a partir da problemática estudada. No intuito de construir diálogos e compreender esses espaços, enquanto territórios de produção da macro e micropolítica de gestão em saúde, a fim de reconhecer as relações entre gestores e lideranças indígenas nos processos de governança.

A complexidade posta também exigiu diferentes metodologias, o que favorece ao pesquisador compreender e analisar os fatos e fenômenos a partir de diferentes perspectivas, possibilitando assim, o diálogo interdisciplinar (Castro, 2011). Um dos pontos fulcrais à realização desse estudo foi entender que o método e a técnica de pesquisa precisavam estar apropriados a problemática investigada, às hipóteses estabelecidas e aos atores do estudo. E compreende também, que os métodos e técnicas eleitos não estavam engessados e foram alterados no percurso da pesquisa a partir da conjuntura política encontrada.

É fato, considerar que no percurso para o acesso as informações houve muitas “idas e vindas”, articulações por vias oficiais através do Sistema Eletrônico de Informações ao Cidadão (e-SIC) e construção de redes “vivas” para que as solicitações fossem visualizadas e respondidas in loco. Foi um período de mobilizações em busca dos aceites para as entrevistas e dos dados documentais que perdurou a metade de 2022 até a metade de 2023.

Com base em Lakatos e Marconi (2003), nesse tipo de estudo, alterações são previstas porque se trata de fenômenos em movimentos, que geram vida e morte dentro do contexto do fazer saúde, construir relações e equilibrar poderes, ou seja, é gerado por dinâmicas vivas e em movimento. Acrescenta-se a esses referenciais, o entendimento que este estudo necessitou de uma extensa pesquisa bibliográfica e documental para complementar o trabalho de campo, posto que foi primordial para a construção de evidências.

Por esse ângulo, essa sistemática metodológica acolheu os preceitos relevantes de teóricos como Bardin (2011), Bauer e Gaskell (2008), Bruyner; Herman; Schoutheete (1991) e Gil (2002), ao conduzir os caminhos da pesquisadora para “[...] a recolha de dados concretos sobre uma gama de factos” (Malinowski, 2012, p. 24) nos *loci* investigados.

Como técnicas de pesquisa foram utilizadas também, a análise documental. Essa análise documental foi realizada no primeiro semestre de 2023, a partir dos regimentos internos das treze Comissões Intergestores Regional do Pará; dos planos de contingência contra o Covid-19 (da SESAI, dos quatro DSEI do Pará, da Secretaria de Saúde Pública do Estado do Pará e dos quatro municípios sede dos DSEI que foram estudados e possuem CASAI) localizadas em Belém, Altamira, Redenção e Itaituba. Vale ressaltar que esses documentos refletem os movimentos realizados entre os gestores, trabalhadores, lideranças indígenas, suas articulações e pactuações em prol da população indígena no período crucial da pandemia de Covid-19.

Realizou-se, portanto, uma análise rigorosa desses documentos, de maneira a desconstruir e reconstruir informações na busca por respostas às questões norteadoras da pesquisa. A partir do enfoque interdisciplinar do estudo, a análise documental visou complementar a pesquisa, de maneira a revelar dados importantes. Portanto, como posto por Gil (1946, p. 47) é relevante “[...] lembrar que algumas pesquisas elaboradas com base em documentos são importantes não porque respondem definitivamente a um problema, mas porque proporcionam melhor visão desse problema ou, então, hipóteses que conduzem a sua verificação por outros meios”. Ainda, como bem ensinam Martins e Theophilo (2009), o uso de documentos há de apontar o encontro de outras fontes e, assim, oferecer mais confiabilidade aos dados.

A análise documental inicia-se pela avaliação preliminar de cada documento, realizando o exame e a crítica dele, sob o olhar, dos seguintes elementos: contexto, autores, interesses, confiabilidade, natureza do texto e conceitos-chave. Os elementos de análise podem variar conforme as necessidades do pesquisador. [...]. Porém, o que caracteriza a análise documental em si, é a realização desta análise, baseada na interpretação coerente, tendo em vista a temática proposta e a pergunta de pesquisa. (Cechinel *et al.*, 2006, p. 04).

As técnicas para a investigação dos dados para a pesquisa compreenderam também, a aplicação de entrevista semiestruturadas. Foram eleitos para essas entrevistas os secretários executivos do CONDISI dos quatro DSEI; os gestores responsáveis pelos quatro DSEI do estado do Pará e/ou apoiadores institucionais dos (DSEI Guamá Tocantins, Altamira, Kaiapó do Pará e Tapajós) a depender do período que estiveram na gestão, durante a pandemia.

2.2.3 Técnicas para análise dos dados

A análise de dados coletados nesta pesquisa se baseou na técnica de análise de conteúdo Bardin (2011) e partiu da análise de entrevistas semiestruturadas. A análise de conteúdo de Bardin compreende

[...] um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção destas mensagens” (Bardin, 2011, p. 33).

Por sua vez, esta análise foi constituída conforme as etapas estipuladas por Bardin (2011), que foram as seguintes: i) a etapa de pré exploração das leituras flutuantes captadas das entrevistas semi estruturadas, que segundo Campos (2004), é a maneira de conhecer o contexto e deixar fluir impressões e orientações; ii) a seleção das unidades de análise para a busca de respostas às questões norteadoras, de maneira que os temas possam ser palavras ou frases; e iii) o processo de categorização e subcategorização, que de acordo com Campos (2004) é a classificação dos elementos constitutivos de um conjunto de diferenciação, o qual precisou da codificação das unidades de análise, já que se trata dos dados brutos sistematicamente transformados em categorias, conforme Ilustração 3.

Quanto a análise documental, seguiu-se as cinco dimensões propostas por Cellard (2008) para uma análise preliminar e crítica dos documentos: a primeira fez referência ao contexto político, econômico, social e ambiental por qual passava o Brasil e o mundo, e que influenciaram na elaboração dos planos de contingência dos DSEI. A segunda versa acerca dos autores que produziram os textos dos planos, “[...] seus interesses e razões de escrita, a quem se dirigem e quais as identidades desse autor ou grupo social, com vistas a avaliar a credibilidade do texto e a tomada de posição que transparece de uma descrição” (Cellard, 2008, p. 300).

Ainda sobre as dimensões, a terceira trata da autenticidade e da confiabilidade dos documentos, onde estes devem “assegurar a qualidade da informação transmitida [...] a questão da autenticidade [...], não se deve esquecer de verificar a procedência do documento” (Cellard, 2008, p. 300). A quarta dimensão conforme o mesmo autor envolve da natureza do texto, expressa na presença ou ausência de liberdade da escrita, na estrutura do texto que podem variar ou não a depender de sua natureza.

A quinta dimensão propõe a análise dos documentos eleitos para pesquisa, que considera o “momento de reunir todas as partes-elementos da problemática ou do quadro teórico, contexto, autores, interesses, confiabilidade, natureza do texto, conceitos-chave. O pesquisador poderá fornecer uma interpretação coerente, tendo em conta a temática” (Cellard, 2008, p. 303), o que leva a uma abordagem tanto indutiva quanto dedutiva, como afirma Cellard (2008). Essa etapa ocorreu em junho e julho de 2023.

Por fim, a coleta de dados teve uma abordagem quantitativa, a partir das informações das coberturas vacinais realizadas entre as populações indígenas do estado do Pará, no período de 2020 a 2022, através dos boletins epidemiológicos da SESAI, com a seleção dos dados referentes à cada DSEI do estado. Foi utilizado também, dados acerca das taxas de morbidade e mortalidade por Covid-19 no período de 2020 a 2022. Em seguida, eles foram baixados e tratados, com catalogação e criação de tabelas no programa de planilhas Microsoft Word.

A análise dos dados deu-se, primeiramente, pela verificação dos números e percentuais de casos confirmados e óbitos por Covid-19, suas taxas de incidência, mortalidade e letalidade em cada DSEI. Em seguida, foram analisados os dados tendo em vista os percentuais totais dos indicadores mencionados, que foram comparados entre os DSEI do Pará, da Região Norte e do Brasil. Além da cobertura vacinal contra o Covid-19 por DSEI por dose de aplicação que foram analisadas a partir da população alvo de cada DSEI. Essas últimas informações vacinais foram repassadas pela SESAI via e-SIC. Esse momento ocorreu nos meses de agosto e setembro de 2023.

Nessa direção, pretendeu-se responder à seguinte questão norteadora: como ocorreu o planejamento e implementação dos Planos de Contingência contra a COVID-19 para os 4 DSEI do Pará, e como as instâncias do CONDISI dos 4 DSEI do Pará se articularam nesse período em prol de realizar o enfrentamento desse agravo junto a SESAI e demais esferas?

Ilustração 4 - Mapa que compreende os 34 DSEI do Brasil



Fonte: Brasil (2019).

O DSEI Guamá Tocantins apresenta população de 17.782 habitantes, com 5 CASAI, sendo uma delas a Casa de Saúde do Índio - Icoaraci, com sede no município de Belém. O DSEI Altamira é constituído por uma população de 5.998 e possui 4 CASAI, uma delas está localizada em Altamira, com a sede desde DSEI também, localizado no mesmo município.

No que se refere ao DSEI Rio Tapajós, este compreende uma população de 13.487 e 4 CASAI, sendo uma das casas localizadas em Itaituba, juntamente com a sede do DSEI. Conforme Brasil (2021g), o DSEI Kayapó Pará, por sua vez, possui população de 5.998 indígenas e 4 CASAI, sendo a sede do distrito e uma das CASAI localizadas no município de Redenção.

2.2.5 Critérios de inclusão

- Ser Ponto focal para o Covid-19 ou apoiador(a) institucional ou coordenador(a) dos DSEI Guamá Tocantins, Altamira, Rio Tapajós e Kaiapó Pará;
- Ser secretário executivo do CONDISI Guamá Tocantins, Altamira, Rio Tapajós e Kaiapó Pará;
- Todos os participantes deverão ter idade mínima de 18 anos.

2.2.6 Critérios de exclusão

- Não apresentar condições mentais ou patológicas para participar das entrevistas;
- Não ter participado da gestão durante o período da pandemia (gestores dos DSEI);
- Estar ausente dos DSEI em estudo.

2.2.7 Aspectos éticos

A pesquisa teve consonância com as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, que foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde sob a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Este documento foi elaborado após discussão no Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua 240ª Reunião Ordinária, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pelas Leis orgânicas nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

A resolução nº 466 enfatiza o respeito pela dignidade humana e pela especial proteção aos participantes das pesquisas científicas que envolvem seres humanos, desse modo esse projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Pará (Brasil, 2012c), com o número de parecer 6.156.461.

Todos os entrevistados que participaram da pesquisa, assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), com sigilo e anonimato, com direito de desistirem da participação em qualquer momento da pesquisa; além de terem acesso aos dados coletados, caso solicitem. Ressalta-se ainda que os atores e instituições envolvidas no projeto receberão os resultados desta pesquisa, após a defesa da tese.

Após a assinatura do TCLE e explicação sobre ele, a pesquisa foi realizada respeitando os valores culturais, sociais, religiosos e éticos, bem como os hábitos e costumes dos informantes investigados. Os participantes foram codificados pela letra “E” de entrevistado e números ordinais, a fim de evitar o risco eminente de violação da identidade.

Deste modo, esta pesquisa garantiu privacidade e confidencialidade, assegurando a não utilização das informações em prejuízo das pessoas de modo a comunicar os resultados às autoridades sanitárias para contribuir na melhoria da condição de saúde, preservando a imagem do sujeito da pesquisa.

A pesquisa foi realizada a partir da análise de informações coletadas nos planos de contingência contra o Covid-19 dos 4 DSEI do Pará, da SESAI, da SESPA e dos planos de contingência e de saúde dos municípios de Belém, Altamira, Redenção e Itaituba, solicitados através do e-SIC e disponíveis em acesso público.

No aspecto ético, foi observada a ciência como um sistema social particular, orientado por um conjunto institucionalizado de princípios e normas que conformam papéis sociais, [modos] de produção de conhecimento, [...] que possuem bases históricas, sociais e culturais (Almeida, 2021, p. 3), respeitando-se, nesse estudo, as normas e valores que orientam a prática científica, portanto, que estejam de acordo com as responsabilidades éticas de pesquisa, salvaguardando valores universais e compromissos de conduta que devem ser considerados frente aos participantes da pesquisa e a sociedade científica (Brasil, 2012c).

A análise ética dos sistemas CEP/CONEP é regida “por um conjunto de resoluções, destacando-se a resolução CNS nº 466/2012, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos e normas complementares” (Almeida, 2021, p. 17). Foi considerada na pesquisa a Resolução nº 580/2018, que de acordo com Almeida, (2021, p. 17) versa acerca das “[...] especificidades éticas das pesquisas que contribuem para a saúde pública, justiça, redução das desigualdades sociais e das dependências tecnológica, bem como emergências de saúde pública”.

Ao tratar as questões acima e na perspectiva que essa pesquisa foi construída, outra legislação considerada, pelo teor das evidências voltados a saúde pública é também, a Lei geral de proteção de dados nº 13.709 de 14 de agosto de 2018, que segundo Almeida (2021, p. 23) afirma que o artigo 13 desta lei volta-se para saúde pública a partir da seguinte leitura:

Os órgãos de pesquisa poderão ter acesso a bases de dados pessoais que serão tratados exclusivamente dentro dos órgãos e estritamente para a finalidade de realização de estudos e pesquisas, mantidos em ambiente controlado e seguro, conforme práticas de segurança previstas em regulamento específico e que incluam, sempre que possível a anonimização ou pseudoanonimização dos dados, bem como considerem os devidos padrões éticos, relacionados a estudos e pesquisa (Almeida, 2021, p. 23).

Do exposto acima e de acordo com a resolução nº 466/2012, ocorreu o cadastramento do projeto de pesquisa na Plataforma Brasil. Salienta-se ainda, que esse projeto somente foi desenvolvido após aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa da ICS/UFPA, por se tratar de pesquisa com seres humanos.

2.3 Riscos e benefícios da pesquisa

Essa pesquisa teve riscos mínimos, uma vez que se trata de pesquisa de campo, com realização de entrevistas, análise de documentos e dados epidemiológicos. Para contornar o risco de contágio diante do contexto de cuidados no pós-pandemia da COVID-19, destaca-se no momento das entrevistas o uso obrigatório de álcool em gel 70% e máscara pela pesquisadora, mantendo-se o distanciamento adequado para minimizar tal risco.

Houve ainda o risco de divulgação dos dados epidemiológicos e do conteúdo contido nos documentos analisados. Para contornar esse problema, e como posto em Brasil (2018) a pesquisa realizou a padronização das informações em base de dados, operados apenas pelo pesquisador, de modo a manter um ambiente seguro e controlado, conforme as práticas de segurança previstas na Lei geral de proteção de dados nº 13.709/2018.

Outro risco, que poderia ocorrer diz respeito aos voluntários da pesquisa estarem expostos a um risco moral e psicológico, devido ao constrangimento de perguntas. Mas, foram prevenidos ou minimizados com informações e orientações adequadas de acordo com cada procedimento de modo individual, a fim de não ocorrer qualquer tipo de constrangimento em responder certos questionamentos, estes voluntários tiveram a liberdade em não responder as perguntas que considerasse constrangedora.

O grande benefício foi realizar a análise dos planos de contingência a partir das ações e serviços implementados em prol dos indígenas do Pará a fim de qualificar os processos saúde para os usuários indígenas, verificando e analisando as potencialidades e fragilidades existentes no planejamento das três esferas de gestão envolvidas e os desafios dessas na implementação das ações e serviços no período de pandemia, e como o processo de governança do controle social indígena repercutiu nesse processo.

A iniciativa, além de apresentar um estudo documental acerca do acesso à saúde desses povos no período de pandemia pelo Covid-19, permitiu compreender os processos de governança envolvidos nos planejamentos e implementação das políticas para a saúde indígena. Isso oportunizará às esferas municipais, estadual e federal a refletirem e adequarem questões afetas a esse debate no Pará.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo é apresentado os referenciais teóricos que fundamentaram a pesquisa e teóricos que trabalham com a ontologia política e as epistemologias do Sul, evidenciados através dos aprofundamentos de Foucault, Santos, Mehry, dentre outros importantes autores que foram apresentados. Na primeira seção, se fez uma exposição do presente trabalho consolidada nas teorias de base e nas teorias secundárias que permitiu o aporte interdisciplinar à saúde, e principalmente a saúde indígena.

Por meio dos referenciais teóricos é tomado um percurso pelas diferentes compreensões e interseções necessárias aos conceitos de governança, poder, micropolítica do poder, pluridiversidade e interculturalidade nos processos de saúde entre os indígenas. Na seção seguinte do capítulo foi aprofundada a reflexão sobre o desenvolvimento de políticas públicas, sua história e movimentos para um melhor entendimento dos propósitos deste trabalho, fomentando a discussão sobre as políticas indigenistas na América Latina e no Brasil. Posteriormente, tratou-se da saúde indígena no Brasil e seus enfrentamentos para consolidação, de maneira a compreender a problemática que atualmente assola esses povos.

A seção seguinte abordou o processo de regionalização no Brasil e no Pará, desde o pacto pela saúde até o decreto 7.508/11. Este percurso histórico alicerçam as políticas de saúde e versam sobre o processo de regionalização, os quais implicam diretamente sobre o modelo de atenção à saúde vigente. Logo se aprofunda na temática da Governança e suas interfaces com a governabilidade, com a reforma de estado e com a atenção à saúde, seus conceitos, suas problemáticas, vantagens e principais desafios. Esse capítulo discorre, ainda, sobre a micropolítica do poder e do trabalho em saúde, com vistas a estabelecer uma relação com o processo de governança em saúde, a partir de Foucault, Mehry e outros teóricos, de maneira a compreender os pressupostos acerca do biopoder e seus entrelaces na micropolítica da saúde.

O subtópico seguinte traz uma narrativa da autora acerca do período que desenvolveu atividade como apoiadora do Ministério da Saúde. Ali, mostra-se todo o histórico de governança pensado a luz dessa instância federal, que formula políticas públicas. Também, se descortinou como o estado do Pará desencadeou esse processo a partir de uma lógica de apoio descentralizado, que foi uma estratégia institucional do MS e sua micropolítica junto aos estados e municípios.

A prosseguir nessa discussão, a última seção do capítulo versa sobre a caracterização do local de estudo, com apresentação do Estado do Pará e dos territórios dos DSEI desse estado. Isso de maneira a possibilitar uma melhor análise deste território a ser estudado. Para finalizar, segue-se com a explicação das redes de atenção à saúde, frente a saúde indígena em tempos de pandemia COVID-19, seu histórico epidemiológico e desafios a serem enfrentados pelos povos indígenas no estado do Pará.

3.1 Teorias de base e secundárias como aporte interdisciplinar à saúde

É relevante enfatizar que o referido projeto de pesquisa se apoiará, ao longo do processo analítico e investigativo, em um conjunto de procedimentos técnicos, pertinentes e compatíveis com o método hipotético-dedutivo, associado à dialética, por compreender-se que os paradigmas epistemológicos que serão adotados necessitam de suporte teórico sobre a interdisciplinaridade, governança e micropolítica do poder.

A teórica em micropolítica da saúde, Feuerwerker pondera suas reflexões a partir de Foucault, Deleuze e Guattari na medida em que compartilha a existência de

[...] um confronto explícito de campos de saberes no entendimento do que seja o corpo e a própria saúde. Confronto entre a compreensão do corpo biológico fabricado pela Ciência Oficial e os saberes que negam a existência do corpo biológico como foi construído, imaginária e simbolicamente, e que afirmam que o corpo é subjetivação e não biológico, que ele é potencialidade e representação de modos de existências, que por diferentes modos serão qualificadas como normais ou não (Feuerwerker, 2014, p. 43).

A prosseguir nessa discussão, Gusdorf (1977) acrescenta que o mal da especialização resulta em uma esclerose mental. Este autor afirma que o conhecimento deixa de ter um relacionamento com o mundo real para desenvolver sistemas cada vez mais estreitos de abstração e sem comunicação entre si. Para ele, isso reforça o que vivemos atualmente na academia e nos setores de implementação das ciências apreendidas na sociedade.

Por seu turno, Raynaut (2014) parte da lógica da complexidade e destaca o número de pós-graduações e programas no Brasil, voltados para a lógica interdisciplinar, todavia, a rigidez das fronteiras institucionais entre departamentos disciplinares ainda é imensa, devido à existência de uma graduação fragmentada nas suas disciplinas.

A interdisciplinaridade está presente apenas nos projetos pedagógicos e nos planos de ensino. Isso apesar de as Diretrizes Curriculares Nacionais (2006) reafirmarem o papel da educação superior no desenvolvimento e implementação de conhecimentos, habilidades, competências e valores, e ainda conforme Brasil (1996), tem-se conforme a consolidação de um ensino que realiza cruzamento entre a teoria e a prática (Brasil, 1996).

Para Peleias *et al.* (2011, p. 500), o “[...] ensino superior no Brasil tem se guiado pelo paradigma linear e cartesiano, que dissocia o pensamento e a ação; a falta de contato com a realidade parece ser acentuada”. Realidade que fragiliza o desenvolvimento de habilidades e competências aos profissionais de saúde que atuam junto aos indígenas. Desse modo, os profissionais de saúde que prestarão atenção diferenciada à população indígena precisam conter em seu currículo outros saberes interdisciplinares. Como posto por Silva (2013, p. 28), principalmente no que se refere à “Antropologia e saúde indígena, a fim de que os aspectos históricos e culturais sejam aprofundados para gerar uma capacitação mais eficaz”.

Aliás, isso é reforçado pela articulação entre pesquisadores de diversas áreas e os profissionais que atuam no cotidiano das instituições indígenas, corroborando para com o crescimento de estudos na área da saúde indígena a partir da Antropologia. Todavia, torna-se importante ressaltar que vários avanços foram alcançados também. Notadamente na área da Medicina, pois foram envolvidos “[...] uma multiplicidade de conhecimentos e competências práticas” (Raynaut, 2014, p. 4), a exemplo das próteses e das cirurgias cardíacas.

A rigor, nesses achados, ainda existem diversos obstáculos a serem ressignificados, como uma atenção integral, enquanto princípio básico do Sistema Único de Saúde. É fato que há um grande viés de fragmentação na assistência de modo geral, visto que as graduações são permeadas de disciplinas, e como posto por Brasil (1996) e isso apesar das diretrizes curriculares nacionais fomentarem a interdisciplinaridade.

Ressaltem-se os grandes entraves acerca do desenvolvimento de atitudes ou habilidades voltadas para o cuidado às populações indígenas. Entre os trabalhadores e gestores da saúde, ainda é latente a necessidade de uma oferta diferenciada para esses povos. É preciso considerar que conforme (Hoefel *et al.* (2015, p. 60), o “[...] princípio da interculturalidade, as práticas de formação e atenção à saúde não constitui tarefa simples, haja vista a exigência de transformações paradigmáticas e ressignificações de conceitos e modos operandi cristalizados no interior das universidades, do SUS e da sociedade” (Hoefel *et al.*, 2015, p. 60).

As dificuldades encontradas para que se tenha um trabalho multiprofissional e interdisciplinar são muitos, principalmente se considerarmos a necessidade de romper com uma prática ainda fragmentada, fruto de formação disciplinar e de valorização das especializações, bem como da própria forma como o trabalho na área da saúde tem se estruturado. Ao considerarmos que a disciplina se constituiu ao longo da história, e tem modelado a forma de organização das profissões bem como do trabalho, com um modelo fragmentado em que cada profissional realiza parcelas do trabalho sem integração com as demais áreas envolvidas, há que se buscar um trabalho mais integrador, visando a abrangência do cuidado em saúde (Gelbcke; Matos; Sallum, 2012, p. 34).

Diante do exposto acima, alguns teóricos como Oliveira, Aquino e Monteiro (2012, p. 442), bem como o Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI), lideranças e demais representações reiteram a necessidade de os povos indígenas receberem uma atenção equânime por “[...] profissionais de saúde com formação diferenciada, articulando saberes científicos e populares no desenvolvimento de propostas e ações de saúde valorativas de sua cultura e embasadas no diagnóstico epidemiológico e social”.

No entanto, a atuação dos profissionais de saúde e demais representantes da medicina oficial nem sempre condiz com essa multiplicidade de possibilidades de escolha e de expectativas, não havendo espaços para a construção de conhecimentos e de práticas conjuntas, como se propõe no modelo de atenção à saúde indígena em vigor (Novo, 2011, p. 1369).

Portanto, isso está refletindo fortemente na assistência prestada na saúde indígena, conforme se vê na dissertação de mestrado intitulada “Análise das ações e serviços voltados à saúde indígena nos planos regionais de redes de atenção à saúde do Pará: transversalidade ou equidade?”. Tal trabalho reforça a afirmação de Raynaut (2014, p. 6), a qual defende que os problemas precisam da colaboração das disciplinas materiais, das humanas e sociais.

Um ponto forte a ser ressaltado nessa conjuntura em saúde é explicitar que os processos de saúde durante décadas estiveram pautados numa visão antropológica aplicada e a partir de 1990, há a inclusão de debates voltados para os aspectos do poder e sobre as iniquidades aprofundadas pelos modelos analíticos de saúde (Langdon; Grisotti, 2016). A partir dessas perspectivas, surge na América Latina um movimento contra hegemônico ao capitalismo e a globalização, conforme afirma Langdon e Grisotti (2016, p.21):

As ciências sociais latino-americanas emergiram e se consolidaram no século XX preocupadas e engajadas com as realidades sociais e econômicas de seus países. Esses teóricos [...] reconhecem que as condições de saúde e as práticas dos atores são resultantes dos processos hegemônicos e das forças de poder, não de práticas culturais estáticas ou da falta de conhecimento. Essa perspectiva, inspirada pelos pensadores como os da Escola de Frankfurt, Foucault, Gramsci e os mais atuais como Bibeau (1997), Seppilli (1996), Fassin (2004) e Menéndez (1992) é a base do enfoque metodológico para pesquisa e interpretação das políticas em saúde. Seus interesses foram desenvolvidos junto à consolidação da saúde coletiva, à redemocratização e à reforma sanitária na América Latina e distanciam-se do papel de antropólogos trabalhando em antropologia aplicada, definidos como profissionais tradutores da cultura, sem questionar a hegemonia do modelo biomédico.

Convém mencionar ainda que, nos seus pressupostos de planejamento estratégico situacional, Carlos Matus (2000) já enfatizava “planeja quem governa”. Apesar de ser uma máxima que somente os gestores governam, existe uma verdade apontada por Matus, ainda que existam diferentes tipos de poder e governabilidade. À vista disso, Foucault vem consolidar na sua obra “Nascimento da Biopolítica” que a

arte de governar deve então, estabelecer suas regras e racionalizar suas maneiras de fazer propondo-se como objetivo, de certo modo, fazer o dever - ser do Estado tornar-se ser. O dever-fazer do governo deve se identificar com o dever - ser do Estado. O Estado tal como e dado - a ratio governamental- é que possibilitará, de maneira refletida, ponderada, calculada, fazê-lo passar ao seu máximo de ser. O que e governar? Governar segundo o princípio da razão de Estado e fazer que o Estado possa se tornar solido e permanente, que possa se tornar rico, que possa se tornar forte diante de tudo o que pode destruí-lo (Foucault, 2008b, p. 10).

Cabe, dessa maneira, compreender os processos de governabilidade e governança que estão estabelecidos nas políticas de saúde e principalmente nas políticas, planejamentos e implementações afetas a saúde indígena.

3.2 O desenvolvimento de políticas públicas: história e movimentos

Nas últimas décadas, muitos teóricos e instituições voltam-se para o campo de conhecimento das políticas públicas, o que provoca uma revelação acerca das regras, modelos, processos decisórios, planejamento, implementação e avaliação desses processos (Souza, 2006). Assim, ressalta-se que “[...] a partir dessas políticas, o desenho e a execução de políticas públicas, tanto as econômicas como as sociais, ganharam maior visibilidade. O segundo fator é que novas visões sobre o papel dos governos substituíram as políticas keynesianas²” (Souza, 2006, p. 20) pelas políticas do tipo restritivas.

² As políticas keynesianas consistiam num pensamento e organização político-econômicos, que faziam oposição às concepções liberais, onde o Estado seria indispensável no controle da economia, com vista a conduzir um sistema de pleno emprego (Terra; Ferrari Filho, 2012).

Logo, do ponto de vista da política pública, o ajuste fiscal provocou a adoção de “orçamentos equilibrados entre receita e despesa e restrições à intervenção do Estado na economia e nas políticas sociais. Esta agenda passou a dominar corações e mentes a partir dos anos 80 [...]”, como ocorreu nas populações da América Latina (Souza, 2006, p. 20). Para Souza (2006) a maioria dos países e principalmente aqueles da América Latina, ainda não conseguiram produzir “[...] coalizões políticas capazes de equacionar minimamente a questão de como desenhar políticas públicas capazes de impulsionar o desenvolvimento econômico e de promover a inclusão social de grande parte de sua população”.

Para ele, isso tem reverberado em aumento de vazios assistências, iniquidades, ausência de equidade nas políticas e suas implementações, e conseqüentemente atrelado a um desequilíbrio entre ricos e pobres de uma determinada sociedade. Os principais fundadores das políticas públicas foram: H. Laswell, H. Simon, C. Lindblom e D. Easton. “Laswell (1936) introduz a expressão *policy analysis* (análise de política pública), ainda nos anos 30, como [modo] de conciliar conhecimento científico/acadêmico com a produção empírica dos governos” (Souza, 2006, p. 23). Isto provocou o estreitamento entre cientistas sociais e os setores do governo.

Para Souza “a racionalidade dos decisores públicos é sempre limitada por problemas tais como informação incompleta ou imperfeita, tempo para a tomada de decisão, auto interesse dos decisores etc.” (Souza, 2006, p. 23). De acordo com o autor, isso esclarece a existência de planos e planejamentos que não deram certo quanto ao seu objetivo e metas. Assim, na análise de Souza, há ponderações quanto às percepções de Theodor Lowi, quando esta cria a classificação de políticas públicas.

Esse estudioso considera a primeira classificação sobre as “políticas distributivas, decisões tomadas pelo governo [...] O segundo é o das políticas regulatórias, que são mais visíveis ao público, [...] O terceiro é o das políticas redistributivas [...] O quarto é o das políticas constitutivas” (Souza, 2006, p. 28), que geram pontos de vistas e grupos políticos em diferentes vertentes.

Entretanto, convém mencionar que existem outros teóricos que criticam essas políticas. Acreditam que existe uma deficiência no debate de ideias e interesses da sociedade, ocasionando dessa maneira conflitos e um certo enrijecimento nos processos decisórios do governo. Vale ressaltar que para Souza (2006, p. 25), esse processo também, deixa “[...] de fora possibilidades de cooperação que podem ocorrer entre os governos e outras instituições e grupos sociais” (Souza, 2006, p. 25).

Acrescenta-se aos referenciais teóricos acima, outra vertente trazida por Edelman (2001, p. 285), quanto a participação dos antropólogos nas políticas, onde por volta dos anos “[...] de 1960 contribuíram para novas conceituações de [...] Inter política inicial e de poder, gênero, colonialismo e Estado”. Ainda de acordo com Edelman (2001, p. 294), esses estudos científicos sociais “[...] trouxeram à tona questões afetas aos impactos da política de identidade, a atenção desproporcional que os cientistas sociais dedicam aos movimentos de que gostam, e seus esforços infrequentes para teorizar movimentos de direita”.

Nesse ângulo, destaca-se o pensamento de Edelman (2001), voltado a um movimento de luta pelos direitos humanos e democratização, povos indígenas e minoritários, comunidades de base cristã, os pobres urbanos, crianças de rua, com o intuito de dirimir as iniquidades e desigualdades sociais. Tudo por meio de estudos que pudessem compreender como os participantes dos movimentos populares se organizam e de que modo estão representados quanto às suas identidades. De todo modo, faz-se necessário pensar e construir um modelo inovador que corrobore com a lógica das necessidades da população, pautada nas suas condições sociais e culturais.

E, ainda, para que as iniquidades possam ser minimizadas por meio de uma equiparação equânime entre os diversos povos dos hemisférios que atualmente não dialogam e que possuem abismos imensos entre eles, o que corrobora para impactos cruéis a uma parcela enorme da sociedade. Nessa perspectiva, Souza (2006, p. 26) vem reiterar a necessidade de “[...] colocar o governo em ação e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente)”.

O que traz a compreensão que é preciso admitir, refletir e compreender que as políticas públicas são campos holísticos, onde [...] a área torna-se território de várias disciplinas, teorias e modelos analíticos [...] apesar de possuir suas próprias modelagens, teorias e métodos” (Souza, 2006, p. 26). Nota-se que a mesma política pública apresenta uma subdivisão da ciência política, o que leva a mesma a ser entendida como objeto analítico de outras áreas do conhecimento (Souza, 2006).

3.3 Políticas públicas e outras interfaces com o desenvolvimento

Diante da retórica de que as políticas públicas possuem um arcabouço teórico e metodológico, esses poderão influenciar fortemente nos desenhos e proposições, que vão desdobrar “em planos, programas, projetos, bases de dados ou sistema de informação e pesquisas” (Souza, 2006, p. 26). Assim, deverão também, serem monitorados e avaliados para garantir que os objetivos e metas propostos sejam alcançados e tenham seus resultados de sucesso e impacto nas necessidades da sociedade.

Se admitirmos que a política pública é um campo holístico, isto é, uma área que situa diversas unidades em totalidades organizadas, isso tem duas implicações. A primeira é que, como referido acima, a área torna-se território de várias disciplinas, teorias e modelos analíticos. Assim, apesar de possuir suas próprias modelagens, teorias e métodos, a política pública, embora seja formalmente um ramo da ciência política, a ela não se resume, podendo também ser objeto analítico de outras áreas do conhecimento [...] A segunda é que o caráter holístico da área não significa que ela careça de coerência teórica e metodológica, mas sim que ela comporta vários “olhares” (Souza, 2006, p27).

Esses diversos olhares são fundamentados na fala de Simonian (2005, p. 122), quando esta estudiosa reitera que é preciso considerar que “[...] os cientistas indígenas, quilombolas e caboclos da Amazônia tem exercido uma influência grande no contexto das ciências sociais, da tecnologia, e da cultura”. E que esses saberes e vivências têm “viajado” para outros países como o EUA, onde tem sido reconhecida toda a pertinência desse conhecimento tradicional (Simonian, 2005). Assim, que muitos pesquisadores têm interesse nas publicações científicas afetas a diversas áreas junto à saúde, ambiente, agricultura e tradições indígenas.

Pode-se dizer que, na perspectiva dos diversos olhares adentrando as políticas públicas, isto traz outro recorte que visa fortalecer os movimentos sociais entre as populações da Amazônia. Todavia, o envolvimento de segmentos não governamentais “na formulação de políticas públicas, tais como os grupos de interesse e os movimentos sociais, cada qual com maior ou menor influência a depender do tipo de política formulada” (Souza, 2006, p. 27). Por sua vez, não inviabiliza as influências do governo e do Estado para gerar e implementar políticas públicas mais complexas.

Ao tecer considerações sobre a questão, Souza (2006, p. 27) dialoga com a força de “[...] expressão policy analysis (análise de política pública), ainda nos anos 30, como [modo] de conciliar conhecimento científico/acadêmico com a produção empírica dos governos e como forma de estabelecer o diálogo entre cientistas sociais, grupos de interesse e governo”.

Ao retomar o entendimento desse autor, quanto à essa implicação é possível vislumbrar a análise desses diálogos entre governo, cientistas e movimentos sociais. Para Gudynas e Acosta (2011) há uma compreensão sobre as principais tendências do discurso em torno do Buen Vivir na América do Sul na busca de minimizar a pobreza e as desigualdades que imperam nesse continente.

A partir das mudanças substantivas nas economias nacionais ou locais, bem como nos impactos causados pelos empreendimentos que divulgam desenvolvimento, porém, trazem consigo todos os efeitos deletérios, ocasionando impactos sociais e ambientais, que são associados a um turbilhão de iniquidades entre os povos que ali habitam.

Portanto, outra “alternativa ao desenvolvimento deve abrir caminhos para ir além da cultura ocidental moderna” (Gudynas; Acosta, 2011, p. 73). As ideias sobre o Bem Viver surgem como resposta às várias questões voltadas a melhor qualidade de vida da comunidade e partindo desse pressuposto, desencadeiam-se novas constituições na Bolívia e no Equador (Gudynas; Acosta, 2011, p. 73).

A busca pelo pluralismo onde os povos indígenas e os movimentos sociais, estão voltados para a construção de uma política de Estado, inicia a partir das constituições da Bolívia e do Equador. Nesses países a questão do desenvolvimento é compreendida como “outra relação com a Natureza. *Good Living* não é, então, apenas mais um desenvolvimento alternativo dentro de uma longa lista de opções, mas sim [...] uma alternativa” (Gudynas; Acosta, 2011, p. 71). Essa lógica seria resposta para resolução de tantos problemas ocasionados atualmente pelos grandes empreendimentos e pelo capitalismo desenfreado na busca do desenvolvimento.

Considerando essa nova alternativa é que as contribuições dos povos indígenas ganharam um novo espaço. Isso porque seus saberes e vivências afetas à natureza trazem várias abordagens para o desenvolvimento, tanto na prática quanto na teoria. Gudynas e Acosta (2011, p. 75) afirma que o desenvolvimento convencional ocorre como “[...] uma imposição cultural herdada do saber ocidental, [...] contra a colonialidade no conhecimento implicando um distanciamento do desenvolvimentismo”, o que ainda tem fragilizado essa concepção do Buen Vivir”.

Nessa vertente, Simonian (2005, p. 124) ressalta que a “[...] a performance indígena é reconhecida por parte da academia e precisamente no âmbito da tecnologia”, especialmente pelos especialistas em Etnociência e da Ecologia Humana. Isso é demonstrado numa literatura tão estudada no campo da antropologia e do desenvolvimento que é o livro que trata sobre a Ciência do Concreto de Levi Strauss. Essa obra considera a complexidade e a riqueza que há nos trópicos úmidos e na Amazônia, partindo do olhar daqueles que ali vivem, junto a natureza.

Nos termos de Simonian (2005), os cientistas indígenas, quilombolas e caboclos da Amazônia tem exercido uma influência grande no contexto das ciências sociais, da tecnologia, e da cultura. Nos EUA muitos deles tem publicado sua produção, principalmente voltados a saúde, ambiente, agricultura e tradições indígenas. Porém, o Estado tem se mostrado inoperante e essa população espera por políticas públicas indigenistas reais, que alcancem também, os caboclos e quilombolas. Pois, de acordo com Simonian (2005), há uma fragmentação na implementação de ações e estratégias, o que traz contrapontos em relação as próprias necessidades desses povos.

É importante ressaltar que de acordo com Viola (2000), existe uma concepção excludente acerca da questão indígena e seus direitos, que pode ser trabalhada pela inclusão dos antropólogos nessa linha de frente. Historicamente esses antropólogos adentraram nas instituições para ressignificar o desenvolvimento que se encontrava desprestigiado. Estabelecendo assim, as forças intelectuais e políticas voltados a pensar novos caminhos para as necessidades básicas das populações, o que redefiniu critérios prioritários nos programas de cooperação internacional.

Segundo Viola (2000), a Antropologia do desenvolvimento strictu-sensu contempla o desenvolvimento do fenômeno sociocultural, geralmente desde uma perspectiva exterior e num discurso mais crítico de sua prática. Nas palavras de Simonian (2005, p. 128), “em face as grandes destruições dos recursos naturais das populações tradicionais são revoltantes observar a degradação dos recursos naturais e o empobrecimento dessas populações”.

3.3.1 Antropologia do desenvolvimento

De acordo com Gudynas e Acosta (2011), a pobreza, as desigualdades e as iniquidades sociais são condições que vem crescendo no interior das sociedades. Tal crescimento se dá especialmente nos países menos desenvolvidos e que destinam poucos investimentos em políticas assertivas e de melhoria dos determinantes que impactam nos problemas sociais e econômicos. Essas situações parecem não corresponder com as expectativas positivas esperadas no desenvolvimento econômico, que é uma estratégia política assumida em busca de bons indicadores financeiros e de investimentos, que por sua vez estão longe de modificarem as economias locais e nacionais.

Nesta direção, a maioria dos grandes empreendimentos possuem parâmetros de desenvolvimento com consequências maléficas e desumanas, a exemplo de complexos impactos sociais, econômicos e culturais que se alastram pelas comunidades onde suas atividades estão sendo operacionalizadas. Junto com anti-desenvolvimento e para além do desenvolvimento, o pós-desenvolvimento é uma reação radical aos dilemas do desenvolvimento. O pós-desenvolvimento concentra-se nas premissas e nos motivos subjacentes do desenvolvimento; o que o diferencia de outras abordagens críticas é que ele rejeita o desenvolvimento.

A questão é quais são as posições sustentáveis e frutíferas. Consideradas primeiro neste estudo e estão as principais posições abertas do pós-desenvolvimento, como a problematização da pobreza, a descrição do desenvolvimento como ocidentalização e a crítica do modernismo e da ciência. O argumento então, se volta para a análise do discurso do desenvolvimento; questiona-se acerca do pós-desenvolvimento, a análise do discurso a partir de uma metodologia torna-se uma ideologia. Além, da crença no desenvolvimento alternativo a partir de uma maior interpretação do pensamento dicotômico (Pieterse, 2000).

O postulado de Gardner e Lewis (1996), p. 2) ressalta que o surgimento do “[...] desenvolvimento surge após a segunda guerra mundial, com o declínio do colonialismo, após a guerra fria e a necessidade de o capitalismo encontrar novos mercados e pela fé na ciência e tecnologia”. De modo que as profundas mudanças políticas e econômicas da era do capitalismo não conseguissem responder as necessidades da sociedade. Vindo então, algo que pudesse ressignificar por meio de uma nova maneira de fazer, surge assim, nos termos de Gardner (1996, p. 2), “[...] movimentos sociais e culturais que buscam dominar o pensamento ocidental até o final do século XX, o qual tem o objetivo de produzir a tolerância, a razão e o senso comum”.

Segundo Gardner; Lewis (1996), o conhecimento racional baseado em informações empíricas foi considerado o caminho a ser seguido, e durante este período existiram fortes polaridades, *i.e.*, a relação entre primitiva e civilização, atrasado e avançado, natureza e cultura, onde essas dicotomias passavam a ser equivalentes as noções de subdesenvolvimento e desenvolvimento, o que gerou diversos conflitos para compreensão ao longo das fases do capitalismo.

De acordo com Souza (2006, p. 20), na maioria dos países, particularmente os da América Latina, infelizmente ainda não foi possível “[...] formar coalizões políticas capazes de equacionar minimamente a questão de como desenhar políticas públicas capazes de impulsionar o desenvolvimento econômico e de promover a inclusão social de grande parte de sua população”.

Ao aprofundar-se nos estudos sobre o desenvolvimento e suas interfaces com as sociedades que aprofundaram iniquidades sociais, faz-se necessário um debate a respeito das políticas públicas como a seguir. Por isso, para os teóricos citados, é urgente o envolvimento dos movimentos sociais com os setores governamentais, aliados aos estudos criteriosos das necessidades da população, onde as instituições produzam equidade nos seus, planos, projetos e planejamentos. E que estes sejam vistos de modo interdisciplinar e intersetorial para o equilíbrio e fomento de ações articuladas entre as diversas áreas.

3.4 Movimentos sociais indígenas na América Latina: uma inclusão interdisciplinar.

Questões apontadas por Edelman (2001) acerca dos movimentos em defesa de autonomia regional e meio ambiente, traz à tona a relevância dos direitos das populações mais vulneráveis, como os indígenas, as mulheres, homossexuais, idosos e deficientes. Devido a isso uma série de manifestações iniciaram no mundo balizadas pelas lutas anticoloniais e antiimperiais por diversos países mais pobres. A partir disso, muitos teóricos e estudiosos da geopolítica e das ciências sociais – como em Edelman (2001, p. 285) – estavam “[...] preocupados com categorias pré-fabricadas (nacional liberação, subversão) para a análise de eventos no Terceiro Mundo”.

Ainda, para Edelman (2001, p. 294) a participação dos antropólogos

[...] de 1960 contribuíram para novas conceituações de "inter-política inicial "e de poder, gênero, colonialismo e estado" de forma que os estudos científicos sociais viajaram da Europa a América do Norte, trouxe também, à tona questões afetas aos "impactos da política de identidade, a atenção desproporcional que os cientistas sociais dedicam aos movimentos de que gostam, e seus esforços infrequentes para teorizar movimentos de direita (Edelman, 2001, p. 294).

Por sua vez, Vieco (2001, p. 50, tradução da autora) esclarece que, além de gerar movimentos de violação dos direitos humanos, essa deslegitimação tem provocado uma onda de “deterioração dos recursos naturais renováveis e não renováveis, gerando problemas de saúde e impactos ambientais às comunidades indígenas, assentados e camponeses; má prestação de serviços públicos”. Em face dessas considerações, Escobar enfatiza:

Como pensamos essa defesa da vida? O pensamento dos movimentos sociais contemporâneos nos oferece pautas para abordar essa questão. Ao falar em cosmovisão, por exemplo, ou ao afirmar que a crise ecológica e social atual é uma crise de modelo civilizatório, ao apostar na diferença ou ao fazer referência à identidade e especialmente, como se verá no próximo ponto, ao insistir no exercício de sua autonomia; em todas essas expressões percebe-se que muitos dos movimentos denominados “étnico-territoriais” (na Colômbia principalmente afro colombianos e de povos indígenas, e talvez se possa acrescentar alguns movimentos camponeses e ecologistas) enfatizam esta outra dimensão: a dimensão da vida ou dimensão ontológica (Escobar, 2015, p. 92).

De todo modo, é possível que esses cidadãos de direitos se tornem protagonistas nas tomadas de decisão, por meio de um amplo debate, com vista a participação e negociação dos conflitos sociais. Segundo Vieco (2001, p. 60, tradução da autora), assim, fomenta-se uma sociedade democrática com a mudança social, por meio da “implementação de um novo arcabouço institucional na região amazônica, adequado às características socioculturais da população regional e às particularidades do ecossistema”.

Com base em Edelman (2001), importa dizer que houve, também, um movimento voltado à luta pelos direitos humanos e democratização, povos indígenas e minoritários, comunidades de base cristã, os pobres urbanos, crianças de rua, com o intuito de dirimir as iniquidades e desigualdades sociais através de estudos que pudessem compreender como os participantes dos movimentos populares se organizam e estão representados quanto as suas identidades.

O autor faz referências à importantes questões que vão “investigar como as estruturas de governança internacional legitimam esforços de ativistas transnacionais, aumentar seu acesso à política nacional e determinar sua capacidade de [construir] coalizões eficazes” (Edelman, 2001, p. 305). Já que é importante referenciar que o debate voltasse também, para os “internacionalismos trabalhistas emergentes, [...] com foco em redes transnacionais de defesa, que eles distinguem de coalizões, movimentos, e "sociedade civil" por sua organização” (Edelman, 2001, p. 305).

Isso de fato prolonga uma questão tão afeta aos movimentos sociais. As suas bases de organização e de formação, seu simbolismo e composição em rede pelas diversas instituições pressupõem movimentos organizados em prol de um coletivo, o que precisa ter um “alicerçar” tangível para solidifica-se frente as metas e objetivos de todos (Edelman, 2001).

De acordo com Simonian (2018, p. 124), o reconhecimento dos saberes tradicionais “[...] começou a ser feita em especial a partir da antropologia [...] e outras sociedades tradicionais vêm se expressando conceitualmente acerca da importância dos conhecimentos de suas sociedades” (Simonian, 2018, p. 124). Esse movimento qualifica a vivência, os saberes e a ancestralidade dos povos tradicionais.

Outra questão a ser lembrada e fortalecida é a aliança “[...] entre indígenas, seringueiros da Amazônia e ambientalistas internacionais que produziu fundamentos novos à discussão do desenvolvimento e à conservação ambiental planetária” (Simonian, 2018, p. 125). Tal aliança produziu manifestos que repercutiram internacionalmente, os quais condenavam o financiamento dos bancos multilaterais para grandes empreendimentos. De fato, esses quando implantados, construíram regiões ambientalmente vulneráveis, devido ao impacto que estes projetos provocam às populações indígenas e outros povos que habitavam o território amazônico.

Em face dessas considerações, Simonian (2018) reafirma que de fato ocorreu e vem ocorrendo grandes impactos e iniquidades junto a esses povos que já estão em vulnerabilidade (Simonian, 2018). Por outro lado, Simonian aponta que ocorreu o esfacelamento entre os povos indígenas e os extrativistas. Esse ruído ocorreu devido aos jogos de interesse e poder desencadeado pelo próprio capital, que ali os cercava e os fragmentava, fragilizando desse modo os movimentos sociais (Simonian, 2018), o que os enfraquece bem como os objetivos do coletivo.

3.4.1 Movimentos, participação e controle social indígena: histórias e lutas no Brasil

No que concerne aos movimentos sociais indígenas no Brasil, é pertinente revelar que houve uma forte mobilização entre o movimento indígena e o movimento pela universalização da saúde no Brasil: o SUS. Como posto por Teixeira, Simas e Costa (2013), ocorreu desde o final da década de 1980 com a redemocratização do país.

Nesse âmbito de formulação de política brasileira de saúde indígena e da criação do subsistema de saúde indígena, muitas articulações e mobilizações ocorreram e são considerados marcos históricos no processo de participação e do controle social indígena. O Quadro 1 apresenta a articulação dos movimentos indígenas em prol da saúde e outros direitos desde a década de 50 até os dias atuais.

Este tópico, demonstra, via uma retrospectiva dos movimentos, participação e controle indígenas articulados desde a década de 1950 até os dias atuais de pandemia e pós-pandemia pelo Covid-19, demonstram as lutas que ocorreram antes da reforma sanitária, durante esses 35 anos de construção do SUS e a luta pela sobrevivência frente ao Covid-19.

Quadro 1 - Marcos históricos dos movimentos sociais indígenas no Brasil

Período	Marco
1554 e 1567	A Confederação dos Tamoios foi um movimento de resistência, chefiada por líderes indígenas do Litoral Norte paulista e sul fluminense.
1986	1ª Conferência Nacional de saúde do Índio.
1987	Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro (FOIRN).
Anterior a 1988	A criação da União das Nações Indígenas (UNI).
1988	A promulgação da Constituição Federal de 1988, com seu artigo nº196.
Desde 1980 e multiplicaram após a Constituição de 1988	Criadas 102 Organizações indígenas criadas no Pará.
19 de abril de 1989	Criação do Comitê Indígena da Amazônia
1989	Criação da Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia (COIAB), que substitui o comitê da Amazônia.
1990	Articulação dos Povos e Organizações Indígenas do Nordeste, Minas Gerais e Espírito Santo (APOINME).
25 a 30 de abril de 1992	O Conselho de Articulação dos Povos e Organizações Indígenas do Brasil (CAPOIB)
1993	2ª Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas
9 a 11 de novembro de 2005	Criada a Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB)
2001	3ª Conferência Nacional de Saúde Indígena
2002	Criação da SESAÍ
2006	4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena; Comissão Nacional de Política Indigenista (CNPI); Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena (FCONDISI);
2013	Conferência Nacional de Saúde Indígena
11 de abril de 2019	Decreto Nº 9.759, que extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal; Extintos os FCONDISI e o CNPI.
Janeiro de 2023	1ª Ministra da Saúde; Revogação do Decreto Nº 9.759/2019
Janeiro de 2023	Criação do Ministério dos Povos Indígenas
Janeiro de 2023	Transformação da FUNAI em Fundação Nacional dos Povos Indígenas

Fonte: Adaptado a partir da FIOCRUZ (2023).

Nestes termos, Teixeira (2017, p. 726) revela que

O campo da participação social, portanto, parece ser um espaço de disputa no qual está em jogo a luta permanente por definir conexões e afirmar o vínculo intrínseco entre a gestão concebida como técnica e o gestar próprio à criatividade da política (Souza Lima 2003). Dito de outra [maneira], se o que caracteriza os governos contemporâneos é a transformação das lutas sociais, sejam étnicas, de classe ou de gênero em tecnicidades de governo; a participação social tem a possibilidade de repolitizar os processos estatais, ao trazer para o debate dentro das esferas administrativas a experiência da vida cotidiana e da luta contra a injustiça social que qualifica os movimentos sociais.

Por essas razões, a princípio faz-se necessário compreender a lógica das lutas dos movimentos, como ocorreu e tem ocorrido a participação indígena. E como essa prática tem impactado nas políticas indígenas de saúde ao longo dos anos.

A respeito disto, e incluso esse debate da participação, é necessário apreender inicialmente que todas essas inserções da participação são claras reivindicações dos movimentos sociais com intuito de garantir direitos sociais universais e equânimes. Como posto por Teixeira (2017, p. 725), nesse “[...] sentido, seria um desdobramento da expansão do associativismo no período democrático brasileiro. No caso dos povos indígenas tal processo é intenso e se dá via associações diversas e articulações indígenas regionais e nacionais, com forte presença em políticas públicas”.

Ao fortalecer esta ideia, a Lei 9.836/99, que cria o SASISUS, também, garante a “participação indígena nos órgãos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas públicas de saúde, que são os conselhos de saúde” (Brasil, 2021h, p. 1).

Estes por sua vez devem estar vinculados ao subsistema e encontram-se organizados por Brasil (2023d) em: Conselho Local de Saúde Indígena (CLSI) como um espaço de governança permanente, consultivo composto somente por indígenas; pelo Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI), que possui característica permanente, paritário e deliberativo no controle social e Fórum de Presidentes dos CONDISI (FPCONDISI), um fórum permanente e consultivo.

Consoante a esta afirmação, vale informar que cada DSEI possui seu respectivo CONDISI. O Brasil, nesse caso apresenta 34 CONDISI e o Pará 4 conselhos, um por distrito. Esses CONDISI “são órgão de caráter consultivo, deliberativo, propositivo, analítico e fiscalizador, cuja função é deliberar acerca das ações relativas à saúde indígena no território de abrangência do DSEI, no âmbito do SASISUS, articulado com o SUS” (Brasil, 2023a, p. 1).

Os conselhos mencionados acima apresentam as seguintes atribuições:

I – Participar na elaboração e aprovação do Plano Distrital de Saúde Indígena, bem como acompanhar e avaliar a sua execução; II - avaliar a execução das ações de atenção integral à saúde indígena; e III – apreciar e emitir parecer sobre a prestação de contas dos órgãos e instituições executoras das ações e dos serviços de atenção à saúde indígena (Brasil, 2023, p. 1).

Dentro deste universo, o CONDISI possui a seguinte composição:

I - 50% de representantes dos usuários, eleitos pelas respectivas comunidades indígenas da área de abrangência de cada [...]; II - 25% de representantes dos trabalhadores que atuam na atenção à saúde indígena no respectivo Distrito [...] e em órgãos do SUS que executam ações de apoio complementar na atenção à saúde indígena [...] ao respectivo DSEI, todos eleitos pelos trabalhadores; e III - 25% de representantes dos governos municipais, estaduais, distrital, federal e prestadores de serviços na área de saúde indígena, conforme o caso, nos limites de abrangência de cada Distrito Sanitário Especial Indígena, todos indicados pelos dirigentes dos respectivos órgãos que representam (Brasil, 2023, p. 1).

Consoante a este fator é pertinente ressaltar que durante a pandemia pelo Covid-19 muitos retrocessos ocorreram, como a própria revogação do FCONDISI pela gestão federal anterior, dentre outros ocorridos que esta tese apresenta.

Todavia, no dia 12 de janeiro de 2023 ocorre a “cerimônia de posse da nova coordenação do [...] FPCONDISI. O grupo é responsável por promover o fortalecimento e a articulação política do Controle Social, no âmbito da gestão participativa do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS)” e do SUS, com base nas diretrizes estabelecidas nas Conferências Nacionais de Saúde Indígena (Brasil, 2023).

Para as lideranças indígenas que tomaram posse, isso foi um avanço, no resgate do FCONDISI, que havia sido destituído (Brasil, 2023, p. 1).

Dada a essas exposições de grandes fragilidades que assolaram a participação social indígena, a Fiocruz ofertou em meados de junho de 2023, um curso de aperfeiçoamento para o controle social indígena, para os movimentos sociais indígenas, trabalhadores, professores, estudantes e outros interessados na temática, pois surge a necessidade no pós-pandemia e após diversas legislações de grandes retrocessos para os indígenas, o fomento dos direitos desses povos originários, um deles à saúde, a participação social e controle social (FIOCRUZ, 2023).

Ilustração 5 - Mobilizações organizadas pelos povos indígenas em Brasília



Fonte: Mídia Índia, 2019.

Justamente acerca das premissas adotadas pela participação social faz-se relevante apontar que os movimentos indígenas são compostos por organizações e associações indígenas que tiveram papel fundamental nas decisões das políticas públicas indígenas no Brasil (FIOCRUZ, 2023). Entre os diversos movimentos indigenistas está a APIB, que

congrega, em sua coordenação executiva, representantes das diferentes organizações indígenas regionais no Brasil. São elas: Articulação dos Povos Indígenas do Nordeste, Minas Gerais e Espírito Santo (APOINME); Conselho do Povo Terena, Articulação dos Povos Indígenas do Sudeste (ARPINSUDESTE); Articulação dos Povos Indígenas do Sul (ARPINSUL); Grande Assembleia do Povo Guarani (ATY GUASU); Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB) e a Comissão Guarani Yvyrupa (FIOCRUZ, 2023, p. 01).

A APIB juntamente com as demais organizações representa o fortalecimento da união e articulação dos povos indígenas nas diferentes regiões do país. E possuem como objetivos: “unificar as lutas dos povos indígenas, a pauta de reivindicações e demandas e a política do movimento indígena; mobilizar os povos e organizações indígenas do país contra as ameaças e agressões aos direitos indígenas” (FIOCRUZ, 2023, p. 04).

O Quadro 1 e a Ilustração 5 representam muitas conquistas realizadas pela mobilização dos movimentos indígenas, como a própria SESAI, a CNPI que integra o CNS, a revogação do Decreto Nº 9.759/2019. Baseado nestas colocações, os impactos desencadeados pelas grandes “organizações indígenas consolidaram a sua importância nas lutas indígenas e estão distribuídas por todo o país, abrangendo povos diversos, em arranjos locais, regionais e até mesmo nacional, debatendo temas variados como luta pela terra, movimento estudantil”, entre outras frentes (FIOCRUZ, 2023, p. 04).

3.5 Políticas indigenistas na América Latina

A partir da década de 1950, houve o início do movimento para salvar os indígenas das iniquidades e incluí-los numa sociedade mais democrática e com justiça social. Conforme Verdum (2014, p. 3), fomentou-se, então, o debate acerca da “[...] ação indigenista internacional na região latino-americana, em particular nos países de língua hispânica. Isso era visto como parte do objetivo de promoção do progresso e base para o desenvolvimento nacional”.

Na região hispânica, as autoridades da época aboliram a escravidão dos indígenas, com o fim de evitarem seu extermínio. Desse modo, estes mesmos indígenas tiveram que ser servos nessa sociedade. De acordo com Quijano,

[...] em alguns casos, a nobreza indígena, uma reduzida minoria, foi eximida da servidão [...], devido a seus papéis como intermediária com a raça dominante, e lhe foi também permitido participar de alguns dos ofícios nos quais eram empregados os espanhóis. (Quijano, 2005, p. 118).

No colonialismo ibérico houve uma reestruturação da população indígena, mas que não gerou liberdade para eles, e sim apenas outro processo de servidão. Todavia, Quijano vem afirmar que

[...] a servidão dos índios na América não pode ser, [...] equiparada à servidão no feudalismo europeu, já que não incluía a suposta proteção de nenhum senhor feudal [...]. Sobretudo antes da Independência, a reprodução da força de trabalho do servo índio se fazia nas comunidades (Quijano, 2005, p. 120).

E após a independência, continuava a servidão e o trabalho escravo, pois não recebiam salários (Quijano, 2005, p. 120).

Todavia, Acosta (2012) relembra que, nas últimas décadas, há um aumento de crédito pela cultura indígena e seu modo de vida, o que corrobora para transformações na política indigenista a nível internacional. Foi através da abordagem holística nos saberes indígenas, seu modo de vida, a ética e a espiritualidade com o meio ambiente que caracteriza o “Bem viver”. Essa visão de mundo reflete na qualidade de vida dessa população e foi adotada como filosofia por alguns países como a Venezuela e a Colômbia.

O Buen Vivir, representa para os indígenas que não há desenvolvimento sem respeitar o meio ambiente e os valores humanos (Acosta, 2012, p. 201-202). Para Ponte (2011, p. 72), a “[...] Bolívia tem dado destaque às políticas públicas para os indígenas, em termos constitucionais e em cumprimento da convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT). Na Colômbia, as transformações [...] começaram a partir da Constituição de 1991”, o que demonstra avanços legais para a política indigenista na América Latina.

Vale ressaltar que as conquistas nas legislações dos países da América latina se deram por meio da luta dos movimentos indígenas em prol das suas necessidades e diversidades. Contudo, Ponte (2011, p. 73) lembra que, “[...] no Brasil, os indígenas fazem parte da população pluricultural [...], são menos numerosos e sua mobilização política é menos expressiva que nos demais países, inclusive se comparados aos países da América Latina”. O que, para esse autor, se configura como um problema para a população indígena.

Diante dessas injustiças sociais e políticas aos indígenas, em 1979 foi constituída

[...] a União das Nações Indígenas (UNI), permitindo o surgimento de lideranças indígenas e de uma política indígena contrária à política indigenista oficial. Esse fato novo teve repercussão positiva no interior do mundo indígena, no espaço das suas relações com a sociedade nacional e nos meios de comunicação. (Ponte, 2011, p. 73).

Sobretudo, esse fato histórico colaborou para dá prosseguimento a diversos movimentos sociais indígenas. Mobilizou, em diversos países, importantes assembleias entre os indígenas que passaram a discutir acerca dos seus direitos e a fomentar sobre a necessidade de organizar e mobilizar todos para o debate político (Ponte, 2011). Inclusive no Brasil, essa mobilização alcançou a 8º Conferência Nacional de Saúde, com o desdobramento na 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, realizada em Brasília, em 1986, o que daria subsídios para os artigos presentes hoje na Constituição de 1988 e na criação do SUS, com ações e serviços oficializados nas leis orgânicas de saúde.

3.5.1 Política indigenista no Brasil

A política indigenista iniciada no Brasil deve ser explicada desde a colonização até a atualidade. Isso de maneira a permitir a compreensão de como se deu a formulação das políticas hoje existentes para o indígena. Segundo Gomes (1991), uma forte desagregação étnico-tribal e o extermínio das culturas e dos povos indígenas que mantinham contato com o modo de vida europeia demonstram muitas injustiças realizadas frente às nações indígenas. Essas injustiças eram respaldadas através de legislações criadas no período colonial e que regularam a vida dos indígenas, onde não era reconhecido seus direitos como: liberdade, autonomia e posse de suas terras.

Rocha (1996) aponta para vários desafios enfrentados na política indigenista e que envolviam questões de orçamento deficiente para implantação e implementação das políticas para esses povos. Essa dificuldade de sobreviverem frente a todas as diversidades enfrentadas com a “chegada do homem branco é visível e está representada pelo levantamento de 230 grupos indígenas catalogados até 1900, sendo que somente 143 desses, conseguiram sobreviver até 1957” (Rocha, 1996, p. 107).

Todavia, Rocha (1996) ressalta a defesa do Serviço de Proteção ao Índio (SPI) por alguns indigenistas, pois para esses estudiosos, o mesmo órgão foi um grande protetor dos povos indígenas. Vale ressaltar que o SPI teve grande responsabilidade na prevenção da extinção dos mesmos e que a ausência desse órgão provocaria o extermínio desses povos naquela época. Todavia, alguns teóricos como Baldus (1962) relatam que as estratégias do SPI estavam envolvidas por muita burocracia, o que provocava deficiências e morosidade nas ações ofertadas pelo serviço, no qual se propunham a realizar.

Foram discutidas algumas peculiaridades relativas à assistência à saúde em áreas indígenas (Confalonieri, 1989), revendo-se brevemente algumas das experiências brasileiras recentes neste campo e foi concluído com algumas sugestões de estratégias a serem implementadas no sentido de se estender, de modo mais eficaz, a participação do Estado nos cuidados de saúde aos grupos indígenas do território brasileiro.

Historicamente, o cuidado em saúde aos indígenas sempre teve algumas implicações devido as peculiaridades culturais e linguísticas os primeiros cuidados levados as aldeias, partiram das missões religiosas. Em seguida outros dois serviços foram criados para assegurar a saúde aos indígenas: o Serviço de proteção ao índio (SPI) e posteriormente o serviço de unidades sanitárias. Porém e como posto por Confalonieri (1989), os dois serviços apenas atendiam a surtos epidêmicos e ao controle da tuberculose nas áreas indígenas.

Conforme Rocha (1996), a criação da Fundação Nacional do Índio (FUNAI) e a extinção do SPI foram provocados pelos movimentos internacionais e nacionais que ocorriam na época em prol dos povos indígenas.

Para Confalonieri (1989) uma das primeiras tentativas de sistematizar o atendimento em saúde nas áreas indígenas, foi a criação das equipes volantes em saúde, dentro da divisão de saúde da FUNAI. Esse modelo, responsável pela maior parte das ações de saúde que eram implantadas nessas áreas, também apresentou dificuldades na sua execução, como: falta de estrutura e planejamento, remuneração adequada, carência de recursos, não tinha articulação com outros níveis de atenção e com isso, a FUNAI conseguiu alguns convênios com instituições governamentais e não governamentais.

