

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ ESCOLA DE GOVERNO FIOCRUZ
GERÊNCIA REGIONAL DE BRASÍLIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO PROFISSIONAL EM POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE

Gizele Soares Martins Porto

REFLEXÕES SOBRE AS ESTRATÉGIAS DO CONTROLE SOCIAL NO ÂMBITO DO
DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA DO CEARÁ (DSEI/CE) NO
ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DE COVID-19

Brasília

2023

Gizele Soares Martins Porto

REFLEXÕES SOBRE AS ESTRATÉGIAS DO CONTROLE SOCIAL NO ÂMBITO DO
DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA DO CEARÁ (DSEI/CE) NO
ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DE COVID-19

Dissertação apresentada à Escola de Governo
Fiocruz, como requisito parcial para obtenção
do título de mestre em Políticas Públicas em
Saúde, linha de pesquisa de Saúde e Justiça.

Orientadora: Dra. Vera Lucia de Azevedo
Dantas

Coorientadora: Ma. Bianca Coelho Moura

Brasília

2023

P853r Porto, Gizele Soares Martins.
Reflexões sobre as estratégias do controle social no âmbito do Distrito Sanitário Especial Indígena Do Ceará (DSEI/CE) no enfrentamento à pandemia de covid-19 / Gizele Soares Martins Porto. -- 2023.
120 f. : il.color, fotos, mapas.

Orientadora: Vera Lúcia Azevedo Dantas.
Coorientadora: Bianca Coelho Moura.
Dissertação (Mestrado Profissional em Políticas Públicas em Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz, Gerência Regional de Brasília, Escola de Governo Fiocruz Brasília, Brasília, DF, 2023.
Bibliografia: f. 104-112.

1. Saúde de Populações Indígenas. 2. Controle Social. 3. COVID-19. I. Título.
CDD 614

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Livia Rodrigues Batista - CRB-1/3443
Biblioteca Fiocruz Brasília

GIZELE SOARES MARTINS PORTO

REFLEXÕES SOBRE AS ESTRATÉGIAS DO CONTROLE SOCIAL NO ÂMBITO DO
DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA DO CEARÁ (DSEI/CE) NO
ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DE COVID-19

Dissertação apresentada à Escola Fiocruz de
Governo no Programa de Políticas Públicas em
Saúde, turma Promoção e Vigilância em Saúde,
Ambiente e Trabalho, na linha de pesquisa de
Saúde e Justiça Ambiental.

Orientadora: Dra. Vera Lucia de Azevedo
Dantas

Coorientadora: Ma. Bianca Coelho Moura

Aprovada em: 24/03/2023

BANCA EXAMINADORA

p/ *Vera Lúcia de Azevedo Dantas*

Dr^a. Vera Lúcia de Azevedo Dantas - Orientadora - Universidade Federal do Ceará

p/ *Vera Lúcia de Azevedo Dantas*

Ma. Bianca Coelho Moura - Coorientadora - Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Brasília

p/ *Vera Lúcia de Azevedo Dantas*

Dr. Jorge Mesquita Huet Machado - Membro Interno - Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz
Brasília

p/ *Vera Lúcia de Azevedo Dantas*

Dr^a. Lúcia Conde Oliveira - Membro Externo - Universidade Estadual do Ceará.

p/ *Vera Lúcia de Azevedo Dantas*

Dr. André Luiz Dutra Fenner - Suplente - Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Brasília.

AGRADECIMENTOS

É com imenso júbilo e gratidão que chego a este tão esperado momento da jornada do Mestrado Profissional em Políticas Públicas em Saúde da Escola de Governo da Gerência Regional de Brasília da Fundação Oswaldo Cruz. Uma jornada rica em aprendizagem, conhecimento e compartilhamento de experiências que manterei sempre acesas na memória e no coração.

Este, pois, é o momento de agradecer a tudo e a todos que, na trajetória, se revelaram especiais para que este momento se tornasse real e, na singularidade de cada um, contribuíram para o êxito da jornada.

Ao Pai Tupã, primeiramente, por ter me guiado e protegido até aqui nesta jornada ao conhecimento, me dando forças para superar os obstáculos encontrados ao longo do caminho, me concedendo a graça da grande experiência em que se resume esta formação acadêmica.

À Fiocruz Brasília, pela oportunidade e acolhida que proporcionou chegar a este patamar.

Aos funcionários, tutores e professores da Fiocruz Brasília e Fiocruz Pernambuco: Aline, André Fenner, Gisley, Jorge Machado, Mariana Oliveira e Virgínia.

Agradeço de modo especial à minha orientadora, Vera Dantas, e a minha coorientadora, Bianca Coelho, pelas orientações e constantes disponibilidades para compartilhar os seus conhecimentos, me auxiliando com sabedoria e clareza na articulação das ideias e dos referenciais da pesquisa que ora se materializou neste trabalho acadêmico.

Aos queridos colegas do curso de Mestrado, NAE Nazaré Flor, em especial aqueles com quem tive a honra e a alegria de compartilhar cada etapa importante do curso e com quem pude construir valiosas amizades: Clarisse, Fernando Paixão, João, Mariana, Neyla, Regina e Suany. Sem vocês tudo teria sido muito mais difícil.

Aos amigos Leiluan Igo e Pedro pela colaboração especial que me auxiliou na busca do conhecimento.

Aos amigos e colegas de trabalho da Saúde Indígena, pelo apoio e motivação diária: Clediane Tabajara, Cristiane Quixelo, Edivan Tremembé, Emanuela, Júnior Bertoldo, Leidiane de Paula, Leidiane Tapeba, Lucinha Tremembé, Lucas Dias, Luzinário Potyguara, Mariana Tabajara, Rafael Tapeba e Sanmara.

A minha amiga e irmã de coração, Joceline Santos, por insistir para que eu fizesse a inscrição do mestrado, por sempre me encorajar, apoiar e acreditar que eu conseguiria.

À minha avó, Toinha, pelo carinho, amor e ensinamento. Por ser nossa base e as nossas raízes indígenas.

À minha mãe, Francineide, por todo apoio, incentivo e por sempre acreditar em mim. A senhora é o meu exemplo de mulher na luta. Uma das mulheres mais corajosas e guerreiras que conheço. Meu porto seguro que sempre priorizou que eu estudasse. Gratidão, mãezinha, por seu amor incondicional, esforço extraordinário e sacrifício de vida. Eu sou infinitamente grata por tê-la em minha vida.

Às minhas irmãs e irmãos: Paulo, Paulo Rogério, Rayelle e Rochelle, que estão sempre me apoiando, ajudando, acreditando no meu potencial e torcendo pelo meu sucesso. Muito obrigada. Amo vocês.

Ao meu esposo, Rodrigo Porto, pela compreensão, amor, carinho, incentivo, motivação e, principalmente, pelo apoio incondicional a mim concedido e, enfim, por tudo o que representa.

À minha filha, Maria Luiza. A minha principal fonte de motivação. A quem quero servir como exemplo a fim de que logre êxito em sua vida.

Às lideranças indígenas e meus parentes: Chagas Tabajara, Denise Potyguara, Dourado Tapeba, Eleniza Tabajara, Eliane Kalabaça, Eliane Tabajara, Helena Potyguara, Gabi Tupimanbá, Jorge Tabajara, Luciano Kariri, Luzinário Potyguara, Neto Potyguara, Renato Potyguara e Sueli Tabajara, por contribuírem para a inspiração do tema desta pesquisa.

À Secretária executiva do CONDISI, Marciane Tapeba, que, gentilmente, me enviou todos os materiais e informações solicitados. Sei que não foi fácil compilar todas as informações solicitadas sobre o controle social para o estudo.

Um agradecimento ultra especial a toda população indígena do Ceará por manterem a nossa história e ancestralidade vivas, por permanecerem resistentes, firmes e fortes na luta pelos nossos direitos.

Por último, mas não menos importante, ao DSEI-CE, através da sua gestão, e ao CONDISI-CE, através do seu atual presidente, Neto Pitaguary, e a todos os conselheiros por nos permitir adentrar no universo deste trabalho. Vocês são os verdadeiros protagonistas desta história de luta. A realização deste trabalho não teria sido possível sem vossas contribuições. Dedico-lhes os meus sinceros agradecimentos.

A partir daqui um novo ciclo se inicia. Sou uma sementinha em processo de florescer. “A universidade é território indígena sim”.

RESUMO

Este estudo é guiado pela vivência de trabalho, militância no SUS/ SasiSUS, representatividade/ ancestralidade que o tema desperta na pesquisadora e pela constante ressignificação vivenciada nos diversos territórios visitados. Tendo em vista este contexto, esta pesquisa teve como principal motivação analisar como o Controle Social, no âmbito do Distrito Sanitário Especial Indígena do Ceará, conseguiu se reorganizar para atender aos desafios impostos pela pandemia da COVID-19, a partir da contextualização do processo histórico da implementação da Saúde Indígena e do Controle Social no Distrito Sanitário Especial Indígena Ceará -DSEI/CE, bem como os mecanismos de participação social instituídos pela Política Nacional de Saúde Indígena (PNASPI), identificando as principais vulnerabilidades dos povos indígenas do Ceará, no contexto da pandemia de COVID-19 e, enfim, descrevendo como o Controle Social do DSEI-CE se reorganizou para atender aos desafios. A pesquisa foi realizada através de uma análise qualitativa, de natureza exploratória, na forma de estudo de caso, acerca da atuação do Controle Social no território do DSEI-CE. Os atores da pesquisa foram os conselheiros dos Condisi e dos CLSI's, que contribuíram participando de entrevistas em profundidade, como base para elaborar o estudo. Além das entrevistas, houve uma análise documental/bibliográfica em consonância com a observação participativa durante a presença em reuniões. Todas as etapas de interação social foram realizadas de maneira virtual, considerando o cenário pandêmico. Ao fim do estudo, foi possível entender os mecanismos utilizados pelo Controle Social no âmbito do DSEI/CE e as estratégias que mantiveram, apesar dos percalços, para cumprir o seu papel e legitimar suas atribuições quanto ao planejamento, fiscalização, monitoramento e avaliação da política pública de saúde indígena.

Palavras-chave: Saúde de Populações Indígenas. Controle Social. Participação Social. Distrito Sanitário Especial Indígena. COVID-19.

ABSTRACT

This study is guided by the work experience, militancy in the SUS/SasiSUS, representativeness/ancestry that the theme awakens in the researcher and by the constant resignification experienced in the different territories visited. Its main motivation was to analyze how Social Control within the scope of the Special Indigenous Health District of Ceará managed to reorganize itself to meet the challenges posed by the COVID-19 pandemic, based on the contextualization of the historical process of the implementation of Indigenous Health and Social Control in the Ceará Special Indigenous Health District -DSEI/CE and the mechanisms of social participation instituted by the National Indigenous Health Policy (PNASPI), identifying the main vulnerabilities of the indigenous peoples of Ceará in the context of the COVID-19 pandemic and, finally, describing how the Social Control of DSEI-CE reorganized itself to meet the challenges. The research was carried out through qualitative analysis of an exploratory nature, in the form of a case study, about the role of Social Control in the DSEI-CE territory. The actors of the research were the advisors of the Condisi and the CLSI's, who contributed by participating in in-depth interviews, as a basis for preparing the study. In addition to the interviews, a document/bibliographic analysis was carried out in line with participatory observation during attendance at meetings. All stages of social interaction were carried out virtually, considering the pandemic scenario. At the end of the study, it was possible to understand the mechanisms used by Social Control within the scope of the DSEI/CE and the strategies they maintained, despite the mishaps, to fulfill their role and legitimize their attributions in terms of planning, inspection, monitoring and evaluation of public policy of indigenous health.

Keywords: Health of Indigenous Populations, Social Control, Social Participation, Special Indigenous Health District, COVID-19.

RESUMEN

Este estudio está orientado por la experiencia de trabajo, la militancia en el SUS/SasiSUS, la representatividad/ancestría que el tema despierta en el investigador y por la constante resignificación experimentada en los diferentes territorios visitados. Frente a ese contexto, esta investigación tuvo como principal motivación analizar cómo el Control Social, en el ámbito del Distrito Especial de Salud Indígena de Ceará, logró reorganizarse para enfrentar los desafíos impuestos por la pandemia de la COVID-19, a partir de la contextualización del proceso histórico de implementación de la Salud Indígena y Control Social en el Distrito Especial de Salud Indígena de Ceará -DSEI/CE, así como los mecanismos de participación social instituidos por la Política Nacional de Salud Indígena (PNASPI), identificando las principales vulnerabilidades de los pueblos indígenas de Ceará, en el contexto de la pandemia de la COVID-19 y, finalmente, describiendo cómo el Control Social de la DSEI-CE se reorganizó para enfrentar los desafíos. La investigación se realizó a través de un análisis cualitativo, de carácter exploratorio, en forma de estudio de caso, sobre el desempeño del Control Social en el territorio DSEI-CE. Los actores de la investigación fueron los asesores de la Condisi y de los CLSI, quienes contribuyeron participando en entrevistas en profundidad, como base para la elaboración del estudio. Además de las entrevistas, se realizó un análisis documental/bibliográfico en línea con la observación participativa durante la asistencia a las reuniones. Todas las etapas de interacción social se realizaron de manera virtual, considerando el escenario de la pandemia. Al final del estudio, fue posible comprender los mecanismos utilizados por el Control Social en el ámbito de la DSEI/CE y las estrategias que mantuvieron, a pesar de los percances, para cumplir su función y legitimar sus atribuciones en materia de planificación, fiscalización, seguimiento y evaluación de la política de salud pública indígena.

Palabras clave: Salud de las Poblaciones Indígenas. Control social. Participación social. Distrito Sanitario Especial Indígena. COVID-19.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Nuvem de palavras: Classificação das categorias identificadas nas entrevistas.....	22
Figura 2 – Estrutura atual da SESAI e de todos os setores vinculados a ela.....	34
Figura 3 – Panorama da estrutura atual de atendimento da SESAI em 2021.....	34
Figura 4 – Mapa da localização dos DSEIs.....	35
Figura 5 – Organização do DSEI e modelo assistencial.....	35
Figura 6 – Distribuição Territorial dos povos indígenas do estado do Ceará.....	39
Figura 7 – Mapa de distribuição da população indígena no estado do Ceará e Descrição de cada Polo Base e os municípios que são abrangidos.....	41
Figura 8 – Distribuição geográfica da população indígena no Estado do Ceará.....	44
Figura 9 – Linha do tempo das Conferências Nacionais da Saúde Indígena.....	62
Figura 10 – 6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (6ª CNSI) /Brasília – DF.....	64
Figura 11 – Registro da avaliação coletiva da Educação Permanente CLSI Kranoqui em Crateús - CE 2021.....	69
Figura 12 – Panorama estrutural do DSEI/CE.....	71
Figura 13 – Estrutura do CONDISI.....	72
Figura 14 – Barreira Sanitária da Aldeia Tremembé da Barra do Mundaú, no Ceará.....	79
Figura 15 – Fluxo de notificação e comunicação dos casos suspeitos de COVID-19.....	81
Figura 16 – Fluxograma de atendimento.....	82
Figura 17 – Reunião online com os presidentes dos CLSIs e a gestão DSEI-CE.....	95

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição da população indígena por sexo, segundo os grupos de idade, junho 2022.....	47
Tabela 2 – Casos de COVID-19 em indígenas aldeados do Ceará por Polo base e município, 2020 a 2022.....	78

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Número de Conselheiros por CONDISI no Brasil.....	67
Gráfico 2 – Distribuição das Doenças do Aparelho Respiratório durante o ano de 2019 e janeiro a março de 2020.....	77
Gráfico 3 – Distribuição dos casos, segundo mês da notificação e ano, considerando os anos de 2020 a 2022.....	79

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Quantidades de vagas por representantes de movimentos representativos e usuários da saúde.....	24
Quadro 2 – Quantidade de vagas por representantes de entidades e dos trabalhadores da Saúde Indígena.....	25
Quadro 3 – Quantidade de vagas por representantes do governo, de prestadores de serviços públicos, privados conveniados ou sem fins lucrativos.....	25
Quadro 4 – Caracterização do Distrito Sanitário Especial Indígena do Ceará, ano 2022.....	41
Quadro 5 – Estruturação do DSEI/CE quanto às edificações presentes em seu território, tanto executadas e mantidas pelo Distrito, quanto as cedidas pelos municípios e aldeias.....	43
Quadro 6 – Distribuição geográfica da população indígena atendida pelo DSEI/CE.....	45
Quadro 7 – Atividades econômicas do DISEI-CE.....	46
Quadro 8 – Caracterização dos Conselhos de saúde e aspectos demográficos do DSEI-CE.....	70
Quadro 9 – Situação da vacinação na população indígena por faixa etária, dose aplicada e município. DSEI Ceará, abril de 2022.....	80
Quadro 10 - Resumo do relatório de acompanhamento do plano de Ação do Controle Social do DSEI/CE.....	92

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CF	Constituição Federal
CASAI	Casa de Saúde Indígena
CE	Ceará
CISI	Comissão Intersetorial da Saúde Indígena
CLSI	Conselho de Saúde Indígena Local
COPICE	Coordenação das Organizações e Povos Indígenas no Ceará
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONDISI	Conselho Distrital de Saúde Indígena
COVID	Sars Cov 2
DSEI	Distrito Sanitário Especial Indígena
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FPCONDISI	Fórum de Presidentes do Conselho Distrital de Saúde Indígena
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
MS	Ministério da Saúde
MRSB	Movimento da Reforma Sanitária Brasileira
NASI	Núcleo Ampliado a Saúde indígena
OIT	Organização Internacional de Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
PDSI	Plano Distrital de Saúde Indígena
PNASPI	Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
PNPS	Política Nacional de Participação Social
SASISUS	Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do SUS
SESAI	Secretaria Especial de Saúde Indígena
SNPS	Sistema Nacional de Participação Social
SPI	Serviço de Proteção ao Índio
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 “PAI TUPÃ NOS DAI FORÇA, PARA NÓS AQUI LUTAR”: DE COMO NASCE ESSE ESTUDO	15
2 PENERUÊ, PENERUÁ, PARA LUTAR E VENCER NÓS NÃO VAMOS DESISTIR E A TERRA QUEREMOS RECEBER: TRILHAS METODOLOGICAS PARA DESENHAR A PESQUISA	18
2.1 COLETA DE DADOS	18
2.2 ANÁLISE DOS DADOS	21
2.3 DO UNIVERSO E ATORES ENVOLVIDOS	23
2.4 PROCESSO DE IMERSÃO.....	26
2.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	27
3 MAS QUANDO EU OUVI A VOZ DO MEU POVO, TODOS OS ÍNDIO AQUI ‘CHEGOU’: CAMINHOS PERCORRIDOS PARA A CONSTRUÇÃO DA SAÚDE INDÍGENA.....	28
3.1 A LEI AROUCA E A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS	32
3.2 PROCESSO HISTÓRICO DO DSEI - CEARÁ	36
3.3 CARACTERIZAÇÃO DO DSEI - CE.....	40
4 PISA LIGEIRO, PISA LIGEIRO. QUEM NÃO PODE COM A FORMIGA NÃO ATIÇA O FORMIGUEIRO: PARTICIPAÇÃO SOCIAL E POPULAR	49
4.1 O MOVIMENTO INDÍGENA NO CEARÁ E OS MECANISMO DA PARTICIPAÇÃO POPULAR.....	51
4.2 MECANISMOS DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA SAÚDE.....	53

4.3 CONTROLE SOCIAL	55
5 EU TAVA LÁ NA MATA, ARQUEJANDO, ÍNDIO GUERREIRO PASSOU ME CHAMANDO: CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE INDÍGENA	59
5.1 CONTROLE SOCIAL NO DSEI-CE	69
6 QUEM DEU ESSE NÓ, NÃO SOUBE DAR, ESSE NÓ TÁ DADO, EU DESATO JÁ: PANDEMIA DE COVID-19 E POVOS INDÍGENAS.....	73
6.1 CORONAVÍRUS (COVID-19) NA POPULAÇÃO INDÍGENA DO CEARÁ.....	77
6.2 VULNERABILIDADES DOS POVOS INDÍGENAS NO CEARÁ NO CONTEXTO DA PANDEMIA	83
6.3 CONTROLE SOCIAL NO DSEI-CE: REORGANIZAÇÃO PARA ATENDER AOS DESAFIOS IMPOSTOS PELO COVID-19	87
7 AMANHÃ HÁ DE SER OUTRO DIA: CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	100
REFERÊNCIAS.....	104
APÊNDICE A- ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA CONSELHEIROS INDÍGENAS ..	113
APÊNDICES B - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA MEMBROS DA GESTÃO DO DSEI-CE.....	114
APÊNDICE C- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	115
APÊNDICE D- PRODUTO TÉCNICO CARTILHA.....	120

1 “PAI TUPÃ NOS DAI FORÇA, PARA NÓS AQUI LUTAR”: DE COMO NASCE ESSE ESTUDO

*“Pai Tupa, Pai Tupa,
Nosso Rei, ai, ai, ai!
Nos dai força, nos dai força,
Para nós aqui lutar.”*

(Canto de ritual dos povos indígenas do Ceará)

Alguns dos principais eventos documentados na história da humanidade exibem a participação popular como ponto em comum. Apesar de não ser algo institucional em sua essência, é um acontecimento natural. Como observado (1) nas Polis gregas, por exemplo, já era perceptível os primeiros ensaios desta participação, mesmo que de forma restrita à “elite intelectual”.

No decorrer dos anos, os modelos de participação da sociedade têm ganhado força e seguem por diversas vertentes cujas motivações podem representar avanços intelectuais, sociais, políticos e econômicos ou, simplesmente, o desejo de um ideal ou doutrina. De acordo com (2), essa força popular pode influenciar a formulação, execução, fiscalização e avaliação das políticas públicas na área social.

Apesar da participação popular não ser instituída por governos, ela se caracteriza como uma conquista das classes populares na defesa de seus direitos com o intuito de causar mudança social para a construção de uma sociedade mais justa e igualitária, afinal, é uma luta política, não havendo a necessidade de conhecimento técnico para participar (3).

No caso específico da saúde, o marco da mobilização social foi o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), seguido pela 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986. A CNS foi uma importante instância de articulação da política de saúde no que diz respeito aos povos indígenas, visto que concebeu a Comissão Intersetorial da Saúde Indígena (CISI) criada pela resolução 011/91 que tinha a missão de assessorar o CNS em suas deliberações nas ações de saúde para a população indígena em todo território nacional.

Quando foi criada, a CISI era a única instância a nível nacional que acompanhava as discussões sobre a saúde indígena. No entanto, a partir da aprovação da Lei nº 9.836/99, mais conhecida como “Lei Arouca”, foi instaurado o Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (SasiSUS), sendo incorporado ao Sistema Único de Saúde (SUS) (4).

A necessidade da criação do SasiSUS é fruto de um longo período de reivindicações dos movimentos sociais indígenas e sanitaristas, organizados a partir dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) e sob responsabilidade federativa (4). O sistema tem como uma de

suas principais diretrizes o controle social, exercido pelos usuários indígenas a fim de assegurar o planejamento ascendente das ações, considerando as especificidades culturais, históricas, geográficas e epidemiológicas dos povos indígenas no Brasil.

Em articulação com o SUS, as instâncias de controle social, no âmbito da saúde indígena, são compostas por Conselhos Locais de Saúde Indígena (CLSI), Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI) e pelo Fórum Permanente dos Presidentes dos CONDISI (4). Além disso, a participação indígena nas políticas públicas está respaldada por diferentes marcos legais.

Em termos internacionais, a Convenção 169 da Organização Internacional de Trabalho (OIT), preconiza a obrigação dos Estados em consultar os povos indígenas sobre quaisquer medidas que impactem direta ou indiretamente em suas vidas e territórios (4). Todavia, no que se refere ao contexto da pandemia de *SARS-CoV-19* (COVID-19), vivenciada desde o fim do ano de 2019, é importante reconhecer que os povos indígenas são altamente vulneráveis às infecções respiratórias agudas (5).

Além disso, é notável que esta população é mais suscetível a apresentar um alto potencial de propagação do vírus, o que resulta em altas taxas de incidência e internações, potencialmente causando óbitos, o que foi possível observar em casos de *Influenza A* (H1N1) e do Vírus Sincicial Respiratório, em 2016 (6).