Essas por sua vez, desenvolviam peculiaridades do trabalho em saúde em comunidades indígenas, como: situação de transculturação (trabalhando o processo de saúde- doença, através de sistemas tradicionais de crenças e práticas de cura); situação geográfica (dificuldade de acesso e deficiência da infraestrutura local e recursos que contribuem para a descontinuidade das ações e programas); dinâmica do perfil epidemiológico (conhecido pelo rápido ciclo de adaptação as enfermidades antes desconhecidas).

Levando em consideração os pontos levantados, Confalonieri (1989) ressalta que o relatório apresentado na Conferência de Proteção à Saúde do Índio, a assistência à saúde prestada a essa população ainda tem deficiência e carece de uma articulação corrente com as necessidades específicas da população indígena.

O relatório também pontuou algumas propostas que devem ser adotadas para solucionar esses problemas. Dentre elas as principais foram: a participação de líderes indígenas na criação de políticas em saúde, a criação de uma agência específica para assuntos de saúde indígena, o desenvolvimento de estratégias na área da atenção básica que respeite a integridade das práticas e culturas características dos povos indígenas (Confalonieri, 1989).

A reorganização do sistema de atenção à saúde em âmbito nacional, para que haja uma melhor integração e distribuição dos serviços, se apresenta como uma saída adequada para a construção de uma estrutura de saúde que atenda às necessidades dos grupos indígenas brasileiros, que sofreram um processo de destribalização até então, relativamente reduzido com a necessária reestruturação administrativa ministerial para uma adequada gestão do sistema a nível central surge oportunidade para a criação de um organismo específico para a coordenação executiva das ações de saúde e responsável pela elaboração e implementação de políticas de saúde para as populações indígenas (Confalonieri, 1989).

A FUNAI foi “palco” para diversas disputas, que colaboraram para criação de um “[...] monopólio sobre o exercício de diversos poderes sobre os povos nativos. Sua finalidade seria implantar, gerir e reproduzir tal [modalidade] de poder de Estado com suas técnicas prático administrativos, principais normas” (Rocha, 1996, p. 108). Isso, de fato, prorrogou-se por décadas e ainda se estendeu até a gestão passada se formos avaliar as normatizações.

Esse argumento anterior encontra respaldo na discussão tecida por Pontes (2011), a qual atribui um discurso desenvolvimentista ao governo militar da década de iniciada em 1970. Nessa direção, para Ponte (2011), os militares defendiam que as terras indígenas eram desproporcionais à população indígena e que os vazios demográficos precisavam ser ocupados pelo Estado. Para Pontes (2011, p. 73), diante dessas “[...] práticas autoritárias do governo ditatorial, ocorreu o avanço das relações capitalistas na Amazônia, sob a égide do grande capital”.

Essa introdução do capitalismo nos territórios indígenas e, sobretudo, na Amazônia representara o desmonte que vivenciamos até os dias atuais, com os grandes impactos sociais, ambientais, culturais e econômicos. A pensar-se com Simonian (2018), tais impactos afetam não apenas os indígenas, mas também os povos que habitam a Amazônia e lutam pela sua sobrevivência. É importante, considerar que esses impactos no meio ambiente, contribuem fortemente na saúde desses povos, o que é demonstrado pelos atuais indicadores de saúde de morbidade e mortalidade.

Ponte (2011, p. 72) acrescenta que os projetos desenvolvimentistas e econômicos da ditadura pautavam a inserção e participação dos indígenas na sociedade a partir de “projetos de colonização, os quais [...] ocasionaram prejuízos às populações indígenas, tais como epidemias de sarampo e gripes, pondo em risco a sobrevivência dessas populações em nome do progresso e do desenvolvimento”.

Nota-se, que décadas depois da ditadura, mais precisamente nos últimos quatro anos há um descaso do Estado brasileiro, como afirma Loureiro (2023, p. 56), pois o desrespeito e a “destruição dos territórios indígenas e o modus operandi como os empreendimentos promovem o confronto com as populações originárias e tradicionais da região [...] costumam provocar a violação dos direitos desses povos”, somando-se a tudo isso o estabelecimento de políticas públicas extremamente negativas para Amazônia.

Entretanto, o capítulo VIII do artigo 231 da Constituição Federal de 1988 versa acerca do reconhecimento dos direitos dos indígenas sobre suas terras. Indo além, o capítulo destaca o dever do Estado de salvaguardar esses direitos por meio de competências atribuídas à União. Portanto, é possível afirmar que a Constituição Federal de 1988 reconheceu a organização social, os costumes, línguas, crenças e tradições dos indígenas. Ademais, como consta em Brasil (1988, p. 133), admitiu os direitos originários sobre as terras tradicionalmente ocupadas, atribuindo à União o dever de demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os seus bens.

3.6 Saúde indígena no Brasil e seus desafios

Os debates em prol da saúde indígena começaram a partir dos movimentos desencadeados na I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, ocorrido em 1986 e na II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas realizado em 1993. Essas conferências ocorreram como encaminhamentos da VIII e IX Conferências Nacionais de Saúde, que por sua vez tratavam da iminente necessidade em busca de estratégias para minimizar a mortalidade e morbidade, que assolava esses povos.

No entanto, é fundamental enfatizar a luta desses povos por uma saúde que compreenda o olhar equânime em relação aos seus valores, crenças e saberes tradicionais em busca da cura e cuidado no processo de saúde-doença para esses povos, correlacionando com sua medicina tradicional (Brasil, 2002b).

A prosseguir nessa discussão, o debate acerca da saúde aos indígenas é fortalecido e encontra maior direcionamento a partir da Constituição Federal de 1988, com a promulgação da Lei Orgânica nº 8.080 de 1990. Embora, somente após nove anos é que foi publicada a medida provisória nº 1.011/08 de 29/07/99, que logo seria transformada em Lei Sérgio Arouca, normatizada pelo Decreto nº 73.156/99, no qual foi constituído o Subsistema da Saúde Indígena (SASISUS). Dessa maneira, o Ministério da Saúde assume as responsabilidades acerca da implantação e implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde aos Povos Indígenas (Brasil, 2002a).

Por outro ângulo, apesar dos diversos movimentos em prol de uma política de saúde mais abrangente aos indígenas há muitos vazios assistenciais. Rocha (1996, p. 105) entende que as ações desenvolvidas pelo Estado para indígenas brasileiros são muitas, porém fragmentadas. Isso vem sendo discutido pelos movimentos sociais indígenas, pela academia e indigenistas desde a criação do Sistema Único de Saúde.

Ilustração 6 - Trajeto para as aldeias de Oriximiná



Fonte: Corrêa (2019).

Contudo, o debate do acesso em tempo real e oportuno dos indígenas às redes de atenção à saúde são extremamente relevantes como indicador essencial junto à continuidade do cuidado para essas etnias. A partir dessa análise, Mendes vem legitimar uma mudança no modelo de saúde, através da organização de modelos logísticos que favoreçam o acesso e acessibilidades de toda a população as ações e serviço de saúde, conforme as Ilustrações 6 e 7. E acrescenta a esses referencias teóricos que a

organização das RAS³, para ser feita de [maneira] efetiva, eficiente e com qualidade, tem de estruturar-se com base nos seguintes fundamentos: economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade e acesso; integração horizontal e vertical; processos de substituição; territórios sanitários; e níveis de atenção (Mendes, 2011, p. 20).

³ As RAS, como outras formas de produção econômica, podem ser organizadas em arranjos produtivos híbridos que combinam a concentração de certos serviços com a dispersão de outros [...] A organização das RASs, para ser feita de forma efetiva, eficiente e com qualidade, tem de estruturar-se com base nos seguintes fundamentos: economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade e acesso; integração horizontal e vertical; processos de substituição; territórios sanitários; e níveis de atenção (Mendes, 2011, p. 71).

Ilustração 7 - Organização do avião para entrada na Aldeia Mapuera, Oriximiná/PA



Fonte: Corrêa (2019).

Entretanto, convém mencionar que o modo como a saúde indígena foi planejada não equivale ao que vem sendo implementado. Para Vargas *et al.* (2010, p. 1399), essa realidade tem provocado práticas de saúde com deficiências no acesso às ações de saúde e os vazios de pontos de atenção são maneiras de aumentar as iniquidades entre esses povos. Além disso, essas deficiências reduzem as chances de sobrevivência deles.

Nessa compreensão, Confalonieri (1989) afirma que esforços de reorganização institucional foram propostos, com o objetivo de melhorar o atendimento de saúde para os indígenas, visando superar os aspectos biológicos adversos das fases iniciais da transição da morbimortalidade, pela proteção contra agravos de maior importância, notadamente os de natureza infecciosa. Outra perspectiva é em relação a “profilaxia cultural”: assegurar a estas comunidades a possibilidade de direcionarem e controlarem o processo geral de aculturação e mudança em seus hábitos e estilos de vida tradicionais e a consequente participação progressiva na formação socioeconômica dominante.

Consequências da profilaxia cultural: perda de identidade cultural, da coesão social e da dignidade individual; baixos níveis de escolaridade e emprego; doenças mentais e violência em proporções epidêmicas, um papel importante na sustentação de programas e estruturas públicas de atendimento aos indígenas está reservado às instituições universitárias e de pesquisa, bem como às entidades médicas e afins: promovendo a discussão sobre aspectos relacionados à saúde desses povos, bem como a participação efetiva em programas e pesquisas, contribuiriam para a produção de conhecimentos sobre a dinâmica do processo de saúde-doença dos indígenas, reafirma (Confalonieri, 1989).

Já as instituições científicas teriam importantes contribuições a oferecer como, por exemplo, através da criação de técnicas permanentes de assessoramento a órgãos governamentais. Portanto deve o setor público, incorporar de maneira mais efetiva suas discussões sobre o futuro da assistência à saúde no Brasil a problemática específica das populações indígenas que ainda mantêm, em grande medida, o seu conteúdo étnico original. Há de se ter em mente que não se pode forçar uma integração destes grupos ao sistema de saúde de modo não-diferenciado (Confalonieri, 1989), já que eles sob os aspectos linguístico, ideológico e econômico se diferenciam da sociedade nacional como um todo.

3.7 O processo de regionalização no Brasil: do pacto ao decreto 7.508/11

O Sistema Único de Saúde (SUS) é o maior sistema gratuito do mundo, responsável pelo cuidado e promoção da saúde até as ações e serviços mais complexos, como o transplante de órgãos. Em contrapartida, o seu maior desafio ainda é disponibilizar o acesso igualitário para todos os cantos do Brasil. Em 1988, com a criação do SUS efetivada pela Constituição Federal, viu-se a necessidade de se discutir a respeito do processo de gestão realizado até então. Conforme Brasil (2006a), havia uma insatisfação sobre o modelo de administração e regulamentação exercido; muitas portarias; o grande número de regras e a burocratização.

Assim, desde meados de 2003 a 2004, iniciou-se um movimento de discussão entre o Ministério da Saúde (MS), Conselho Nacional de Secretarias de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). O debate girou em torno da necessidade da criação de um pacto entre os três entes federados, substituindo todo o processo de habilitação previsto nas Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS). Tal conjuntura, estruturou a elaboração de um novo pacto em saúde que visasse descentralizar o “poder” dos entes federativos e que desse autonomia aos municípios, e conseqüentemente, à população (Brasil, 2006a).

Na atualidade, um dos maiores desafios para o SUS é a oferta de atenção à saúde nos grandes aglomerados urbanos. As condições de saúde das populações urbanas são a expressão mais emblemática das formulações das políticas sociais, refletindo os avanços e as limitações das condições de vida e o resultado da integração, mais ou menos adequada, das políticas públicas (Pereira, 2009). Em geral, nas grandes cidades brasileiras as redes de assistência à saúde não estão preparadas e dimensionadas para conseguir atender à demanda existente, seja a gerada pela sua população própria, seja a condicionada por pacientes oriundos de áreas sem oferta ou com oferta insuficiente de serviços de saúde (Brasil, 2002b).

Cerca de 70% dos municípios brasileiros possuem menos de 20.000 habitantes e dependem, sobremaneira, das transferências federais para a execução dos serviços de saúde. Suas receitas sequer são suficientes para a garantia da atenção básica. E mais, é possível dizer que a grande heterogeneidade do país resultou em processos diferentes de municipalização e afirmação de suas responsabilidades sanitárias (Simão; Orellano, 2015).

Esta situação desencadeou estratégias de enfrentamento, envolvendo relações mais cooperativas e solidárias entre os três entes federados e resultou na apresentação pelo MS de:

[...] uma proposta à Comissão Intergestores Tripartite (CIT), sobre o processo de regionalização para a saúde, tendo como objetivo garantir a integralidade do acesso, a redução das desigualdades e a qualificação da gestão descentralizada do SUS. Sua regulamentação foi publicada por meio da Portaria MS/GM nº 95, de 26 de janeiro de 2001, como a Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/01 – NOAS-SUS. Esta formulação é fruto de acúmulo do processo de descentralização e da regionalização, que trouxe novas reflexões acerca do papel dos gestores estaduais do SUS (Brasil, 2001b, p. 28).

A Constituição Federal de 1988, em seus art. 198 e art. 23, estabelece que as ações e serviços públicos de saúde devem estar organizados de maneira regionalizada tendo a cooperação intergovernamental como requisito ao “equilíbrio do desenvolvimento e do bem-estar em âmbito nacional” (Brasil, 1988, p. 13). Outro marco é a Lei Orgânica da Saúde (art. 7º/Lei 8.080) e a NOB-SUS 01/92. Na primeira, a regionalização é formulada como um dos princípios do SUS e a segunda reconhece a “[...] organização das referências intermunicipais no financiamento das atividades ambulatoriais e hospitalares e na política de investimentos” (Brasil, 1990, p. 45).

Merece destaque ainda, os desafios históricos para implementar a regionalização, visto que de acordo com o Ministério da Saúde:

[...] a Regionalização está prevista como diretriz do SUS desde a constituição Federal, entretanto, nos primeiros movimentos de implantação do SUS houve foco acentuado na descentralização e na municipalização dos serviços e da gestão. Embora a constituição federal e a lei nº 8.080/90 tenham definido o papel central da regionalização na estruturação do sistema de saúde, sua implantação tem sido paulatina a partir das normas operacionais, a organização dos serviços e da gestão municipal assume relevância e a regionalização gradualmente é abordada. Assim, a Norma Operacional Básica de 1993 (NOB 93) cita na introdução a regionalização, porém com enfoque na articulação inter-municipal, sem estabelecer priorização na estruturação de regiões de saúde; a Norma Operacional Básica de 1996 (NOB/96) por sua vez, fica restrita ao enfoque quase exclusivo na estruturação do sistema municipal (Brasil, 2006b, p. 9).

A partir das NOAS 01/2001 e das NOAS 01/2002, a regionalização ganha importância na normatização do SUS, sendo colocada como objetivo central desta norma, entre outros, o PDR, como instrumento de planejamento e organização do SUS. Porém, as NOAS 01/2001 e as NOAS 01/2002 evidenciam apenas a regionalização da assistência à saúde, e o PDR, como instrumento de desenho da distribuição e articulação das ações e serviços assistenciais (Pereira, 2009). O Pacto pela Saúde veio manter a regionalização como eixo central e reafirma os instrumentos de planejamento instituídos pelas NOAS 01/2001 e NOAS 01/2002.

O Pacto de Gestão amplia a visão da regionalização para além da assistência, evidencia a conformação de sistemas regionais que deem conta da organização da saúde integral nos diversos componentes. “O PDRI assume a função de instrumento de planejamento sistêmico do espaço regional, deixando de ser focado na assistência. Além disso, institui o Colegiado de Gestão Regional (CGR) como instância de cogestão no espaço regional” (Brasil, 2008a, p. 32).

Em decorrência do reconhecimento da diversidade de realidades e dos estágios de efetivação da regionalização em cada Estado, não foi a intenção do MS normatizar o funcionamento de cada CGR, mas promover o processo permanente de negociação e pactuação em situação de amplo dinamismo, como é na regionalização, com orientações para o seu funcionamento. Ao contrário, envolveu permanente negociação e inclusive a diferenciação entre regiões de saúde do mesmo Estado, incorporando avanços e superando desafios, com base nas experiências em curso nos Estados (Brasil, 2008a).

Constam em documentos do MS elementos de referência para apoiar a construção da institucionalidade e governança desta nova figura colegiada. Tendo em vista a agenda interfederativa, acordada em abril de 2009 na CIT, cuja diretriz orientadora foi a busca do fortalecimento dos CGR. Fomentando esses espaços de pactuação regional, cujos avanços na organização e plenitude de funcionamento concorrem para a efetivação das funções de gestão do SUS e, fundamentalmente, contribuem para o avanço e consolidação da descentralização e da regionalização do SUS (Rodrigues, 2012).

Em 2006, resultado de um longo processo de maturação e consensos, foram publicadas as portarias: GM/MS Nº 399, de 22/02/2006, que define as diretrizes do Pacto pela Vida; e a nº 699, de 03/04/2006, que regulamenta as diretrizes dos pactos pela vida e de gestão, a portaria nº 698, de 03/04/2006, que institui o novo modo de repasse de recursos federais por blocos de financiamento (Brasil, 2006a). O Pacto pela Saúde não só reiterou os princípios constitucionais do SUS, quais sejam, universalidade, integralidade da atenção à saúde e equidade no acesso. Mas também, procurou modernizar os mecanismos de gestão do SUS, investindo na contratualização solidária da gestão, rompendo com a prática cartorial, desenvolvendo as habilidades de cooperação, solidariedade, cogestão e deliberação (Pereira, 2009).

O Pacto pela Saúde, regulamentado pelas portarias GM/MS de nº 399 e nº 699 e, sobretudo, com a finalidade de substituição das antigas habilitações, vem garantir o compromisso firmado entre os gestores das três esferas para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS, com base nos princípios constitucionais e ênfase das necessidades de saúde da população.

O Pacto reforça a organização das regiões sanitárias instituindo mecanismos de cogestão e planejamento regional. Ademais, ele fortalece os espaços do controle social, qualificando o acesso da população à atenção integral na saúde. Além, de redefinir os instrumentos de regulação, programação e avaliação, bem como valorizou a macro função de cooperação técnica entre os gestores e o financiamento tripartite, na busca de estimular critérios de equidade nas transferências fundo a fundo (Brasil, 2006a).

Segundo o MS, a constituição do CGR foi uma etapa da regionalização, que para o pleno funcionamento, requer que os instrumentos de planejamento, a regulação, a programação, a governança e a ação coordenada entre os gestores sejam efetivas e permanentes (Brasil, 2015b). Assim, o colegiado se configura num espaço permanente de pactuação de soluções para a organização da rede regional de ações e serviços de atenção à saúde, integrada e resolutiva. E este, por sua vez, é regulamentado através da Portaria GM/MS nº. 2.691 de 19 de outubro de 2007, que define critérios de reconhecimento e transferência de recursos (Brasil, 2007a).

Para esse reconhecimento, a CIB enviava à CIT documentos com informações sobre o CGR, como: denominação da região de saúde, desenho da região, relação dos municípios integrantes do CGR, adesão ao pacto pelo Estado ou do conjunto de municípios da região, plano de atividades para utilização do incentivo financeiro em custeio. Todavia, essa instância necessitava de acompanhamento, bem como, da análise da organização e funcionamento.

Com efeito, o estabelecido nessas portarias acima previa um processo dinâmico de planejamento regional, atualizando e acompanhando a Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde, além de, desenhar o processo regulatório com definição de fluxos e protocolos. Ressaltando a necessidade desse colegiado, também foi necessário priorizar linhas de investimento, estimulando estratégias de qualificações do controle social, apoiando o processo de planejamento regional e dessa maneira, contribuindo para um processo dinâmico de avaliação e monitoramento regional (Brasil, 2008b).

Ressalta-se que o CGR foi uma inovação do Pacto pela Saúde, pois efetivou a articulação permanente e contínua entre os municípios e o Estado, na região de saúde na qual está inserido, o que nem sempre ocorria nas CIB regionais. A partir da implantação do Pacto pela Saúde, todos os gestores dos municípios tiveram assento e voz no CGR, sem paridade e, por meio da pactuação, procuraram garantir que demandas dos diferentes interesses regionais possam ser organizadas e expressadas naquele território (Brasil, 2008a).

Em face dessas considerações, o Pacto pela Saúde, regulamentado pelas portarias ministeriais de nº 399, de 22 de fevereiro de 2006 e a de nº 699, de 30 de março de 2006, trouxe consigo, o “[...] compromisso firmado entre os gestores para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS, com base nos princípios da constituição e nas necessidades de saúde da população” (Brasil, 2006b, p. 7). O Pacto foi um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do SUS.

O Pacto pela Saúde redefine as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população na busca da equidade social (Brasil, 2006b, p. 07). Com o Pacto surge ainda o fortalecimento do processo de regionalização, como eixo norteador do pacto e diretriz principal. Vale ressaltar que o processo de regionalização veio sendo enfatizada desde a constituição, na lei orgânica 8.080/90; com as Normas Operacionais Básicas (NOB) e nas Normas Assistencial de Atenção à Saúde (NOAS). Sendo que houve uma maior intensidade no pacto interfederativo⁴, pois, este amplia a visão de regionalização para além da assistência, constituindo sistemas regionais que respondam a organização de saúde integral da população.

⁴ O pacto interfederativo é o processo de negociação entre os entes federados (Municípios, Estados e Distrito Federal), que envolvem um rol de indicadores relacionados a prioridades nacionais em saúde, cabendo aos entes federados discutir e pactuar tais indicadores que compreendem os interesses regionais (GDF, 2017).

Vale ressaltar que o Plano Diretor de Regionalização (PDR) assume a função de instrumento sistêmico do espaço regional, deixando de ser apenas focado na assistência. Com isso, surge a instituição dos Colegiados de Gestão Regional (CGR) (Brasil, 2007). Os colegiados, então, foram instâncias de cogestão, governança e cooperação solidária no espaço regional. Mas, de acordo com o novo decreto de nº 7.508/2011, houve uma nova nomenclatura para os CGR, ou seja, foram criadas a Comissão Intergestores Regional (CIR), com um maior empoderamento aos gestores nesse espaço.

Dessa maneira, as comissões Intergestores - Comissão Intergestores Tripartite (CIT), Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e CIR, são reafirmadas como espaços de pactuação, de organização e de funcionamento das ações e serviços de saúde, integrados em Redes de Atenção à Saúde⁵ (Brasil, 2015b).

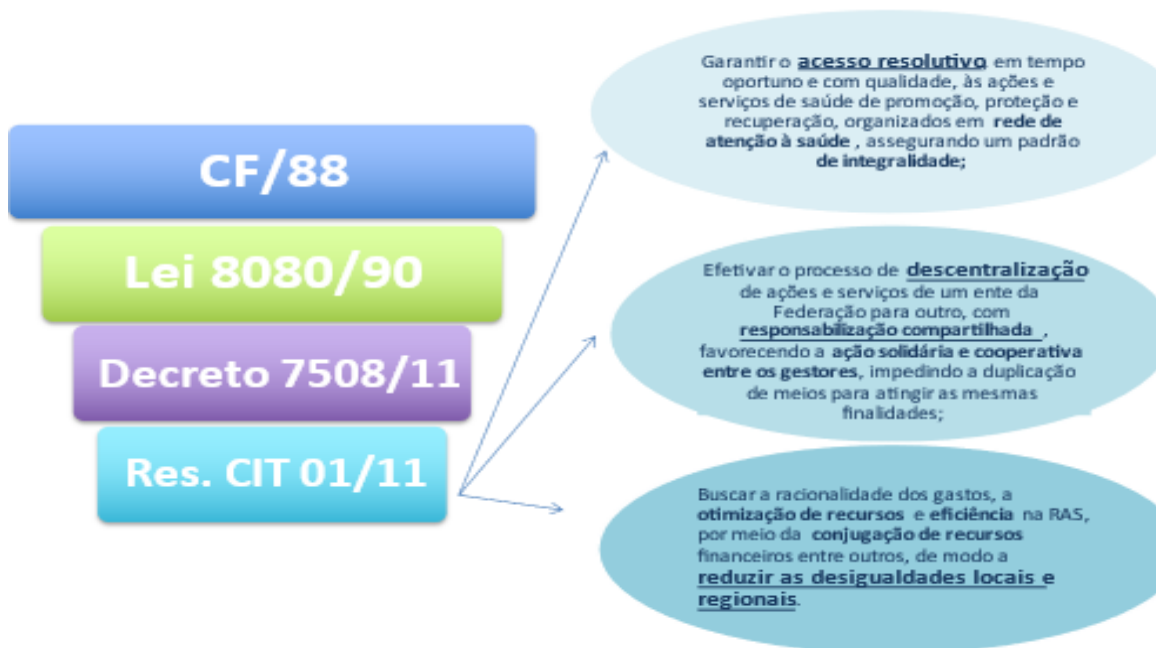
Esta CIR por sua vez terá como atribuições:

Instituir câmaras técnicas da CIR para assessoramento dos gestores que a compõem; pactuar critérios de acessibilidade; pactuar as responsabilidades de cada ente federativo na região de saúde; pactuar as diretrizes complementares às nacionais e estaduais para o fortalecimento da cogestão regional; entre outras, monitorar e avaliar o COAP e em particular o acesso e as ações e serviços de saúde (Brasil, 2011b, p. 3).

Ressalta-se ainda, que a publicação do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a lei orgânica 8.080/90 (conforme Ilustração 8), e que versa sobre: regiões de saúde, instrumentos de planejamento do SUS, bem como, a regulamentação das atuais CIR, dando a estes, espaços de governança, discussão e pactuação, maior empoderamento nas decisões políticas de saúde (Rodrigues, 2012).

⁵ Redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – e com responsabilidades sanitária e econômica e gerando valor para a população (Mendes, 2011, p. 82).

Ilustração 8 - Base Conceitual no SUS



Fonte: Brasil (2011).

Depreende-se, portanto, que compreender o processo de regionalização requer entender como ocorreu o fortalecimento das ações e serviços em saúde de um determinado território. Através de pactuações e implementações de sistemas de regulação em serviços de saúde, fortalecendo a organização de redes de atenção no SUS (Pereira *et al.*, 2015). A prosseguir nessa discussão, passa-se a subseção 3.7.1 que irá contextualizar o processo de regionalização no estado do Pará.

3.7.1 Regionalização em saúde no estado do Pará

Ao analisar a implantação e implementação das Comissões Intergestores Regionais dentro do estado do Pará, num contexto histórico desde a constituição de 1988 até o decreto lei de n.º 7.508/11, é fundamental enfatizar toda a sistemática desse processo. Essa construção baseou-se no processo histórico do país e do Pará, considerando as reflexões críticas frente aos impasses encontrados, entre elas: a necessidade de participação real dos gestores municipais como articuladores da discussão dos problemas e necessidades de sua região de saúde, o significando o fortalecimento da regionalização, como também, as suas possibilidades e avanços para o Sistema Único de Saúde (Rodrigues, 2012).

Assim, fez-se necessária também uma reflexão crítica, baseada em evidências científicas desse cenário, para que se cumpra o papel de intermediação ou canal resolutivo de negociação e governança entre todos os interessados na construção da regionalização, e principalmente, a responsabilidade para com a população.

A implantação de 23 CGR, pela resolução da CIB nº 215, de dezembro de 2010, inicia de modo mais acentuado a necessidade de acompanhamento desses espaços. Principalmente por ser uma instância nova de pactuação e discussão entre os gestores municipais e representantes da secretaria de saúde do Estado. Para Alarcão (2014) esse espaço de governança visado a consolidação e organização de uma rede regional de atenção à saúde, integral e resolutiva, bem como, o envolvimento de responsabilidades não compartilhadas.

Em 2009 e 2010, afigura-se um cenário político, em que ocorreu a necessidade do fortalecimento do CGR, no que tange a implementação e consolidação desses espaços, como uma nova institucionalidade de governança do SUS e do pacto estabelecido nas três esferas de governo. Nestes termos, a considerar essa amplitude, o Núcleo de Informação e Planejamento em Saúde (NISPLAN) da SESPA visualizou a incipiência nas discussões desses colegiados. Rodrigues (2012) apontava que essa incipiência correspondia ao processo de planejamento regional, a falta de conhecimento pelos gestores municipais e de algumas áreas técnicas da SESPA, acerca dos pressupostos de regionalização que orientavam os trabalhos dos colegiados.

Com o advento do Pacto pela Saúde, em suas três dimensões: o Pacto pela Vida, o Pacto de Gestão e o Pacto em Defesa do SUS; os quais enfatizam o fortalecimento da regionalização como eixo estruturante do SUS e com a assinatura do Termo de Compromisso de Gestão pelo estado do Pará em 2008, oficializando assim, a adesão ao pacto de gestão através da Portaria GM/MS nº 1.047, de 27 de maio de 2008.

E sobretudo para Rodrigues (2012) a adesão ao pacto de gestão com cerca de 135 municípios paraenses foi relevante para o exercício da consolidação e efetivação das responsabilidades assumidas pelo gestor estadual e pelos gestores municipais quanto às respectivas responsabilidades sanitárias previstas nos termos de compromisso, assinados naquela época. Entretanto, nove municípios paraenses não aderiram ao Pacto de gestão, conforme Quadro 2.

Quadro 2 - Municípios do Pará que não aderiram ao Pacto de Gestão

TERMO DE COMPROMISSO DE GESTÃO MUNICIPAL - MARÇO 2011					
REGIONAL	MUNICÍPIO	APROVADO PELA CIB RESOL. Nº	APROVADO PELA CIT PORTARIA Nº /MS	HOMOLOGADO 1ª REVISÃO	OBSERVAÇÃO
4º CRS	CACHOEIRA DO PIRIÁ	RES. 188 DE 10/11/2010			NÃO ADERIU AO PACTO
4º CRS	OURÉM				NÃO ADERIU AO PACTO
4º CRS	TRACUATEUA				NÃO ADERIU AO PACTO
7º CRS	CHAVES				NÃO ADERIU AO PACTO
7º CRS	SÃO SEBASTIÃO DA BOA VISTA				NÃO ADERIU AO PACTO
10º CRS	ALTAMIRA				NÃO ADERIU AO PACTO
10º CRS	ANAPÚ				NÃO ADERIU AO PACTO
11º CRS	RONDON DO PARÁ	RES. 219 DE 29/11/2010			NÃO ADERIU AO PACTO
12º CRS	OURILÂNDIA DO NORTE	RES. 219 DE 29/11/2010			NÃO ADERIU AO PACTO

Fonte: Rodrigues (2012).

Faz-se necessário, conhecer e compreender o conceito de região de saúde, pois os estados e municípios organizarão suas redes de atenção nessa perspectiva. Assim, a região de saúde é um

[...] espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (Brasil, 2011a, p. 1).

Essa região, por sua vez, deveria ofertar as ações e serviços pertencentes a cinco redes: atenção primária, urgência e emergência, psicossocial, especializada/ambulatorial e hospitalar. Porém, segundo Rodrigues (2017), esse desenho regional não estava de acordo com os desenhos dos territórios dos 4 DSEI do Pará em sua maioria. Os planos regionais dessas redes de atenção não contemplam ações e serviços voltados para as especificidades dos indígenas.

Ao retornar a questão histórica da institucionalidade de governança no estado do Pará, e conforme Rodrigues (2012) salienta-se que este estado constituiu no início do pacto, 19 Colegiados de Gestão Regional, através da Resolução Nº 44/2009, sendo alterado para 23 CGR, pela resolução nº 215, de 19 de novembro de 2010, com posterior informe a CIT.

A conformação do CGR de uma região foi baseada na existência de um instrumento legal ou normativo de implantação do CGR; estratégias e mecanismos adotados para implantação do CGR; data de implantação; modos de organização interna e operação do colegiado da sua região: existência de regimento interno, tipos de recursos disponíveis, modalidades de representação da SESPÁ e dos municípios, atribuições das estruturas de coordenação do CGR, modos de relacionamento com a CIB, existência e papel de câmaras técnicas e grupos de trabalho, mecanismos utilizados para divulgação do calendário, convocações e pautas das reuniões, tipos de registro e divulgação dos resultados das reuniões, era, aspectos importantes para realizar o diagnóstico do papel de cada CGR (Rodrigues, 2012).

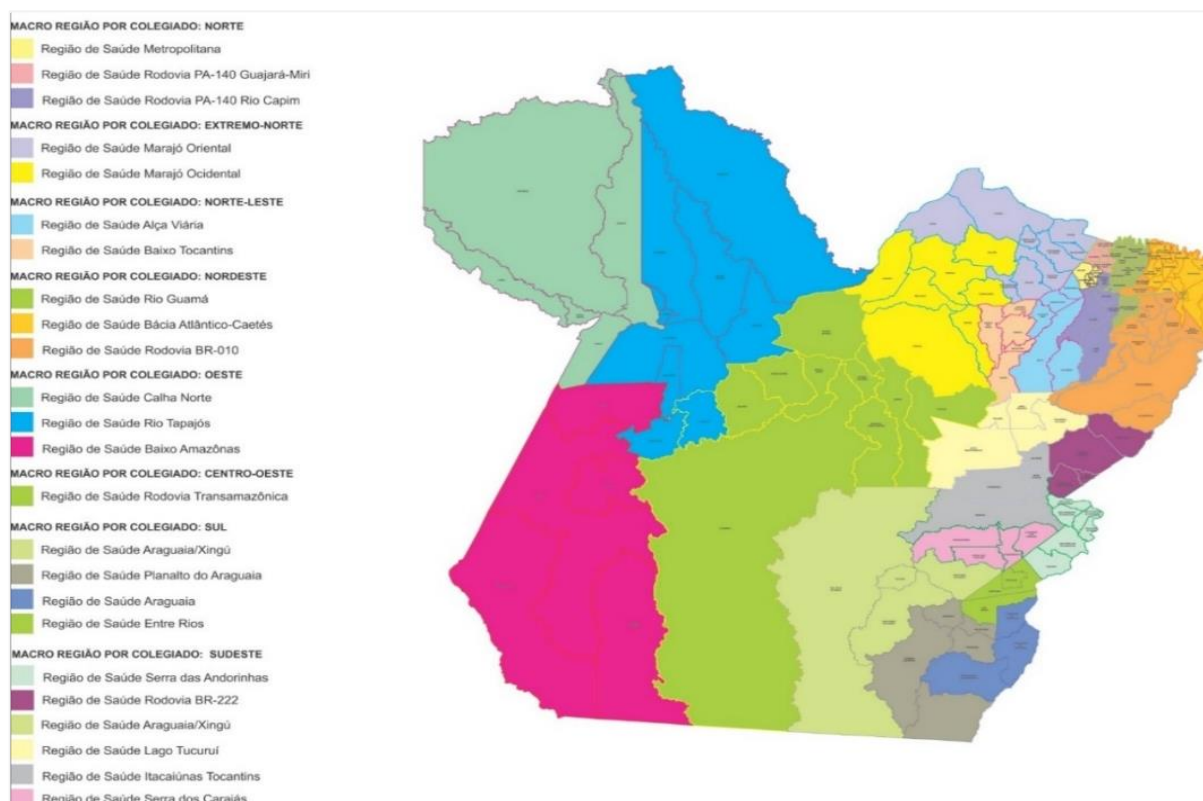
Assim, os critérios de reconhecimento das regiões de saúde foram realizados de acordo com a Resolução nº 1 da CIT e foram analisados e organizados pela SESPÁ de acordo com os parâmetros abaixo (Brasil, 2011b):

- Perfil socioeconômico e cultural dos municípios.
- Acessibilidade contígua, exceto municípios que compõem o arquipélago do Marajó.
- Realizou-se pesquisas entre os municípios que compunham a mesma região desde que próximos e contíguos.
- Fluxo intermunicipal de internação dos usuários do SUS, através do estudo de origem e destino das internações hospitalares e das atenções ambulatoriais (Pará, 2009).
- Perfil epidemiológico de cada região, a partir de dados dos sistemas de informação (Pará, 2009).
- Redes de comunicação, infraestrutura, saúde e transporte, onde foi considerado um estudo dos sistemas de saúde em cada região, bem como dos fluxos, particularmente, os fluviais e rotas das estradas, de modo a dimensionar as distâncias (Pará, 2009).
- Disposição política de cooperação conforme a disponibilidade de pactuação entre a secretaria estadual, as prefeituras municipais e os secretários municipais de saúde, a fim de viabilizarem uma relação entre si para a construção da regionalização cooperativa.

Diante desses critérios, foi pactuada na CIB/PA o desenho de 8 macrorregiões de saúde e 23 regiões de saúde, oficializado pela resolução CIB/PA nº 44, conforme Ilustração 9 do Mapa das 8 macrorregiões e 23 regiões de saúde do Pará (Rodrigues, 2012).

A CIB, por meio da resolução nº 90, de 29 de novembro de 2010, resolve repactuar o desenho de Regionalização do estado do Pará, que passa a ser conformado por treze regiões de saúde/CIR, nos termos do anexo desta resolução, conforme Ilustração 9 (Pará, 2013).

Ilustração 9 - Desenho das 23 Regiões de Saúde do Pará



Fonte: SESP (2010).

Atualmente, está posto pelo Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei 8.080/1990, que a CIR, passa a ser considerada pessoa jurídica, e traz também, para essa comissão a oportunidade de contratualizar metas na modalidade regional. Essas regiões, de acordo com o decreto passam a ser constituídas com serviços de Atenção Primária à Saúde, Atenção em Urgência e Emergência, Atenção Psicossocial, Atenção Especializada e Hospitalar existentes, ou que futuramente venham a ser implementados, alterando, desta maneira, o desenho de PDR do estado do Pará.

O próprio MS lançou em 2011 as diretrizes para as CIR se organizarem à luz do decreto 7.508. Nesse contexto, as macrorregiões de saúde foram extintas, passando a existirem apenas regiões de saúde (Pará, 2013). Todavia, essas macrorregiões retomam o panorama da regionalização no estado em 2018 a partir de novas diretrizes nacionais.

No processo de governança das CIR havia a participação da maioria dos secretários e as reuniões geralmente eram mensais e ocorriam por região, conforme afirma Rodrigues (2012). Os temas mais abordados eram os mais variados, em sua maioria, trazida pelo Estado, como: Programação Pactuada Integrada (PPI), Atenção Primária em Saúde, regulação, financiamento, planejamento, portarias novas, entre outros temas. Essas reuniões costumavam não ter a totalidade dos gestores, mas não eram 100% das comissões que ocorria essa situação.

Vale ressaltar, que na reunião ordinária da CIT, em 16 de fevereiro de 2012, a SESPA oficializou a existência de 23 regiões de saúde, além de, 23 CIR, justificando ao MS que estava realizando um estudo diagnóstico para alteração destas regiões à luz do decreto 7.508. Entretanto, convém mencionar que em 2013, a CIB/PA através da resolução de nº 90 de junho de 2013 instituiu o desenho de regionalização do Pará em 13 regiões de saúde e 13 CIR (Pará, 2018a).

Há de se destacar que nem sempre a divisão regional da saúde coincidiu ou coincide com a divisão territorial estabelecida pelo planejamento político e administrativo do estado. É pertinente lembrar que os aspectos geográficos, políticos e institucionais presentes nas várias conceituações relacionadas ao processo de regionalização muitas vezes não condiz com a realidade histórica e política. Visto que as características reais do território da Amazônia envolvem dinâmicas econômicas e socioculturais diferenciadas.

Com o decreto nº 7.508/2011, na CIR está previsto a regulação da estrutura organizativa do SUS, com a finalidade de garantir maior segurança jurídica na fixação das responsabilidades dos entes federativos para com o cidadão. O objetivo é garantir acesso efetivo e oportuno às ações e serviços dentro de cada região de saúde através da organização em RAS. Diante dessa responsabilidade, a CIR passa a possuir as seguintes atribuições à luz do decreto (Brasil, 2011b, p. 3-4):

- Reunir-se regularmente, mediante cronograma consensuado com vistas a pactuar aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS;
- Instituir câmaras técnicas na CIR, para assessoramento dos gestores que a compõem;
- Pactuar o rol de ações e serviços ofertados, com base na Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES);
- Pactuar o elenco de medicamentos que serão ofertados, com base na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME);
- Pactuar critérios de acessibilidade e escala para a conformação dos serviços;
- Planejar regionalmente e de acordo com a definição da política de saúde de cada ente federativo, consubstanciada em seus Planos de Saúde, aprovados pelos respectivos Conselhos de Saúde;
- Pactuar diretrizes, de âmbito regional na organização das redes de atenção à saúde, de acordo com a portaria GM/MS Nº 4279, de 30/12/2010, principalmente no tocante à gestão institucional e à integração das ações e serviços dos entes federativos da região de saúde;

- Pactuar responsabilidades de cada ente federativo na região de saúde, a partir da RAS de acordo com o seu porte demográfico e seu desenvolvimento econômico-financeiro, estabelecendo as responsabilidades individuais e as solidárias, que deverão estar expressas no Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde;
- Incentivar participação da comunidade, garantindo o disposto no art. 37 do Decreto 7.508/2011;
- Pactuar diretrizes complementares às nacionais e estaduais para o fortalecimento da co-gestão regional; e
- Monitorar e avaliar a execução do COAP e das ações e serviços de saúde.

A situação da implantação e implementação dessas CIR é algo inovador no Estado e no Brasil, e cabe ao Estado, prestar cooperação técnica, bem como, buscar cooperação horizontal entre os municípios. O acompanhamento destes espaços, deve ser acordado e orientado pela CIB-PA e pela SESPA, com a finalidade de oferecer apoio ao funcionamento e organização destas comissões (Rodrigues, 2012).

Vale lembrar que sem essa organização, o Pacto pela Saúde em 2006 se tornou obsoleto e arcaico, não tendo seu objetivo alcançado. Mas, o Decreto 7.508/11 vem retificar esse papel e para tanto, a participação dos gestores e integrantes da CIR vão além de participar de reuniões mensais. Por outro lado, Carpintéro (2018) ressalta que na esfera municipal, a desqualificação dos gestores municipais, a deficiência de articulação e organização, a instabilidade administrativa gerada pelos períodos eleitorais e dificuldade de compreensão pelos prefeitos inviabiliza a implementação da Comissão.

Os secretários se veem como sujeitos técnicos e não como atores políticos para tomarem para si a articulação necessária para que projetos regionais saiam do planejamento e se desenvolvam efetivando a regionalização para além da resolução de encaminhamentos de média e alta complexidade (Rodrigues, 2012).

A concepção mencionada está permeada pela ideologia dominante de que a política está tomada pela corrupção e de que o fazer política está divorciado do conhecimento técnico científico. Contudo, há de se observar que o decreto nº 7.508/2011, no cap. 5, art. 30 estabelece que as comissões intergestores pactuarão a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em RAS, sendo “a Comissão Intergestores Regional, no âmbito regional, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais devendo observar as diretrizes” da CIB/PA (Brasil, 2011b, p. 11).

Assim, nota-se que as deliberações e pactuações ocorridas nas plenárias da CIR devem ser sistematizadas a partir de resoluções, sendo em seguida, publicadas no Diário Oficial do Estado, por meio de seus respectivos centros regionais de saúde. Ainda conforme o decreto, a secretaria executiva da CIR deve encaminhar todas as resoluções publicadas à secretaria executiva da CIB/PA, para conhecimento da CIB e providências cabíveis (Brasil, 2011b).

Tais diretrizes da CIB/PA, para a funcionalidade das CIR, assegurarão a produção do planejamento integrado da saúde realizado em âmbito regional. Esse por sua vez, deve ser a materialização dos compromissos de cada ente na região de saúde, os quais devem ser articulados com os compromissos e metas estabelecidas com a macrorregião do estado, num processo coordenado pela SESPA e compatibilizados na CIB, em programações elaboradas simultaneamente nas regiões. Nesses termos, os processos de planejamento integrado, desenvolvido no conjunto das regiões de saúde contribuem para organização das ações e serviços de saúde no âmbito estadual e, conseqüentemente, para conformação e integração das redes de atenção à saúde (Brasil, 2017b).

O retorno das macrorregiões ao processo de regionalização do estado, veio por meio da Resolução CIB/PA de nº 140 de 09 de janeiro de 2018, com um desenho regional de 4 macrorregiões (macrorregião I, II, III e IV), como mostra o Quadro 3, já que as 13 regiões de saúde não estavam preparadas para a atenção à saúde, de acordo com os parâmetros do Decreto 7.508/2011.

Quadro 3 - Desenho das 4 macrorregiões de saúde do Pará

Macrorregiões	Regiões de Saúde
Macro I	Metropolitana I
	Tocantins
	Marajó I
	Marajó II
Macro II	Metropolitana II
	Metropolitana III
	Rio Caetés
Macro III	Baixo Amazonas
	Tapajós
	Xingú
Macro IV	Lago Tucuruí
	Carajás
	Araguaia

Fonte: Pará (2019).

Na seção 3.8 faz-se necessário um percurso e interface com as discussões acerca da governança e governabilidade, como marcos, conceitos e pressupostos interdisciplinares para uma maior compreensão da lógica de governança, pactuações e consensos no setor saúde.

3.8 Governança e suas interfaces com a governabilidade e a reforma de estado

Diniz (1996) enfatiza que o Brasil apresenta muitos vieses relacionados a falta de governabilidade, a partir das consequências provenientes da democratização crescente da ordem social e política, as quais levaram a

[...] movimentos que provocaram a “explosão de demandas, saturação da agenda, excesso de pressões desencadeadas pelo aumento acelerado da participação, expansão desordenada do quadro partidário, a prevalência de uma dinâmica de proliferação e fragmentação das estruturas partidárias, a indisciplina do Congresso, o descompasso entre as capacidades de resposta do Governo e de pressão da sociedade (Diniz, 1996, p. 08-09).

A partir desse enfoque, é preciso evidenciar que o excesso de demandas reprimidas por cerca de vinte anos de um regime de ditadura, traz à tona expectativas dos movimentos sociais por políticas mais efetivas e reforçaram as restrições do governo frente as pressões contrárias. Isso de fato, corroborou para uma paralisia decisória e perda de credibilidade. Pressões que também, desencadearam uma crise da governabilidade contribuindo para a hiperatividade decisória do governo e a falência executiva do Estado, o que veio a fragilizar a implementação das políticas propostas na época (Diniz, 1996).

Um exemplo disso foram as criações de medidas provisórias, após a promulgação da Constituição de 1988, o que traduz a preferência por instrumentos legais capazes de garantir a precedência do Executivo com face ao poder Legislativo (Diniz, 1996). Por sua vez, Modenero (2013, p. 77) retifica a discussão da governabilidade por meio de outra vertente, que é a “legitimidade da democracia, com a superação do capitalismo, para dar acesso a conceitos como bom governo, governabilidade democracia, governança e boa governança”. Este estudioso propõem o poder como uma segunda estratégia, pois para ele, houve muitos excessos devido ao ideológico liberal e a ruptura do consenso social do pós-guerra.

Para Modenero (2013), isso ocorreu indubitavelmente devido a uma democracia deficiente e autoritária ocorrida na América Latina. Por outro lado, com base em Diniz (1996, p. 12-13), vale ressaltar que o exercício de governabilidade está relacionado “as condições sistêmicas mais gerais sob as quais se dá o exercício do poder em uma dada sociedade, tais como as características do sistema político, a [modo] de Governo [...], as relações entre os poderes”. Todavia, para Diniz (1996), a governança está atrelada à capacidade governativa que envolve tanto estratégias de fundo estatal para alcance de objetivos de um coletivo, como implementação das políticas a partir da participação social em sua diversidade e pluralidade.

Nas palavras desse autor, as “novas condições internacionais e a complexidade crescente da ordem social pressupõem um Estado dotado de maior flexibilidade, capaz de descentralizar funções, transferir responsabilidades e alargar [...] o universo dos atores” (Diniz, 1996, p. 13). No entanto, Souza e Garavito (2007, p. 13, tradução da autora) trazem outra vertente. Estes estudiosos afirmam que “[...] as condições para uma governança de sucesso dependem das particularidades de cada contexto social”. Aqui nessa afirmação, é possível compreender a relevância da participação social nas tomadas de decisão e formulação de políticas compartilhadas e ascendentes.

Dessa maneira e em se tratando do campo da governança ambiental, Araujo e Simonian, (2016, p. 326) defendem que esse processo precisa ocorrer por meio da “[...] referência de poder, legitimidade e participação de atores e instituições sociais governamentais e não governamentais”. Isso de maneira a permitir que todos os atores envolvidos possam ser coparticipes das tomadas de decisão de maneira ascendente e partindo da realidade de quem vive os desafios a serem enfrentados em determinados espaços políticos. Ademais, para esses autores, há de se ressaltar a concepção de que a ciência, sociedade e política é permeada por poderes e interesses próprios.

3.9 Governança na saúde a partir dos marcos legais do SUS

Para Goulart (2013), a governança apresenta um caráter importante quando diz respeito ao empoderamento dos atores envolvidos no processo de saúde e sua capacidade de tomada de decisão para o fazer saúde, enquanto legítimos em seu papel de autoridades e formuladores de políticas tanto nas articulações, deliberações, execução e mobilização dos recursos necessários a implementação de políticas em prol da população. Para esse estudioso da governança em saúde é relevante compreender que o

[...] conceito de governança não se restringe, assim, aos aspectos gerenciais e administrativos do Estado, tampouco a seu funcionamento eficaz, antes se refere a padrões de articulação e cooperação entre atores sociais e políticos, arranjos institucionais que coordenam e regulam transações dentro e através das fronteiras do sistema econômico (Goulart, 2013, p. 03).

Na carta Magna, nas legislações para implementação do SUS e em outros documentos ministeriais constam elementos de referência para apoiar a construção da institucionalidade da governança em saúde e, diversos espaços, como os conselhos de saúde e os CGR, que se tornaram CIR a partir do Decreto nº 7.508/11. Todavia, é possível identificar no Quadro 04 que entre os principais marcos históricos, legislativos e ministeriais na saúde do Brasil, há apenas três documentos que incluem a participação social, que são: o artigo 198 da constituição de 1988, a lei de nº 8.142/99 e a Lei complementar de nº 141/2012.

A maioria das legislações publicadas e que tratam da governança na saúde, fomentam e legitimam apenas a participação dos gestores de saúde nesse processo de pactuação, deliberação, consenso e tomada de decisão para formulação e implementação de políticas de saúde no Brasil (Brasil, 2012a).

Quadro 4 - Marcos de governança da saúde no Brasil

Marcos legais	Ano de formulação	Regulamenta/implementa/constitui	Enfoque para governança
Constituição de 1988 (Título VIII Da Ordem Social Capítulo II Da Seguridade Social Seção II Da Saúde)	1988	Implementar o “Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização [...]; II - atendimento integral [...]; III - participação da comunidade”.	Participação da comunidade
Lei nº 8.080	1990	Art. 12. Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil. Parágrafo único. As comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); Participação da comunidade.	Participação da comunidade; comissões intersetoriais de âmbito nacional com representação entidades da sociedade civil.
Lei nº 8.142	1990	Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.	Participação da comunidade na gestão do SUS através das conferências de saúde e dos conselhos de saúde.
NOB 93	1992	Descentralização das ações e serviços de saúde. Municipalização.	Participação dos gestores na descentralização de serviços.

NOB 96	1996	Diversidade muito grande de pacto entre os gestores, sem garantia de descentralização e criação da Pactuação pactuada Integrada (PPI) como instrumento de organização do sistema. Municipalização	Pactuação de serviços entre gestores.
NOAS 2001/2002	2001/2002	Instrumentos para a regionalização (PDR); regionalização da assistência a saúde e aprofunda a descentralização com garantia da equidade no acesso.	Pactuação de serviços entre gestores, com enfoque na regionalização.
Pacto pela saúde	2006	Pacto de Gestão: descentralização, regionalização, regulação, financiamento, planejamento, PPI, participação social, gestão do trabalho e educação na saúde, implantação de programas.	Criação dos colegiados de gestão regional (CGR)
Decreto nº 7.508	2011	Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.	Criação das Comissões Intergestores Regional (CIR)
Resolução CIT nº 01	2011	- Criação das diretrizes para implantação e implementação das (CIR); -Constituição CIR como foro inter federativo regional de negociação e pactuação	Diretrizes para Comissões Intergestores Regional.
Lei nº 12.466	2011	Acrescenta arts. 14-A e 14-B à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, para dispor sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e suas respectivas composições.	Reconhecimento das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite; do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS)
Lei complementar nº 141	2012	Seção IV da Lei nº 141 que versa sobre a Fiscalização da Gestão da Saúde.	- Os conselhos de saúde fiscalizarão os fundos de saúde, planos de saúde e execução de recursos; - A transparência e a visibilidade serão asseguradas mediante incentivo à participação popular e realização de audiências públicas, durante o processo de elaboração e discussão do plano de saúde.

Fonte: Elaborado pela autora, 2023.

Segundo Alcorn, Cruz (2010), Diniz (1996), Santos Júnior; Azevedo; Ribeiro (1997) e Araujo; Simonian (2016), o êxito das políticas públicas são influenciadas pelas intercessões criadas de modo horizontal de participação inclusiva da sociedade. Para estes estudiosos, a participação social contribuirá para a viabilidade das ações e estratégias, bem como para a efetivação da política a serem implementadas. Já que a construção do empoderamento e da emancipação da sociedade frente aos problemas e necessidades sociais que afetam estes coletivos, requer tomada de decisão conjunta entre os atores envolvidos, através da governança que é primordial.

Tendo em vista a agenda interfederativa, acordada 2011 na CIT para implementação das diretrizes de orientação para fortalecimento das CIR (última normatização para fortalecimento da governança entre os gestores municipais de saúde), como espaço de pactuação regional, cujos avanços na organização e plenitude de funcionamento concorrem para a efetivação das funções de gestão do SUS pelos gestores municipais e estaduais. É importante ressaltar que há uma ausência da participação social nesse espaço de formulação e implementação de políticas de saúde, e que é oficialmente considerado como forte estratégia de governança em saúde atualmente pela instância tripartite⁶ (Rodrigues, 2012).

De fato, a Comissão Intergestores Regional é considerada pelo decreto nº 7.508/2011 como um espaço de governança entre os gestores de saúde e tem o objetivo de articulação e pactuação na região de saúde. Uma região de saúde é um desenho de organização e regionalização para oferta de ações e serviço de saúde, nos quais esses gestores municipais e representantes do estado tomam decisões e pactuam acerca das políticas de saúde dessa região de saúde (municípios limítrofes com características similares dentro do estado).

Isso, por sua vez, constitui instância capaz de gerar novas possibilidades de gestão no âmbito do SUS, com potencialidade para qualificar e diferenciar o processo de regionalização da saúde, respondendo, assim, às necessidades de saúde da população (Brasil, 2011a).

⁶ Instância tripartite: Instância de articulação e pactuação na esfera federal que atua na direção nacional do SUS, integrada por gestores do SUS das três esferas de governo - União, estados, DF e municípios. Tem composição paritária formada por 15 membros, sendo cinco indicados pelo Ministério da Saúde (MS), cinco pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e cinco pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems). A representação de estados e municípios nessa Comissão é regional, sendo um representante para cada uma das cinco regiões no País. Nesse espaço, as decisões são tomadas por consenso e não por votação. A CIT está vinculada à direção nacional do SUS (RENAST, 2017, p. 01).

Por fim, vale ressaltar que o presidente da república através do Decreto nº 9.759/2019 extinguiu diversos colegiados criados até 2019 e estabeleceu diretrizes, regras e limitações para a operacionalização dos colegiados existentes atualmente. Em outras palavras, permaneceram aqueles que estavam dentro dos parâmetros delimitados pelo decreto presidencial, o que tem fragilizado o processo de participação social no Brasil (CNS, 2021).

No entanto, o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) defende outra lógica de governança para o setor saúde, a qual contradiz os conceitos trazidos por diversos estudiosos sobre governança global, governança eleitoral, governança corporativa, governança colaborativa, já que para esse colegiado nacional, no processo de governança é

[...] quase impossível livrá-lo de significados polissêmicos, por vezes incompatíveis entre si. E está é a razão pela qual alguns autores defendem uma fusão entre as noções de governança e governabilidade por meio do conceito de “capacidade governativa”, entendida aqui como a capacidade do estado em produzir políticas públicas que resolvam os problemas da sociedade. Segundo esta proposta de fusão, os dois conceitos (governabilidade e governança) referem-se a uma única e mesma questão: a questão funcionalista da performance do sistema político em processar as pressões oriundas tanto do ambiente social externo como do próprio sistema político (CONASEMS, 2021, p. 54).

Por sua vez, é unânime entre todos os autores interdisciplinares já citados que o processo de governança advém da inclusão da sociedade na tomada de decisão e na construção das políticas públicas. Tal unanimidade faz pensar que o setor saúde também precisará implementar a participação social nas instâncias de governança, construindo uma prática de diálogo, articulação, pactuação e comunicação. Onde deve-se implementar o “que tem sido chamado de governança colaborativa, cujo propósito é trazer várias partes interessadas em fóruns comuns para participar na tomada de decisões orientada para o consenso (Shimizu *et al.*, 2017, p. 1138).

Em 2006, o Ministério da Saúde, através da portaria GM/MS nº 399, de 22/02/2006, definiu as diretrizes do Pacto pela Vida; e a de nº 699, de 03/04/2006, regulamentou as diretrizes dos pactos pela vida, de gestão e em defesa do SUS, atualmente revogadas. Essas portarias afirmam a necessidade de fortalecer os espaços de governança e do controle social, qualificando o acesso da população à atenção integral à saúde, tendo em vista todas as demais legislações vigentes de inclusão da sociedade nesse processo de governança. Dessa maneira, Goulart (2013) reitera que é inquestionável que a governança em saúde no país apresente uma grande fragilidade na inserção da sociedade nesse processo, o que fragiliza a implementação e viabilidade de diversas políticas publicadas até hoje.

Todavia, o decreto presidencial de nº 7.508, de 28 de junho de 2011 (legislação em vigor), que regulamenta a lei orgânica nº 8.080/90, traz conceitos importantes como: regiões de saúde, instrumentos de planejamento do SUS, bem como, a regulamentação das CIR como espaços de governança, onde ocorrem as discussões e pactuações, com empoderamento nas decisões políticas de saúde regionalizadas entre gestores municipais de saúde e representantes da secretaria estadual. Apesar disso, novamente sem a presença da participação social nesses espaços de formulação de políticas conforme afirma Rodrigues (2012).

Os estudiosos Azevedo e Anastásia (2002) *apud* Goulart (2013, p. 05) ressaltam que há a necessidade de uma maior participação social. Revelam ainda que o “poder diferenciado dos atores políticos, como variável dependente das condições sociais e institucionais vigentes em cada sociedade, faz surgir, [...] [modos] da democracia representativa”. Esse entendimento leva a pensar que o envolvimento da sociedade, enquanto sujeitos de direitos, fazem com que as instituições governamentais e o Estado, repensem o papel do cidadão nas tomadas de decisão das políticas em saúde como uma maneira a constituir instâncias híbridas, dotadas de diferentes graus de responsabilidade e poder no processo de governança, bem como afirma Goulart (2013).

Atualmente, o setor saúde aposta na governança, na implementação das regiões de saúde, na consolidação das CIR, da macrorregião e nas pactuações regionais, com um planejamento pautado no planejamento regional integrado, onde o acesso da população seja resolutivo e em tempo oportuno. Todavia, vale destacar que esses avanços na governança em saúde, desde 2006, com o pacto até os dias atuais com o decreto nº 7.508/2011 não estão correlacionados com os conceitos de governança imprimidos pelos estudiosos interdisciplinares. Pois, os espaços de governança criados nessas legislações (CIR) não versam acerca da inserção da população nas decisões políticas, onde deve haver um diálogo mais explícito e legítimo na formulação e implementação das ações e serviços de saúde.

Depreende-se, portanto, que a importância da sociedade na tomada de decisão das políticas de saúde precisa ser realidade. Há um caminho levantado por diversos teóricos interdisciplinares e algumas legislações existentes apontam para o fortalecimento dessa participação. É relevante a participação social nessas tomadas de decisão para a construção de mecanismos de coordenação e controle das Redes de Atenção à Saúde (RAS), junto com os gestores da saúde nas decisões realizadas nos fóruns de governança do SUS, pois há um debate que envolve disputas de poderes.

No entanto, de acordo com o CONASEMS (2021, p. 56), o grande enfoque deve ser o “[...] acesso e cobertura de serviços, necessidades de saúde, fluxos de demanda e oferta, além de sistemas logísticos de apoio e governança política e executiva para se concretizar”, respostas as necessidades de saúde da população no Brasil.

3.9.1 A importância da regionalização e da governança para o SUS

A significância da região de saúde se dá pela nova visão de acesso igualitário, integrativo e em tempo oportuno à população. Garantindo assim, um preparo para cobrir as necessidades da comunidade, coletivamente e individualmente, nos serviços de saúde. Ademais, o fortalecimento da governança no SUS, viabilizando as diretrizes da descentralização e gestão compartilhada através da CIR, torna-se factível (Brasil, 2015b).

Por sua vez, a regionalização é o processo que identifica e organiza as regiões de saúde, conceituadas pelo decreto nº 7.508/11. Esse decreto é um modelo organizativo com dispositivos para garantir o processo de autonomia e gestão compartilhada do SUS. Tais dispositivos são: Planejamento da saúde e Mapa da Saúde, Porta de Entrada, Rede de Atenção à Saúde, Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) e Comissões Intergestores. Este último, se comporta como um dos mais importantes e promissores para a realização de um sistema de saúde exemplar e eficaz para a população (Brasil, 2011a).

Em face dessas considerações, Alarcão (2014) vem enfatizar que o

[...] entrosamento entre essas instâncias é indispensável para garantir o bom desenvolvimento e estruturação de uma região de saúde, promovendo sua integração em rede, unindo os municípios de forma sistêmica com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde sem perder o princípio constitucional da descentralização (Alarcão, 2014, p. 30).

No entanto, na concepção de Miranda (2003), as literaturas mostram que o processo de reconhecimento da CIR pouco se estrutura, pelo fato de ser predominante os interesses políticos intrínsecos aos municípios, o que influencia a tomada de decisão em relação ao destino de recursos que fortaleçam a regionalização e a descentralização, de uma maneira mais solidária aos demais municípios de uma região de saúde. Ademais, a operação de recursos disponíveis possui procedimentos menos normativos, em comparação à outras instâncias regulatórias, resultando em competição entre os gestores de saúde pelos recursos públicos.

A prosseguir com essa visão, percebe-se que o espaço de reuniões e planejamento idealizado no decreto presidencial 7.508/2011, apresenta dificuldades no que tange ao reconhecimento da CIR, como mecanismo de fortalecimento de governança e da regionalização, já que esse não é apenas um espaço cartorial, visando acatar decisões previamente tomadas com influência política (Teston *et al.*, 2019).

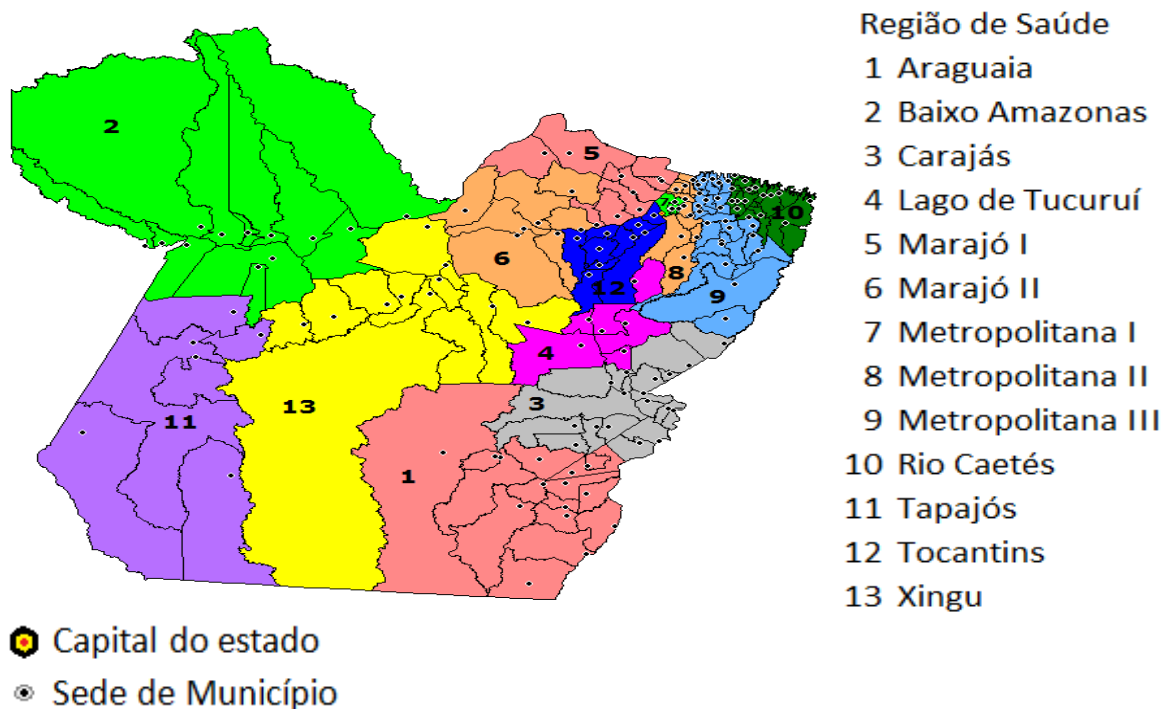
Nessa perspectiva, entende-se que aquilo que eram apenas percepções de experiências e vivências de gestão, afirma-se como uma necessidade de participação dos gestores municipais como articuladores da discussão dos problemas e necessidades de sua região de saúde. Para o MS, a instituição da CIR significa o aprofundamento do processo de descentralização e impõe a revisão do seu papel e as funções da CIB.

Sabe-se que, os gestores reunidos na CIR devem assegurar que sejam definidas as atribuições deste fórum de governança e pactuação, zelando pelo funcionamento harmônico do mesmo. Cabe destacar que, desde a Constituição de 1988, busca-se efetivar o processo de regionalização, através da lei nº 8.080/90, das NOB, das NOAS, mais intensamente, com o pacto pela saúde, e oficialmente, através do decreto nº 7.508/11. No entanto, devido à demora do processo de regionalização pelo Estado, com vistas a atualização das regiões de saúde a luz do pacto pela saúde, ainda há alguns vieses.

Não obstante, a adesão ao Pacto pela Saúde pelo Estado e pelos municípios, sem o monitoramento e avaliação deles seja na dimensão do Pacto pela Vida ou na dimensão do Pacto de Gestão através do instrumento “Termo de Compromisso de Gestão”. Estes deixaram ou atropelaram etapas importantes nessa construção. Quanto ao desenho de regionalização atual,

[...] destacam-se as seguintes Resoluções da CIB/PA que visam também ao fortalecimento da gestão estadual, como: Resolução nº 139, de 09 de agosto de 2018 que estabelece diretrizes para o Processo de Planejamento Regional Integrado (PRI), fundamentada na Resolução CIT nº 23 de 17 de agosto de 2017 [...]; Resolução nº 140 de 09 de Agosto de 2018 baseada na Resolução CIT nº 37 de 22 de março de 2018, que aprova, com base na configuração das treze Regiões de Saúde existentes, a instituição das quatro Macrorregiões de Saúde como espaço regional ampliado para garantir a resolutividade das Redes de Atenção à Saúde (Pará, 2019, p. 126-127).

Ilustração 10 - Mapa das 13 Regiões de Saúde do Estado do Pará



Fonte: PARÁ (2019).

Esse desenho que institui as 13 regiões de saúde, de acordo com a Ilustração 10. O desenho da região de saúde deve ser um desenho vivo, que poderá ser alterado à medida que pactuações e transformações políticas, sociais e econômicas ocorram entre os territórios.

Vale ressaltar, segundo Rodrigues (2012), que a realização de planejamentos não ascendentes e não articulados com as comissões intergestores, como espaços de governança importantes, a superficialidade na cooperação horizontal do Estado com os municípios da região trazem obstáculos a serem enfrentados por estes. Ressalta-se, também, que a alternância de secretários de saúde configura em dificuldades para a gestão, desfavorecendo o acompanhamento das grandes discussões políticas de saúde, as quais estão sempre em processo de mudanças como a regionalização.

Ponderando que a intenção não é meramente enumerar críticas. Mas também, levantar as potencialidades encontradas nas CIR, que vem buscando efetivar suas ações de maneira solidária aos demais gestores. Através, da construção coletiva, do debate junto ao Estado, em prol do financiamento tripartite, de uma política de saúde diferenciada para as especificidades regionais e pela busca incessante de participação em instrumentos importantes como o PDRI, conforme aponta Rodrigues (2012).

Isso confirma que a CIR pode ter políticas aliadas, como o planejamento regional integrado, a Comissão de Integração entre Ensino e Serviço (CIES), que possuem incentivos necessários ao fortalecimento da comissão intergestores regional, além da participação social que não está prevista legalmente nessas instâncias. Ademais, faz-se necessário uma reflexão crítica baseada em evidências científicas nesse cenário para que se cumpra o papel de intermediação ou canal resolutivo de negociação com todos os interessados na construção da regionalização e governança para uma atenção resolutiva e em tempo oportuno, como está previsto no Decreto nº 7.508/11 (Rodrigues, 2012).

De maneira geral, a governança representa a tomada de decisão com participação social, pautado no diálogo, consenso e pactuação em espaços de governança, com agendas políticas para deliberar decisões coletivas. Vale ressaltar que nessas relações de governança devem existir relações horizontais entre o Estado e a sociedade (Brasil, 2016b). Nessas relações de tomada de decisão estão postas variáveis de poder que precisam ser compreendidas (Foucault, 1994; Fleury *et al.*, 2010).

A partir desse diálogo, o subtópico a seguir traz o olhar do biopoder e da micropolítica do poder entrelaçado no processo de gestão em saúde, que na visão de Foucault, Canguilhem, Merhy, Feuerwerker, entre outros teóricos, consolidando respostas afetas a micropolítica do fazer gestão e saúde interrelacionadas com aspectos da governança em saúde.

3. 10 Pressupostos acerca do biopoder a partir de Foucault e seus entrelaces na saúde.

Pode-se constatar que diversos teóricos ao longo dos anos vêm analisando os pressupostos de Foucault acerca de suas ideias de biopolítica, biopoder e governabilidade. Trazendo uma relação com a governança em saúde, micropolítica do trabalho em saúde e suas interfaces nos processos de saúde.

Para Roza (2015) pensar na perspectiva dos conceitos trazidos por Augusto Comte, George Canguilhem, Claude Bernard e Michel Foucault traz para a saúde a compreensão de como entender os movimentos políticos ou de políticas de saúde, baseadas na ideia das “determinações legais de natureza biológica para estabelecer regras positivas para a conduta do homem” posto por Comte, na “concepção do vivo em termos de sistemas de leis” realizada por Canguilhem, na “legalidade dos fenômenos vitais” apontada por Claude Bernard” e no “modelo político regendo comportamentos a partir da genealogia de pensar a vida associada as relações de poder” trazidas por Foucault.

No decorrer deste subcapítulo Michel Foucault e diversos estudiosos trarão as perspectivas das ideias e conceitos postos por Foucault acerca das relações de poder e do biopoder, bem como suas interfaces com a saúde.

Segundo Foucault (2008) enfatiza que a Filosofia não exerça apenas conceitos de poder entre o bem e o mal, demonstrando apenas essas duas interfaces, mas que considere também, a existência dos processos de resistência, de lutas e estratégias nas relações de poder (Foucault, 2008).

Ribas (2017) vem enfatizar que Foucault a partir de sua crítica sobre a Filosofia e acerca dos questionamentos sobre as verdades intrínsecas nas relações, essas são formadas ou transformadas. E para ele precisam ser compreendidas na essência histórica de seus acontecimentos. Reitera ainda que

Foucault contrapõem principalmente as concepções aristotélicas e nietzschianas com o objetivo de elaborar um modelo de análise das relações entre conhecimento e desejo, saber e poder, verdade e interesse, o qual é muito diverso daquele da tradição filosófica, platônica e aristotélica (Ribas, 2017, p. 142).

Considerar o poder, além da Filosofia, traz um debate profundo sobre o poder versus liberdade, que é fundamentado nas teorias de Foucault, nas suas obras “Nascimento da biopolítica e Microfísica do poder”, pois é “o próprio Foucault quem insiste em que o fio condutor de sua obra é dado por uma preocupação permanente sobre a questão do sujeito e os processos de subjetivação, isto é, com as práticas de si, nas relações consigo mesmo”. Considerando as relações de outros processos históricos que envolvam os aspectos éticos e de liberdade, bem como processos envoltos de agonismo (Dotto, 2018, p. 14).

O entendimento da liberdade está diretamente ligado a compreensão das relações de poder, já que para “o poder só se exerce entre os sujeitos livres, enquanto livres, entendendo-se por isso, sujeitos individuais ou coletivos que tem diante de si um campo de possibilidades em que [...] diversos modos de comportamento podem acontecer” (Foucault, 2013, p. 287).

Nessa compreensão Foucault vem nos afirmar que somente será possível ocorrer relações de poder entre indivíduos livres, pois se um dos dois possuir entre si uma relação de subordinação ou de posse, não poderá ser construídas as relações de poder. “Portanto, para que se exerça uma relação de poder é preciso que haja sempre dos dois lados pelo menos uma certa [maneira] de liberdade, mesmo quando a relação é completamente desequilibrada” (Foucault, 2013, p. 277).

Nessa compreensão Dotto vem reafirmar que na

[...] perspectiva de Foucault, o poder é plural, imanente, contraditório até, por vezes; funciona por meio de encadeamentos entrelaçados que se apoiam em algumas linhas, repelem outras, reforçam-se noutros pontos, formando nódulos ganhando espessura, até formarem o corpo em uma situação concreta [...] O poder se exerce a partir de inúmeros pontos e em meio a relações desiguais e móveis. Em segundo, o princípio da imanência e da produtividade. O poder não está em posição de exterioridade da esfera econômica, política, científica, cultural etc., mas lhes é imanente [...] em terceiro lugar, o poder está espalhado pela sociedade e o que lhe dá consistência é o fato de ele atuar nas mais baixas instâncias da vida social [...]. Em quarto lugar, uma fórmula aparentemente paradoxal: as relações de poder são, ao mesmo tempo, intencionais e não subjetivas. Por fim, em quinto lugar, a proposição de que lá onde habita o poder, espreita a resistência (Dotto, 2018, p. 42-43).

A compreensão do poder em sua modalidade plural, imanente, afeto a sociedade como um todo e existindo até entre as classes mais baixas traz subjetividades e aspectos paradoxais como traduz Dotto (2018). Isso reafirma que mesmo nas relações de desigualdades existe uma correlação com os processos históricos na política de saúde pública.

Na criação do Sistema Único de Saúde e no direito à saúde, enquanto um direito constitucional houve a vitória da criação de um sistema universal, oriundo das lutas dos movimentos populares e sociais durante a reforma sanitária numa sociedade de fortes desigualdades, onde as classes mais vulneráveis eram livres, porém marginalizadas e sem a garantia dos seus direitos. As relações de poder ocorridas durante a década de 1970, estava entrelaçada por práticas de resistência, luta e união.

De acordo com Ribas, o “poder não emana de um ponto central, ele não é algo que alguns detêm e outros não, mas pensando de modo analítico, a atuação do poder se dá pela relação entre pontos diferentes de nossa prática, produzidos justamente pela sua desigualdade” (Ribas, 2017, p. 178). Sendo assim, é necessário haver também a compreensão da correlação entre poder e resistência, suas interfaces, compreensões e lógicas de forças.

Entender que poder e resistência possuem uma correlação é também, perceber a necessidade de “uma relação entre poder e governamentalidade, onde o [...] agonismo se mostra em toda sua força, suscitando a problematização de suas conceituações tradicionais e a construção do outro olhar sobre a liberdade” (Dotto, 2018, p. 34).

Assim, Dotto (2018) nos revela a importância na organização do agonismo na legitimação do poder e como esse “atravessa, produz coisas, induz prazer, [maneira de] saber, produz discursos, [...] como uma rede produtiva que perpassa todo o corpo social, mais do que uma instância negativa que tem função de reprimir” (Ribas, 2017, p. 179).

Nessa compreensão, Ribas (2017, p. 156) enfatiza que o poder deixa de ser apenas vislumbrado com o contexto de repreensão, segundo a filosofia política para ser pensado numa noção de poder, em “termos de legitimidade, perguntando-se pela sua verdadeira forma [...] que tal questionamento encontra-se interiorizado em uma [maneira] de pensamento mascarada por nossa milenar vontade de verdade”.

A legitimidade posta por Foucault, provoca o entendimento para Ribas (2017), que não se deve tratar de um poder legítimo e um poder ilegítimo, pois não existe um fazer legítimo “que não seja uma construção histórica feita por coerções [...]. Com a noção nietzschiana de emergência, Foucault se opõe a ideia de que a lei ou a justiça civil seriam resultados de um cálculo natural de utilidade ou de uma grande conversão moral do homem” em sua evolução histórica (Ribas, 2017, p. 165).

Foucault e Ribas (2017) trazem o diálogo para extrapolarmos o pensamento do poder para além do governo, do Estado, de forças econômicas, que antes se pensava existirem a legitimidade de quem está exercendo ou ocupando alguma hierarquia para possuir legitimidade, acompanhada de poder. Todavia, estes estudiosos contrapõem essa ideia, trazendo uma lógica que o poder também, encontra-se entre os considerados “ilegítimos”, ou seja, na massa da sociedade, nas classes mais baixas, que realizam as greves, que realizam “as diretas já” e que revolucionam em busca de políticas mais equânimes.

Segundo Ribas (2017, p. 165) faz-se necessário reconhecer os aspectos históricos e intrínsecos envolvidos “na elucidação e intensificação das relações de poder que se escondiam da nossa percepção sob o véu da legitimidade[...]. O valor político está em mostrar aquilo que se vê como pacificação em suas perspectivas, mesmo que essa perspectiva seja hegemônica”, pois as relações que envolvem hegemonia são acompanhadas de relações de dominação.

Para Foucault e Ribas (2017, p 171) essas relações de poder são as maneiras que se baseiam as relações jurídicas, com a dominação mascarada, já que “os limites das nossas possibilidades da crítica transformadora deste campo pela imposição de uma verdade de valor universal se identificarão sempre com uma opressão que busca esconder-se para garantir seu funcionamento”.

É importante pensar que assim como na política, nas grandes e pequenas instituições, nas organizações e nos espaços formuladores de políticas públicas existem relações de poder e Foucault (2008) vem reafirmar que a relação entre o poder e sua interface com a liberdade não podem ser fragmentadas, pois no foco dessa relação, encontram-se uma intransitividade pela liberdade. Essa lógica demonstra muitas das relações ocorridas na micropolítica da saúde indígena, na luta dos movimentos indígenas pela vida em tempos de pandemia.

Dotto (2018, p. 93) reitera a fala de Foucault acerca da liberdade quando a “relação de poder e a insubmissão da liberdade não podem, então, ser separadas. O problema central do poder não é o da servidão voluntária no centro da relação de poder [...], encontra-se na intransitividade da liberdade”, onde o poder é sinônimo de tudo que reprime e que censura grupos, povos, coletividades ou pessoas através dos artifícios pautados na submissão (Dotto, 2017, p. 45).

Dotto ainda propõem que as relações de poder são compreendidas por posicionamentos reversíveis, “reciprocidade relativa (entre sujeitos) e abertura relativa de condutas) enquanto os estados de dominação caracterizam-se pela estagnação (de posições), assimetria absoluta (entre sujeitos) e obstrução /bloqueio (de condutas)” (Dotto, 2018, p. 870). Todos esses conceitos e pressupostos darão base para a compreensão das relações de poder e micropolítica do poder nos processos de saúde.

3.10.1 As relações de poder e a micropolítica do poder em saúde

A partir desses entrelaces, a micropolítica do poder na saúde dialoga com conceitos e pressupostos baseados em Foucault, Weber, Merhy, Franco, Feuerwerker, entre outros teóricos, as questões afetas a micropolítica da gestão e da saúde consolida respostas, trazendo concepções e contrapontos para compreender a governança em saúde.

A partir da teoria em micropolítica da saúde, Feuerwerker (2014, p. 66) pondera suas reflexões a partir de Foucault, Deleuze, Rolnik e Guattari na medida em que compartilha a existência de processos de produção do mundo como ferramenta de luta e resistência contra as formas de capitalismo e suas conexões com as relações de poder, “a produção do saber, a fabricação das relações com o outro, enfim, pensar e operar os processos de subjetivação em defesa da vida”.

Na compreensão de Foucault (2008b), o biopoder foi elemento crucial na formulação do capitalismo e como este desencadeou o controle do indivíduo e coletividades, nas diversos ciclos e acontecimentos do ser humano de processos econômicos. O que reverberou no desenvolvimento de outros setores da sociedade, como a saúde, a educação, bem como espaços ligados a estes setores (hospital, escola, igreja etc.), que constituíram assim, ferramentas para institucionalização do poder.

No entendimento de Guattari e Rolnik (1996) não existe uma contradição entre os dois níveis de poder proposto por eles: o molar e o molecular. Esses teóricos enfatizam que em ambos há uma lógica de contradição entre os níveis molar e molecular, considerando que se o molar desencadeia processos emancipatórios e de empoderamento, o nível molecular poderá desenvolver atitudes racistas ou opressoras.

Para Guattari e “Deleuze [...] cruzar essa oposição com uma outra, a que existe entre micro e macro. As duas são diferentes. O molecular, como processo, pode nascer no macro. O molar pode se instaurar no micro” (Guattari; Rolnik, 1996, p. 128).

Nesse caminho Guattari e Rolnik (1996) apontam que a solução micropolítica de problemas não deve ser voltada para o molar, tampouco para o molecular, mas sim, para que ocorram a singularização, onde os problemas não sejam afetados especificamente num nível macrossocial, nem num nível microssocial, nem tampouco num nível individual.

Por isso, os teóricos citados mencionam o processo de singularização, em vez que toda “problemática micropolítica consistiria, exatamente, em tentar agenciar os processos de singularidade no próprio nível de onde eles emergem” (Guattari; Rolnik, 1996, p. 130).

Para Feuerwerker (2014) a micropolítica do poder, entendida como um processo semelhante a um “plano molecular em que se efetuam os processos de subjetivação a partir das relações de poder, seria o plano a ser analisado. Por isso mesmo estudar o cotidiano da produção do mundo é uma opção forte - que possibilita ir para o campo mais em aberto” (Feuerwerker, 2014, p. 67).

Segundo essa teórica da micropolítica, assim como para Ribas (2017), que reitera a afirmação de Foucault, onde este esclarece que todo acontecimento, seja na saúde ou em outro setor da vida, que ele está envolvido de “forças que se inverte, um poder confiscado, um vocabulário retomado e voltado contra seus utilizadores, uma dominação que se enfraquece, se amplia e se envenena e outra que faz sua entrada mascarada” (Ribas, 2017, p. 166).

Ainda sobre o biopoder e sua interface com a governamentalidade, Ferigato e Carvalho (2009, p. 59) trazem uma denúncia de Foucault acerca da problematização quando este revela acerca do “desbloqueio da arte de governar está em conexão com a emergência da população, primeiramente porque sua emergência eliminará o conceito da economia centrado na família para centrá-los nas características e fenômenos populacionais”.

A interface explicitada por Foucault pode ser aplicada a instituição de diversas políticas, inclusive a implementação dos planos de continência contra o Covid-19, visto a partir do decreto da pandemia pelo Covid-19 como uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional.

As forças do poder mencionadas acima se refletem no período da reforma sanitária, onde ocorreram acontecimentos de lutas pela democracia, em prol da garantia do direito constitucional a saúde e da criação do SUS, “portanto, a saúde foi um campo em que os diferentes atores sociais comprometidos com a derrota da ditadura foram capazes de fabricar um discurso alternativo ao hegemônico [...] e de adotar modos de fazer política que foram compatíveis com a radicalidade” (Feuerwerker, 2014, p. 70) da época, a partir das mobilizações e articulações dos movimentos sociais compostos por diferentes classes sociais, mas todos com o objetivo na democracia e no direito à saúde.

Merhy (2003) também, corrobora com esse entendimento posto por Feuerwerker quando reitera que o poder é emanado a partir das relações de poder, de cuidado e de lutas, com a ideia uma rede é tecida e permeia todo indivíduo ou grupo afetado por essas relações. Pode-se dizer que foi o que ocorreu na reforma sanitária. Entretanto,

[...] o SUS real, apesar de todas as acumulações e avanços, está muito distante da proposta almejada pelo movimento da Reforma Sanitária. Mais grave, as fragilidades atuais do sistema põem em risco sua legitimidade política e social, especialmente considerando a situação de permanente disputa social em relação à saúde como direito, em relação à concepção de saúde e as maneiras de construí-la (Feuerwerker, 2014, p. 70).

Na compreensão dos acontecimentos que ocorreram no pós-reforma sanitária, nos vetos das leis orgânicas, nos enfretamentos ocorridos no governo Collor e no governo de Itamar Franco para estruturação do SUS, são consideradas” relações históricas de poder [...]. Trata-se de uma abordagem totalmente inversa, ou seja, de mostrar como uma linguagem pode tanto servir a objetivos diversos, com intensidades e papéis estratégicos específicos”.

Ademais, Ribas (2017, p. 167) reitera que naquele momento havia a garantia de uma constituição e da Lei orgânica nº 8.080/90, em contrapartida a participação do privado como saúde suplementar atingiu parâmetros desenfreados, que colhemos frutos danosos nas atuais políticas postas pelo capitalismo.

Feuerwerker (2014, p. 71) também, ressalta que os direitos a saúde da população brasileira envolvem a “própria produção da política e dos modos de governar, o modelo technoassistencial e a organização da gestão são todos elementos críticos na fabricação do SUS”.

Isso aponta para existência de modelo de saúde ainda pautado na doença, na medicalização e no curativo, já que ao longo da implementação do SUS, políticas foram construídas e desconstruídas no intuito da produção da saúde enquanto um produto mercantilizado, baseado em pagamentos por procedimentos, com o desmonte dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em detrimento das residências terapêuticas, contrapondo a Reforma Psiquiátrica. Tudo isso, também, afeta a saúde indígena, que almeja uma saúde integral e equânime, baseado nos seus aspectos interculturais (Rodrigues, 2017).

Feuerwerker (2014, p. 79) ainda revela que existe a possibilidade de implementar um sistema de saúde “em um movimento de confrontação permanente e isso exige, sim, movimento, luta, resistência, fabricação dos atores sociais que são necessários para efetivar o tal sistema. Isso porque, é claro, não existem prontos os atores” que irão efetivar esse sistema, mas esses serão criados e recriados a partir dos movimentos e das forças existentes nesse processo político, assim como as tecnologias, as relações e os espaços da micropolítica de gestão da saúde (Feuerwerker, 2014; Franco; Merhy, 2012; Merhy *et al.*, 2019).

É necessário ressaltar que para implementar um sistema de saúde capaz de criar e recriar movimentos contra hegemônicos e de resistência ao Neoliberalismo, faz-se relevante democratizar a gestão e os serviços de saúde, empoderar gestores, trabalhadores e usuários na construção e no fomento de uma gestão participativa contra hegemônica.

Sendo válido mudanças entre os “meios das resistências presentes na relação entre instituições e sujeitos (ações intensivas) mas, também, da transformação da própria política pública de saúde (ações extensivas), que também, se dá a partir da invenção macro micro de novos modos” de atenção, gestão e do fazer saúde, conforme afirma Ferigato e Carvalho (2009, p. 67).

Por isso, Feuerwerker (2014), menciona que os gestores, seja, eles federais, estaduais e municipais do SUS ou prestadores de serviço possuem um papel importante na conformação das políticas, práticas de saúde e mecanismos de financiamento da saúde, todavia eles não governam solitariamente.

“Apesar de haver uma direção – a dos gestores, a quem formalmente cabe governar - na verdade todos governam: gestores, trabalhadores e usuários. Matus (1987), desde o planejamento estratégico, já chamava atenção para o fato de que todos planejam (e governam)”, mesmo possuindo escalas de poder e governabilidade diferentes (Feuerwerker, 2014, p. 68).

Ferigato e Carvalho (2009, p. 54) afirmam que para entender detalhadamente a formulação de políticas, especificamente a formulação, implantação e implementação da micropolítica, faz-se compreender que no “campo do saber que estuda a saúde das populações, suas relações sociais e a produção de políticas públicas, não podemos deixar de considerar que as coletividades são compostas por sujeitos particulares, com necessidades [...] singulares”, envolvidas em relações contínuas de poder.

No caso da micropolítica, que envolve a saúde indígena é imprescindível “aceitar que viver em sociedade é viver unas agindo sobre os outras. Essas pessoas além de se relacionarem também o tempo todo com instituições e organizações que visam regular ou compor diferentes níveis de poder com heterogêneas necessidades sociais. (Ferigato; Carvalho, 2009, p. 54).

As articulações da APIB, Ministério Público, Abrasco, Fiocruz, entre outras importantes instituições e movimentos sociais mostraram e continuam a mostrar as forças motrizes envolvidas nos processos de governança em saúde, onde todos de fato governam de maneiras distintas e com níveis de poder e saberes diferentes. A criação do Ministério dos Povos Indígenas e a mudança da FUNAI para Fundação Nacional dos Povos Indígenas apontam que os micropoderes alicerçam os macropoderes que legitimam a formulação de políticas públicas.

Nesse percurso dos poderes a partir de organizações, mais precisamente dos diálogos e articulações que ocorrem no âmbito do MS, Melo (2017) formula alguns entendimentos sob o “fazer gestão no SUS” e ressalta três importantes afirmações: a primeira volta-se para o aspecto do conhecimento técnico com grande significância na gestão; a segunda que envolve os sentidos e perspectivas acerca do que vem a ser política; e o terceiro versa sobre as formas diversas que o exercício político pode se apresentar.

Assim, Melo (2017) traz alguns questionamentos para pensar o reconhecimento de exercícios de poder na gestão do SUS, através das ações e estratégias formuladas pelo MS que visam influenciar ou persuadir as outras esferas de gestão, populações, realidades e outros processos que envolvem relações de poder, e que segundo Foucault, há sentido sua aplicabilidade a partir da tríade poder-governo-estratégia, que representa um modelo de compreensão e interpretação do modelo de poder que ocorre nessa organização que é o MS (Foucault, 2008a).

A partir das perspectivas que Foucault, Testa e Melo propõem sobre conceitos e diálogos de relações de poder nessa organização federal: Ministério da Saúde. E tendo em vista a análise posterior acerca dos processos de governança que ocorrem nos níveis dos DSEI do Pará, os quais são organizações descentralizadas da SESAI, uma das secretarias do MS. Faz sentido realizar um percurso sobre o período anterior a pandemia pelo Covid-19 e a gestão federal daquela época.

Desse modo será apresentado no subtópico a seguir um relato das construções de políticas, diálogos e articulações desenvolvidos no Estado do Pará, a partir de uma estratégia do MS, de formulação política, relações de poder, governança e implantação de processos de gestão em saúde no período de 2013 a 2018 (período anterior a gestão federal em tempos pandêmicos).

3.11 Apoio descentralizado como estratégia institucional do MS e sua micropolítica junto ao Estado do Pará e municípios

Ao pensar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), na perspectiva da descentralização de ações e serviços de saúde aos municípios e estados a partir de pressupostos da Reforma sanitária e da Lei orgânica 8.080/90. Considerando ainda o papel do Ministério da Saúde (MS) como formulador de políticas de saúde tripartite, de maneira a implementar sua diretriz constitucional e do SUS fez -se necessário que o MS desencadeasse estratégias para fomento da descentralização política e administrativa na saúde, “com direção única em cada esfera de governo [...] orientadas para a cooperação e a integração entre políticas governamentais de saúde” (Brasil, 2004, p. 7).

Nessa lógica, vale ressaltar que as relações e exercícios de poder na organização MS precisam ser compreendidas de maneira macro e micro para entendermos os processos de micropolítica nas suas instâncias descentralizadas, seja em sua estrutura organizacional ou em “braços” que estão executando gestão descentralizada nos territórios como as superintendências estaduais ou o apoio técnico do MS centralizado aos estados, regiões de saúde e municípios.

Assim, vale percorrer a narrativa de como a cooperação técnica do MS ocorria no Estado do Pará no período de 2013 a 2018, e como a gestão, governança e micropolítica na saúde foi influenciada por uma política de Estado (aqui ressalto um percurso pelos governos dos presidentes Dilma Rousseff, no período de 2011 a 2016 e posteriormente Michel Temer de 2016 a 2018.

Entretanto, a maior preocupação, aqui, se dá em torno dos exercícios e mecanismos de poder na gestão do SUS, referentes aos períodos citados para compreendermos a lógica posta à saúde no governo federal de 2019 a 2022, (período pandêmico) para melhor analisar posteriormente acerca das práticas de governo que refletiram na gestão do SUS (Melo, 2017).

A partir das demandas dos estados e dos municípios, como papel do MS de cooperação técnica para que esses entes assumam suas funções de formulação, coordenação, regulação, planejamento, implementação e avaliação da política municipal e estadual de saúde. O MS lança em 2003 a estratégia do Apoio Integrado à Gestão Descentralizada do SUS:

[...] definido como uma estratégia interinstitucional, constituída em função de apoiar, orientar e cooperar no processo de implementação das políticas governamentais de saúde. Trata-se de uma estratégia incorporada ao projeto do MS de "Qualificação da Gestão Descentralizada", iniciativa consoante com a sua responsabilidade constitucional pelo "acompanhamento, controle e avaliação das ações e serviços de saúde" e pela "cooperação técnica e financeira" a estados e municípios, respeitadas suas competências (Brasil, 2004, p. 10).

Essa estratégia ganhou reconhecimento a partir dos avanços dos territórios municipais e estaduais, no que diz respeito dificuldades que estes entes enfrentavam para o cumprir e implementar as “prerrogativas e atribuições de governo previstas para a condução e execução das políticas de saúde. Dificuldades expressas na carência de recursos humanos, financeiros”, além dos processos organizacionais primordiais uma gestão eficiente no planejamento e implementação de metas e mudança de indicadores no âmbito municipal. Todavia, muitos desafios ainda são necessários, mas o apoio integrado teve sua parcela de contribuições como aponta Gastão (2003, p. 20).

Assim em 2013, houve a oportunidade de retomada do apoio integrado a nível estadual, uma experiência pautada num recorte do apoiador descentralizado, vinculado ao Departamento de Articulação Interfederativa (DAI) da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), antes chamado de o Departamento de Apoio à Descentralização (DAD) e (DAGD), o qual estava vinculado à Secretaria Executiva do MS anteriormente.

Nesse sentido, relatar a experiência do apoio descentralizado no Estado do Pará pelo Departamento de Articulação Interfederativo/SGEP/MS e suas interfaces com outros departamentos e coordenações do MS junto a esse estado, no período de 2013 a 2016 faz-se importante. Bem, como apresentar os avanços e os desafios de realizar o apoio descentralizado na região Amazônica.

Assim, todo o processo inicia desde o momento em que o apoiador se torna um apoiador, onde esse ator precisa ter uma vasta experiência e expertise nos processos de gestão e do SUS, mas também, ter sua indicação consensuada por representantes do estado e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS), no caso o estado do Pará, mais precisamente da SESP, que precisaram verbalizar ou oficializar junto ao MS essas indicações.

Então, no Pará esse movimento inicia em fevereiro de 2013. Anterior ao início das atividades de apoio nos estados, o DAI realiza encontros de educação permanente para todos os apoiadores centralizados (que ficam concentrados em Brasília) e os descentralizados (que ficam nos estados) de todo o Brasil, exceto dos estados do Acre, Amapá e Rondônia, que não possuíam apoiadores descentralizados.

Os encontros de educação permanente tinham os objetivos de nivelar informações entre processos que estavam sendo pactuados a nível tripartite em Brasília e instrumentalizar os apoiadores junto aos territórios. Havia também, a necessidade de apresentar o estado da arte de cada estado e como os processos de apoio descentralizado estavam ocorrendo e quais demandas precisavam ser articuladas junto as coordenações da SGEP e demais secretarias do MS.

Houveram cinco grandes frentes de trabalho do apoio descentralizado no Pará: 1- Acompanhamento do processo de regionalização e dos mecanismos de governança regional; orientação, elaboração e utilização dos instrumentos de planejamento dos entes federados (Planos municipais de saúde, programação anual de saúde e relatório anual de gestão); 2- fomento a utilização do sistema de apoio à elaboração do relatório de gestão na ferramenta do SARGSUS (substituída atualmente pelo DIGISUS); 3- acompanhamento e apoio da discussão de metas para o processo de pactuação interfederativa; 4- acompanhamento das reuniões dos órgãos colegiados do SUS (Comissões Intergestores Regional, Comissão Intergestores Bipartite e Conselho Estadual de Saúde), bem como outras agendas dos gestores acerca dos processos .

Por último, a quinta frente de trabalho foi a articulação com os demais apoiadores descentralizados (do Departamento de Articulação de Redes de Atenção - DARAS, SESAI e DSEI, Plano de Desenvolvimento Regional Sustentável do Xingu - PDRSX- XINGU, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde-SGETS, Departamento de Atenção Básica-DAB, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social-DAGEP, da Rede de Urgência e emergência-RUE, da Política Nacional de Humanização-PNH, entre outras relevantes áreas técnicas) para fortalecimento de agendas como: das redes de atenção à saúde; regionalização, Contrato Organizativo de Ação Pública - COAP, Programa Mais Médico, implantação e implementação do e-SUS, saúde indígena, política de humanização, entre outros processos relevantes da época.

Uma grande frente de trabalho foi acompanhar o processo de regionalização e dos mecanismos de governança regional a luz do Decreto 7.508/2011, após todo o processo que o estado sofreu acerca do Pacto pela Saúde. Vale ressaltar acerca do processo de regionalização e a criação das Comissões Intergestores Regional (CIR) no Estado do Pará a partir do decreto nº 7.508.

Atualmente, está posto pelo Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011, o qual regulamenta a Lei 8.080/90, que os Colegiados de Gestão Regional dão lugar às CIR, passando a ser considerada pessoa jurídica e traz também, para essa comissão a oportunidade de contratualizar metas de maneira regional, além de considerar apenas regiões de saúde aquelas com serviços de Atenção Primária à Saúde, Atenção em Urgência e Emergência, Atenção Psicossocial, Atenção Especializada e Hospitalar existentes, ou que futuramente venham a possuir esses serviços, alterando desta maneira o desenho de PDR do estado do Pará (Brasil, 2011c).

O próprio MS lançou diretrizes para a implantação e organização das CIR à luz do decreto 7.508/2011. Neste contexto as macrorregiões de saúde foram extintas, passando a existirem apenas regiões de saúde. Mas, posteriormente retornaram em 2018, devido a conjuntura dos vazios assistenciais nas regiões de saúde.

Importante mencionar que havia a participação da maioria dos secretários municipais de saúde nas CIR, mas ainda existe a presença de assessores no assento deles. As reuniões geralmente eram mensais e ocorriam por região de saúde. Todavia bem ao início da implantação do Colegiados de Gestão Regional (CGR), período do Pacto pela Saúde, essas ocorriam por macrorregião de saúde (Rodrigues, 2012).

Os temas mais abordados nas reuniões das comissões eram os mais variados, em sua maioria trazida pelo estado, como: a Pactuação Pactuada Integrada (PPI), Atenção Primária em Saúde, regulação, financiamento, planejamento, portarias novas, entre outros temas. Estas reuniões costumavam não ter a totalidade dos gestores para existir quórum e assim, ter legalidade nas pactuações dessa instância. Porém, enfatiza-se que com o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), todas as CIR deveriam funcionar de maneira efetiva, solidária e deliberativa, com quórum de gestores (Rodrigues, 2012).

Vale ressaltar que na reunião ordinária da Comissão Intergestores Tripartite, em 16 de fevereiro de 2012, a Secretaria Estadual de Saúde do Pará (SESPA), oficializou a existência de 23 regiões de saúde, além de, 23 Comissões Intergestores Regionais, justificando ao MS que estava sendo realizado um estudo diagnóstico para alteração destas regiões à luz do decreto 7.508. Assim, após um estudo minucioso pós-decreto, foram instituídas 13 regiões de saúde.

O decreto de nº 7.508/11 considera região de saúde, a partir do conceito que ressalta o “espaço geográfico contínuo [...] de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e de infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar [...] ações e serviços de saúde” (Brasil, 2011a, p. 4).

Nem sempre a divisão político-administrativa coincidiu ou coincide com a divisão territorial estabelecida pelo planejador estadual, municipal ou federal. É pertinente levar em conta os aspectos geográficos, políticos e institucionais presentes nas várias conceituações relacionadas. Isso significa dizer que a região é uma realidade inventada, política e histórica, onde suas características envolvem as dinâmicas econômicas e socioculturais que mediam as delimitações e demarcações territoriais, ou seja, é essa dinâmica que vai moldando o território e a região ao longo do tempo.

Uma segunda importante agenda era a orientação, elaboração e utilização dos instrumentos de planejamento dos entes federados (Planos municipais de saúde, programação anual de saúde e relatório anual de gestão). Além, da pactuação dos indicadores de saúde, que tinham seu rol pactuados na CIT e que desde o pacto pela saúde adentravam na composição dos planos municipais e por sua vez nos RAG.

Existia uma cooperação técnica junto ao estado para que o mesmo através de suas regionais administrativas estaduais realizasse esse apoio. O Núcleo de planejamento da SESPA (NISPLAN) realizava esse acompanhamento e através do monitoramento mensal do apoiador institucional, levava para pautar nas reuniões mensais da CIB e CIR o status dos instrumentos de planejamento de gestão do SUS: PMS, PAS e RAG.

Algumas ferramentas de apoio como SARGSUS, também compunham esse processo, bem como os relatórios trimestrais de prestação de contas do Relatório Detalhado do Quadrimestre (RDQ), que posteriormente foram sendo substituídos pelo DIGISUS gestor municipal e estadual.

Ainda, com sentido a fortalecer o planejamento, o Decreto nº 7.508/11 reitera a necessidade de pautar o Planejamento Regional Integrado (PRI) nas regiões de saúde. Todavia, por existir apenas uma agenda do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) apresentada pelo estado do Pará ao MS, mas sem uma implementação robusta nesse período de 2013 a 2016, o que significava que o processo do PRI ainda era insipiente de fato (Brasil, 2016a).

Assim, o PRI inicia de fato seus primeiros movimentos em meados de 2018, de acordo com as homologações realizadas pela resolução CIB/PA nº 140, de 09 de agosto de 2018, que reconfigura um novo desenho do estado do Pará em 4 macrorregiões, considerando a resolução CIT de nº 37, de 22 de março de 2018, que dialoga com o Decreto 7.508/11 (Pará, 2018b).

Outra pauta de trabalho do apoio institucional foi o acompanhamento e facilitação da discussão de metas para o processo de pactuação interfederativa. Onde, realizávamos o diálogo acerca da Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para o período de 2013-2015. Essa pactuação tinha o objetivo de fortalecer planejamento do SUS e implementação do COAP; a realização trienal; a indução de melhoria de acesso; a qualidade e efetividade conforme apurado no Índice de Desempenho do SUS (IDSUS) e a indução de organização das redes de atenção com ênfase na região de saúde (Brasil, 2016a).

O rol de diretrizes, objetivos, metas e indicadores em acordo com as Diretrizes Nacionais definidas pelo Conselho Nacional de Saúde totalizavam nesse período um rol de 33 indicadores universais e 34 específicos, dando um total de 64 indicadores. Todavia, dávamos ênfase para que fossem pactuados também, outros indicadores, observadas as especificidades locais e as diretrizes aprovadas pelo conselho de saúde do estado. Assim, eram pactuados via SISPACTO e migravam também para os PMS, PES, PAS e RAG (Brasil, 2016a).

Dessa maneira, era desenvolvido também, um monitoramento que era repassado ao NISPLAN e regionais estaduais, bem como aos consórcios existentes no estado (COIMP, CODESEI, AMAT, AMAM, entre outros). O status dos municípios eram classificados: com pactuação não iniciada, pactuação em preenchimento, pactuação validada e pactuação homologada. Para que esses entes e essas instituições realizassem as cooperações e apoio técnicos pertinentes juntos aos municípios.

Uma quarta agenda de trabalho do apoio DAI foi constituído pelo acompanhamento das reuniões dos órgãos colegiados do SUS (Comissões Intergestores Regional, Comissão Intergestores Bipartite e Conselho Estadual de Saúde), bem como outras agendas dos gestores acerca dos processos de gestão.

Com o Decreto Nº 7.508/2011, na CIR está prevista a regulação e estruturação organizativa do SUS com a finalidade de garantir maior segurança jurídica na fixação das responsabilidades dos entes federativos para que o cidadão possa conhecer os serviços ofertados dentro de cada região de saúde e a organização das Redes de Atenção à Saúde (Brasil, 2011a).

As CIR a partir de 2011, passaram a executar as seguintes atribuições à luz do decreto: “reunir-se regularmente, [...] com vistas a pactuar aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, objeto do contrato organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), elaborando o seu regimento interno [...] (Brasil, 2011a, p. 3).

A situação da implantação e implementação dessas CIR foi algo inovador no estado e no Brasil, e cabe ao estado prestar cooperação técnica, bem como buscar cooperação horizontal entre os municípios. O acompanhamento destes espaços, deve ser acordado e orientado pela CIB-PA e pela SESPA, com a finalidade de oferecer apoio ao funcionamento e organização destas comissões.

Considerando que o Decreto 7.508/2011, no cap. 5, art. 30, o qual estabelece que as Comissões Intergestores pactuarão a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde, sendo: “III - a Comissão Intergestores Regional, no âmbito regional, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais devendo observar as diretrizes da CIB/PA” (Brasil, 2011b, p. 11).

Assim, as deliberações e/ou pactuações ocorridas nas plenárias da Comissão Intergestores Regional deveriam ser sistematizadas através de resolução, sendo a seguir publicadas no Diário Oficial do Estado, através de seus respectivos Centros Regionais de Saúde.

Além disso, a Secretaria Executiva da Comissão Intergestores Regional/CIR deverá encaminhar todas as resoluções publicadas à Secretaria Executiva da Comissão Intergestores Bipartite/PA para conhecimento da CIB e providências cabíveis.

Tais diretrizes da CIB/PA para a funcionalidade das CIR, assegurará a produção do planejamento integrado da saúde realizado em âmbito regional, materializando os compromissos de cada ente da gestão no espaço da região de saúde que devem ser articulados com os compromissos e metas estabelecidas pelas outras regiões do estado, num processo coordenado pela Secretaria Estadual de Saúde do Pará e compatibilizados na Comissão Intergestores Bipartite, em programações elaboradas simultaneamente nas regiões (Brasil, 2011b).

Nesse sentido, os processos de planejamento integrado, desenvolvidos no conjunto das regiões de saúde, contribuem para organização das ações e serviços de saúde no âmbito estadual e, conseqüentemente, para conformação e integração das redes de atenção à saúde do Pará (Brasil, 2011a).

3.11.1 O fortalecimento da participação social no estado a partir do FEPS/PA

Outra agenda de fomento a governança envolvia a participação social e o fortalecimento do controle social no estado. Assim, o apoiador descentralizado junto com o apoiador centralizado DAGEP facilitavam e matriciavam processos como o Fórum Estadual de Educação Permanente em Saúde (FEPS) que foi criado no Pará no ano de 2014 com a participação de diversos movimentos sociais da área da saúde, como o MOPS/PA, CES/PA, Rede Feminina de Direitos Humanos, sindicato dos trabalhadores da saúde e outros atores atuantes no SUS no estado do Pará, entre eles: a SESP, COSEMS/PA, UFPA, UEPA, DSEI GUATOC, DAI/DAGEP/MS (Rodrigues; Simonian; Sousa, 2024).

Constituiu-se como uma importante ferramenta de articulação e construção coletiva de democratização das políticas públicas de saúde, em especial a política de educação permanente em saúde, com o objetivo de incentivar a participação e o protagonismo emancipador dos usuários do SUS, fortalecendo a lógica da educação popular em saúde, promovendo capacitação em temas centrais da saúde pública para o controle social do SUS (Rodrigues; Simonian; Sousa, 2024).

O que motivou a criação do FEPS, foi continuar e incentivar a participação e o protagonismo emancipador dos usuários do SUS no estado, (que vinha sendo desenvolvido pelo projeto do QUALICONSELHO). Todavia, esse processo é fortalecido numa lógica da educação popular em saúde e promovendo a educação permanente em temas centrais da saúde pública e do controle social do SUS, pois era frequente a solicitação, por parte dos conselhos municipais de saúde, de atividades de capacitação relacionadas às diversas políticas de saúde do SUS e atribuições dos conselheiros (Rodrigues; Simonian; Sousa, 2024).

Nessa vertente, o fortalecimento dos conselhos, posta pela Lei orgânica nº 8.142/90, também preconiza através da Lei Complementar nº 141, que enfatiza o controle social como “prioridade para os representantes dos usuários e dos trabalhadores da saúde, programa permanente de educação na saúde para qualificar sua atuação na formulação de estratégias e assegurar efetivo controle social da execução da política de saúde” (Brasil, 2012b).

Numa quinta frente desenvolvida pelo apoio descentralizado fortemente, foi articulação com os demais apoiadores descentralizados e centralizados, bem como das áreas técnicas do Núcleo Estadual do Ministério da Saúde do Pará (NEMS): DAÍ/SGEP centralizado, SOS U/E, atenção domiciliar, QUALISUS-apoiadora local, RAPS – saúde mental, PNH, SESAI/DSEI GUATOC, SESAI/DSEI Altamira, SESAI/DSEI Kaiapó Pará, SESAI/DSEI Rio Tapajós, RUE/SAMU/UPA, DAGEP/SGEP, saúde da criança/SAS, referência central Mais Médico/PROVAB, DAF, supervisora DARAS, apoio saúde prisional, apoio institucional rede cegonha, apoiador DAB, referência estadual/DATASUS/NEMS, SEGAD/NEMS, DICON/NEMS, SEAUD, entre outras relevantes áreas técnicas para fortalecimento do SUS.

3.11.2 O Apoio DAI ao Pará: consolidando o Apoio Integrado

Considera-se a construção das Redes de Atenção no estado do Pará desde 2010 que vinha sendo desenvolvida com técnicos do estado e municípios, além dos apoiadores de cada rede (Rede cegonha, rede de atenção psicossocial, rede de urgência e emergência, rede da pessoa com deficiência).

Na época não haviam construído a rede da pessoa com doenças crônicas. Assim, a articulação e construção dos planos para implementação das redes de atenção, buscou-se também, a integração entre os apoiadores a partir do diálogo em tempo real e compartilhamento de agendas, no sentido de não ocorrerem processos de trabalho atropelados e nem sobreposição de ações como vinham ocorrendo em outros planos (Brasil, 2010).

O papel do apoiador no território foi articular com diversos apoiadores na socialização e compartilhamento das responsabilidades e atribuições, bem como no sentido de fortalecer agendas conjuntas e correlatas na gestão estadual, regional e municipal. Acreditando que dessa maneira as ações seriam fortalecidas e a implementadas de fato Fleury *et al.* (2010).

Acredita-se que avanços ocorreram com a participação no Programa Mais Médico, apesar dos conflitos e problemas de comunicação do início do programa. Estar mais próximos do cotidiano de problemas reais que os estados e municípios passavam favoreceu a interlocução como esses municípios e com o estado, diferente de quando o MS lançava uma política para ser implementada de modo vertical, Brasília-estados. Dessa maneira, mensalmente eram realizadas as reuniões do grupo do apoio integrado para discutir estratégias e socializar ações e processos de trabalho, com vistas à socialização e fortalecimento do território estadual.

A proposta de inserção do apoiador para integrar espaços no território, como grupos condutores ou comissões foi relevante, pois ao longo da trajetória do SUS esses espaços foram sempre institucionalizados. Acredita-se também, que os apoiadores terem atuado em outros momentos e conhecerem a realidade de gestão e as necessidades de saúde do estado, seja na SESPA ou nos municípios, colaborou na melhor interlocução desses novos atores no território, bem como a transparência das agendas desses apoiadores, pois a não efetivação do trabalho de um apoiador, fragilizaria o trabalho de todos os demais.

Havia também, outras agendas paralelas no decorrer de todo o período de apoio, como: o desenvolvimento do projeto de sistemas regionais desenvolvido pelo Hospital do Coração (HCOR), através do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS) é uma ação do Ministério da Saúde dirigida ao fortalecimento do SUS por meio de intervenções tecnológicas, gerenciais e de capacitação profissional em parceria com seis hospitais de reconhecida excelência, entre esses o HCOR.

As áreas de atuação dos projetos do PROADI-SUS eram: Estudos de avaliação e incorporação de tecnologias; capacitação de recursos humanos; pesquisas de interesse público em saúde; desenvolvimento de técnicas e operação da gestão em serviços de saúde.

O projeto acima mencionado, tinha como objeto o fortalecimento de sistemas regionais de saúde no contexto da regionalização do SUS, aplicando a metodologia problematizadora como instrumento que possibilite aos participantes, através da interação e debates em grupos ordenados em consonância ao conteúdo programático enunciado, perceber os fenômenos sociais no segmento da saúde pública no âmbito loco regional, apreendendo e transmitindo experiências visando empreender uma viável intervenção nas realidades.

A experiência do PROADI-SUS compreendeu a realização de dois seminários de nivelamento; a realização de quatorze encontros regionais envolvendo quatro regiões de saúde (Tapajós, Baixo Amazonas, Marajó I e Marajó II), com trinta e seis municípios do Pará. Além, de qualificar na elaboração e gestão dos trinta e seis Planos Municipais de Saúde, com fomento do processo de Planejamento Regional Integrado (PRI) nessas quatro regiões de saúde já citadas.

Durante todo esse processo do apoio institucional descentralizado, é relevante mencionar o processo de educação permanente que ocorria em Brasília mensalmente com todos os apoiadores do Brasil. Esse processo recebeu o nome de Aperfeiçoamento em Gestão Estratégica e Participativa no SUS, que possuiu uma carga horária total de 180 h. Tal curso, realizado nas modalidades presencial e à distância, compunham uma estratégia de aperfeiçoamento e qualificação do apoio institucional da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde e era desenvolvido em parceria com a Rede Governo Colaborativo em Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

3.11.3 O apoio institucional e algumas reflexões

O processo do apoio descentralizado encontra respaldo e lógica ao refletir sobre o processo histórico de construção do SUS e como esse ocorreu em meio a um contexto econômico e político desfavorável à materialização de seus fundamentos, pois partiu de uma estrutura dual e centralizada dada pelo padrão anterior de política social, e se realizou por meio da expansão descentralizadora gradual e flexível em diversas frentes conformando movimentos nem sempre muito consistentes e articulados, de acordo com Fleury *et al.* (2010).

Tendo em vista ainda a amplitude da diversidade de contextos regionais com marcantes diferenças socioeconômicas, um formato singular de federação, o elevado peso da oferta privada, torna-se muito complexo o processo de constituição de um sistema unificado e integrado, conforme afirma Fleury *et al.* (2010).

O processo de descentralização conduzido pela União empregou a pactuação de marcos normativos temporários (as normas operacionais) associados a instrumentos de indução financeira como referenciais de condução e direcionamento das esferas subnacionais, especialmente aos municípios, na formação de capacidades de gestão e provisão de serviços de saúde.

A adesão dessas condições padronizadas e negociadas de modo tripartite em nível nacional permitiu a construção de bases institucionais regulares (Ribeiro, 1997), com transferências progressivas de responsabilidades sanitárias e com expansão da oferta de serviços, bem como provocou mudanças de modelos e práticas de cuidado e o estabelecimento de processos estáveis constantes de negociação e pactuação, entre outros (Fleury *et al.*, 2010).

A transferência de estruturas de provisão de serviços e a formação de bases institucionais de planejamento e controle social encontraram durante seu processo de formação um quadro de profundas assimetrias no nível local, o que resultou em fragilidades e descontinuidades no potencial de governança, gestão, financiamento e resolutividade do sistema (Brasil, 2008a).

Dessa maneira, o apoio descentralizado torna-se uma estratégia que somaria enquanto facilitador, apoiador, matriciador, articulador, juntos aos demais apoiadores descentralizados ou aos centralizados das áreas técnicas do MS ou outras áreas que não possuíssem apoiador institucionalizado.

Nesse contexto Pereira Júnior e Campos (2014) compreendem que a estratégia do apoio DAD foi primordial enquanto estratégia que consolida o apoio à gestão de estados e municípios, transversalizando e articulando áreas técnicas no MS em Brasília. Para esses sanitaristas, o DAI teve a capacidade de realizar uma análise aprofundada que permitiu compreender como ocorria a

relação hierárquica entre os entes federados, explicitou a necessidade de mudança dos modelos hegemônicos das instituições e serviços de saúde e evidenciou a desarticulação dos setores internos do MS. Mesmo não utilizando o conceito “apoio institucional”, referenciou-se no apoio Paideia para definir o “apoio integrado” como uma estratégia para: [...] intermediar e promover a cooperação técnica aos sistemas estaduais de saúde, a partir do envolvimento participativo e integrado de todas as áreas ministeriais. Esta estratégia é entendida assim, como indutora de um reordenamento e qualificação na gestão do próprio MS, pela necessidade de se estabelecer fluxos transversais de demandas e respostas integradas (Pereira Júnior; Campos, 2014, p. 900).

Tendo em vista, as décadas de fragmentação do próprio MS, conforme afirma Pereira Júnior e Campos (2014), a retomada da estratégia do apoio integrado tornou-se mais potente quando trouxe uma vertente mais horizontal e com o teor de “cooperação interfederativa”.

Nesse pressuposto, havia a necessidade de implementar um apoio com algumas grandes frentes do Decreto 7.508/11 e a partir da portaria de implantação e implementação das redes de atenção pelo Brasil. E sem dúvida também, para a região da Amazônia, equacionando as iniquidades e desafios desse território. Assim, em 2012 o Colegiado de Gestão do MS lança “o documento intitulado “Diretrizes do Apoio Integrado para a qualificação da gestão e da atenção no SUS” e justifica a importância dessa estratégia” (Pereira Júnior; Campos, 2014, p. 901).

O papel do apoio, especificamente o institucional descentralizado DAI atuou nos processos que eram demandados pelo Decreto 7.508/2011, que regulamentou a Lei 8.080/90 e trazia uma agenda de fomento e articulação para esse apoiador de grandes desafios voltados para a gestão de saúde, o planejamento regional integrado, a formulação dos instrumentos de planejamento com olhar na regionalização e implementação da CIR com governança dada pelo decreto que a instituiu (Brasil, 2011a).

Esse período de apoio exigiu a compreensão e intervenções muito específicas junto a outras áreas do próprio estado, com vistas a identificação de aspectos como: a participação política e regional; a relação da comissão com a CIB e demais segmentos; a dimensão da compreensão da saúde regionalizada e o funcionamento da CIR; além, do comprometimento com a cogestão e cooperação solidária, além da análise de como ocorria a participação da secretaria de saúde do estado, na figura de seus representantes nesse espaço de governança.

A CIR tinha como objetivo fomentar a não paridade, ainda presente na CIB, mas que devia ser fortalecido nesse espaço regional de governança, através da qualificação dos membros de composição dessa comissão.

Quanto aos processos de regionalização, relacionado ao novo decreto que regulamenta a lei Nº 8.080, existiam novos instrumentos a serem trabalhados: o Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde, que não foi assinado pelo estado do Pará, mas que reverberou um movimento de planejamento regional nesse território, bem como acerca do mapa da saúde, da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) e acerca da Relação Nacional de Medicamentos (RENAME) (Brasil, 2011a).

Assim, Pereira Júnior e Campos (2004, p. 902) enfatizam que o apoiador iria: "i) ativar coletivos, ii) conectar redes e iii) incluir olhares, práticas, interesses e desejos na produção do comum. Uma nova maneira de se relacionar com os entes federados, para além das normas e da indução financeira, ampliando as práticas de gestão".

De todo modo, os apoiadores descentralizados do DAI tinham como atribuições apoiar, cooperar e articular estados e municípios nos instrumentos de planejamento estadual, regional e municipal, fazendo uma interface com a implantação e implementação das redes de atenção à saúde, principalmente contribuindo na constituição das redes temáticas (Pereira Júnior; Campos, 2014).

O diálogo dos apoiadores DAI também, versava acerca de fomentar e articular processos transversais de gestão, como a regulação, avaliação, gestão do trabalho, educação em saúde, vigilância, como o projeto o desenvolvimento e monitoramento do projeto TOPAMA, os projetos de grandes empreendimentos como o PDRS Xingu, tendo em vista a construção da Hidrelétrica Belo Monte e o projeto para o Baixo Tapajós, onde seriam também construídos portos de escoamento da soja, rodovias, entre outros. Esses últimos trariam grandes impactos sociais e ambientais aos municípios que seriam atingidos por esses empreendimentos.

Vale ressaltar que a dinâmica do apoio integrado foi baseada em três grandes eixos, conforme afirma Pereira Júnior e Campos (2014, p. 902):

a formação dos apoiadores; a condução da estratégia e o seu monitoramento e avaliação. Para a operacionalização do apoio, definiu-se equipes de referência para cada estado, composta por apoiadores de quatro áreas: Departamento de Articulação Interfederativa (DAI), Departamento de Articulação de Redes de Atenção à Saúde (DARAS), PNH e Departamento de Atenção Básica (DAB). Em casos singulares, a equipe de referência pode ser composta por apoiadores temáticos de outras secretarias.

Pavan e Trajano (2014), trazem uma outra vertente que dialoga muito bem com o trabalho desenvolvido pelo apoiador, que é a habilidade de exercitar o método da roda, prevista no método de Padeia de Gastão Wagner, onde existe um fundamento contrário as funções de

assessor, consultor, supervisor, conforme denominações da Teoria Geral de Administração [...] Nesse caso, poderíamos dizer que a função do apoiador se diferencia das do supervisor e do analista institucional no sentido de que o apoiador, além de contribuir com a ampliação da capacidade dos sujeitos, colocam em análise seus processos de trabalho e suas instituições, oferta ferramentas/dispositivos – para além da escuta, análise e processamento dos “não ditos”, dos “pontos cegos”, das implicações – a partir dos quais são possíveis construções coletivas de gestão compartilhada (Pavan; Trajano, 2014, p. 1029).

A estratégia de constituir o apoio integrado, formado por diversos apoiadores centralizados e descentralizados oferece uma oportunidade ter processos de trabalhos a partir de equipes multiprofissionais de apoiadores de referência para determinado estado, suas regiões e seus municípios.

No entanto, é necessário também, enfatizar a presença de outras modalidades de apoio nesse território vivo e que requer outros arranjos Interfederativos. Pereira Júnior e Campos (2014) apontam que o apoiador também, pode possuir suas equipes de referência. Esses, por sua vez podem ser a

[...] equipe dirigente de um município, os dirigentes e apoiadores do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS), os gerentes regionais e apoiadores dos estados, os representantes do controle social e os gestores e trabalhadores dos serviços de saúde[...]. Nesse cenário, podemos nos remeter à formulação de Campos e Domitti sobre a possibilidade de articulação de várias equipes de referência e diversos apoiadores, em uma mesma estrutura organizacional complexa [...] (Pereira Júnior; Campos, 2014, p. 902).

Tendo em vista os desafios acima para além, das grandes diversidades de acesso aos serviços de saúde e dado aos vazios assistenciais existentes ainda nesses estados, que impossibilitam de concretizar o desenho organizacional posto pelo decreto 7.508/2011. O Ministério da Saúde, CONASS e o CONASEMS pactuaram, no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), as Resoluções nº 23/2017 e nº 37/2018 que estabeleceram novas diretrizes (CONASS, 2022).

As diretrizes publicadas tinham o objetivo de fortalecer os processos de regionalização e implementação do Planejamento Regional Integrado do SUS, de maneira a contribuir para a organização da Rede de Atenção à Saúde a ser desenvolvido nas macrorregiões de saúde, favorecendo dessa maneira os gestores e as equipes dos estados na construção do processo para fortalecimento das ações e dos serviços de saúde no país (CONASS, 2022).

3.11.4 Apoiadores dos DSEI e sua interface com o apoio Integrado no Pará

O Pará possui quatro distritos de saúde indígena (DSEI GUATOC, Altamira, Rio Tapajós e Kaiapó Pará) e nessa lógica do apoio descentralizado, também possuía seus respectivos apoiadores, vinculados a SESAI. O papel desse apoiador era desenvolver atividades voltadas para os processos de trabalho das equipes de saúde (EMSI), organizar e mediar demandas da SESAI junto as coordenações que faziam a composição do DSEI. E, articular com a SESPA e com os gestores municipais de saúde, que tinham territórios indígenas em seus municípios de responsabilidade (Rodrigues, 2017).

A dinâmica de articular ações e serviços voltados para a saúde indígena era melindrosa e frágil nesse período de 2013 a 2016, pois assim como no restante do país, ainda há uma resistência ou falta de conhecimento dos estados e municípios que possuam municípios indígenas precisam planejar e implementar ações e serviços com integralidade e equidade aos povos indígenas, garantindo por sua vez uma atenção que respeite os aspectos interculturais das diversas etnias, bem como seus saberes tradicionais (Rodrigues, 2017).

Esse processo de inserção dos apoiadores dos DSEI em pautas do estado do Pará e nas regiões de saúde foi sendo fortalecido pelo decreto 7.508/11 que gerou a resolução CIT de nº 01, pois a partir dessa resolução, passou a ser garantida a participação dos DSEI como convidados nas reuniões das CIR. Estas participações estavam assim, previstas nos regimentos internos das 13 CIR do Pará. Todavia, esses regimentos previam apenas a participação como convidado, sem o direito a consensos e pactuações.

Então, o apoiador, outros técnicos do DSEI e representantes do CONDISI, acompanhavam as políticas regionais que estavam sendo pautadas nas reuniões. É claro, que do ponto de vista da legislação, os representantes da SESAI não possuíam governança nas pactuações, mas poderiam articular frentes antecipadamente nas câmaras técnicas, que ocorriam anterior as reuniões da CIR, para então, realizar proposições e provocações a serem levadas pelos técnicos dos municípios e SESPAs aos seus “legítimos” gestores, uma construção da micropolítica de poder em saúde (Merhy, 2006).

Esses apoiadores passaram, a partir do decreto que regulamenta a lei 8.080/90, a participarem da construção de alguns planos regionais das redes de atenção do estado, trazendo a caracterização da população indígena para o diagnóstico situacional dos planos. Porém havia uma incipiência ao construir ações e serviços voltados para os povos indígenas, o que repercutia em fragmentações para a saúde indígena e principalmente impactada de maneira negativa nos indicadores de morbidade e mortalidade entre os povos indígenas (Rodrigues, 2017).

O período de 2013 a 2016 foi um momento de idas e vindas dos DSEI nos territórios municipais e regionais que foram sendo “costurados” por esses apoiadores da SESAI, juntamente com os demais apoiadores que compunham o apoio integrado, como eram chamados todos os apoiadores descentralizados de um estado. Vale ressaltar que, experiências da inserção da saúde indígena ocorreram também, em projetos QUALISUS-Rede da Região Bico do Papagaio, que compreendia os estados do Tocantins, Pará e Maranhão, com recurso do Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD). Assim, essa região de saúde interestadual passa a ser denominada região interestadual TOPAMA.

É evidente que este projeto com financiamento internacional apresentava alguns indicadores e metas, entre eles a saúde indígena foi contemplada. E nesse sentido foi planejado e articulado três ações/atividades: integração das centrais de regulação municipais do TOPAMA com os Polos Base e CASAI, para que esses estabelecimentos dos DSEI mapeassem as unidades indígenas que seriam as centrais solicitantes, de maneira a integrar a regulação municipal, regional e estadual.

Outra segunda atividade foi a capacitação sobre o sistema de regulação (SISREG) para as unidades de saúde indígena pelas três centrais de regulação estaduais e municipais responsáveis, com territórios indígenas. Uma terceira atividade era cadastrar as unidades indígenas no CNES, a partir da articulação e integração dos DSEI com os gestores municipais que possuíam população indígena e seriam responsáveis por efetuar os cadastros das unidades pelos polo base ou pelas CASAI.

A quarta atividade foi realizar a oficina para estabelecer os protocolos e fluxos referente aos serviços de Oncologia na Região Interestadual TOPAMA para integração dos fluxos dos pontos de atenção aos indígenas, bem como implantação dos protocolos nas unidades solicitantes e centrais de regulação das capitais do TOPAMA.

E por último, uma atividade tão relevante foi a execução do Plano para os Povos Indígenas do TOPAMA, que seria validado pelo grupo condutor TOPAMA após apreciação e aprovação dos respectivos Conselhos Distritais de Saúde Indígena e encaminhados para apresentação nas respectivas CIR e CIB quanto aos vazios assistenciais que precisavam ser sanados (Qualisus-Rede, 2013).

A partir desse projeto ocorrido na região interestadual do TOPAMA, é possível reconhecer e refletir que, apesar da política nacional de saúde dos povos indígenas trazer a legitimidade do direito de saúde ao indígena dentro do SUS, foi possível esse avanço no TOPAMA, a partir de um interesse ministerial e internacional, posto pelo alcance de indicadores para prestação de contas do recurso internacional.

Toda articulação de apoiadores do MS, técnicos dos estados e dos municípios foi a mola motriz para um planejamento eficaz e eficiente nessa região. É fato que o trabalho desenvolvido por apoiadores num processo de planejamento, alcance de metas e melhoria de indicadores fica visível na região do TOPAMA. Essa participação dos apoiadores da SESAI e dos DSEI trouxe também, a possibilidade de toda essa construção, articulação e pactuação de ações e serviços para o indígena baseado nas suas especificidades e suas necessidades.

Assim, é clara uma reflexão que a micropolítica em saúde desse período provocou diversos avanços nesse território. Todavia, vários processos se perderam pela troca de gestão em 2016. Atualmente podemos elencar que não existe um processo de regulação equânime para os indígenas, como foi pensado e pactuado em 2013. Aqui é possível pontuar ainda, que dez anos se passaram, e que se torna necessário e urgente esse processo retomar a partir da gestão federal atual.

3.11.5 Estratégia do apoio descentralizado vinculados aos Núcleos Estaduais do MS

No final de 2016, o Ministério da Saúde criou a Seção de Apoio Institucional e Articulação Interfederativa (SEINSF) nos Núcleos Estaduais do Ministério da Saúde (NEMS). E somente em 2018, é lançado um processo seletivo para contratação de analista administrativo sênior pela Fundação de Amparo à Pesquisa e Extensão Universitária (FAPEU) para a SEINSF (antigo NEMS), que seriam os apoiadores descentralizados, agora vinculados a cada núcleo estadual.