Como medidas preventivas de enfrentamento à COVID-19, as reuniões presenciais de CONDISI, CLSI e das comunidades foram suspensas. A política de saúde indígena garante a participação popular no planejamento, execução, monitoramento e avaliação das ações, e o distanciamento social configurou uma das principais dificuldades para atuação do Controle Social na execução da política.

Em tempos como os de hoje, ainda é lamentavelmente notório o quanto os povos originários e comunidades tradicionais¹ seguem marginalizados. Os órgãos públicos passam por severas precarizações e os mecanismos de participação sociais nas políticas públicas, historicamente conquistados pela população, sofrem contínuos ataques e até mesmo a extinção.

O último quadriênio coleciona ataques às estruturas sociais estabelecidas. Um indício se dá pela revogação do Decreto nº 8.243, de 23 de maio de 2014 (que instituía a Política Nacional de Participação Social- PNPS e o Sistema Nacional de Participação Social- SNPS)

¹ Na legislação brasileira, os povos e comunidades tradicionais se caracterizam como grupos culturalmente diferenciados e que se reconhecem como tais, que possuem formas próprias de organização social, que ocupam e usam territórios e recursos naturais como condição para sua reprodução cultural, social, religiosa, ancestral e econômica, utilizando conhecimentos, inovações e práticas gerados e transmitidos pela tradição (Decreto nº 6.040/2007 (CONFERIR), art. 3º, §1º).

pelo Decreto nº 9.759, de 11 de abril de 2019 (que extinguiu e estabeleceu diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal) levando à extinção do Fórum de Presidentes, instância máxima de controle social indígena junto à SESAI.

Para isso, foi fundamental a retomada do Fórum de Presidentes de CONDISI, em 2020, e das discussões do CONDISI, inclusive na construção dos planos de enfrentamento da COVID-19 e seu monitoramento. Desta forma, a reestruturação dos mecanismos de Controle Social foi essencial na perspectiva de que a atenção à saúde pudesse ser mantida.

Frente a esta breve contextualização, é possível considerar ainda a relevância deste estudo pela originalidade da problemática no contexto do DSEI/CE e pela importância de refletir sobre os desafios colocados para o Controle Social frente à pandemia, na perspectiva de apontar superações que podem ser importantes e reaplicáveis em outros territórios. À vista disso, a questão que orienta esta pesquisa é: quais desafios o Controle Social tem encontrado para continuar relevante e ativo em tempos de pandemia da COVID-19?

Com o agravamento da pandemia de COVID-19, exigências de isolamento social e medidas de restrição foram estabelecidas. Diante deste cenário, o Controle Social na Saúde Indígena do Ceará recorreu à algumas estratégias para se reorganizar, tendo as redes sociais e plataformas digitais como aliados fundamentais para atender as demandas impostas pela crise sanitária mundial.

Deste modo, este estudo tem como objetivo geral analisar como o Controle Social, no âmbito do Distrito Sanitário Especial Indígena do Ceará, atendeu aos desafios impostos pela pandemia, além de contextualizar o processo histórico da implementação da Política Nacional de Saúde Indígena do DSEI-CE, identificar as principais vulnerabilidades dos povos indígenas do Ceará, no contexto da pandemia de COVID-19, e descrever como o Controle Social no DSEI/CE se reorganizou para atender aos desafios impostos.

2 PENERUÊ, PENERUÁ, PARA LUTAR E VENCER NÓS NÃO VAMOS DESISTIR E A TERRA QUEREMOS RECEBER: TRILHAS METODOLÓGICAS PARA DESENHAR A PESQUISA

Neste capítulo é possível acompanhar uma abordagem minuciosa no que se refere aos procedimentos metodológicos desta pesquisa. O estudo se caracteriza como uma análise qualitativa e de natureza exploratória, sob a forma de um estudo de caso. Esta abordagem envolve o estudo de um caso dentro de um ambiente ou contexto contemporâneo da vida real como apresentado em (7).

Observa-se uma ascensão na utilização desta técnica pelo aumento do interesse em métodos empíricos que trazem dados reais à pesquisa (8), o que dialoga diretamente com o caso nesta pesquisa.

2.1 COLETA DE DADOS

Em relação à coleta de dados, (9) enuncia o estudo de caso como um método diferenciado que necessita de mais de uma técnica básica para a obtenção dos dados, considerando que a diversidade dos procedimentos implica diretamente na qualidade dos resultados obtidos. *“A partir da convergência ou da divergência das observações obtidas de diferentes procedimentos. [...] se torna possível conferir validade ao estudo, evitando que ele fique subordinado à subjetividade do pesquisador.”* (9).

Foram utilizadas três técnicas básicas para a coleta de dados: análise documental, observação participante e entrevista em profundidade. A análise documental, foi feita a partir da leitura dos documentos oficiais dos Conselhos locais e distrital dos anos 2020 e 2021. Foram analisados planos distritais do DSEI-CE do período de 2004 e 2020-2023, relatórios finais das Conferências Distrital e Nacional, atas de reuniões dos CLSI, CONDISI/CE no período pandêmico de 2020 e 2021, regimentos internos, relatórios técnicos produzidos pelo DSEI e SESAI, bem como de relatórios gerenciais da Secretaria do conselho distrital. O acesso a estes dados foi amparado pela Lei de Acesso à Informação, visto que, quando encaminhadas ao poder público, tornam-se demandas oriundas do controle social.

A observação participante não seguiu um roteiro predefinido, pois ocorreu naturalmente e, em ocasiões oportunas, nas reuniões dos conselhos. (9) e (10) apontam a observação participante como a interação direta da pesquisadora com o fenômeno observado, a fim de obter as informações sobre a realidade vivenciada pelos atores sociais aqui representados pelos membros do Controle Social.

A escolha por tal técnica permitiu apreender fenômenos improváveis de serem registrados apenas mediante a escuta de falas ou leitura de documentos. São atitudes, expressões não verbais de acordo com (11) “*os imponderáveis da vida real*”.

A escolha pela observação participante se deu pela implicação pessoal neste espaço e frequente presença nos ambientes que o compõem, pois, a pesquisadora atua como profissional de saúde vinculada ao DSEI-CE há nove anos (quatro deles atuando como responsável técnica pelo Polo Base Crateús), sendo exposta a momentos muito peculiares com membros da população indígena, desde as visitas de rotina nas residências, até as reuniões de conselhos locais e distrital.

Neste sentido, vale ressaltar o conceito de implicação exposto por (12) que, no campo das ciências humanas, pode ser definida como o engajamento pessoal e coletivo do pesquisador em e por sua *práxis científica*, a partir das experiências e vivências ao longo de sua trajetória, sejam elas pessoais, sociais ou culturais, contando que o apanhado de tudo isso reflita diretamente na construção de conhecimento.

A respeito dos níveis de abordagem deste conceito citados em sua obra (psicoafetivo, histórico-existencial e estrutural-profissional), é apropriado relacionar esta pesquisa à afirmativa de (13) que “*a implicação está presente em toda profissão em que se tem como base o desenvolvimento de relações humanas peculiares.*”.

Os dois primeiros são facilmente identificados neste caso, visto que o objeto de investigação sempre instigou a refletir intensamente, o que justificaria o nível psicoafetivo e, portanto, o nível histórico-existencial que é indissociável por se tratar de uma causa inerente às raízes étnicas e profissionais da pesquisadora.

Isso pode configurar um problema ao longo da pesquisa devido à fragilidade do conceito de neutralidade e de controle das circunstâncias da pesquisa, elencados em (13), no entanto, o foco nas metodologias de coleta e análise dos dados será intenso para reduzir ao máximo esta tendência.

As entrevistas em profundidade foram realizadas de forma virtual, através da plataforma *Google Meet*, devido ao, já exíguo, tempo durante as reuniões do CONDISI/CE e com a finalidade de respeitar o contexto de pandemia. As entrevistas permitiram aos entrevistados uma certa liberdade nas respostas (assemelhando-se a um diálogo) e ainda auxiliou na manutenção do foco do que se queria obter, como apreendido em (9).

O critério de seleção dos entrevistados se deu a partir da amostragem em bola de neve, uma amostragem não probabilística, que utiliza cadeias de frequência, impossibilitando

determinar a probabilidade de seleção de cada participante na pesquisa, mas que se torna útil para o estudo na população indígena (14) e (15).

Para início da bola de neve, foram selecionados alguns membros pertencentes à população (baseada na vivência da pesquisadora neste contexto) que foram nomeados de *sementes*. Estes, ao serem selecionados foram responsáveis por localizar outras pessoas com o perfil necessário para a pesquisa dentro da população geral do estudo, desde que estivessem dentro dos critérios de inclusão que foram: ser conselheiro(a) de qualquer segmento (Usuário, Trabalhador da Saúde e Gestores/prestadores de serviços em saúde), ter mais de 18 anos, concordar com um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), ter acesso aos meios citados para coleta de dados, ter, no mínimo, um ano de participação ativa nas ações do Controle Social e em seus respectivos Conselhos, ter sido antigo Conselheiro (a), se interessar em contribuir com o estudo e continuar atuante (direta ou indiretamente no Controle Social), ter representatividade e conhecimento sobre o tema.

Como critérios de exclusão, os seguintes pontos foram estabelecidos: participantes que não se sintam aptos ou confortáveis a participar da pesquisa, pessoas sem experiência nas ações do Controle Social e que não participem ativamente.

Desta forma, as sementes ajudaram a iniciar os contatos e a tatear o grupo a ser pesquisado. A partir da primeira semente, foi possível dar início ao processo de bola de neve com a indicação de outros participantes a partir da semente zero (15). A captação das sementes foi realizada mediante telefonemas.

Na ocasião, foi agendado com cada participante um encontro virtual para apresentar o estudo, fazer leitura prévia do TCLE, realizar esclarecimentos sobre as etapas e tirar dúvidas. Também foram dadas todas as informações necessárias para a aceitação, ou não, da participação. Os entrevistados foram membros estratégicos dos conselhos locais e distrital.

Iniciou-se pelo primeiro entrevistado, um conselheiro que, após a entrevista, indicou outro contato relevante para a pesquisa dentro dos conselhos de uma das regiões estipuladas nos critérios de inclusão da pesquisa e assim sucessivamente, dando continuidade, de acordo com o proposto pela técnica de bola de neve, para que fossem contempladas as diversidades regionais.

As entrevistas foram realizadas com os membros dos CLSI seguindo um critério que elegeu para a entrevista, um participante de cada uma das quatro regiões: litorânea, metropolitana, sertão e serra. Portanto, foram realizadas cinco entrevistas, sendo que uma delas não foi contemplada por região e sim pelo segmento de gestão.

2.2 ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise de dados foi então utilizada a técnica de análise de conteúdo proposta por (16). Segundo (17), “*a análise do conteúdo é um conjunto de instrumentos de cunho metodológico em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a discursos (conteúdos e continentes) extremamente diversificados*”. Desta forma, esta pesquisa tem um referencial qualitativo e a proposta de alcançar uma compreensão particular e aprofundada do fenômeno.

A pesquisa qualitativa responde questões particulares e se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Seu universo de investigação (motivos, crenças, valores e atitudes) corresponde a um espaço mais profundo dos processos, relações e fenômenos e não pode ser reduzido e operacionalizado por variáveis (18).

Em consonância a técnica de análise de conteúdo, a análise foi orientada pelos objetivos propostos seguindo as etapas de organização, codificação e categorização. Para construir o processo de análise da primeira fase foi necessário ter acesso a prévia da literatura das entrevistas. Estas, por sua vez, foram gravadas digitalmente e transcritas na íntegra, elucidando as informações coletadas através da observação do participante das reuniões do Controle Social do Ceará, alinhado ao referencial teórico, a fim de estabelecer indicadores para a interpretação das informações coletadas.

Este processo inicial é chamado de pré-análise, uma fase canalizada na leitura geral do material. Esta ação compreende o primeiro contato com os documentos da apreensão de dados e consiste na definição do *corpus* da análise.

A exploração do material consiste na construção das operações de codificação, considerando-se os recortes dos textos em unidades de registros, a definição de regras de contagem, a classificação e agregação das informações em categorias de simbólicas de análise (BARDIN, 1977). Afirma que a leitura flutuante das falas dos sujeitos tem como objetivo estabelecer contato e conhecer o texto, buscando impressões e orientações, além de apreender, de uma maneira total, as ideias principais e os significados gerais (16).

Para (19), “a categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação seguida de um reagrupamento baseado em analogias, a partir de critérios definidos”. Desta forma, foi possível dar início à segunda fase para a análise do material, leitura e seleção das unidades para a categorização.

Segundo (19), o critério de categorização também pode ser sintático ou léxico, a partir de uma classificação das palavras de acordo com o seu sentido, com emparelhamento dos sinônimos e dos sentidos próximos. Partindo deste pressuposto, foi possível realizar a

codificação através da unidade com contexto que envolve as temáticas do estudo em questão, buscando apreender a lógica dos relatos.

A Figura 1 traz as principais categorias identificadas nas entrevistas as quais orientaram a construção dos capítulos da pesquisa.

Figura 1 – Nuvem de palavras: Classificação das categorias identificadas nas entrevistas.



Fonte: A autora, 2022.

Na terceira fase, houve um agrupamento chamado de categorias temáticas e denominada de categorias iniciais, seguindo o critério de responder aos objetivos específicos do estudo. A definição das categorias, na maioria dos casos, implica idas e vindas da teoria ao material de análise, o que “[...], pressupõe a elaboração de várias versões do sistema categórico”. “[...] As primeiras, quase sempre aproximativas, acabam sendo lapidadas e enriquecidas, para dar origem a versão final, mais completa e mais satisfatória” (19).

Seguindo com a quarta e última fase, foi feita uma organização em um quadro com duas colunas: as categorias temáticas à direita e, à esquerda, os principais discursos dos sujeitos referentes às categorias. “Em geral, o pesquisador segue seu próprio caminho baseado em seus conhecimentos e guiado por sua competência, sensibilidade e intuição” (19).

2.3 DO UNIVERSO E ATORES ENVOLVIDOS

O campo de pesquisa é o recorte que o pesquisador faz, em termos de espaço, para representar uma realidade empírica a ser estudada, a partir das concepções teóricas que fundamentam o objeto da investigação (20).

Neste sentido, o universo do estudo se ambienta no espaço de atuação do Controle Social no âmbito do DSEI-CE, composto por 01 Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI) e 13 Conselhos Locais de Saúde Indígenas (CLSI).

Em todos os regimentos internos, o Conselho Local de Saúde Indígena (CLSI) se caracteriza como permanente, consultivo, constituído apenas por indígenas membros das comunidades, de acordo com os respectivos segmentos: lideranças, professores, jovens, idosos, parteiras, Ais, Aisan, cacique (natos) e pajés (natos), obedecendo aos critérios de números máximos e mínimos aprovados no CONDISI-CE, observando a organização local de cada povo indígena, distribuídos conforme a realidade de cada território, destacando que na ausência de pajés na comunidade, essa vaga poderá ser substituído por rezadeiras ou por decisão da comunidade.

Vale destacar que cada CLSI tem autonomia de modificar todo ou uma parte do Regimento. Atualmente, o DSEI-CE encontra-se com 13 CLSI, totalizando 167 conselheiros locais de saúde indígenas, sendo que cada CLSI têm seus representantes de usuário da saúde indígena no CONDISI-CE.

Já o CONDISI-CE é permanente, paritário e deliberativo. Sua composição e representatividade se constitui por um total de 72 participantes, dos quais: 50% são usuários indígenas, 25% de trabalhadores da saúde indígena e 25% de gestores e prestadores de serviços de saúde indígena. Dentre os conselhos atuantes no estado, podemos observar o princípio da paridade muito presente na distribuição das vagas dentre as etnias indígenas. Conforme aprovação da resolução do conselho, em outubro de 2021, a distribuição das vagas aconteceu da seguinte forma: segundo dados do Sistema de Informação da Saúde Indígena (SIASI/SESAI/MS, 2021), o DSEI Ceará conta atualmente com uma população de 27.593 indígenas aldeados, distribuída em 14 etnias. No estado do Ceará, há somente um DSEI e este se organiza em 09 Polos Base, 105 aldeias, distribuídos em 17 municípios do estado do Ceará.

A definição da abrangência territorial dos Polos levou em consideração as características locais, epidemiológicas, étnicas e ofertas de serviços de saúde regional. Não há sobreposição de municípios entre os Polos Base nem entre as aldeias, apesar de o território de um Polo Base pode se localizar em mais de um município.

Nos Quadros 1, 2 e 3 é possível observar a quantidade de vagas por representantes por segmentos de usuários da saúde indígenas, trabalhadores da saúde indígenas, gestor e prestador de serviços que compõem o CONDISI-CE.

Quadro 1 - Quantidades de vagas por representantes de movimentos representativos e usuários da saúde indígena.

Representantes de movimentos representativos e usuários da saúde indígena	Vagas 50%
Tapeba de Caucaia	7
Tremembé de Acaraú	1
Tremembé de Itapipoca	1
Tremembé de Itarema	3
Tabajara de Poranga	1
Tabajara de Monsenhor Tabosa	1
Tabajara de Tamboril	1
Tabajara de Crateús	1
Tabajara de Quiterianópolis	1
Potiguara de Monsenhor Tabosa	1
Potiguara de Tamboril	1
Potiguara de Crateús	1
Potiguara de Novo Oriente	1
Pitaguary de Pacatuba	1
Pitaguary de Maracanaú	2
Kanindé de Canindé	1
Kanindé de Aratuba	1
Anacé de Caucaia	2
Kalabaça de Crateús	1
Kalabaça de Poranga	1
Jenipapo de Kanindé de Aquiraz	1
Tapuia de Kariri de São Benedito	1
Gavião de Monsenhor Tabosa	1
Tubiba Tapuia de Boa Viagem	1
Kariri de Crateús	1

Tupinambá de Crateús	1
Total	36

Fonte: A autora, 2022.

Quadro 2 - Quantidade de vagas por representantes de entidades e dos trabalhadores da Saúde Indígena.

Representantes de entidades e dos trabalhadores da Saúde Indígena	Vagas 25%
Trabalhadores da Sede do Distrito Sanitário Especial Indígena - DSEI-CE	1
Trabalhadores de saúde do Núcleo de Apoio à Saúde Indígena (NASI)	2
Médicos	1
Enfermeiros	2
Cirurgiões Dentistas	1
Técnicos de Enfermagem	2
Agentes de Saúde Bucal	1
Outros Profissionais de Nível Superior	2
Agente de Endemias	1
Agentes de Saúde Indígena	3
Agentes Indígenas de Saneamento	2
Total	18

Fonte: A autora, 2022.

Quadro 3 - Quantidade de vagas por representantes do governo, de prestadores de serviços públicos, privados conveniados ou sem fins lucrativos.

Representantes do governo, de prestadores de serviços públicos, privados conveniados ou sem fins lucrativos	Vagas 25%
Distrito Sanitário Especial Indígena/DSEI-CE	4
Fundação Nacional do Índio	1
Instituto da Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP	1
Articulação dos Povos Indígenas do Nordeste, Minas Gerais e Espírito Santo - APOINME	1
Secretaria Estadual de Saúde do Ceará - SESA	1
Profissionais de saúde do Polo Base Caucaia	1
Profissionais de saúde do Polo Base Itarema	1
Profissionais de saúde do Polo Base Maracanaú	1
Profissionais de saúde do Polo Base Aquiraz	1
Profissionais de saúde do Polo Base Aratuba	1
Profissionais de saúde do Polo Base Crateús	1
Profissionais de saúde do Polo Base Poranga	1
Profissionais de saúde do Polo Base São Benedito	1

Trabalhadores da Casa de Saúde Indígena - CASAI	1
Profissionais de saúde do Polo Base Monsenhor Tabosa	1
Total	18

Fonte: A autora, 2022.

2.4 PROCESSO DE IMERSÃO

A aproximação com territórios e com os espaços de discussões dos conselhos de saúde indígena não foi difícil, visto que a pesquisadora é indígena e está inserida nestes espaços, seja como conselheira distrital, pelo segmento de gestão no CONDISI, seja como profissional de saúde vinculada ao território.

Este conjunto de elementos facilitou o acesso aos entrevistados nos espaços de discussão, estabelecendo uma relação que permitiu uma troca perene de experiências. É válido destacar que, mesmo com acesso ao conselho distrital, foi respeitado o protocolo para o desenvolvimento da pesquisa.

As etapas da execução deste estudo seguiram a seguinte forma: o projeto de pesquisa foi apresentado durante uma reunião ordinária do CONDISI-CE, na qual o plenário decidiu, de forma unânime, pela sua aprovação para anuência e esclarecimento sobre os objetivos, etapas da pesquisa e produto. Na ocasião foi dada pelo plenário do conselho a anuência, porém o início da pesquisa em campo foi condicionado à aprovação na CONEP.

O período do estudo se deu entre setembro de 2021 à setembro de 2022. Seu início ocorreu, a princípio, de forma virtual, com as entrevistas por meio das plataformas digitais de comunicação. As reuniões do Conselho Distrital de Saúde Indígena do Ceará acontecem no mínimo três vezes ao ano, podendo ser realizadas mais reuniões caso seja necessário, conforme estabelecido no regimento interno do conselho.

Os encontros, geralmente, acontecem no município de Canindé/CE, tendo em vista que é a cidade que disponibiliza melhor acesso para todos os conselheiros de saúde e melhor estadia, pois todos ficam no mesmo espaço que é destinado para hospedagem e realização de eventos corporativos. Todos os encontros do conselho distrital foram realizados de forma presencial, muito pela quantidade de dias e pela importância das discussões.

Houveram recomendações para que as reuniões do CONSIDI e dos CLSI fossem suspensas durante o período da pandemia, baseado na portaria do Ministério da Saúde nº 188, de 03 de fevereiro de 2020, declarando Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional, referente aos casos de infecção pelo *SARS-CoV2-COVID-19* e a manutenção das

recomendações das autoridades sanitárias internacionais de distanciamento social que possam inviabilizar as reuniões presenciais.

Contudo, mesmo diante deste cenário, as reuniões aconteceram tanto na forma presencial, como virtual nos anos 2020 a 2022. Vale destacar que os encontros presenciais só aconteceram mediante análise do cenário epidemiológico, obedecendo os protocolos de medidas sanitária estabelecidos pelo Ministério da Saúde, tais como: uso de EPI's, submissão de todos os participantes ao protocolo de testagem rápida, o que aconteciam na chegada do local de reunião e no retorno dos representantes aos seus locais de origem, o respeito ao distanciamento social e uso frequente de álcool gel 70°.

2.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Este trabalho foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Governo Fiocruz e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) (parecer consubstanciado n. 5.390.358 e CAAE 52960421.0.0000.8027 – Anexo 02) e os participantes foram esclarecidos sobre a sua participação, através de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com participação anônima, podendo se recusar a participar da pesquisa. Também foi considerado o ofício circular nº 2/2021/CONEP/SENEP/SECNS/MS, que traz orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual.

A pesquisa obedeceu às tramitações tradicionais referentes a estudos com os Povos Indígenas, bem como o que preconiza as normas vigentes das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde (nº 304/2000; 466/2012; 510/2016 e Circular nº 02/2021) e da Fundação Nacional do Índio (Instrução Normativa n 001/PRES/1995 e Portaria nº 177/PRES/2006), sendo devidamente aprovado pelos Conselho de Ética.

3 MAS QUANDO EU OUVI A VOZ DO MEU POVO, TODOS OS ÍNDIO AQUI 'CHEGOU': CAMINHOS PERCORRIDOS PARA A CONSTRUÇÃO DA SAÚDE INDÍGENA

*"As matas virgens estavam escuras, quando o luar clareou, (bis)
mas quando eu ouvi a voz do meu povo, todos os índios aqui chegaram.
Mas ele é rei, ele é rei, ele é rei, ele é rei, na jurema ele é rei."
Canto de ritual dos povos indígenas do Ceará*



Arquivo pessoal (2021).

Para tratar de saúde indígena é necessário traçar um caminho tortuoso que remonta, obviamente, à dívida histórica acumulada desde o período da invasão, até o reconhecimento governamental da necessidade de preservar a integridade e relevância dos povos originários. Neste sentido, é certo que a política de atenção aos povos indígenas se deu em 1910, com a implementação do Serviço de Proteção ao Índio (SPI) (21).