Na lógica de pensar a reestruturação da SEINSF para fins de implementação, monitoramento e avaliação das políticas, programas e ações de saúde, a SEINSF – Pará teve como agendas e processos de trabalho num período de três meses: processos envolvidos na nova plataforma digital do Ministério da Saúde, o DIGISUS – Gestor, com a importância fundamental nos instrumentos de planejamento e gestão junto aos gestores de saúde do Pará; processo de implantação do Planejamento Regional Integrado a nível do estado do Pará a partir do novo desenho da regionalização em macrorregiões de saúde, conforme o disposto na portaria ministerial nº 38/2018.

As atividades da SEINSF também, compreenderam a implantação do DGMP, módulo estadual e municipal; informe sobre a portaria do DGMP; apresentação perfis de acesso e de acompanhamento; solicitação de acesso e liberação de cadastro no sistema de permissão de cadastro e acesso (SCPA); acesso público e painéis; DGMP com funcionalidades gerais e identificação; DGMP com pactuação interfederativa de indicadores (inserção de metas e fluxo de aprovação/homologação); DGMP, plano de saúde; DGMP, programação anual de saúde; DGMP, RDQA e RAS.

Infelizmente, esse apoio foi suspenso devido a finalização do contrato da FAPEU com o Ministério da Saúde, o qual perdurou somente 3 meses, sem interesse da gestão federal em 2019 de prosseguir com a estratégia do apoio descentralizado.

Vale ressaltar que em 2019 foi extinta a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) e houve a descontinuidade do processo do apoio descentralizado do MS nos territórios estaduais. A SGEP tinha teve um papel fundamental para implantação e implementação da gestão, planejamento e participação social. Essa extinção fragmentou e fragilizou importantes políticas de equidade nos estados e municípios.

O MS lança em 2019 editais internos para selecionar servidores efetivos para a função de apoiador institucional. A partir da mudança dos NEMS para a nova Superintendência Estadual do Ministério da Saúde (SEMS) em cada estado, existe a estratégia atual do apoio institucional, que visa ampliar o escopo de atuação dos apoiadores, anteriormente restritos às especificidades de algumas áreas técnicas do MS. Mas, agora ligados as superintendências, tem como foco principal a qualificação da gestão do SUS. Assim, os objetivos do apoio atual são:

Acompanhar e contribuir no processo de regionalização, com ênfase no planejamento ascendente e na gestão compartilhada; Articular as agendas estratégicas do SUS com as singularidades dos contextos locais, contribuindo para a implementação das políticas pactuadas de [modo] tripartite; Colaborar com a organização da rede regionalizada de saúde e a melhoria da qualidade da atenção; Contribuir para a qualificação do processo de elaboração dos instrumentos de planejamento do SUS; Estimular a implementação das políticas públicas governamentais de saúde de [modo] horizontal, superando a fragmentação das ações na gestão e na atenção à saúde; Contribuir para qualificação dos processos de informação e comunicação em saúde (Brasil, 2021f, p. 01).

A Seção de Apoio Institucional e Articulação Interfederativa agora vinculadas as SEMS está vinculada ao DAI. Atualmente, fazendo composição junto a Secretaria Executiva do Ministério da Saúde. No caso do Pará, havia apenas dois apoiadores na SEINSF para um estado de 144 municípios, o que difere fortemente do número de apoiadores em 2013. As atribuições desses dois apoiadores versam acerca da implantação do planejamento regional integrado, dos instrumentos de planejamento e outras demandas relacionadas.

Resta ressaltar que não existem os demais apoiadores descentralizados das outras áreas do MS para apoiar as demais agendas, o que diminuiu a potencialidade do processo ao se tratar do apoio integrado, já que junto com a SGEP, foram extintos os demais contratos FIOTEC/OPAS, os quais mantinham esses apoiadores desenvolvendo as frentes dos processos institucionais e políticos pactuados de modo tripartite.

As reflexões feitas, reportam ao desempenho do apoio institucional descentralizado DAI e a articulação para o apoio integrado ao longo desse período. Relevante verificar que vários processos ocorreram com avanços. Mas, existem ainda desafios a serem percorridos para o resgate desse processo descentralizado no território estadual e regional.

Outras habilidades e competências para os processos de governança precisam ser constituídas para dirimir as fragmentações ou equívocos de comunicação que ocorrem entre as áreas técnicas do MS e nas regiões de saúde. Dessa maneira, será relevante refletir acerca do restabelecimento do apoio integrado descentralizado extinto em 2016, para fortalecer o território estadual e regional, conforme aponta o decreto 7.508/11 e o SUS (Fleury *et al.*, 2010).

3.12 Covid no mundo e no Brasil

No dia 30 de janeiro de 2020 a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou o surto do novo coronavírus (2019-nCoV) como uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), que apresentou seu primeiro caso confirmado na cidade de Wuhan, localizada na República Democrática da China (OPAS, 2020a).

A COVID-19 é considerada uma doença infecciosa causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) e apresenta os principais sintomas, como: febre, cansaço e tosse seca. Alguns indivíduos poderão desenvolver dores, congestão nasal, dor de cabeça, conjuntivite, dor de garganta, diarreia, perda de paladar ou olfato, erupção cutânea na pele ou descoloração dos dedos das mãos ou dos pés. Esses sintomas são na sua maioria leves e iniciam gradativamente. Porém, outras pessoas serão infectadas, mas apresentarão sintomas muito leves e algumas serão assintomáticas (OPAS, 2020a).

A maioria das pessoas (cerca de 80%) se recupera da doença sem precisar de tratamento hospitalar. Uma em cada seis pessoas infectadas por COVID-19 fica gravemente doente e desenvolve dificuldade de respirar. As pessoas idosas e as que têm outras condições de saúde como pressão alta, problemas cardíacos e do pulmão, diabetes ou câncer, têm maior risco de ficarem gravemente doentes. No entanto, qualquer pessoa pode pegar a COVID-19 e ficar gravemente doente (OPAS, 2020a, p. 01).

De acordo com a OMS (2020), os grupos de indivíduos que manifestam os sintomas, 80% deles apresentam as formas mais leves e sem a necessidade de intervenções médicas intensivas, porém aproximadamente 15% desses indivíduos tornam-se doentes e irão necessitar de suporte de oxigênio, sendo que 5% apenas dos doentes apresentarão condições críticas pela morbidade, com a necessidade de cuidados intensivos.

Vale ressaltar que os primeiros indivíduos infectados pelo vírus citado em dezembro de 2019 ainda permaneciam com causas e origens desconhecidas, o que levaram a desenvolver processos relacionados à insuficiência respiratória. Isso contribuiu para evolução à internação ou óbito de muitos pacientes na China. Esses indicadores alarmantes provocaram a preocupação dos especialistas na área de saúde e em 31 de dezembro de 2019 comunicaram oficialmente a OMS sobre a existência desse agravo, bem como suas consequências no país (WHO, 2020).

A partir da declaração do estado de pandemia no mundo e no Brasil, faz-se necessárias medidas de saúde pública para o enfrentamento à pandemia, o que exigirá

a elaboração de planos de gerenciamento de risco em vários níveis (nacional, estadual, municipal e local), fortalecendo a atuação no território, que considere: a população a ser acompanhada (casos leves de COVID-19 e outros problemas de saúde); a adequada proteção dos profissionais de saúde, com condição segura à realização do seu trabalho, evitando, também, que sirvam de fonte de contaminação; as mudanças organizacionais compatíveis com a realidade local; as necessidades de apoio logístico e operacional (incluindo transporte, material e equipamentos de segurança e proteção); formação e educação permanente dos profissionais de saúde; mapeamento de potencialidades e dificuldades de cada território; a retaguarda necessária a uma ação coordenada da APS com outras instituições e serviços de saúde no território de abrangência das equipes ou fora dele; e parcerias com as organizações comunitárias, potencializando habilidades e estimulando a solidariedade (Medina *et al.*, 2020, p. 1-2).

Ressalta-se que foram notificados, em 32 países das Américas, casos mais graves da Covid-19, os quais foram oficializados pela OPAS acerca dessa existência sobre “pelo menos uma das três “variantes de preocupação” do vírus SARS-CoV-2 [...]. Segundo a OPAS (2021c, p. 01) essas variantes podem aumentar a transmissibilidade do vírus e sua virulência ou diminuir a eficácia das medidas de saúde pública e sociais ou diagnóstico, vacinas e terapêutica”.

Todavia, em 20 países das Américas apresentaram casos, envolvendo uma das três “variantes de preocupação [...] duas das variantes - B.1.1.7, detectada pela primeira vez no Reino Unido; e P.1, detectada pela primeira vez no Brasil - podem ser mais facilmente transmissíveis (OPAS, 2021c, p. 01). Nesse sentido, faz-se necessário a reorganização dos serviços presentes na rede de atenção à saúde, e sobretudo na Atenção Primária à Saúde (APS) a fim de realizar o enfrentamento da pandemia através, de ações e serviços eficientes e em tempo oportuno.

A importância das redes de atenção e da APS possuem um relevante protagonismo e se faz necessário sua readequação, que vem apontado em documentos e relatórios produzidos no país. Apesar dos desafios enfrentados pela APS, é notório reconhecer que este modelo é o mais adequado por suas diretrizes e atribuições junto ao território e orientação comunitária, para apoiar as populações em situação de isolamento social, medidas de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento. Já que, conforme aponta Medina *et al.* (2020), é essencial manter o contato e o vínculo entre as pessoas e os profissionais de saúde.

A perspectiva de fortalecer a atenção básica cabe também, para no fortalecimento da atenção básica prestada pelos DSEI, que conforme aponta Medina *et al.* (2020) é essencial no combate a pandemia.

3.12.1 A antipolítica do Governo Bolsonaro e o enfrentamento contra o Covid-19

Análises aprofundadas foram realizadas por diversas instituições e estudiosos acerca da lógica de antipolítica ocorrida no governo do presidente Jair Bolsonaro. Foram claros os debates sobre as relações de poder entre governante e governados, o descaso no enfrentamento da pandemia, que aprofundou as vulnerabilidades de populações consideradas nesse governo como subalternas (indígenas, quilombolas, população de rua, população negra e LGBTQI).

Ademais, Pelbart (2021) afirma que as iniciativas de abertura da Amazônia para o capitalismo predatório, acompanhado de invasão da agroindústria foi fortalecido pela fragilização dos órgãos de fiscalização do meio ambiente. Tudo isso, provocou impactos socioculturais, ambientais e econômicos que aumentaram as iniquidades das populações que já encontravam-se nessa situação.

Barbosa (2020) afirma que houve durante a pandemia a intenção de aniquilar e dizimar povos e raças, assim como no período da ditadura. Para ele, o

[...] desaparecimento enquanto técnica governamental expõe uma desterritorialização da gestão biopolítica de populações. Tratava-se nesta de governar a impessoalidade da vida biológica [...]. A multiplicidade das novas modalidades do poder nas sociedades do desaparecimento expressa-se em diversos e singulares dispositivos, com caracteres e intensidades variáveis, exemplares desde a exclusão de dados sobre mortes causadas por covid-19 no sistema público de saúde brasileiro (as ditas subnotificações) à reativação dos cemitérios periféricos como dispositivos de vala e ocultação política de genocídio no contexto da pandemia (Barbosa, 2020, p. 159).

Para Viveiros de Castro (2020) “os subnotificados da Covid-19 são os desaparecidos políticos de nosso tempo recente”. As falas de Viveiros de Castro e Barbosa encontram correlação na “insistência teórica recente em diferenciar os diagramas da biopolítica e da necropolítica, o próprio Foucault postulava que o governo biopolítico de populações não cancela o velho poder soberano de vida e morte [...]” (Barbosa, 2020, p. 160).

A compreensão de que houve a biopolítica atravessada pela necropolítica foram táticas usadas na produção de mortes e desaparecimento de corpos sem vestígios, conforme reitera Barbosa (2020).

Esse período de pandemia trouxe à tona caminhos mais abertos para o desmonte de políticas ambientais e da saúde, políticas essas que estavam sendo construídas ao longo dos anos, junto aos movimentos sociais e, por estudiosos e técnicos que acreditam na necessidade de existência de políticas equânimes. Todavia, o próprio Estado através de legislações como a PM 910/2019, aponta para grandes retrocessos que impactam no meio ambiente e automaticamente na saúde das populações que são acometidas pela liberação dos empreendimentos (Rodrigues; Simonian; Pedroso, 2023, p. 60).

Os empreendimentos liberados na Amazônia refletem o descaso pela vida humana e ao permitir a entrada dos garimpeiros, dos grileiros, dos madeireiros e outros invasores em terras indígenas. Isso foi o reflexo da omissão do Estado e o agravamento da crise sanitária junto aos povos das florestas (CIMI, 2020).

Nesse processo histórico de luta pela vida e pela sobrevivência, percebe-se muitos movimentos equacionando a macropolítica e a micropolítica a partir de instituições e povos em prol de contrapor as forças alicerçadas por uma antipolítica e macropoderes do governo negacionista.

Nesse sentido, serão relatados os diversos eventos e movimentos sociais na garantia dos direitos humanos e da saúde durante a pandemia pelo covid-19.

No dia 4 de novembro de 2021 foi realizado o “Seminário Internacional dos Direitos Humanos na Pandemia de Covid-19 no Brasil: Denúncias de violações dos direitos humanos”, um evento virtual que reuniu equipes do Conselho Nacional de Saúde (CNS), Conselho Nacional de direitos humanos (CNDH) e lideranças que atuam na área de direitos humanos.

O Seminário teve como objetivo demonstrar através de um documento-denúncia como o Estado Brasileiro produziu graves violações aos direitos humanos relacionados à saúde coletiva. A programação do seminário foi organizada de modo que contivesse uma apresentação geral da proposta, a palavra de abertura com a presença das principais organizações de Direitos Humanos: Articulação Monitoramento Direitos Humanos no Brasil (AMDH), Fórum Nacional de Luta pelo Direito Humano à Saúde, Presidência Conselho Nacional de Saúde (CNS), Presidência Conselho Nacional de Direitos Humanos (CNDH), Comissão Interamericana Direitos Humanos/Relatoria (CIDH) (CNS, 2021).

Ficou sobe a responsabilidade do médico Flávio Luiz Schieck Valente especialista na relação de direitos humanos e saúde, apresentar o documento-denúncia, onde abordou os modos de resposta do governo brasileiro em relação aos casos de Covid-19 no Brasil, dando ênfase às falas do Presidente Jair Messias Bolsonaro, que demonstravam total desrespeito e falta de conhecimento real sobre a situação pandêmica, mesmo de posse de dados que mostravam a gravidade da doença (CNS, 2021).

Ainda, sobre o debate ocorrido no “Seminário Internacional dos Direitos Humanos na Pandemia de Covid-19 no Brasil”, houve uma contribuição robusta com foco na transparência de informações e cooperação internacional em relação as materiais, vacinas, assim como às questões sociais intrínsecas geradas pela atual situação pandêmica, inclusive, citando questões referentes à CPI da Covid-19, através da fala do Senador Humberto Costa, que ficou claro a série de contradições do governo federal brasileiro, com o agravo das atitudes de seu primeiro mandato.

A segunda mesa teve como tema o aprofundamento das violações e foi constituída pelos seguintes pesquisadores: Pedro Rodrigues C. Hallal (Epidemiologia em saúde); Maria dos Remédios F. Carvalho Branco (Mortes Evitáveis – Regionalidade); Elda Coelho (Bioética); Armando Antônio de Negri Filho (Proteção); Bruno Moretti (Financiamento da Saúde); Euzamara de Carvalho (Vigilância em Saúde).

Durante às exposições foi explanado as maneiras de como evitar as milhares de morte pela Covid-19 em contexto nacional, contribuições multiprofissionais para o entendimento mais amplo e construção de um arcabouço teórico, que que constituía as denúncias da sociedade civil, demonstrando a piora acentuada de mortes que ocorreu em solo brasileiro comparado ao restante do mundo e como essa relação afetou áreas distintas (CNS, 2021).

Assim também, foi demonstrado que as crises históricas que assolam o Brasil foram acentuadas na pandemia, isso envolvem as questões bioéticas e jurídicas, como a desinstitucionalização do Ministério da Saúde e o reducionismo epistemológico que gera o conceito de saúde pública o que difere do conceito de saúde coletiva, e portanto acaba por gerar conflitos de interesses ao apresentar que a maioria das mortes em unidade de terapia intensiva foi no SUS demonstrando que o conceito de público está ligado as mazelas do povo (CNS, 2021).

A terceira mesa trouxe como tema impacto em grupos sociais, foi constituída pelas seguintes lideranças: Fernando Pigatto, presidente do CNS; Benilda Regina Paiva de Brito (Negras/os); Soraia da Rosa Mendes (Mulheres); Luiz Eloy Terena (Povos Indígenas) e Cristian de Oliveira Gamba (Encarcerados/as).

Todas as populações citadas acima são consideradas como às principais vítimas das violações dos direitos humanos no decorrer da pandemia, diante das limitações impostas pela realidade histórica cada grupo analisado chegou à conclusão que em período pandêmico o racismo estrutural, o sexíssimo, o machismo tiveram suas ações potencializadas e expandidas, principalmente pelo fato do isolamento social, que muitas vezes isolou famílias inteiras com seus agressores, a perda de emprego, a pandemia de covid-19 revelou o cotidiano destes grupos, o que tem sido denunciado à anos, associado ao desmonte do SUS, e do próprio Ministério da Saúde (CNS, 2021).

De tal modo às contribuições estão relacionadas ao agravamento de situações preexistentes dos grupos sociais apresentado. O advogado indígena e defensor dos direitos das comunidades tradicionais Luiz Eloy Terena foi o responsável por contribuir com o tema que relaciona os Povos Indígenas com a pandemia de Covid-19 (CNS, 2021).

Durante sua contribuição Terena ainda, dissertou sobre os impactos da pandemia na vida dos povos indígenas mostrando que a existência de problemas estruturais deixa claras as fragilidades e escassez, do que ele chama de subsistema de atenção à saúde indígena. Para o advogado, essa fragilidade está relacionada com a falta de medicamentos, estrutura, insumos e a alta rotatividade de profissionais, além da precariedade das casas de saúde indígenas (CNS, 2021).

As dicotomias presentes deste o tempo colonial ainda se fazem presentes, assim podemos entender o processo de negar os processos demarcatórios, e uma vez em estado de pandemia, negar direitos aos não demarcados, o que demonstra uma incoerência do governo federal, o mesmo ocorreu com indígenas em contextos urbanos, que geralmente se encontram em áreas periféricas (CNS, 2021).

A falta de proteção territorial faz com que os povos indígenas fiquem à mercê de desmatamentos ilegais e vulneráveis a transmissão do vírus, mostrando a fragilidades das comunidades indígenas. Estas situações estruturais somadas a presença de desmatamento sistemático colaboravam para que às comunidades não tivessem atendimento adequado para casos de Covid-19, a exigência de isolamento social, acabava por interferir na coletividade, que é cultural na vida indígena, logo, dentro da comunidade temos outra realidade, a questão da habilidade social relacionada a questão dos alimentos, que foi deveras prejudicada (Terena, 2021).

O fato de o Supremo Tribunal Federal legitimar a barreira sanitária em trinta e três terras indígenas, com elaboração de um plano de monitoramento para situações diversas foi necessário. Porém, houve uma resistência para adotar os procedimentos sugeridos por especialistas, demonstrando seu caráter negacionista já presente desde o início da pandemia no Brasil, favorecendo a disseminação do vírus nas comunidades, o fato mais grave com certeza foi com relação aos indígenas isolados que estão à mercê dos garimpeiros desmatadores em seu território.

Terena (2021) reitera que o presidente Jair Bolsonaro foi o primeiro presidente eleito após período da redemocratização do estado brasileiro contrário a demarcação de terras indígenas e que assumiu uma política totalmente contrária a proteção da vida dos povos indígenas.

Outra questão apontada no seminário foi a descrença nas pesquisas e orientações da OMS e OPAS, além de orientações que advinham de pesquisadores brasileiros e organizações de saúde. Foram apresentados três requerimentos sugeridas pelas instituições brasileiras, que eram base para enfrentamento da desvalorização das ciências da saúde, assim como a naturalização da morte, evidentes violações dos direitos humanos (CNS, 2021).

Dessa maneira, foram constituídos os seguintes requerimentos: 1. Que fosse reconhecida a responsabilidade do Estado brasileiro por não se antecipar à gravidade da pandemia, 2. Responsabilidade do Presidente diante o desrespeito às vítimas de Covid-19, seus familiares e pelos retrocessos no planejamento na área de saúde entre outras áreas. 3. Reconhecimento do reforço dos abismos sociais referentes ao racismo estrutural e patriarcado durante a pandemia.

Diante disso, contou com a participação de várias figuras importantes, entre elas estava o Eloy Terena, doutor em direito e militante das lutas indígenas na Articulação dos Povos Indígenas no Brasil (APIB). Ele expõe durante o seminário os impactos da pandemia da Covid-19 na vida dos povos indígenas, que sofrem as consequências dos problemas estruturais já existentes antes da pandemia e que se agravaram ainda mais nesse período.

Terena reitera a fragilidade do SASISUS, a falta de estruturas, insumos e medicamentos, a alta rotatividade de profissionais que atuam no subsistema de atenção e a precariedade das casas de saúde indígena, a qual não estão totalmente qualificadas para receber os indígenas e ressalta a existência predominante do racismo que coloca a dicotomia entre “indígenas, aldeados e indígenas desaldeados”.

Terena (2021) apresenta dados de pesquisas da Fiocruz que já alertava a situação de risco das comunidades indígenas no início da pandemia no país. Posteriormente, ele pontua no seu discurso a questão da distância das aldeias para os grandes centros urbanos, o que dificulta o acesso ao tratamento da Covid-19 e a vulnerabilidade cultural, uma vez que os povos indígenas apresentam dificuldades em manter o isolamento social, já que eles prezam pelo convívio coletivo. Ademais, outro ponto que foi abordado foi a vulnerabilidade social, em que se refere a questão do saneamento básico nesses territórios e a exposição dessas pessoas ao vírus.

Terena (2021) relata o posicionamento do governo no que diz respeito a proteção indígena quando ele nega a demarcação das terras, quando não atende os indígenas que estavam em áreas ainda pendentes de homologação e aos indígenas que se encontram no contexto urbano aonde foram em busca de trabalho, renda ou estudo.

O indigenista continua relatando acerca da precariedade da assistência, em especial o atendimento no SUS no qual muitos deles não conseguem acessar, muitas das vezes por conta da língua materna, sendo que o sistema universal não se encontra preparado para esse atendimento, além das questões econômicas, de deslocamentos nas cidades, aspectos culturais *etc.*

O documento feito por Eloy Terena também, destaca sobre os invasores das terras indígenas que são os garimpeiros, madeireiros *etc.*, que além da destruição que causam nessas terras ainda são potenciais disseminadores do vírus entre os indígenas, sendo que muitos deles ainda são povos isolados e de recente contato. É importante destacar que no Brasil existem 305 povos indígenas falantes de 274 línguas, sendo esses 114 grupos isolados e de recente contato que vivem na Amazônia Brasileira (Terena, 2021).

Terena (2021) versa acerca da DPF 709 que objetivou implementar barreiras sanitárias em 33 terras indígenas e a elaboração de um plano de monitoramento e enfrentamento nas demais terras indígenas. Era um plano para a exclusão de invasores como garimpeiros ilegais que são verdadeiros agentes disseminadores do vírus entre os povos, principalmente entre os povos mais afastados e de recente contato.

O Governo Federal deixou evidente a postura negacionista diante dos planos, como o plano de monitoramento e que demorou 10 meses para ser homologado. Por fim, a APIB (2020) lançou um Comitê da Vida e Memória Indígena para monitorar os casos de contaminados pela Covid-19.

De acordo com CNS (2021), a partir da descoberta que aproximadamente 21 mil indígenas foram contaminados, mais 1200 foram mortos pelo vírus e 163 povos indígenas foram afetados, isso confirma o quanto as comunidades foram afetadas negativamente, principalmente no contexto do governo anterior que assumiu uma política totalmente contrária à proteção da vida desses povos, proliferando doença e o genocídio indígena. Logo, esses fatores mencionados se caracterizam como uma política contrária a vida e mostrou a contribuição do governo em aumentar a discriminação em todas as esferas.

Devido a isso, muitos representantes como a APIB se dispuseram a coletar os seus próprios dados, considerando todos os critérios como etnia, localidade, área urbana e rural, idade, sexo e diversidade cotidiana. Esses aspectos permitiram com que as representações indígenas não fossem manipuladas e recuperassem o comando sobre sua própria existência, tendo controle sobre a situação das informações sobre o processo de saúde e doença causado pela pandemia (CNS, 2021).

Outro aspecto, segundo CNS (2021) e que essas representações indígenas tratavam é que a SESAI somente considerava as áreas cobertas pelo SASISUS. Porém, a APIB questionava que todos deveriam ser incluídos, principalmente os residentes de áreas urbanas, considerando que o SUS precisava abarcar a classificação de cor ou raça. Isso foi uma conquista para população indígena, além do registro nos atestados de óbito, como indígena.

O Seminário Internacional sobre Direitos Humanos também, traz um grande debate acerca das “experiências internacionais de enfrentamento na pandemia com foco em problemáticas para povos em situação de vulnerabilidade: Algumas reflexões e aprendizagens em torno de iniciativas regionais”, que foi ministrada pela Dra. Orielle Solaré, assessora Regional de Determinantes Sociais da Saúde da OMS/OPAS e as “Experiências de enfrentamento na pandemia com enfoque nas populações em situação de vulnerabilidade: Panorama de Colômbia” apresentado pela PHD da Universidade do Vale, Dra. Lyda Osorio.

Os conceitos em relação a essa temática são importantes de serem abordados, pois dentro desse contexto, faz-se necessário refletir em cima de três componentes referentes à vulnerabilidade: Participação e empoderamento social, território e vulnerabilidade. Primeiramente, de acordo com Orielle Solaré (2021) a participação social ainda é frágil em termo de continuidade, é nesse momento que devemos resgatar essa participação com a comunidade, por meio do empoderamento social, conhecendo os mecanismos do estado, das instituições sendo pontos estratégicos regionais.

Sem dúvida o território precisa ser a base da construção de bons planejamentos em saúde, é necessário levar em consideração a população, as relações de poder e a experiência.

Nesse sentido Solaré explica que o território pode ser um local onde acumula um bem-estar ou um mal-estar dentro da sociedade. Assim, de acordo com Solaré (2021, tradução da autora) “no território existem os processos de produção e reprodução social, que constituem a base da determinação social de saúde-enfermidade e morte”.

O terceiro conceito é a vulnerabilidade, tal conceito é um marco na pandemia e com muitas aplicações dentro da saúde pública. Ela pretende entender a construção, distribuição dos padrões sociais de maneira ampla. Dessa maneira, quando estamos nos referindo à questão da vulnerabilidade visualizamos enorme distância entre classes e países em relação à adoção de medidas protetivas e preventivas contra a Covid-19.

Muitos países da América Latina e porque não dizer de todo o mundo tiveram dificuldade para orientar a população sobre o uso de máscaras, de higienização das mãos, de lavagem das mãos e distanciamento. Embora todas as medidas fossem necessárias, muitos ainda se viram sem ter como comprar ou fabricar uma máscara, sem ter água para lavar as mãos, sem ter uma casa para ficar de quarentena ou até mesmo sem um espaço amplo para cumprir o distanciamento de um metro. Na Ilustração 11 podemos perceber isso:

Ilustração 11 - Dificuldades em relação às medidas de prevenção e proteção contra Covid-19



Fonte: Solaré, 2021.

No Peru foi realizado um monitoramento dos meios de comunicação sobre as pessoas infectadas e reinfectadas pela Covid-19. Dentro desse grupo estavam pessoas que tinham mais de uma comorbidade, como também pessoas que trabalham de maneira informal. Foi elaborado um guia sobre orientações para aplicação de medidas de saúde pública para regiões que enfrentam dificuldades. Solaré (2021) reitera que os projetos também são feitos em países como Brasil, Bolívia, Venezuela, Guatemala, Panama e Argentina por meio de materiais como podcast, quadrinhos, vídeos e documentários, cartazes produzidos por crianças, páginas web etc.

No segundo momento é falado sobre as experiências de enfrentamento na pandemia com enfoque nas populações em situação de vulnerabilidade: Panorama de Colômbia. Onde são apresentados pontos de abordagem: Excesso de mortalidade, resposta a Covid-19 em populações vulneráveis, vacinação e fortalecimento espacial de vulnerabilidades a Covid-19.

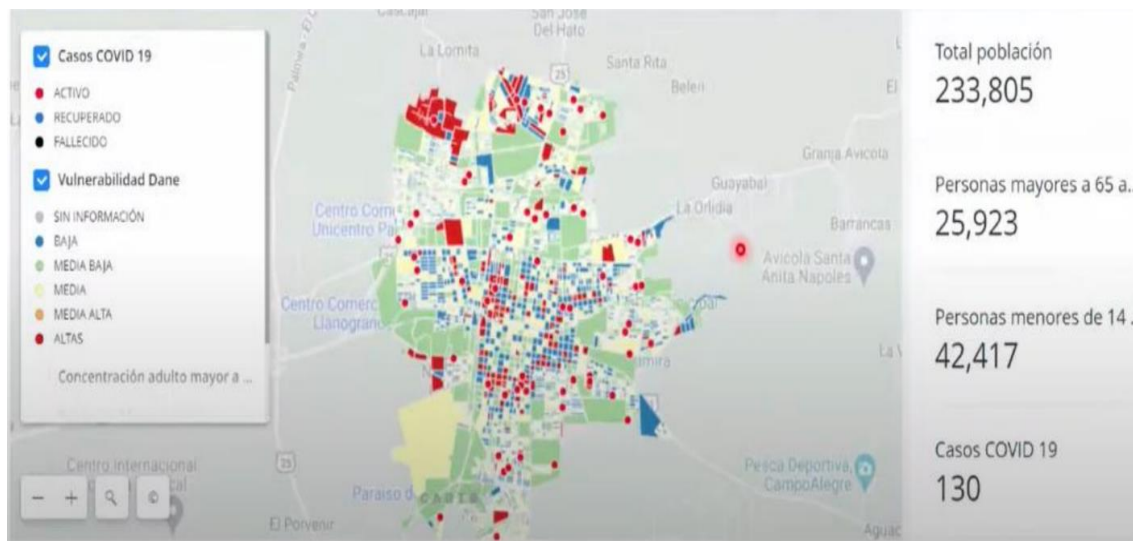
A alta transmissão e a resposta tardia dos serviços de saúde em relação a Covid teve um impacto nas taxas de mortalidade. O excesso de mortalidade da Colômbia foi preocupante logo após o fim da quarentena e são maiores em idosos, porém em mais jovens também foi letal. 90% das mortes por Covid são em extratos sociais com menor poder aquisitivo (Solaré, 2021).

Osorio e Solaré (2021) enfatizam que os projetos referentes as ajudas sociais, subsídios para famílias e jovens mais pobres, alimentos para aqueles sem acesso, pagamento de energia, gás e ligação de água para famílias que estavam com esse acesso cortado pela falta de pagamento, também foi dado um olhar especial a migrantes e pessoas de grupos étnicos como indígenas e pessoas em situação de rua.

A questão dos direitos humanos é dever do Estado de acordo com a constituição e qualquer atitude que possa melhorar e garantir a qualidade de vida é algo que vale a pena ser feito. Para Solaré (2021) as operações de vacinação foram tornadas por um documento com normativas, responsabilidades e manejo. Um mapa de cobertura vacinal foi importante para verificar o alcance de metas e melhores resultados.

Um projeto interessante foi a criação de um aplicativo para uma região onde se pode cruzar informações como vulnerabilidade, casos sintomáticos e a vacinação, para que as autoridades tomassem medidas de prevenção e proteção demonstrado na Ilustração 12 a seguir.

Ilustração 12 - Aplicativo cruzador de casos de Covid-19 e vacinação



Fonte: Vale (2021).

Portanto, é importante pensar medidas para região norte, a vacinação ainda é um grande desafio, pois muitas *fake news* circulam. Estratégias como essa nos auxiliam a verificar qual é a possibilidade de alcançar a população, principalmente as mais vulneráveis, como as populações indígenas.

Salienta-se que os dados da OMS e da OPAS (2017, p. 04, tradução nossa) demonstram uma situação alarmante também, entre os indígenas, como foi o caso da Guatemala com 58% das crianças indígenas acometidas de desnutrição crônica e 23% que foram acometidas pela desnutrição grave, números mais altos que nas crianças não indígenas neste mesmo território. Vale ressaltar, também, que “apesar da subnotificação, taxas mais altas de violência contra as mulheres e suicídio também são observadas nessas populações” indígenas, o que demonstra a fragilidade das políticas para esses povos.

Um outro importante movimento foi o debate pelo canal da rede Fiocruz acerca dos impactos da pandemia sobre os povos indígenas, mediado por Renato Farias e apresentado pela pesquisadora Raquel Dias-Scope da Fiocruz.

A FIOCRUZ (2021) inicia o debate trazendo dados que são importantes acerca de como a pandemia pelo Covid-19 vem impactando os povos indígenas. Dito isso, é necessário lembrar que pelo censo de 2010 se teria 900 mil indígenas no país, constituindo 305 povos, 274 línguas indígenas, sendo que 63,8% dessa população vive em áreas rurais, o que é importante ressaltar para falar da grande diversidade que envolve os povos indígenas.

Fazendo alusão a uma dívida histórica que o país possui com esses povos. É também, muito forte a presença do desconhecimento sobre a diversidade desses povos pela sociedade e nesse sentido é necessário refletir sobre as políticas atualmente instituídas quando se trata de Covid-19 entre essas populações indígenas (FIOCRUZ, 2021).

A diversidade e pluralidade indígena devem ser levadas em consideração quando se aborda o impacto na saúde e principalmente durante a pandemia pelo Covid-19, pois, em cada região ou município em que esses povos estão presentes, se reflete em indicadores de cobertura de vacinação, acesso e integralidade de atenção básica pelo subsistema de saúde indígena direcionado para os DSEI e para a média e alta complexidade no SUS.

A geopolítica dentro desse grupo é ainda invisibilizada, porém, vários representantes estão tomando frente no protagonismo dentro da política e é evidente essa mobilização para proteger seus parentes. Conforme Dias-Scope (2021) a política de saúde para a população indígena passa por processos de enfrentamentos pela sobrevivência desde 1500, pois esses povos já passaram por várias epidemias, tendo as memórias desses momentos em seu território.

Segundo Dias-Scope (2021) os entraves para implementação da participação indígena no Mato Grosso do Sul, como o segundo estado com maior população indígena, vivenciaram muitas fragilidades durante a pandemia da Covid-19. É perceptível a ambiguidade nesse momento, pois surge a partir da criação da política pública indígena e da implementação do modelo de atenção à saúde atualmente existente, que não responde as reais necessidades da saúde indígena, pois há dificuldades para praticar a legislação garantida pela constituição para que esses povos tenham suas necessidades respondidas a luz dos aspectos interculturais.

A estudiosa afirma que

[...] apesar de haver uma política anterior à crise da pandemia de extensão de distribuição de água potável em terras indígenas, na prática essa água potável dificilmente chega a toda à população. Então, você tem uma lei, uma proposta de efetivar a distribuição de água potável para todas as populações, para as pessoas indígenas, mas na prática ela nunca se efetiva completamente e a crise que isso gera no momento de pandemia em que uma das principais recomendações era qual? lavar as mãos [...] (Dias-Scope, 2021).

A condução de uma política pública deve ser trabalhada por meio do controle social afirma Dias-Scope (2021). As intuições colegiadas formais são, conselhos distritais de saúde indígena e conferências que fazem parte da formalidade para que essa população participe da construção da política. Em contrapartida, essa formalidade está sendo desmontada, quando as reuniões não ocorrem ou sofrem prorrogações por vários meses, com a justificativa da pandemia. Todavia, se questiona as justificativas de não ocorrer reunião remotas na tentativa de garantir a participação dessas instâncias na formulação e planejamentos.

Segundo Dias-Scope (2021), os movimentos indígenas foram mais evidentes, antes da pandemia e deparam-se com desafios em que precisam resgatar esse protagonismo em prol da vida de seus pares. O enfrentamento referente ao sucateamento de atenção à saúde indígena já ocorria mesmo antes da pandemia, mas piora diante do próprio descaso do governo federal. Muitas questões legais tornam-se frágeis como o controle social e assim, diversas instâncias precisam se articular em prol da vida desses povos.

A gestão muitas vezes se configura de maneira heterogênea quando um representante governamental ou coordenador distrital fortalece algumas questões e outras não, fazendo com que a política dependa de governo para governo ou de gestão para gestão. Na pandemia, conforme aponta o CNS (2021), isso fica evidente porque as reuniões que geralmente aconteciam de maneira presencial, deixam de ocorrer por conta dos diversos agentes da SESAI e do DSEI estarem participando de outras regiões remotas, e, também, devido as regras de isolamento e distanciamento social.

A gestão faz um diálogo restrito com algumas representações em detrimento das necessidades de um coletivo maior. Assim, a resposta a muitos problemas da pandemia foram fruto das articulações de profissionais e indígenas que construíram barreiras para diminuição da propagação do vírus nas comunidades indígenas por iniciativa própria, outra foi a doação de caixas d'água para que as famílias pudessem fazer o seu autocuidado como a lavagem das mãos, ou seja, construíram uma rede viva, conforme aponta Merhy (2006). Nesse sentido, Dias-Scope (2021), ressalta que existem muitas dificuldades no subsistema, assim como encontradas no SUS.

No caso do subsistema saúde indígena houve questões importantes que aconteceram logo no início da pandemia com um problema de baixa testagem atualizados, a identificação de casos e a falta de clareza de recomendações para prevenção, a deficiência na provisão de equipamentos de proteção individual e ainda a existência de um plano de enfrentamento integrado para pensar toda essa diversidade dos povos indígenas. Isso inclusive tem uma questão que derivou em ações do movimento indígena no âmbito judiciário (Dias-Scope, 2021).

Para falar sobre esse protagonismo indígena em relação as próprias reações do Estado brasileiro frente as políticas públicas é fundamental, porque durante esse período o protagonismo indígena que vinha acontecendo, surgem mudanças fundamentais que irão congrega na gestão atual para criação do Ministério dos Povos Indígenas, nas mudanças estruturais da FUNAI, na criação da secretaria especial para saúde indígena no estado do Pará e até na criação de coordenações de saúde indígena em municípios como Belém e Marabá.

A busca para ressignificar um passado antes invisibilizado do protagonismo indígena, dá lugar hoje a várias frentes de organizações indígenas no âmbito do legislativo e do judiciário. E toda essa mobilização inclusive possui um marco histórico no STF que é importante ressaltar posteriormente.

Assim, a batalha pela garantia de suas terras pelos povos indígenas e a mobilização pelo direito a vida, andaram juntas especialmente do ano 2020 para desenhar uma resposta para as próprias populações indígenas em relação a uma condução mais eficiente de uma política macro posta, mas que não estava sendo garantida.

Nesse sentido, para Dias-Scope (2021) a questão das epidemias está muito presentes na memória desses povos, principalmente nos anos 50, 60 e 70, quando muitas etnias indígenas quase desapareceram e outras foram dizimadas no Brasil. Então, essa questão de exercer esse protagonismo está associada a essa memória histórica de um processo de violência colonial de séculos, mas que “bate à porta” desses povos novamente durante a pandemia pelo Covid-19.

No evento do 10º Fórum Social Pan-Amazônico (FOSPA), realizado em Belém do Pará de 28 a 31 de julho de 2022 ocorreu a mesa de educação popular intercultural e comunitária, ministrado por Sofia Cuenca da Colômbia, José Geraldo do Peru, Alejandro Escobar do Instituto de Agroecologia da Colômbia, João Colares da UEPA (FOSPA, 2022).

Os debatedores citados anteriormente, trazem o debate acerca da importância do conhecimento ancestral como necessidade urgente. Enfatizam a relevância das simbologias, interculturalidade, ritualização e espiritualidade nos processos pedagógicos. A educação popular pode ser a conexão para as práticas pedagógicas territoriais e de libertação a partir dos saberes locais e deve contrapor, trazendo saberes ancestrais. É como reconstruir a esperança e o sentido amazônico: um novo esperar!

No FOSPA (2022) ainda, Rosendo Ticuna de Tabatinga e da Colômbia ressalta a necessidade da saúde tradicional para os povos indígenas da Colômbia, com olhar para o território, meio ambiente, condições dignas e garantia de direitos fundamentais, como água potável, educação, cultura e alimentação.

O olhar equânime para a questão da saúde no Pan-Amazônica é pensar esses territórios para os povos indígenas com suas práticas milenares. A interculturalidade, como uma política de estado na construção de um modelo de saúde próprio para fortalecer essa articulação na saúde desses povos, no intuito de tratar e salvar as vidas indígenas.

No Fórum Covid-19 do Congresso MEDTROP realizado em novembro de 2022, a mesa composta por Greice e Cotrim da SVS/MS ressalta que houve o incremento substancial de casos e óbitos de SRAG, observados no Brasil, atribuído ao período da pandemia. Além, do risco de adoecer e morrer expressivo pelas populações mais vulneráveis, como os indígenas, em todas as faixas etárias.

Inclusive havia um elevado risco de morrer em todas as regiões do país. Assim, enfatizou-se a importância das medidas de prevenção e controle. Ressalta-se a sensibilidade e qualidade do sistema de vigilância e fortalecimento do SUS. O perfil epidemiológico dos casos e óbitos SRAG por Covid-19 na semana epidemiológica 44 de 2022 eram 198.055 casos e 66.329 óbitos de SRAG por Covid-19.

Como desafios a mesa apresenta: interface permanente entre vigilância e atenção à saúde; insumos disponíveis, recursos humanos; manter o sistema de notificação atuante; diagnóstico diferencial; avaliação de risco com indicadores diferentes.

Todavia, apontam que a pandemia possibilitou uma maior experiência epidemiológica do século XXI; como uma resposta mundial rápida, agindo frente a burocracia da aquisição de insumos e com rápido desenvolvimento de vacinas; disponibilidade de maior transparência de dados disponíveis para a sociedade; dificuldades de processamento de grande volume de dados gerados; alto investimento e aquisição de grande volume de insumos (vacinas, EPI..) e tecnologias em saúde; melhoramento constante e monitoramento de circulação de notícias falsas; manutenção de cuidados básicos a saúde entre a APS e a vigilância em saúde (MEDTROP, 2022).

Na mesa acerca dos “Impactos do COVID na saúde do Brasil em 15/11/2022 o conferencista do Fórum Covid-19, no Congresso MEDTROP (2022) ressalta sobre os desafios do país, como: o fortalecimento da APS, para enfrentamento das consequências sociais, econômicas, psicológicas e sanitárias; fortalecer o sistema de informação e de vigilância; pesquisas clínicas e operacionais para combater o COVID-19 persistente e aumentar a pesquisa sobre a hesitação da vacinação nacional.

Nesta direção, complementa, afirmando a necessidade de melhorar a comunicação pública sobre o conhecimento produzido; fortalecer o controle e a participação social; promover ações multisetoriais com uma abordagem de saúde única para a prevenção preparação para próximas crises sanitárias; as respostas de saúde pública a qualquer crise sanitária precisam garantir a manutenção de cuidados de saúde adequados para doenças crônicas e sanitárias (MEDTROP, 2022).

O conferencista ainda aponta diversas fragilidades ocorridas durante a pandemia, entre elas estão: má-gestão da pandemia, principalmente porque o Brasil entrou na pandemia em uma situação econômica vulnerável, com crescimento lento do PIB, alto desemprego, uma desigualdade crescente, com presença de programa de austeridade revelando efeitos evidentes nas desigualdades estruturais e nas condições de vida e saúde da população brasileira. E ressalta também, os problemas que serão potencializados no pós-pandemia, com o aprofundamento das desigualdades sociais e de saúde (MEDTROP, 2022).

O 13º congresso da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), realizado em Salvador no ano de 2022 trouxe um importante debate e evidências científicas acerca do enfrentamento a pandemia do Covid-19 e de como a governança nos países interferiu no enfrentamento da pandemia. Uma mesa redonda relevante a ser apresentada nesse momento, explica processos de planejamento, governança e desenvolvimento dos planos de contingência no Brasil e de outros oito países, realizando comparações entre eles.

A mesa redonda “Respostas dos sistemas de saúde frente à covid-19 em perspectiva comparada internacional e lições aprendidas” foi composta por Adelyne Maria Mendes Pereira da ENSP/FIOCRUZ (RJ); Monique Azevedo Esperidião e Nília Maria de Brito Lima Prado da Universidade Federal da Bahia/ISC (UFBA); por Henrique Barros, presidente do Instituto de Saúde Pública da Universidade de Porto (Portugal). E teve como coordenação Thais Regis Aranha Rossi da UFBA.

A mesa inicia apresentando um panorama sobre como a crise sanitária decorrente da pandemia de Covid-19 desequilibrou os sistemas de saúde do mundo inteiro. Considerando como tema central e objeto do debate, de como a gestão da crise envolveu o campo político e o campo do poder entre os diversos países que precisaram realizar o enfrentamento contra essa pandemia, pois não envolvia apenas o setor sanitário, mas diversas dimensões, como a econômica, política, social e ambiental.

Monique Esperidião do ISC/BA afirmou que as respostas a pandemia foram variadas, implementadas de modo gradual nos diferentes países. Essas respostas têm sido estudadas fortemente sobre diversos aspectos.

A expositora acima ainda menciona que os resultados do enfrentamento dependem de fatores socioeconômicos, culturais, de características dos sistemas políticos e de saúde, bem como dos aspectos que estão diretamente ligados as maneiras de implementação e efetividade das medidas planejadas. Para Esperidião é crucial compreender as medidas que foram adotadas nos diversos países para extrair lições sobre as razões do sucesso do controle e, aprender com os erros e equívocos para futuras pandemias.

Adelyne Pereira da ENSP trouxe subsídios acerca dos processos de governança federativa ocorrido em nove países e como essa governança afetou os processos de tomada de decisão no Brasil, México, Argentina, Alemanha, Reino Unido, Espanha, China, Coreia do Sul e Canadá.

A estudiosa mencionada acima versa acerca da situação do Brasil e do México, como dramática, por esses países já marcados por grandes desigualdades socioeconômicas e culturais, apresentaram fortes dificuldades de coordenação federativa, que foram elevadas, principalmente pelo negacionismo federal em relação à gravidade da pandemia (FIOCRUZ, 2022) ratifica que a deficiência em “estratégias mais robustas e articuladas de controle da propagação da pandemia, ao longo de 2020.

As medidas de proteção social e ao emprego adotadas em ambos foram insuficientes para dar conta das necessidades diante da frágil situação prévia dessas economias”. Ela ressalta também, que as condições de trabalho e de vida precárias de um grande percentual da população foram fatores negativos nesses enfrentamentos. Reitera ainda que a falta de articulação entre a rede hospitalar e a APS, a deficiência na articulação entre vigilância em saúde e atenção primária, os níveis de testagem muito baixos, prejudicou o monitoramento epidemiológico, bem como ações e serviços mais efetivos.

Na Argentina, a expositora FIOCRUZ (2022) expõe que apesar de ser um país latino-americano como o Brasil e o México. Ele vai se diferenciar em relação a resposta inicial do governo mais articulada com outras setores políticos, onde houve coordenação fundamental do governo federal.

Ratifica que na Alemanha a governança envolveu uma liderança nacional, com resposta políticas e setoriais articuladas, com adoção de medidas rápidas de contenção e mitigação, com potentes medidas de apoio social e econômico, com ações importantes de vigilância e controle da propagação da epidemia sob coordenação nacional e articulação com os estados e distritos locais (FIOCRUZ, 2022).

FIOCRUZ (2022) também, apresentou que o Reino Unido inicialmente teve ausência de liderança do governo nacional, com postura negacionista. Todavia, posteriormente lança mão de estratégias de governança setorial com ênfase no papel do Serviço Nacional de Saúde, na articulação com as universidades. Ressalta a adoção tardia de medidas de controle da propagação da epidemia, mas com posterior ampliação da testagem para diagnóstico e investimento na vacinação.

A expositora da mesa traz considerações relevantes acerca da Espanha, quando explana que este país teve uma governança intergovernamental e intersetorial, com resposta política setorial articulada. Porém, houve falhas dos sistemas de alerta precoce, subnotificação e identificação tardia dos primeiros casos, presença de vigilância passiva articulada aos serviços da atenção primária em saúde sob coordenação nacional.

Reitera que em seguida, houve adoção de medidas sociais e econômicas para controle de propagação da epidemia, associadas a vigilância digital. Contudo, mostrou falta de equipamentos de proteção individual e testes rápidos na primeira onda.

Segundo a FIOCRUZ (2022) as tomadas de decisão dos países mencionados, a pesquisadora da ENSP apresenta que a governança na China e na Coreia se mostraram de maneira exitosa a partir dos “investimentos em desenvolvimento tecnológico e industrial, a adequada disponibilidade de insumos e o uso de sistemas de informações robustos (inclusive com ferramentas digitais inovadoras) foram cruciais para a boa resposta obtida”

O planejamento, pautados em fóruns de governança com diversos grupos de liderança da sociedade contribuíram para implementação de medidas coordenadas territorialmente, assim como para a gestão e distribuição de recurso conforme aponta a FIOCRUZ (2022).

Quanto ao Canadá, a pesquisadora FIOCRUZ (2022) enfatizou que a capacidade de liderança e coordenação das autoridades governamentais e sanitárias nacionais e regionais e a criação de estratégias/instrumentos de governança como comitês e legislações, bem como os processos de divulgação e diálogo com a população como potencialidades no enfrentamento da epidemia no país.

A narrativa da mesa tem como base os estudos que foram publicados a partir da série “Informação para ação no Covid-19”, uma parceria da Fiocruz. O Observatório Covid-19 e o Ministério da Saúde debatem sobre as “Políticas e sistemas de saúde em tempos de pandemia: nove países, muitas lições”, organizados por Cristiani Vieira Machado, Adelyne Maria Mendes Pereira e Carlos Machado de Freitas (Machado; Pereira; Freitas, 2022).

A publicação mencionada observou as tomadas de decisão nos nove países mencionados frente a pandemia e como realizaram suas mobilizações políticas e investimentos econômicos, além de compreender que estratégias foram desenvolvidas para implementar ações e serviços sanitários, e, as maneiras de diálogo com a população e instituições de pesquisa.

Para concluir, a mesa finaliza explicitando que o papel dos governos federais, através de uma liderança ativa na articulação com outros setores políticos foi crucial para o enfrentamento da pandemia. Todavia, reafirma que nos casos dos países negacionistas como o Brasil, observaram respostas fragmentas, o que contribuiu para propagação e deficiência no controle da pandemia no território nacional.

Importante mencionar na fala dos expositores que fica muito clara que a ausência de espaços de governança com grupos sociais para consensos e pactuações também prejudicaram as medidas recomendadas pela OMS no Brasil.

3.12.2 Redes de atenção e saúde indígena em tempos de pandemia, COVID-19

A experiência de viver em sociedade, adoecer e cuidar entre os povos indígenas não reflete as mesmas experiências vividas no contexto do cuidado não-indígena, sendo ainda mais distinto do modelo biomédico padrão. Essa experiência de vida perpassa pela cosmologia e os fenômenos culturais imbricados nas tradições de cada população, ou etnia (Andrade; Schweickardt; Tobias, 2020, p. 34).

Ao realizar relação desse conceito com os DSEI, verifica-se que a territorialização dos povos indígenas é determinada por suas características identitárias (Ilustrações 13 e 14) e não necessariamente por delimitação geográfica político-administrativa. Um exemplo é o DSEI Parintins, cujo território geográfico abrange o Estado do Pará e o Amazonas.

Ilustração 13 - Mãe e filho da etnia Zoé, Aldeia Cuminapanema, em Óbidos/PA



Fonte: Corrêa (2019).

Ilustração 14 - Mães e filhos da etnia Kaapor, Aldeia Xyepihurená, MA



Fonte: Corrêa (2019).

Gomes e Esperidião (2017) analisam as dificuldades de acesso das populações indígenas em Cuiabá e verificam que, dentre as principais barreiras, encontra-se a disposição organizacional do serviço, as condições geográficas e os aspectos culturais, pois há limitações na comunicação entre as etnias e os profissionais de saúde, o que compromete o atendimento, e demonstra o acesso difícil as aldeias.

O índice de leitos disponibilizados pelo SUS (por mil habitantes), no Pará, apresentou acréscimo, chegando à taxa de 1,48 leitos por mil habitantes no estado, em 2020, com variação positiva de 0,15 p.p. em relação a 2019. Todas as regiões de integração⁷ registraram o mesmo comportamento de elevação no índice. O aumento no número de leitos (Tabela 1) pode estar diretamente relacionado à epidemia de Covid-19 (SARS-CoV-2) que incidiu tanto no crescimento de atendimentos, internações e permanência hospitalares, quanto no dispêndio governamental em investimentos à rede de saúde do estado.

No período, cinco Hospitais de Campanha, usados em situações de calamidade pública, disponibilizaram cerca de 780 leitos exclusivos a pacientes infectados pelo Coronavírus, como consta na mensagem do governador em 2021 (FAPESPA, 2021, p. 54).

Tabela 1 - Leitos de internação Hospitalares do SUS nas Regiões de Integração - PA, 2019 – 2020

ESTADO/RI	Leitos SUS por 1.000 habitantes	
	2019	2020
Pará	1,33	1,48
Araguaia	1,57	1,65
Baixo Amazonas	1,35	1,43
Carajás	1,02	1,46
Guajará	1,66	1,82
Guamá	1,15	1,39
Lago de Tucuruí	1,18	1,20
Marajó	0,91	1,05
Rio Caeté	1,41	1,47
Rio Capim	1,50	1,52
Tapajós	0,81	1,03
Tocantins	1,00	1,08
Xingu	1,39	1,76

Fonte: FAPESPA (2021).

⁷ Região de integração (RI): O Estado do Pará possui uma nova divisão conhecida como região de Integração, que foi adotada pelo Governo do Estado, por diversas razões, entre elas, para fins de planejamento territorial de ordem socioeconômica, política e cultura (Luz *et al.*, 2013, p. 20).

Os indígenas são mais suscetíveis às doenças, principalmente a vírus que nunca circularam antes. Nessa lógica, eles passam por um grande desafio de saúde devido às distâncias geográficas e a indisponibilidade de equipes de saúde. Alguns estudos falam que os indígenas são mais vulneráveis devido ao seu sistema imunológico e aos seus determinantes sociais, pois, estão mais expostos a infecções, surtos e epidemias, isso, aumenta o potencial da disseminação de doenças, o que gera um grande problema, já que eles só têm um nível de atenção básica e não possuem uma estrutura para atender pacientes críticos (APIB, 2020).

A Tabela 2 apresenta o número de casos, óbitos, incidência, mortalidade e letalidade por Covid-19 em indígenas, por DSEI e por região até a semana epidemiológica 52 de 2020. O Ministério da Saúde, através da SESAI e cooperação da OPAS divulgou, o boletim epidemiológico referente aos dados acerca da COVID-19 na população indígena atendida pelo SASISUS.

As informações da Tabela 2 correspondem até a data de 26 de dezembro de 2020. Nela está explícito as informações de todos os 34 DSEI. Todavia, aponta-se nesta tabela para os quatro DSEI do Pará, mas, especificamente os DSEI Rio Tapajós e Guamá Tocantins, onde foi notificado o maior número de casos confirmados entre os DSEI do Pará e encontram-se entre os seis DSEI da Região Norte com maior número de casos confirmados.

A verificar a distribuição dos óbitos notificados por DSEI no Pará, o GUATOC encontra-se com o maior número (17 óbitos) e encontra-se como terceiro DSEI da região norte, com maior quantitativo de óbitos. Vale apontar também, que ao falar de maior incidência, o DSEI altamira dispara não somente entre a região norte, mas é a maior entre todos os 34 DSEI.

Tabela 2 - Número de casos, óbitos, incidência, mortalidade e letalidade por Covid-19 em indígenas, por DSEI

DSEI	População	Casos confirmados acumulados	Óbitos acumulados	Incidência por 100.000 hab.	Mortalidade por 100.000 hab.	Letalidade (%)
Região Norte	380.412	21.888	235	5.753,8	61,8	1,1
Altamira	4.463	989	1	22.160,0	22,4	0,1
Alto Rio Juruá	18.192	840	10	4.617,4	55,0	1,2
Alto Rio Negro	28.766	2.067	13	7.185,6	45,2	0,6
Alto Rio Purus	12.698	584	5	4.599,1	39,4	0,9
Alto Rio Solimões	71.068	1.990	35	2.800,1	49,2	1,8
Amapá e Norte do Pará	13.048	933	5	7.150,5	38,3	0,5
Guamá-Tocantins	17.479	1.474	17	8.433,0	97,3	1,2
Kaiapó do Pará	6.203	1.199	9	19.329,4	145,1	0,8
Leste de Roraima	53.114	2.897	47	5.454,3	88,5	1,6
Manaus	31.478	861	14	2.735,2	44,5	1,6
Médio Rio Purus	7.803	496	5	6.356,5	64,1	1,0
Médio Rio Solimões e Afluentes	22.554	692	8	3.068,2	35,5	1,2
Parintins	16.620	396	10	2.382,7	60,2	2,5
Porto Velho	10.733	983	7	9.158,7	65,2	0,7
Rio Tapajós	13.332	1.915	12	14.363,9	90,0	0,6
Tocantins	12.618	965	10	7.647,8	79,3	1,0
Vale do Javari	6.308	759	2	12.032,3	31,7	0,3
Vilhena	5.898	706	15	11.970,2	254,3	2,1
Yanomami	28.037	1.142	10	4.073,2	35,7	0,9

Fonte: Brasil (2020f). Semana Epidemiológica 52 de 2020.

Quanto a mortalidade, a Tabela 2 demonstra que a segunda maior mortalidade está registrada no DSEI Kaiapó do Pará, com 145,1%. Todas essas são informações relevantes para analisar comparações junto ao ano de 2021, após a realização de ações e serviços previstos nos planos de contingências desses DSEI, além de verificar as coberturas vacinais contra o Covid-19. Isso, trará base estatística para comparações entre os DSEI do Pará, com aqueles da região norte.

3.13 O processo de regulação no Pará e sua interface com o SASISUS

O processo de regulação no estado do Pará está regulamentado de acordo com a Política Nacional de Regulação, que foi instituída pela Portaria ministerial de nº 1.559/2008. Esta por sua vez organiza todo esse processo regulatório a partir de três dimensões, que devem estar integradas: Regulação de Sistemas de Saúde, Regulação da Atenção à Saúde e Regulação do Acesso à Assistência, que devem estar articuladas, de maneira dinâmica e eficiente. O objetivo da regulação é apoiar a organização a rede de atenção à saúde no nível estadual, regional e municipal, otimizando recursos e qualificando a atenção e o acesso da população às ações e serviços (Brasil, 2008c).

A implementação da regulação, mais especificamente a regulação do acesso, permite aos gestores organizar os serviços de acordo com a necessidade dos usuários. Todavia, ainda é um imenso desafio executar esse processo na região amazônica, sobretudo no estado do Pará, visto que existe uma diversidade de povos e uma extensão territorial que necessita de um olhar pautado na integralidade, universalidade e equidade da atenção à saúde. Os vazios assistenciais ainda persistem em algumas regiões de saúde, o que corrobora com os determinantes sociais de saúde não equitativos no estado (Pará, 2019).

Os vazios assistenciais, ainda existentes em algumas regiões de saúde, de acordo com o Decreto 7.508/2011 vem fragilizar a atenção a saúde dos povos indígenas residentes nesses territórios, já que o SASISUS tem a responsabilidade de ofertar as ações e serviços voltados para a atenção básica, ficando sob responsabilidade do SUS, ter suas redes de média e alta complexidade para dá continuidade a atenção desses povos (Brasil, 2011a).

O processo de regulação é efetivado por meio dos complexos reguladores, que são estruturas constituídas por centrais de regulação e uma por redes de saúde organizadas por níveis de atenção (Brasil, 2008c).

O complexo regulador é a estrutura organizacional que estabelece uma sistematização das ações da regulação do acesso, abrangendo serviços pactuados, de acordo com os seguintes modelos: complexo regulador estadual, regional e municipal (Brasil, 2008c). Em relação ao complexo municipal, a gestão e a gerência são realizadas pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), que regula o acesso da população do seu território de responsabilidade junto aos estabelecimentos de saúde sob gestão municipal, garantindo a referência e o acesso da sua população, assumindo pactuações com outros municípios e com o estado (Brasil, 2010). Ou seja, aqui nesse complexo regulador municipal, cabe a regulação da população indígena, que também é residente no território municipal.

O complexo regulador é composto por uma ou mais centrais de regulação que podem ser: a central de regulação de urgência, a central de regulação de internações, a central de regulação ambulatorial, a central nacional de regulação de alta complexidade (Brasil, 2008c).

É importante mencionar que na política nacional de regulação há uma proposição da regulação ser um diretriz de orientação dos protocolos e fluxos assistenciais. Este por sua vez, são mecanismos de inter-relação entre a gestão para com os pontos de atenção à saúde e vice-versa. Criando uma rede de referência e contrarreferência entre os níveis de atenção à saúde. Lembra-se que o processo de regulação deve ser iniciado na APS, que está posta pela Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), como coordenadora do cuidado (Brasil, 2017b).

Todavia, Merhy (2002) faz um contraponto, onde afirma que a rede de atenção inicia em qualquer ponto de atenção, seja na UPA, na maternidade ou no CAPS. O usuário que deve decidir a partir de suas necessidades e dessa maneira, construir sua própria rede viva.

Na conjuntura da APS ou a atenção básica ser a ordenadora do cuidado e considerando o sistema poliárquico propostos por Mendes (2011) é relevante questionar por que os pontos de atenção do SASISUS (CASAI, polos, UBS) que são a atenção básica de acordo com a PNSPI não estão organizados no processo regulatório junto aos municípios? como proposto pelo próprio Ministério da Saúde e regulamentado pela Portaria GM/MS nº 1.559/2008 a fim de compor o complexo regulador de modo articulado com os DSEI adequar a oferta de serviços para os povos indígenas a partir das necessidades dos usuários do SUS (Brasil, 2008).

Nesse contexto da regulação e partindo da experiência desenvolvida no Projeto Bico do papagaio ou TOPAMA, para construir um processo regulatório entre os três estados do Pará, Maranhão e Tocantins para ofertar acesso e serviços as populações indígenas desses estados foram planejadas e articuladas a integração das três centrais de regulação municipais) das capitais do TOPAMA) com os Polos Base e CASAI dos DSEI GUATOC, com o DSEI localizado em São Luiz e em Palmas.

Os três DSEI mapearam as unidades indígenas, ou seja, os pontos de atenção em cada distrito para serem as centrais solicitantes e integrar a regulação municipal. O projeto TOPAMA previa a qualificação das equipes do DSEI acerca do sistema de regulação (SISREG) pelas respectivas centrais de regulação estaduais e municipais responsáveis. Assim, os pontos de atenção dos DSEI precisariam ser cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), ou seja, ter os cadastros das unidades polo base e/ou das CASAI.

A articulação e atividades executadas pelo projeto TOPAMA mencionadas acima, seria uma estratégia para ser estendida aos demais DSEI, que não estão inseridos através do sistema SIS-REG, que atualmente é a ferramenta de regulação utilizada no estado do Pará.

Vale mencionar nesse estudo que o Plano estadual de Saúde do Pará, construído pela SESPÁ em 2019 para ser executado de 2020 a 2023 faz uma caracterização de aproximadamente uma lauda sobre a saúde indígena do Pará, considerando que de acordo com a Lei 8.08/90, no inciso segundo do Capítulo 19 afirma que “O SUS servirá de retaguarda e referência ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, devendo, para isso, ocorrer adaptações na estrutura e organização do SUS nas regiões onde residem as populações indígenas”, de modo que Estado realize o planejamentos para integração em todos os níveis de atenção à saúde (Brasil, 1990, a b ? p. 9).

A Lei orgânica 8.080/90 também, prevê como competência dos Estados e nesse caso específico do Estado do Pará, que este deve: acompanhar, controlar e avaliar as redes do SUS; coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços, no casos dos hospitais e outros pontos de atenção de gestão estadual; e também, suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de equipamentos para o setor saúde, estabelecendo normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde (Brasil, 1990a).

No PES do Pará foi formulado em plena efervescência da pandemia pelo Covid, um plano estadual para quatro anos que faz interface com o Plano Plurianual do Estado do Pará, previsto na Lei Complementar de nº 141/2012, há apenas uma caracterização sucinta da população indígena, sem registros de ações ou estratégias específicas para a população indígena do Pará, que atualmente alcança cerca de 41.971 habitantes no Estado (Brasil, 2021g).

Nota-se que no Plano de Contingência Estadual do Pará para Infecção Humana pelo Novo Coronavírus construído pelo Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública (COE/COVID-19) foi publicado em 01 de janeiro de 2020 e não há registros de qualquer referência acerca da população indígena. Porém, a SESPA elabora uma nota técnica de nº 02/2021 – CESIPT/DPAIS/DASE/SESPA, que versa orientações aos municípios do estado do Pará, acerca vulnerabilidade epidemiológica, da atenção diferenciada à saúde e influência de aspectos socioculturais sobre a população indígena nesse período de pandemia (Pará, 2020).

Quanto aos registros encontrados no plano estadual de saúde da SESPA a ser implementado no período de 2020 a 2023, apreendem-se no capítulo que corresponde a saúde dos povos indígenas do Pará, o desenho da rede de atenção básica, incluindo um dos pontos de atenção da saúde indígena: a unidade de atenção à saúde indígena por região de saúde. Os demais estabelecimentos não são mencionados na constituição de uma rede de atenção, como demonstra o Tabela 3.

Tabela 3 - Rede Assistencial por tipologia e região de saúde do Pará

Região de saúde	Centro/UBS	Centro de apoio à Saúde da Família	Unidade de atenção à saúde indígena
Araguaia	111	10	20
B. Amazonas	135	4	5
Carajás	103	8	6
Lago Tucuruí	49	4	4
Metropolitana I	183	8	6
Metropolitana II	87	0	1
Metropolitana III	87	1	1
Rio Caetés	110	15	0
Tapajós	53	4	24
Xingu	67	12	9
Tocantins	114	5	1
Marajós I	26	1	0
Marajó II	45	1	0
Total	1.287	91	77

Fonte: Adaptado do PES/SESPA (2019).

Neste seguimento é notório que há uma contradição a nota técnica 02/2021 da CESIPT que faz orientações aos municípios, todavia não inclui na caracterização da rede os estabelecimentos da rede do SASISUS, conforme (Tabelas 3 e 4) e nem prever ações específicas nesse planejamento para quatro anos, que pode ser atualizado, pois segundo Matus (2000) não está “amordaçado”.

Tabela 4 - Leitos SUS por tipologia e região de Saúde do Pará

Região de saúde	Leitos clínicos	L. Complementar	L. Pediátrico	L. Outras especialidades
Araguaia	322	39	148	12
B. Amazonas	289	68	197	11
Carajás	310	80	160	1
Lago Tucuruí	120	46	81	12
Metropolitana I	999	473	530	79
Metropolitana II	171	2	96	---
Metropolitana III	431	69	228	5
Rio Caetés	261	64	156	---
Tapajós	64	15	40	4
Xingu	175	45	86	3
Tocantins	271	20	151	---
Marajós I	93	2	51	---
Marajó II	94	9	72	---
Total	2.603	932	1.996	127

Fonte: Adaptado do PES/SESPA (2019).

Outro aspecto a ser considerado é que os planos podem ser atualizados a partir dos monitoramentos e avaliações das ações e serviços previstos. Há que considerar o período e os impactos epidemiológicos da pandemia pelo covid-19, o qual é concomitante ao mesmo período deste planejamento.

4. CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL

A descrição do cenário a ser estudado identifica as articulações, pactuações, histórias e avanços ocorridos nos processos de atenção à saúde no estado e na saúde indígena, por trazer o panorama da diversidade desse território e a complexidade dos povos ali localizados. As informações que serão apresentadas trazem subsídios para compreensão das dinâmicas de regionalização da saúde e para compreensão dos desafios de realizar a governança em saúde. Sob essa amplitude é relevante perceber o universo geográfico do estado e a pluridiversidade que se estende até os distritos sanitários especiais indígenas do Pará. Diante do contexto estadual, regional e distrital, neste capítulo serão expostos os aspectos geográficos, políticos, econômicos, sociais e de saúde a fim de evidenciar suas relações, aspectos étnico sociais e culturais da população paraense e dos povos indígenas, contemplando a atual conjuntura da saúde no estado.

4.1 Caracterização do Estado do Pará

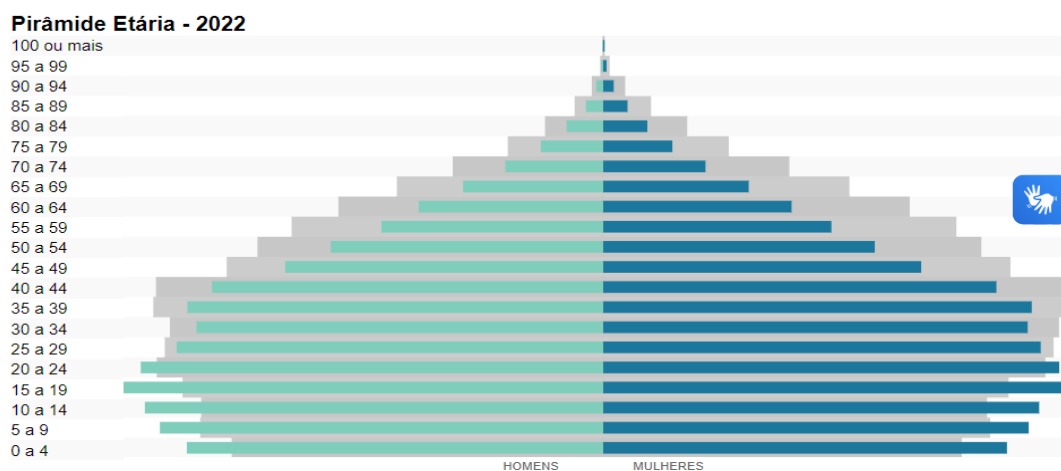
De acordo com dados de 2022 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Apresenta uma população estimada em 2022 de 8.120.131 habitantes. É o segundo maior estado do Brasil em extensão territorial, com cerca de 1.245.870,704 km². Está localizado na região Norte do país. A população indígena do Pará foi de 41.819 indígenas aldeados segundo o IBGE. Está dividido em 144 municípios (IBGE, 2022).

A região metropolitana de Belém abrange os municípios de Belém, Ananindeua, Marituba, Benevides e Santa Bárbara, e reúne mais de 2 milhões de pessoas. Os municípios de Faro, Santarém Novo, Abel Figueiredo, Santa Cruz do Arari e Palestina são considerados os menos populosos. Faro e Santa Cruz do Arari são municípios antigos, e ficam localizados no Baixo Amazonas e Marajó, enquanto Santarém Novo, Abel Figueiredo e Palestina do Pará foram criados mais recentemente e estão situados em diferentes regiões (IBGE, 2022).

A área com maior concentração populacional e principal centro urbano do Pará, a Região Metropolitana de Belém – RMB, agrupa 1/3 da população total do estado e é a segunda maior região em concentração populacional do Norte do Brasil (IBGE, 2022).

A pirâmide vista no Gráfico 1 demonstra a população paraense de homens e mulheres distribuídos pelas faixas etárias. É possível visualizar na faixa etária de 0-4 anos, um estreitamento na base o que evidencia uma redução na taxa de natalidade. Com relação ao topo da pirâmide é perceptível um discreto alargamento, quando comparado aos anos anteriores e que indica o aumento do número de idosos no estado.

Gráfico 1 - Retrata o perfil do estado do Pará por idade e sexo da população



Fonte: IBGE, 2022.

O modo triangular corresponde à soma da população das faixas etárias de 0 a 100 ou mais anos e representa a maior população entre a faixa etária de 15 a 19 anos na população paraense (IBGE, 2022). Assim, afigura-se um cenário com tendência populacional a redução da taxa de natalidade. A ampliação na faixa etária entre 60 a 80 anos, resulta da qualidade de vida da população e a transição demográfica e epidemiológica (Mendes, 2022; IBGE, 2022).

Com relação as condições sociosanitárias, o estado do Pará, há uma parcela significativa da Amazônia Legal paraense incluída em situações de iniquidades e vulnerabilidades que o colocam em desvantagem, junto aos estados das Regiões Norte e do Nordeste em detrimento ao restante do Brasil (FAPESPA, 2021), como sinaliza a Ilustração 16, abaixo:

Ilustração 15 - Casas palafitas, características da população ribeirinha

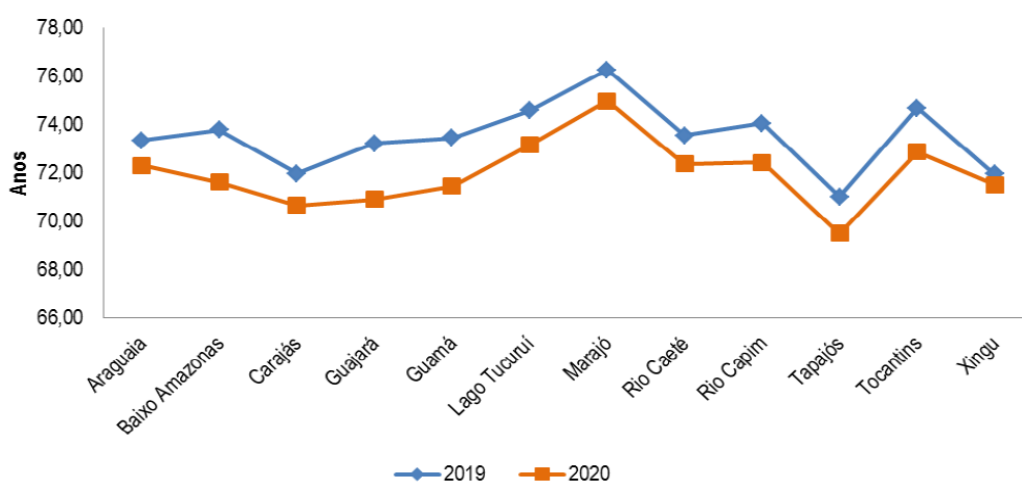


Fonte: Google (2016).

O Índice de Desenvolvimento Humano - IDH 0,69 do Estado do Pará ainda está longe da média nacional, ocupando o 23º lugar em 2021, de acordo com o IBGE (2022). Os municípios mais distantes de alcançar o desenvolvimento desejável encontram-se no Arquipélago do Marajó, onde o acesso ao sistema de saúde enfrenta as dificuldades de transporte, a insuficiência de serviços e a dependência de barcos, entre outros problemas. Determinantes que influenciam e na maioria das vezes definem quem vive e quem morre nessas regiões (IBGE, 2022).

Logo abaixo, o Gráfico 2 depreende acerca da expectativa de vida da população paraense distribuída por Região de Integração⁸, no período de 2019 a 2020. Pode-se considerar que das 12 regiões que compreendem o estado, é perceptível que ocorreram quedas nos números que representam essa expectativa de vida ao nascer, provavelmente condicionada pela pandemia de Covid-19 (FAPESPA, 2021).

Gráfico 2 - Expectativa de Vida ao Nascer (Anos), Regiões de Integração do Pará

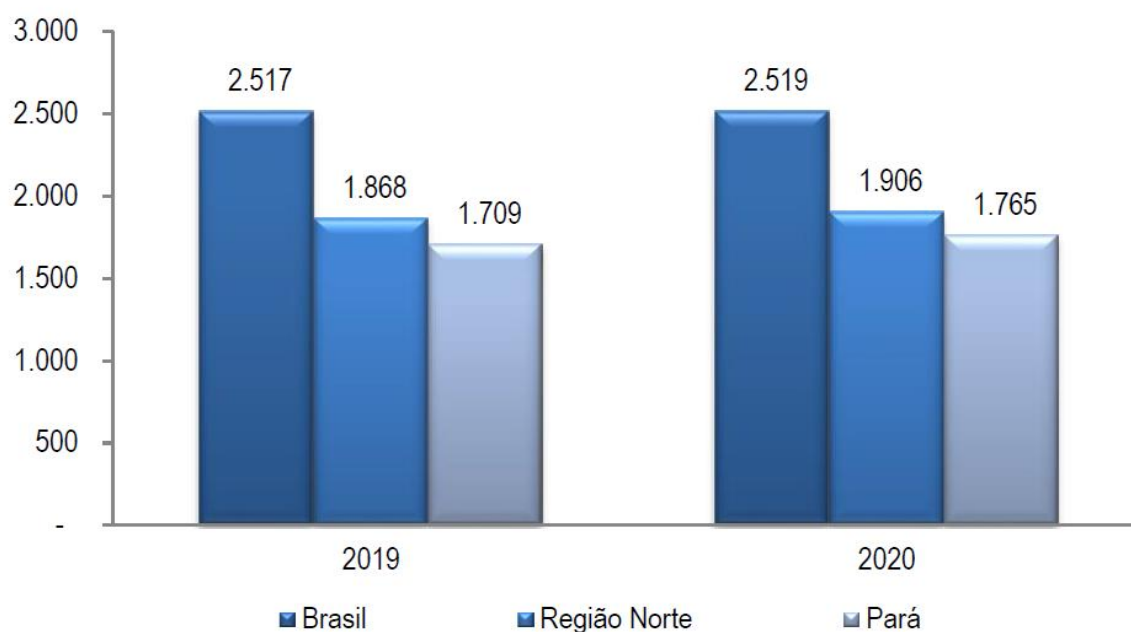


Fonte: FAPESPA (2021).

⁸ Região de Integração é a divisão administrativa do Estado do Pará

De acordo com dados disponíveis na Gráfico 3, evidenciar que ocorreu em 2020 um aumento do rendimento médio do trabalhador paraense em cerca de 3,3% comparado a 2019. Isso aponta, uma "trajetória de crescimento descendente desta variável, tendo em vista a variação positiva de 9% de 2018 a 2019. Este fato pode ser entendido pelo contexto da pandemia do novo coronavírus", visto que, nos seis primeiros meses de 2020, ocorreu o fechamento de inúmeros estabelecimentos comerciais, o que provocou o aumento do desemprego (FAPESPA, 2021, p. 18).

Gráfico 3 - Renda Média de Pessoas de 14 anos ou mais, a região Norte e Pará, 2019–2020

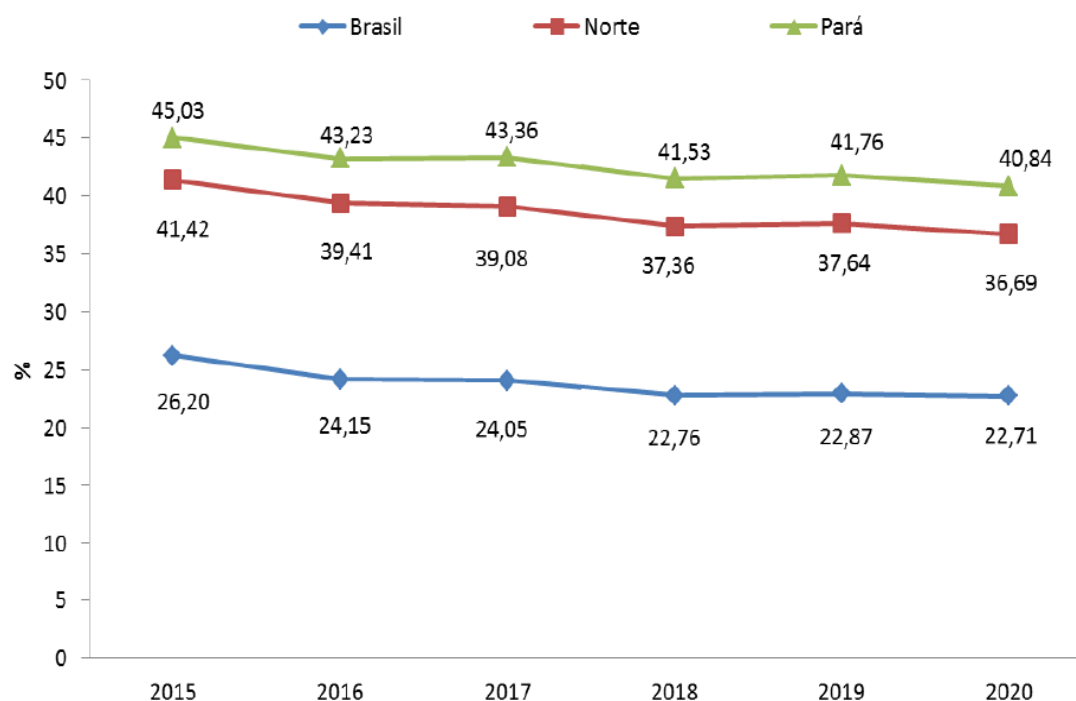


Fonte: FAPESPA (2021).

No Gráfico 4, que versa sobre o período de 2015 a 2020, é possível visualizar a situação de pobreza organizada em níveis para o Brasil, na Região Norte. O Pará apresenta níveis “elevados, se comparados a média nacional [...]”. Em 2015, a média estadual representava quase duas vezes a média nacional [...]. Em 2020, o nível de pobreza do estado permaneceu duas vezes maior que a média nacional e 4,14 p.p. acima da média” da região. Todavia, é importante verificar que em 2015 ocorreu um número superior ao de 2020 (FAPESPA, 2021, p. 24).

“Uma provável justificativa para redução da pobreza nos níveis territoriais examinados, em tempos de pandemia do novo coronavírus, deve-se ao fato de que, com a concessão do auxílio emergencial, se formou uma baixa demanda para cadastro no CadÚnico” (FAPESPA 2021, p. 24). Essa redução ainda possui um embasamento superficial em concordância com os dados da FAPESPA (2021), como demonstrado no Gráfico 4.

Gráfico 4 - Proporção de Famílias em Situação de Pobreza. Brasil, Região Norte e Pará, 2015-2020



Fonte: FAPESPA (2021).

O indicador que aborda sobre a taxa de alfabetização de adultos com 18 anos ou mais para o Pará, faz um comparativo com dados do Brasil, RM Belém e Fora da RMB no período de 2019 a 2020 (Tabela 5). Esses dados demonstram que o estado teve um aumento de Taxa de 91,94 para 92,25, o que equivale a 0,41 p.p, ou seja, maior que a taxa nacional que foi 0,21 p.p. (FAPESPA, 2021, p. 44).

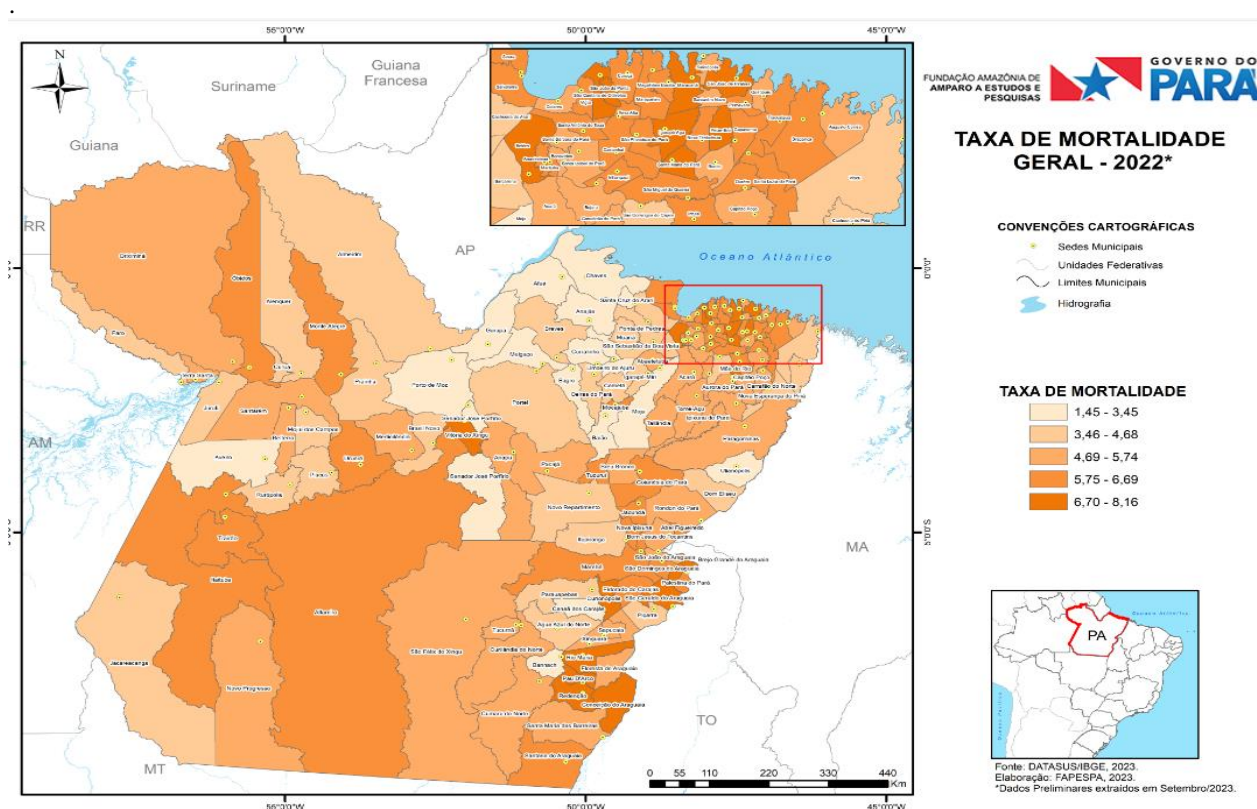
Tabela 5 - Taxa de Alfabetização de Adultos com 18 anos ou mais para Brasil e Pará, 2019 – 2020

Nível Territorial	2019	2020*
Brasil	93,06	93,27
Pará	91,84	92,25
RM Belém	90,97	91,38
Fora da RMB	97,15	98,00

Fonte: FAPESPA (2021).

A Ilustração 17 demonstra a evolução da taxa de mortalidade geral no ano de 2022. Conforme a FAPESPA (2023, p. 01). O Pará obteve pequena aumento em relação a 2019, saindo de 4,70 para 5,60 entre a população geral. Há que considerar, contudo que a taxa de mortalidade infantil, segundo as unidades federativas no período de 2018 a 2022, o Pará apresentou uma taxa de 14,69 ficando no ranking do 10º lugar no Brasil entre as maiores taxas

Ilustração 17 - Referente a Taxa de Mortalidade Geral entre os municípios do Pará em 2022



Fonte: FAPESPA (2023).

Para finalizar essa caracterização do Pará, a partir de dados subsidiados pela Fundação Amazônia de Amparo à Estudos e Pesquisas (FAPESPA), é fundamental mencionar que não foram encontradas informações no Mapa de Exclusão Social do Estado do Pará 2023 da FAPESPA referentes a população indígena do estado. Atualmente, essa população é de aproximadamente 80.974 indígenas no estado do Pará, segundo os dados do IBGE 2022, o que configura 1% da população do Pará. Vale ressaltar que 41.819 encontram-se em terras indígenas e 39.155 em área urbana. A ausência de informações pela FAPESPA demonstra a invisibilidade desses povos para essa análise estadual.

A prosseguir nessa discussão, passa-se a subseção 4.2 que contextualiza o território amazônico, sua diversidade e pluralidade para compreender então, as produções interculturais e pluriversais que ocorrem nos distritos de saúde indígena.

4.2 O território amazônico e o território dos DSEI

Ao tecer considerações sobre a questão do território amazônico, Bartoli (2018, p. 2), fala da importância “territorial que pode dar boas contribuições para pensar o caráter relacional e processual em estudos sobre cidades na Amazônia”. Esse autor salienta, por exemplo, que o processo de reconhecimento do território traz de modo mais claro a compreensão de uma análise multidimensional, e que a abordagem territorial necessita abranger questões afetas a economia, a política, a cultura e a natureza. Nesse sentido, existe uma supervalorização que se evidencia através de lutas entre sujeitos que disputam trunfos para o ordenamento do território.

Nesse contexto, as “beiras de rio em bairros populares e área central (nós multireticulares) redesenham estratégias de deslocamentos para comunidades e municípios vizinhos, distribuindo bens industrializados” (Bartoli, 2018, p. 2). Isso confirma que a necessidade da produção agropecuária “complementando circuitos populares da economia urbana (comércio informal, feiras, pequenos açougues, etc.), e abastecem setores do capital mercantil dominante da cidade” (Bartoli, 2018, p. 3).

Tal realidade reafirma que o território surge a partir da cidade, pois populações antes “distanciadas da “presença” da cidade (acesso a serviços, educação, instituições, bens de consumo etc.), como os indígenas e populações interioranas, passam a usufruir da interação urbana” (Bartoli, 2018, p. 3), já que estas criam outros modos de se conectarem e se articularem com os diversos territórios rurais, comunidades e aldeias circunvizinhas.

De certo que, para Godim *et al* (2008) a definição de território reflete um espaço singular, que pode apresentar limites político-administrativo ou oriundos da ação de um grupo social, cuja presença atribui uma identidade aquele espaço. Resulta ainda da acumulação de diversos fatores, como os aspectos históricos e ambientais, abrangendo toda a cultura de um povo, exemplo retratado no casamento Xikrin e na Festa do jabuti da etnia Xikrin (Ilustrações 18 e 19). Sendo um importante foco para a atuação das políticas públicas de saúde (Gondim *et al.*, 2008).

Há que se observar, contudo, que a generalização da questão urbana na “Amazônia é discutida a partir da identificação de processos contraditórios, baseados num tripé: a destruição de formas espaciais existentes, a criação de resistências e a reconstrução[...]” de territórios, todos envolvidos por novos modos, novos conceitos e novos significados (Bartoli, 2018, p. 5).

Ilustração 18 - Casamento Xikrin, Aldeia Kateté, Parauapebas/PA



Fonte: Corrêa (2019).

Ilustração 19 - Festa do jabuti, etnia Xikrin, Parauapebas/PA



Fonte: Corrêa (2019).

Ainda conforme Bartoli (2018), existem grandes entraves a serem trabalhados no sentido de enfrentar as fragilidades “das redes urbanas amazônicas devido a existência de uma série de impedimentos como: as grandes distâncias que separam as capitais das demais cidades, a carência de infraestrutura”. De fato, isso prejudica o acesso dos cidadãos a saúde, educação e a outros direitos sociais. Pois, esses dependem dos fluxos produzidos pelo transporte e que pode também, potencializar os diversos modos de articulações populares em prol do bem coletivo.

Propiciando assim, diferentes formas de “circular pelos rios, adaptando técnicas e utilizando recursos regionais, ligando e interpenetrando o urbano aos diversos ambientes circunvizinhos”, o que fortalece esses movimentos, reverbera a força que existe para alcançar resultados e “ativar pontos a partir do nó principal (cidade)” (Bartoli, 2018, p. 6-8).

Acrescenta-se a isso, que a existência de diversos desafios está implicada na assistência à saúde nos territórios indígenas, como a comunicação e a interação intercultural que são aspectos que necessitam ser estudados sob diversas perspectivas (Novo, 2011; Ribeiro, Fortuna, Arantes, 2015). Portanto, é necessário que a força centrípeta exista no sentido de movimentar as populações que “[...] migram na busca de benesses e melhorias que a cidade oferta, como no acesso a serviços, instituições de fomento, bancos, mercados e tantas outras “facilidades” urbanas, indutoras de novos contextos” (Bartoli, 2018, p. 8). Pois, de acordo com Santos (2011), esses fatores são considerados determinantes de saúde para a sociedade, inclusive para as populações indígenas.

Nesse contexto, qualificar a relação de inclusão dos sujeitos na cidade através da complementação de renda das famílias através da “moradia popular, barcos ou para pequena indústria moveleira; peixes para alimento ou processamento [...]” aponta Bartoli (2018, p. 8). E, compõem processos de determinação social dessas populações. Aliado a tudo o que foi debatido, vale ressaltar a grande influência que cerca a conexão entre os dois sistemas territoriais urbano e rural, pois devem funcionar como estruturantes, pois ligam fragmentos do espaço intraurbano com os territórios circundantes.

Assim, as conexões acima favorecem uma melhor “interpenetração de atividades para o complemento da economia urbana, [...] para o uso e reordenamento de territórios [...]”, produzindo dessa forma, o link e a compreensão dos processos afetos aos movimentos existentes entre rios e rios, sujeitos e sujeitos que vivem e produzem o território da Amazônia (Bartoli, 2018, p. 15).

A territorialização dos DSEI no Pará está constituída por 4 distritos sanitários e a regionalização de saúde do estado do Pará perpassa por 13 regiões de saúde e 4 macrorregiões⁹, de acordo com a Resolução CIB de nº 140 de 09 de agosto de 2018. As ações de atenção primária em saúde são desenvolvidas pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), vinculados à Secretária Especial de Saúde Indígena (SESAI), do Ministério da Saúde.

No Pará, existem 04 DSEI denominados de Guamá Tocantins (GUATOC), Altamira, Tapajós e Kaiapó do Pará, atendendo uma população de aproximadamente 41.971 indígenas aldeados (Belém, 2022). Nestes termos, a considerar as atribuições dos DSEI, estes por sua vez apresentam uma base territorial e populacional que está sob a responsabilidade sanitária do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS). Sendo que este último precisa realizar um conjunto de atividades técnicas, administrativas e gerenciais, que vão constituir a atenção à saúde prestada aos indígenas, a partir de medidas qualificadas de atenção básica (Brasil, 2015a).

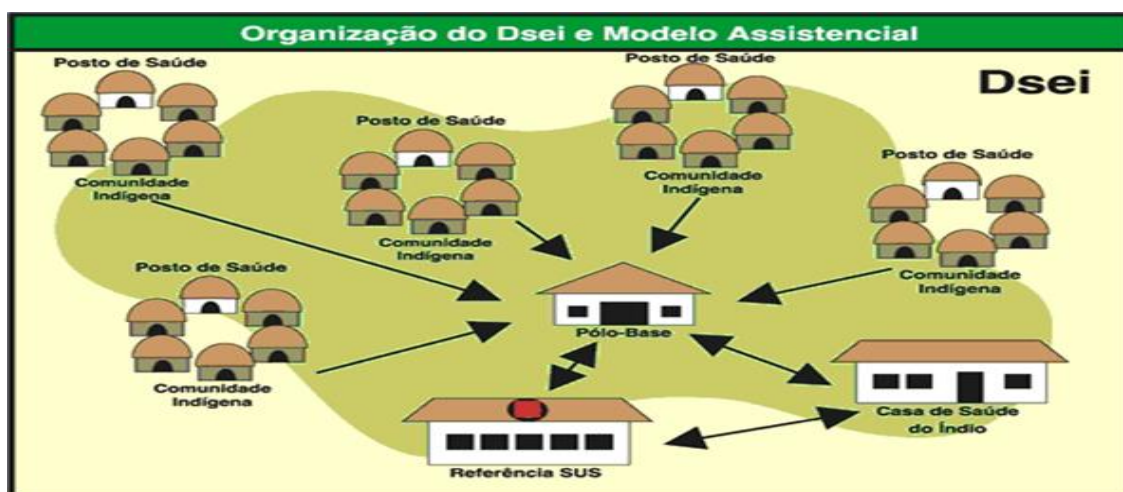
Os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) são conceituados pela Política Nacional de Saúde Indígena como um modelo de organização de serviços – orientado para um espaço étnico-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado que contempla um conjunto de atividades técnicas, visando medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativas gerenciais necessárias à prestação da assistência, com controle social (Brasil, 2002b, p. 02).

⁹ Regiões de saúde e macrorregiões: abrange o levantamento de um amplo conjunto de indicadores socioeconômicos, demográficos, epidemiológicos, sanitários, de infraestrutura urbana, de educação, culturais, ocupacionais, entre outros. São esses indicadores que permitem compreender as necessidades de saúde e que, portanto, deverão ser tomados como ponto de partida para a tomada de decisões pelos gestores. (Brasil, 2015b, p. 84-85).

Para alcançar o objetivo de prestar atenção aos povos indígenas, às diretrizes dessa política nacional de saúde a esses povos orientam a criação dos Distritos Sanitários Especiais (DSEI), polos-base e Casa de Saúde do Índio (CASAI), onde a atenção primária e os serviços de referência devem estar presentes. Assim, o Distrito Sanitário surge como um modelo de organização territorial do serviço de atenção básica de saúde à população indígena, voltado para um espaço etnocultural, dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado, devendo estar articulada com a rede do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2002a).

Cada Distrito Sanitário é responsável por organizar a rede de atenção à saúde dentro do seu território, levando em consideração as estruturas de saúde já presentes nas terras indígenas e realizando as adequações necessárias para melhor atender as demandas de cada comunidade. No tocante a esta organização, vale ressaltar que os serviços de saúde de cada distrito devem ser articulados de forma integrada e hierarquizada com a rede do SUS conforme mostra a Ilustração 20. Dessa forma, quando um usuário indígena necessitar de um atendimento que foge à estrutura do polo-base de sua comunidade, ele pode ser encaminhado ao atendimento especializado do município mais próximo (Brasil, 2001a; Brasil, 2002a).

Ilustração 20 - Organização do DSEI para oferta de atenção à saúde



Fonte: Brasil, 2012a.

Na organização dos serviços de saúde, as comunidades possuem outros pontos de atenção localizados dentro do seu território, que são os polos-base que realizam a organização e execução das ações de saúde nas aldeias. A maioria dos agravos à saúde deverá ser resolvida nesse nível (Rodrigues, 2017), como mostra a Ilustração 20.

Aquelas que não forem de competência da atenção básica, ou seja, do DSEI deverão ser referenciadas para a rede de serviços do SUS, onde existe a média e alta complexidade¹². Porém, esse fluxo com os demais entes federados precisa ser melhorado junto com a SESAI, considerando as especificidades étnico-culturais e de acesso para essa população (Rodrigues, 2017).

Os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) oferecem também serviços de apoio aos usuários encaminhados à rede do Sistema Único de Saúde, através das Casas de Saúde Indígena (CASAI), localizadas em municípios de referência de cada distrito. O modelo de organização do DSEI com a rede de saúde ocorre no âmbito da atenção primária implementada no DSEI, e deve estar articulado para a média e alta complexidade nas demais esferas municipal e estadual (Rodrigues, 2017).

A descentralização como uma diretriz do Sistema Único de Saúde redefiniu a responsabilidade da saúde entre as três esferas governamentais, resultando na transferência de funções, antes concentradas na união, estados e municípios. Desempenhando papel importante para a expansão da cobertura de serviços e financiamento. Sendo entendida como uma estratégia de democratização e de incorporação de novos atores, seria o suporte necessário para vencer a fragmentação social, territorial e de comando. Entretanto, não foi capaz de resolver as imensas desigualdades regionais presentes no acesso, utilização e gasto público em saúde, além de não ter conduzido à integração de serviços, instituições e práticas no território (Lima, 2014; Brasil, 2019).

Neste sentido, o Decreto n. 7.508 de 2011, que regulamenta a Lei 8.080/90, estabelece um novo arranjo para a regionalização, definindo que os serviços prestados permanecerão organizados em níveis crescentes de complexidade, em unidades geográficas específicas e para clientela definidas. Dessa maneira, a oferta de ações e serviços do SUS deverá se organizar a partir da constituição de regiões de saúde, propostas no decreto citado. Nesse contexto, a regionalização, um dos princípios organizativos do SUS, tem como pressuposto a formação de regiões de saúde funcionais, ou seja, com o estabelecimento da regionalização dos serviços.

Assim, a regionalização é uma estratégia de organizar os serviços para torná-los mais eficientes e eficazes, atingindo os objetivos do SUS de universalidade, integralidade e equidade com maior qualidade e ao menor custo financeiro. Há, ainda, outro processo implícito de regionalização, ou melhor, criação de regiões de saúde a partir das características epidemiológicas de determinada população vivendo em determinado espaço e tempo (Duarte *et al.*, 2015). A prosseguir nessa discussão, passa-se a subseção 4.3 a qual irá contextualizar o território dos DSEI do Pará.

4.3 Contextualização dos DSEI no Pará

Dos 34 DSEI distribuídos pelo Brasil, quatro distritos estão localizados no Estado do Pará, sendo eles: DSEI Guamá Tocantins, cuja população geral é de 17. 782 indígenas, com 54 etnias e município sede localizado na cidade de Belém; DSEI Altamira, cuja população é de 5. 998 indígenas, composto por 6 etnias, e município sede localizado na cidade de Altamira; DSEI Kaiapó, com população de 8.126 indígenas, uma etnia e município sede localizado na cidade de Redenção; DSEI Rio Tapajós, que abriga uma população geral de 13.487 indígenas, com quatro etnias e município sede localizado na cidade de Itaituba (Brasil, 2021g).

O Quadro 5 apresenta a caracterização de cada DSEI do estado do Pará.

Quadro 5 - Caracterização dos DSEI no Pará

DSEI	GUATOC	TAPAJÓS	ALTAMIRA	KAIAPO
População	17. 782	13.487	4.704	5.998
Etnias	54	10	10	06
Aldeias	197	158	103	58
Unidade Básica de Saúde Indígena	31	25	34	16
Polo Base	8	11	0	4
Casa de Saúde Indígena	5	4	1	4
Área (em Km²)	325.754,25	231.906,74	78.064,08	78.808,34
Coordenador DSEI	STANNEY EVERTON NUNES	CLEIDIANE CARVALHO R. DOS SANTOS	FRANCIRENE DA COSTA MALTA	ADALBERTO DA CONCEIÇÃO OLIVEIRA BEZERRA
Presidente do CONDISI	KINÉ KUKUKARKYKRE PARKATEJÊ	JOÁS PAYGO MUNDURUKU	JAIR CHIPAIA MENDES	PYKATIRE KAYAPÓ

Fonte: Brasil (2022d).

No Quadro 6, observa-se a distribuição da população indígena por região de saúde atendidos pelos DSEI no estado do Pará, segundo municípios e DSEI.

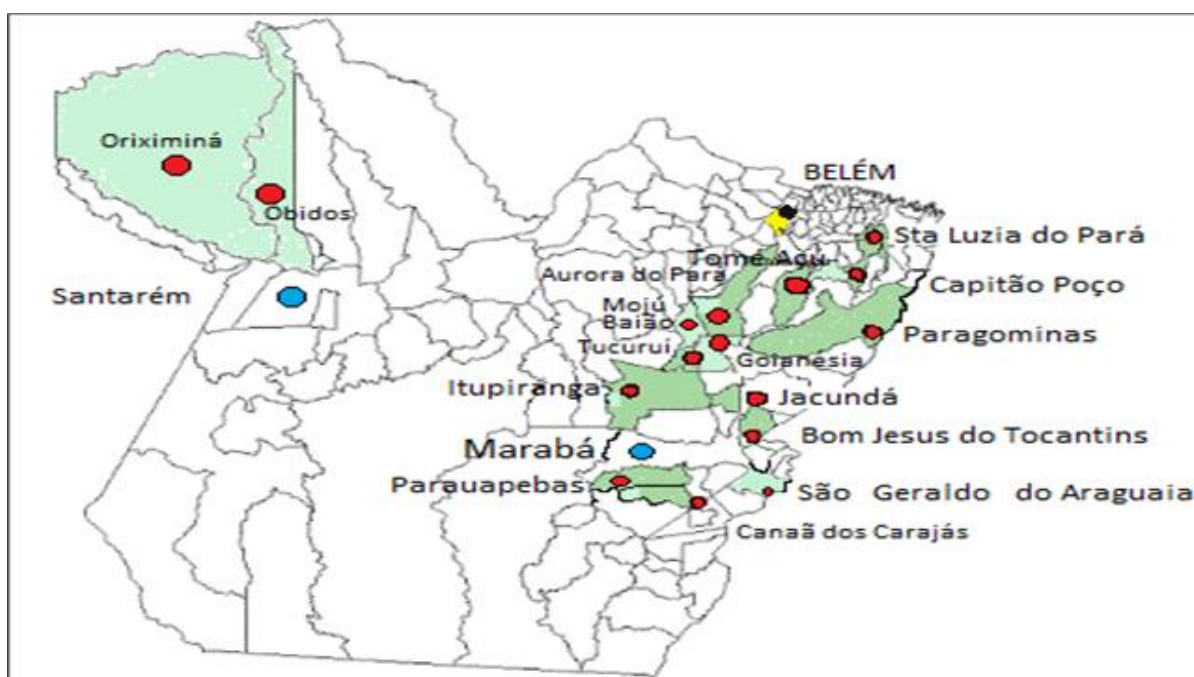
Quadro 6 - Distribuição da população indígena atendidos pelos DSEI e por região de saúde do Pará

DSEI	Região de saúde	Município	População Indígena por DSEI
Guamá Tocantins	Baixo Amazonas	Óbidos	17. 782
		Oriximiná	
	Carajás	Bom Jesus do Tocantins	
		Parauapebas	
		Canaã dos Carajás	
		Itupiranga	
		São Geraldo do Araguaia	
		São Domingos do Araguaia	
	Lago do Tucuruí	Tucuruí	
		Jacundá	
		Goianésia do Pará	
	Tocantins	Moju	
	Metropolitana III	Paragominas	
		Aurora do Pará	
Metropolitana II	Tomé Açu		
Caetés	Santa Luzia do Pará		
Kayapó do Pará	Araguaia	Cumaru do Norte	5.998
		Bannach	
		Pau D'arco	
		Ourilândia do Norte	
		Redenção	
		São Felix do Xingu	
Altamira	Xingu	São Felix do Xingu	4.704
		Altamira	
		Anapú	
		Senador José Porfírio	
		Vitória do Xingú	
Tapajós	Tapajós	Itaituba	13.487
		Jacareacanga	
		Novo Progresso	
		Trairão	
TOTAL: 41.971			

Fonte: Brasil (2021).

O DSEI GUATOC é considerado uma unidade gestora descentralizada da SESAI. Esse distrito possui uma extensão territorial de 325.754,25 Km², com sede no município de Belém, no estado do Pará (Ilustração 21). Compreendendo um total de 18 municípios sendo 17 no estado do Pará (Santa Luzia, Capitão Poço, Tomé Açu, Aurora do Pará, Paragominas, Baião, Mojú, Tucuruí, Goianésia, Itupiranga, Jacundá, Bom Jesus do Tocantins, São Geraldo do Araguaia, Parauapebas, Canaã dos Carajás, Oriximiná e Óbidos) e 01 no estado do Maranhão (Rodrigues, 2017).

Ilustração 16 - Mapa dos territórios do DSEI Guamá- Tocantins



Fonte: Brasil (2015c)

O total de indígenas assistidos por esse distrito é de aproximadamente de 17.782 habitantes, distribuídos em 08 polos bases, 05 CASAI, 197 aldeias e 31 etnias (Atikun, Assurini do Trocará, Anambé, Amanayé, Gavião, Guajajara, Guarani, Katuena, Kaapó, Kaxuyana, Karajá, Kuruaiá, Munduruku, Suruí, Tembé, Timbira, Tiryó, Tunayana, Xeréw, Xikrin, Zoé etc.) (Belém, 2015a). O acesso a essas aldeias no distrito GUATOC ocorre por meio de transportes aéreos, rodoviários (Ilustração 22) e fluviais (Rodrigues; Simonian; Silva, 2022).

Ilustração 17 - Trajeto para as aldeias de Paragominas/PA



Fonte: Corrêa (2019).

Considerando que o DSEI GUATOC tem sua sede localizada na capital do Pará e possui uma CASAI que recebe usuários de todo os polos do distrito citado, essa casa também recebe indígenas de outros DSEI do estado do Pará. Sendo assim, foi necessária uma caracterização mais aprofundada acerca do GUATOC, pelo posicionamento desde dentro da rede do SASISUS no Pará (Rodrigues; Simonian; Silva, 2022).

O DSEI Altamira possui sua sede no maior município do Brasil, o município de Altamira. Esse distrito por sua vez, compreende uma extensão territorial de 78.064,08 km² e atende uma população com cerca de 4.704 indígenas aldeados. A secretaria de saúde indígena afirma que o DSEI Altamira possui cerca de 10 etnias: “Arara, Arara da Volta Grande do Xingu, Araweté, Asurini do Xingu, Kuruaya, Juruna, Parakanã, Xipaya, Xikrin, Kayapó e possui os seguintes idiomas falados/troncos linguísticos: Macro-jê, Tupi, Karibe distribuídos em 103 aldeias” (Rodrigues, 2022).

A população do DSEI Altamira compreende 5 municípios: Altamira com aproximadamente 1.520 indígenas; Anapú com 581; Senador Jose Porfirio com 555; Vitoria do Xingu com 241 e São Felix do Xingu com 603 indígenas (Brasil, 2016b). A sede deste DSEI fica localizado em Altamira e o distrito possui como meios de transportes mais utilizados: o fluvial, aéreo e o terrestre (Brasil, 2016b).

O DSEI Kaiapó do Pará funciona como unidade gestora descentralizada, ligada à SESAI. Está localizado na região sul do Pará, fazendo fronteira com o Mato Grosso e com o Tocantins, com sede no município de Redenção (Brasil, 2016c). Apresenta território de 78.808,34 km², com a presença de quatro polos-base, com funções administrativas, assistenciais e técnicas, e quatro CASAI, localizadas em Redenção, Ourilândia do Norte, Tucumã e São Félix do Xingu (Rodrigues *et al.*, 2021).

De acordo com a Secretaria Especial de Saúde Indígena, a população do DSEI Kaiapó do Pará está com cerca de 5.998 habitantes, eles estão vivendo em 58 aldeias, distribuídas em cinco municípios do Pará: Bannach, Cumaru do Norte, Pau D'arco, Ourilândia do Norte e São Felix do Xingu. Apresentam apenas a etnia Kayapó, pertencente ao tronco linguístico Macro-jê, da família linguística Jê. Vale ressaltar que o acesso à essas aldeias são realizadas pelas vias terrestre, aérea e fluvial (Rodrigues *et al.*, 2021).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Análise documental dos Planos de Contingência da SESAI e dos DSEI do Pará

Seguindo a sistematização de Cellard (2008), os planos de contingência dos DSEI do Pará foram analisados em cinco etapas, descritas a seguir:

O contexto: Fazer a análise do contexto social e global em que foram construídos os planos de contingências dos 4 DSEI do Pará contra o Covid-19 envolve resgatar um contexto político, econômico, social e ambiental por qual passava o mundo, o Brasil e o estado do Pará. Um período em que o OMS e a OPAS declaram a Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), trazendo as evidências e orientações para construção do Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19, construído pelo Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública (COE COVID-19) do Ministério da Saúde (retificado por duas vezes).

O plano nacional dá subsídios para a criação do Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID-19) em Povos Indígenas, que foi elaborado e disponibilizado pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) aos DSEI para que estes construíssem os seus respectivos planos. Assim, os DSEI do Pará elaboraram esses documentos. A priori havia uma recomendação de adequar o plano da SESAI a realidade de cada distrito, todavia na redação dos quatro DSEI, fica muito evidente a repetição do mesmo texto, sem uma adequação a cada especificidade.

Em 08 de julho de 2020 é publicado pelo Diário Oficial da União o despacho do Presidente da República, que comunica ao Congresso Nacional o veto a onze dispositivos do Projeto de lei 1112 (PL 1142), de 2020, que foi derrubado pelo ministro Barroso. Porém, através da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 709 (ADPF 709), em 21 de agosto de 2020.

Assim, pertinente ressaltar que após essa medida para adequação do plano nacional da SESAI em novembro de 2020, houve adequação do plano da SESAI em setembro e os DSEI precisariam também, retificar os seus. Todavia, 4 desses DSEI não realizaram as atualizações sugeridas, pois os planos existentes e disponibilizados datam de março de 2020.

Os autores do plano de contingência do DSEI GUATOC foram: coordenador distrital, chefe da divisão de Atenção à Saúde Indígena – DIASI, enfermeiras – DIASI, nutricionista – DIASI, odontóloga – DIASI, apoiador – SESANI; entre outros (Belém, 2020a).

O DSEI Kaiapó do Pará teve os seguintes elaboradores: chefe da Divisão de Atenção à Saúde Indígena-DIASI, coordenador distrital, chefe da divisão de Atenção à Saúde Indígena – DIASI, enfermeiras, farmacêutico, nutricionista, odontóloga e apoiadora da DIASI, engenheiro da SESANI (Redenção, 2020b).

Já o DSEI Altamira participaram; o chefe da divisão de Atenção à Saúde Indígena, enfermeira do Núcleo de Planejamento, gestão do trabalho e educação permanente, enfermeira do Núcleo de Análise de Situação de Saúde, farmacêutico - Central de Abastecimento Farmacêutico, psicóloga do Núcleo de Promoção da Saúde, enfermeira da Casa de Apoio a Saúde Indígena, coordenador Distrital de Saúde Indígena de Altamira, enfermeira do Núcleo de Prevenção e Controle de Doenças e Agravos e enfermeira da equipe multidisciplinar e enfermeira de Núcleo de Saúde das Mulheres e das Crianças (Altamira, 2020c).

O plano DSEI Rio Tapajós teve como elaboradores: Enfermeiro – DIASI, Geóloga – SESANI, APTS - Gabinete Coordenação Distrital, Secretário executivo - CONDISI DSEI- RT, Médico, Biólogo – DIASI/ SESANI, Enfermeiros - DIASI e Assessor indígena- CONDISI DSEI- RT (Itaituba, 2020d).

A autenticidade e a confiabilidade: Quanto a esta dimensão é pertinente informar que os planos de contingência dos 4 DSEI do Pará são documentos oficiais, públicos, mas que não estavam publicizados. Assim, foram solicitados via plataforma e-SIC e Gov-BR. Esses planos foram construídos a partir das proposições realizadas no plano de contingência de enfrentamento ao COVID-19 da SESAI e conforme os informes realizados pela OMS, OPAS e MS, além de notas técnicas publicadas pela SESAI e pelo MS. Estes planos dos DSEI foram construídos por coordenadores distritais, coordenadores de divisões, coordenadores de núcleos, apoiadores e trabalhadores dos respectivos DSEI, mas com a aprovação da SESAI.

A natureza do texto: Os conceitos chaves e a estrutura lógica do texto segue a mesma sistemática do Plano de Enfrentamento e Monitoramento da COVID-19 para Povos Indígenas Brasileiros (lembrando foi aperfeiçoado em 07 de setembro de 2020). Todavia a primeira versão do plano da SESAI foi de março de 2020 (Brasil, 2020a).

A sistematização dos planos dos 4 DSEI segue: introdução; objetivos; descrição sintética da análise da situação epidemiológica das Infecções Respiratórias Agudas do DSEI, no período 2019 a 2020; definições de casos; nível de resposta (ALERTA, PERIGO IMINENTE, EMERGENCIA DE SAÚDE PÚBLICA DE IMPORTÂNCIA NACIONAL) (Brasil, 2020b).

Em cada nível de resposta devia constar os eixos acerca da vigilância em saúde, assistência em saúde, assistência farmacêutica, comunicação de risco, gestão; descrição e fluxograma da rede SUS de referência para os casos de SRAG em indígenas; fluxos de comunicação; fluxo de notificação; fluxo de coleta de amostras e envio aos laboratórios de referência para o novo coronavírus (COVID-19) pactuados nos planos municipais/estadual e referências bibliográficas. Todos seguem essa lógica, alguns desses distritos como o GUATOC ainda acrescentam outros detalhamentos próprios do DSEI (Brasil, 2020b).

A análise: requereu reconstruir e retalhar os planos, tendo em vista buscar respostas para as questões norteadoras. Nesse propósito Cellard (2008) e Foucault (2008b) consideram essa dimensão extremamente pertinente e complexa, visto que na relação entre a pesquisadora e os documentos analisados, o objetivo não é apenas interpretá-lo ou reconhecer sua veracidade, mas sim, recortá-lo, distribuí-lo e organizá-lo em momentos ou unidades para então, reconstruí-los a partir do

encadeamento de ligações entre a problemática do pesquisador e as diversas observações extraídas de sua documentação, que lhe possibilita formular explicações plausíveis, produzir interpretação coerente e realizar reconstrução de um aspecto qualquer [...] a fim de estabelecer essas ligações e de constituir configurações significativas é importante extrair elementos pertinentes do texto, compará-los com outros elementos contidos no corpus documental” (Cellard, 2008, p. 304).

Nesta direção, foi possível analisar o plano da SESAI (o documento preliminar e o aperfeiçoado), o plano de contingência da SESP e dos 4 municípios sede dos DSEI, os planos dos 4 DSEI. Do mesmo modo, analisar os vetos retirados e posteriormente atualizados, como estes dialogam com os planos dos 4 DSEI, como esses por sua vez estão articulados com os planos dos municípios e do Estado do Pará.

5.1.1 O Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID-19) em Povos Indígenas construído pela SESAI/MS

Ao analisar o Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID-19) em Povos Indígenas construído pela SESAI/MS (documento preliminar de março de 2020) é possível visualizar forte descaso e descumprimento do que está previsto na Política Nacional de Saúde Indígena, na lei nº 8.080/90 e no Decreto nº 7.508/2011, que garante o acesso resolutivo e equânime aos povos indígenas (Brasil, 2020a). Diante da alta morbidade e mortalidade que alcançou esses povos, verificada pelas redes de comunicações e denunciada pelas diversas instituições e órgãos que lutam pelo direito a saúde e a vida dos povos indígenas.

Assim, houve um movimento de união entre a Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB), do Ministério Público Federal (MPF), da Defensoria Pública da União (DPU), do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) no sentido de realizar aprimoramentos nesse Plano de Contingência Nacional, conforme decisão proferida no âmbito da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 709 (ADPF 709), em 21 de agosto de 2020. Desta maneira o plano de março é aperfeiçoado para uma versão de setembro de 2020 (Brasil, 2020c)

O plano de contingência nacional revisado pela APIB, MPF, DPU, CNJ, FIOCRUZ e pela ABRASCO traz aspectos muito relevantes para a prevenção, diagnóstico, tratamento dos usuários indígenas, bem como questões afetas ao fortalecimento da governança pelos mesmos atores, através dos seus Conselhos Distrital de Saúde Indígena (Brasil, 2020d).

É preciso lembrar que no dia 08 de julho de 2020 é publicado pelo Diário Oficial da União o despacho do Presidente da República, que comunica ao Congresso Nacional o veto a onze dispositivos do Projeto de lei 1112 (PL 1142), de 2020 (Sprandel, 2020). Os 11 vetos dariam margem para as instituições e órgãos já citados realizarem uma análise apurada com evidências científicas que levariam ao respaldo e alteração dos mesmos vetos. As mesmas medidas foram aprimoradas conforme decisão emitida pelo Ministro Luís Roberto Barroso no dia 21 de agosto, essa por sua vez foram baseadas nos documentos abaixo:

Manifestação da Articulação dos Povos Indígenas do Brasil, do dia 17 de agosto de 2020 (doravante Manifestação APIB, 2020); II. Manifestação do Ministério Público Federal, do dia 17 de agosto de 2020 (doravante Manifestação MPF, 2020); III. Petição da Defensoria Pública da União, do dia 17 de agosto de 2020 (doravante Petição DPU, 2020); IV. Manifestação do Conselho Nacional de Direitos Humanos – CNDH nos autos da ADPF no 709, do dia 17 de agosto de 2020 (doravante Manifestação CNDH, 2020); e Nota Técnica em resposta à intimação no 2636/2020, elaborada pela FIOCRUZ e a ABRASCO, versão digitalizada pelo Supremo Tribunal Federal no dia 19 de agosto de 2020 (Brasil, 2020c, p. 04).

É importante ressaltar que o plano revisado trouxe contribuições para o monitoramento da implementação desse plano pelos órgãos federais, bem como instrumentos e ações para serem desenvolvidas pelos próprios povos indígenas, seus conselhos e outras organizações da sociedade civil e do poder público (Brasil, 2020c).

Ao analisar as 12 alterações, anteriormente vetadas e aprimoradas em setembro de 2020, é possível verificar como esses 12 aspectos atualizados foram planejados nos planos de contingência dos 4 DSEI do Estado do Pará.

O primeiro veto versa acerca da inclusão do apoio e incentivo da SESAI quanto a participação e realização de reuniões por videoconferência e diálogos entre os representantes do comitê distrital com conselheiros locais, lideranças indígenas e organizações indígenas (Brasil 2020c).

O segundo diz respeito a implementação de Unidades de Atenção Primária Indígena (UAPI), com cronograma de execução (Brasil, 2020c).

A terceira trata da necessidade de detalhar as ações, planejamento de ações aos povos indígenas localizados em terras não homologadas, bem como para o atendimento excepcional pela SESAI no caso dos indígenas não aldeados (Brasil, 2020c).

A quarta alteração vem ressaltar a necessidade de haver prestação de contas das ações e planejamentos realizados (Brasil, 2020c).

A quinta questão inclusa foi a orientação aos DSEI para que sejam encaminhados os relatórios de implementação dos Planos de Enfrentamento e Monitoramento da COVID-19 aos representantes das populações indígenas (Brasil, 2020c).

A sexta questão incluída é a garantia de recurso para as ações das instâncias do controle social e a participação de lideranças indígenas nesses espaços e a oferta de conectividades nos espaços das CASAI e polos indígenas (Brasil, 2020c).

A sétima medida foi a reativação do fórum dos presidentes de CONDISI (FPCONDISI), extintos pela Decreto n.º 9.759, de 11 de abril de 2019, com a garantia do deslocamento e diária para os representantes indígenas para os espaços de governança (Brasil, 2020c).

Na oitava proposição foi posta a necessidade de inclusão de indicadores, que meçam a regularidade das reuniões realizadas nos Comitês e Conselhos Locais e Distritais (Brasil, 2020c).

A nona alteração incluída no plano revisado trata do monitoramento dos resultados alcançados a partir da implementação das ações em parceria com o controle social (Brasil, 2020c).

A décima traz a questão de construir estudos epidemiológicos com intuito de monitorar as taxas de morbidade e mortalidade causadas por COVID-19, bem como a efetividades das ações do plano com análise crítica e disseminação para informação em saúde (Brasil, 2020c).

A décima primeira versa sobre a revisão das metas, indicadores, objetivos e resultados esperados apresentados de modo genérico e como meros descritivos (Brasil, 2020c).

A décima segunda traz a responsabilidade para a SESAI coordenar e apoiar a implantação das 54 UAPI com o objetivo de fortalecer os serviços de atenção primária à saúde indígena no atendimento da população indígena de abrangência dos DSEI contra o COVID-19, respeitando suas especificidades culturais (Brasil, 2020c).

A SESAI lançou um documento orientador para construção dos planos de contingências nos DSEI. Esse trouxe orientações para elaboração do plano de contingência distritais para infecção humana pelo novo coronavírus (covid-19), onde cada distrito deveria apresentar os níveis de resposta a partir da seguinte classificação: o nível “Alerta”, quando há risco de introdução do coronavírus, mas não há casos suspeitos; o nível de resposta “Perigo iminente”, quando há uma confirmação de caso suspeito; o nível de resposta de “Emergência de saúde pública de importância nacional”, quando há a confirmação de transmissão local do primeiro caso de Covid-19. Nesse sentido cada distrito deveria descrever suas ações a serem implementadas em cada nível de resposta, de acordo com sua realidade (Brasil, 2020b).

O documento norteador da SESAI para construção dos planos distritais, sistematiza que todos os planos deveriam construir seus níveis de resposta de acordo com os eixos: de vigilância em saúde, assistência em saúde, assistência farmacêutica, comunicação de risco e gestão (Brasil, 2020b). A partir da leitura e análise do Plano de contingência da SESAI e dos 4 planos de contingência dos DSEI do Pará, foi necessária também a análise das ações e metas dos planos de contingência da SESPA, do Plano Estadual de Saúde do Estado do Pará, dos planos de contingência de Belém, Altamira, Itaituba e Redenção, por serem municípios sede dos DSEI e por neles estarem localizados as quatro CASAI, referências para cada DSEI.

5.1.2 O Plano de Contingência do DSEI GUATOC

No plano de contingência do DSEI GUATOC apresenta no item 15, a existência de orientações às equipes multidisciplinares de saúde indígena e saneamento do DSEI. Uma orientação que ocorreu foi a redefinição de quais atendimentos da rede de referência de atenção à saúde (exames, consultas) fora das aldeias seriam mantidos ou prorrogados, para diminuir a circulação da população indígena fora das aldeias (Belém, 2020a).

No item 16 desse plano, que versa sobre as orientações às casas de saúde indígena (CASAI) do DSEI Guamá Tocantins há também uma recomendação quanto a necessidade da CASAI verificar com a rede SUS dos municípios e Estado, se os estabelecimentos de referência estariam realizando cancelamentos de consultas eletivas agendadas com o intuito de evitar deslocamentos desnecessários, assim prevenir risco de contatos (Belém, 2020a).

O item 17 deste plano inclui o nível de resposta, que é composto por três níveis de resposta: Alerta, Perigo Iminente e Emergência em Saúde Pública, seguindo critérios do Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID-19). Essas medidas de resposta são apresentadas dentro dos seguintes eixos: vigilância; suporte laboratorial; medidas de controle de infecção; assistência; assistência farmacêutica (Belém, 2020a).

No nível de alerta está posto a inclusão de articulação junto às vigilâncias nos Estado e municípios de maneira a “fortalecer os serviços de saúde para a detecção, notificação, investigação e monitoramento de prováveis casos suspeitos para infecção humana pelo novo coronavírus (COVID-19) com a identificação do indígena e grupo étnico [...] no devido sistema de informação orientado pelo MS” (Belém, 2020a, p. 25). E “incluir representantes dos DSEI/Polos Bases em reuniões estaduais e municipais (onde houver terras e territórios indígenas) voltadas para a vigilância dos casos para infecção humana pelo novo coronavírus (COVID-19) ((Belém, 2020a, p. 25). Essa resposta faz referência a participação dos representantes do DSEI nas reuniões das CIR, que já está previsto na Resolução CIT nº 01 de 2012 e nos regimentos de todas as CIR dos Estado do Pará.

No critério de alerta há um subtópico referente a assistência nos municípios e Estado, onde cada DSEI deveria realizar “articulação interfederativa, com a vigilância epidemiológica do município e estado, a fim de viabilizar a comunicação e notificação imediata de casos suspeitos [...] com a identificação do indígena e grupo étnico” (Belém, 2020a, p. 26).

Outra orientação prevista no plano do GUATOC foi que os municípios identificassem em ‘seu território, o DSEI responsável [...] e as Casas de Saúde Indígena (CASAI) [...] de modo a incluí-los nos Planos de Contingência dos estabelecimentos de saúde da rede de referência do SUS” (Belém, 2020a, p. 26). Todavia é possível verificar, conforme Quadro 7 que apresenta a relação dos planos de contingência dos 4 municípios onde estão localizadas as sedes dos 4 DSEI do Pará Guamá Tocantins, Rio Tapajós, Altamira e Kaiapó Pará), que respectivamente são os municípios de Belém, Itaituba, Altamira e Redenção.

Nos planos dos municípios citados acima, onde também, estão localizadas 4 CASAI relevantes para esses distritos, que realizam a rede de conexão com os demais pontos de atenção do SUS nos referentes municípios e com a região de saúde. Todavia, é relevante considerar que apesar do Plano de Contingência Nacional e do Plano de contingência da Secretaria de Saúde Pública do Estado do Pará (SESPA) realizarem proposições e orientações acerca de inclusão nos planos municipais de ações e serviços articulados com os DSEI, não existe um planejamento de necessidades e oferta de qualquer tipo de ação ou serviços que esteja direcionado as populações indígenas nesses municípios.

Vale ressaltar que a Lei nº 8.080/90, o decreto nº 7.508/2011 e a política Nacional de Saúde Indígena também, enfoca a garantia do SUS está articulado com o SASISUS, de modo a ofertar retaguarda para os DSEI, quanto a média e alta complexidade. Porém, infelizmente, essa ausência de planejamento ainda se repete em tempos de pandemia nos próprios documentos de enfrentamento ao Covid-19 de municípios estratégicos, de acordo com o Quadro 7 (Brasil, 2006a; Brasil, 2011a).

Apesar de Belém não possuir população indígena, este município possui em seu território a CASAI – Icoaraci, ou seja, está sobre sua gestão realizar o diagnóstico situacional e verificar os diversos pontos de atenção para realizar o mapa da saúde, conforme aponta o Decreto 7.508/2011 e pensar a nível da macrorregião Metropolitana (onde então, há população indígena), a partir do que está previsto na Resolução CIT nº 37/2018 e na Resolução CIB nº 140 de 2018 que configura o Estado do Pará em 4 Macrorregiões (Pará, 2018b).

Dessa maneira, a construção real do PRI proposto pelo Decreto 7.508/11 faz-se extremamente necessário ser concretizados pelas regiões e macros regiões de saúde. Além de cada município realizar seu plano municipal de saúde contemplando todos os seus munícipes, entre eles os indígenas.

Quadro 7 - Planos de contingência para enfrentamento da pandemia de infecção humana pelo novo coronavírus (Covid-19) dos municípios de Belém, Itaituba, Altamira e Redenção.

Município	Plano Covid-19 existente	Ações e serviços para indígenas	População indígena	Referência ao DSEI/CASAI	Articulação com saúde indígena
Belém	Sim	Inexistente	Não**	Inexistente	Inexistente
Itaituba	Sim	Inexistente	Sim	Inexistente	Inexistente
Altamira	Sim	Inexistente	Sim	Inexistente	Inexistente
Redenção	Não*	Inexistente	Sim	Inexistente	Inexistente

Fonte: Elaborado pela autora.

*Existência do decreto de nº 030 de 25/01/2021 que trata das medidas de enfrentamento ao novo coronavírus no município de Redenção (Redenção, 2021).

** Não há população indígena nesse território, mas existe a CASAI no município de Belém (Belém, 2020b).

5.1.3 O Plano de Contingência do DSEI Rio Tapajós

O DSEI Rio Tapajós tinha o objetivo de apresentar o planejamento para os três níveis de respostas de alerta, perigo iminente e emergência em saúde pública para infecção humana pelo novo Coronavírus (Covid-19) em povos indígenas pertencentes ao Rio Tapajós. Além de organizar estratégias articuladas com órgãos afins e municípios com territórios indígenas desse DSEI. Bem como planejar ações estratégicas de vigilância, proteção e assistência relacionadas a COVID-19 nas CASAI (Itaituba, 2020d).

No nível de resposta de alerta desse plano, no eixo de assistência em saúde, encontra-se uma estratégia (que nos demais planos é chamada de diretriz) que se volta para a suspensão de referências eletivas nas CASAI, priorizando somente casos de emergência de fato, bem como o estabelecimento do “fluxo de realização de teste rápido, conforme as especificidades do DSEI, assim como, articular através dos planos de contingência municipais e estadual a coleta e envio de amostras de swab-nasofaríngeo” (Itaituba, 2020d, p. 16).