A iniciativa na época se baseava em “minimizar os conflitos gerados pela ocupação de seus territórios por diversos agentes econômicos em expansão, tais como fazendeiros, mineradoras, madeireiras e outras empresas”. O SPI atuou de 1910 até o ano de 1967 e findou sendo mais vantajoso aos interesses dos grupos econômicos do que aos indígenas, no que diz respeito à garantia de seus direitos.

Dado este contexto, o que realmente ocorreu foi uma invasão gradativa dos territórios originalmente ocupados por eles, mencionado por (22) como “*alargamento das fronteiras, simbólicas e econômicas, da nação*”. Explicado sob a lona de uma distribuição espacial da força de trabalho, englobando os indígenas das regiões invadidas e os chamados trabalhadores nacionais², o que se constitui como objetivo da ação do Estado, visto que propunha uma distribuição espacial da força de trabalho, administrando os conflitos indígenas resultantes, principalmente, do processo de especulação de terra, impulsionado pela expansão da rede ferroviária.

As ações voltadas à saúde se limitavam a uma metodologia assistencialista e pontual, dispendo de estruturas simplificadas de atenção à saúde, como a disponibilidade de enfermeiros em alguns postos e convênios itinerantes de prestação de assistência médica, ou de levantamentos sanitários entre os grupos indígenas, sempre baseado na noção da relativa incapacidade indígena e da necessidade de “tutela” pelos órgãos do Estado (21).

Contudo, percebe-se a fragilidade e o verdadeiro foco da implementação do SPI, afirmando que sua atuação, em relação à saúde dos povos indígenas, ao longo de seus 57 anos, era ineficiente, desorganizada e, por vezes, inexistente (23).

Ainda segundo (23) a maior visibilidade viria a ocorrer na década de 1950, com a atuação do médico Noel Nutels e a criação do Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA), vinculado ao Serviço Nacional de Tuberculose do Ministério da Saúde.

Nutels tornar-se-ia referência para os estudiosos da literatura como o pioneiro a propor e implementar ações sanitárias voltadas especialmente para os grupos indígenas e populações do interior do país.

² (24) No texto de Angélica Ricci Camargo, a denominação para os “nacionais” contemplados nesta lei, abrangiam ex-escravizados e seus descendentes, sertanejos e outros grupos.

No período entre 1952 e 1956, Nutels encabeça ações de vacinações e abreugrafias de forma improvisada, amparado somente pelas relações pessoais, previamente firmadas, sem recursos do Estado. Estas ações, sua proficiência e seu pioneirismo colocam este médico fisiologista em um ponto de destaque, quando se trata de atenção aos povos indígenas no Brasil.

A partir da década de 1970, já com a saturação do *modus operandi* do SPI (que findara sua atuação no ano de 1967) e com uma série de mobilizações por parte da Igreja Católica renovada, organizações civis ligadas a setores progressistas da Academia, influenciados por um movimento internacional encabeçado por antropólogos, instaurou-se uma considerável preocupação política e ética em relação aos direitos humanos e culturais dos povos indígenas (21) e (25).

No ano de 1973 foi criado o “Estatuto do Índio”, por meio da Lei nº 6.001/73, com a incumbência de formalizar a atuação da Fundação Nacional do Índio (FUNAI)³. No entanto, o Estatuto (26) deixava claro, em seu artigo 1º, o seu objetivo de “*preservar a cultura e integrá-los à comunidade nacional*”, o que ainda refletia um sentimento tutelar por parte do Estado.

Os movimentos sociais seguiam reivindicando a autonomia dos povos o que conforme mencionado em (27) “*demonstrava a insatisfação dos nativos de viverem sob a base de um sistema que tentava civilizá-los e que por não conseguir achava-os incapazes*”. A partir daí surgem outras organizações não governamentais (ONGs)⁴ de apoio aos indígenas, rompendo com a estrutura de atuação do Estado e contestando o caráter civilizatório das missões religiosas.

Este foi um período de grande efervescência social, ocorrendo durante a ditadura militar que, no decorrer da década, foi sendo desenhado pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), marcado pela cooperação entre movimentos sociais, estudantis, sindicatos e organizações trabalhistas. Dentre os movimentos sociais, é importante citar o movimento indígena (28).

No bojo deste cenário, o movimento indígena se fortalecia e as mobilizações indígenas evoluíam, desde os níveis locais e regionais, até grandes mobilizações ocorridas na década de 1980, em favor de seus direitos, com apoio da sociedade brasileira. De acordo (27) essas mobilizações:

³ Órgão criado após o fim das atividades do SPI, com o objetivo de “representar os interesses indígenas, visto que eles eram regidos sobre uma condição de tutela pelo governo” (27).

⁴ Dentre as ONGs é válido destacar a OPAN (Operação Amazônia Nativa), CTI (Centro de Trabalho Indigenista), CCPY (Comissão Pró-Yanomami), ISA (Instituto Socioambiental), GTME (Grupo de Trabalho Missionário Evangélico), ANAI (Associação Nacional de Ação Indigenista) e etc. (21).

pediam que fossem assegurados às populações indígenas reais condições de pessoas humanas, vistos como membros da coletividade com identidades, etnias e culturas próprias e assim pedia-se o reconhecimento de um Estado pluriétnico e multicultural. (27).

O reconhecimento aos povos indígenas em sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, juntamente com os direitos originais, foram uma das grandes conquistas na Constituição de 1988. Vale destacar que a Constituição de 1988 determinou, no artigo nº 198, a participação da sociedade na gestão do sistema de saúde. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada, hierarquizada e constituem um sistema único, organizado com diretrizes de participação da comunidade (21).

Corroborando com (27), em sua afirmação que o maior diferencial da Constituição Federal de 1988 foi a participação da sociedade civil em sua elaboração, por meio do movimento da constituinte, é digno de ressaltar que este período é marcado pela ampliação da relação entre Estado e os povos originários, a partir da criação de órgãos em diversos ministérios com atuação conjunta aos povos indígenas, diluindo a hegemonia da FUNAI como detentor da política indigenista.

Neste contexto, temos a transferência de responsabilidade da Saúde Indígena para o Ministério da Saúde, especificamente para a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) (21). Dois anos depois, duas leis trouxeram conteúdos importantes sobre essa participação ao abordarem aspectos relacionados ao CNS. Foram elas: a Lei n. 8.080, de 1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, e a Lei n. 8.142, do mesmo ano, que garante a participação da comunidade no SUS (4).

Estas leis foram marcos importantes para a evolução do direcionamento dos serviços de saúde aos indígenas. Complementando estas informações, outro ponto pertinente da luta indígena se dá na Convenção nº 169 da OIT, ratificada pelo Brasil em 1993. A comissão determinava a participação indígena como decisória, principalmente, no que lhes dizem respeito, porém, não há a devida consideração a implementação de seus preceitos. Por esta razão, é possível considerar este fator importante para a solução de muitos problemas enfrentados pelas comunidades indígenas.

Este período coincide diretamente com a redemocratização do país, abrindo horizontes para a participação dos indígenas em debates nacionais de maior amplitude, potencializando as reivindicações e conquistas.

3.1 A LEI AROUCA E A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS

Após a reforma constitucional e a criação do SUS, começa a ser desenhada e implementada a política de atenção à saúde dos povos indígenas. A princípio, é importante citar a realização da I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (1986), marco histórico da participação indígenas na proposição e elaboração da política de saúde, que foi consolidada somente em 1999, com a Lei Arouca (Lei nº 9.836/99), que instituiu o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do SUS (SASISUS) (29); (21).

O subsistema é instituído por meio de uma rede de serviços, implantada em territórios indígenas, seguindo critérios geográficos, demográficos e culturais. Foi concebido a partir de uma *distritalização* sanitária, sob a responsabilidade do Ministério da Saúde, estabelecido pela FUNASA.

A partir destas ações surgem os DSEIs em âmbito nacional. Foram formados 34 DSEIs em todas as cinco regiões do país, visando fazer com que a rede de saúde compreendesse as especificidades de cada território e suas peculiaridades culturais e sociais. Para (30) o DSEI está relacionado à organização dos serviços de saúde de acordo com as realidades étnicas para que as ações sejam eficazes para cada população indígena e para isso é necessária “*a participação das diversas instâncias organizativas indígenas na formulação das políticas do setor*”.

A partir da leitura da PNASPI, temos que o conceito de DSEI proposto segue como:

[...] um modelo de organização de serviços - orientado para um espaço etnocultural 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 administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência, com controle social. (31).

Neste sistema, quanto à prestação de serviços, a FUNASA renunciou a execução direta dos serviços, transferindo total ou parcialmente as responsabilidades essenciais do Estado para a esfera privada ou para órgãos públicos federados (32). Na região Norte predominaram parcerias com ONGs, enquanto em outras regiões, os acordos foram firmados com outros órgãos públicos (prefeituras municipais e universidades públicas).

No ano de 2002 houve uma das grandes vitórias da política indigenista: a criação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), que apresentava em sua introdução a integração com a Política Nacional de Saúde e a adequação das Leis Orgânicas

da Saúde com as da Constituição Federal, objetivando garantir aos povos indígenas atenção integral à saúde, amparados aos princípios e diretrizes do SUS.

Com isso, há de se reconhecer e considerar a diversidade cultural, social, geográfica, política e histórica, possibilitando a superação dos fatores que os tornam mais vulneráveis aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura (31).

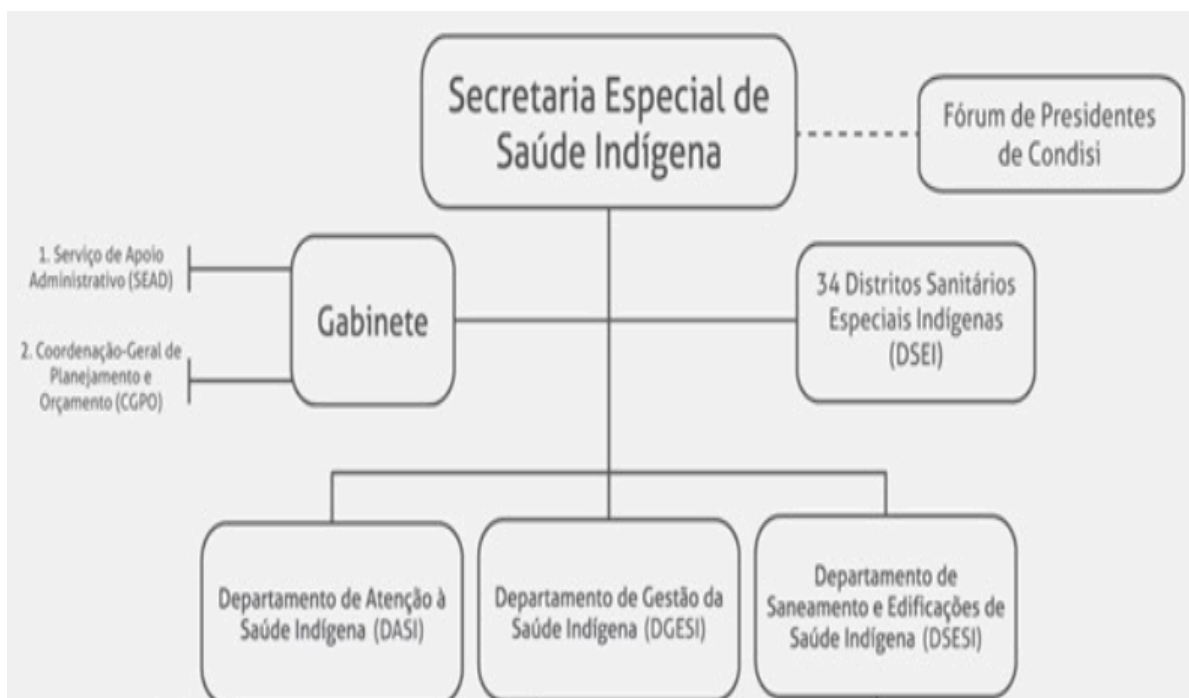
Mesmo com a estruturação e modelo de saúde implementados pelo Estado, a assistência à saúde nos territórios ainda ocorria de forma insatisfatória, o que fez com que o movimento indígena, juntamente com o controle social, reivindicasse melhores condições de saúde.

O resultado foi a criação, pelo Ministério Saúde, de um Grupo de Trabalho que estudasse a viabilidade de atender a reivindicação, a qual culminou, no ano de 2010, na criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), que surgiu a partir de uma mobilização massiva da população indígena, com o objetivo de reformular a gestão da saúde indígena no país. Com isso, a SESAI foi criada e se tornou a área do Ministério da Saúde (MS) responsável por coordenar a PNASPI e o processo de gestão do SasiSUS no âmbito do SUS (33).

É nesse momento que os DSEIs se tornam efetivamente autônomos, e agora, passam a atuar sob a responsabilidade da SESAI, dispondo de equipes multidisciplinares, equipamentos e logística que lhes possibilitem atuar no escopo dos atendimentos da atenção básica, mantendo os casos de média e alta complexidade a cargo das articulações com os municípios e os estados com a orientação e acompanhamento das equipes de saúde dos distritos.

Na Figura 2 é possível compreender a estrutura atual da SESAI e de todos os setores que estão vinculados a ela, enquanto a Figura 3 ilustra o panorama da estrutura atual de atendimento da SESAI em 2021.

Figura 2 - Estrutura atual da SESAI e de todos os setores vinculados a ela.



Fonte: (34) Gov.br, 2019, com adaptações na imagem para refletir as mudanças recentes na estrutura da SESAI feitas por meio do Decreto 9.795, de 17/5/2019.

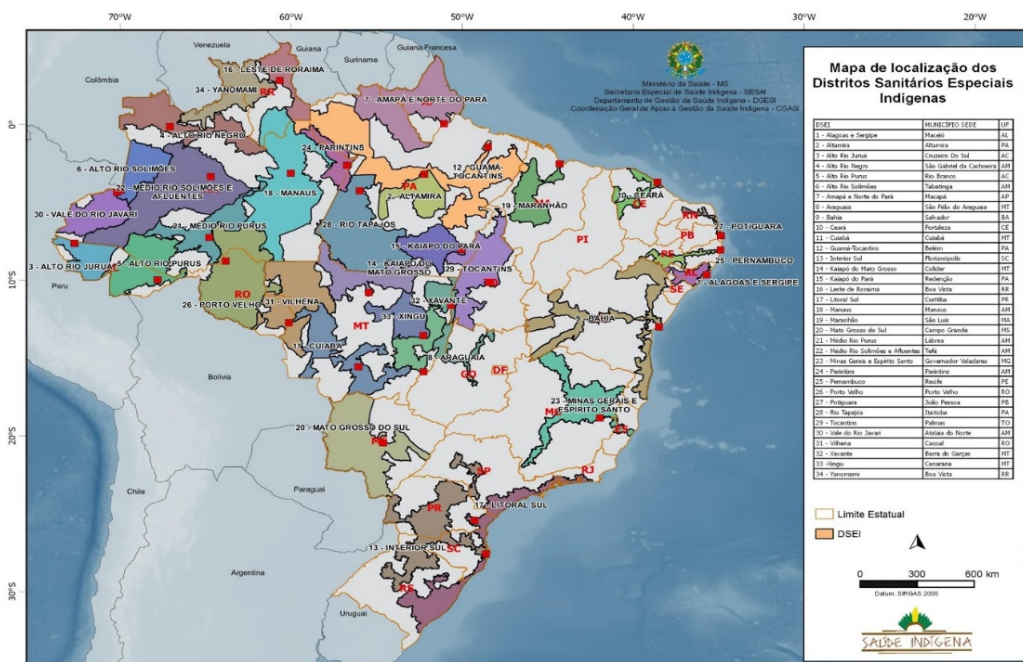
Figura 3 - Panorama da estrutura atual de atendimento da SESAI em 2021.



Fonte: (35) SESAI, 2021.

A SESAI com sua estrutura de departamentos, coordenações e serviços sediada em Brasília, constitui administração responsável por coordenar, orientar, avaliar e monitorar a gestão da PNASPI, incluindo os 34 DSEI distribuídos pelos Estados da Federação e foi concebido no ano de 1999. As unidades gestoras podem ser observadas na Figura 4.

Figura 4 - Mapa da localização dos DSEIs.



Fonte: (36) Gov.br, 2021.

Já os 34 DSEIs são unidades gestoras descentralizadas da SESAI, resultantes de uma divisão feita estrategicamente por critérios territoriais e não necessariamente por estados, tendo como base a ocupação geográfica das comunidades indígenas. A eles, como responsáveis pela promoção da saúde indígena nos territórios por eles abrangidos, compete executar as ações previstas para o alcance desse objetivo.

A Figura 5 traz a organização do DSEI e modelo assistencial.

Figura 5 - Organização do DSEI e modelo assistencial.



Fonte: SESAI/MS, 2020.

A estrutura organizativa do DSEI compreende: Unidade Básica de Saúde Indígena (UBSI), o estabelecimento de saúde localizado em território indígena, destinado à execução direta dos serviços de atenção à saúde e saneamento realizados pelas EMSI. Polo Base (Território) são subdivisões territoriais do DSEI, sendo base para as EMSI organizarem técnica e, administrativamente, a atenção à saúde de uma população indígena adscrita e Casa de Saúde Indígena (CASAI), como estabelecimento responsável pelo apoio, acolhimento e assistência aos indígenas referenciados aos demais serviços do SUS, para realização de ações complementares de atenção básica e de atenção especializada, sendo também destinada a seus acompanhantes quando necessário.

3.2 PROCESSO HISTÓRICO DO DSEI - CEARÁ

O estado do Ceará tem sua origem fortemente vinculada aos povos indígenas. O próprio nome do estado provém de "ciará" ou "siará", que significa "canto da jandaia", que na linguagem tupi é um tipo de papagaio. A história dos povos indígenas no Ceará é marcada por um intenso processo de lutas e resistências. No passado, foi contra as invasões que, desde o início do século XVII, tentavam expulsar os indígenas dos seus territórios tradicionais.

Hoje, as resistências são contra as tentativas de negação das existências e culturas desses povos. Porém, após décadas de invisibilidade, os indígenas se reorganizaram e, no final da década de 1970, mobilizados politicamente em torno do reconhecimento de suas identidades, retomaram a luta de seus ancestrais por terra, por reconhecimento étnico-cultural e por dignidade (37). Esse processo de reconhecimento foi de suma importância para reivindicar o direito, além de outras coisas, de uma saúde diferenciada.

A partir de 1980, os povos indígenas do Ceará ganharam maior visibilidade, com o suporte de um grupo de apoio constituído pela Arquidiocese de Fortaleza (38). Inicialmente, os Tapeba e, posteriormente, os Tremembé, os Pitaguary e os Jenipapo-Kanindé, passaram a reivindicar da FUNAI a demarcação de suas terras e o seu reconhecimento étnico (39).

Essa luta pela demarcação de terras no estado do Ceará ganhou uma grande campanha, em 1993, e tinha como objetivo tornar pública as condições de vida em que se encontravam os povos indígenas e chamar a atenção dos poderes públicos para as suas demandas (40).

No mesmo ano ocorreu a 2ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde dos Povos Indígenas, onde foram debatidas as bases para a posterior criação da Lei Arouca que instituiu os DSEIs. Estes, formados com base em um projeto elaborado junto às comunidades,

sob a supervisão dos Núcleos Interinstitucionais de Saúde Indígena (NISI). Porém, os NISI perdem espaço e força em meio às disputas entre a FUNAI e a FNS, o que agrava o estado de atenção à saúde dos povos indígenas (41).

O entrevistado 2 corrobora as mudanças ocorridas em 1993, afirmando que a primeira assistência à saúde indígena se deu a partir desse ano, por conta da criação do NISI e que ocorreu inicialmente nas comunidades dos Tapeba e dos Tremembé, no estado do Ceará.

Com o embargante legal decreto nº 3.156, de agosto de 1999, o decreto nº 1.141 é alterado, estabelecendo a responsabilidade da União com a saúde indígena e sua organização a partir dos DSEIs (41). Em 23 de setembro de 1999, a lei nº 9.836 (Lei Arouca) acrescenta na lei nº 8.080 o capítulo V do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (41).

A lei Arouca determinou que o governo federal instituísse o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSus), tendo por base um modelo de Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) e, a partir desta concepção, então, foram criados os 34 DSEIs.

Por consequência, no Estado do Ceará, assim como em todos os outros estados do país, a atenção básica à saúde dos povos indígenas se torna de responsabilidade da FUNASA enquanto órgão do Governo Federal. Contudo as atenções secundárias e terciárias são exercidas através da Secretaria de Saúde do Estado.

Para (42) a principal característica desse subsistema de saúde é a sua organização a partir de um recorte territorial, populacional e organizacional específico: os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) são unidades administrativas básicas do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e é neles que se processa toda a Política de saúde indígena.

[...] a organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas na forma de Distritos Sanitários Especiais e POLOS Base, no nível local, onde a atenção primária e os serviços de referência se situam; a preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural; o monitoramento das ações de saúde dirigidas aos povos indígenas; a articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde; a promoção do uso adequado e racional de medicamentos; a promoção de ações específicas em situações especiais; a promoção da ética na pesquisa e nas ações de atenção à saúde envolvendo comunidades indígenas; a promoção de ambientes saudáveis e proteção da saúde indígena e controle social. (31).

É neste contexto que se consolidam os DSEIs como unidades gestoras do SASISUS, atuando como um modelo de organização de serviços, regido por um conjunto de atribuições técnicas relacionadas às ações de atenção à saúde, de forma qualificada e racional, com o intuito de promover a reordenação da rede de saúde e de práticas sanitárias em parceria com o controle social.

Nessa concepção, a FUNASA-CE manteve o programa de atenção à saúde dos povos indígenas e implantou o DSEI no Ceará. Inicialmente, o DSEI começou a prestar

assistência à saúde a quatro etnias: Tremembé, Tapeba, Pitaguary e Jenipapo-Kanindé e também iniciou a assistência aos povos emergentes, nas suas necessidades de referências para a rede do SUS.

O Controle social no âmbito do DSEI-CE vem sendo implantado desde 1999, com a criação dos Conselhos Locais de Saúde Indígena em cada etnia trabalhada pelo distrito, que são: Conselho Local de Saúde dos Índios Tapeba, Conselho Local de Saúde dos Índios Pitaguary, Conselho Local de Saúde dos Índios Jenipapo-Kanindé e Conselho Local de Saúde dos indígenas Tremembé, sendo 4 Conselhos Locais, com 13, 10, 6 e 10 conselheiros, respectivamente.

De acordo com Plano distrital de 2004, a composição do Conselho Distrital de Saúde do Ceará foi recomendada pela I Conferência Distrital de Saúde Indígena do Ceará, realizada em 20 de novembro de 2000, e se efetivou em uma reunião realizada para formação do Conselho Distrital de Saúde do Ceará em 12 e 13 de dezembro de 2000 (43).

O estado do Ceará possui uma extensão territorial de 145.694 Km² e os indígenas das quatro etnias assistidas pelo DSEI-CE habitam em municípios que se localizam na faixa litorânea do estado, na extensão que vai desde o município de Acaraú, a 252 Km de Fortaleza, à faixa litorânea do município de Aquiraz, a 28 km de Fortaleza.

Neste sentido, o Distrito Sanitário do Ceará era composto, em 2002, apenas por quatro etnias (Tapeba, Pitaguary, Jenipapo-Kanindé e Tremembé). Em termos de organização social, os povos indígenas no Ceará eram divididos em cerca de 20 aldeias, fixas e compostas pelo conjunto de residências familiares, totalizando 4.432 indígenas cadastrados (44). Os primeiros atendimentos ocorriam por meio de equipes volantes de saúde da FUNASA que realizavam visitas periódicas para atendimentos nas aldeias.

A Coordenação das Organizações e Povos Indígenas no Ceará (COPICE), em 09 de agosto de 2004, firmou um convênio com a Fundação Nacional de Saúde para subsidiar os deslocamentos dos indígenas, fornecendo vales transportes para casos de referências de saúde, pagamento de fretes para transporte de pacientes, transporte de lideranças locais para reuniões do CLSI e CDSI, bem como eventuais reuniões das lideranças com a coordenação do DSEI.