No eixo comunicação de risco, uma ação prevista foi definir no DSEI, um responsável pela interlocução com a SESAI nível-central, cabendo a este realizar a interlocução com as secretarias de saúde estadual e municipais acerca de dados epidemiológicos.

No eixo gestão houve o intuito de promover “ações integradas entre municípios, estado e outros órgãos de vigilância em saúde, assim como FUNAI, Controle Social e lideranças indígenas para apoio na implantação das barreiras sanitárias e [...] isolamento social” (Itaituba, 2020d, p. 17). Apoiando também, os municípios e Estado na formulação dos seus planos de contingência.

No nível de resposta perigo iminente, no eixo de vigilância há uma ação relevante que trata da emissão de alerta para a SESAI nível central e para as secretarias estadual e municipais de saúde sobre a situação epidemiológica quanto ao COVID-19, assim como a articulação da rede de vigilância e atenção à saúde, além da FUNAI, controle social e lideranças indígenas acerca dessa situação epidemiológica para construção de barreiras sanitárias e estratégias de isolamento social (Itaituba, 2020d).

No eixo assistência à saúde uma ação importante era “garantir o fluxo de realização de teste rápido, conforme as especificidades do DSEI, assim como, articular através dos planos de contingência municipais e estadual a coleta e envio de amostras de swab-nasofaríngeo” (Itaituba, 2020d, p. 19).

No eixo gestão, ainda no nível de resposta “Perigo” estava previsto a pactuação com a SESP/PA e municípios para

o fornecimento de estoque estratégico de insumos laboratoriais para diagnóstico e de medicamentos para o atendimento de casos suspeitos e confirmados de COVID-19 para indígenas advindos do SASISUS; [...] acompanhar a execução das ações voltadas para a população indígena dos Planos de Contingência estadual e municipais (Itaituba, 2020d, p. 20).

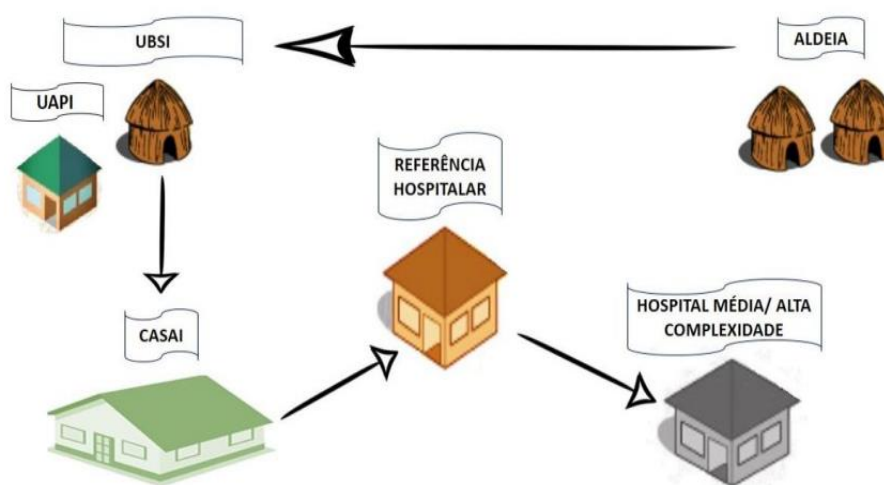
No nível de resposta de emergência em saúde uma ação planejada no eixo de vigilância foi a emissão de “alertas para a SESAI e Secretarias Estadual e Municipais de Saúde sobre a situação epidemiológica da população indígena [...]”; articular com os municípios, estado e outros órgãos de vigilância em saúde, assim como FUNAI, Controle Social e lideranças indígenas” (Itaituba, 2020d, p. 19).

No eixo de assistência foi planejado a garantia do

fluxo dos casos de média e alta complexidade para os hospitais de referência de leitos de internação com isolamento e leitos de UTI” [...] Os casos de média e alta complexidade, terão o Hospital de Campanha e Hospital Regional do Baixo Amazonas no município de Santarém como referência, conforme fluxo estabelecido no Plano de contingência do estado do Pará [...] Os casos classificados como graves devem ser estabilizados e encaminhados aos serviços de urgência ou hospitalares [...] (Itaituba, 2020d, p. 21-24).

Houve a construção de um fluxograma em parceria com as demais instituições da rede de atenção da Região de Saúde do Baixo Tapajós.

Ilustração 18 - Fluxograma de atendimento dos casos suspeitos de COVID-19 do DSEI- RT.



Fonte: Itaituba (2020d).

É possível perceber que este DSEI conseguiu articular os demais atores do estado e do próprio governo federal na construção desse plano de contingência, como mostra a Ilustração 23.

No eixo da comunicação um aspecto extremamente relevante que aparece em todos os planos de contingência dos DSEI versa acerca da obrigatoriedade do DSEI somente prestar qualquer informação antes de informar a SESAI, nível central, como posto abaixo:

Quanto ao eixo da comunicação, esse DSEI também, não poderia informar de forma descentralizada dados epidemiológicos diretamente ao estado e deveria seguir, assim como os demais DSEI a seguinte orientação: “toda a comunicação com a mídia externa (jornais, rádios, outras instituições, televisão, etc.) deve obrigatoriamente ser mediada pela SESAI através do único porta-voz do DSEI-RT para SESAI nível central – Núcleo de Comunicação (comunicação.sesai@saude.gov.br)” (Itaituba, 2020d, p. 21-24).

Ou seja, todas as informações eram analisadas primeiramente por Brasília, antes de retornar ao território, seja para controle do Estado do Pará ou para informação aos próprios indígenas.

Referente ao fluxo de coleta de amostras e envio aos laboratórios de referência para infecção humana pelo COVID-19, estava previsto junto à rede laboratorial para análise dos exames dos indígenas ocorreria de acordo com o fluxo de referência dos Planos de Contingência Estadual e/ou Municipais. Todavia, o DSEI/RT iria monitorar os resultados de diagnóstico laboratorial para a população indígena sob sua responsabilidade (Itaituba, 2020d).

A criação do Comitê de Vigilância da Covid-19 do DSEI RT, também foi uma ação existente nos demais DSEI e possibilitou uma modalidade de governança e pactuação para as ações que seriam implementadas a partir dos planos de contingência, conforme afirmam os informantes entrevistados.

5.1.4 O Plano de Contingência do DSEI Altamira

O plano do DSEI Altamira faz uma referência importante a organização de sua rede de serviços no Sistema Único de Saúde. Na rede de atenção de média complexidade e alta complexidade está o Hospital Geral de Altamira, o Centro de Saúde, Unidade de Saúde da Família, Posto de Saúde, Laboratório Hemocentro, Clínica Fisioterapia, CAPS II, CAPSi Centro de Especialidades, Odontológicas – CEO, Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA/SAE, Centro de Apoio em Diagnóstico, Hospital Público Regional da Transamazônica/Altamira, Hospital Santa Casa de Misericórdia e Hospital Ophir Loiola em Belém (Altamira, 2020c, p. 6).

No item 6 acerca dos níveis de resposta também, existe três níveis de resposta: Alerta, Perigo Iminente e Emergência em Saúde Pública, conforme plano nacional. Quanto ao nível de alerta, uma diretriz importante é assistência no SASISUS para Indígenas de Recente Contato, sendo necessário avaliar criteriosamente a necessidade de remoção para a rede de referência do SUS. Outra diretriz proposta neste plano foi “garantir os kits de compostos pelas medicações hidro cloroquina 400 mg comp., cloroquina 150 mg comp. e azitromicina 500 mg conforme nota técnica de nº 06/2020 do governo do Estado do Pará” (Altamira, 2020c, p. 18).

É relevante ressaltar aqui que não existiam evidências científicas para a prescrição dessas medicações até serem substituídas por outras drogas conforme Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (Covid-19) na Atenção Primária em Saúde do Ministério da Saúde. Este por sua vez, retifica o uso de algumas medicações que não devem ser utilizadas, como os corticosteroides, antialérgicos, anti-inflamatórios ou outros medicamentos, que possam mascarar sinais e sintomas de alerta (Brasil, 2020e).

No eixo gestão há uma orientação de apoiar os gestores estaduais e municipais na adequação dos Planos de Contingência dos municípios e Estado. O estado, através da SESPA tem ações voltadas em seu plano de contingência a partir de uma nota técnica de nº 02/2021 – CESIPT/DPAIS/DASE/SESPA, exclusivamente voltada para saúde indígena e com recomendações aos municípios ao construírem seus planos de contingência em caso de possuírem população indígena.

Na gestão das ações para indígenas de recente contato, identificando “os estabelecimentos de saúde da rede de referência do SUS, que estão preparados para adequar um local de isolamento específico para esses pacientes e instituir fluxo de comunicação” entre as equipes de referência e o DSEI, preparando essas equipes dos estabelecimentos quanto a interculturalidade dos usuários indígenas (Altamira, 2020c, p. 20).

No nível de resposta: perigo iminente houve uma ponderação no plano de Altamira voltado para “sensibilizar a rede de vigilância e atenção à saúde sobre a situação epidemiológica na população indígena” (Altamira, 2020c, p. 20).

No eixo assistência ao SASISUS, uma atividade crucial era “levantar a disponibilidade nos hospitais de referência de leitos de internação com isolamento e leitos de UTI com isolamento para casos graves” (Brasil, 2020b, p. 23). Ainda nesse eixo de assistência no SASISUS para indígenas de recente contato, uma questão planejada foi a avaliação detalhada da necessidade de remover esse indígena para a rede de referência do SUS (Altamira, 2020c).

No eixo gestão foram pensadas a promoção de ações integradas entre municípios, estado e o DSEI, articulando a vigilância em saúde e a assistência na prevenção e controle do novo coronavírus (COVID-19)” (Altamira, 2020c). Articulando junto ao estado e municípios a implementação de ações e serviços voltados a esse nível de resposta, bem como “acompanhar a execução das ações voltadas para a população indígena dos Planos de Contingência estadual e municipal” (Brasil, 2020a, p. 24).

No nível de resposta para Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) houve um planejamento importante referente a avaliação da situação vacinal/imunização de acordo com o calendário específico para esses povos que está associado com um dos objetivos desse estudo, na perspectiva de investigar como ocorreu esse processo, visto que houve muito desencontros de dados entre a SESAI, SESPA e a APIB.

O plano do DSEI Altamira também, propunha assim como os demais DSEI “avaliar criteriosamente a necessidade de remoção para a rede de referência do SUS para Assistência no SASISUS para indígenas de recente contato (Altamira, 2020c).

Na gestão, a ação de

promover ações integradas, entre municípios, estado e DSEI, em vigilância em saúde e assistência na prevenção e controle do novo coronavírus (COVID-19). Articulando com o estado e municípios ações quanto a esse nível de resposta. [...]. As competências do DSEI nesse plano como planejar, coordenar, supervisionar, monitorar, e avaliar as ações de atenção integral à saúde no âmbito do Subsistema de Atenção à saúde Indígena e sua integração com o SUS; promover ações para o fortalecimento da participação social dos povos indígenas no SUS; incentivar e integrar os setores governamentais e não governamentais; promover e apoiar o desenvolvimento de estudos e pesquisas em saúde indígena (Altamira, 2020c, p. 36).

Todas essas ações precisariam ser implementadas com eficiência para diminuir indicadores de morbidade e mortalidade entre os indígenas. Porém, nenhum desses planejamentos estão postos no plano de contingência do município de Altamira, mesmo com uma nota técnica orientando a todos os municípios do Pará acerca das medidas necessárias contra o Covid-19 em prol da população indígena (Pará, 2020).

5.1.5 O Plano de Contingência do DSEI Kaiapó do Pará

No alerta, no eixo da gestão foram encontradas algumas ações similares aos demais planos. Todavia aquelas que chamam mais atenção para esse estudo fazem relação com o planejamento de ações integradas entre o DSEI e os municípios quanto a formulação da assistência, prevenção e vigilância em saúde contra o novo coronavírus (Redenção, 2020b).

Outra ação planejada foi acompanhar as ações voltadas para população indígena dos planos de contingência estaduais e municipais [...] “garantir o cumprimento do fluxo para deslocamento de pacientes para atendimento especializado para os casos suspeitos de infecção humana pelo novo coronavírus” (Redenção, 2020b, p. 21). Porém, não foi formulado um plano de contingência para o município de Redenção. Esse por sua vez possui um decreto com medidas a serem executadas para enfrentar a pandemia pelo Covid-19, todavia não há a existência de ações voltados para os indígenas e nem previsão de interface entre o município com o DSEI Kaiapó.

No eixo de vigilância em saúde houve a ação programada para “monitorar eventos e rumores na imprensa, redes sociais e junto aos serviços de saúde, em articulação com os centros de informações estratégicas em vigilância em saúde do Pará (CIEVS/PA) (Redenção, 2020b, p. 23).” Outra ação que deveria ocorrer, seria que o “estado e municípios deverão divulgar seus boletins epidemiológicos, o número de casos suspeitos e confirmados identificados na população do DSEI KPA e as ações de enfrentamento da ESPIN” (Redenção, 2020b, p. 23).

No eixo da assistência farmacêutica, uma ação planejada foi a “articulação com os municípios e estado para que prevejam os indígenas do Distrito em seus planos de contingência, no que se refere aos estabelecimentos de referência” (Redenção, 2020b, p. 24).

Na emergência em saúde pública, no eixo de gestão estava programado a promoção de “ações de educação em saúde, sem aglomeração de pessoas referente a promoção, prevenção e controle do vírus Covid-19 envolvendo o CONDISI” (Redenção, 2020b, p. 26), e, acompanhar as ações dos planos de contingência do estado e dos municípios que estivessem voltados a população Kaiapó (Redenção, 2020b).

Portanto, faz-se necessário ressaltar que no plano de contingência da SESPA existe uma nota técnica que faz referência ao desenvolvimento de ações e serviços voltados para população indígena de modo genérico a todo estado. Todavia, este plano estadual fomenta que os respectivos municípios que possuem em seus territórios habitantes indígenas possam estar formulando e planejando nos seus planos de contingência como implementar ações e serviços que contemplem essas populações em tempos de pandemia (Pará, 2020).

Ainda sobre o fluxograma de rede de referências do DSEI KPA estava organizado para ocorrerem junto aos municípios com territórios indígenas, o seguinte fluxo a seguir.

As EMSI irão detectar precocemente os indígenas com suspeita de infecção pelo Covid-19 e realizar “o manejo inicial, informando ao Polo base, solicitando transporte e encaminhando o caso suspeito ao município de referência de maneira oportuna e segura” (Redenção, 2020b, p. 26). No caso, o DSEI KPA possui seis municípios de referência para média complexidade, entre eles está Redenção com dois pontos de atenção; o Hospital Municipal Dr. Pedro Paulo Barcaui e o Hospital Regional Público do Araguaia.

Uma classificação importante feita no plano do KPA é referente quanto ao grau de prioridade que determinada aldeia terá em relação as medidas de atenção à saúde pelas EMSI, e estão alicerçadas em alguns parâmetros, a partir da classificação em riscos: vermelho (alerta), amarelo (atenção), verde (controle das ações e aprimoramento da situação) (Redenção, 2020b).

A partir desses parâmetros é possível visualizar no plano KPA que no território de Redenção há 22 aldeias em risco vermelho, devido a presença de garimpos e madeiras, com a presença de diversas pessoas não indígenas, o que aumenta o risco de transmissão. Isso significa que não há um controle de responsabilidade do DSEI, mas sim da FUNAI e da polícia federal. Quanto as aldeias em risco amarelo, encontram-se 21 no território de Redenção, pois são aldeias localizadas próximas a cidade, aumentando a circulação de indígenas entre as aldeias e a cidade e com isso elevando o risco de contaminação fora do território indígena (Redenção, 2020b).

Dessa maneira, haveria a necessidade pelo grande número de aldeias pertencentes ao município de Redenção, este possuir um planejamento que contemplasse esses povos.

Por estes apontamentos foi possível identificar que nos planos dos 4 DSEI do Pará uma relação de subordinação intensa no item de comunicação dos dados epidemiológicos, pois estes distritos somente poderiam informar seus respectivos dados, após repassarem a SESAI e essa aprovar. Cabe aqui lembrar que os DSEI são espaços administrativos descentralizados (Brasil, 2002a).

No reconhecimento da forte influência da SESAI com os distritos, Feuerwerker vem enfatizar que

multiplicam-se as relações de subordinação do gestor federal sobre os estaduais e municipais, dos estaduais sobre os municipais, dos níveis centrais sobre os locais; das esferas gerenciais sobre os trabalhadores; dos trabalhadores sobre os usuários. Os tempos burocráticos (ditos políticos) nunca combinam com os tempos de processos mais democráticos e participativos. Lembremos que a política é uma máquina de fabricar relações, então cabe indagar que projeto democrático pode ser produzido a partir de tantas relações de assujeitamento (Feuerwerker, 2014, p. 83).

Foi ainda possível verificar, que para além das especificidades apresentadas de cada DSEI, algo comum a todos foi a repetitividade nas redações, no que diz respeito aos eixos e ações dos 3 níveis de resposta dos planos, já que esses descreveram as ações do plano da SESAI, na maioria das vezes, sem haver uma especificidade do próprio distrito. É pertinente considerar esses aspectos, visto que são populações, etnias e redes diferentes no seu aspecto intercultural.

Outro aspecto a ser mencionado é que de maneira geral as ações previstas em cada nível de resposta, encontram-se repetitivos em cada um dos 5 eixos. Isso demonstra, de certo modo o que ocorria com os planos municipais de saúde há décadas (Brasil, 2009).

Na Região Norte há uma tendência de planejamentos que não refletem as necessidades da realidade do território, por haver uma construção realizada por consultores em gabinetes e a ausência da participação ascendente.

5.2. Análise das implementações e governança dos Planos de Contingência dos DSEI do Pará

A partir da Análise de Bardin (2011) foram distribuídas e aplicadas conforme as etapas já estipuladas. O processo de coleta de material, suas consequentes categorizações temáticas apontaram para uma organização que respondessem as questões norteadoras da pesquisa. Neste sentido, entendendo e a partir das conexões criadas, houve a obtenção de um conjunto com quatro categorias e três subcategorias que serviram de base para análise do material.

Portanto, como resultado da pesquisa de campo de acordo com as unidades elencadas na metodologia do estudo, as categorias e subcategoria foram classificadas em: a participação do CONDISI na construção dos planos de contingência contra o Covid-19; Governança do CONDISI e do DSEI; ações e serviços planejados e implementados através do plano de contingência; influência dos planos de contingência nos indicadores do Covid-19; estratégias específicas dos DSEI no combate ao Covid-19; potencialidades da implementação dos planos de contingência; fragilidades na implementação do plano de contingência; Redes de atenção à saúde e processo de regulação durante o Covid-19.

5.2.1. Categoria: A participação do CONDISI na construção dos planos de contingência contra o Covid-19

É imprescindível afirmar que houve a participação dos quatro conselhos distritais de saúde indígena do Pará na discussão ou construção ou deliberação dos planos de contingência contra o Covid-19, informados pelos representantes do quatro CONDISI do Pará (CONDISI-DSEI-GUATOC, CONDISI-DSEI-Altamira, CONDISI-DSEI-Rio Tapajós e CONDISI-DSEI-Kaiapó Pará).

Apesar de ter ocorrido dezenove meses de extinção dos conselhos sociais e entre eles ocorreu também, a extinção do CONDISI pelo governo Bolsonaro, é válido ressaltar que as lutas dos movimentos sociais indígenas, especialmente pela APIB, trouxe de volta o retorno dos conselhos indígenas através da Portaria ministerial nº 3.021, de 4 de novembro de 2020, que “recria os Conselhos Locais (CLSI), os Conselhos Distritais (CONDISIs), e o Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais da Saúde Indígena (FPCondisi)” (Brasil, 2020f, p. 01).

A garantia de participação social na saúde indígena está prevista na Lei nº 8.080/90, na PNSPI, no decreto nº 7.508/2011 e na Portaria ministerial nº 070/2004, que cria diretrizes, onde o “processo de estruturação da atenção à saúde dos povos indígenas deve contar com a participação dos próprios índios, representados por suas lideranças e organizações nos Conselhos de Saúde locais e distritais” (Brasil, 2004, p. 01).

5.2.2. Categoria: Governança do CONDISI e do DSEI

A partir do restabelecimento das instâncias de participação social na construção de políticas públicas de saúde indígena, há a retomada oficial desses espaços de governança após oito meses de pandemia já instalada. Esse período de suspensão da participação social pode ter colaborado para alguns vieses que serão apresentados.

É relevante ressaltar que os secretários executivos dos CONDISI dos quatro distritos em estudo estavam ocupando esta atividade num período que compreende entre 1 mês e 5 anos. É fato ressaltar que houve troca de coordenadores no início da gestão federal atual, o que levou também, indicação de novos coordenadores distritais, novas contratações de secretários executivos/CONDISI e apoiadores/DSEI, bem como eleição para novos presidentes do CONDISI.

A conjuntura de mudanças traz avanços para o debate da saúde indígena, mas também, reinicia novos processos que por vezes, se perderam em outros governos. Um aspecto a ser mencionado, foram os números de reuniões do CONDISI em 2020 e 2021 e o número de participação dos DSEI nas reuniões das Comissões Intergestores Regional do Pará. Nessa lógica, vale mencionar que entre os quatro distritos, apenas o DSEI Rio Tapajós participou de reuniões da CIR. Quanto a realização de reuniões pelo CONDISI, ocorreram 02 reuniões no CONDISI/DSEI GUATOC e 05 reuniões no CONDISI/ DSEI Rio Tapajós.

Os achados mencionados acima, demonstram que as orientações de isolamento podem ter afetado os processos de governança. Todavia, houve um enfraquecimento causado pela extinção dos conselhos em meados de 2020. Ocorreu também, o veto no plano nacional de contingência da SESAI, que garantia recurso financeiro e apoio para que o controle social realizasse suas reuniões com legitimidade. Nessa teia de fragilizar o controle social, Foucault enfatiza que:

Uma das principais contribuições [...] foi o abandono de uma visão tradicional de poder em que sua atuação se basearia fundamentalmente em seus aspectos negativos: proibindo, censurando, interditando, reprimindo, coagindo. Mas, para ele, o que faz com que o poder se mantenha ou seja aceito, é o fato que ele não pesa só como a força que diz não, mas também, permeia, produz coisas e induz ao prazer, forma saber, produz discurso (Foucault, 2013, p. 55).

Nas linhas de Foucault, encontra-se respostas para a mobilização do fórum dos CONDISI, da APIB, entre outros movimentos sociais indígenas para garantir de modo inédito o assento para coordenadores indígenas nos distritos do Pará e em todo Brasil, associado a criação de um Ministério exclusivo para os povos indígenas e de uma secretaria estadual no Pará para os esses povos.

Na recriação do controle social para saúde indígena é fato a submissão posta ao CONDISI na Portaria GM/MS 3.021 em seu parágrafo único do Artigo 12, onde afirma que as “proposições dos CONDISIs serão homologadas pelo dirigente titular do respectivo DSEI, **mediante análise prévia do titular da SESAI/MS**” (Brasil, 2020f, p. 04, grifo nosso). Diante do artigo 12 da portaria citada faz-se refletir acerca do papel do DSEI, enquanto unidade gestora descentralizada do SASISUS e acerca da função do controle social indígena.

O CONDISI possui um “caráter consultivo, deliberativo, propositivo, analítico e fiscalizador, cuja função é deliberar acerca das ações relativas à saúde indígena no território de [...] no âmbito do Subsistema de saúde indígena” (Brasil, 2017c, p. 02) em interface com o SUS. Na lógica da legitimidade desse espaço de governança não seria necessário que as homologações das proposições do CONDISI fossem realizadas mediante análise da SESAI, pois contrapõem as próprias leis orgânicas, decretos e portarias que fundamentam o controle social.

Assim, Feuerwerker traz algumas reflexões acerca do exposto anteriormente, pois:

multiplicam-se as relações de subordinação do gestor federal sobre os estaduais e municipais, dos estaduais sobre os municipais, dos níveis centrais sobre os locais; das esferas gerenciais sobre os trabalhadores; dos trabalhadores sobre os usuários. Os tempos burocráticos (ditos políticos) nunca combinam com os tempos de processos mais democráticos e participativos. Lembremos que a política é uma máquina de fabricar relações, então cabe indagar que projeto democrático pode ser produzido a partir de tantas relações de assujeitamento? (Feuerwerker, 2014, p. 83).

Nessa perspectiva, Ribas e Foucault, enfatizam que o “poder não emana de um ponto central, ele não é algo que alguns detêm e outros não, mas pensando de modo analítico, a atuação do poder se dá pela relação entre pontos diferentes de nossa prática” (Ribas, 2017, p. 178). Esta afirmativa vem de encontro a extinção dos conselhos e aos vetos contra o controle social indígena, reproduzindo justamente a desigualdade de décadas vivenciada pelos povos indígenas. Sendo assim, é necessário haver também a compreensão da correlação entre poder e resistência, suas interfaces com a governança e entendimento das lógicas de forças (Foucault, 1994).

Outro aspecto a ser considerado para o esvaziamento dos espaços de governança indígena foi o recurso destinado para as ações das instâncias do controle social e a participação de lideranças indígenas nesses espaços, bem como a oferta de conectividades nos espaços das CASAI e polos indígenas (Brasil, 2020f). Todavia essa inclusão somente ocorreu em setembro de 2020 no plano nacional no sofreu aperfeiçoamento.

Ainda nessa vertente dos vetos que ocorreram contra o controle social, algo que fragilizou a governança foi a retirada de ações para realização de reuniões por videoconferência e diálogos entre os representantes do comitê distrital com conselheiros locais, lideranças indígenas e organizações indígenas (Brasil, 2020d). Essa inclusão foi realizada no plano de aperfeiçoamento de setembro de 2020. Porém, é válido afirmar que todas essas contradições contribuíram também, para o esvaziamento da participação dos DSEI nas reuniões das CIR.

5.2.3. Categoria: ações e serviços planejados e implementados através do plano de contingência

Considerando a implementação das ações e serviços planejados nos quatro planos de contingência dos quatro DSEI do Pará é relevante destacar que as medidas de isolamento domiciliar, o protocolo de testagem para entrada nas aldeias, aliado as ações de comunicação e aos fluxogramas construídos junto aos pontos de atenção dos municípios e ao Estado foram primordiais como apontam os representantes dos distritos e dos conselhos indígenas do Pará.

Lana *et al.* reiteram que o grande desafio das equipes multiprofissionais da saúde indígena foi

controlar a entrada de pessoas infectadas nos territórios indígenas, bem como de garantir o isolamento de casos suspeitos, confirmados e seus contatos. Esta dimensão envolve inclusive o estabelecimento de uma logística para monitoramento e testagem das próprias equipes multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), uma vez que a estruturação do atendimento dos DSEIs envolve deslocamento constante dos profissionais entre comunidades e áreas urbanas (Lana *et al.*, 2021, p. 130).

Na fala do informante E3 fica claro como ocorreu o isolamento e vacinação contra o Covid-19:

a gente conseguiu manter os indígenas isolados nas suas aldeias, não permitindo a entrada de ninguém sem o teste. O teste era um protocolo para entrar. É o protocolo até hoje de entrada na aldeia e todo mundo tem que ser testado e isso fez uma barreira muito boa para que não descesse a contaminação mais grave. E logo após, as equipes também saíam na área fazendo a vacinação. Eu acho que foi o que conseguiu combater e conter a COVID-19 dentro das aldeias.

E1 ressalta que

não teve tantas mortes, porque eles receberam muito apoio na questão de material e de equipamentos de respiração, de inaladores que ajudaram bastante porque eles tiveram muitos casos de indígenas com dispnéia e com pneumonia, em decorrência do Covid.

Nesse sentido é preciso reafirmar que as ações postas pelos DSEI como relevantes no controle da pandemia estavam propostas também, no Plano Nacional de Contingência para os Povos Indígenas. Essas ações estavam descritas em cada plano de contingência dos distritos sanitários do Pará. Entretanto, é possível perceber nos documentos oficiais dos planos distritais uma reprodução das mesmas ações postas pela SESAI, sem uma caracterização mais específica das reais necessidades de cada território nesses documentos.

Ainda considerando a lógica do planejamento, é necessário ressaltar que todos os planos foram construídos pelas áreas técnicas de cada DSEI. Todavia, ocorre um destaque para o plano de contingência do DSEI Rio Tapajós que envolveu a participação de outras instâncias. É relevante reiterar que, inclusive organizou estratégias articuladas com órgãos afins (FUNAI, controle social e lideranças), além de municípios com territórios indígenas do respectivo DSEI Rio Tapajós.

Outras ações relevantes para os distritos deram-se na fala de E7, ao ressaltar que as “ações de comunicação que eles se propuseram a fazer, acredito que foi a melhor parte, eles receberam material gráfico e o recebimento dos EPI, o dimensionamento de material foi essencial para tentar frear a contaminação”. Nesse aspecto, vale mencionar que no eixo comunicação de risco, também estava previsto no plano da SESAI, a definição de um responsável do DSEI pela interlocução com a SESAI nível-central, cabendo a este realizar a interlocução com as secretarias de saúde estadual e municipais acerca de dados epidemiológicos. Porém, essas informações somente poderiam ser informadas ao município e ao estado após aprovação pela SESAI/BSB como consta em todos os planos de contingência dos distritos.

Segundo Merhy (2002, p. 89) as relações da micropolítica e macropolítica são atravessadas por imposições que fragilizam a implementação e a produção do cuidado, onde, “esses tipos de intervenção estão orientados a matar o trabalho vivo – efeito fatal sobre a possibilidade de relações cooperativas e produtoras de vida [...]. É o caso também de gestões que fabricam apoiadores e colegiados baseados [...]em um devir controlador”.

Ainda, tratando das ações desenvolvidas a partir dos planos de contingência, algo que contribuiu bastante para o diagnóstico e tratamento dos usuários adoecidos foi a construção de fluxogramas pelos DSEI junto aos municípios.

Na fala de E3 fica explícito como ocorreu esse processo:

A gente conseguiu manter os indígenas isolados nas suas aldeias, não permitindo a entrada de ninguém sem o teste. O teste é era um protocolo para entrar, é o protocolo até hoje de entrada na aldeia e todo mundo tem que ser testado. Fizemos barreira muito boa para que não descesse a contaminação mais grave. E logo após essa equipe também saía para a área, fazendo a vacinação. Eu acho que foi o que conseguiu combater a COVID-19 dentro das aldeias.

O entrevistado acima ainda informa que possuíam como retaguarda um hospital público municipal e um hospital público regional de alta complexidade gerido pelo Estado. Mas, que não possuíam dificuldades de encaminhar, pois tinham um fluxo construído, via município nesse período de pandemia para os casos de Covid-19.

Entretanto, vale reiterar que as referências para outros agravos e morbidade ainda ocorrem via município e que os pontos de atenção do DSEI como a CASAI e polos não possuem sistema SISREG instalado, com cotas definidas e pactuadas em CIR para o percurso posto pelas RAS.

5.2.3.1 Subcategoria: estratégias específicas dos DSEI no combate ao Covid-19

Há ainda que se destacar, que cada distrito partindo de suas necessidades e adversidades no território construíram seus replanejamentos que não estão postos nos documentos oficiais, mas ficam nítidos nas falas dos informantes:

o nosso DSEI criou uma força-tarefa, utilizando a mão-de-obra da nossa equipe, que permanecia em área em cada polo e a prioridade foi fazer com que aqueles polos que estavam mais controlados, a gente utiliza-se essa mão de obra da equipe para aqueles que estava mais críticos (E1).

Oura fala de estratégia específica foi a do E3:

O DSEI fez aqui uma equipe volante. A equipe tivesse no posto rápido sairia em todas as aldeias para fazer vacina, orientações de como que deveria ser feito o isolamento, quais medidas para impedir propagação do vírus e explicação sobre o tratamento da Covid. [...] as equipes saíam dos DSEI para fazer teste e evitar que levasse Covid para dentro das aldeias (E3).

Há, portanto, outras questões que foram observadas durante o estudo que podem demonstrar a micropolítica em ato, como E2 aponta:

que o processo maior era o isolamento social e, em seguida, a vacina. Então, houve uma forte aliança entre profissionais indígenas para que pudessem vacinar. (E2).

É perceptível que havia orientações determinadas pelo nível central e que foi construído um planejamento para cada distrito, mas o vínculo e afetos constituídos ao longo do cuidado mostram que a união e a perseverança das equipes produziram estratégias de convencimento e acolhimento para o controle da pandemia.

De acordo com Feuerwerker é possível discutir de modo mais abrangente como isso ocorre.

Ao SUS, de modo geral, tem escapado o plano da micropolítica, o processo molecular de produção de territórios existenciais, decisivo na fabricação do mundo. Nas arenas de disputa em que as unidades de saúde se configuram, habitam as tensões e as possibilidades da produção do trabalho vivo em ato nos encontros dos trabalhadores entre si, com a gestão e com os usuários. Sem interagir com esse espaço, os gestores que governam precariamente. Iludem-se com sua potência de produzir efeitos. Depois se espantam: por que as políticas nunca são implementadas como preconizadas? (Feuerwerker, 2014, p. 88).

No campo da micropolítica do cuidado, Merhy *et al.* (2007) vem ressaltar que apesar das intervenções por meio do controle da gestão, há um impacto com as forças existentes na autonomia dos profissionais da saúde indígena que recriam no cotidiano dos programas, planejamentos e protocolos, outras modalidades de produzir cuidado.

5.2.3.2. Subcategoria: potencialidades da implementação dos planos de contingência

Uma das grandes potencialidades que ocorreram, deu-se através do reconhecimento dos DSEI e dos CONDISI acerca das normas e orientações ofertadas pela SESAI. Fica explícito em todas as falas uma “ressonância” a respeito do apoio técnico ofertado pelas equipes em processo de micropolítica do trabalho. Como afirma o E2:

a SESAI em si, na minha visão [...] fez vários documentos informativos, notas informativas com várias orientações, capacitação das equipes técnicas. Orientação da própria equipe técnica para as equipes técnicas para que eles pudessem coibir e controlar a propagação da COVID-19 (E2).

As demais falas reproduzem o que E2 resalta, apesar de todo o processo contraditório que ocorreu na macropolítica da gestão relacionado aos 11 vetos de ações extremamente relevantes para o controle da Covid-19 nos territórios indígenas.

Outro aspecto importante, foram os fluxos construídos juntos aos hospitais municipais localizados nos polos do território indígena, articulados com os hospitais regionais. É fato que esses fluxos não estão descritos nos planos de contingência dos municípios, conforme Tabela 4 e não estão descritos nos planos municipais de saúde desses municípios. Todavia, há uma apresentação desse fluxo de modo mais sistemático.

Um terceiro aspecto importante a ser enfatizado nesse período de pandemia foi o acesso aos hospitais regionais geridos por Organizações Sociais de Saúde (OSS), com acesso garantido aos indígenas através de um fluxo de assistência articulado pelos DSEI para a garantia da retaguarda prevista na PNSPI. Entretanto, é imprescindível lembrar que os demais serviços de média e alta complexidade são realizadas via regulação pelo município, como será mencionado na categoria 5.

Para Feuerwerker a força que move os processos da micropolítica e macropolítica da saúde possuem um modo importante que atravessa gestores, trabalhadores e usuários nas diferentes esferas de atenção e de gestão. Mas que são

atravessados também por uma multiplicidade de planos, linhas, vetores, potencializados por alguns encontros, despotencializados por outros. A política, nos espaços de governo, também é fabricada micropoliticamente. E é atravessada “molarmente e molecularmente” por diferentes linhas. Daí que essa complexidade do mundo do cuidado tem consequências para o modo de se pensar a política e a gestão em saúde (Feuerwerker, 2014, p. 66).

Nesse sentido Foucault (2008b), Ferigato e Carvalho (2009) reiteram e reconhecem que não existe uma dominação duradoura daquele que exerce o poder sobre aquele que recebe a força do poder, pois ambos são entrelaçados por dois aspectos: o primeiro versa a respeito de reconhecer aquele que exerce o poder pela sua ação e o segundo é o reconhecimento que frente a essa ação será construída uma reação e respostas pelos submetidos ao poder.

5.2.3.3. Subcategoria: fragilidades na implementação do plano de contingência

Há outros elementos significativos nesse processo de implementações das ações e serviços dos planos de contingência, pois foram diversas falas entre os representantes dos DSEI e dos CONDISI que reportam as fragilidades ocorridas durante o processo de combate a pandemia.

E8 afirma que “houve algumas falhas no atendimento durante a pandemia, até mesmo em relação aos povos indígenas, alguns indígenas se recusar a tomar vacina dentro da nossa comunidade”.

E7 informa que “uma dificuldade na questão de remoção para fora da aldeia e, na recusa, hesitação do próprio indígena” em receber assistência nos pontos de atenção dos municípios ou do estado.

Para E2 o que “dificultou o processo de vacinação de alguns povos foram alguns negacionistas, dentro dos territórios e através de religião”.

Está presente nas afirmações de E8, E7 e E2 como foi forte o medo pelo desconhecido, as fake News sobre a vacinação, além do aspecto cultural e religioso que alicerça a ancestralidade desses povos. Isso pode ter sido um obstáculo para o alcance das medidas de prevenção e controle da doença. É pertinente enfatizar que as

resoluções também apontam para a necessidade de provisão às EMSI e aos profissionais de saúde dos hospitais públicos de “conhecimentos antropológicos e culturais”, por meio de [...] “práticas tradicionais”; promoção de cursos e outros tipos de capacitação das EMSI, visando à melhor interação entre as equipes e os diversos especialistas indígenas, bem como a mútua compreensão das diferenças culturais e o respeito às práticas tradicionais (Diehl; Pellegrini, 2014, p. 869).

E7 ressalta “Eles implementaram essa questão do isolamento [...], mas, foi bem difícil [...]”, pois quando se “trata da população indígena, dada sua diversidade étnica, social e cultural, o contexto difere daquele observado para a maioria do país, trazendo desafios adicionais para a contenção da pandemia” (Lana *et al.*, 2021, p. 129).

E6 relata que houve “muitas brigas nas aldeias. [...] foi bloqueado a entrada de todas as equipes [...]. Teve bastante preocupação, mesmo porque a equipe queria entrar para o território, mas o próprio indígena impedia a entrada da equipe dos profissionais”.

E5 também ponderou que “eles não queriam a presença de nenhuma pessoa que vinha de fora. Isso foi o pedido das lideranças dos moradores que moravam dentro das aldeias”.

As colocações expressadas por E6 e E5 reafirmam também, os direitos dos povos indígenas serem cuidados com seus próprios saberes, suas ancestralidades e pajelanças. A presença do não indígena em suas terras representava o risco de entrada do vírus e, de novas tecnologias de saúde ainda desconhecido por eles. A importância de profissionais indígenas, representantes do CONDISI e coordenadores dos DSEI indígenas representa um vínculo, o respeito aos seus “parentes” e a confiança que existe entre o povo indígena. Essa é a micropolítica do cuidado estabelecida entre os indígenas.

Outra fragilidade encontrada diz respeito aos indígenas não aldeados e que não recebiam assistência dos distritos. Esses indígenas precisavam se dirigir as UBS tradicionais e na maioria das vezes não tinham acesso ou tinham, mas com dificuldades. Algo a considerar são os aspectos que envolvem a interculturalidade inexistente na assistência prestadas pelas equipes não indígenas.

A decorrer sobre a fragilidade acima, Santos; Gravito (2018) traz uma reflexão acerca da epistemologia do Sul que se volta para debater sobre o direito a saúde, sobre o direito à cidadania e acerca das injustiças sociais provocadas pelo capitalismo, colonialismo e patriarcado. Boaventura traz uma análise da cidadania e do direito a saúde a partir da perspectiva daqueles que a tem e daqueles que estão excluídos (não aldeados).

Nessa condicionante daqueles que estão amparados pelos DSEI, pelos planos de contingência nacional e distritais, é claro nas implementações que aqueles que não estavam nas aldeias ficaram à “mercê” do que sistema de saúde sem compreender suas especificidades, nos sistemas de informação não foram identificados como aponta a APIB (2020) e a Fiocruz (2021).

Santos e Gravito (2018, p. 256) afirmam que “é algo intrigante, porque a destruição do Estado social, os cortes nos direitos sociais e econômicos, têm vindo cada vez mais a fragilizar a posição do cidadão, os níveis de proteção são inferiores, são mais frágeis”.

A epistemologia do Sul reconhece os modos da dominação, injustiças e opressões do governo Bolsonaro. Essa epistemologia representa as lutas dos movimentos sociais indígenas e outras instituições através “da perspectiva daqueles e daquelas que lutam contra os diferentes modos de dominação e suas infinitas articulações. [...] é o reconhecimento nascido na luta contra esses mecanismos de opressão” (Silva; Gravito, 2018, p. 24).

5.2.4. Categoria: Redes de atenção à saúde e processo de regulação durante o Covid-19

A implementação da rede de atenção dentro da atenção básica é responsabilidade dos DSEI, que está vinculado a SESAI/MS. Todavia, o subsistema de saúde indígena precisa ter a retaguarda dos municípios e do estado para média e alta complexidade.

Entendendo esse fluxo posto nas legislações da saúde para a população indígena, foi possível analisar a criação de fluxos em cada DSEI do Pará durante a pandemia, que antes inexistiam.

E5 ressaltou que durante a pandemia o referenciamento ocorria do seguinte modo:

A princípio, os pacientes ali das etnias mundurucu, que pertence ali a Jacareacanga, [...] a gente referenciava para o município e o município encaminhava quando não dava para tratar ali [...] caso contrário, eles referenciavam aqui para Itaituba ou Santarém para o hospital regional. Então teve sempre um bom fluxo [...] quando necessitava retirar um parente [...] para um hospital do estado. Ele colaborou para conseguir esse leito, para conseguir essa hospitalização, o município colaborou nesse sentido.

E6 relata que “puderam se articular no estado e a gente conseguiu na região de Marabá. Em outras regiões ter cotas para aqueles hospitais que foram implantados especificamente para questão da Covid”.

Na fala de E3 fica explícito como a regulação ocorre via município para os indígenas,

nós temos a central de regulação municipal, onde é feito solicitações de exames, leitos e tudo mais para o município. Bem, também os casos mais graves, que são de alta complexidade é direcionado para o hospital regional [...]. Os que não estão tão graves eles eram direcionados para o hospital municipal, que é um hospital de porta aberta para os indígenas [...] gente tem a pactuação com o município [...]. E após entrada desses pacientes dentro do hospital municipal é que o tratamento ocorria. Se tivesse algum paciente que estivesse agravando suas condições, eles eram encaminhados para o hospital regional da transamazônica, via regulação estadual. [...] Nós temos uma solicitação que nós fizemos para que ficasse algumas cotas da regulação na CASAI para a gente poder fazer as marcações, mas não foi garantido isso para nenhum DSEI.

É notório que todos os DSEI foram unânimes em afirmar que houve retaguarda dos municípios e do Estado, como está posto nas afirmações de E5, E6 e E3, com a garantia de exames, consultas e leitos. Entretanto, é necessário ponderar que os acessos aos indígenas foram garantidos para suspeita e casos de Covid-19.

No que diz respeito ao processo de regulação a outros agravos e doenças, o fluxo permanece desarticulado dos pontos de atenção localizados nos DSEI, como as CASAI e os polos. É crucial lembrar que com o advento do e-SUS em todos os municípios do Brasil em 2016, houve um movimento de implantação do e-SUS e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) em cada ponto de atenção dos DSEI para que houvesse um único sistema de informação da atenção básica e para através do CNES, houvesse uma conexão para o sistema de regulação.

Um outro contexto a ser lembrado, trata-se nos avanços que ocorreram no projeto QUALISUS - Rede para a região interestadual TOPAMA em meados de 2014/2015, quando os fluxos de regulação para a saúde indígena foram construídos e pactuados pelos 3 estados (Tocantins, Pará e Maranhão) e pelos municípios (Marabá, Palmas e Imperatriz).

A implantação do sistema de regulação SIS-REG estava prevista para ser realizada em cada CASAI ou polo determinado por cada DSEI. No entanto, o projeto que era financiado pelo Banco mundial acabou. Houve a mudança de governo, onde os processos se perderam. Fazendo que o processo de regulação se inicie apenas com a chegada do indígena na porta de entrada de um estabelecimento municipal, o que fragiliza o acesso e a integralidade da atenção à saúde.

Segundo Lana *et al.*,

No caso das populações que residem em locais remotos ou mesmo em municípios menores e distantes das capitais, independentemente da região do país, há evidente limitação no acesso oportuno e qualificado à rede de atenção à saúde. Nesses locais, a garantia de atenção integral e equânime aos povos indígenas com vistas a reduzir os impactos da pandemia pressupõe ampliação da capacidade de resposta e recursos adicionais por parte dos órgãos gestores da saúde indígena e do Sistema Único de Saúde (Lana *et al.*, 2021, p. 130).

As novas configurações identificadas aliada as novas informações sobre o processo de regulação entre os estabelecimentos do subsistema de atenção indígena necessitam de novas tomadas de decisões nas comissões intergestores regional e bipartite. Somente esses espaços de governança poderão construir fluxos de legítimo acesso a população indígena, visto que as diretrizes do decreto nº 7.508/2011 preveem a participação dos DSEI nas reuniões da CIR.

Outro aspecto que E5 pontua fortemente está atrelado ao processo do Tratamento Fora do Domicílio (TFD):

Enquanto profissionais de saúde indígena, a gente preenche só a referência e contrarreferência. Com todos os dados do paciente, o que ele está sentindo e a gente encaminha com o município. O município vai dar segmento e [...] fazer toda a parte do TFT. [...] mesmo que tenha médico no território, mas eles não aceitam o TFD de um de um profissional do DSEI [...]. Quem preenche esse TFD é sempre um profissional médico do município, então eles preenchem e lançam no sistema (E5).

Considerando, portanto, todos estes apontamentos, Fleury *et al.*, (2010) ressalta que o caminho para esses acertos precisa ocorrer no território, através do diálogo entre os atores da governança territorial, regional e estadual. Nesse debate é necessário trazer as congruências e os vieses. Somente assim, será construído novos padrões de governança, com capacidade técnica, política e solidária entre os gestores na tomada de decisões efetivas e compartilhadas.

Nessa categoria, um último aspecto a ser mencionado, trata-se da criação de um grupo condutor entre a coordenação estadual de saúde indígena da SESPA e os coordenadores dos 4 DSEI, criado ao final da pandemia. Nessa perspectiva, E1 relata que

a nível de estado, nós temos um GT. Inclusive, a gente vai até incluir agora os nossos apoiadores que vão ocupar esses cargos para que eles possam acompanhar o trabalho que os dois anteriores vinham fazendo. Mas a nível de município, a gente tem uma abertura [...]. Com relação a essa questão da regulação, a gente sabe que vai ter um momento que a gente vai ficar à mercê de uma vaga, porque a demanda é muito grande (E1).

A criação de um grupo condutor entre a secretaria estadual de saúde e os distritos indígenas foi no sentido de viabilizar encaminhamentos e dificuldades no processo de regulação. Existe uma facilitação nessa governança, após a coordenação estadual da saúde indígena ter sido assumida por uma indígena.

Na realidade o processo de governança através de grupos condutores tem sido uma aposta na atual política de gestão, proposta desde o pacto pela saúde em 2006 e atualmente pelo decreto 7.508/2011, bem como na implantação das redes de atenção e linhas de cuidado, propostas de modo tripartite.

Há outros elementos significativos nesse processo, a estratégia de apoio institucional nos DSEI tem sido uma proposta promissora no sentido de articular as necessidades de cada ponto de atenção dos distritos com os municípios. Existe um “eco” presente nas falas dos informantes ao tratar do processo de parceria com os municípios para a garantia do cuidado durante a pandemia. Entretanto, o acesso a ações e serviços aos indígenas não está previsto nos planos de saúde, na PPI, nos protocolos de regulação com cotas e implantação dos sistemas dentro dos estabelecimentos dos DSEI de modo a garantir acesso em tempo oportuno como previsto no decreto 7.508/11.

Todos esses apontamentos reafirmam o discurso de Magalhães, de que existe uma

Dificuldade na articulação para atenção de média e alta complexidade: falta de mecanismos de pactuação, acompanhamento e controle. Articulação intersetorial para garantir a atenção integral à saúde e a adaptação de programas específicos à população indígena. Articulação intrasetorial para promoção de políticas estruturantes e ações conjuntas com o setor saúde (Magalhães, 2005, p. 01).

É fato que o GT implantado para o processo de governança no estado ainda está no início de sua caminhada, as coordenações estaduais e coordenações dos DSEI por indígenas tendem a alavancar estratégias e pactuações que venham de encontros aos problemas vivenciados há décadas pela saúde indígena, mas que estão acordados de maneira legítima nas leis, decretos e portarias.

5.3 Análise dos indicadores vacinais para Covid-19 nos DSEI do Pará

Para analisar as coberturas vacinais para Covid-19 realizadas entre as populações indígenas dos quatro DSEI do Pará, faz-se necessário realizar um percurso histórico da formulação da vacina até sua implementação.

Apesar das variantes mais graves que circulam no mundo, a OPAS estava confiante que a partir de todas as evidências construídas até o momento, sobretudo baseadas nas vacinas que estão sendo manipuladas e experimentadas, haveria o controle desse agravo (OPAS, 2021a).

Em fevereiro daquele ano foi informado pela diretora da OPAS sobre o desenvolvimento de imunobiológicos contra o Covid-19 e que estes estariam disponíveis a população. Estas estariam sendo desenvolvidas pelo COVAX nas Américas. A COVAX trata-se de um programa criado pela OMS junto a entidades filantrópicas para ampliar a distribuição dos imunobiológicos para a Covid-19 e garantir que países mais pobres recebessem também as vacinas de modo equitativo (OPAS, 2021a).

A diretora da OPAS, Carissa F. Etienne, afirmou que possuem um grande arsenal com “uma geração de vacinas eficazes para prevenir infecções e, principalmente, doenças graves. No futuro, podemos precisar adaptar nossas estratégias, mas continuaremos contando com essas vacinas. O desafio agora permanece em garantir que essas vacinas sejam distribuídas” (OPAS, 2021a, p. 01).

De acordo com a OPAS (2020b, p. 2), foi necessário que os países estabelecessem um planejamento de vacinação da população, considerando suas metas e a situação epidemiológica do seu território, de maneira a garantir a equidade para todos os principais grupos de risco, pois devido “a falta de disponibilidade da vacina, será necessário fazer a priorização e vacinação em fases, [...], protegendo as populações de maior risco: vacinar os grupos de maior risco, identificados de acordo com a situação epidemiológica. Nessa compreensão, havia uma recomendação da OMS e da OPAS acerca de priorizar as populações indígenas.

Segundo a OMS, OPAS e estudiosos os principais enfrentamentos para a vacinação em massa da população foi a priorização dos grupos de risco, pois devido à escassez da vacina contra esse agravo foi necessário garantir a vacina de modo eficiente, equânime e com o acesso em tempo oportuno.

Questões extremamente relevantes devem ser consideradas, a exemplo de: “os aspectos técnicos e logísticos, como o desenvolvimento de vacinas com novas tecnologias; a definição de grupos prioritários para a vacinação; o número de doses a serem administradas para obter a proteção adequada; bem como a segurança e eficácia das vacinas” (OPAS, 2020b, p. 01). Porém, é necessário pensar também, na logística e infraestrutura ligada a cadeia de frios para viabilizar o aporte de vacinas necessárias para cada região e local. Isso porque existem muitas especificidades nos territórios e desafios estruturais, devido às distâncias e diversidades, como é o exemplo da Amazônia no Brasil. Portanto, vale ponderar que:

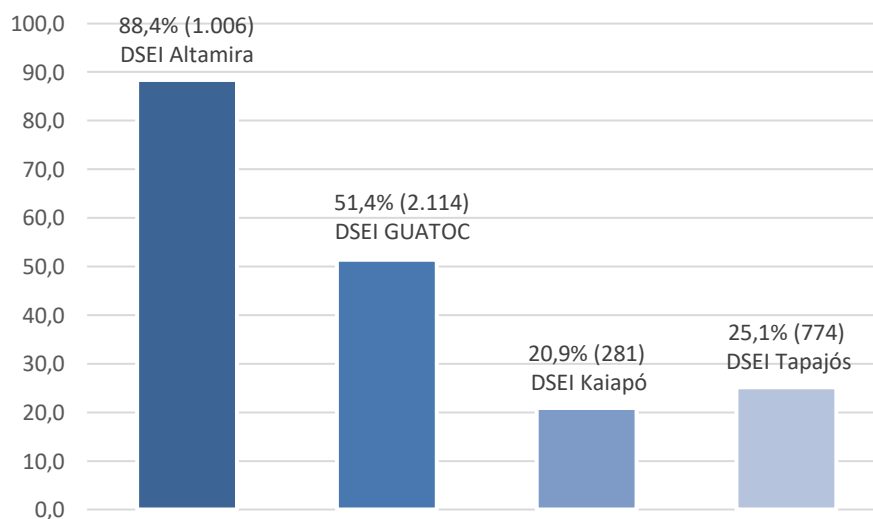
[...] os países devem adotar abordagens que respeitem o princípio de 'não causar danos' e limitar a transmissão de COVID-19 durante as atividades de imunização. As visitas de administração de vacinas também podem ser uma ocasião para disseminar mensagens que estimulem comportamentos que reduzam o risco de transmissão do vírus COVID-19 e para fornecer orientações sobre o que fazer se os sintomas forem observados (OMS, 2020, p. 01, tradução da autora).

A pandemia vem para agravar ainda mais essa situação. Para a população indígena, existe um grande desafio a ser enfrentado, que é a vulnerabilidade imunobiológica que esses usuários apresentam, e devido a isso, possuem calendário vacinal diferenciado da população em geral (Brasil, 2016c). Outro estudo apresentado por Santana *et al.*, (2022, p. 146) demonstra que a maioria dos casos e óbitos entre indígenas na região amazônica brasileira ocorreu durante a primeira onda e que os “homens indígenas estavam em maior risco de adquirir e morrer de COVID-19, particularmente os idosos”.

5.3.1 A cobertura vacinal nos DSEI do Pará

Considerando os DSEI Altamira, Guamá-Tocantins, Kaiapó do Pará e Rio Tapajós, com uma população alvo 1.138, 4.113, 1.345 e 3078, respectivamente para a faixa etária de 5 a 11 anos receberam a 1ª dose da vacina Covid-19 com os seguintes percentuais respectivos (88,4;51,4; 20,9; 25,1%), conforme demonstra o Gráfico 5 que versa acerca dos percentuais alcançados até junho de 2022. É válido mencionar que o distrito com maior cobertura foi o DSEI -Altamira com 88,4% e o distrito com menor alcance de cobertura vacinal para essa faixa etária foi o DSEI- Kaiapó Pará (Brasil, 2022a).

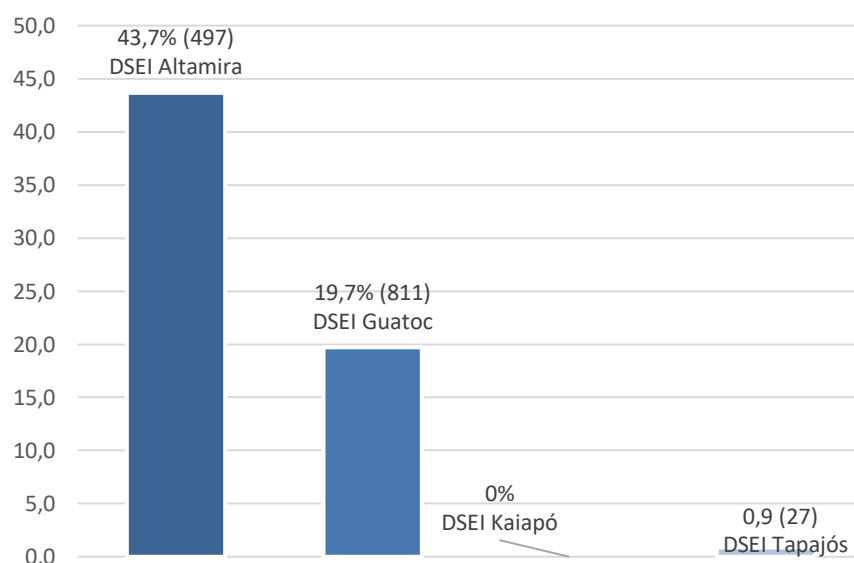
Gráfico 5 - Percentual de 1ª doses aplicadas em indígenas de 5-11 meses



Fonte: Brasil (2022a). *Dados referentes a 06/2022.

Quanto a cobertura da 2ª dose de vacina para indígenas menores de 5 a 11 anos foram encontrados os seguintes números: 497 no DSEI Altamira, 811 no GUATOC, 0 no DSEI Kaiapó Pará, 27 menores vacinados no DSEI Rio Tapajós; equivalentes aos percentuais (43,7%; 19,7%; 0,0%; 0,9%) respectivos (Gráfico 6). Aqui é relevante apontar que para a população alvo de 1.345 crianças indígenas Kaiapó, não foi realizada nenhuma 2ª dose, o que é preocupante. Quanto ao DSEI Rio Tapajós, nessa faixa etária foram realizadas 0,9%, equivalente a 27 crianças vacinadas com a 2ª dose (Brasil, 2022a).

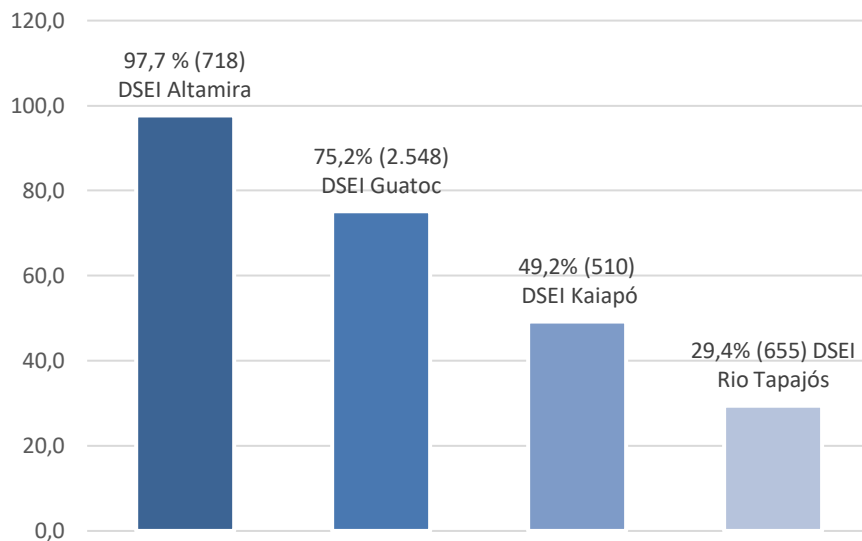
Gráfico 6 - Percentual de 2ª doses aplicadas em indígenas de 5-11 meses



Fonte: Brasil (2022a). *Dados referentes a 06/2022.

O Gráfico 7 apresenta o registro de indígenas de 12 a 17 anos vacinados com a 1ª dose da vacina contra a Covid-19 nos distritos de Altamira com 718 (97,7%) 2.548 (75,2%), 510 (49,2%) e 655 (29,4%), dos totais 735, 3390, 1036 e 2225 de populações alvo respectivamente em cada DSEI. Isso conclui que o distrito com a menor cobertura vacinal para essa faixa etária foi a DSEI Rio Tapajós, seguido pelo DSEI Kaiapó. Nessa faixa de idade o DSEI Altamira encontra-se com uma cobertura próxima a alcançar os 100% para a 1ª dose, conforme Gráfico 7 (Brasil, 2022a).

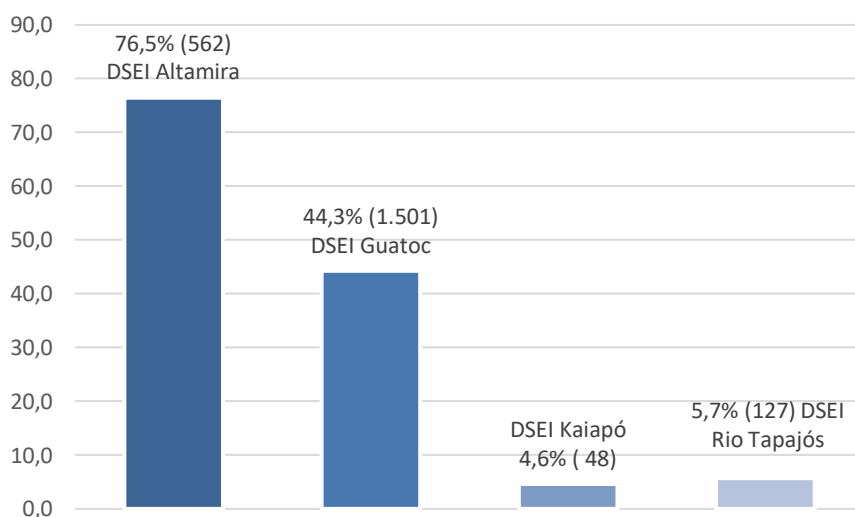
Gráfico 7 - Percentual de 1ª doses aplicadas em indígenas 12 a 17 anos



Fonte: Brasil (2023). *Dados referentes a 06/2022.

No Gráfico 8 que se refere a 2ª dose aplicada em indígenas na faixa etária de 12 a 17 anos, observa-se o DSEI Altamira continua com a maior cobertura de vacinação e que os DSEI Kaiapó e GUATOC encontram-se com as coberturas inferiores a 50% do total das populações alvos que deveriam imunizar contra o Covid-19 (Brasil, 2022a).

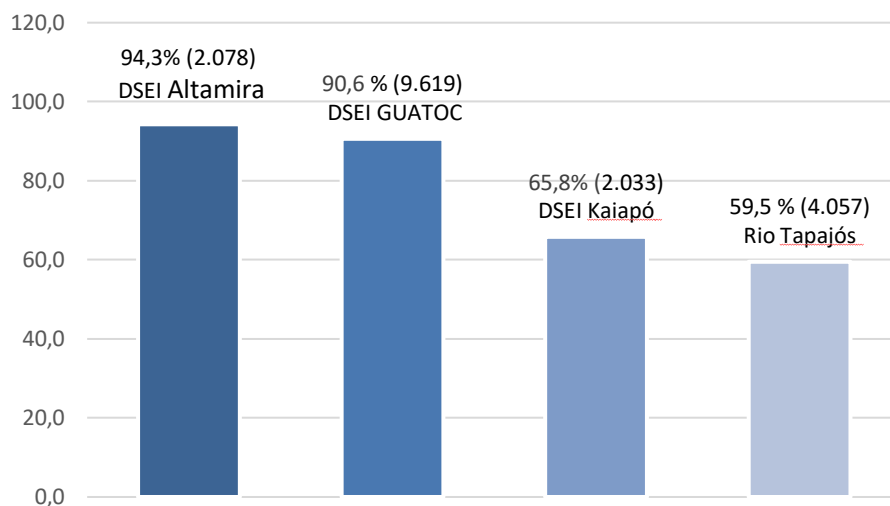
Gráfico 8 - Percentual de 2ª doses aplicadas em indígenas 12 a 17 anos



Fonte: Brasil (2022a). *Dados referentes a 06/2022.

O Gráfico 9 refere-se ao percentual de indígenas com idade de 18 anos ou mais, com a 1ª dose. Entre a população alvo do DSEI Altamira foram realizadas 94,3%, seguidos pelo DSEI GUATOC com 90,6% de doses aplicadas. Sendo o distrito Kaiapó com uma cobertura de 65,8% e o Rio Tapajós 59,5% de suas populações alvo (Brasil, 2022a).

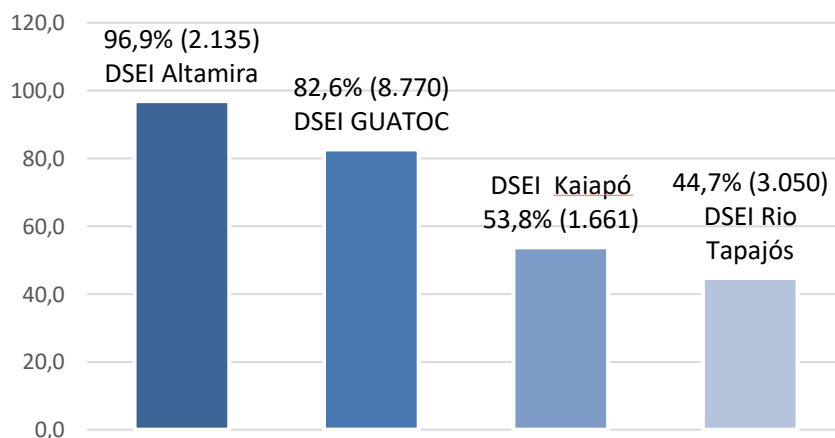
Gráfico 9 - Percentual de 1ª doses aplicadas em indígenas 18 anos ou +



Fonte: Brasil (2022a). *Dados referentes a 06/2022.

O Gráfico 10 representa o percentual de doses aplicadas em indígenas com 18 anos ou mais com a 2ª dose da vacina. No distrito de Altamira houve o alcance de 2.135 (96, 9%) de indígenas imunizados, com a manutenção da maior cobertura. Enquanto, a menor cobertura para essa faixa etária ocorreu no DSEI Rio Tapajós com 44,7% da população alvo vacinada (Brasil, 2022a).