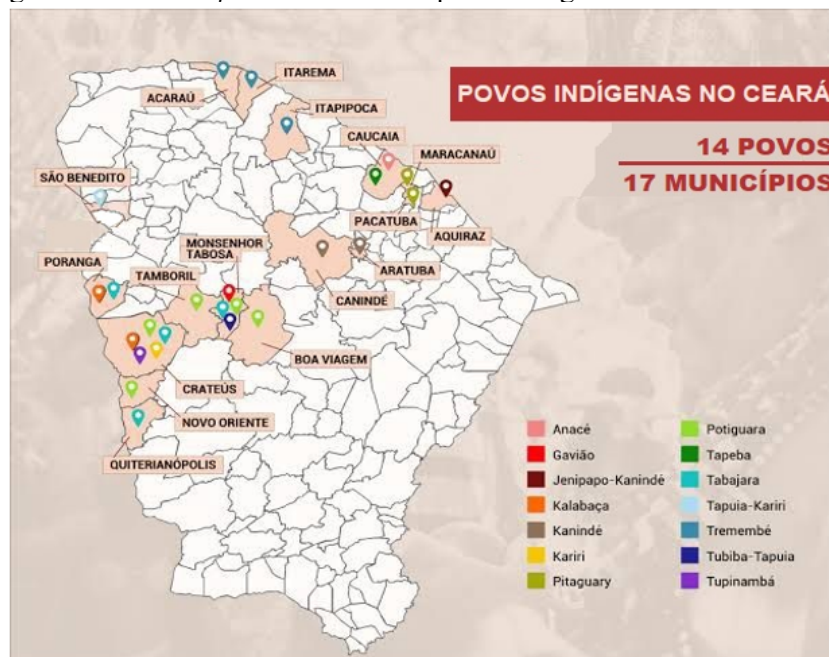
Também era amparada pelas estruturas da CASAI, o que possibilitou o movimento de diversas articulações na capital. No ano de 2007, por meio da portaria nº 2.656 foi estabelecido um Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas (IAB-PI), disponibilizado para os que eram atendidos naquela época. Com isso, passaram a se alocar nos territórios as primeiras Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), amparadas pelos municípios que recebiam o recurso e tinham o papel de geri-lo nesta prestação de serviços.

Este foi um período obscuro na memória dos indígenas, visto que o recurso destinado não refletia em serviço de qualidade nas aldeias e, por vezes, não era contratadas força de trabalho necessária e, quando contratada, não era devidamente remunerada, gerando insatisfação de ambas as partes, tanto dos profissionais quanto dos povos indígenas.

A FUNASA foi responsável pelas ações de saneamento e saúde até o ano de 2010, quando estas atribuições foram repassadas para a recém-criada Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) do Ministério da Saúde, por meio do Decreto nº 7.336, de 19 de outubro de 2010 e da Portaria nº GM/MS nº 3.965, de 15 de dezembro de 2010. Esta Secretaria foi criada com o intuito de coordenar e executar o processo de gestão do SasiSus em todo o território nacional.

Com a efetivação da SESAI no Ceará observa-se que a zona de abrangência aumentou consideravelmente, e onde antes só se atendiam 4 etnias, na faixa litorânea do estado, passou-se a atender 14 etnias em uma faixa territorial muito mais distribuída, como observado na Figura 6:

Figura 6 - Distribuição Territorial dos povos indígenas do estado do Ceará.



Fonte: (45) Montefusco, 2019

Após a início da atuação da SESAI, por meio das ações dos DSEIs, foi firmado no Ceará o primeiro convênio para contratação e gestão da força de trabalho nos territórios indígenas, gerida pela Missão Evangélica Caiuá, no ano de 2011.

Algumas das informações contidas nesta seção foram retiradas do Plano Distrital de Saúde indígena (PDSI) de 2004, 2006 e 2015. Por consequência, com o passar dos anos houveram avanços, dentre eles a ampliação das etnias assistidas pelo DSEI-CE, que passou de quatro para catorze, desde 2012. Estes e outros aspectos importantes a serem destacados serão apresentados na seção a seguinte.

3.3 CARACTERIZAÇÃO DO DSEI - CE

Os DSEI podem ser caracterizados de acordo com a Portaria nº1.801, Art.3º, onde:

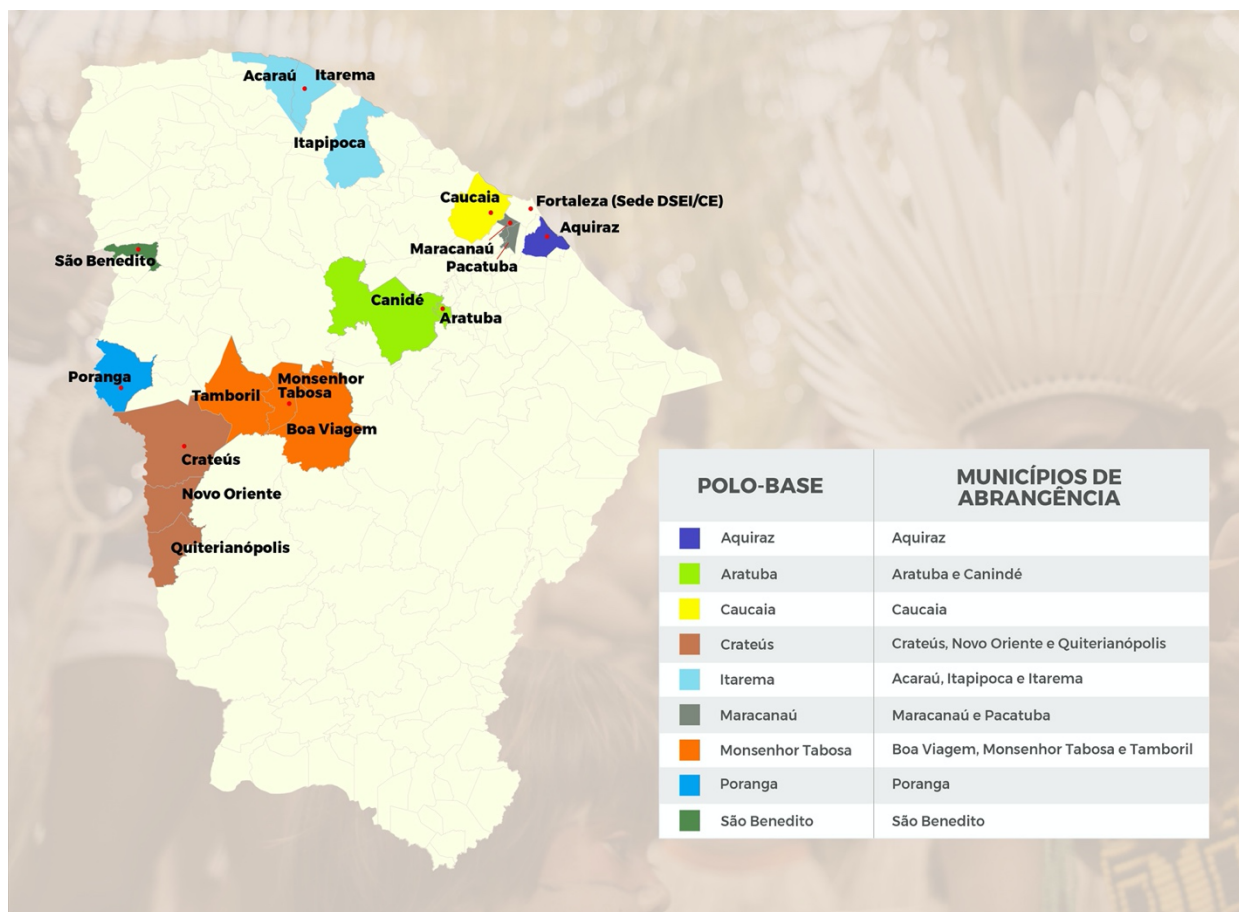
Os DSEI são espaços territoriais, etnoculturais e populacionais, onde vivem povos indígenas e são desenvolvidas ações de atenção básica de saúde indígena e saneamento básico, respeitando os saberes e as práticas de saúde indígena tradicionais, mediante a organização da rede de atenção integral, hierarquizada e articulada com o Sistema Único de Saúde (SUS), dentro de determinada área geográfica sob sua responsabilidade, podendo abranger mais de um Município e/ou um Estado (4).

No Brasil, atualmente, existem 34 DSEIs dispostos seguindo critérios territoriais que levam em consideração a disposição das comunidades indígenas e não considera obrigatoriamente as fronteiras estaduais. É importante salientar que para as populações indígenas, o território não obedece a essas delimitações. Portanto, a delimitação dos DSEI's segue de acordo com a ocupação geográfica das populações indígenas.

Já no que concerne ao DSEI do estado do Ceará, este possui atualmente uma população de 37.594 indígenas. Destes, 27.736 são aldeados em 105 aldeias e 14 etnias (Anacé, Gavião, Jenipapo-Kanindé, Kalabaça, Kanindé, Kariri, Pitaguary, Potyguara, Tabajara, Tapeba, Tremembé, Tupinambá, Tapuia-Kariri e Tubiba-Tapuia).

Essa população abrange 17 municípios totalizando 30.461 km². Essa população está dividida em nove Polos Bases e possui 12 Unidades Básicas de Saúde Indígena (45). Esses dados estão descritos no Plano de trabalho do DSEI-CE de 2022. Os Polos Bases podem ser visualizados na Figura 7:

Figura 7 - Mapa de distribuição da população indígena no estado do Ceará e Descrição de cada Polo Base e os municípios que são abrangidos.



Fonte: SIASI/CE/DSEI/SESAI/MS, 2022. Elaboração da autora.

A imagem apresenta as cidades onde residem as populações indígenas. Como demonstrado na Figura 7, há uma grande dispersão das aldeias pela geografia do estado, evidenciando a existência de aldeias que se situam na parte litorânea e outras no sertão central, refletindo assim a grande diversidade, tanto nos costumes, como nos fatores que desencadeiam o processo de saúde e doença.

O Quadro 4 apresenta os polos bases e os municípios que estão inseridos em cada um:

Quadro 4 – Caracterização do Distrito Sanitário Especial Indígena do Ceará, ano 2022.

Extensão territorial	148.920,538 Km ² (Fonte: IBGE, 2010)
Município sede do DSEI	Fortaleza
Endereço	Av. Pontes Vieira, 832 – São João do Tauape, Fortaleza/Ceará. Anexo I ao SERPRO.
E-mail	dseice.sesai@saude.gov.br

Nº de municípios contemplados	17
Nº de Polos Base/ municípios	
Polo Base: 9	Municípios: 17
Aquiraz	Aquiraz
Aratuba	Aratuba
	Canindé
Caucaia	Caucaia
Crateús	Crateús
	Novo Oriente
	Quiterianópolis
Itarema	Acaraú
	Itapipoca
	Itarema
Maracanaú	Maracanaú
	Pacatuba
Monsenhor Tabosa	Boa Viagem
	Monsenhor Tabosa
	Tamboril
Poranga	Poranga
São Benedito	São Benedito

Fonte: SIASI/CE/DSEI/SESAI/MS, 2022.

Os Polos Base são subdivisões territoriais dos DSEIs e seguem uma estruturação, contando com uma UBSI tipo Polo Base. Em algumas situações não é uma estrutura própria construída pelo DSEI, mas cedida pelo município que serve de base operacional para as EMSI na atenção à saúde da população indígena adstrita.

Quando não disponível, é escolhida a melhor estrutura na aldeia para que se realize os atendimentos, neste caso: escolas e casas que tenham condições de comportar o atendimento se tornam pontos de apoio à Saúde Indígena (46). Na Portaria nº 1.801, de 09 de novembro de 2015, temos uma definição dos subtipos de estabelecimentos de Saúde Indígena e a implementação das diretrizes para elaboração de seus projetos arquitetônicos.

Quadro 5 – Estruturação do DSEI/CE quanto às edificações presentes em seu território, tanto executadas e mantidas pelo Distrito, quanto as cedidas pelos municípios e aldeias.

POLO BASE	EDIFICAÇÃO CONSTRUÍDA E GERIDA PELO DSEI	UNIDADES COMPARTILHADAS COM MUNICÍPIO, OU CEDIDAS.	PONTOS DE APOIO CEDIDOS NAS ALDEIAS
AQUIRAZ	1 UBSI tipo Polo Base		
ARATUBA	1 UBSI tipo III	1 UBS compartilhada com o município.	1 Ponto de apoio.
CAUCAIA	1 UBSI tipo Polo Base. 1 UBSI tipo III.	3 UBS tipo II cedidas pelo município.	1 Ponto de apoio, cedido pela aldeia, configura-se como UBSI tipo II.
CRATEÚS		2 UBS compartilhadas com o município.	1 Ponto de apoio, equivalente a UBS tipo I.
ITAREMA	2 UBSI tipo II	1 UBS compartilhada com o município.	2 Pontos de apoio.
MARACANAÚ	1 UBSI tipo Polo Base.	1 UBS compartilhada com o município.	1 Ponto de apoio.
MONSENHOR TABOSA	1 UBSI tipo Polo Base. 1 UBSI tipo III.		Pontos de apoio em diversas aldeias.
PORANGA		1 UBS compartilhada com o município.	1 Ponto de apoio.
SÃO BENEDITO		1 UBS compartilhada com o município.	

Fonte: DSEI Ceará, 2022.

É possível caracterizar a relação do Polo Base com os municípios como uma via de mão dupla de informações, demandas e encaminhamentos. Hierarquicamente, as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena alocadas nas aldeias encaminham as demandas para o Polo Base. Este, por sua vez, avalia as situações e encaminha para a referência SUS ou CASAI, sempre mantendo o fluxo de informações com a sede do DSEI-CE.

Em termos geográficos, o DSEI Ceará não extrapola os limites do estado. Veremos que a população indígena, por mais fragilizada que esteja depois de séculos de resistência, ainda está presente em boa parte do território.

A Figura 8 apresenta um esquema de onde residem as populações indígenas e, em concomitância com o que pode ser observado na Figura 7, é possível compreender e relacionar cada local à sua predominância étnica.

Como demonstrado na Figura 6, há uma grande dispersão da população no estado, evidenciando a existência de aldeias que se situam desde a parte litorânea, até as outras no sertão central, refletindo assim, a grande diversidade, tanto nos costumes, como nos fatores que desencadeiam o processo de saúde e doença.

A Figura 8 apresenta a distribuição geográfica das populações indígenas dentro do estado do Ceará:

Figura 8 – Distribuição geográfica da população indígena no Estado do Ceará.



Fonte: (47) Ministério da Saúde, 2022.

Com relação ao contexto climático do Ceará, é coerente dizer que:

A grande característica do clima do Ceará é o fenômeno da seca, que se manifesta, periodicamente, por total falta de chuvas, na estação chuvosa, ou pela irregularidade das precipitações, no tempo e no espaço geográfico, caracterizando a chamada "seca verde". Neste tipo de seca, a vegetação natural nasce, mas a produção agrícola é prejudicada. (48).

O bioma característico do Ceará é a Caatinga, o que deixa expressivamente nítido o clima semiárido como predominante no estado, com pouca nebulosidade na maior parte do

ano e forte insolação, causando uma evaporação mais rápida em fontes hídricas superficiais (48).

Presente em aproximadamente 92% do território, sobretudo na região central, o período chuvoso costuma ser de três meses: de fevereiro a abril, seguidos por nove meses de seca, o que ocasiona um aumento significativo da temperatura do solo, impactando diretamente na agricultura destas regiões, fato que afeta diretamente a população indígena do estado (45).

No entanto, existem algumas situações que ocorrem variações nesta predominância, principalmente nas regiões litorâneas e de serra em algumas estações do ano, de acordo com a classificação climática de Köppen-Geiger. Neste caso, temos também a ocorrência do clima tropical úmido (45).

Nestas regiões também ocorrem variações climáticas durante o dia e à noite. Isso acontece por conta dos ventos alísios e contra-alísios e pelos ventos marinhos que cobrem toda a região litorânea, amenizando a temperatura no Ceará. Com esta ambientação, é possível caracterizar o clima nas regiões indígenas no estado a partir do Quadro 6, que apresenta a relação dos municípios e as suas características regionais.

Quadro 6 - Distribuição geográfica da população indígena atendida pelo DSEI/CE.

RELAÇÃO GEOGRÁFICA MUNICÍPIOS COM POPULAÇÃO INDÍGENA		
REGIÃO	MUNICÍPIOS	OBSERVAÇÕES
LITORAL	Acaraú, Aquiraz, Caucaia, Itarema e Maracanaú.	Há aldeias que não estão propriamente ditas no litoral, mas têm influência direta do clima.
SERRA	Monsenhor Tabosa, Tamboril, Boa Viagem, Poranga, São Benedito, Aratuba, Carnaubal e Crateús.	As regiões serranas no estado variam em altitudes entre 200 e >500 m.
SERTÃO	Crateús, Poranga, Novo Oriente, Quiterianópolis, Canindé e Poranga.	Alguns municípios contemplam aldeias em regiões serranas e de sertão, neste caso, Poranga e Crateús apresentam aldeias nesta situação.

Fonte: SIASI/CE/DSEI/SESAI/MS, 2022. Elaboração da autora.

Na Figura 6 é possível correlacionar as regiões citadas no Quadro 6 com o índice pluviométrico do estado e com a diferenciação do clima. De acordo com a escala de Köppen-Geiger, percebemos que nas áreas mais claras do mapa temos a predominância do clima BSh, que corresponde ao clima semiárido quente. Na área mais escura, temos a ocorrência do clima Aw como um clima de savana, onde apresenta uma estação mais seca no inverno, cujo mês mais seco tem precipitação inferior a 60mm.

Com relação as características econômicas, o DSEI Ceará possui aldeias que são predominantemente rurais, mas apresenta uma condição especial, pois conta com aldeias urbanas, cenário que abre possibilidades e novos desafios para este levantamento. Em suma, as características econômicas são de base, podendo ser divididas entre contexto urbano e rural, como apresentado no Quadro 7:

Quadro 7 – Atividades econômicas do DISEI-CE.

ASPECTOS ECONÔMICOS DSEI-CE	
CONTEXTO RURAL	Agricultura, pesca, atividades turísticas, pequenos comércios e benefícios do Governo.
CONTEXTO URBANO	Atividades de mercado local (comércio em geral), serviços essenciais (Saúde Indígena, escolas indígenas e demais entes governamentais), atividades autônomas, alguns conciliam suas funções com a agricultura, porém grande parte da população indígena é necessitada e depende de benefícios do Governo para incremento de renda.

Fonte: SIASI/CE/DSEI/SESAI/MS, 2022. Elaboração da autora.

Podemos caracterizar a agricultura indígena atualmente, em termos de contribuição capital seguindo dados apresentados em (45), como fortemente baseada na extração vegetal e silvicultura, focada na extração vegetal de cera e fibra provenientes da carnaúba (na região do Polo Base Poranga), no plantio de feijão, milho, fava, mandioca, caju e sua castanha (recorrente em todos os Polos Base, em suas devidas proporções).

Nas regiões de serra, temos a presença da modalidade de fruticultura muito forte nos Polos Base São Benedito e Aratuba que têm a cultura de banana, abacate, jaca. Nas regiões do sertão central, temos a predominância do cultivo da melancia, limão e manga. Em todos estes contextos a população indígena atua, não como grandes chefes da cadeia produtiva, mas em seus territórios, cultivando para sua subsistência ou, dependendo da fartura obtida, em pequenas vendas.

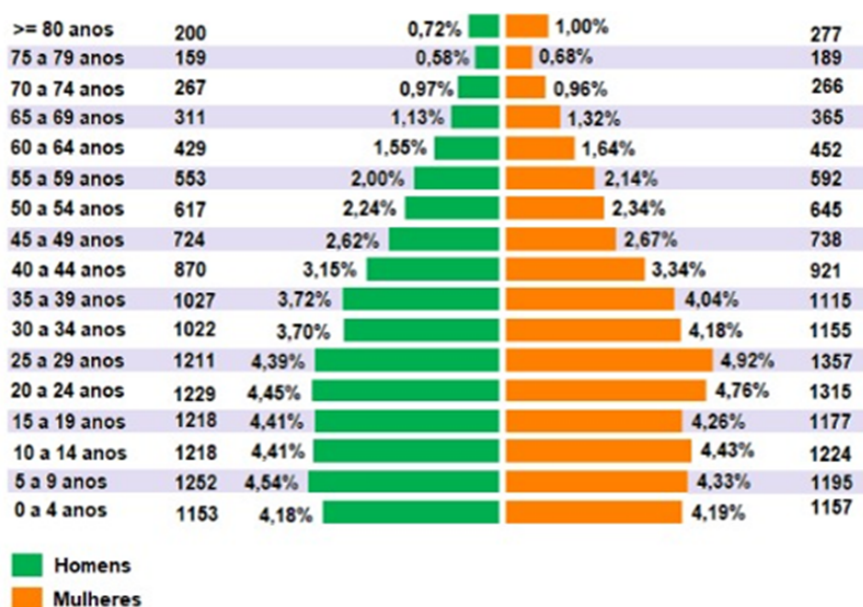
A partir dessas informações, é possível caracterizar economicamente a população indígena como um grupo carente que, mesmo estando diretamente inserida no contexto

capitalista e de produção, não possui condições necessárias para a transcendência da situação de pobreza (muitos casos em extrema miséria).

Somente em alguns casos, esta população consegue galgar ares de classe média. Um dos principais motivos históricos para esta situação de marginalização das populações indígenas é citada por (49):

No Ceará, as comunidades indígenas eram reconhecidas como “índios misturados”, descendentes vivendo sem “distinção” no mundo dos “civilizados”. Essa foi uma estratégia que o poder provincial encontrou para burlar as mínimas garantias que a Lei de Terra, de 1850, assegurava aos índios. Assim, o poder local construiu a extinção dos índios para, em seguida, apropriar-se dos seus territórios. (49).

Tabela 1 – Distribuição da população indígena por sexo, segundo os grupos de idade, junho 2022.



Fonte: Siasi 4.40.27 – Versão do Banco: 4.15 [modificado], DSEI CE, 2022.

Pela Tabela 1 é possível observar que a população indígena no estado é relativamente nova, no entanto, percebemos o afunilamento na parte da “terceira idade”, fato observável no ato dos atendimentos, sendo possível perceber que os mais idosos estão fragilizados por diversas mazelas oriundas do excesso de serviços braçais que desempenharam por muito tempo sem qualquer assistência.

É possível estender este cenário aos dois contextos: urbano e rural, considerando que o maior bem da cultura indígena é sua terra de origem, visto que é nela que se concentra a retirada do sustento de todas as famílias.

No estado do Ceará, as condições que se apresentam hoje são reflexo direto destas medidas tomadas que encarceraram a população indígena em um *status* de extinção que até hoje é aceito, principalmente na parcela que vive em situações urbanas, configurando este como mais um grande desafio para a legitimação e força do movimento indígena.

©

**4 PISA LIGEIRO, PISA LIGEIRO. QUEM NÃO PODE COM A FORMIGA NÃO
ATIÇA O FORMIGUEIRO: PARTICIPAÇÃO SOCIAL E POPULAR**

“Pisa ligeiro, pisa ligeiro. Quem não pode com a formiga não atice o formigueiro”.

Canto de ritual dos povos indígenas do Ceará.



Foto: Iago Barreto Soares, 2021.

É possível observar na secção anterior que a participação social e popular é fundamental para a construção de novos saberes. Nesta perspectiva, “a participação e a autonomia compõem a própria natureza do ato pedagógico” (50).

Portanto, decisiva para a legitimação das democracias contemporâneas, contribuindo na governabilidade, na diminuição de abusos, na atenção a diversos interesses, na tomada de decisões mais sábias e prudentes, no desenvolvimento do senso de responsabilidade dos cidadãos e em tornar as diretrizes estatais mais coerentes e fáceis de seguir (51).

Desta forma, é necessário estabelecer o conceito de participação:

[...] em geral, a participação pode ser entendida como interações sociais (uma única partida ou um caminho mais complexo): a) em que os cidadãos estão envolvidos, ou representantes de grupos / associações de algum tipo e as autoridades responsáveis pelo assunto discutido; b) que são baseados no uso da palavra (e não o confronto físico), c) que são abordados de alguma forma para resolver uma situação percebida como problemática ou tomada de uma decisão de interesse coletivo. (52), tradução nossa).

Nesta ótica, a participação remete a compromisso, envolvimento, presença em ações, por vezes, arriscadas e até temerárias (53) Em síntese, com a participação, “os cidadãos tornam-se protagonistas da sua própria história, deixam de serem objetos das iniciativas de outros e tornam-se sujeitos do seu futuro” (54).