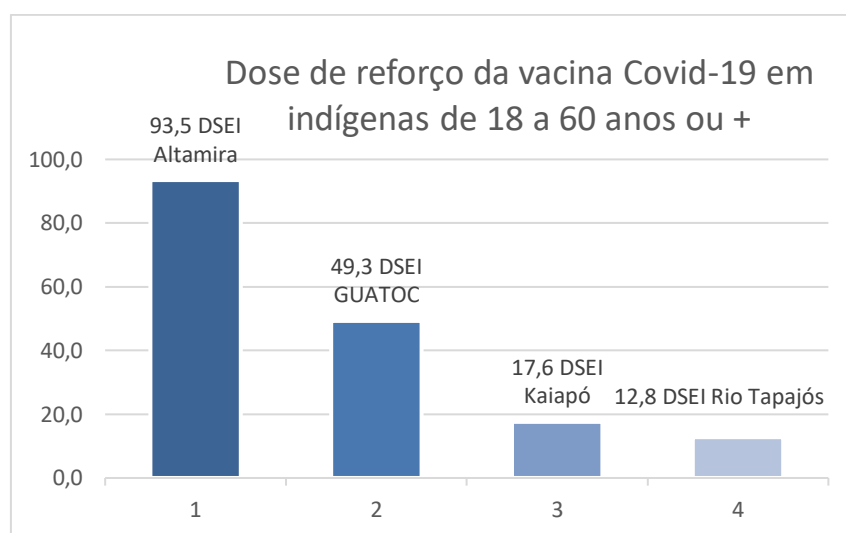
Gráfico 10 - Percentual de 2ª doses aplicadas em indígenas 18 anos ou +



Fonte: Brasil (2022). *Dados referentes a 06/2022.

Quanto as doses de reforço para indígenas com 18 -60 anos ou mais, a cobertura vacinal do DSEI Altamira até meados de junho de 2022 foi consolidada em 93,5% para um total de 2.061 indígenas. O distrito GUATOC por sua vez alcançou 49,3% das doses que deveriam aplicar para uma população total de 5.233 na faixa etária citada. Quanto ao distrito Kaiapó Pará houve uma cobertura de 17,6% em relação a uma população de 544 que estava previsto ser vacinada. O DSEI Rio Tapajós alcançou o menor percentual do Pará, com 12,8% da sua população total (873), o que foi muito preocupante, visto que nessa faixa etária encontrava-se os idosos de acordo com o Gráfico 11 (Brasil, 2022a).

Gráfico 11 - Percentual de doses de reforço aplicadas em indígenas 18-60 anos ou +



Fonte: Brasil (2022a). *Dados referentes a 06/2022.

É pertinente ressaltar que de acordo com os dados emitidos pela SESAI até o período de junho de 2022 que não havia sido realizadas vacinas de dose adicional em maiores de 18 anos nos quatro DSEI do Pará.

No distrito Altamira, ao realizar uma comparação com as coberturas vacinais alcançadas em novembro de 2022, pode-se visualizar na Tabela 6, que houve um aumento das coberturas vacinais da 1ª e 2ª dose de 88,4 e 43,7 (realizadas até 06/2022) para 99% e 87%, respectivamente na faixa etária de 5 a 11 anos (Brasil, 2022a).

Quanto ao distrito GUATOC para a mesma faixa etária não houve aumento significativo. Com coberturas para a 1ª e a 2ª dose, de 51,4 e 19,4% para 55% e 20% (Tabela 6), respectivamente.

Tabela 6 - Número de doses de vacina contra Covid-19 aplicadas por faixa etária e por DSEI no Brasil

DSEI	População 5-11 anos					População 12-17 anos					População ≥18 anos					Doses de reforço		Dose adicional	Total (reforço + adicional)
	Pop.	Doses aplicadas 1ª dose	Doses aplicadas 2ª dose	1ª dose (%)	2ª dose (%)	Pop.	Doses aplicadas 1ª dose	Doses aplicadas 2ª dose	1ª dose (%)	2ª dose (%)	Pop.	Doses aplicadas 1ª dose	Doses aplicadas 2ª dose/dose única	1ª dose (%)	2ª dose/dose única (%)	Doses aplicadas 18-59 anos	Doses aplicadas ≥60 anos	Doses aplicadas ≥18 anos Pop. imunossuprimida	
Alagoas e Sergipe	1.850	1.826	1.604	99	87	1.778	1.762	1.708	99	96	8.677	8.470	8.304	98	96	6.427	1.172	44	7.643
Altamira	1.138	1.056	899	93	79	735	730	653	99	89	2.204	2.084	2.159	95	98	1.980	213	0	2.193
Alto Rio Jurua	3.912	2.013	409	51	10	2.780	1.752	753	63	27	8.447	6.890	5.774	82	68	3.961	296	0	4.257
Alto Rio Negro	2.801	2.801	351	100	13	4.202	3.642	3.264	87	78	16.080	16.080	16.080	100	100	13.370	1.642	0	15.012
Alto Rio Purus	2.531	1.657	454	65	18	1.789	1.395	1.068	78	60	4.845	4.659	4.639	96	96	3.358	510	12	3.880
Alto Rio Solimões	15.027	14.674	6.317	98	42	10.160	8.658	4.742	85	47	36.050	29.865	26.167	83	73	16.045	2.962	9	19.016
Amapá e Norte do Pará	2.323	2.031	449	87	19	1.930	1.484	937	77	49	6.262	5.644	5.099	90	81	4.369	171	0	4.540
Araguaia	1.128	590	103	52	9	750	502	223	67	30	2.816	2.065	1.832	73	65	1.037	127	0	1.164
Bahia	5.037	4.129	3.317	82	66	4.439	4.130	3.549	93	80	21.412	20.460	19.839	96	93	14.296	2.703	100	17.099
Ceará	3.478	3.478	3.453	100	99	2.844	2.844	2.844	100	100	20.389	20.307	20.215	100	99	15.994	2.961	91	19.046
Cuiabá	1.740	1.520	847	87	49	1.410	1.261	1.025	89	73	5.144	4.615	4.674	90	91	3.557	530	25	4.112
Guamá-Tocantins	4.113	2.250	811	55	20	3.390	2.548	1.501	75	44	10.615	9.919	8.770	91	83	5.340	1.010	0	6.350
Interior Sul	5.879	5.199	3.854	88	66	4.138	4.134	3.271	100	79	21.536	21.496	21.068	100	98	15.116	1.684	87	16.887
Kaiapó do Mato Grosso	1.130	1.098	387	97	34	869	648	515	75	59	2.314	2.208	1.506	95	65	1.328	121	0	1.449
Kaiapó do Pará	1.345	336	28	25	2	1.036	533	69	51	7	3.089	2.085	1.710	67	55	537	85	0	622
Leste de Roraima	10.820	6.445	3.173	60	29	7.994	6.476	6.042	81	76	26.893	23.469	21.490	87	80	9.719	3.110	76	12.905
Litoral Sul	4.263	3.759	3.728	88	87	3.982	3.757	3.367	94	85	14.221	13.888	13.632	98	96	11.708	1.283	34	13.025
Manaus	6.074	5.172	4.152	85	68	5.246	4.563	4.124	87	79	16.146	15.649	15.155	97	94	11.600	1.592	39	13.231
Maranhão	8.338	7.434	4.528	89	54	5.814	4.982	4.707	86	81	19.101	18.461	17.795	97	93	13.161	1.518	0	14.679
Mato Grosso do Sul	13.213	11.547	6.124	87	46	12.533	12.136	9.796	97	78	46.292	41.325	39.849	89	86	26.417	4.209	117	30.743
Médio Rio Purus	1.711	1.036	506	61	30	1.289	1.061	557	82	43	4.714	3.971	3.648	84	77	2.207	263	0	2.470
Médio Rio Solimões e Afluentes	4.081	3.241	426	79	10	2.944	2.558	1.190	87	40	8.530	8.520	8.406	100	99	5.587	852	0	6.439
Minas Gerais e Espírito Santo	3.038	2.786	2.240	92	74	2.613	2.483	2.380	95	91	10.998	10.517	10.285	96	94	7.675	1.136	215	9.026
Parintins	3.061	3.061	3.007	100	98	2.142	2.142	1.908	100	89	7.086	6.843	6.546	97	92	5.493	661	0	6.154
Pernambuco	5.454	5.454	5.454	100	100	5.069	5.069	5.002	100	99	26.002	25.644	25.547	99	98	19.930	4.288	66	24.284
Porto Velho	2.135	1.979	1.608	93	75	1.836	1.770	1.483	96	81	5.866	5.590	5.388	95	92	4.287	509	0	4.796
Potiguar	2.327	2.245	2.192	96	94	1.971	1.889	1.708	96	87	10.255	9.248	9.348	90	91	7.063	1.306	317	8.686
Rio Tapajós	3.078	1.262	121	41	4	2.225	811	185	36	8	6.818	5.329	4.325	78	63	1.126	22	0	1.148
Tocantins	2.834	2.400	1.200	85	42	2.009	1.813	1.319	90	66	6.273	5.628	5.122	90	82	2.872	351	4	3.227
Vale do Javari	1.293	1.146	478	89	37	913	646	392	71	43	2.987	2.772	2.657	93	89	1.494	244	0	1.738
Vilhena	1.260	1.147	972	91	77	1.024	1.024	931	100	91	3.347	3.159	3.096	94	93	2.614	294	7	2.915
Xavante	4.828	4.717	3.825	98	79	3.506	3.506	2.937	100	84	9.458	9.082	9.029	96	95	7.085	693	21	7.799
Xingu	1.583	1.336	1.136	84	72	1.197	1.132	963	95	80	3.737	3.369	3.455	90	92	2.614	337	0	2.951
Yanomami	6.695	3.387	1.266	51	19	5.510	2.747	1.159	50	21	12.923	11.571	9.630	90	75	3.538	707	0	4.245
Total	139.518	114.212	69.419	81	60	112.067	96.588	76.272	86	61	411.527	380.582	362.239	91	88	252.905	39.562	1.264	293.731

Fonte: Brasil (2022c).

*Doses realizadas até 07/11/2022.

No DSEI Kaiapó Pará para a faixa etária da referência anterior houve um aumento mínimo de cobertura na 1ª dose com 20% para 25% e na 2ª dose de 0% para 2%, conforme Tabela 6, o que é bastante alarmante, pois trata-se de crianças (Brasil, 2022c).

Já o distrito Rio Tapajós teve sua cobertura aumentada na faixa etária de 5 a 11 anos na 1ª dose com 25,1% para 41% e na 2ª dose de 0,9% para 4%, o que se encontra ainda bem abaixo dos parâmetros (Brasil, 2022c).

Considerando agora a faixa etária de indígenas entre 12 e 17 anos, vamos encontrar no distrito de Altamira uma cobertura de 97,7% na 1ª dose e 76,5% na 2ª dose (até junho de 2022) para 99% e 89%, respectivamente. Essas últimas coberturas representam quase 100% de imunização das populações dessa faixa etária, o que é bastante representativo.

Na análise do DSEI GUATOC, considerando a faixa etária mencionada acima, percebe-se que não houve aumento de doses aplicadas para 1ª e 2ª doses, mantendo-se os respectivos percentuais de 75% e 44% para a mesma população total de 3.390 indígenas, que permaneceu a mesma conforme os gráficos 07/08, que representam a vacinação em junho e a Tabela 6, que representa a vacinação em novembro. Esses dados tornam-se extremamente notórios para esse DSEI (Brasil, 2022c).

Quanto ao distrito Kaiapó do Pará encontra-se uma cobertura de 49,2% na 1ª dose e 4,6% na 2ª dose (junho de 2022) para 51% e 7%, respectivamente em novembro de 2022. Houve um aumento mínimo de indígenas imunizados nessa faixa etária.

No DSEI Rio Tapajós, encontrou-se um panorama semelhante ao anterior, com 29,4% da 1ª dose e 5,7% da 2ª dose aplicada em junho/2022 para 36% e 8% de doses, respectivamente aplicadas até novembro de 2022. Esse panorama de cobertura após 5 meses, demonstra que as ações de implementação da vacinação não foram efetivas para alcançar os 2.225 indígenas nessa faixa etária, conforme aponta a Tabela 6 (Brasil, 2022c).

Ainda neste patamar, realizando a análise das coberturas de doses de reforço mais adicional (doses para imunossuprimidos) referente a faixa etária de 18 a 60 ou +, verifica-se no DSEI Altamira um percentual de 93,5%. Esse percentual representa 2.061 indígenas imunizados até junho de 2022. Sendo que em novembro de 2022 essa cobertura aumenta para 2.193, de acordo com a Tabela 6 (Brasil, 2022a).

Ao verificar o distrito GUATOC, observa-se na faixa etária citada anteriormente, um percentual de 49,3% referente a 5.233 vacinados com dose de reforço (em junho/22) com um aumento para 6.350 indígenas imunizados até novembro de 2022 (Brasil, 2022ab).

Observando as coberturas do DSEI Kaiapó do Pará para indígenas entre 18 e 60 anos ou +, encontra-se 17,6% (544 vacinados com dose de reforço) até junho de 2022. Houve um aumento para 622 indivíduos indígenas imunizados até o mês de novembro de 2022 (Brasil, 2022ab).

Quanto ao distrito Rio Tapajós, ao considerar a mesma faixa etária e a dose de reforço, é possível visualizar um percentual de 12,8% (873 imunizados até junho de 2022) com um aumento para 1.148 em novembro de 2022 (Brasil, 2022ab).

Santana *et al.* (2022) em seus estudos realizados durante o período de 2020 a 2021 acerca das coberturas vacinais entre os indígenas da região amazônica brasileira, também reitera que os riscos de casos e óbitos por covid-19 diminuíram consideravelmente na maioria dos DSEI durante o período de vacinação. E enfatiza que os DSEI do Pará com as coberturas mais baixas nesse período foram as do distrito Kaiapó do Pará e Rio Tapajós, o que impactou no aumento da incidência e mortalidade por esse agravo.

É importante ressaltar que os quatro distritos do Pará permaneceram sem doses adicionais aplicadas até a data de 07 de novembro de 2022, de acordo com Brasil (2022ab).

5.3.2 Comparativo dos DSEI do Pará com os distritos do Brasil

Ao realizar um comparativo do DSEI Altamira com os demais distritos do Pará e do Brasil, verifica-se que este distrito apresenta as melhores coberturas vacinais, incluindo os três grupos alvo, nas 1ª e 2ª doses, além do reforço para Covid-19, conforme Tabela 6 pode ser considerado o DSEI com as melhores coberturas para todos os grupos alvos entre os distritos do Pará. Já o distrito GUATOC teve suas melhores coberturas nas populações de 18 a 59 anos, ficando na média percentual dos DSEI do Brasil para essa faixa etária (Brasil, 2022c).

Nesse sentido, ao analisar as coberturas do distrito Kaiapó Pará e compará-las com o restante dos distritos do país, percebe-se que este DSEI apresenta o menor percentual para a 2ª dose na população de 5 a 11 anos (2%), seguido do Rio Tapajós (4%) (Brasil, 2022c).

É notório, de acordo com os registros das doses até 07/11/2022 que os distritos Kaiapó do Pará e o Rio Tapajós encontram-se com as menores coberturas vacinais entre os distritos do Pará e do Brasil, repercutindo de maneira impactante nos seus indicadores de morbidade e mortalidade para o Covid-19 (Brasil, 2022c).

5.4 Impactos dos planos de contingência nos indicadores de morbidade e mortalidade dos DSEI do Pará

Antes de analisar as taxas de mortalidade e morbidade pelo Covid-19 em cada DSEI do estado do Pará, é necessário realizar algumas reflexões históricas acerca do processo de saúde e doença desses povos referentes a pandemia pela Covid-19.

A OMS, OPAS e pesquisadores já comprovaram através de evidências científicas que os povos indígenas estão mais predispostos a agravos e infecções, dada aos determinantes e condicionantes de saúde deles. O recorte de indicadores de saúde e socioeconômicos são deveras mais preocupantes que indicadores dos não indígenas (Campos *et al.*, 2017).

Campos *et al.* (2017, p. 4) ainda enfatiza que os determinantes e condicionantes de saúde “têm sido tema de crescente interesse na América Latina, especialmente no que diz respeito aos esforços para reduzir as disparidades em relação a outros segmentos populacionais”.

O grupo de trabalho da Fiocruz (2021, p. 01) desenvolveu estudos acerca da vulnerabilidade sociodemográfica e epidemiológica dos povos indígenas no Brasil durante a pandemia pelo COVID-19 e “apontou a vulnerabilidade dos distintos segmentos da população indígena, representados por indígenas residentes em municípios e zonas urbanas e rurais, em municípios abrangidos por [...] (DSEI) e em Terras Indígenas (TIs)”

Na análise da Fiocruz houve um detalhamento dividido em três períodos distintos. Foram eles: de 18 de abril de 2020, a segunda iniciou em 05 de maio de 2020 e a terceira ocorreu a partir de 20 de maio de 2020. O estudo demonstrou a “dinâmica de transmissão do SARS-CoV-2 no Brasil, que resultou em acelerado incremento da proporção de indígenas em municípios em alto risco imediato para pandemia” (Fiocruz, 2021, p. 04).

A partir dessa leitura, a Fiocruz (2021) afirma que em cada região houve um comportamento diferente no quesito disseminação inicial da doença. Em algumas regiões com litoral ocorreu por via aeroviária, já nas regiões que compreendem as capitais do norte e centro-oeste, houve uma “interiorização por vias rodoviária e hidroviária expondo as populações indígenas mais remotas e localizadas no interior do país, ameaçando inclusive aquelas em isolamento voluntário ou de recente contato” (Fiocruz, 2021, p. 04).

O Quadro 8 traz o panorama histórico dos acometimentos e acontecimentos que os povos indígenas passaram durante o período da pandemia. Os movimentos e articulações já apresentados em tópico anterior e quais as respostas dadas pela SESAI para mudança dos indicadores de morbidade e mortalidade que só aumentavam.

Quadro 8 - Cronologia dos impactos da pré-covid-19, pandemia covid-19 e pós-covid-19 aos povos indígenas

2016	Com o golpe todas as demarcações foram suspensas, ocorrendo somente com decisões judiciais, com um novo ciclo predatório.
2018	Desconsideradas as discussões realizadas nas etapas locais e distritais da 6ª Conferência Nacional de Saúde dos Povos Indígenas pelo governo federal.
2019	Decreto presidencial que extingue os conselhos sociais, inclusive os CONDISI e FCONDISI
05/2019	Protelada em definitivo pelo governo federal a 6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, com anúncio de mudanças nos rumos da política de saúde indígena.
07/2019-20	72,4 quilômetros quadrados de áreas desmatadas nas terras indígenas do Brasil.
2020	O CIMI registra 17 casos de ameaças de morte contra os povos indígenas.
2020	Ocorrência de 182 assassinatos de indígenas registrados pela SESAI e secretarias estaduais.
28/01/2020	Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), coordenadora do Subsistema de Saúde Indígena (SASI-SUS), emite sua primeira nota informativa (nº 02) aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI).
26/02/2020	Registrado o primeiro caso da COVID-19 no país, na cidade de São Paulo.
16/03/2020	SESAI encaminha aos DSEI o “Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo coronavírus (COVID-19) em Povos Indígenas” e o primeiro Informe Técnico com ajuste das orientações e recomendações técnicas ao contexto indígena.
18/03/2020	É solicitado que cada DSEI elabore, com participação do controle social, o “Plano de Contingência Distrital para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID-19)”.
20/03/2020	Ministério da Saúde decreta estado de transmissão comunitária em todo território nacional.
23/03/2020	GT de Saúde Indígena da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e a Comissão de Assuntos Indígenas da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABA) divulgam <u>nota pública</u> ressaltando as vulnerabilidades dos povos indígenas, e solicitando a tomada urgente de medidas para minimizar seus impactos.
24/03/2020	Seis casos suspeitos são identificados em terras indígenas - nos DSEI Cuiabá, Xavante e Litoral Sul.
26/03/2020	Publicado no DOU a Portaria 16/2020 que institui o Comitê de Crise para planejamento, coordenação, execução, supervisão e monitoramento dos impactos da COVID-19 no âmbito da Saúde dos Povos Indígenas.
27/03/2020	A Deputada Federal Rosa Neide (PT-MT) apresenta o Projeto de Lei 1.142 na Câmara dos Deputados.
04/2020	Liberação da certificação de propriedades privadas sobre terras indígenas não homologadas – diminuindo a proteção das terras indígenas sem a previsão da Constituição Federal.
04/2020	Registrados 82 casos de desassistência na área de saúde em 15 estados pela falta de ações emergenciais oriundas do governo federal
01/04/2020	Primeiro caso confirmado de indígena com COVID-19, ocorrido nessa data - DSEI Alto Rio Solimões.
02/04/2020	Confirmada a primeira morte de indígena ocorrida em 19 de março, na cidade de Santarém, de uma idosa da etnia Borari. A secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) informa que não contabilizará casos e óbitos atendidos fora dos Distritos Especiais de Saúde Indígena.
04/2020	O CIMI e mais 114 instituições da Amazônia e do Brasil realizaram manifestação acerca do alastramento da pandemia da Covid-19 e cobraram ações emergenciais do governo federal.
02/04/2020	O Ministério Público Federal, preocupado com a progressão da COVID-19 em povos indígenas, recomenda diversas medidas ao governo.
10/04/2020	Primeiro óbito notificado pela SESAI no DSEI Yanomami.
2020	o MPF e o MPE do Pará exigiram da União, FUNAI e CONAB o fornecimento mensal de 4,7 mil cestas básicas e 3,5 mil kits de higiene para os povos nas regiões nordeste, sul e sudeste do Pará, devido a gravidade do descaso.
08/07/2020	Veto contra o Projeto de Lei 1142/2020, após despacho nº 378, de 7 de julho pelo Presidente da República Jair Bolsonaro.
2020	A FUNAI foi transformada numa agência a serviço de interesses do agronegócio, proibida de promover a demarcação e a proteção de terras indígenas.
05/2020	Criado o comitê nacional pela vida e memória dos povos indígenas, resultado da Assembleia Nacional de Resistência Indígena, coordenado pela APIB.

2020	O Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA) passa a não combater o desmatamento e outros crimes ambientais.
2020	Registro de 776 óbitos infantil por diversas causas, correspondendo a 20,1% das 3.861 mortes de indígenas oficializadas pela SESAI no ano de 2020.
2020	Revogação da portaria ministerial nº 070/2004 para garantir assistência a todos os indígenas aldeados ou não.
08/2020	Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 709 contra o veto a onze dispositivos do Projeto de Lei nº 1.112/2020.
11/2020	Publicada a portaria ministerial nº 3.021/2020, que recria os CLSI, CONDISI, e o FPCondisi.
2021	Instalada a CPI da Covid-19 pelo Senado Federal para investigar a omissão do governo Bolsonaro no enfrentamento à pandemia.
2021	Chegada da vacina contra covid-19 em terras indígenas
2022	27ª Conferência das Partes da Convenção Quadro das Nações Unidas sobre Mudanças Climáticas (COP-27) e a luta pela sobrevivência da Amazônia e dos povos indígenas.
2022	Eleições para presidente da república e mobilização indígena contra o governo Bolsonaro e pela preservação da vida indígena.
05/2023	OMS e MS declaram fim Emergência Global de Covid-19
2023	Criação do Ministério dos Povos Indígenas e reconfiguração da Fundação Nacional dos Povos Indígenas.
12/2023	Ministra indígena Sônia Guajajara lidera delegação indígena do Brasil na Conferência das Nações Unidas para Mudanças Climáticas (COP 28).
2023	Anúncio da COP 30 em Belém do Pará e os movimentos dos povos indígenas frente aos impactos socioambientais deixados pela gestão federal anterior.

Fonte: Adaptado da cronologia da Covid-19 (CIMI, 2020; FIOCRUZ, 2021; APIB, 2023).

Apesar de existir uma recomendação sobre a notificação de todos os indígenas (aldeados e não aldeados) em sistemas de informação, ainda ocorre pela SESAI e DSEI a notificação e divulgação de informações somente de indígenas que estejam nos territórios epidemiológicos dos DSEI. Assim, nesses dados não são incluídos aqueles indígenas que acessam a assistência pelo SUS apenas (FIOCRUZ, 2021).

Vale ressaltar que outro importante movimento ocorreu a partir da organização da Articulação dos Povos Indígenas do Brasil para monitoramento dos casos e óbitos de indivíduos indígenas residentes em territórios indígenas homologados e não homologados, bem como em zonas urbanas (FIOCRUZ, 2021).

Foi criado assim, o Comitê nacional pela vida e memória dos povos indígenas que foi resultado da Assembleia Nacional de Resistência Indígena, realizada nos dias 8 e 9 de maio de 2020, coordenado pela APIB e diversas outras organizações de base. O comitê realiza o monitoramento de todos os indígenas que vivem nos territórios indígenas ou vivem em área urbana, que se autodeclaram indígena, conforme está previsto na Convenção n. 169 da OIT (APIB, 2020).

Um aspecto a ser mencionado é que a APIB questiona e cobra que a SESAI não presta atenção à saúde para todos os indígenas do território brasileiro e solicita a revogação da portaria ministerial de nº 070/2004 para garantir que assistência a todos os indígenas aldeados ou não (APIB, 2020).

O comitê utiliza para o monitoramento dos casos e óbitos indígenas as fontes da própria APIB, das frentes de enfrentamento ao Covid-19 organizados no Brasil que apoiam a APIB, dados divulgados pela SESAI, informações das secretarias municipais e estaduais de saúde, bem como do Ministério Público Federal (APIB, 2020).

A APIB também, afirma quanto aos casos confirmados de Covid-19 que existe uma “falta de transparência e ausência de detalhamento das informações da SESAI, não sendo possível conferir os casos duplicados entre as duas bases de dados (APIB, 2020, S.I.). Houve ainda, “a falta de testagens em massa em todo o país no contexto indígena, estimamos que há uma disparidade significativa entre o número de casos confirmados e a quantidade real de pessoas infectadas”, conforme afirma a APIB (APIB, 2020, S.I.).

Quanto aos casos de óbitos, também houve uma divergência entre os dados da SESAI e os dados da APIB devido à ausência de transparência já mencionada acima, o que provoca uma possível inconsistência ou duplicação de dados nessas bases (APIB, 2020).

A Tabela 7 representa o número de óbitos que ocorreram no estado do Pará e que foram consolidados pela APIB até 02 de maio de 2021. Foram 107 óbitos indígenas confirmados, sendo 47 registrados em territórios indígenas, com 16 etnias afetadas e 63 óbitos informados em 13 municípios do estado.

Tabela 7 - Óbitos no Pará, consolidados pela APIB

Estado	Óbitos confirmados	Povos afetados	Óbitos confirmados	Município	Óbitos confirmados
Pará	107	SI	47	SI	63
		Munduruku (PA)	15	Marabá	9
		Kayapó Mebêngôkrê	10	Jacareacanga	9
		Xikrin do Cateté	7	Santarém	5
		Assurini do Trokará	6	Tucuruí	4
		Warao	4	Altamira	4
		Suruí de Sororó	3	Redenção	2
		Gavião Parkatêjê	3	Itaituba	2
		Parakanã Arawete	2	Belém	2
		Xikrim do Bacajá	2	Belterra	1
		Arapiun	1	Tomé-Açu	1
		Wayana	1	São Félix do Araguaia	1
		Arara	1	Parauapebas	1
		Wai Wai	1	Cumaru do Norte	1
		Tiriyó	1	null	0
		Karajá	1		
		Tembé	1		
		Borari	1		

Fonte: APIB (2020).

Outro aspecto relevante para ser mencionado quanto aos dados de mortalidade e morbidade pelo Covid-19 é que todas as informações incluídas nos sistemas de informações da SESAI não são de acesso aberto e necessitam ser solicitadas oficialmente através da lei do acesso à informação.

Tendo em vista as limitações do monitoramento da Covid-19 entre os indígenas no Brasil, a Fiocruz ressalta que um grande desafio é a existência de três sistemas de informações, que são:

SIVEP-Gripe, e-SUS Notifica e o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), da SESAI. Os dois primeiros sistemas, e-SUS Notifica e SIVEP-Gripe, se baseiam na variável cor ou raça para a identificação dos casos em indígenas. Por sua vez, os registros da SESAI, sistematizados através do [...] (SIASI), se referem unicamente à população atendida pelos 34 [...] (DSEI), que é majoritariamente aldeada. Os casos identificados no Subsistema, em princípio, alimentam o SIVEP-gripe e e-SUS, mas eles se referem apenas à parcela da população indígena no país (FIOCRUZ, 2021, p. 04).

Um outro aspecto a ser registrado é que os dados oficiais de mortalidade e morbidade pela Covid-19 entre indígenas são divulgados nos boletins e informes epidemiológicos da SESAI/MS, em seu sítio eletrônico oficial. Todavia, muitos boletins divulgados referentes a 2020 e 2021 não se encontram mais disponíveis, apresentando o link como “objeto não encontrado”.

Uma outra questão apontada pela Fiocruz (2021) reafirma um problema antigo que a pandemia veio constatar que diz respeito a identificação cor/raça que já não vinha ocorrendo. E que não foi obrigatória nas áreas urbanas até julho de 2020. Essa invisibilização da identidade indígena provocou inconsistências no levantamento de dados, visto que indígenas estavam sendo notificados como pardos (FIOCRUZ, 2021).

A Tabela 8 demonstra um panorama alarmante de mortalidade de 20, 8 por 100 mil habitantes e uma letalidade de 2,3% entre os indígenas a nível da Região Norte, como afirma a própria Brasil (2021). “Para o ano de 2021, até a SE 23, a taxa de incidência da Covid-19 na população indígena assistida pelo SASISUS foi de 971,7 por 100.000 habitantes” (Brasil, 2021i p. 5). E uma das maiores taxas de incidência da Região Norte foi observada no DSEI Altamira com 8.805,7 por 100.000 habitantes (Brasil, 2021i).

Tabela 8 - Incidência, mortalidade, letalidade e cobertura vacinal em indígenas na Região Norte

DSEI	Casos confirmados acumulados	Óbitos acumulados	Incidência acumulada por 100.000 hab.	Mortalidade por 100.000 hab.	Letalidade (%)	Re	Imunizados com 1ª dose (%)	Imunizados com 2ª dose (%)
Região Norte	3.366	79	884,8	20,8	2,3	-	-	-
Altamira	393	0	8.805,7	0,0	0,0	1,02	89%	81%
Alto Rio Jurua	61	1	335,3	5,5	1,6	1,38	58%	35%
Alto Rio Negro	157	12	545,8	41,7	7,6	1,39	67%	36%
Alto Rio Purus	53	3	417,4	23,6	5,7	1,3	72%	53%
Alto Rio Solimões	260	14	365,8	19,7	5,4	1,33	79%	62%
Amapá e Norte do Pará	19	0	145,6	0,0	0,0	1,11	74%	65%
Guamá-Tocantins	61	2	349,0	11,4	3,3	1,73	87%	78%
Kaiapó do Pará	7	0	112,8	0,0	0,0	1,96	43%	25%
Leste de Roraima	599	16	1.127,8	30,1	2,7	1,37	84%	60%
Manaus	277	8	880,0	25,4	2,9	0,98	79%	77%
Médio Rio Purus	64	2	820,2	25,6	3,1	1,29	70%	55%
Médio Rio Solimões e Afluentes	60	1	266,0	4,4	1,7	1,04	78%	67%
Parintins	42	2	252,7	12,0	4,8	1,06	62%	57%
Porto Velho	426	6	3.969,1	55,9	1,4	1,19	89%	80%
Rio Tapajós	195	3	1.462,6	22,5	1,5	1,59	41%	31%
Tocantins	135	0	1.069,9	0,0	0,0	1,02	84%	71%
Vale do Javari	29	1	459,7	15,9	3,4	0,98	66%	57%
Vilhena	315	2	5.340,8	33,9	0,6	1,84	96%	91%
Yanomami	213	6	759,7	21,4	2,8	1,05	79%	58%

Fonte: Brasil (2021i). Semana Epidemiológica 23 de 2021.

Vale ressaltar ainda, que dois dos distritos do Pará, Rio Tapajós e Kaiapó do Pará, apresentaram as coberturas de vacinação contra o Covid-19 mais baixas para a semana epidemiológica 23, quando comparado aos demais DSEI da Região Norte e do país.

Para o ano de 2021, até a SE 23, a taxa de incidência da covid-19 na população indígena assistida pelo SASISUS foi de 971,7 por 100.000 habitantes. As maiores taxas de incidência foram observadas nos DSEI Altamira (8.805,7 por 100.000 habitantes), Kaiapó do Mato Grosso (7.296,1 por 100.000 habitantes) e Xingu (7.197,7 por 100.000 habitantes) [...]. Até o dia 12 de junho de 2021, todos os DSEI vacinaram em conjunto 82% da população alvo com a primeira dose e 71% da população alvo com a segunda dose da vacina contra a Covid-19 (Brasil, 2021i, p. 5).

Sendo que a região norte vacinou na 79% da população alvo com a 1ª dose e 58% com a 2ª dose. Então, se fez necessário uma atenção maior a esta população, para que eles tenham um acesso mais equânime, resolutivo e em tempo oportuno ao sistema de saúde, principalmente nos casos de média e alta complexidade, e que dentro desses hospitais eles possam ser bem acolhidos e atendidos conforme seus aspectos interculturais, como é previsto na Política Nacional de Saúde Indígena (Rodrigues, 2017).

No Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, desde a primeira notificação ocorrida no dia 13 de março de 2020 (SE 11/2020) até o dia 05 de junho de 2021 (SE 22/2021), a SESAI notificou em todos os 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas 116.114 registros de COVID-19, sendo destes, 49.186 (42,4%) confirmados, 64.863 (55,9%) descartados, 1.085 (0,9%) excluídos e 980 (0,8%) suspeitos. Dentre os casos confirmados, 698 (1,4%) evoluíram para óbito por COVID-19. As primeiras doses para vacinação contra a COVID-19 chegaram nas áreas indígenas no dia 19 de janeiro de 2021 (Brasil, 2021b, p. 1).

Neste sentido, para entender a dinâmica de como esses indicadores melhoraram ou não, é necessário realizar um comparativo entre as taxas de mortalidade e incidência nos anos de 2021 e 2022, após a chegada da vacina contra o Covid-19 nos territórios indígenas e com o desenvolvimento das ações e serviços previstos nos planos de contingência dos DSEI.

A Tabela 9 faz referência ao número de casos de covid-19 confirmados em 2021 e aos casos registrados até a semana epidemiológica 42 (até 22/10/2022). Ao realizarmos uma análise comparativa entre o número de casos dos DSEI do Pará entre os anos de 2021 e 2022 é possível verificar ainda um crescimento do número de casos no DSEI Kaiapó Pará, de 70 casos para 97, mesmo com a implementação da vacinação desde 19 de janeiro. Entretanto, resta mencionar que a cobertura vacinal do distrito Kaiapó do Pará estava entre as mais baixas coberturas da Região Norte e do país (Brasil, 2022c).

Tabela 9 - Número de casos e incidência por Covid-19 em 2021 e 2022 nos DSEI

DSEI	Casos 2021	Casos 2022	Casos últimas 4 semanas ²	Taxa de Incidência ³ 2021	Taxa de Incidência ³ 2022	Taxa de Incidência ³ últimas 4 semanas
Alagoas e Sergipe	351	206	0	2.811,8	1.650,2	0,0
Altamira	856	266	0	19.179,9	5.960,1	0,0
Alto Rio Juruá	103	121	0	566,2	665,1	0,0
Alto Rio Negro	250	79	0	869,1	274,6	0,0
Alto Rio Purus	66	266	0	519,8	2.094,8	0,0
Alto Rio Solimões	471	215	0	662,7	302,5	0,0
Amapá e Norte do Pará	630	852	0	4.828,3	6.529,7	0,0
Araguaia	46	133	0	785,7	2.271,6	0,0
Bahia	848	606	0	2.565,5	1.833,4	0,0
Ceará	940	654	0	3.485,9	2.425,3	0,0
Cuiabá	139	61	0	1.879,1	824,7	0,0
Guamá-Tocantins	109	83	0	623,6	474,9	0,0
Interior Sul	1.475	780	0	3.525,8	1.864,5	0,0
Kaiapó do Mato Grosso	562	345	0	11.264,8	6.915,2	0,0
Kaiapó do Pará	70	97	0	1.128,5	1.563,8	0,0
Leste de Roraima	1.001	394	0	1.884,6	741,8	0,0
Litoral Sul	1.064	349	0	4.247,2	1.393,1	0,0
Manaus	399	265	0	1.267,6	841,9	0,0
Maranhão	205	94	0	542,1	248,6	0,0
Mato Grosso do Sul	1.200	547	0	1.524,9	695,1	0,0
Medio Rio Purus	75	141	0	961,2	1.807,0	0,0
Medio Rio Solimões e Afluentes	135	51	0	598,6	226,1	0,0
Minas Gerais e Espírito Santo	930	1.058	0	5.460,0	6.211,5	0,0
Parintins	84	68	0	505,4	409,1	0,0
Pernambuco	570	1.213	6	1.467,4	3.122,8	15,4
Porto Velho	546	383	0	5.087,1	3.568,4	0,0
Potiguara	281	336	0	1.847,6	2.209,2	0,0
Rio Tapajós	378	167	0	2.835,3	1.252,6	0,0
Tocantins	219	54	0	1.735,6	428,0	0,0
Vale do Javari	106	265	0	1.680,4	4.201,0	0,0
Vilhena	577	355	0	9.783,0	6.019,0	0,0
Xavante	167	144	0	752,7	649,0	0,0
Xingu	816	331	0	10.109,0	4.100,6	0,0
Yanomami	602	28	0	2.147,2	99,9	0,0
Total	16.271	11.007	6	2.152,5	1.456,1	0,8

Fonte: Brasil (2022c). *Dados até a SE 42.

Houve um decréscimo de casos nos DSEI Altamira, de 856 (em 2021) para 266 casos (em 2022), de acordo com a Tabela 9. Fica notório a diminuição da incidência de 19.179,9 para 5.960,1, a qual está correlacionado com as maiores coberturas vacinais em todas as populações alvo, quando comparados aos demais DSEI do Pará. A Tabela 10, também demonstra que a taxa de mortalidade de Altamira como a pior do Pará, do Norte e do Brasil no início da pandemia, agora em 2022, encontrava-se com 0,0% (Brasil, 2021b; Brasil, 2022b).

Pode-se observar que no DSEI GUATOC houve um decréscimo pequeno de 109 casos confirmados para 83, o que reflete na queda da incidência de 623,6 (2021) para 474,9 (2022). Todavia, é pertinente considerar que esse distrito alcançou coberturas altas de vacina, apenas na população de 18-60 anos. Ficando as demais populações alvo com coberturas abaixo de 50% na sua maioria. Isso reflete também, na mortalidade, pois de acordo com Brasil (2021b) havia uma taxa de 17% que caiu para 0,0% (Brasil, 2022b).

Tabela 10 - Número de óbitos e mortalidade por Covid-19 em 2021 e 2022 nos DSEI

DSEI	Óbitos 2021	Óbitos 2022	Óbitos últimas 4 semanas ²	Taxa de Mortalidade 2021	Taxa de mortalidade 2022 ²	Taxa de mortalidade últimas 4 semanas ²	Letalidade 2021	Letalidade 2022
Alagoas e Sergipe	5	0	0	40	0,0	0,0	1,4	0,0
Altamira	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0
Alto Rio Juruá	1	1	0	5	5,5	0,0	1,0	0,8
Alto Rio Negro	12	0	0	42	0,0	0,0	4,8	0,0
Alto Rio Purus	3	1	0	24	7,9	0,0	ta	0,4
Alto Rio Solimões	16	1	0	23	1,4	0,0	3,4	0,5
Amapá e Norte do Pará	5	3	0	38	23,0	0,0	0,8	0,4
Araguaia	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0
Bahia	7	2	0	21	6,1	0,0	0,8	0,3
Ceará	19	1	0	70	3,7	0,0	2,0	0,2
Cuiabá	6	3	0	81	40,6	0,0	4,3	4,9
Guamá-Tocantins	3	0	0	17	0,0	0,0	2,8	0,0
Interior Sul	42	5	0	100	12,0	0,0	2,8	0,6
Kaiapó do Mato Grosso	0	1	0	0	20,0	0,0	0,0	0,3
Kaiapó do Pará	1	1	0	16	16,1	0,0	1,4	1,0
Leste de Roraima	45	6	0	85	11,3	0,0	4,5	1,5
Litoral Sul	16	1	0	64	4,0	0,0	1,5	0,3
Manaus	9	1	0	29	3,2	0,0	2,3	0,4
Maranhão	12	4	0	32	10,6	0,0	5,9	4,3
Mato Grosso do Sul	34	2	0	43	2,5	0,0	2,8	0,4
Médio Rio Purus	2	0	0	26	0,0	0,0	2,7	0,0
Médio Rio Solimões e Afluentes	2	1	0	9	4,4	0,0	1,5	2,0
Minas Gerais e Espírito Santo	10	1	0	59	5,9	0,0	1,1	0,1
Parintins	7	0	0	42	0,0	0,0	8,3	0,0
Pernambuco	11	0	0	28	0,0	0,0	1,9	0,0
Porto Velho	6	2	0	56	18,6	0,0	1,1	0,5
Potiguara	4	0	0	26	0,0	0,0	1,4	0,0
Rio Tapajós	6	0	0	45	0,0	0,0	1,6	0,0
Tocantins	1	0	0	8	0,0	0,0	0,5	0,0
Vale do Javari	1	0	0	16	0,0	0,0	0,9	0,0
Vilhena	5	0	0	85	0,0	0,0	0,9	0,0
Xavante	11	3	0	50	13,5	0,0	6,6	2,1
Xingu	5	2	0	62	24,8	0,0	0,6	0,6
Yanomami	10	1	0	36	3,6	0,0	1,7	3,6
Total	317	43	0	42	6	0,0	1,9	0,4

Fonte: BRASIL, 2022c. *Dados até a SE 42.

No caso do distrito Guamá-Tocantins e apesar das baixas coberturas vacinais, encontra-se descrito nos planos de contingência dele, a garantia de um fluxo de realização de teste rápido, a implantação das UAPI, a centralização da CASAI Icoaraci na capital do estado do Pará, o que favorece a rede de atenção para os demais pontos de alta complexidade.

No DSEI Rio Tapajós, observa-se na Tabela 9, uma diminuição de 378 casos confirmados em 2021 para 167 caso em 2022, com a queda da incidência de 2.835,3% (2021) para 1.252,6% (2022). Embora esse distrito tenha apresentado uma mortalidade de 45% em 2021 que reduziu para 0,0% em 2022 como mostra a Tabela 10 (Brasil, 2021a; Brasil, 2022b).

É pertinente lembrar que ainda em novembro de 2022 o distrito Rio Tapajós apresentou baixas coberturas vacinais conforme Tabela 9. Acredita-se que as ações e serviços previstos nos planos de contingência, a partir da construção de um fluxograma em parceria com outros estabelecimentos da rede de atenção da região de saúde do Baixo Tapajós contribuiu para o DSEI articular com os demais atores do estado e do próprio governo federal na implementação desse plano, corroborando para a diminuição da incidência e da mortalidade (Brasil, 2022b).

Quanto ao DSEI Kaiapó verifica-se que houve um aumento de 70 casos confirmados por Covid-19 em 2021 para 97 em 2022. Resultando num aumento de incidência de 1.128,5% em 2021 para 1.563,8% em 2022. Vale ressaltar que este distrito é o único do Pará, com taxa de mortalidade em 2022. Encontrando-se também, entre os 3 distritos com maior taxa de incidência e mortalidade do Brasil, pois houve um aumento da taxa de mortalidade de 16% (2021) para 16,1% (2022). Isso reflete o panorama alarmante das coberturas vacinais nesse DSEI para todos os públicos-alvo, já que o Kaiapó do Pará está no rank das coberturas vacinais mais baixas de Covid-19 entre os distritos do Pará e do Brasil.

As Tabelas 9 e 10 refletem uma melhora significativa nos indicadores de incidência e mortalidade de três DSEI do Pará: Altamira, GUATOC e Rio Tapajós no ano de 2022, comparado ao ano anterior. Esse panorama de melhoria fica nítido entre os DSEI do Brasil ao se tratar das taxas de letalidade. É relevante enfatizar que o DSEI Kaiapó Pará junto com o DSEI Alto Rio Juruá são os únicos DSEI que tiveram incidência aumentada em 2022. No caso dos distritos paraenses, essa elevação das incidências está fortemente relacionada as baixas coberturas vacinais.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar os documentos dos planos de contingência contra a Covid-19 dos DSEI do Pará, junto aos indicadores de morbimortalidade da Covid-19, aliado a escuta de atores envolvidos nos processos de planejamento, implementação e governança na saúde indígena em tempos de pandemia, foi necessário aprofundar teorias sobre o poder, a micropolítica da saúde, aprofundando os aspectos acerca da interdisciplinaridade envolvida na complexidade dos fatos que ocorreram nesse período de pandemia.

Foi extremamente relevante realizar a tríade de métodos e técnicas de estudo misto, pois todos preencheram lacunas das hipóteses, que somente um método não teria condição para responder as questões norteadoras apontadas na tese principal e auxiliar.

Reconhecer o constructo e as particularidades dos planejamentos, da implementação e da governança envolvida nos processos de saúde da SESAI, dos distritos sanitários do Pará para enfrentamento ao Covid-19 foi relevante. É notória também, a constatação que os quatro planos de contingência dos quatro DSEI do Pará foram construídos baseados no primeiro plano de contingência de enfrentamento da SESAI.

Vale lembrar que o plano preliminar da SESAI sofreu alterações a partir da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 709 (ADPF 709), em 21 de agosto de 2020 contra o veto a onze dispositivos ao Projeto de Lei nº 1.112, de 08 de julho de 2020. O veto a esses dispositivos foi publicado no Diário Oficial da União após despacho nº 378, de 7 de julho pelo Presidente da República Jair Bolsonaro.

Assim, é pertinente ressaltar que após essa medida para adequação, o plano nacional da SESAI foi republicado em setembro de 2020 com as devidas alterações e os DSEI precisariam também, retificar os seus respectivos planos. Todavia, os quatros DSEI não realizaram as atualizações sugeridas, pois os planos existentes e disponibilizados datam de março de 2020.

Outro elemento nesse processo, importante de ser mencionado sobre o DSEI Guamá Tocantins, apesar de possui o plano construído em março de 2020, construiu um documento correlato, o Protocolo de acesso a área Zoé, construído devido a elevada vulnerabilidade epidemiológica para doenças infectocontagiosas comuns, pois virose simples poderá ocasionar uma alta morbidade ou até óbitos entre os indígenas desta etnia. (Belém, 2020b).

Considera-se, portanto, que a Lei nº 8.080/1990, o decreto nº 7.508/2011 e a Política Nacional de Saúde Indígena garantem a saúde aos povos indígenas, a partir do SASISUS articulado com o SUS. Este de maneira a ofertar retaguarda para os DSEI quanto a média e alta complexidade. No entanto, a ausência de planejamentos ainda se repetem em tempos de pandemia nos próprios documentos de enfrentamento ao Covid-19 pelos municípios estratégicos que compreendem o território indígena.

A partir da leitura e análise do Plano de contingência da SESAI e dos quatro planos de contingência dos DSEI do Pará, foi necessária também, uma análise das ações e metas dos planos de contingência contra o Covid-19 da SESP, do Plano Estadual de Saúde do Estado do Pará, dos planos de contingência de Belém, Altamira, Itaituba e Redenção, por serem municípios sede dos DSEI e por nesses municípios estarem localizados as quatro CASAI, referências importantes nos fluxos de cada DSEI.

Nos planos dos municípios citados acima estão localizadas as quatro CASAI relevantes para esses distritos e que realizam a rede de conexão com os demais pontos de atenção do SUS nos referentes municípios e com a região de saúde. Portanto, é imprescindível lembrar que apesar do Plano de Contingência Nacional e o Plano de Contingência da Secretaria de Saúde Pública do Estado do Pará (SESPA) realizarem proposições e orientações acerca de inclusão nos planos municipais de ações e serviços articulados com os DSEI, não existe um planejamento de necessidades e oferta de qualquer tipo de ação ou serviço direcionado a essas populações indígenas nos planos de contingência e de saúde dos municípios enfatizados.

Reitera-se que o DSEI Rio Tapajós foi o único distrito que teve a participação do CONDISI, da FUNAI, do exército e de prefeituras no planejamento de suas ações e serviços de enfrentamento. A participação de outros órgãos e esferas fortalece o processo de planejamento e implementação das ações e serviços de impacto, conforme aponta Matus (2000).

Apesar do município de Belém não possuir população indígena, este município possui em seu território a CASAI - Icoaraci, ou seja, está sob sua gestão realizar o diagnóstico situacional e verificar os diversos pontos de atenção para realizar o mapa da saúde, conforme aponta o Decreto 7.508/2011. E pensar a nível da macrorregião 1 (onde há população indígena), o Planejamento Regional Integrado, a partir do que está previsto na Resolução CIT nº 37/2018 e na Resolução CIB nº 140 de 2018.

Quanto ao DSEI Kaiapó Pará é pertinente enfatizar a ausência do plano de contingência para o município de Redenção. Esse por sua vez possui um decreto com medidas a serem executadas para enfrentar a pandemia pelo Covid-19. Não houve descrição de ações voltados para os indígenas e nem previsão de interface entre o município com o DSEI Kaiapó. Todavia, na prática ocorreu a construção de um fluxo entre o distrito e os municípios através de articulações e parcerias criada pelos seus articuladores.

Ainda nesse eixo, uma questão planejada pelo distrito de Altamira foi a avaliação da necessidade de remover o indígena para a rede de referência dos municípios pela equipe multiprofissional do DSEI. Novamente, aqui não houve planejamento por parte dos municípios em seu PMS, porém ocorreram articulações entre os apoiadores e gestores para fluxogramas de acesso aos casos de Covid-19.

Outro elemento a ser mencionado foram o número de casos ou suspeitas precisam ser primeiro analisadas pela SESAI/Brasília, antes de ser informado ao território, seja para controle do Estado do Pará ou para informação aos próprios indígenas. O que reitera aquilo que Foucault, Santos, Mehry e Feuerwerker mencionam quanto ao poder sobre as classes mais vulneráveis e ao controle nas relações sociais, a partir de uma gestão institucional que dialoga com intervenções de governo.

Os planos dos distritos, da SESPA e da SESAI apontavam para ações de capacitação das equipes dos estabelecimentos municipais e estaduais quanto a interculturalidade dos usuários indígenas, porém isso não ocorreu nos planos dos municípios. Cabe entender que o campo do saber que estuda a saúde das populações indígenas, suas relações étnicas, sociais e culturais não podem ser desconsideradas no campo do cuidado, pois esses usuários são indivíduos singulares, dotados de necessidades e especificidades.

Ainda na vertente de formar profissionais na interculturalidade, isso requer uma atenção prestada aos indígenas equânime. Então faz-se necessário a inclusão de educação permanente em saúde nos pontos de atenção à saúde da APS, média e alta complexidade dos municípios e do estado. Além, da ampliação de disciplinas interdisciplinares com enfoque nos povos indígenas da Amazônia nos projetos pedagógicos dos cursos da área da saúde. Essas são propostas já apresentadas e que se reitera sua urgência para que o planejamento em saúde estadual com mais de 81 mil indígenas aldeados e não aldeados.

Dessa maneira, a construção real do planejamento regional integrado proposto pelo Decreto 7.508/11 faz-se extremamente necessário ser concretizado pelas regiões e macrorregiões de saúde do Pará que possuam população indígena. Além de cada município realizar seu Plano Municipal de Saúde contemplando todos os seus municípios, entre eles os indígenas, com as suas especificidades.

Já em relação ao processo de cobertura vacinal, dois distritos do Pará, Rio Tapajós e Kaiapó do Pará, apresentaram as coberturas de vacinação contra o Covid-19 mais baixas para a semana epidemiológica 23 de 2022, quando comparado aos demais DSEI da região norte e do país.

É válido mencionar que o distrito com maior cobertura foi o DSEI Altamira com 88,4% e o distrito com menor alcance de cobertura vacinal para a mesma faixa etária foi o DSEI-Kaiapó Pará.

Pode-se observar que no DSEI GUATOC houve um decréscimo pequeno de 109 casos confirmados para 83, o que reflete na queda da incidência de 623,6 (2021) para 474,9 (2022). Todavia, é pertinente considerar que esse distrito alcançou coberturas altas de vacina, apenas na população de 18 - 60 anos. Ficando as demais populações alvo com coberturas abaixo de 50% na sua maioria. Isso reflete também, na mortalidade, pois em 2021 havia uma taxa de 17% que caiu para 0,0%.

É pertinente lembrar que, ainda em novembro de 2022 o distrito Rio Tapajós apresentou baixas coberturas vacinais. Acredita-se que as ações e serviços previstos nos planos de contingência e a construção de um fluxograma em parceria com outros estabelecimentos da rede de atenção do Baixo Tapajós, estado e governo federal contribuiu para o DSEI implementar ações do plano, corroborando para a diminuição da morbidade e da mortalidade.

Há ainda que se destacar, a logística e infraestrutura ligada a cadeia de frios para viabilizar o aporte de vacinas necessárias para cada região e local. Isso porque existem muitas especificidades nos territórios e desafios estruturais, devido às distâncias e diversidades que envolvem o território da Amazônia.

No que compete as coberturas vacinais e seus impactos nos indicadores de morbimortalidade é identificado através dos boletins epidemiológicos da SESAI muitos avanços, mas também algumas fragilidades no alcance de melhores indicadores.

Entre os anos de 2021 e 2022 foi possível verificar ainda, um crescimento do número de casos no DSEI Kaiapó Pará, de 70 casos para 97, mesmo com a implementação da vacinação até 19 de janeiro de 2021. Entretanto, resta mencionar que a cobertura vacinal do distrito Kaiapó do Pará estava entre as coberturas mais baixas do Pará, da Região Norte e do país.

É pertinente ressaltar que houve um decréscimo de casos no DSEI Altamira, de 856 (em 2021) para 266 casos (em 2022). Fica notório a diminuição da incidência de 19.179,9 para 5.960,1, a qual está correlacionada com as maiores coberturas vacinais em todas as populações alvo, quando comparados aos demais DSEI do Pará. Sobretudo houve impacto na taxa de mortalidade de Altamira que era a mais alta do Pará, do Norte e do Brasil no início da pandemia. Em 2022, a taxa de mortalidade encontrava-se em 0,0%, fato relacionado ao aumento da cobertura vacinal e a implementação das ações do plano de contingência.

A criação do comitê de vigilância da covid-19 no distrito Rio Tapajós foi uma intervenção que favoreceu a governança e pactuações para as ações que seriam implementadas a partir dos planos de contingência, conforme afirmam os atores que participaram desse processo. É possível perceber que este DSEI conseguiu articular os demais gestores do estado e do próprio governo federal na construção desse plano de contingência, o que corroborou para melhores coberturas vacinais e melhores indicadores de morbimortalidade.

No caso do distrito Guamá-Tocantins e apesar das baixas coberturas vacinais, encontra-se descrito nos planos de contingência deste a garantia de um fluxo de realização de teste rápido, a implantação das UAPI, a centralização da CASAI - Icoaraci na capital do estado do Pará, o que favoreceu uma rede de atenção com os demais pontos de atenção da alta complexidade.

Outro aspecto positivo que ocorreu no período de pandemia foi a normatização pela SESPA de inclusão dos DSEI nos planejamentos dos planos de contingência. Apesar de não ter ocorrido em todos os planos de contingência municipais de referência para cada DSEI, seria uma recomendação importante ter a participação do DSEI em cada planejamento e nos próprios planos municipais de saúde, com intuito que responder as necessidades de saúde de cada povo indígena residente no território adscrito do município. Isto, seria um exercício da PNSPI e do decreto 7.508/2011, que versa acerca da regionalização e planejamento regional integrado.

Em relação aos indígenas não aldeados há a necessidade de detalhar ações e serviços a esses usuários indígenas localizados em terras não homologadas, bem como atendimento excepcional pela SESAI, visto que não estiveram contemplados pelos distritos, embora as legislações garantam esse acesso.

As novas configurações identificadas acerca da governança e micropolítica do poder na saúde indígena trazem, portanto, novas informações e valores, o que implica em novas tomadas de decisões e articulações para os avanços que se fazem necessários.

No que diz respeito as questões relativas à governança também estão postas oficialmente pelo Estado, através do plano de contingência da SESPA a inclusão de representantes dos DSEI/Polos bases em reuniões regionais, onde houver terras e territórios indígenas. Uma recomendação satisfatória é envolver os municípios, a SESPA e os distritos na vigilância dos casos para infecção humana pelo novo coronavírus. E fomentar deste modo, aquilo que já está previsto na Resolução CIT nº 01 de 2012, no decreto 7.508/2011 e nos regimentos de todas as CIR dos Estado do Pará.

Vê-se que outra recomendação propositiva deve ser a participação dos DSEI nas CIR, que já está prevista em legislação da CIT, porém há um isolamento destes distritos no processo de governança regional, pois não existe a previsão de pactuações por gestores do DSEI nessas comissões. No entanto, essa prática de debate pode ser criada dentro das câmaras técnicas para envolver as necessidades da saúde indígena nos planejamentos e implementações das políticas, visto que tudo isso ficou muito visível no período da pandemia pelo Covid-19.

Será necessário a inclusão de técnicos ou representantes do CONDISI nas câmaras técnicas que antecedem as reuniões das CIR e CIB, com vistas a participarem das discussões técnicas para as pactuações e homologações. Dessa maneira, a saúde indígena poderá ser contemplada nos planejamentos e implementações regionais, já que esses são os espaços de governança regional e estadual.

Evidentemente que as análises realizadas aqui não devem ser observadas de modo isolado, pois, são resultantes de um processo histórico de “apartheid” entre o sistema de saúde indígena e o SUS, já que está claro desde a construção dos termos de compromisso de gestão no Pacto pela Saúde, na construção dos planos estaduais e regionais das redes de atenção à saúde, nos planos municipais e estadual do Pará que a saúde indígena não está incluída dos processos de planejamento. Um outro aspecto a ser considerado versa acerca de algumas limitações do estudo devido ao uso de dados secundárias de informação e subnotificação como apontados pela APIB. Entretanto, os dados foram validados e fornecidos pela SESAI.

Não se pode afirmar que há uma exclusão total nos planos de contingência, pois a SESPA formulou uma nota técnica para os planos de contingência municipais para prevenir ações aos indígenas.

Já em relação ao controle social é fato que houve uma fragilidade na garantia do desenvolvimento do seu papel permanente, propositivo e deliberativo. Pois, o embate para a derrubada dos vetos no plano de contingência nacional, que retirava a garantia de implementação da participação social associada ao decreto que extinguiu os conselhos foram lutas lideradas pelos movimentos sociais, pelas lideranças indígenas e instituições acadêmicas.

Há, portanto, outros aspectos que foram observadas durante o estudo que poderão ser discutidas em outro momento para tomada de decisão pela SESAI, CONASS e CONASEMS, que são as limitações do monitoramento da Covid-19 entre os indígenas no Brasil. A Fiocruz ressalta que um grande desafio é a existência de três sistemas de informações: SIVEP-Gripe, e-SUS Notifica e o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) da SESAI. Estes três sistemas operando por secretarias ministeriais diferentes não dialogam entre si, fragilizando dessa maneira os indicadores a serem monitorados.

Houve algumas limitações relativas ao acesso dos dados em relação as atas e regimentos dos CONDISI, devido aos aspectos éticos que envolvem as falas dos usuários indígenas. Entretanto, as entrevistas semiestruturadas foram modificadas no sentido de preencher essas lacunas.

Dessa maneira, acredita-se que o processo da macropolítica e micropolítica envolvidos atualmente favorece o cenário com representantes indígenas assumindo as coordenações dos DSEI, a criação do Ministério do Povos Indígenas, a reconfiguração da FUNAI, a criação de uma secretaria estadual para os povos indígenas no Pará e a coordenação da saúde indígena da SESPA por uma indígena. Esses fatos inéditos contribuirão para fortalecer a agenda do controle social indígena.

Finalizando as recomendações, um aspecto a ser fomentado deverá ser o desenvolvimento endógeno e outras estratégias de recuperação do bioma amazônico frente a devastação que o ambiente amazônico e seus povos estão vivenciando pela sobrevivência e devido as mudanças climáticas e ambientais na Amazônia, no Brasil e no mundo.

Por fim, as questões afetas ao fortalecimento da saúde indígena nos planejamentos, implementações e governança das ações e serviços durante a pandemia tiveram avanços, porém ainda existem desafios a serem superados nos espaços micropolíticos de encontro entre os DSEI e municípios, entre distritos e a SESPA, entre DSEI e SESAI, nas regiões e macrorregiões do Pará. Buscar estratégias e fortalecer outras já existentes como o grupo condutor da saúde indígena poderá ser um caminho de governança.

Disparar novos processos de produção do cuidado, revisitar vivências oportunas como a construção de fluxos regulatório para saúde indígena na região TOPAMA é construir novas práticas e novas interfaces de poder, pois numa lógica dominante que precisa ser exercitada é a do diálogo, a formulação de parcerias, pactuação e consenso na construção e compartilhamento das tomadas de decisões.

A fabricação da responsabilidade regional sobre a produção da saúde indígena necessita ser uma prática de governança para todas as esferas e estabelecimentos de saúde, pois todos executam, logo todos planejam! A imersão e a multiplicidade dos atores indígenas de maneira horizontal nas agendas políticas de saúde influenciarão na tomada de decisões para a reconstrução da política pública de saúde, provocando assim o acesso mais equânime e em tempo oportuno aos povos indígenas.

REFERÊNCIAS

- ACOSTA, Alberto. **O Buen Vivir: uma oportunidade de imaginar outro mundo**. In: Um campeão visto de perto: Uma análise do modelo de desenvolvimento brasileiro. Editora Fundação Heinrich-Böll-Stiftung, 2012. p. 198-216. Disponível em: <https://br.boell.org/pt-br/2012/07/16/um-campeao-visto-de-perto-uma-analise-do-modelo-de-desenvolvimento-brasileiro-0>. Acesso em: 18 set. 2021.
- ALARCÃO, Jonas Carlos Bercó. **Fortalecimento da ouvidoria do SUS a partir da Comissão Intergestores Regional: experiência na região de saúde Rio Vermelho-Goiás**. 2014 68 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva). Universidade Federal de Goiás. 2014.
- ALCORN, Janis B. ZARZYCK, Alejo. CRUZ, Luis Maria de la. Poverty, governance and conservation in the Gran Chaco of South America. **Rev. Biodiversity**. v. 11, n. 1–2, p. 39-44, 2010. DOI: www.doi.org/10.1080/14888386.2010.9712645.
- ALMEIDA, Leonardo Monteiro Crespo. Ontologia política e criação de conceitos: considerações sobre a filosofia política de Gilles Deleuze e Félix Guattari. **HYBRIS. Rev. Filosofia**, v. 9, n. 2, p. 101-127, nov. 2018. ISSN 0718-8382
- ALMEIDA, Lourdes Lemos. **O significado de governança para os gestores estaduais do Sistema Único de Saúde**. 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade de Brasília, Brasília, 2013.
- ALTAMIRA. MS. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Distrito Sanitário Especial Indígena Altamira. **Plano de contingência para infecção humana pelo novo coronavírus (covid-19) em povos indígenas do DSEI Altamira**. versão 2 – 14 abril 2020. Altamira, PA: Ministério da Saúde. 2020c. Disponível em: <https://ds.saudeindigena.icict.fiocruz.br/handle/bvs/1836>. Acesso em: 25 jul. 2023.
- ANDRADE, Taís Rangel Cruz; SCHWEICKARDT, Júlio Cesar; TOBIAS, Rodrigo. Gestão do cuidado e modelo de atenção na saúde indígena: um estudo de caso. In: HEUFEMANN, Nicolás Esteban Castro *et al.* (Org.). **Saúde Indígena: educação, gestão e trabalho** 1. ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2020. p. 27-44. ISBN: 978-65-87180-14-4.
- APIB - A Articulação dos Povos Indígenas do Brasil. **Uma Instância de Aglutinação e Referência Nacional do Movimento Indígena no Brasil**. Brasil, 2020. Disponível em: <https://apiboficial.org/sobre>. Acesso em: 01 dez. 2021.
- ARAUJO, Monica de Nazaré Ferreira de; SIMONIAN, Ligia Terezinha Lopes. Governança ambiental e turismo: a participação de atores no Parque Nacional Tortuguero, Costa Rica. **Rev. Turismo Patrimonio Cultural**. v. 14, n. 2, p. 319-334, 2016.
- ATHIAS, Renato Monteiro. Os serviços de saúde e as populações indígenas. **Coletiva**, n. 3, 2011. Disponível em: <http://coletiva.labjor.unicamp.br/index.php/artigo/os-servicos-de-saude-e-as-populacoes-indigenas/>. Acesso em: 23 mai. 2021.
- BALDUS, Herbert. Métodos e resultados da ação indigenista no Brasil. **Revista de Antropologia**, 1962.

BARBOSA, Jonnefer. Políticas de desaparecimento e niilismo de Estado. *In*: PELBART, Peter Pál; FERNANDES, Ricardo Muniz. **Pandemia crítica** – outono 2020. São Paulo: N-1 Edições, 2020. p. 159-163. [ISBN:978-65-8611-48-4].

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011. 229 p.

BARTOLI, E. Cidades na Amazônia, sistemas territoriais e a rede urbana. Mercator, Fortaleza, v. 17, e17027, 2018.