É importante enfatizar a diferença entre participação social e participação popular. A participação popular corresponde às formas mais independentes e autônomas de organização e de atuação política dos grupos das classes populares e trabalhadoras e que se constituem em movimentos sociais, associações de moradores, lutas sindicais, entre outras.

Assim sendo, a participação popular corresponde a maneira de viver a democracia e se reafirmar nas formas de luta mais direta do que a participação social. Embora dialogando e negociando pontualmente com os governos, em determinados momentos, essas formas de organização e mobilização não atuam dentro de programas públicos e nem se subordinam às suas regras e regulamentos. (50).

Para (55) a participação popular foi definida como “esforços organizados para aumentar o controle sobre os recursos e as instituições que controlam a vida em sociedade”. Ademais para (56) a participação popular compreende as ações que determinadas forças sociais desenvolvem para influenciar as formulações, execução, avaliação e fiscalização das políticas públicas e/ou serviços básicos na área social (educação, habitação, transporte, saúde, saneamento básico, etc.).

Durante a década de 1990, no âmbito das políticas públicas, os discursos de participação se difundiram, atores e grupos sociais reivindicaram sua participação, a sociedade e Estado acreditaram que a governança democrática e o controle social poderiam ser assegurados por meio de uma parceria entre o Estado e a sociedade civil (3).

Neste sentido, a participação social é definida como uma ação que ocorre nas instituições e nos movimentos sociais de forma paralela ou simultânea; desenvolve, dependendo da sua formação e caráter, do contexto social e histórico, lógicas de deliberação e representação internas e perante a sociedade e/ou Estado (57). Segundo (58), a participação social resulta na garantia de bens de consumo coletivo/público sobre, por exemplo, a saúde, estando diretamente ligado à cidadania.

Por esta lógica, a Participação Social ocorre em espaços e mecanismos do controle social, como reuniões, conselhos, ouvidorias e audiências públicas. É assim que ela é entendida como categoria e como conceito metodológico e político, pelos gestores públicos que a promovem.

Essa forma de atuação da sociedade civil organizada é fundamental para o controle, a fiscalização, o acompanhamento e a implementação das políticas públicas, bem como para o exercício do diálogo e de uma relação mais rotineira e orgânica entre os governos e a sociedade civil (50).

O autor acima elucida a diferença entre participação social e participação popular que ocorrem de forma particulares, porém, ambos com o pressuposto do exercício da cidadania ativa, conquista e defesa de direitos. As duas devem ter uma constante na relação do Estado com a sociedade civil, portanto, devem constituir práticas permanentes nas definições das políticas públicas, e devem ser um modo de governar.

No campo da saúde, a participação não pode ficar restrita às unidades de saúde. É necessário o acesso às informações sobre recursos públicos disponíveis, critérios de distribuição, execução orçamentária e as definições das metas locais para embasar a participação direta da sociedade civil.

4.1 O MOVIMENTO INDÍGENA NO CEARÁ E OS MECANISMO DA PARTICIPAÇÃO POPULAR

Com a intensificação da participação social no Brasil, na década de 1970, os movimentos indígenas também se desenvolveram ao longo de uma série de eventos sociais. Nesse período, o movimento social estava em pleno desenvolvimento num país com governo

pela Ditadura Militar com uma linha dura contra os movimentos pró-democracia. Neste contexto os povos indígenas passaram a ser incorporados nessa movimentação política através da participação em assembleias de líderes e lideranças indígenas.

Dessa inclusão no movimento social nasceu uma consciência pan-indígena, levando a perceber problemas semelhantes entre seus povos, gerando ações concretas em prol de seus direitos (59).

De acordo (37) a articulação dos indígenas no Ceará teve início a partir do processo de emergência e luta dos povos Tapeba, de Caucaia, e os Tremembé, de Itarema, com apoio de parceiros ligados à Igreja Católica (Pastorais Sociais, Arquidiocese de Fortaleza), ONGs (Missão Tremembé) e universidades.

Posteriormente, outros povos foram se autoidentificando e se integrando ao movimento. Esta mobilização se estendeu à outras regiões do estado, como a região de Aquiraz, Canindé, São Benedito na Serra da Ibiapaba⁵, dos Inhamuns (municípios de Crateús, Novo Oriente e Quiterianópolis), Monsenhor Tabosa na região da Serra das Matas (Municípios de Monsenhor Tabosa, Tamboril e Boa Viagem) e Poranga. Com essa efervescência ocorrendo no estado, foi possível considerar o papel dos indígenas do Ceará como protagonistas de suas histórias.

Segundo (60), foram os movimentos sociais que, ao longo da década de 1980, deram origem a chamada “nova cidadania” ou “cidadania ampliada”, que organizavam demandas de acesso à educação, saúde, água, transporte e moradia, por exemplo. Já as questões como gênero, raça e etnia eram inspiradas na luta pelos direitos humanos como parte da resistência contra a ditadura brasileira.

Este movimento buscava implementar um projeto democrático, de transformação social que incluiu “características de sociedades contemporâneas tais como o papel das subjetividades, o surgimento de sujeitos sociais de um novo tipo e de direitos também de novo tipo, bem como a ampliação do espaço da política” (60).

Atualmente, o movimento indígena do estado do Ceará conta com a atuação das seguintes instituições sociais; Federação dos Povos e Organizações Indígenas do Ceará – FEPOINCE (sucessora da COPICE); Articulação das Mulheres Indígenas do Ceará – AMICE; Comissão de Juventude Indígena do Ceará – COJICE; e Organização dos Professores Indígenas do Ceará – OPRINCE (37).

⁵ Região do estado que abarca nove municípios e que abriga, em São Benedito, a população indígena da etnia Tapuya-Kariri.

Segundo (37), a extinta COPICE merece destaque pelo seu trabalho voltado para a gestão do convênio de saúde dos indígenas do Ceará e também pela sua representação política do movimento no estado. Segundo (61), a COPICE firmou convênio com a FUNASA, angariando receitas para as questões de saúde indígena.

Porém, com o fim deste convênio, em 2011, a entidade passou a ter problemas, principalmente financeiros e, com isso, em 2017, na Assembleia dos Povos Indígenas no Ceará, a COPICE encerrou suas atividades e foi criada em seu lugar a FEPOINCE.

A atuação da FEPOINCE é mais ampla que a da COPICE, pois tem por meta principal representar as diversas demandas dos povos indígenas do Ceará. No que concerne a incidência política, ela atua na luta coletiva com base em quatro pilares primordiais: a terra, a saúde, a educação e a cultura, ampliando as áreas em que a participação social se faz necessária (37).

4.2 MECANISMOS DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA SAÚDE

Para (62) a participação social é a capacidade adquirida pela população indígena de lidar com a administração de vários temas importantes para si, e dentre eles está a saúde. Segundo o mesmo autor, os indígenas estão cada vez mais engajados dentro da gestão da saúde e buscam atuar até mesmo nas instâncias estatais. Diante disso, é visível a necessidade de conhecer os mecanismos de participação da saúde, pois estes são os meios de efetivar os direitos indígenas.

Como mecanismos de participação social na saúde, fica estabelecido pela Lei nº 8.080/1990 e a Lei nº 8.142/1990 que o SUS conta, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, como as seguintes instâncias colegiadas: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde (63).

Concordando com (64) na afirmação de que existem dois canais institucionais de participação social na política de saúde – Os Conselhos e as Conferências de Saúde, essa participação institucionalizada da sociedade civil na política de saúde foi concretizada pelo controle social, ou seja, com a intervenção da sociedade organizada nas ações do Estado na gestão do gasto público.

As conferências de saúde são espaços amplos de participação e envolvem plenárias ascendentes nas três esferas de governo. Segundo (65), “através das pré-conferências são mobilizados núcleos organizados desde a esfera inframunicipal”.

O objetivo das conferências é analisar a situação de saúde e estabelecer diretrizes. Estabelecer diretrizes significa indicar caminhos para atingir objetivos definidos como fundamentais para que sejam atendidas as necessidades expressas pela população e alterada a situação de saúde identificada no momento da realização da conferência. Isso envolve o debate entre os representantes dos diferentes grupos de interesse e a construção de acordos sobre aspectos que devem ser considerados prioritários na definição das ações do sistema (66).

Partindo para uma breve análise da legislação que engloba a atuação do controle social e os mecanismos que foram dedicados a esta atuação, temos no artigo 1º da Lei nº 8.142/90, que regulamenta a participação da população por meio de duas instâncias colegiadas que são as conferências de saúde e os conselhos de saúde.

Vale destacar que as conferências de saúde são convocadas a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

Já o Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive, nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

A Lei nº 8.142/90, no artigo 1º, o § 5º afirma que as conferências de saúde e os conselhos de saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo conselho. Este mesmo artigo institui a estruturação da participação da comunidade na gestão do SUS.

Com isso, os conselhos de saúde passam a ser compreendidos como uma das formas de controle social das ações do Estado na área da saúde. São considerados como uma estratégia para se destinar, cada vez mais, o fundo público da saúde para a produção de bens e serviços de consumo coletivo sem fins lucrativos, atendendo às necessidades da reprodução da força de trabalho e de contraposição à tendência, atualmente hegemônica, de sua utilização para o financiamento de iniciativas privadas (64).

Segundo (67), “o financiamento público contemporâneo tornou-se abrangente, estável e marcado por regras assentidas pelos principais grupos sociais e políticos”. Neste sentido, o conselho de saúde se torna uma das formas de democratização dos gastos estatais no campo da saúde, pois, legalmente, podem deliberar sobre os aspectos econômicos e financeiros da política de saúde.

Na lei 8.141/90 da participação social no art. 2º, é possível acompanhar ponderações a respeito da alocação dos recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) que permeiam todas as esferas de governo, com destaque aos incisos III e IV, considerando os investimentos previstos no plano quinquenal do MS e as ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.

Em relação aos recursos destinados ao inciso IV, serão destinados à rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e as demais ações de saúde. No processo de descentralização da política de saúde, a criação dos conselhos de saúde é uma exigência legal para o repasse de recursos da esfera federal para as esferas estaduais e municipais, informação que se percebe na leitura do art. 3º, quando afirma que o repasse será realizado de maneira regular e automática aos entes supracitados.

Na Lei nº8080/90, em seu art. 33º, fica instituído o Fundo Nacional da Saúde suas áreas de atuação, fiscalização e gerência. Este fundo concentra as receitas destinadas ao setor da saúde, permitindo a viabilidade das fontes da receita com seus valores e data de ingresso, das despesas realizadas e dos rendimentos das aplicações financeiras.

Ainda no corpo do artigo, temos a presença dos conselhos de saúde como entes de fiscalização, o que legitima o papel do controle social e permite a autonomia na aplicação de tais recursos exclusivamente na saúde. O processo bem sucedido de descentralização da saúde promoveu o surgimento de conselhos regionais, conselhos locais, conselhos distritais de Saúde, incluindo os conselhos dos distritos sanitários especiais indígenas. Assim, os conselhos de saúde são espaços instituídos de participação da comunidade nas políticas públicas e na administração da saúde (68).

Visto que o controle social está intimamente ligado à participação social que foi descrita nessa seção, vê-se a necessidade de apresentar a seguir as bases do controle social.

4.3 CONTROLE SOCIAL

Na Sociologia, a expressão controle social é tratada por diversos autores para definir "os processos de influência da sociedade (ou do coletivo) sobre o indivíduo" (69). Por outro lado, (70) designa como "conjunto de métodos pelos quais a sociedade influencia o comportamento humano, tendo em vista a manter determinada ordem".

Desta forma, (64) apresenta o controle social como o controle que o Estado exerce sobre a sociedade por meio de suas instituições com o objetivo de amenizar, ou mesmo evitar, conflitos sociais.

De acordo com (69):

Controle social é expressão de uso recente e corresponde a uma moderna compreensão da relação Estado-sociedade, onde a esta cabe estabelecer práticas de vigilância e controle sobre aquele. A ideia de controle social inspira os Conselhos de saúde para que, com a presença de segmentos sociais tradicionalmente excluídos, possam controlar o Estado, assegurando políticas de saúde pautadas pelas necessidades do conjunto social, e não somente pelos desígnios de seus setores mais privilegiados. (69).

(71) em sua obra, *O Contrato Social*, perpassa a ideia do poder pertencente ao povo e/ou sob seu controle. O autor defendeu o governo republicano com legitimidade e sob controle do povo, considerando necessária uma grande vigilância em relação ao executivo, por sua tendência a agir contra a autoridade soberana (povo, vontade geral).

Neste sentido, o ‘controle social’ é do povo sobre o Estado para a garantia da soberania popular. Na análise dos autores (72) “a burguesia tem no Estado, enquanto órgão de dominação de classe por excelência, o aparato privilegiado no exercício do controle social”.

Na economia capitalista, o Estado tem exercido o ‘controle social’ sobre o conjunto da sociedade em favor dos interesses da classe dominante para garantia do consenso em torno da aceitação da ordem do capital. Esse controle é realizado através da intervenção do Estado sobre os conflitos sociais imanentes da reprodução do capital, implementando políticas sociais para manter a atual ordem, difundindo a ideologia dominante e interferindo no “cotidiano da vida dos indivíduos, reforçando a internalização de normas e comportamentos legitimados socialmente” (72).

(73) afirma que, de acordo com o conceito gramsciano de Estado, o campo das políticas sociais é contraditório, pois, através deste o Estado controla a sociedade, ao mesmo tempo em que atende algumas de suas demandas. Neste caso, o ‘controle social’ envolve a capacidade dos movimentos sociais organizados na sociedade civil de interferir na gestão pública, orientando as ações do Estado e os gastos estatais na direção dos interesses da maioria da população.

No que engloba estas ponderações, é comum admitir que o controle social configura um dos mecanismos em ascensão nas últimas décadas no Brasil, visto que abre horizontes para uma “democracia direta”⁶, permitindo aos envolvidos a participação direta ou parcial nas

⁶ O conceito de democracia direta se baseia no ideal de que as tomadas de decisão se dão diretamente pelos cidadãos, sem intermédio de representantes. Reunindo-se em assembleias, discutindo os assuntos e os pondo em votação. São os cidadãos presentes que deliberam e decidem as questões que lhe afetam (76).

tomadas de decisão e aumentando a eficiência do fluxo de informações e demandas dos grupos envolvidos.

Nesta perspectiva, (64), destaca que “os mecanismos de controle social são, ao mesmo tempo, resultado do processo de democratização do país e pressupostos para a consolidação dessa democracia”.

(74), trata o controle social sobre a ação estatal dentro da perspectiva da democratização dos processos decisórios com vistas à construção da cidadania. Destacando que “ao longo de décadas, os governos submeteram os objetivos de sua ação aos interesses particulares de alguns grupos dominantes, sem qualquer compromisso com o interesse da coletividade” (74).

Deste modo, (75) considera o controle social como um dos elementos constitutivos da estratégia política da esfera pública, visto que envolve o acesso às informações de decisões da sociedade política, o que leva a participação da sociedade civil organizada na formulação e revisão das regras, além da fiscalização de decisões estabelecidas (75).

O controle social tem sido alvo de recentes discussões e práticas de diferentes segmentos da sociedade, como movimentos populares e movimentos sindicais, políticos, ONGs e governos, mas, considerando o controle que a população deve ter sobre as ações do Estado, graças ao processo de democratização iniciado no Brasil nos anos 80.

Nessa perspectiva, o controle social envolve a capacidade da sociedade civil em interferir na gestão pública, orientando as ações do Estado e os gastos estatais na direção dos interesses da coletividade, implicando o controle social sobre o gasto público (64).

Nesta visão estatal, é possível vislumbrar cenários nos quais a sociedade civil, representando segmentos subalternizados, consegue influir sobre a gestão pública em diversas áreas, com o objetivo de diminuir a hegemonia e influência dos grupos clientelistas e privatistas, que há muito tempo dominam as decisões nessas terras.

Já que a população paga os serviços públicos, indiretamente por meio das tributações, nada mais justo do que ser parte fundamental do processo decisório, referindo-se ao destino dos gastos públicos e serviços prestados, o que evitaria injustiças, favoreceria a qualidade e eficiência que, de fato, deveriam atender às necessidades da população.

Com base nisso, este modelo de gestão se estrutura na forma de conselhos, em diversas instâncias (Municipal, Estadual ou Distrital e Nacional), suas composições são definidas democraticamente e com caráter participativo (62).

Além dos conselhos e conferências de saúde, a população pode recorrer a outros mecanismos de garantia dos direitos sociais, em especial o direito à saúde, como por exemplo,

o Ministério Público, a comissão de seguridade social e/ou da saúde do Congresso Nacional, das assembleias legislativas e das câmaras de vereadores, a Promotoria dos Direitos do Consumidor (Procon) e os conselhos profissionais, por exemplo.

Para (53), o controle social pode ser definido como a “[...] capacidade da população de manter sob seu controle o Estado e o mercado, de tal forma que prevaleça o bem comum”. Desta forma, o controle social é uma necessidade para a efetivação da democracia e o combate efetivo à corrupção.

5 EU TAVA LÁ NA MATA, ARQUEJANDO, ÍNDIO GUERREIRO PASSOU ME CHAMANDO: CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE INDÍGENA

*“Eu tava lá na mata, arquejando,
Índio guerreiro passou me chamando,
(Bis)*

*Oi pisa, oi pisa, oi pisa,
Oi pisa devagar,
Oi pisa devagarinho,
Na folha do Juremá”.*

(Bis)

Canto de ritual dos povos indígenas do Ceará.



Foto: Arquivo pessoal, 2021.

Para (77) “o controle social é apresentado como via imprescindível para a democratização do sistema”, o que leva a perceber que o movimento de reforma sanitária representa um marco de muita luta dos movimentos sociais voltado para a esfera da saúde e foi fortalecido pela noção de democracia participativa e da cidadania plena.

Diante deste contexto, há de se dizer que a 8ª CNS é, sem dúvida, um dos maiores marcos institucionais de mobilização social no país, no que se refere à saúde. A Reforma Sanitária inserida em seu bojo, rendeu ao país a universalidade do direito à saúde e a criação do SUS. Legitimando a ideia da participação na saúde, apresentada em (78) como “o conjunto de intervenções que as diferentes forças sociais realizam para influenciar a formulação, a execução e a avaliação das políticas públicas para o setor saúde”.

Os mecanismos de controle social integrados ao SASISUS e que compõem parte principal nessa pesquisa, está detalhado a seguir.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foi um evento fundamental para a reformulação da Política Nacional de Saúde, pois aprovou as diretrizes básicas da Reforma Sanitária, implementando o SUS.

A Reforma Sanitária criou o SUS, mas o núcleo dele, desumanizado e medicalizado, está errado. Temos de entrar no coração desse modelo e mudar. Qual o fundamento? Primeiro é a promoção da saúde e não da doença. O SUS tem que, em primeiro lugar, perguntar o que está acontecendo no cotidiano e na vida das pessoas e como eu posso interferir para torna-la mais saudável.⁷

O SUS é organizado, como consta no artigo 198, de acordo com (79) determinando que “as ações e serviços de saúde integrem uma rede regionalizada e hierarquizada, pautada pelas seguintes diretrizes: descentralização, atendimento integral e a participação da comunidade”. Deste ponto de vista, a descentralização acontece devido a responsabilização conjunta de todos os entes federados, em busca da promoção do direito à saúde.

O atendimento integral por abranger medidas imediatas, preventivas e assistenciais. A participação da comunidade, por proporcionar parceria efetiva com aqueles que buscam o atendimento de saúde considerando todos os aspectos do indivíduo. Nesta ótica, o SUS se consolida como uma conquista histórica, um patrimônio do povo brasileiro vinculado às lutas dos movimentos sociais e da população por uma saúde integral como direito inalienável a qualquer pessoa no país (79).

⁷ AROUCA, Sérgio. Doutor Democracia. O Pasquim 21, Rio de Janeiro, ano 21, n. 28, 27 ago. 2002. Disponível em: http://bvसारouca.cict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/5/7/275-sergio_arouca_entrevistao.doc

A 8ª Conferência foi a etapa mais importante do processo denominado Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, iniciado nos anos 1970, e que formulou os princípios e diretrizes da reforma setorial da saúde no Brasil (29). Nessa época, as ações de saúde direcionadas aos povos indígenas eram de responsabilidade da FUNAI, pela coordenação da saúde indígena. Em 1991, ela foi transferida para a Fundação Nacional de Saúde (FNS/Ministério da Saúde) (Decreto n. 23/1991), iniciando um período de disputas. Frente a este contexto, houve uma tensa relação entre as duas entidades.

A participação indígena nas políticas públicas está respaldada por diferentes marcos legais. Internacionalmente, é possível citar a Convenção 169, da Organização Internacional do Trabalho (OIT), que obriga os Estados a consultar previamente os povos indígenas sobre quaisquer ações e medidas que impactem direta ou indiretamente em suas vidas e territórios (4).

Em 1992, durante a 9ª Conferência Nacional de Saúde, foi aprovado o modelo baseado nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, de forma diferenciada e articulada ao SUS. Neste período, efervescia um debate entre a frente que defendia a reforma sanitária com viés municipalista e as lideranças indígenas e apoiadores, que reforçavam que a saúde indígena deveria ter suas questões territoriais respeitadas sob a coordenação da gestão federal (29).

Em 1994, a FUNAI retoma o controle das ações de saúde indígena (Decreto n. 1.141/1994). Com isso, instaurou-se um impasse entre as duas instituições, resultando, no mesmo ano, na atribuição à FNS da responsabilidade pelas ações de prevenção e controle de agravos à saúde, saneamento básico e capacitação de recursos humanos.

À FUNAI couberam as ações de assistência médico-sanitária. Em 1998, a Procuradoria Geral da República considerou inconstitucional a permanência da coordenação da saúde indígena no Ministério da Justiça, ao qual está vinculada a FUNAI.

Durante quase uma década houveram impasses entre a FNS e a FUNAI sobre as ações da saúde indígena. Após o Decreto nº1.141/1994, a FUNAI assume o controle, causando dificuldades com a FNS, que recebeu outras atribuições neste período. No entanto, a coordenação da saúde indígena pela FUNAI foi considerada inconstitucional, em 1998, pela Procuradoria Geral da República, visto que um órgão pertencente ao Ministério da Justiça não poderia gerir a coordenação de saúde indígena (29).

Esta disputa pela gestão da saúde indígena só foi superada com a aprovação da chamada Lei Arouca (n. 9.836/1999). A Lei estabeleceu o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS), acrescentou dispositivos à Lei n 8.080 do SUS, garantindo o direito à saúde da população indígena que vive em território indígena. Nesse momento, a Fundação Nacional de Saúde (Não mais FNS, agora Funasa) assumiu a gestão do Subsistema.

A partir de 2000 deu-se início a uma década de mudanças em relação à saúde indígena. Foram publicadas diversas Portarias governamentais com o objetivo de regulamentar aspectos específicos do funcionamento do atual modelo de atenção à saúde indígena. De acordo com (80), em 2002, foi aprovada a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), com o papel de detalhar o modelo de atenção do SASISUS.

Em 2008, iniciou-se uma série de reformas visando a gestão do subsistema, até que, em 2010, foi instituída a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), atual gestora do Subsistema. A SESAI é fruto da importante mobilização indígena, que desde a 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, em 1986, defendia a necessidade de uma secretaria ligada diretamente ao Ministério da Saúde (80).

Neste tocante, as conferências e conselhos locais de saúde indígena são os principais espaços para o exercício da participação e do controle social sobre a implementação da política de saúde e da PNASPI em todas as esferas do governo. A Conferência de Saúde está prevista na Lei 8.142/90.

Deve ser realizada a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes. Cabe ao Poder Executivo convocar a Conferência de Saúde, mas na sua omissão cabe extraordinariamente ao Conselho de Saúde sua convocação.

A Figura 9 traz à luz a linha do tempo das Conferências Nacionais de Saúde Indígenas (CNSI). Espaço democrático que proporcionaram grandes transformações e conquistas para a assistência à saúde dos povos indígenas no Brasil.

Figura 9 – Linha do tempo das Conferências Nacionais da Saúde Indígena



Fonte: A autora, 2021.

Vale destacar neste trabalho a importância das CNSI no Brasil e para isto se faz necessário trazer um prévio resumo de cada uma delas. A 1ª CNSI, realizada em Brasília, em 1986, foi um desdobramento da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Foi nessa Conferência que ocorreram as primeiras discussões em torno do modelo de atenção à saúde do índio, com a participação de representantes de várias nações indígenas, órgãos públicos e organizações da sociedade civil que atuavam em apoio à causa indígena (81).

Já a 2ª CNSI, parte integrante da IX Conferência Nacional de Saúde, ocorreu em Luziânia/GO, 1993, contou com a participação de 200 delegados, indígenas e não indígenas. Teve como tema a definição das diretrizes da Política Nacional de Saúde para os Povos Indígenas. Os debates refletiram pontos que resultariam posteriormente na aprovação da Lei Arouca (9.836/99), que instituiu o Subsistema de Saúde Indígena (SASISUS) e a criação dos DSEIs (4).

A 3ª CNSI foi realizada em Luziânia/GO, 14 a 18 de maio de 2001. Essa teve como tema “Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde Indígena, com controle social”. Foi convocada pela Resolução nº 305/2000 e teve como finalidade analisar os obstáculos e os avanços do Sistema Único de Saúde na implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas e propor diretrizes para a sua efetivação (4).

A 4ª CNSI, realizada em Rio Quente/GO, em 2006, teve como tema central orientar discussões em todas as etapas regionais – “Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI): território de produção de saúde, proteção da vida e valorização das tradições”. Participaram da 4ª Conferência 1.228 pessoas entre usuários, trabalhadores indígenas e não indígenas, gestores e prestadores de serviço.

Essa avaliou o Subsistema de Saúde Indígena no âmbito do SUS e também a situação de saúde nos DSEIs, inclusive propondo como diretriz a autonomia dos Distritos; além de discutir e propor ações para promover a saúde dos povos indígenas, com respeito às ações de integração da medicina tradicional e a efetividade do controle social. Também foi bastante criticada a gestão da FUNASA (82).

A 5ª CNSI, ocorreu em Brasília, no ano de 2013, sob a gestão da Secretaria Especial da Saúde Indígena do Ministério da Saúde. Essa conferência se destacou por reunir 1.226 delegados nacionais (entre usuários, trabalhadores indígenas e não indígenas, gestores e prestadores de serviço), representando 305 povos indígenas do Brasil. Foi precedida por 306 Conferências Locais, e 34 Distritais envolvendo mais de 23 mil participantes.

À luz do tema “Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e SUS: Direito, Acesso, Diversidade e Atenção Diferenciada”. Homens e mulheres dos diferentes segmentos do controle

social da saúde indígena dedicaram-se a dialogar em torno dos Avanços e Desafios para: Atenção Básica; Atenção de Média e Alta Complexidade; Recursos Humanos; Financiamento; Gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena; Controle Social e a Gestão Participativa no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena; Etnodesenvolvimento e a Segurança Alimentar e Nutricional para os Povos Indígena e Saneamento e Edificações de Saúde (4).

Adiada por causa da Pandemia da Covid-19, a 6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (6ª CNSI), acabou acontecendo em Brasília, entre os dias 14 e 18 de novembro de 2022. Cerca de 2 mil participantes em sua maioria indígenas e que representaram os 34 Distritos Sanitários Especiais de Saúde Indígena.

Figura 10 – 6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (6ª CNSI) /Brasília - DF



Fonte: Arquivo pessoal (2022).

Durante a 6ª CNSI foi aprovada a minuta para atualização da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI). Essa conferência foi uma grande conquista para povos indígenas, pois ocorreu em um momento de muitos ataques à quase todas as etnias, quando da invasão dos territórios pela mineração com o avanço do garimpo ilegal e as contaminações por mercúrio, além das ameaças de garimpeiros e madeireiros que se tornam cada vez mais frequentes. O relatório final conta com 258 propostas e 64 moções aprovadas.

Mesmo estabelecido pela lei 8.142/90 (63), que as conferências aconteçam a cada quatro anos, essa não é realidade para Saúde Indígena. Como foi apresentado anteriormente as conferências infelizmente não acontecem nos intervalos de anos preconizados por lei, realidade

que tem que ser mudada. Geralmente, ocorreram com espaços de tempo irregulares, variando de 5 anos a 8 anos. Destacando ainda que esses momentos aconteceram diante de muitas reivindicações e pressões por parte do movimento indígena.

É necessário frisar que o Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (63).

No contexto da Saúde Indígena, de acordo com a Lei 9.836/99 (83), cujo teor dispõe sobre as condições para a promoção de saúde e as ações relacionadas à atenção integral aos povos indígenas, há garantia da participação deste público nos órgãos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas públicas de saúde, bem como na estrutura dos conselhos de saúde.

Ao analisar os mecanismos formais de controle social do SasiSUS, inicialmente constituídos de forma semelhante aos anteriormente criados no SUS, observa-se que houve espaço para novas configurações demandadas pela população indígena. Um exemplo são os conselhos locais de Saúde Indígena, compostos apenas por indígenas, cujas reuniões ocorrem nas aldeias e refletem a forma de organização local, seguindo as regras estabelecidas na comunidade.

Tais órgãos colegiados atuam integrados ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) e são distribuídos da seguinte forma:

- a) Conselho Local de Saúde Indígena (CLSI) - Composto somente por indígenas, permanente e com caráter consultivo. A esse conselho compete:
 - Apresentar propostas ao CONDISI para elaboração do PDSI;
 - Acompanhar as ações do PDSI e do plano de trabalho do DSEI em relação as respectivas comunidades;
 - Manifestar sobre as ações e os serviços de atenção à saúde indígena necessários às respectivas comunidades;
 - Acompanhar a execução das ações de atenção à saúde indígena e determinantes ambientais nas comunidades;
 - Eleger conselheiros representantes das comunidades indígenas para integrarem os respectivos CONDISIs;
 - Apresentar relatórios semestrais de atividades e encaminhar aos respectivos

CONDISI; e

- Elaborar e aprovar seu regimento interno, que será homologado pelo coordenador do respectivo DSEI.

Os conselhos locais tornaram-se uma referência para a população indígena, são formados apenas por indígenas, que possibilita mais participação da comunidade, de lideranças, caciques, pajés, parteiras, professores, agentes indígenas de saúde, agentes indígenas de saneamento e anciões.

Nesses conselhos, discute-se as questões de saúde entre a comunidade, que participa do planejamento, da avaliação e do acompanhamento das ações de saúde. Além de trazer avanços no acompanhamento das ações de saúde realizadas nas aldeias.

Nos conselhos, não se discute apenas a questão assistencial: os conselheiros abordam também as questões sociais e políticas voltadas para a comunidade indígena. Assim, eles são procurados pela população indígena para resolver problemas junto aos municípios e a outros órgãos públicos.

b) Conselho Distrital de Saúde (CONDISI) - permanente, paritário e com poder deliberativo. Esse tem como atribuições:

- Fiscalizar, debater e apresentar políticas para o fortalecimento da saúde nas regiões de sua abrangência;
- Apresentar propostas para elaboração do PDSI;
- Elaborar e aprovar o Plano Distrital de Saúde Indígena;
- Acompanhar e monitorar a execução do PDSI e do plano de trabalho do DSEI;
- Acompanhar e monitorar a execução das ações de atenção integral à saúde indígena e determinantes ambientais;
- Acompanhar a execução financeira dos DSEIs;
- Elaborar e aprovar seus regimentos internos, os quais serão homologados pelo titular da SESAI/MS e publicado no Boletim de Serviço do Ministério da Saúde.

Por outro lado, os conselhos distritais são de caráter deliberativo. Seguem as recomendações das resoluções do CNS que orientam a composição e o funcionamento dos conselhos de saúde, de maneira a espelhar sua estrutura nos demais conselhos do SUS.

Ainda assim, apresentam as peculiaridades da relação intercultural que se estabelece nesses espaços e que interferem diretamente na sua forma de atuação, marcada pelo protagonismo indígena.

Conforme disposições do Ministério da Saúde (84), a composição dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI) é dada por:

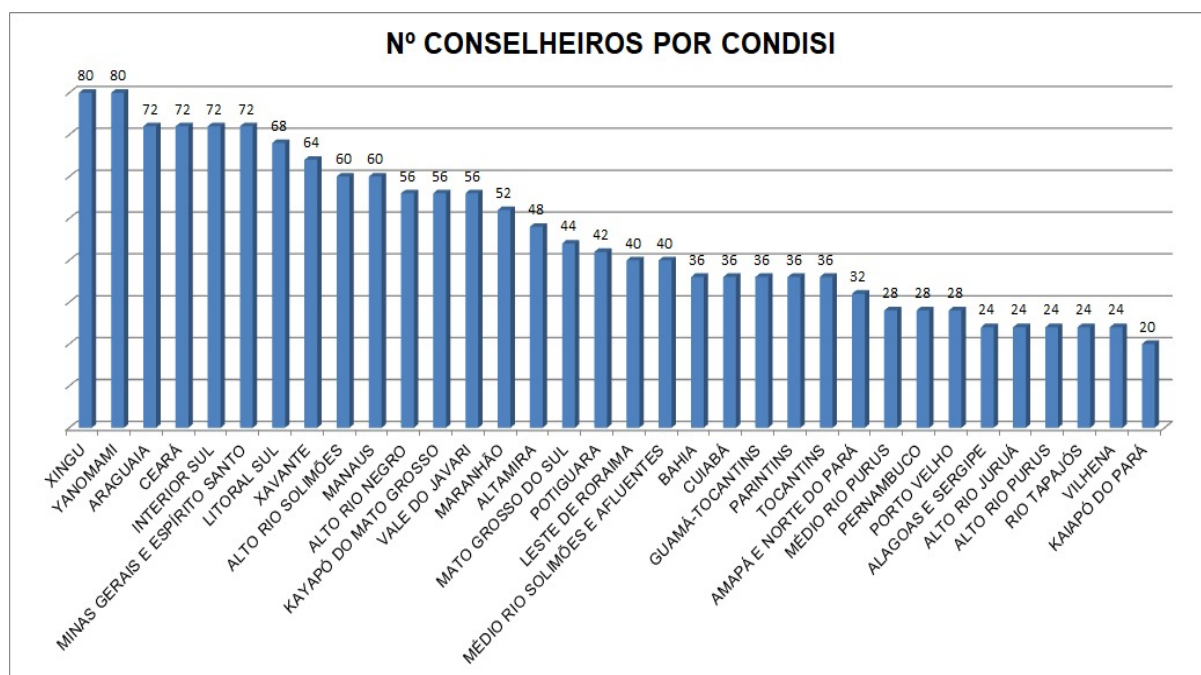
I. 50% de representantes dos usuários, eleitos pelas respectivas comunidades indígenas da área de abrangência de cada Distrito Sanitário Especial Indígena;

II. 25% de representantes dos trabalhadores que atuam na atenção à saúde indígena no respectivo Distrito Sanitário Especial Indígena e em órgãos do SUS que executam ações de apoio complementar na atenção à saúde indígena das comunidades indígenas adscritas ao respectivo DSEI, todos eleitos pelos trabalhadores;

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.

O mandato do presidente e vice-presidente dos CONDISI será de 02 (dois anos, permitida uma única recondução, por igual período. As reuniões ordinariamente ocorrerão até 3 (três vezes por ano e, extraordinariamente, por requerimento da maioria simples de seus membros, em situações de emergência e com pauta específica.

Gráfico 1 – Número de Conselheiros por CONDISI no Brasil.



Fonte: A autora, 2022.

Pode-se ver no gráfico que os CONDISI do Xingu e Yanomami são uns dos maiores dos conselhos distritais, contabilizando 80 conselheiros titulares em cada. Já o CONDISI do Ceará está em 4º lugar em números de conselheiros sendo um total de 72 conselheiros titulares.

No âmbito nacional, o Fórum de Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena (FPCONDISI), que surge de uma demanda dos representantes indígenas, torna-se o maior exemplo da capacidade de reconfiguração dos espaços de controle social para o atendimento às diferentes formas de relação entre o governo e a sociedade. Embora seja distinto das instâncias de controle social previstas no SUS, o fórum é reconhecido formalmente e, apesar de ter caráter consultivo, influencia de forma importante as decisões governamentais.

O FPCONDISI tem caráter consultivo e de assessoramento à SESAI em relação à Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do Sistema Único de Saúde (SasiSUS), em consonância com os Conselhos Locais e Distritais de Saúde Indígena.

Composto pelos 34 Presidentes de CONDISI, tem como objetivo promover o fortalecimento e a articulação política do Controle Social no âmbito da gestão participativa do SasiSUS e do SUS, em consonância com as diretrizes estabelecidas nas Conferências Nacionais de Saúde e nas Conferências Nacionais de Saúde Indígena.

Vale destacar que o FPCONDISI instituído no âmbito do controle social na Saúde Indígena foi extinto pelo decreto nº 9.759, de abril de 2019, sem ser informado e sem prévia consulta aos povos indígenas. Sendo um retrocesso, devido a retirada de um dos espaços de participação social importantes para os indígenas.

Contudo, diante de reivindicações do movimento indígena e de outras entidades, o mesmo foi reestabelecido com a portaria nº 3.121, de 04 de novembro de 2020, onde foi retomado as atividades do Fórum de Presidentes do CONDISI, sendo reformada para se adequar ao cenário de Pandemia havendo a necessidade discussões sobre os planos de enfrentamento da COVID-19 e seu monitoramento.

Pode-se afirmar que a participação social nas políticas públicas foi concebida nesta perspectiva de ‘controle social’, no sentido de os setores organizados da sociedade participarem desde as suas formulações – planos, programas e projetos –, acompanhamento das execuções até a definição da alocação de recursos para que estas atendam aos interesses da coletividade.

Devido a isso, os acontecimentos das CNSI são de suma importância para os avanços na saúde indígena. Com a ocorrência da pandemia foi necessário haver modificações nas formas de manter o controle social a partir da participação social, mas foram encontradas saídas para driblar essa situação atípica.

5.1 CONTROLE SOCIAL NO DSEI-CE

No controle Social do SasiSUS foram organizadas instâncias de participação social: os Conselhos Locais de Saúde Indígena (CLSI), os Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI) e o Fórum de Presidentes de CONDISI (FP CONDISI).

O Entrevistado 01 destaca:

O controle social na saúde indígena se dá por meio da Lei 8.142, que é lei que institui o controle social, é a lei que garante também a participação dos indígenas em todo o processo democrático na construção da política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas" [...]. "A gente tem um subsistema de atenção à saúde indígena, ele faz parte do Sistema Único de Saúde, que tem como sua função principal chegar o atendimento em saúde onde Estados e Município não alcançam.

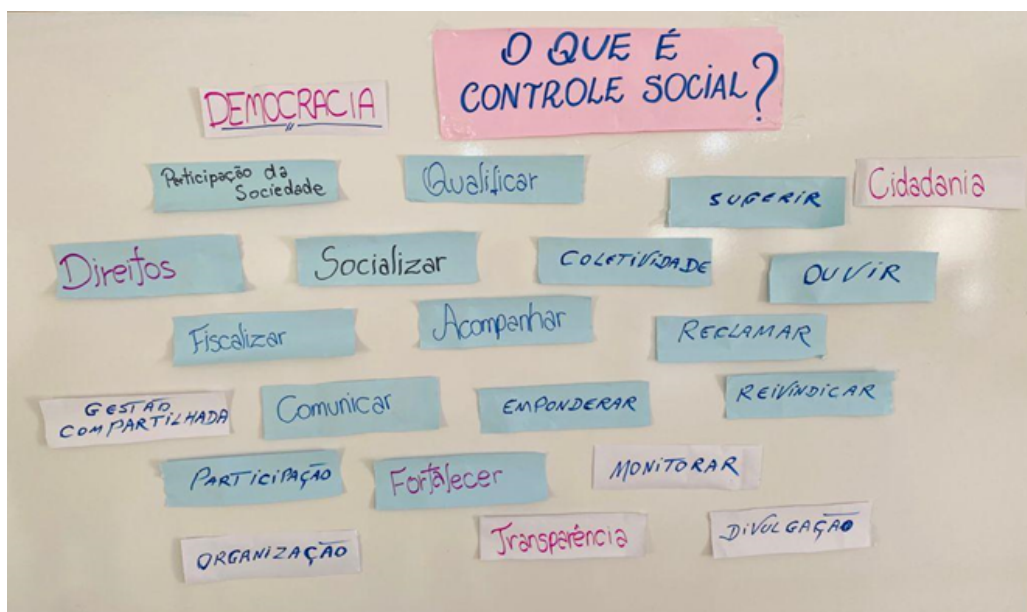
A partir da fala do entrevistado 01 é possível abstrair que o sistema de saúde não dava conta das especificidades e da complexidade dos povos indígenas havendo a necessidade de ter, no âmbito SUS, um Subsistema para cuidar da saúde desses povos, que respeitasse as suas diferenças étnicas, culturais e organizativas.

Dessa forma para autor (85), a Constituição de 1988, que cria o SUS, também garante um atendimento diferenciado à saúde da população indígena. Porém, ocorreu uma omissão sobre essa questão nas leis nº 8.080 e nº 8.142, ambas de 1990, o que levou a necessidade da criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena em 1999. E, espelhando-se no SUS, configuram-se nos Conselhos Locais e Conselhos Distritais de Saúde Indígena - CONDISIs.

Para o atendimento destas especificidades que o Controle Social tem grande importância, sua organização é determinada pela Portaria nº 3.021/2020, publicada sob gestão da SESAI, que regulamenta as estruturas do CLSI, CONDISI e FP CONDISI previstas na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

Em ilustração à estas assertivas, é interessante observar o conceito de Controle Social na ótica de alguns conselheiros de saúde indígena, em uma das capacitações do CLSI realizadas em Crateús no ano de 2021.

Figura 11 – Registro da avaliação coletiva da Educação Permanente CLSI Kranoqui em Crateús - CE 2021.



Fonte: Arquivo pessoal (2021).

A Figura 11 registra a avaliação coletiva após a realização de educação permanente no CLSI, que os conselheiros locais de saúde trazem o conceito controle social nas suas receptivas: Controle Social é “democracia, cidadania, direitos, fiscalizar, organização, transparência, acompanhar, socializar, emponderar, reclamar, participação social, coletividade, monitorar, fortalecer, reivindicar, ouvir, gestão compartilhada, divulgação, sugerir.”.

Quadro 8 – Caracterização dos Conselhos de saúde e aspectos demográficos do DSEI-CE

CONSELHOS DE SAÚDE	
1 Conselho Distrital de Saúde Indígena – CONDISI	
13 Conselhos Locais de Saúde Indígena - CLSI	
CLSI TAPEBA CLSI ANACÉ CLSI PITAGUARY CLSI TREMEMBÉ CLSI TABAJARA E KALABAÇA DE PORANGA CLSI KANINDÉ CLSI POTIJARA	CLSI POTIGUATAPUIA CLSI KRANOQUI CLSI TABAJARA, KALABAÇA E KARIRI CLSI JENIPAPO-KANINDÉ CLSI ARUÁ TAPUIA KARIRI CLSI TABAJARA

Nº DE POSTOS DE SAÚDE PRÓPRIOS	12
Nº DE POSTOS DE SAÚDE COMPARTILHADOS	10
Nº DE CASAI	1 (Fortaleza/CE)
Nº DE ALDEIAS INDÍGENAS	105
POPULAÇÃO INDÍGENA	
Total: 27.593 (População aldeada SIASI fevereiro/2022)	
14 ETNIAS	
Anacé, Gavião, Jenipapo-Kanindé, Kalabaça, Kanindé, Kariri, Pitaguary, Potyguara, Tabajara, Tapeba, Tremembé, Tupinambá, Tapuia-Kariri e Tubiba-Tapuia.	
LÍNGUA FALADA	Português
VIAS DE TRANSPORTE	Terrestre

Fonte: DSEI-CE/SESAI/MS, 2022.

Os conselhos locais, são formados apenas por indígenas com representatividade étnica e territorial. Conforme o regimento interno de cada CLSI, os respectivos segmentos são: liderança, professores, jovens, idosos, parteiras, Ais, Aisan, cacique (natos) e pajés (natos) obedecendo aos critérios de números máximos e mínimos aprovado no CONDISI-CE.

Sendo um órgão colegiado, consultivo, propositivo e de natureza permanente para o exercício de controle social das ações de saúde indígena no âmbito das Aldeias/Comunidades Indígenas.

Figura 12 – Panorama estrutural do DSEI/CE.



Fonte: A autora, 2022.

Atualmente, a estrutura organizativa do Controle Social do DSEI-CE é formada por 01 CONDISI, que totaliza 72 conselheiros, sendo 36 usuários indígenas, 18 trabalhadores de Saúde indígena e 18 gestores e prestadores de serviços, 13 Conselhos Locais de Saúde Indígena, totalizando 167 conselheiros locais. Vale destacar que o presidente do conselho distrital é eleito pelos seus pares e tem assento no Fórum dos presidentes. Segundo dados do (86).

Desta forma, os conselhos são a forma mais legítima que a comunidade tem de garantir sua participação, fiscalização e condução das políticas de saúde. No Brasil, existem os conselhos municipais, estaduais e o Conselho Nacional de Saúde (CNS), o maior em termos de influência, em relação ao Ministério da Saúde.

Segundo o entrevistado 4:

Entendendo que cada conselheiro sai de dentro da base, é eleito pela sua base. Então, se ele está lá dentro de forma colegiada, aquele conjunto, é para juntos lutarem para que tragam as melhorias da saúde para dentro das comunidades.

Vale destacar, dada a importância do CONDISI, a sua estrutura, demonstrada na Figura 13.

Figura 13 – Estrutura do CONDISI



Fonte: Autora, 2022

A Figura 13 traz, de forma detalhada, a estrutura do CONDISI-CE, sendo 25% trabalhadores da Saúde indígena, 25% gestores e prestadores e 13 conselhos locais com os respectivos nomes dos conselhos e representatividade étnica e territorial.

**6 QUEM DEU ESSE NÓ, NÃO SOUBE DAR, ESSE NÓ TÁ DADO, EU DESATO JÁ:
PANDEMIA DE COVID-19 E POVOS INDÍGENAS**

“Quem deu esse nó, não soube dar

Quem deu esse nó, não soube dar

Esse nó tá dado, eu desato já.

Esse nó tá dado, eu desato já.

Oi desenrola essa corrente e deixar os índios trabalhar”

(canto de toré dos povos indígenas do Ceará)



Foto: Iago Barreto Soares, 2022. Luiza Tabajara.

Em dezembro de 2019, após um surto infeccioso de uma síndrome respiratória aguda de origem zoonótica, foi identificada na cidade de Wuhan, na China, a presença em humanos de uma mutação em um Coronavírus, originando o *SARS-CoV-2*. Este vírus tornou-se o causador da COVID-19 (do inglês, *Coronavirus disease – 2019*), cuja velocidade da disseminação mostrou-se muito mais rápida do que outras viroses, levando a Organização Mundial da Saúde (OMS) a declarar essa doença como pandemia três meses depois de sua descoberta, em março de 2020 (87). Os pacientes infectados são as principais fontes da doença, que pode ser transmitida por gotículas respiratórias e por contato direto ou indireto.

Tratando-se de população indígena, sabemos que as epidemias são reconhecidas com um dos principais fatores para a redução demográfica dos povos originários desde o início da colonização, Darcy Ribeiro em (80), cita que “*A história das relações entre índios e brancos no Brasil ensina que as armas de conquista foram alguns apetites e ideias, um equipamento mais eficiente de ação sobre a natureza, bacilos e vírus- sobretudo vírus*”.

Entretanto, quando se refere diretamente da COVID-19 nos povos indígenas o contágio torna-se mais complexo pelo fator geográfico e pela questão biológica, que historicamente eliminou centenas de milhares de indígenas pelas doenças exportadas (88).

A COVID-19 é uma doença que infelizmente chegou nos territórios indígenas a partir do contato com a sociedade do “entorno”, conseqüentemente fica conhecida nos territórios como uma “doença do branco”. Doença essa que trouxe a efervescência da violação de direitos e a descasos do Estado Brasileiro com os povos indígenas. Assim traz o autor Machado:

Nós não fomos atrás dessa pandemia que mata as pessoas. A Xawara chegou em nosso território, porque as autoridades não impediram a entrada daqueles que destroem a nossa floresta. O Governo brasileiro não está respeitando as populações, indígenas e não-indígenas. Não está cumprindo com a sua responsabilidade de proteger os territórios demarcados. Não existe saúde de qualidade para nós, povos indígenas. O Estado tem responsabilidade, mas não cumpre com o seu dever. A floresta está sendo destruída, os rios estão poluídos e estamos morrendo cada vez mais. Esses são os rastros das omissões do Estado! (89).