BAUER, Martin W.; GASKELL, George. **Pesquisa qualitativa com texto: imagem e som: Um manual prático**. 7 ed. Petrópolis-RJ: Vozes, 2008.

BBC NEWS BRASIL. Coronavírus: OMS declara pandemia. **BBC News Brasil**, 2020. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/geral-51842518>. Acesso em: 05 fev. 2021.

BEGOSI, A. Ecologia humana: um enfoque das relações homem-ambiente. **Interciência**, v. 18, n. 3, p. 121-132, 1993.

BELÉM. MS. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Distrito Sanitário Especial Indígena Guamá-Tocantins. **Plano de Contingência do DSEI Guamá-Tocantins para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID-19) em populações Indígenas**. Março de 2020. Belém-PA: MS. 2020a. Disponível em: <https://ds.saudeindigena.iciet.fiocruz.br/handle/bvs/1798>. Acesso em: 25 jul. 2023.

BELÉM. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano municipal de contingência para enfrentamento da pandemia de infecção humana pelo novo coronavírus (covid-19)**. Belém, PA: Secretaria Municipal de Saúde. 51 p. mai 2020. Disponível em: <http://contratoemergencial.belem.pa.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/contratoemergencial.belem.pa.gov.br-plano-covid-sesma-atualizado.pdf>. Acesso em: 25 jul 2023.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília-DF: Senado Federal, 2016. 496 p. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf. Acesso em: 24 maio 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução CNS nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. 2012c. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>). Acesso em: 02 de out. 2020.

BRASIL. **Dados de vacinação contra a covid-19 na população indígena dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas até junho de 2022**. Dados e-SiC: SESAI/MS. 2022a.

BRASIL. **Decreto nº 7.508**, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. 2012a.

BRASIL. **Diretrizes operacionais, pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. **Distritos Sanitários Especiais Indígenas:** diretrizes para implantar o programa de DST/AIDS. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. **Educação Permanente como ferramenta estratégica de gestão de pessoas:** Experiências exitosas da cooperação entre a Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde e a Fundação Oswaldo. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.** 2 ed. - Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002a.

BRASIL. **Informe Epidemiológico.** Doença por coronavírus (covid-19) em populações indígenas semana epidemiológica (SE) 42 (novembro de 2022). 2022c. Disponível em: https://infoms.saude.gov.br/extensions/sesai_covid_v2/sesai_covid_v2.html#. Acesso em 21 jun. 2023.

BRASIL. **Informe Epidemiológico.** Doença por coronavírus (covid-19) em populações indígenas semana epidemiológica (SE) 22 (30/05/2021 a 05/06/2021). 2021c. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/coronavirus/informes-tecnicos/2021/informe-n-57-10-06-2021.pdf>. Acesso em 21 jun. 2023.

BRASIL. **Informe Epidemiológico.** Doença por coronavírus (covid-19) em populações indígenas semana epidemiológica (SE) 23 (06/06/2021 a 12/06/2021). 2021i. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/coronavirus/informes-tecnicos/2021/informe-n-58-16-06-2021.pdf>. Acesso em 21 jun. 2023.

BRASIL. **Lei Complementar Nº 141,** de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. 2012b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em: 02 de out. 2021.

BRASIL. **Lei Nº 8.080.** 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. Brasília, DF, dez. 1990a.

BRASIL. **Lei Nº 8.142.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF, dez. 1990b.

BRASIL. **Manual de planejamento no SUS.** Brasília: Ministério da Saúde. v. 4. 2015b.

BRASIL. **Mapa DSEI Kaiapó do Pará:** fatores intervenientes na mortalidade materna, fetal e infantil do DSEI e dos itinerários de produção de saúde nas áreas indígenas. Brasília: MS. 2016b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sesai>. Acesso em: 17 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. **Aperfeiçoamento do Plano de Enfrentamento e Monitoramento da COVID-19 para Povos Indígenas Brasileiros**. Brasília: Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. 2020d. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2020-2/setembro/PlanoREVISADO1.pdf>. Acesso em: 25 jul 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Decreto Nº 7.508**, de 28 de junho de 2011: Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. 2011a.

BRASIL. MPF. 6ª Câmara - **Populações Indígenas e Comunidades Tradicionais**. 2022. Disponível em <https://www.mpf.mp.br/atuacao-tematica/ccr6/dados-da-atuacao/grupos-de-trabalho/gt-saude/condisis-1>. Acesso em: 26/06/2023. (1 pag do site do MPF).

BRASIL. MS. **Saúde indígena: Distritos Sanitários Especiais Indígenas**. 2002. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude-indigena/saneamento-e-edificacoes/dseis>. Acesso em: 19 set. 2019.

BRASIL. MS. **Apoio Institucional do Ministério da Saúde**. 23 set 2021. 2021f. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/apoio-institucional-do-ministerio-da-saude>. Acesso em: 25 jul 2023.

BRASIL. MS. **Apoio Institucional do Ministério da Saúde**. Publicado em 22/09/2021 14h44. 2021f. Disponível: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/apoio-institucional-do-ministerio-da-saude#>. Acesso em 05 jun. 2023.

BRASIL. MS. **Comissão Intergestores Tripartite**. Resolução nº 37, de 22 de março de 2018. Dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde. 2018b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0037_26_03_2018.html. Acesso em: 30 nov. 2021.

BRASIL. MS. **Controle Social**. Publicado em 06/07/2021. Atualizado em 11/05/2023 16h46. Site. 2021d. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sesai/estrutura/Participacao-Social-na-Saude-Indigena-CGPSI>. Acesso em: 01 de dez. 2021.

BRASIL. MS. **Financiamento da Média e Alta Complexidades (MAC)**. 2021b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/programacao-regulacao-controle-e-financiamento-da-mac/financiamento-da-media-e-alta-complexidades-mac>. Acesso em: 01 de dez. 2021.

BRASIL. MS. Fundação Oswaldo Cruz. **Manual de planejamento no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejamento_atual.pdf. Acesso em: 25 jul 2023.

BRASIL. MS. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução nº 1**, de 29 de set/2011. Estabelece diretrizes gerais para a instituição de Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos do Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011b.

BRASIL. MS. **Ministra da Saúde empossa novos coordenadores do Fórum de Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena**. 2023c. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/abril/ministra-da-saude-empossa-novos-coordenadores-do-forum-de-presidentes-dos-conselhos-distritais-de-saude-indigena>. Acesso em: 18 jun. 2023.

BRASIL. MS. **Oficina Subprojeto Qualisus**. Rede Topama Palmas, 05 e 06 de nov./2013, 1ª Avaliação das atividades pactuadas e Encaminhamentos. 2013a. (Documento técnico do MS)

BRASIL. MS. **Painel Covid**. SASISUS. 2023a. Disponível em: https://infoms.saude.gov.br/extensions/sesai_covid/sesai_covid.html. Acesso em: 02 jun. 2023.

BRASIL. MS. **Portaria nº 1.559**, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. 2008c.

BRASIL. MS. **Portaria nº 399/2006, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais, 2006a.

BRASIL. MS. **Portaria nº 399/2006, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais, 2006a.

BRASIL. MS. **Saúde indígena: análise da situação de saúde no SasiSUS** / Ministério da Saúde, – Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. MS. **Saúde Indígena: Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI**. Brasília: MS, 2001a. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude-indigena/saneamento-e-edificacoes/dseis>. Acesso em: 19 set. 2019.

BRASIL. MS. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS). **Avaliação da implementação do Programa de Saúde da Família (PSF)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

BRASIL. MS. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação. **Avaliação e Controle de Sistemas**. – 2ª ed. - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 56 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 6).

BRASIL. MS. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação. **Avaliação e Controle de Sistemas**. Diretrizes para a implantação de complexos reguladores. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. MS. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diagnóstico de Saúde do Estado do Pará**. Belém, 2015a.

BRASIL. MS. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). **Protocolo de manejo clínico do Coronavírus (Covid-19) na Atenção Primária em Saúde**. versão 9 - maio de 2020. Brasília: Ministério da Saúde, 2020e. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1095920/20200504-protocolomanejo-ver09.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2023.

BRASIL. MS. Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Orientações para elaboração do plano de contingência distritais para infecção humana pelo novo Corona vírus**. Brasília: MS, 2020b.

BRASIL. MS. Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID-19) em Povos Indígenas**. Versão preliminar - março 2020. Brasília-DF: Ministério da Saúde. 2020a. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Publicações%20em%20PDF/Plano%20de%20Contingência%20da%20Saúde%20Indígena%20Preliminar.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2023.

BRASIL. MS. SES Indígena. **Boletim Epidemiológico**. 2021. Disponível em: https://saudeindigena1.websiteseguro.com/coronavirus/pdf/Informe%20Epidemiol%C3%B3gico%20SE%205_2022_SESAI_COVID-19.pdf. Acesso em: 17.02.2022.

BRASIL. MS. SES Indígena. **Informe epidemiológico nº 34**. Doença por Coronavírus (COVID-19) em populações indígenas Semana Epidemiológica 52 (20/12/2020 a 26/12/2020). 2020i.

BRASIL. MS. SES Indígena. **Informe epidemiológico nº 34**. Doença por Coronavírus (COVID-19) em populações indígenas Semana Epidemiológica 52 (20/12/2020 a 26/12/2020). 2020i.

BRASIL. MS. **Sistema de Planejamento do SUS**: uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília: MS, 2009.

BRASIL. **Painel Coronavírus**. Brasília: Ministério da Saúde; 2022b. Disponível: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em 21 jun. 2023.

BRASIL. **PL. nº 1.142**, 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 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. 2020c. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/propostas-legislativas/2242218>. Acesso em: 01 de abril de 2022.

BRASIL. **Plano nacional de operacionalização da vacinação contra a Covid-19**. 3 ed. Brasília: MS, 2020g. Disponível em https://www.gov.br/saude/ptbr/media/pdf/2021/janeiro/29/planovacinaocovid_v2_29jan21_nucom.pdf. Acesso em: 29 jan. 2021.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002c.

BRASIL. **Portaria de Consolidação nº 1**, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. 2017a. Disponível em: http://www.saude.am.gov.br/planeja/doc/PT_CONSOLIDACAO_01_ART_94_106.pdf. Acesso em: 5 de set. 2021.

BRASIL. **Portaria ministerial nº 3.021**, de 4 de novembro de 2020. Recria os Conselhos Locais (CLSI), os Conselhos Distritais (CONDISI), e o Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais da Saúde Indígena (FPCondisi). 2020f.

BRASIL. **Portaria nº 1533**, de 18 de agosto de 2016. Redefine o Calendário Nacional de Vacinação, o Calendário Nacional de Vacinação dos Povos Indígenas e as Campanhas Nacionais de Vacinação, no âmbito do Programa Nacional de Imunizações (PNI), em todo o território nacional. 2016c. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt1533_18_08_2016.html. Acesso em: 09 mar. 2019.

BRASIL. **Portaria nº 3.176/2008**, de 24 de dezembro de 2008. Aprova orientações acerca da elaboração, da aplicação e do fluxo do Relatório Anual de Gestão e quanto a informações sobre o Plano de Saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 30 dez. 2008b.

BRASIL. **Portaria nº 699/2006**, de 30.03.2006. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão. 2006c. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0699_30_03_2006_comp.html. Acesso em: 20 jan. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 95/2001**. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. 2001b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html. Acesso em: 18 jan. 2020.

BRASIL. **Princípios do SUS**. MS, 2017b. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/238/principios-do-sus>. Acesso em: 20 set. 2019.

BRASIL. **Revisão bibliográfica sobre regionalização**: conceituação. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 30 abr. 2008a.

BRASIL. **Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF: CONASS, 2011d.

BRUYNER, Paul de; HERMAN, Jacques, SCHOUTHEETE; Marc de. **Dinâmica da pesquisa em ciências sociais**: os polos da prática metodológica. 5. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1991.

CAMPOS, C. J. G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 57, n. 5, p. 611-4, 2004.

CAMPOS, Marden Barbosa de; BORGES, Gabriel Mendes; QUEIROZ, Bernardo Lanza; SANTOS, Ricardo Ventura. Diferenciais de mortalidade entre indígenas e não indígenas no Brasil com base no Censo Demográfico de 2010. **Cad. Saúde Pública**. v. 33, n. 5, e00015017, 2017.

CARPINTÉRO, Maria do Carmo Cabral. **Regionalização**: concepções de gestores municipais de saúde do estado de São Paulo. 2018 107 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Campinas. São Paulo, 2018. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/296897236.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2020.

CASTRO, Eduardo Viveiros de. “O que está acontecendo no Brasil é um genocídio”. (traduzido por Francisco Freitas. *In*: PELBART, Peter Pál; FERNANDES, Ricardo Muniz. **Pandemia crítica – outono 2020**. São Paulo: N-1 Edições, 2020. p. 397-401. [ISBN:978-65-8611-48-4].

CASTRO, Pedro Pablo Cardoso. **Facilitating self-organization in non-hierarchical communities: a methodology for regeneration program**. [Tese] University of Hull, 2007.

CECHINEL, André *et al.* Estudo/Análise documental: uma revisão teórica e metodológica. **Rev. Criar e Educação**. UNESC, v. 5, n. 1. 2016. [ISSN 2317-2452].

CELLARD, A. A análise documental. *In*: POUPART, J. et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis-RS: Vozes, 2008. p. 295-316.

CIMI - Conselho Indigenista Missionário. Relatório – Violência Contra os Povos Indígenas no Brasil – Dados de 2020. Disponível em: <https://acrobat.adobe.com/id/urn:aaid:sc:VA6C2:530af542-6f09-4219-a722-eceff8f77f64>. Acesso em: 02 fev. 2024.

CNS. SEMINÁRIO Internacional Situação dos Direitos Humanos na Pandemia de Covid-19 no Brasil. 2021, Online. Tema: **Denúncias de violações dos direitos humanos**

CNS. SEMINÁRIO Internacional Situação dos Direitos Humanos na Pandemia de Covid-19 no Brasil. 2021, Online. Tema: **Denúncias de violações dos direitos humanos**. Orielle Solaré- Experiências de enfrentamento na pandemia com enfoque nas populações em situação de vulnerabilidade: Panorama de Colômbia.

CONASEMS. **Manual do(a) gestor(a) municipal do SUS: Diálogos no Cotidiano**. 2ª ed. Brasília, 2021. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2019/07/manual_do_gestor_F02_tela.pdf. Acesso em: 5 set. 2021.

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **CONASS Debate: A crise contemporânea dos modelos de atenção à saúde**. Brasília: CONASS, 2014. 171 p. ISBN 978-85-8071-019-9. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/conass-debate-n3.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2023.

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Informações para a gestão estadual do SUS 2023 – 2026**. 2022. Disponível em: <https://www.conass.org.br/guiainformacao/>. Acesso em: 25 jul. 2023.

CONFALONIERI, Ulisses E. C. O Sistema Único de Saúde e as populações indígenas: por uma integração diferenciada. **Cad. Saúde Pública**. n. 4, v. 5, p. 441-450, 1989. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/8XdLyXWpDPQxyX4FhjS9ppC/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 25 set. 2021.

CORRÊA, Perla. **A ética e o respeito no cuidado de enfermagem aos indígenas**. Belém-Pa. DSEI – Guamá Tocantins. 2019. Apresentação em Power Point. Color.

CRESWELL, John W; CLARK, Vichi, L. P. **Pesquisa de métodos mistos**. 2. ed. Tradução: Magda França Lopes. Porto Alegre: Penso, 2013.

DIAS-SCOPEL, R. Os Impactos Sociais da Pandemia: Povos Indígenas. Participação de Renato Farias. Fiocruz/Canal Saúde. Rio de Janeiro. 14 de jun. 2021. 1 vídeo (26 min). Disponível em: <https://www.canalsaude.fiocruz.br/canal/videoAberto/os-impactos-sociais-da-pandemia-povos-indigenas-bps-0820>. Acesso em: 21 mai. 2020.

DIEHL, Eliana Elisabeth; PELLEGRINI, Marcos Antônio. Saúde e povos indígenas no Brasil: o desafio da formação e educação permanente de trabalhadores para atuação em contextos interculturais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 867-874, abr, 2014.

DINIZ, Eli. Governabilidade, governance e reforma do Estado: considerações sobre o novo paradigma. **Rev. Serviço Público**. v. 47, n. 2. 1996.

DORIA FILHO, Ulysses. **Introdução à bioestatística para simples mortais**. São Paulo: Negócio Editora, 1999.

DOTTO, Pedro Maurício Garcia. **Usos da liberdade e agonismo em Michel Foucault**. São Paulo: Intermeios / FAPESP, 2018.

DUARTE, Ligia Schiavon *et al.* Regionalização da saúde no Brasil: uma perspectiva de análise. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 24, n. 2, p. 472-485, 2015. DOI 10.1590/S0104-12902015000200007.

EDELMAN, Marc. Social movements: changing paradigms and forms of politics. **Annual Review of Anthropology**. v. 30, p. 285-317, 2001.

ESCOBAR, Arturo. Territorios de diferencia: la ontología política de los “derechos al territorio”. **Rev. DMA**. v. 35, 2015.

FAPESPA. **Anuário Estatístico do Pará, 2023**. Diretoria de Estudos e Pesquisas Socioeconômicas e Análise Conjuntural. Belém-PA: FAPESPA, 2023.

FAPESPA. **Mapa de Exclusão Social do Estado do Pará, 2021**. Diretoria de Estudos e Pesquisas Socioeconômicas e Análise Conjuntural. Belém-PA: FAPERSPA, 2021. 96 f.: il.

FERIGATO, Sabrina; CARVALHO, Sérgio Resende. O poder da gestão e a gestão do poder. In: CARVALHO, Sérgio Resende; BARROS, Maria Elisabeth; FERIGATO Sabrina (Org.). **Conexões: Saúde coletiva e políticas de subjetividade**. São Paulo: HUCITEC, 2009. p. 53-73.

FEUERWERKER. Laura Camargo Macruz (Org.). **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. 174 p.

FIOCRUZ. **Modulo 4 - Aula - Curso enfrentamento da COVID-19 no contexto dos povos indígenas**. 2023. Disponível em: <https://mooc.campusvirtual.fiocruz.br/rea/saude-indigena-covid19/modulo4/aula2.html>. Acesso: 20 mai. 2023.

FIOCRUZ. **Os Impactos Sociais da Pandemia: Povos Indígenas**. 2021. Disponível em: <https://www.canalsaude.fiocruz.br/canal/videoAberto/os-impactos-sociais-da-pandemia-povos-indigenas-bps-0820>. Acesso em: 20 jul. 2021.

FIOCRUZ. **Participação e controle social na saúde indígena**. Disponível em: https://cursos.campusvirtual.fiocruz.br/pluginfile.php/1099763/mod_resource/content/15/modulo3/aula1/topico4.html. Acesso em: 17 jun. 2023.

FLEURY, Sonia *et al.* Governança local no sistema descentralizado de saúde no Brasil. **Rev. Panam Salud Publica**. v. 28, n. 6, p. 446-455, 2010. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/v28n6/v28n6a06.pdf>. Acesso em: 25 jul 2023.

FOSPA. **Declaração Pan-Amazônica de Belém: Carta Final do 10º Fospa**. 2022. Disponível em: <https://paamsj.org.br/declaracao-pan-amazonica-de-belem-carta-final-do-10o-fospa/>. Acesso em 19 jun. 2023.

FOUCAULT, Michel. **A arqueologia do saber 1926 -1984**. Tradução de Luiz Felipe Baeta Neves - Rio de Janeiro: Forense Universitária, 7 ed., 2008a.

FOUCAULT, Michel. **Dits et écrits**. vol. III. Paris: Editions Gallimard, 1994.

FOUCAULT, Michel. **Nascimento da biopolítica**. São Paulo: Martins Fontes, 2008b.

FOUCAULT, Michel. **O sujeito e o poder**. In: DREYFUS, Hubert L. Rabinow, Paul. Michel Foucault: uma trajetória filosófica. Para além do estruturalismo e da hermenêutica. 2 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2013.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. **Tempus Actas**. v. 6, n. 2, p. 151-163. 2012. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1120>. Acesso em: 17 jun. 2023.

FREITAS, Lima de; MORIN, Edgar; NICOLESCU, Basarab. **Carta da Transdisciplinaridade**. Primeiro Congresso Mundial de Transdisciplinaridade. Convento de Arrábida, Portugal, 02 a 06 de nov. de 1994. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/39/39133/tde-21052012-093302/publico/ANEXO_A_Carta_Transdisciplinaridade.pdf. Acesso em: 23 mai. 2021.

GARDNER, Katy.; LEWIS, David. The anthropology of development. In: GARDNER, Katy.; LEWIS, David (Org.). **Anthropology, development and the post-modern challenge**. London: Pluto Press, 1996.

GDF - Governo do Distrito Federal. **Pactuação interfederativa 2017**. 2017. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2017/11/PACTUACAO-INTERFEDERATIVA-2017-2021.pdf>. Acesso em: 6 set. 2021.

GELBCKE, F. L. L.; MATOS, E. M.; SALLUM, N. C. Desafios para a integração multiprofissional e interdisciplinar. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**. v. 6, n. 4, 2012.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOMES, Mércio Pereira. **Os índios e o Brasil**: ensaio sobre um holocausto e sobre uma nova possibilidade de convivência. 2. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1991. 238 p.

GOMES, Silvana Cardoso; ESPERDIÃO, Monique Azevedo. Acesso dos usuários indígenas aos serviços de saúde de Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v. 33, n. 5, p. 1-20, 2017.

GONDIM, Grácia Maria de Miranda *et al.* O território da Saúde: A organização do sistema de saúde e a territorialização. In: BARCELLOS, Christovam *et al.* **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 237-256.

GOULART, Flavio. **Governança, capital social e saúde**. 2013. Disponível em: http://apsredes.org/wp-content/uploads/2013/11/TXT_Governana_Flavio.pdf. Acesso em: 6 set. 2021.

GUATTARI, Felix, ROLNIK, Suely. **Micropolítica Cartografias do Desejo**. 4 ed. Petrópolis-RJ: Vozes, 1996.

GUDYNAS, Eduardo; ACOSTA, Alberto. La renovación y la crítica al desarrollo y el buen vivir como alternativa. **Utópia Praxis Latinoamericana**. v. 16, n. 53, p. 71-83, abr-jun. 2011.

GUIMARÃES, V.L.B. **A qualidade da atenção à saúde indígena no Brasil**. Recife, 2011. 69f. Monografia (especialização em Saúde Pública) – Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.

GUSDORF, Georges. Past, present and future in interdisciplinary research. **International Social Science Journal**, v. 29, n. 4, p. 580-600, 1977.

HOEFEL, Maria da Graça Luderitz *et al.* PET-Saúde Indígena UnB: construindo redes interculturais em Saúde. **Tempus, Actas Saúde Colet** [internet] 2015. 9 (1):43-63. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1691>. Acesso em: 2016 maio 26.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Belém, Cidades e Estados**. 2022 Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>. Acesso em: 15 fev. 2021.

ITAITUBA. MS. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Distrito Sanitário Especial Indígena Rio Tapajós. **Plano de contingência distrital para infecção humana pelo novo coronavírus (covid-19) – DSEI Rio Tapajós**. 3ª Revisão. Julho de 2020. Itaituba, PA: Ministério da Saúde. 2020d. Disponível em: <https://ds.saudeindigena.icict.fiocruz.br/handle/bvs/1769>. Acesso em: 20 jul. 2023.

KRENAK, Ailton; PIÚBA, Fabiano (Org.). **Desnaturada: cultura e natureza**. Fortaleza: Secult/CE, 2022.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2003, p. 270.

LANA, Raquel Martins *et al.* Vulnerabilidade das populações indígenas à pandemia de Covid-19 no Brasil e os desafios para o seu monitoramento. In: FREITAS, Carlos Machado de, BARCELLOS, Christovam de Castro; VILLELA, Daniel Antunes Maciel (Org.). **Covid-19 no Brasil: cenários epidemiológicos e vigilância em saúde** [online]. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19 Fiocruz. Editora Fiocruz, 2021.

LANGDON, Esther Jean; GRISOTTI, Márcia (Org.). **Políticas públicas: reflexões antropológicas**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2016.

LÉVI-STRAUSS, Claude. A ciência do concreto. *In*: _____. **O pensamento selvagem**. São Paulo: Companhia Editora Nacional, [1962] 1976. p. 19-55.

LIMA, Luciana Dias. **A regionalização pode contribuir para o avanço do SUS?** **ENSP/FIOCRUZ**, 2014. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/35859>. Acesso em: 21 set. 2019.

LIMA, Maria Alice Dias da Silva; ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de; LIMA, Cristiane Cauduro. A utilização da observação participante e da entrevista semiestruturada na pesquisa em enfermagem. **Rev. gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 20, n. esp., p. 130-142, 1999.

LOUREIRO, Violeta Refkalefsky. **Caminhos e descaminhos da Amazônia: em busca do desenvolvimento - acertos, erros e possibilidades**. Vol. 1. Manaus: Editora Valer, 2023.

LUZ, Luziane Mesquita da *et al.* **Atlas Geográfico Escolar do Estado do Pará**. Belém-PA: GAPTA/UFPA, 2013. 64 p.

MACHADO, Cristiani Vieira; PEREIRA, Adelyne Maria Mendes; FREITAS, Carlos Machado de. As respostas dos países à pandemia em perspectiva comparada: semelhanças, diferenças, condicionantes e lições. p. 323-342. *In*: **Políticas e sistemas de saúde em tempos de pandemia: nove países, muitas lições**. Rio de Janeiro, RJ: Observatório Covid-19 Fiocruz / Editora Fiocruz, 2022. 342 p.

MAGALHÃES, Edgar Dias. Gestão da saúde indígena: o modelo brasileiro de atenção à saúde indígena. *In*: Primer Foro Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas San José-Costa Rica. **Resumos**. 26 de outubro de 2005.

MALINOWSKI, Bronislaw. **Um diário no sentido estrito do termo**. Rio de Janeiro, São Paulo: Editora Record; 2012.

MALLARINO, Consuelo Uribe. **Interdisciplinarietà en investigación: colaboración, cruce o superación de las disciplinas?** Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia, 2011.

MALTA, Deborah Carvalho; MERHY Emerson Elias. A micropolítica do processo de trabalho em saúde: revendo alguns conceitos. **Rev. Min. Enf.**, v. 7, n 1, p. 61-66, 2003.

MALTERUD, Kirsti. Theory and interpretation in qualitative studies from general practice: why and how? *Scandinavian Journal of Public Health*, 44, 2, 120-129, 2016.

MARINHO, G.; PONTES, A. L. M. Saúde Indígena: Políticas Comparadas na América Latina. *In*: LANGDON, E.J; CARDOSO, M.D. (Org.) Florianópolis: Editora da UFSC, 2015. 310 p.

MARTINS, F. J.; SOLDÁ, M.; PEREIRA, N. F. F. Interdisciplinaridade: da totalidade à prática pedagógica. **INTERthesis**, v.11, n.1, p. 1-22, 2014.

MATUS, Carlos. **O líder sem estado maior**. São Paulo: Fundap, 2000.

MEDINA, Maria Guadalupe *et al.* Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? **Cad. Saúde Pública**, 2020 v. 26, n. 8, e00149720, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00149720>. Acesso em: 17 jun. 2020.

MEDTROP [2022]. **Conferência, Fórum Covid-19**. Congresso MEDTROP 2022. XX/11/22. Belém/Pará.

MELO, Eduardo Alves. **Práticas de governo na gestão do SUS: poderes, dilemas e pragmatismos**. Série Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017. 244 p.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p. il. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/as-redes-de-atencao-a-saude/>. Acesso em: 25 jul. 2023.

MERHY, E. E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. *In*: Merhy, E. E. *et al.* (Org.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2002, p. 15-35.

MERHY, E. E.; MAGALHÃES, J. H. M.; RIMOLY, J.; FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. **O trabalho em saúde: olhando a experiência do SUS no cotidiano**. Saúde em Debate, São Paulo: Hucitec, 2007. p. 155.

MERHY, Emerson Elias. Em busca do tempo: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. *In*: TESTA, M.; CAMPOS, G. W. S. *et al.* **Agir em saúde: um desafio para o público**, 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MERHY, Emerson Elias; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; SANTOS, Mara Lisiane de Moraes; BERTUSSI, Debora Cristina; BADUY, Rossana Staevie. **Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde**. Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 43, n. especial 6, p. 70-83, dez 2019.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 3 ed. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1994.

MIRANDA, Alcides Silva de. **Análise estratégica dos arranjos decisórios na comissão intergestores tripartite do Sistema Único de Saúde**. 2003. [Tese] Doutorado em Saúde Coletiva. Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2003.

NOVO, Marina Pereira. Política e intermedialidade no Alto Xingu: do modelo à prática de atenção à saúde indígena. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 7, p. 1362-1370, 2011.

NUNES, João Arriscado; LOUVISON, Marília. Epistemologias do Sul e descolonização da saúde: por uma ecologia de cuidados na saúde coletiva. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 29, n. 3, e200563, 2020.

OLIVEIRA, Jonas Welton Barros; AQUINO, Jael Maria; MONTEIRO, Estela Maria Leite Meirelles. Promoção da saúde na comunidade indígena Pankararu. **Rev Bras Enferm**, v. 65, n. 3, p. 437-444, 2012.

OMS, UNICEF - Organização Mundial da Saúde e Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Imunização no contexto da pandemia de COVID-19: perguntas frequentes.** 2020.

Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331818>. Acesso em: 15 fev. 2021

OPAS - Organização Pan-americana da Saúde. **Folha informativa sobre COVID-19.** 2020a.

Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>. Acesso em: 6 set. 2021.

OPAS - Organização Pan-americana da Saúde. **Diretora da OPAS afirma que vacinas contra a COVID-19 são recomendadas para as Américas mesmo com novas variantes.**

2021a. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/10-2-2021-diretora-da-opas-afirma-que-vacinas-contra-covid-19-sao-recomendadas-para>. Acesso em: 02 dez. 2021.

OPAS - Organização Pan-americana da Saúde. **Folha informativa sobre Covid-19.** 2021b.

Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19>. Acesso em: 28 nov. 2021.

OPAS - Organização Pan-americana da Saúde. **Trinta e dois países e territórios das Américas detectaram infecção por uma das três 'variantes de preocupação'.** 2021c.

Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/26-3-2021-trinta-e-dois-paises-e-territorios-das-americas-detectaram-infeccao-por-uma-das>. Acesso em: 17 jun. 2021.

OPAS - Organização Pan-americana da Saúde. **Vacinação contra a covid-19: orientações para o planejamento da introdução da vacina contra a COVID-19.** 2020b. Disponível em:

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52516/OPASFPLIMCOVID19200014_po%20r.pdf?sequence=1&isA1. Acesso: 24 ago. 2021.

PARÁ. Comissão Intergestores Bipartite (CIB). **Resolução CIB nº 140**, de 09 de agosto de 2018. Aprova com base na configuração das regiões de saúde existentes a instituição das Macrorregiões de Saúde do Estado do Pará. Belém, PA: Diário Oficial do Pará nº 33682. p.

20, 2018a. Disponível em: https://www.ioepa.com.br/pages/2018/08/20/2018.08.20.DOE_20.pdf. Acesso em: 25 jul. 2023.

PARÁ. Comissão Intergestores Bipartite (CIB). **Resolução CIT nº 37**, de 22 de março de 2018. Dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2018b. Disponível em:

https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0037_26_03_2018.html. Acesso em: 25 jul. 2023.

PARÁ. **Plano de contingência estadual para infecção humana pelo novo coronavírus.**

Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública. Belém – Pará, 2020.

PARÁ. **Resolução CIB 215**, de 29 de novembro de 2009. Pactua o desenho da Regionalização do Estado do Pará. Belém: SESPA/COSEMS, 2009.

PARÁ. **Resolução CIB 90**, de 12 de junho de 2013. Repactua o desenho da Regionalização do Estado do Pará. Belém: SESPA/COSEMS, 2013.

PARÁ. SESPA. **Plano Estadual do Estado do Pará, 2020-2023.** 2019. Disponível em:

<http://www.saude.pa.gov.br/download/plano-estadual-de-saude-2020-2023/>. Acesso em: 5 out. 2021.

PAVAN, Cleusa; TRAJANO, Ana Rita Castro. Apoio institucional e a experiência da Política Nacional de Humanização (PNH) na Freguesia do Ó, Brasilândia, São Paulo, Brasil.

Interface - Comunicação, Saúde, Educação. v. 18, supl. 1, p. 1027-1040, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0229>. Acesso em: 25 jul 2023.

PELBART, Peter Pál. Fragmentos para um arquivo do inacontecível. *In*: PELBART, Peter Pál; FERNANDES, Ricardo Muniz. **Pandemia crítica – outono 2020**. São Paulo: N-1 Edições, 2021. p. 13-21. [ISBN:978-65-8611-48-4].

PELEIAS, Ivam Ricardo; MENDONÇA, Janete de Fátima; SLOMSKI, Vilma Geni; FAZENDA, Ivani Catarina Arantes. Interdisciplinaridade no Ensino Superior: Análise da Percepção de Professores de Controladoria em Cursos de Ciências Contábeis na Cidade de São Paulo. **Avaliação**, v. 16, n. 3, p. 499-532, 2011.

PEREIRA JÚNIOR, Nilton; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. O apoio institucional no Sistema Único de Saúde (SUS): os dilemas da integração interfederativa e da cogestão. **Interface.** v. 18, Supl. 1, p. 895-890, 2014.

PEREIRA JÚNIOR, Nilton; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. O apoio institucional no Sistema Único de Saúde (SUS): os dilemas da integração interfederativa e da cogestão. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação.** v. 18, supl. 1, p. 895-908, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0424>. Acesso em: 25 jul 2023.

PEREIRA, Adelyne Maria Mendes. **Dilemas federativos e regionalização na saúde: o papel do gestor estadual do SUS em Minas Gerais**. 2009. 133f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Osvaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2009.

PEREIRA, Ana Lúcia *et al.* (Org.). **Regionalização é o caminho!** São Paulo: Pyxis Editoria. v. 4, p. 100, 2015.

PIETERSE, Jan Nederveen. After post-development. **Third World Quarterly**, v. 21, n. 2, p. 175-191, Apr. 2000. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01436590050004300>. Acesso em: 15 fev. 2021.

PINTO, Paulo Moreira; SIMONIAN, Ligia Terezinha Lopes; MONTEIRO, Maurilio de Abreu. El turismo como núcleo de estudio interdisciplinario: [re]construcción de los procedimientos y adecuaciones metodológicas. **Estudios y Perspectivas en Turismo**, v. 24, n. 3, p. 450-469, 2015.

PONTE, Laura Arlene Saré Ximenes. **Políticas públicas e os índios citadinos: estudo das políticas indigenistas de educação e saúde em Belém e Manaus (1988 a 2010)**. [Tese] Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido. Núcleo de Altos Estudos Amazônicos. Universidade Federal do Pará. 2011.

QUIJANO, Anibal. Colonialidade do poder, Eurocentrismo e América Latina: Perspectivas latino-americanas. *In*: CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales. **A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais**. Buenos Aires: CLACSO, 2005. Disponível em: http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/clacso/sur-sur/20100624103322/12_QUIJANO.pdf. Acesso em: jun. 2022.

RAYNAUT, Claude. Os desafios contemporâneos da produção do conhecimento: o apelo para interdisciplinaridade. **INTERthesis**, Florianópolis, v. 11, n. 1, Jan/Jun. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.5007/1807-1384.2014v11n1p1>.

REDENÇÃO. MS. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Distrito Sanitário Especial Indígena Kaiapó do Pará. **Plano de contingência do DSEI Kayapó Pará para infecção humana pelo novo coronavírus (covid-19) em populações indígenas**. Março de 2020. Redenção, PA: Ministério da Saúde, 2020b. Disponível em: <https://ds.saudeindigena.iciet.fiocruz.br/handle/bvs/1734>. Acesso em: 25 jul. 2023.

RENAST. **Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite - CIB, CIT**. 2017. Disponível em: <https://renastonline.ensp.fiocruz.br/temas/comissoes-intergestores-bipartite-tripartite-cib-cit>. Acesso em: 02 dez. 2021.

RIBAS, Thiago Fortes. **Foucault: saber, verdade e política**. São Paulo: Intermeios, 2017.

RIBEIRO, Ariadne Alves; FORTUNA, Cinira Magali; ARANTES, Cassia Irene Spinelli. O trabalho de enfermagem em uma instituição de apoio ao indígena. **Texto contexto**, v. 24, n. 1, p. 138-145, 2015.

RIBEIRO, José Mendes. Conselhos de saúde, comissões intergestores e grupos de interesses no Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad Saude Publica**, v. 13, n. 1, p. 81-92, jan-mar 1997.

ROCHA, Leandro Mendes. A política indigenista como objeto de estudo: 1930-1967. **História Rev.** v. 1, n. 1, p. 105-123. jan-jun. 1996. DOI: <https://doi.org/10.5216/hr.v1i1.11051>.

RODRIGUES, Rosiane Pinheiro *et al.* **O impacto do planejamento estratégico na criação de projetos intervencionistas no campo da micropolítica da gestão: um relato de experiência**. Curso Micropolítica de Gestão e do Trabalho em Saúde/UFF. E-book. Niterói: CEAD-UFF, 2021. No prelo.

RODRIGUES, Rosiane Pinheiro. **Análise das ações e serviços voltados à saúde indígena nos planos regionais de redes de atenção à saúde do Pará: transversalidade ou equidade?** 2017. Dissertação (Mestrado em Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia) - Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Pará, Belém, 2017.

RODRIGUES, Rosiane Pinheiro. **Implementação das Comissão Intergestores Regional (CIR) do Marajó Oriental: um caminho para regionalização solidária e cooperativa**. 2012. 63 f. Monografia (Especialização em Gestão em Saúde) - Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Pará, Belém, 2012.

RODRIGUES, Rosiane Pinheiro; SIMONIAN, Ligia Terezinha Lopes; PEDROSO, Janari da Silva. **Ecodesenvolvimento e sua interface com a Pandemia COVID-19: impactos ambientais e sociais da Amazônia**. In: SIMONIAN, Ligia Terezinha Lopes; MATHIS, Armin; CASTRO, Fábio Fonseca de (Org.). **Ciência na Amazônia: Desenvolvimento, Sustentabilidade e Diversidade em Tempos de Covid-19**. Belém: Editora do NAEA, 2023, p. 47-70. [ISBN: 978-85-7143-222-2].

RODRIGUES, Rosiane Pinheiro; SIMONIAN, Ligia Terezinha Lopes; Silva, Andressa Vulcão da. Cartografia social: um caminho para modelos de Distrito Sanitário Especial Indígena no Estado do Pará. **Revista Saúde em Redes**, Porto Alegre, v. 8, n. 2, 2022. Disponível em: [Cartografia: um Caminho para Modelos de Distrito Sanitário Especial Indígena Diferenciados no Estado do Pará | Saúde Redes;8\(2\): 275-290, 20220913. | LILACS \(bvsalud.org\)](https://lilacs.bvsalud.org/lilacs/handle/lilacs/1220913). Acesso em: 15 fev. 2023.

RODRIGUES, Rosiane Pinheiro; SIMONIAN, Ligia Terezinha Lopes; SOUSA, Alder Mourão de. Governança no SUS: experiência de participação popular em saúde no estado do Pará. **Papers do NAEA**. Belém. 2024. 19 p. No prelo.

ROZA, Monica. Uma relação entre conceito de saúde, normatividade e biopolítica. *In*: BAGRICHEVSKY, Marcos; ESTEVÃO, Adriana (Org.). **Saúde coletiva: dialogando sobre interfaces temáticas**. Ilhéus-BA: Editus, 2015. p. 93-105.

SANTANA, Rodrigo dos Santos *et al.* Epidemiology of COVID-19 among indigenous people living in the Amazon region of Brazil. **Weekly Epidemiological Record**, n. 14, p.141-149, 8 April 2022. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/352898/WER9714-141-149-eng-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em outubro de 2022.

SANTOS FILHO, José Camilo dos; GAMBOA, Silvio Sanches (Org.). **Pesquisa Educacional: quantidade-qualidade**. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2000.

SANTOS JÚNIOR, Orlando Alves; AZEVEDO, Sergio de; RIBEIRO, Luiz Cesar Queiroz. Democracia e gestão local; a experiência dos conselhos municipais no Brasil. *In*: RIBEIRO, Luiz Cesar Queiros; SANTOS, Junior, Orlando Alves dos; AZEVEDO, Sergio de. **Governança democrática e poder local**. Rio de Janeiro: Revan, 2004.

SANTOS, Boaventura de Souza; GRAVITO, César A. Rodríguez (Org.). **El derecho y la globalización desde abajo: hacia una legalidad cosmopolita**. Rubí (Barcelona): Anthropos; México: UAM Cuajimalpa, 2007. Disponível: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/44204/1/El%20derecho%2C%20la%20política%20y%20lo%20subalterno%20en%20la%20globalización%20.pdf>. Acesso em: 5 out. 2021.

SÁ-SILVA, Jacson Ronie; ALMEIDA, Cristovão Domingos de; GUINDANI, Joel Felipe. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Rev. Brasil. Hist. Ciênc. Sociais**. v. 1, n. 1, jul. 2009.

SHIMIZU, Helena Eri *et al.* O protagonismo dos Conselhos de Secretários Municipais no processo de governança regional. **Rev. Ciênc. Saúde Coletiva**. v. 22, n. 4, p. 1131-1140, 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017224.28232016.

SILVA, Glauco Peres da. Desafios ontológicos e epistemológicos para os métodos mistos na Ciência Política. **Rev. Bras. Ciências Sociais**. v. 30 n. 88, p. 115-129, jun. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.17666/3088115-128/2015>.

SIMÃO, Juliana Barby; ORELLANO, Veronica Ines Fernandez. Um estudo sobre a distribuição das transferências para o setor de saúde no Brasil. *Estud. Econ.* São Paulo, v. 45, n. 1, p. 33-63, jan./mar. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ee/v45n1/0101-4161-ee-45-01-0033.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2020.

SIMONIAN, Ligia Terezinha Lopes. Pesquisa em ciências humanas e desenvolvimento entre as populações tradicionais amazônicas. **Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi**, Belém, v. 1, n. 2, p. 119-134, 2005.

SIMONIAN, Ligia Terezinha Lopes. Políticas públicas e participação social nas Reservas Extrativistas amazônicas entre avanços, limitações e possibilidades. **Desenvolv. Meio e ambiente (UFPR)**. v. 48, Edição especial: 30 Anos do Legado de Chico Mendes, p. 118-139, 2018. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/made/article/view/58920/36953>. Acesso em: 21 de maio de 2020.

SOUZA, Celina. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 8, n. 16, p. 20-45, jul./dez. 2006.

SOUZA, Evânia Leiros *et al.* (Org.). **Metodologia da pesquisa**: aplicabilidade em trabalhos científicos na área da saúde. 2. ed. Revista e Ampliada. Natal: EDUFRN, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/27909>. Acesso em: 25 jul. 2023.

SPRANDEL, Marcia Anita. Análise do veto 27, de 2020 - Plano emergencial para enfrentamento à covid-19 nos territórios indígenas e medidas de apoio a diversas comunidades. *In*: ALMEIDA, A. W. B.; MARIN, R. E. A.; MELO, E. A. (Org.). **Pandemia e Território**. São Luís: UEMA Edições/PNCSA; 2020. p. 79-96. Disponível em: <https://api.saudeindigena.icict.fiocruz.br/api/core/bitstreams/f1abb501-d6b4-48bd-99bf-4be66df4dfea/content>. Acesso em: 25 jul 2023.

TEIXEIRA, Carla Costa. Participação social na saúde indígena: a aposta contra a assimetria no Brasil? **Amazôn., Rev. Antropol.** v. 9, n. 2, p. 716-733, 2017.

TEIXEIRA, Carla Costa; SIMAS, Diego da Hora; COSTA, Nilton Miguel Aguilar. Controle social na saúde indígena: limites e possibilidades da democracia direta. **Tempus: Actas de Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 97-115, 2013.

TERENA, Luiz Eloy. **O Papel dos Sistemas de Saúde no enfrentamento da pandemia e das desigualdades sociais**. *In*: Seminário Internacional do Direito à Saúde, 2021. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=PpG_5Ui5L0A. Acesso em: 23 nov. 2021.

TERRA, Fábio Henrique Bittes; FERRARI FILHO, Fernando. As políticas econômicas em Keynes: reflexões para a economia brasileira no período 1995-2011. *In*: **III Congresso Latinoamericano de Historia Económica y XXIII Jornadas de História Económica**. San Carlos de Bariloche - Argentina, 2012. Disponível em: https://www.anpec.org.br/encontro/2012/inscricao/files_I/i1-d438465bfaa8b2ce2f08060bb4eaa4ae.pdf. Acesso em: 01 fev. 2022.

TESTON, Luci Maria *et al.* Desafios políticos e operacionais na percepção de gestores sobre a regionalização em saúde no Acre. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 121, p. 314-328, abr./jun. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912102>. Acesso em: 15 abr. 2020.

VARGAS, Karem Dall'acqua *et al.* A (des)articulação entre os níveis de atenção à saúde dos Bororo no Pólo-base Rondonópolis do distrito sanitário especial indígena de Cuiabá – MT. **Physis Rev. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1399-1418, 2010.

VERDUM, Ricardo. A cooperação internacional e a expansão do indigenismo integracionista: O caso Missão Andina. **Revista de Estudos em Relações Interétnicas**, v. 10, n. 1, p. 1–37, 2014. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/interethnica/article/view/11682>. Acesso em: 3 nov. 2021.

VIDAL, Josep Pont. **Fundamentos epistemológicos da interdisciplinaridade**. Universidade Federal do Pará. Núcleo Altos Estudos Amazônicos. Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido (PPGDSTU). PowerPoint. 2020. 19p.

VIECO, J. J. Desarrollo sostenible, organización social y ambiente en la Amazonia. In: FRANKYCALVO, C. E.; ZÁRATE-BOTÍA, C. G. (Org.). **Imani mundo**: estúdios en la Amazonia colombiana. Leticia: Universidad Nacional de Colombia/IAII, 2001. p. 47-70.

VIOLA, A. La crisis do desarrollismo y el surgimiento de la antropología del desarrollo. In: VIOLA, Andreu. (Org.). **Antropología del desarrollo**. Barcelona: Paidós, p. 9-64, 2000.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Q&As on COVID-19 and related health topics**. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub>. Acesso em: 14 abril 2021.

YIN, Robert K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

ANEXO 1



Decreto Nº 11.358, de 1º de janeiro de 2023, publicado no DOU de 01/01/2023. Alterado pelo Decreto Nº 11.391, de 2023, que altera estrutura organizacional da SESAI/MS.

ANEXO 2

Relação de documentos da SESAI sobre Coronavírus

- 01- Nota Informativa n. 02/2020 - Recomendações às Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) e equipes das CASAI dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (25000.011608/2020-42)
- 02- Nota Informativa n. 06/2020 - Recomendações às Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) e equipes das CASAI dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (25000.011608/2020-42)
- 03- Despacho COGASI - Encaminhamento aos 34 DSEI do Protocolo de Manejo Clínico, procedimento Operacional Padrão para APS e Fluxograma de atendimento na APS (25000.011608/2020-42);
- 04- Ofício Circular n. 17/2020 - curso da OMS sobre "Doenças ocasionadas por vírus respiratórios emergentes, incluindo o COVID-19" (25000.011608/2020-42);
- 05- Ofício-Circular n. 21 DASI/SESAI encaminhando aos DSEI o Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID-19) em Povos Indígenas (25000.011608/2020-42);
- 06- Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID-19) em Povos Indígenas (25000.011608/2020-42);
- 07- Ofício-Circular n. 01/2020 DASI SESAI encaminhando o Informe Técnico Informe Técnico n. 01/2020 SESAI/MS – Doença pelo Coronavírus (COVID-19) (25000.011608/2020-42);
- 08- Informe Técnico n. 01/2020 SESAI/MS – Doença pelo Coronavírus (COVID-19) (25000.011608/2020-42);
- 09- Ofício n. 13 DASI/SESAI à FUNAI sobre Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) – Coronavírus (25000.036287/2020-99);
- 10- Ofício Circular n. 02 DASI/SESAI aos DSEI solicitando informações sobre as medidas e ações adotadas para o enfrentamento da COVID-19;

- 11- Ofício Circular n. 27 COGASI/DASI/SESAI - Plano de Contingência Distrital para Infecção Humana pelo Novo Coronavírus (COVID-19) e recomendações gerais;
- 12- Ofício Circular n. 03 DASI/SESAI/MS – Encaminhando Informe Técnico n. 02/2020 – Doença pelo Coronavírus (COVID-19); Protocolo Manejo COVID-19 na APS (0014057229), em substituição ao Protocolo de Manejo Clínico para o coronavírus (COVID-19) referenciado no Despacho COGASI (0013831125); Nota Técnica 9/2020-CGSB (0014066900), sobre atendimento odontológico no SUS durante a epidemia do novo coronavírus; IV - Nota Técnica 7 (0014033399), sobre a amamentação em situação de risco iminente de transmissão da COVID-19. (25000.011608/2020-42);
- 13- Informe Técnico n. 02/2020 – Doença pelo Coronavírus (COVID-19) (25000.011608/2020-42);
- 14- Protocolo Manejo COVID-19 na APS (0014057229) (25000.011608/2020-42);
- 15- Nota Técnica 9/2020-CGSB (0014066900), sobre atendimento odontológico no SUS durante a epidemia do novo coronavírus (25000.011608/2020-42);
- 16- Portaria n. 719/2020 FUNAI sobre medidas temporárias em relação à COVID-19;
- 17- Ofício n. 260 GAB/SESAI – Encaminha ações referentes à Secretaria Especial de Saúde Indígena (25000.039107/2020-21);
- 18- Ofício n. 91 SESAI – Solicitando à SVS antecipação da campanha de vacinação (25000.036276/2020-17);
- 19- Ofício n. 15 DASI/SESAI – Ao GAB/MS solicitando implementação da Portaria n. 125/2019 sobre restrição de entrada no país na fronteira Brasil-Colômbia-Peru (25000.040047/2020-99);
- 20 - Ofício n. 16 DASI/SESAI – Ao GAB/MS solicitando implementação da Portaria n. 125/2019 sobre restrição de entrada no país na fronteira Brasil com Guiana Francesa, Guiana Inglesa e Venezuela (25000.040047/2020-99);
- 21- Ofício-Circular n. 04/2020 – Encaminhando aos DSEI o Informe Técnico n. 03/2020 sobre COVID-19;

- 22- Informe Técnico n. 03/2020 SESAI sobre COVID-19;
- 23- Ofício Circular m. 37/2020 sobre orientações aos DSEI sobre aquisição de insumos, equipamentos e contratação de serviços em decorrência da pandemia da COVID-19.
- 24- Portaria SESAI n. 16/2020 – Institui o comitê de crise para o enfrentamento da COVID-19;
- 25- Informe Técnico n. 04/2020 sobre COVID-19.
- 26- Ofício-Circular n. 07/2020 DASI/SESAI, encaminhando o Informe Técnico n. 04/2020 sobre COVID-19
- 27 - Ofício-Circular n. 07/2020 DASI/SESAI solicitando as medidas e ações realizadas pelos DSEI para enfrentamento do novo coronavírus (COVID-19)
- 28- Portaria SESAI n. 36/2020, de 01 de abril de 2020, institui o Comitê de Crise Nacional para enfrentamento da COVID-19
- 29- Nota Informativa n. 03/2020 DASI/SESAI - Orientações sobre entrega de cestas de alimentos para comunidades indígenas
- 30- Nota Informativa n.04/2020 DASI/SESAI sobre Segurança Alimentar e Nutricional dos Povos Indígenas durante o período de pandemia da COVID-19
- 31- Ofício-Circular n. 10/2020 - Orientações quanto aos espaços necessários ao isolamento de indígenas nas cidades
- 32- Nota Técnica n. 21/2020 - Orientar os Distritos Sanitários Especiais Indígenas, em complementação à Nota Técnica Nº11/2020-DESF/SAPS/MS (0014373638), sobre a utilização do SARS-CoV-2 Antibody test®
- 33- Portaria Conjunta Nº 1 CNJ - Estabelece procedimentos excepcionais para sepultamento e cremação de corpos durante a situação de pandemia do Coronavírus.
- 34- Portaria SESAI n. 55/2020 - Institui a Equipe de Resposta Rápida no âmbito dos DSEI para enfrentamento da pandemia de COVID-19.

35- Ofício-Circular 18 e Nota Técnica n. 04/2020 DASI/SESAI sobre o rol de insumos estratégicos de saúde, equipamentos de saúde e meios logísticos necessários para atuação da Equipe de Resposta Rápida (ERR), bem como orientar as conveniadas e os DSEI sobre procedimentos e fluxos para contratação da equipe.

36- Ofício-Circular 181/2020 CGPNI/DEIDT/SVS/MS sobre antecipação da vacinação contra Influenza para a população indígena

37- Nota Técnica n. 22/COGASI/DASI sobre orientações aos profissionais das Casas de Saúde Indígena (CASAI) dos 34 Distritos Sanitários Especial Indígena, bem como das CASAI Nacionais, sobre as medidas de prevenção e controle da pandemia de COVID-19.

38- Ofício-Circular 30/2020 DASI/SESAI/MS encaminhando o Informe Técnico n. 05/2020 SESAI sobre COVID-19.

39- Informe Técnico n. 05/2020 SESAI sobre COVID-19.

40- Ofício-Circular n.37/2020 DASI/SESAI encaminha aos DSEI a estratégia Unidades de Atenção Primária Indígena para COVID-19

41- Documento: Unidades de Atenção Primária Indígena para COVID-19

42 - Ofício-Circular 39/2020 DASI/SESAI/MS encaminhando o Informe Técnico n. 06/2020 SESAI sobre COVID-19.

43- Informe Técnico n. 06/2020 SESAI sobre COVID-19.

ANEXO 3

UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARÁ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SAÚDE INDÍGENA NO PARÁ E SUA INTERFACE COM O COVID-19: planejamento, implementação e governança.

Pesquisador: Rosiane Pinheiro Rodrigues

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 67600122.6.0000.0018

Instituição Proponente: Universidade Federal do Pará

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.156.461

Apresentação do Projeto:

Diante do novo cenário mundial, nacional e estadual, acometido pela nova variação do Coronavírus, as autoridades internacionais e nacionais lançam medidas que precisam ser planejadas e implementadas com rigor, de maneira a conter a propagação do vírus e o acometimento de mais indivíduos, com mortes e sequelas. Tal necessidade se reforça nessa conjuntura de pandemia, a partir dos casos confirmados e dos óbitos notificados por COVID-19 entre os povos indígenas do estado do Pará. Deste modo, esse projeto de tese buscará analisar os processos de governança, pactuação e articulação nas tomadas decisões, planejamentos e implementações de ações e serviços voltados à saúde indígena, nesse período de pandemia pelo COVID -19. Para a condução desse projeto, se adotará um estudo misto, com abordagem qualitativa e quantitativa, com uso de uma bibliografia especializada voltada a regionalização, saúde indígena, interdisciplinaridade, impactos do COVID 19, redes de atenção, governança e micropolítica do poder, com documentação histórica, normatizações, teses e artigos científicos. A complexidade posta por este estudo, também exigirá diferentes metodologias, o que favorece ao pesquisador compreender e analisar os fatos e fenômenos a partir de diferentes perspectivas, possibilitando assim, o diálogo interdisciplinar. Nesse sentido, este estudo utilizará o enfoque interdisciplinar, associado ao método hipotético-dedutivo, aliado também a dialética para responder a realidade desta pesquisa, já que a dialética traz o enfoque

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01- Campus do Guamá ,UFPA- Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2º and.
Bairro: Guamá **CEP:** 66.075-110
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

ANEXO 4



Universidade Federal do Pará
Núcleo de Altos Estudos Amazônicos
Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento
Sustentável do Trópico Úmido



ATA DE DEFESA PÚBLICA DA TESE DE DOUTORADO DA DISCENTE
ROSIANE PINHEIRO RODRIGUES

A Banca de Defesa Pública da Tese de Doutorado presidida pela orientadora Prof.^a Dr.^a Ligia Terezinha Lopes Simonian, e constituída pelos examinadores Prof.^a Dr.^a Rosa Elizabeth Acevedo Marin, Prof. Dr. Hisakhana Pahoona Corbin, Prof.^a Dr.^a Laura Maria Vidal Nogueira e Prof.^a Dr.^a Nádile Juliane Costa de Castro, reuniu-se no dia 01 de fevereiro de 2024, às 9h, para avaliar a Tese de Doutorado intitulada "SAÚDE INDÍGENA NO PARÁ E SUA INTERFACE COM O COVID-19: PLANEJAMENTO, IMPLEMENTAÇÃO E GOVERNANÇA", da doutoranda ROSIANE PINHEIRO RODRIGUES. Após explanação da doutoranda, e sua arguição pela Banca Examinadora, a referida Tese foi avaliada e APROVAÇÃO, de acordo com as normas estabelecidas pelo Regulamento do Curso. Esta ata não tem validade como atestado de término do curso, que será finalizado após a homologação da tese, de acordo com as normas estabelecidas pelo Regulamento do Curso.

Belém, 01 de fevereiro de 2024.

Prof.^a Dr.^a Ligia Terezinha Lopes Simonian
Presidente/Orientadora
PPGDSTU/NAEA/UFPA

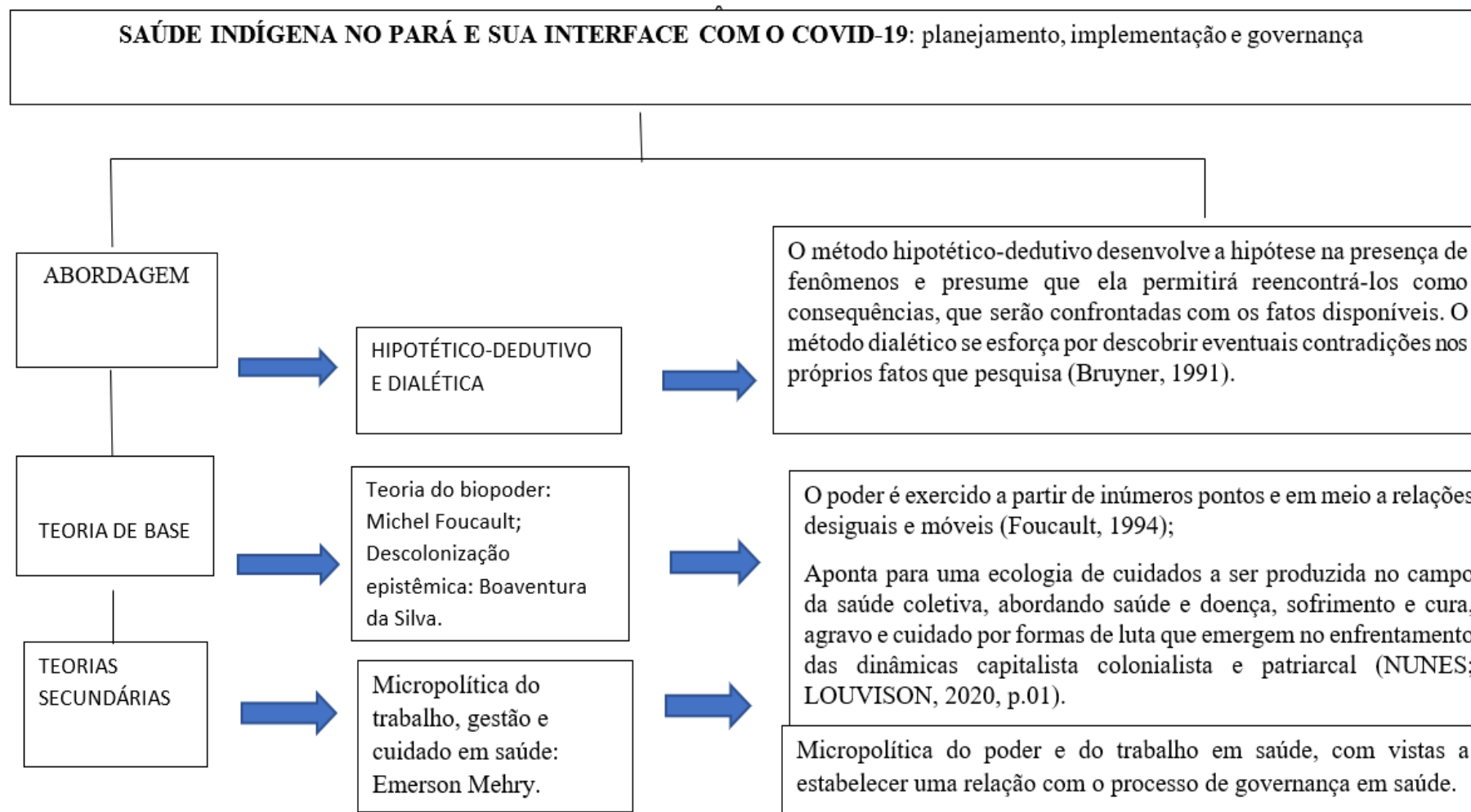
Prof.^a Dr.^a Rosa Elizabeth Acevedo Marin
Examinadora Interna
PPGDSTU/NAEA/UFPA

Prof. Dr. Hisakhana Pahoona Corbin
Examinador Interno
PPGDSTU/NAEA/UFPA

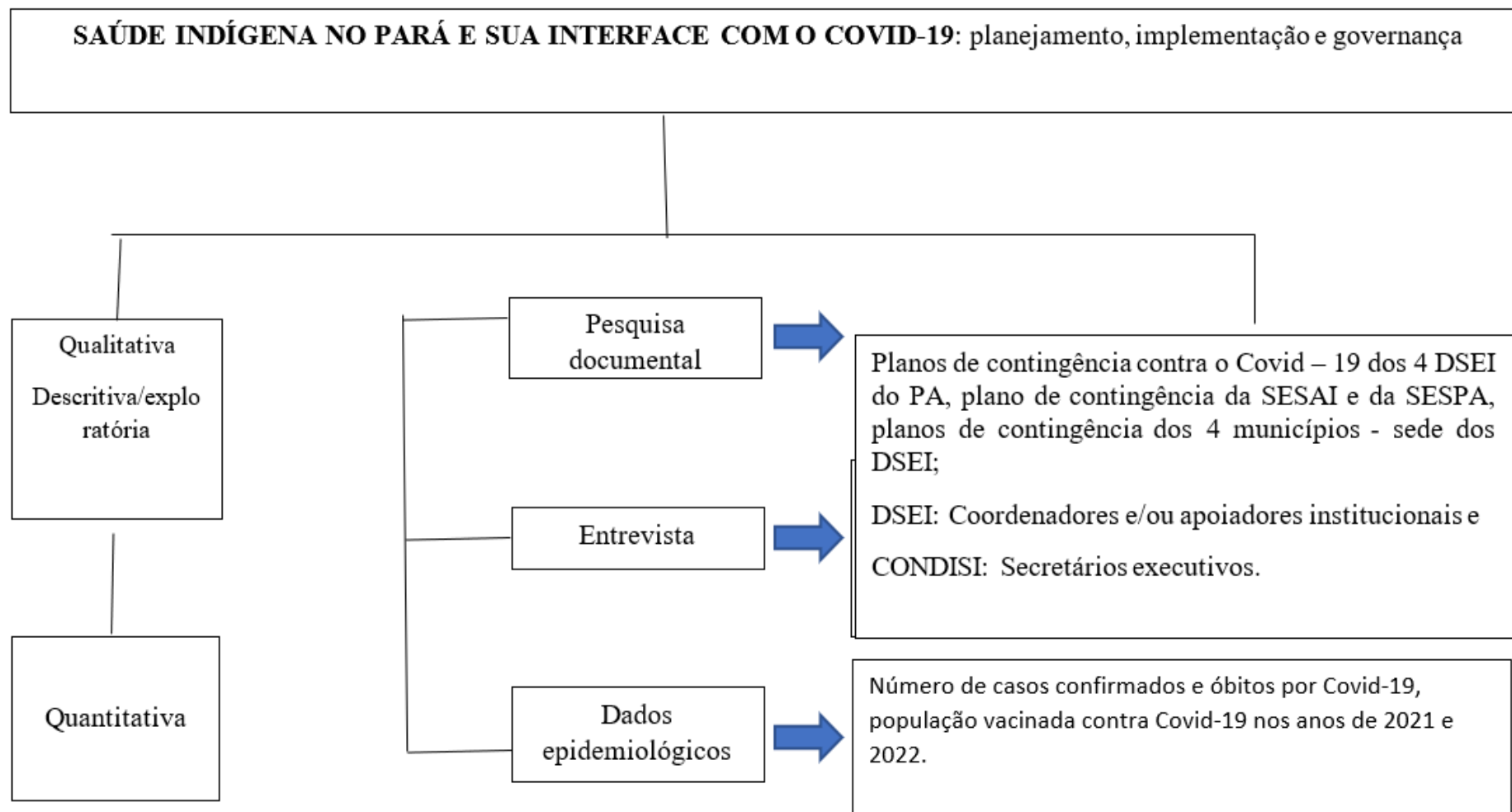
Prof.^a Dr.^a Laura Maria Vidal Nogueira
Examinador Externo
PPGENE/UEPA

Prof.^a Dr.^a Nádile Juliane Costa de Castro
Examinadora Externa
PPGENE/FAENE/UFPA

APÊNDICE A: Instrumental teórico-metodológico.



APÊNDICE B: Esquema metodológico da pesquisa científica.



APÊNDICE C: Design da pesquisa