É nítido que as omissões e o descasos do Governo federal neste sentido foram latentes, garimpo, invasões, desmatamento, falta de profissionais de saúde, falta de medicamentos nas comunidades, falta de segurança alimentar, etc., se perfazendo num total descaso às vidas indígenas

Diante disso, diversos grupos indígenas têm utilizado seus próprios recursos para prevenção e cuidados diante desta problemática; considerando as medidas tomadas nas

comunidades, as lideranças, pajés e “rezadeiras (os)” indígenas têm atuado de acordo com suas condições, seja no quesito medicinal ou espiritual para minimizar os impactos do vírus em suas populações.

Nesse sentido, considerando que essa população é um dos segmentos sociais com uma série de vulnerabilidades sociodemográficas, sanitárias e geográficas, que sofrem com o aumento de atividades ilegais na periferia dos seus limites territoriais, as consequências da disseminação da doença em seus ambientes pode representar, segundo a médica sanitária Sofia Mendonça, outro evento histórico de devastação étnico-racial (90).

Após instalada uma epidemia em uma comunidade indígena, pode ocorrer carência de alimentos, pois como as doenças transmissíveis rapidamente afetam praticamente toda população, as pessoas podem não ter condições de ir à roça coletar alimentos, caçar ou pescar. Dessa forma, a doença em si deixa de ser o agente causador de transtornos e passa a acarretar outros tipos de impactos. Neste sentido, cita-se a escassez de alimentos em toda uma aldeia.

Como (91) ilustra em depoimento:

Os Kararô, no Porto de Moz, era um grupo de 48 índios. [...] A aldeia tinha uma picada. Levaram o índio para acompanhar, e era para ele voltar para a aldeia. Só que ele não foi, e lá tinha sarampo. Quando voltou, para a aldeia, já tinha pegado sarampo, daí espalhou. Contaminou os outros. Morreram quase todos. Ficaram só oito, que escaparam. Dos 48 índios. (91).

A vulnerabilidade dos indígenas está diretamente relacionada às iniquidades instauradas em suas condições de vida e situações de saúde, e não estão apenas expostos ao novo coronavírus, mas também à adversidade do contato interétnico, que promove acentuada vulnerabilidade social que dificulta o enfrentamento do processo epidêmico (80).

Considerando as características de transmissão do Sars-Cov-2, são enormes os desafios para implementar as medidas preventivas no contexto dos povos indígenas. De acordo com (80), os modos coletivos de vida, convívio domiciliar e compartilhamento de utensílios e objetos de uso pessoal podem favorecer a transmissão, portanto, as orientações têm que ser disseminadas em idioma e linguagens adequadas aos contextos.

Ademais, devido à precariedade do acesso ao saneamento básico e de compra de insumos, as comunidades têm dificuldades em implementar as medidas de higienização das mãos e objetos. Em muitas comunidades indígenas, as pessoas residem em habitações com grande número de moradores tanto em contexto urbano como rural/isolado, impossibilitando medidas de isolamento social. Porém, para que se possa ter o isolamento social das comunidades

indígenas com outras comunidades e centros urbanos é necessária a garantia de condições adequadas e dignas de segurança alimentar (80).

A pandemia trouxe uma nova configuração para o mundo todo, e isto não foi diferente para as populações indígenas. O isolamento social foi uma medida indicada por todo o mundo, porém no Brasil sofreu resistência por entes do próprio governo federal, o que acarretou em medidas drásticas tais como o fechamento de comércio e serviços não essenciais.

Para o contexto indígena o impacto se deu na impossibilidade de realizar suas atividades coletivas como rituais, festas, reuniões, manifestações entre outras. Restrições de circulação impostas por determinações governamentais deixaram ruas e comunidades desertas.

A demarcação e proteção dos territórios dos povos indígenas é um fator protetor para essas populações. Assim, as ameaças aos territórios, como as invasões ilegais por atividades garimpeiras e agropecuárias, que levam a contaminação ambiental e conflitos violentos, também favorecem a disseminação de epidemias. Por outro lado, as populações indígenas em terras e áreas não homologadas têm sua vulnerabilidade agravada globalmente.

Neste sentido segundo (89), os povos indígenas desenvolveram várias estratégias de enfrentamento da propagação do vírus nos seus territórios sagrados sendo o fechamento das aldeias por meio de barreiras sanitárias, o uso de aplicativos para monitoramento dos casos, confecção de máscaras por organizações de mulheres indígenas, divulgação de informações através dos rádios, rede sociais, vídeos, cartilhas, *lives*, campanhas de arrecadação financeira e de alimentos para garantir itens básicos para as aldeias e medicina tradicional indígena com seus remédios do mato em associação aos medicamentos prescritos por médicos.

A participação indígena nas políticas públicas está respaldada por diferentes marcos legais. Baseados no exposto na Convenção 169 da OIT, em obediência à obrigação dos Estados em consultar os povos indígenas sobre quaisquer medidas que impactem suas vidas e territórios.

Mesmo no contexto da pandemia, os povos indígenas reivindicaram sua participação em todas as etapas, desde o planejamento até a execução e avaliação, das políticas e ações para enfrentamento da COVID-19, buscando um elo de ações que compreendessem ao máximo suas especificidades territoriais e culturais.

Vale destacar que existe uma diversidade territorial e étnica muito grande no Brasil, sendo assim a pandemia Covid 19 atingiu de formas diferentes em cada distrito. A seguir vamos trazer como o Coronavírus acometeu a população indígena do Ceará.

6.1 CORONAVÍRUS (COVID-19) NA POPULAÇÃO INDÍGENA DO CEARÁ

O mundo foi surpreendido com um quadro sanitário sem precedentes nos últimos 100 anos, com 15 milhões de casos confirmados e 640 mil mortes a menos de cinco meses desde a decretação da pandemia do COVID-19 pela OMS (87). Conforme o boletim epidemiológico da situação do DSEI na semana epidemiológica (SE) 1 até SE 26 de 2/07/2022.

O DSEI Ceará atende o total de 27.653 indígenas aldeados (base populacional referente a dezembro/2021), distribuídos em 105 aldeias, estas pertencentes a 9 Polos Base (PB) e 17 municípios que dispõem de EMSI em tempo integral para atendimento aos usuários. O Distrito recebeu a sua primeira notificação de caso suspeito de COVID-19 no dia 23 de março de 2020 (que em seguida foi descartado) e de caso confirmado no dia 04 de abril de 2020.

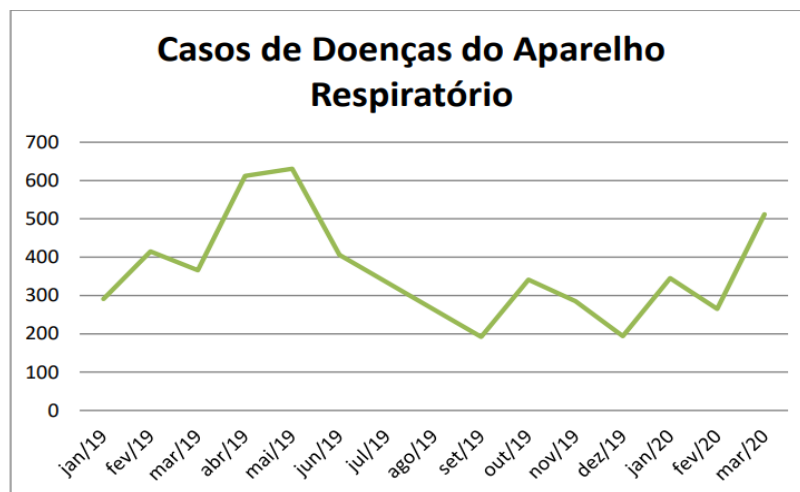
Diante desse cenário várias ações emergenciais tiveram que ser tomadas para evitar um número maior de mortalidade. Com relação a população indígena essas ações tiveram que ser mais rápidas e enérgicas, visto que esse grupo étnico é mais susceptível a infecções principalmente respiratórias.

Baseado nisso, o DSEI-CE elaborou um Plano de Contingência para controlar a entrada e disseminação desse vírus no seio da população indígena do Ceará, além disso, foi sugerido que cada polo base elaborasse seus próprios planos e ações para a mitigação do COVID-19.

As doenças respiratórias no DSEI-CE são uma constante todos os anos e causa de grande procura de atendimento por parte das equipes multidisciplinares de saúde indígena (EMSI), principalmente nos meses de março a junho.

Isso pode ser visto no Gráfico 2 que demonstra os picos dessas enfermidades nos meses já mencionados para os anos de 2019 e 2020, apresentando assim, que nesses dois primeiros anos de pandemia não houve casos de agravamento de doenças respiratórias no DSEI-CE.

Gráfico 2 – Distribuição das Doenças do Aparelho Respiratório durante o ano de 2019 e janeiro a março de 2020.



Fonte: planilha controle das Morbidades DSEI - CE. 2020

Em março de 2020, o MS juntamente com a SESAI e o DSEI-CE, começaram a lançar boletins epidemiológicos semanais para apresentar a situação epidemiológica causada pela COVID-19 no Estado do Ceará. E segundo esse primeiro boletim, o primeiro caso confirmado de COVID-19 no DSEI-CE, ocorreu no dia quatro de abril de 2020. A partir daí houve um crescimento exponencial do contágio (92), como pode ser observado na Tabela 2.

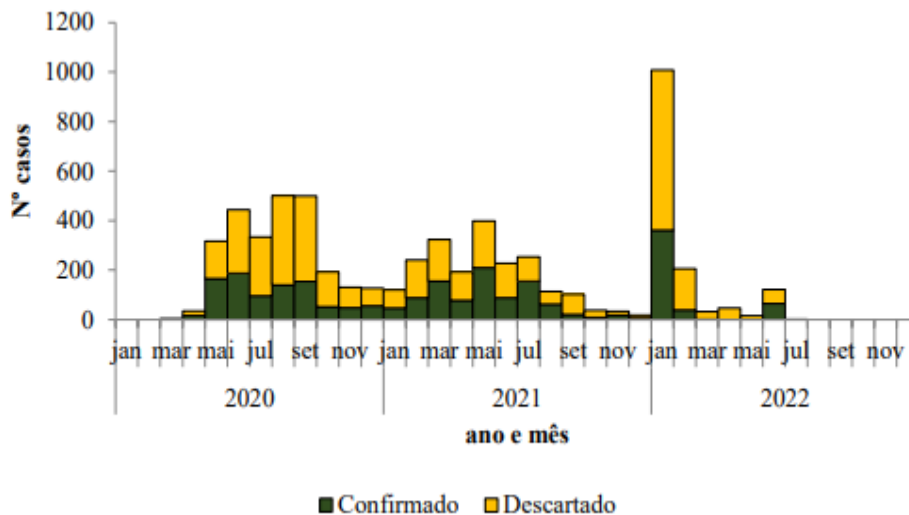
Tabela 2 – Casos de COVID-19 em indígenas aldeados do Ceará por Polo base e município, 2020 a 2022.

Polo / Município	Suspeito	Confirmado	Descartado	Infectado	Recuperado	Óbito covid-19
Total Polo Aquiraz	0	17	44	0	16	1
Total Polo Aratuba	0	84	252	0	83	1
Aratuba	0	78	234	0	77	
Canindé	0	6	18	0	6	
Total Polo Caucaia	0	520	753	0	510	8
Total Polo Crateús	0	369	503	4	361	4
Crateús	0	313	398	4	305	
Novo Oriente	0	15	25	0	15	
Quiterianópolis	0	41	80	0	41	
Total Polo Itarema	0	323	493	0	318	5
Acaraú	0	31	32	0	30	
Itapipoca	0	41	92	0	41	
Itarema	0	251	369	0	247	
Total Polo Maracanaú	0	580	1173	0	574	6
Maracanaú	0	484	975	0	478	
Pacatuba	0	96	198	0	95	
Total Polo Mons. Tabosa	0	257	364	1	251	5
Boa Viagem	0	8	31	0	7	
Monsenhor Tabosa	0	205	305	1	201	
Tamboril	0	44	28	0	43	
Total Polo Poranga	0	74	93	0	74	0
Total Polo São Benedito	0	27	26	0	26	1

Fonte: Sistema COVID-19/DSEI – CE.

No último boletim observado, que corresponde à semana epidemiológica de 26 de junho a 2 de julho de 2022, merece destaque o elevado número de notificações de casos de COVID-19 na primeira semana do ano de 2022, como pode ser observado no gráfico a seguir, pode-se destacar que 96,3% destes casos apresentaram sintomas leves.

Gráfico 3 – Distribuição dos casos, segundo mês da notificação e ano, considerando os anos de 2020 a 2022.



Fonte: Sistema COVID-19, SESAI. Dados atualizados em 19/07/2022.

Atualmente, o DSEI mantém a vigilância da COVID-19 no trânsito dos trabalhadores do SasiSUS, visto que é fundamental a continuidade da entrada de trabalhadores nos territórios indígenas para manutenção das atividades de rotina e da vigilância e assistência a COVID-19. Diante das várias medidas destaca-se o monitoramento clínico, testagem e afastamento dos trabalhadores conforme preconizado pelo “Protocolo Sanitário de Entrada em Territórios Indígenas”.

Por outro lado, os povos indígenas do Ceará se mobilizaram com estratégias de enfrentamento da propagação do vírus nas aldeias, entre elas o fechamento das aldeias por meio de barreiras sanitárias, o uso de aplicativos para monitoramento dos casos, confecção de máscaras por organizações de mulheres indígenas, divulgações de informações através de rádios, rede sociais, vídeos, cartilhas, *lives*, campanhas de arrecadação financeira e de alimentos para garantir itens básicos para as aldeias. Também foi usado a Medicina tradicional em associação aos medicamentos prescritos por médicos.

A Figura 14 traz o registro de uma das barreiras sanitárias no Estado.

Figura 14 – Barreira Sanitária da Aldeia Tremembé da Barra do Mundaú, no Ceará.



Fonte: Samuel Tremembé, 2020.

Em janeiro de 2021 iniciou-se a vacinação dos indígenas no Estado do Ceará orientado pelo o Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19, que foi elaborado em dezembro de 2020 e definiu que os indígenas, assistidos pelo SASISUS, fazem parte do grupo prioritário a partir de 18 anos de idade.

Além disso os trabalhadores do SASISUS também fazem parte do grupo prioritário de vacinação. Pode-se observar no Quadro 9 a situação vacinal mais atualizada dos indígenas no Ceará.

Quadro 9 – Situação da vacinação na população indígena por faixa etária, dose aplicada e município. DSEI Ceará, abril de 2022.

POLO	MUNICÍPIO	≥18 anos		12 a 17 anos			18 - 59 anos		≥60 anos		5 a 11 anos		5 a 11 anos	
		D1 (%)	D2 (%)	D1 (%)	D2 (%)	D3 (%)	D3 (%)	D4 (%) (pop 40-59a)	D3 (%)	D4 (%)	D1 (%)	D2 (%)	D1 (%)	D2 (%)
AQUIRAZ	AQUIRAZ	101,52	101,90	113,33	140,00	89,47	97,13	87,01	85,00	110,00	94,74	94,74		
ARATUBA	ARATUBA	96,91	96,74	105,56	105,56	92,96	113,46	24,10	103,57	71,43	105,56	104,63		
	CANINDÉ	98,17	98,17	190,00	190,00	52,63	180,00	68,75	170,00	70,00	214,29	200,00		
CAUCAIA	CAUCAIA	96,74	95,59	112,15	104,24	37,49	84,80	20,16	91,63	51,56	109,86	85,52		
	CRATEÚS	99,70	99,78	123,78	119,46	79,82	90,75	7,67	100,81	85,48	104,24	100,00		
CRATEÚS	NOVO ORIENTE	102,13	100,43	117,24	120,69	100,00	93,75	43,84	114,89	191,49	104,65	104,65		
	QUITERIANÓPOLIS	100,27	99,73	106,00	106,00	90,91	91,61	42,73	90,91	84,42	111,11	107,41		
	ITAREMA	97,61	96,98	100,00	99,47	52,38	87,58	19,35	89,20	73,52	93,81	82,67		
ITAREMA	ACARAÚ	104,94	103,70	98,04	98,04	77,08	95,89	0,00	93,10	100,00	105,26	101,75		
	ITAPIPOCA	102,13	102,13	103,08	103,08	81,69	101,82	24,44	98,04	84,31	98,80	98,80		
MARACANAÚ	MARACANAÚ	96,66	97,46	106,48	106,48	36,42	92,02	38,02	102,85	49,29	101,73	95,89		
	PACATUBA	100,00	100,00	106,15	106,15	71,21	101,26	34,90	108,62	108,62	98,65	97,30		
	M. TABOSA	99,09	98,83	133,59	116,80	55,48	89,50	17,19	90,23	60,73	106,80	97,96		
MONSENHOR TABOSA	BOA VIAGEM	99,57	98,29	112,20	97,56	59,09	92,93	22,58	98,51	73,13	95,24	88,10		
	TAMBORIL	100,81	100,81	110,34	96,55	75,00	92,82	19,70	103,75	66,25	103,13	106,25		
PORANGA	PORANGA	98,73	98,60	130,53	130,53	100,00	82,58	66,51	92,86	85,00	100,84	97,48		
SÃO BENEDITO	SÃO BENEDITO	94,11	93,50	119,86	117,73	59,88	85,86	30,10	100,85	117,09	112,41	107,59		
TOTAL DSEI	DSEI CEARÁ	97,77	97,27	113,01	107,98	53,82	89,20	25,62	95,44	69,11	105,69	92,93		

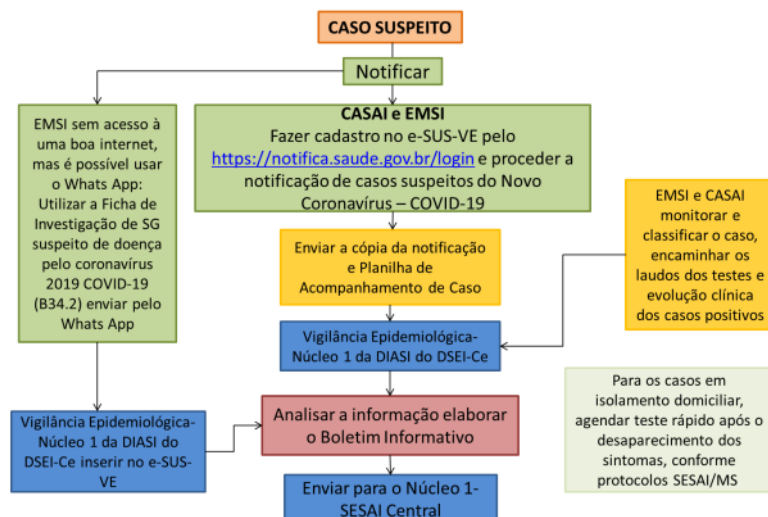
Fonte: DSEICeará/SESAI-MS (2022).

Outro ponto importante observando o Quadro 9, é a adesão dos povos indígenas do Ceará à vacinação contra o Covid-19. Isso se deu devido aos incentivos das lideranças, caciques, pajés e troncos velhos, que produziram vários vídeos incentivadores quanto a importância da vacina e combate a *fake news*, além de divulgação de fotos tomando a vacina e parceria com as EMSI.

Segundo a SESA (Secretaria da Saúde do Estado do Ceará), 2022. Em paralelo à campanha de vacinação contra a Covid-19, os casos da doença entre a população indígena do Ceará vêm diminuindo consideravelmente. De acordo com os dados mais recentes do Vacinômetro da Secretaria da Saúde do Ceará (SESA), 92,24% das primeiras doses distribuídas já foram aplicadas neste grupo (18,8 mil pessoas). Em relação às segundas doses, 86,44% desta parcela populacional já receberam o reforço do imunizante (17,6 mil pessoas).

É importante ressaltar a criação do plano de contingência do DSEI-CE para o COVID-19 que lançou mão de meios para controlar a entrada e disseminação dessa doença nas aldeias do Ceará. Nesse plano foram elaboradas estratégias para direcionar a forma de proceder a identificação dos casos suspeitos e no caso de alguém ser testado positivamente para o vírus qual a atitude a ser tomada e essa seria de acordo com os sintomas do paciente. Esses procedimentos podem ser observados na Figura 15.

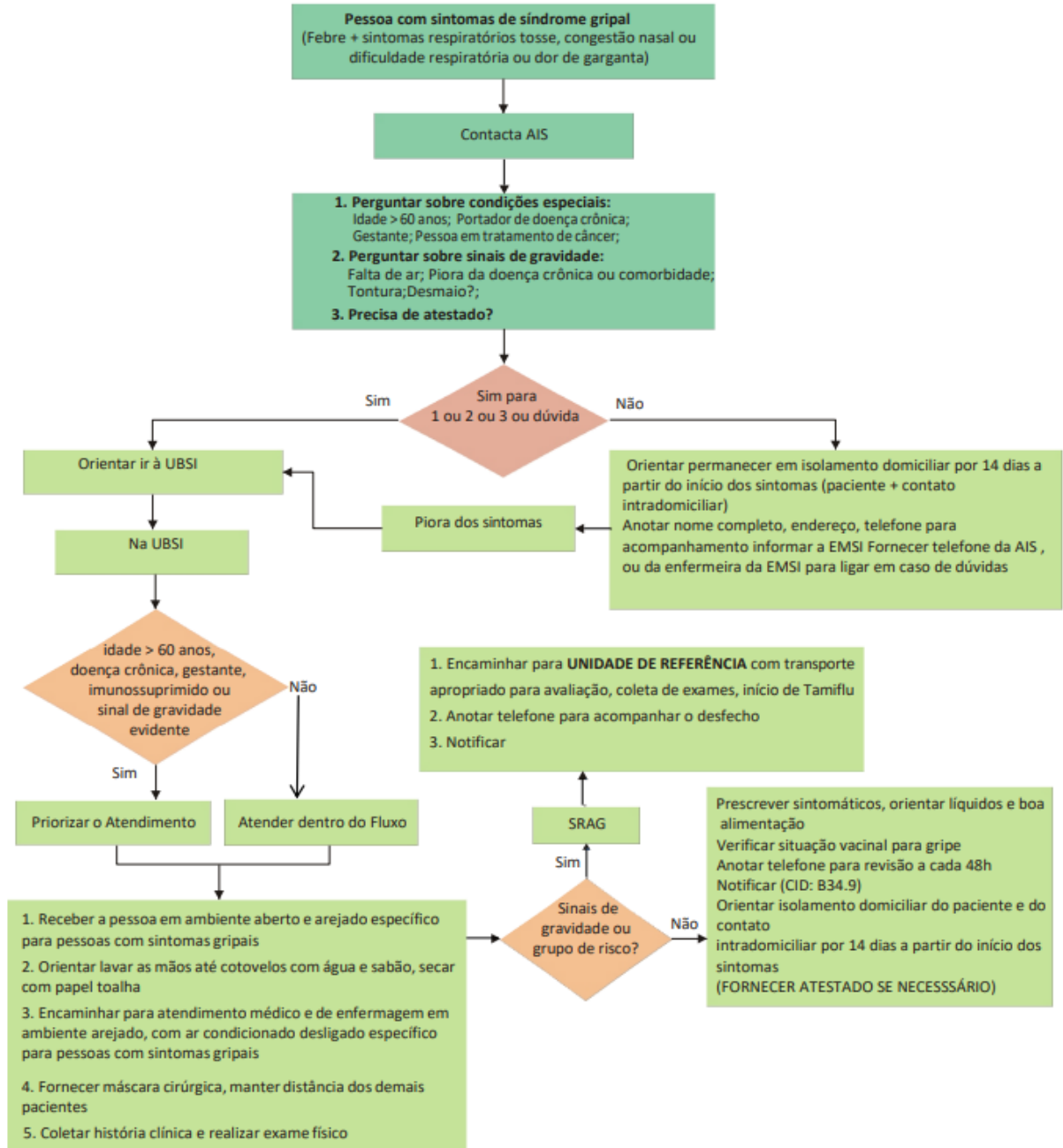
Figura 15 – Fluxo de notificação e comunicação dos casos suspeitos de COVID-19.



Fonte: Ceará, 2020.

Na Figura 15 é possível observar que os órgãos competentes eram avisados imediatamente diante de qualquer suspeita. No caso da Figura 16, está representado no fluxograma o plano de ação de acordo com cada caso.

Figura 16 - Fluxograma de atendimento.



Fonte: Ceará, 2020.

Partindo do consenso que a pandemia do COVID-19 reforçou ainda mais as vulnerabilidades dos povos indígenas. No próximo tópico abordamos as vulnerabilidades dos povos indígenas no Ceará diante do cenário pandêmico.

6.2 VULNERABILIDADES DOS POVOS INDÍGENAS NO CEARÁ NO CONTEXTO DA PANDEMIA

Toda a população mundial compartilhou das mesmas vulnerabilidades (guardadas as devidas proporções): falta de logística médico-hospitalar, escassez de suprimentos, morosidade na construção de planos de ação e de contingência dentre outras. No Brasil, o início da contaminação foi tratado de forma tão leviana que em pouco tempo instaurou-se um caos que implodiu o país em uma série de desinformações, muitas delas divulgadas por entes do próprio Governo.

Por mais que os setores competentes se articulassem na elaboração dos planos de contingência e campanhas afim reduzir a proliferação do vírus, seus esforços eram ofuscados pelas ações e falas do chefe do Executivo Federal, que em todas as vezes vilipendiava seu potencial destrutivo e expunha veementemente a população aos riscos que ele apresentava. Somadas essas ações à série de *Fake News* que inundavam as mídias sociais e o imaginário da população brasileira nos últimos anos, tivemos o tempero perfeito para engrossar o caldo da desinformação.

(93) e (94) trazem uma abordagem sistemática em torno das *Fake News* e abordam que desde 2018 o governo federal conta com um sistema de combate a essas práticas.

A população do país sofreu de inúmeras formas com os agravos da pandemia e os povos originários foram afetados de forma silenciosa e igualmente intensa, considerando a fragilidade dos indígenas no contato com novos tipos de infecção, fato observado ao longo de cinco séculos da relação entre colonizador e os povos indígenas, na qual as epidemias de doenças infecciosas e parasitárias trouxeram consequências trágicas para esta população. A plataforma de monitoramento da situação indígena na pandemia: “*Covid-19 e os Povos Indígenas*”⁸ traz a linha do tempo desde os primeiros contatos com os portugueses.

No estado do Ceará, por mais inseridos que estejam na sociedade, ainda resguardam seus costumes, com isso, a vivência em comunidade, os rituais, as unicidades na aldeia foram diretamente afetadas com a pandemia, na fala de um dos entrevistados pode-se perceber o impacto do isolamento em comunidades que tinham como característica intrínseca a vivência em comunidade, sem restrições:

8 (95) Yanomami DK. *Toda essa destruição não é nossa marca, é a pegada dos brancos, o rastro de vocês na terra* [Internet]. COVID-19 e os Povos Indígenas. [s.l.], 2020. [Acesso em 20 abr 2023]. Disponível em: <https://covid19.socioambiental.org/>.

Foi todo mundo pego de surpresa. Essa questão da pandemia, essa questão desse vírus. E ele veio trazendo consequências trágicas para as famílias e, ao mesmo tempo, trazendo essa questão do isolamento, essa questão do distanciamento. (Entrevistado 4 em sua contribuição).

Além do impacto do isolamento, teve outro agravante que afetou as comunidades indígenas que foi omissão e descaso do governo e principalmente da FUNAI, órgão que tem como um dos objetivos proteger e promover os direitos dos povos indígenas. Diante destes problemas, foram criadas medidas mais incisivas para evitar o contato de agentes externos às comunidades.

Estes casos se tornaram bastante corriqueiros, onde lideranças articulavam o fechamento dos “portões” das aldeias em prevenção às possíveis contaminações externas. Assim o entrevistado 1 traz na fala a seguir.

Se a FUNAI, de fato, nessa pandemia tivesse assumido o seu papel constitucional, que era a proteção do território, era muito bom, porque as comunidades foi quem, muitas das vezes, assumiram, inclusive, o papel da força militar, força policial, fechando os territórios indígenas. (Entrevistado 1 em sua contribuição).

Segundo o Conselho Indígena Missionário, 2022, os povos indígenas estão expostos às doenças contagiosas. No cenário de pandemia COVID-19 é urgentíssima e importância adoção de medidas de proteção pelo governo. É óbvio a necessidade de afastar a ocorrência de um possível genocídio.

Observou-se que mesmo nas comunidades relativamente afastadas dos centros urbanos, em todos os 9 Polos Base, as medidas não mitigaram a contaminação, visto que os indígenas, pelo menos mensalmente, precisavam se deslocar às cidades a fim de realizar suas atividades comerciais como comprar suprimentos e pagar as contas, em alguns casos, trabalhar na cidade e comercializar suas mercadorias.

Assim é possível identificar uma das maiores vulnerabilidades os povos originários do nosso estado, o contato constante com os centros urbanos, mesmo em aldeias mais afastadas.

No retorno às aldeias nada garantia que eles não trariam consigo o vírus e iniciariam um desastre entre seus parentes, para isso o DSEI e as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena, em parceria com o Controle Social e Lideranças de cada aldeia, elaboraram uma série de estratégias visando a conscientização e prevenção da população para estes casos.

Também é importante trazer uma particularidade da nossa realidade de estado em relação aos outros DSEIs: esse é em um distrito do nordeste brasileiro que se estende do litoral ao sertão, como visto na caracterização geográfica. Isso implica lembrar que a colonização foi

avassaladora nesta região, avançando em frentes distintas. Fernandes (2018) pontua que a colonização do Ceará partiu da expansão do movimento baiano, durante o século XVII, evoluiu pelo litoral com a expansão do sistema sesmarial⁹, se apossando dos territórios ao longo da praia e rios acima- e pelo sertão a partir da corrente expansionista pernambucana que gradativamente foi ocupando espaços e iam se efetivando naqueles locais.

Este cenário, ao longo dos séculos, evoluiu para o que estamos vivendo atualmente e o que acarreta outra vulnerabilidade dos povos originários do Ceará: a invisibilidade indígena em contexto urbano.

Já foi discutido sobre a questão indígena no estado e sobre a situação de extinção que já fora, um dia, institucionalizada. Baseada na contribuição dos autores (40), (42), (96) e (97), é possível inferir que a população indígena nunca sumiu deste estado. Os que conseguiram manter seus territórios vivem neles até hoje e os que não conseguiram, foram se alocando nas periferias das cidades que, em seu desenvolvimento, foram invisibilizando esta população.

Ao mesmo tempo, parte dessa população foi ocupando esses territórios urbanos, contribuindo inclusive para o surgimento de pequenos bairros e comunidades. Na realidade de algumas etnias do Ceará na atualidade, algumas aldeias assumem essa característica.

Neste contexto, (98) fala das vulnerabilidades política, social e ambiental enfrentadas pelos povos indígenas:

Em uma atmosfera cotidiana de violência e discriminação, ser indígena no Brasil implica viver sob precárias condições de saneamento e habitação; enfrentar confrontos com invasores e os danos por eles provocados em seus territórios; lidar com insegurança alimentar e falta de acesso à água potável em seu dia a dia; conviver com uma elevada mortalidade infantil; ter sua presença invisibilizada no contexto urbano; ter uma infância marcada pela desnutrição crônica, que acomete cerca de 25% das crianças indígenas menores de cinco anos no país, além de doenças infecciosas e parasitárias como diarreia e pneumonia, principais causas de adoecimento e morte da criança indígena. (98).

A pandemia veio e agravou exponencialmente todas estas vulnerabilidades, em particular as populações indígenas vivendo em contexto urbano, e em sua maioria, enfrentando situações precárias de saneamento, saúde, habitação e pobreza. Nestes territórios- aldeias, temos um contexto que mescla o descaso do poder público e o crescimento desenfreado do crime, expondo-os diretamente a esta realidade insípida. No DSEI/CE é possível observar esta situação nos Polos Base Caucaia, Monsenhor Tabosa, Poranga, Maracanaú e principalmente em Crateús.

⁹ (99) O nome sesmaria é oriundo de sesmar, dividir, e neste contexto eram terrenos tidos como “abandonados”, que pertenciam a Portugal e eram entregues para ocupação por intermédio dos sesmeiros. Este sistema teve início em Portugal e se estendeu para a colônia, o Brasil, onde perdurou de 1530 a 1822.

Mesmo com a presença dos profissionais de Saúde Indígena, à serviço do SASISUS, não foi possível resguardar totalmente a população indígena. No entanto, fomos ativos, insistentes em enfatizar a manutenção das medidas de prevenção e cuidado. Segundo o boletim epidemiológico diário de contaminação por COVID-19 da SESAI¹⁰, podemos verificar que no estado do Ceará foram 2.481 casos confirmados nas aldeias, com um total de 31 óbitos em todo o território abrangido pelo DSEI/CE.

A partir desses dados é possível pensar que a incidência não foi tão devastadora, contudo, é imprudente desconsiderar que eles fazem parte de uma alíquota de menos de 30.000 indivíduos atendidos pelo SASISUS, e que desde a colonização têm que conviver com a violação de seus territórios, vidas e corpos, além de lidar com uma série de doenças desconhecidas, que sempre deixam marcas dolorosas e que embora lutem e persistam em manter seus costumes e saberes, ainda seguem convivendo com o preconceito e a invisibilidade.

Há, ainda, como nos referimos anteriormente, uma parte da população indígena do estado, não coberta pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, e que acessa o SUS de forma similar aos demais segmentos não indígenas da população brasileira. No contexto da pandemia, isso tem sido um agravante para a vulnerabilidade da população indígena, especialmente a que vive em áreas urbanas.

Desta forma, o movimento indígena tem requerido que o SasiSUS amplie sua cobertura para as populações em terras e reservas não homologadas e aquelas que vivem em contexto urbano, mas que há dificuldade no acesso aos serviços do SUS.

Nesse sentido, a Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB) solicitou frente à situação de pandemia, que o Supremo Tribunal Federal (STF) referendasse a extensão das ações do SasiSUS garantindo assistência à saúde para essas populações indígenas. Essa foi uma reivindicação do movimento, garantida pelo STF.

Em linhas gerais, os entrevistados falam dos impactos da pandemia para a população referenciando o problema como porta de entrada a outros agravos e as perdas dos parentes:

Nós não paramos, mas, de uma certa forma, enquanto a gente caminhou para um lado em cuidar do COVID, a outra porta ficou aberta e outras doenças acabaram entrando dentro dos territórios. (Entrevistado 1).

A vida que muitas pessoas, jovens e adultos, e os troncos velhos que a gente também não esperava perder durante esses dois anos que se foram muitos amigos, muitos familiares foram abalados. (Entrevistado 4).

¹⁰ (100) diariamente a SESAI disponibiliza os dados atualizados de contaminação por COVID-19 em todo país, e é possível observar de um panorama nacional até o estadual. Disponível em: <http://www.saudeindigena.net.br/coronavirus>.

A título de síntese poderíamos refletir que a pandemia COVID-19, causou muitas perdas irreparáveis, principalmente idosos, nos quais a doença atinge de forma mais letal, colocando em risco parte considerável da cultura das 305 etnias do país. Os anciões são os guardiões e propagadores da história e dos conhecimentos tradicionais.

Diante das vulnerabilidades dos povos indígenas no Ceará expostas neste tópico o Controle social no DSEI-CE teve a necessidade de se reorganizar para atender aos desafios impostos pelo COVID-19, como abordo no próximo item.

6.3 CONTROLE SOCIAL NO DSEI-CE: REORGANIZAÇÃO PARA ATENDER AOS DESAFIOS IMPOSTOS PELO COVID-19

Na longa caminhada que envolve esta produção, encontramos-nos em seu ponto focal e aqui farei uma abordagem, tão minuciosa quanto possível, a respeito das medidas encontradas pelo Controle Social para manter sua atividade e sua relevância durante este período tão conturbado.

Sobre o papel do Controle Social apresento a seguir a fala do entrevistado 01 sobre sua base fiscalizadora e deliberativa em relação às ações de saúde, ao mesmo tempo em que o referenda como algo que pertence ao coletivo e não apenas aos conselheiros:

O papel do Controle Social ele tem como [...] tem como base fiscalizar, aprimorar e deliberar sobre as ações de saúde no âmbito da saúde indígena [...]. A gente destaca isso porque **todos nós somos controle social** [...]. (Entrevistado 01, grifo da autora).

Desta forma, trago a definição de (101) sobre o controle social na saúde. O autor diz que “a fiscalização direta da sociedade civil nos processos de gestão da coisa pública [...] é a apropriação, pela sociedade organizada, dos meios e instrumentos de planejamento, fiscalização e análise das ações e serviços de saúde”. Ou seja, uma oportunidade muito importante da participação da sociedade civil na manutenção ou não de políticas públicas.

Logo, o conceito de controle social que é utilizado no estudo considera o controle que a população deve exercer sobre as ações de saúde do governo através da participação dos diversos segmentos envolvidos (usuários, profissionais de saúde, gestores e prestadores de serviço) nas conferências e conselhos de saúde.

O Controle Social na Saúde se apresenta como uma possibilidade para a sociedade civil interagir com os gestores, para estabelecer prioridades e definir políticas de saúde que satisfaçam às necessidades reais da população. É o que manifesta em sua fala o entrevistado 04.

Controle Social é a sociedade participando, é o povo participando, o povo trazendo suas necessidades, trazendo suas demandas, trazendo suas reivindicações para dentro do controle social para repassar ao Estado. O papel dos conselheiros é levar essas demandas e necessidades da comunidade para os conselhos locais e distrital e para lutar que sejam resolvidas as reivindicações do povo. [...]”. (Entrevistado 04, grifo da autora).

Neste sentido, o controle social envolve a capacidade que os movimentos sociais organizados na sociedade civil têm de interferir na gestão pública, orientando as ações do Estado e os gastos estatais na direção dos interesses da maioria da população. Consequentemente, implica o controle social sobre o fundo público.

Considerando que o controle social garante a atuação da sociedade civil na formulação e no controle das políticas de saúde com o poder público, tendo com objetivo uma saúde de qualidade para toda a população. É assim desde os anos 1988, e na pandemia de covid-19 essa participação se mostrou fundamental para atender as novas demandas imposta neste novo cenário, principalmente para Controle Social na saúde indígena.

Contudo, na prática alguns desafios e impasses surgem e a plenitude do controle social fica comprometida. (73) recorre ao conceito gramsciano de Estado e considera o campo das políticas sociais como contraditório, porque é através delas que o Estado controla a sociedade, ao passo que apreende algumas de suas demandas. É nesse campo contraditório das políticas sociais que nasce um novo conceito para o controle social, ou seja, a atuação de setores organizado da sociedade civil na gestão das políticas públicas no sentido de controlá-las para que estas atendam, cada vez mais, às demandas sociais e aos interesses das classes subalternas.

Para (62), a emergência de novos atores sociais e políticos conformando uma nova sociedade civil que luta por políticas públicas, garantia de direitos e pela democratização.

Ainda segundo o autor:

A incapacidade de o Estado atender às novas demandas sociais e perplexidade dos movimentos em enfrentar a nova situação e criar alternativas levaram, por algum tempo, a um certo refluxo das ações coletivas e à indecisão quanto à participação em novos espaços institucionais. (62).

Dessa forma, ingressamos neste momento no ponto referente aos desafios da comunicação para atuação do Controle Social durante a pandemia. O uso das tecnologias para

a comunicação, por exemplo, é referenciado pelas lideranças que atuam no controle social como potencialidade mesmo sendo uma inovação para alguns territórios. Entretanto, nem todos tinham acesso a essas tecnologias. Vale ressaltar que parte considerável da população indígena vive em situação de vulnerabilidade econômica e, em muitos casos, não possui acesso aos meios de informação atuais.

Abruptamente, a sociedade global precisou desenvolver estratégias que suprissem, pelo menos parcialmente, as necessidades básicas da vida cotidiana. E, assim, a internet e os meios de comunicação ganharam destaque e se tornaram essenciais. “A internet tem o papel fundamental de manter uma certa rotina e parâmetros de 'normalidade' nesse momento de suspensão das atividades presenciais” (10).

Com base no exposto, a seguir apresento as falas que possibilitam entender os desafios enfrentados pelos territórios durante a pandemia:

O desafio que a gente teve nesse período foi que, apesar da tecnologia avançar muito, as nossas comunidades indígenas ainda sofrem muito com a falta de acesso à rede de internet, ou, muita das vezes, a própria rede de energia elétrica. (Entrevistado 01).

É essencial compreender o quão se faz magna a comunicação para que o Controle Social aconteça. De acordo com o dicionário Oxford, “comunicação é a ação de transmitir uma mensagem e, eventualmente, receber outra mensagem como resposta”. A definição apresentada pelo dicionário possibilita entender a reflexão trazida pelas lideranças para expressar a problemática relacionada ao desafio comunicacional.

Na população, de modo geral, a nossa população é um pouco carente, é uma população necessitada e que nem todos têm acesso à internet, têm acesso a um aparelho de celular. Não são todos que têm. Mas aqueles que têm, a gente procurou ajudar da forma que dava para ajudar, mesmo usando o distanciamento e que facilitou muito. (Entrevistado 04).

As reflexões estão também nas possibilidades de que, em se tratando de uma comunidade tradicional, historicamente com suas relações pautadas na oralidade e no convívio direto, a restrição da discussão do contato olho a olho pode se constituir um entrave:

“[...] a gente faz as discussões presenciais, muitas vezes é difícil, muitas vezes, tem problema tem muita divergência, imagina uma questão virtual que a gente não pode estar sem ser uma coisa [...] muito assim [...] não tem tempo para você fazer um debate melhor, mas foi a maneira que se teve de fazer essas reuniões virtuais dos conselhos locais.” (Entrevistado 02).

No início da pandemia, em 2020, tivemos uma grande redução dos encontros, O compromisso com o enfrentamento da pandemia também parece ter ajudado as lideranças a olhar o contexto de forma crítica e perceber as contradições já existentes no cotidiano do SUS acentuado pela gravidade e intensidade dos casos que afetaram diretamente toda a estrutura de saúde no país.

(102) trazem à tona o impacto da COVID-19 nos sistemas de saúde em todo o mundo que foi visto principalmente como um problema a ser tratado no presente, com pouco planejamento quanto aos seus impactos futuros. No entanto, o quase colapso do sistema de saúde e o medo causado por um governo negacionista da ciência, no Brasil, afetaram a resposta à pandemia e criaram uma perspectiva pessimista para o futuro.

As entrevistas elucidaram ainda, que o Controle Social, além das atribuições já mencionadas, abraçou a luta contra a pandemia, elaborando um conjunto de estratégias educativas e comunicativas sempre em articulação com as EMSI. Aqui é fundamental realçar o papel das lideranças nesse processo, considerando o respeito que detinham nas aldeias naquele contexto. Retomando à fala emblemática do Entrevistado 01, nota-se como as lideranças percebiam essas contradições:

a pandemia de COVID-19, diante da gravidade sanitária que ela se instalou, ela trouxe à tona problemas que o nosso Sistema Único de Saúde sempre teve.” [...] “Tinha uma máscara ali por trás dessa situação e que veio à tona em virtude da gravidade, a começar pela estrutura política que o nosso país vive, infelizmente, quando o país veio reconhecer a urgência da doença, já era muito tarde”. (Entrevistado 01).

Embora no plano nacional houvesse uma evidente ausência de definições e decisões para o enfrentamento à pandemia, no contexto da saúde indígena do Ceará, o DSEI e os atores do Controle Social, traçaram de forma articulada, estratégias que incluíram a elaboração de planos de ação por cada Polo Base, em conjunto com as EMSI e os CLSI de cada região, visando evitar o contágio, reduzir e controlar a entrada e saída de pessoas dos territórios:

“[...] nós do DSEI Ceará que instalamos um comitê de crise, que a gente se reunia e cada polo base, que somos 9, apresentava ali o seu plano de contingência, apresentava ali o seu plano de ação.” (Entrevistado 01).

A população indígena, por meio do Controle Social, mesmo frente a tantos desafios, não abriu mão de cuidar e discutir sobre suas atribuições junto à gestão e população. Desse modo, em todo o estado os CLSIs foram mobilizados para que se produzisse conteúdo digital, fortalecendo as medidas de prevenção e cuidado em combate à pandemia, com a participação

de caciques e pajés na produção de vídeos, áudios e mensagens de texto por meio dos aplicativos de comunicação e redes sociais.

Contudo, outra questão que se revela na fala desse entrevistado, diz respeito a uma certa confusão de papéis no controle social quando se refere ao sujeito gestor e sujeito usuário:

“É muito confuso em muitos conselheiros, qual é o papel do controle social e qual é o papel da gestão. Muitas das vezes, a gente vê que os nossos conselhos, algumas lideranças, não estou criticando, mas são relatos, de fato, que acontecem. Eles querem fazer gestão do serviço e isso para gente é prejudicial, porque foge do sentido, foge do que está pactuado.” (Entrevistado 01).

Em concomitância a esta fala, é conveniente citar a contribuição do Entrevistado 05, que forneceu algumas informações complementares a respeito desta relação:

“nós temos outras visões: visões técnicas, visões administrativas, que também têm que ser seguidas. Inclusive a questão da legalidade, que é algo que, às vezes, torna a administração um pouco mais burocrática, mas que é necessário para que a gente dê o tom e tenha a segurança jurídica do gestor [...]”. “Nós utilizamos algumas medidas que foram, de fato, indicadas pelo Ministério da Saúde, principalmente, o isolamento social [...]”. “A gente conseguiu ter o apoio do Controle Social local e, de fato, [...] lideranças, pajés, caciques, pessoas de poder na comunidade conseguiram fazer esse tipo de isolamento.” [...] “Nós, Ministério da Saúde, não tivemos a capacidade técnica de fazer a barreira sanitária. Entrevistado 05.

“O que a gente fez? Nós preparamos nossos profissionais, EPIs, distribuímos EPIs, disponibilizamos veículos para o atendimento de alta complexidade, mas que a nossa atuação, de fato, foi uma atuação, digamos assim, complementar [...]”. “Então, a gente tem essas duas vertentes: uma com o controle social de isolamento, e uma com os profissionais de saúde que tiveram que atuar de forma complementar ao sistema hospitalar, de imediata complexidade.” (Entrevistado 05).

Comparando as falas dos Entrevistados 01 e 05 é perceptível que, partindo de seu lugar de inserção no controle social, eles constroem uma delimitação de papéis e de atuação para os conselheiros e por vezes o conselheiro do segmento gestão, não se percebe parte do controle social. Sob o olhar desses sujeitos parece também que apenas a ele cabe o papel de pensar os processos de educação permanente em saúde.

O relato de alguns entrevistados mostra a importância das estratégias de comunicação por meio de redes e mídias sociais, em relação às medidas preventivas e de controle.

“A gente conseguir, como muita das vezes, pelo próprio *Whatsapp* gravar um áudio, gravar um vídeo, e essa tecnologia também foi boa porque a gente conseguiu avançar junto dos nossos Conselhos Locais de Saúde, que em muitos momentos a gente usou essa ferramenta do aparelho de celular, por exemplo, para fazer pequenos vídeos, para gravar pequenos vídeos falando sobre a importância da vacinação, para falar sobre a

questão da disseminação do vírus, a importância do isolamento social, da barreira sanitária, da lavagem das mãos, uso da máscara, enfim.” (Entrevistado 01).

“A gente criou muitos vídeos solicitando isolamento social, fazendo barreiras sanitárias, inclusive aqui na região do semiárido fizeram muitas barreiras na região de Monsenhor Tabosa, Crateús.” (Entrevistado 02).

“Usamos os vídeos, usamos áudios, usamos os grupos de *Whatsapp* para fazer a própria barreira sem estar em uma barreira. Fizemos as barreiras nas áreas para não entrar, proibimos a entrada de qualquer uma outra pessoa através, também, da rede social” (Entrevistado 03).

“[...] a tecnologia, as redes sociais, deram um meio da gente estar próximo, mesmo distante, mas ao mesmo tempo está próximo através desses grupos que tem aí do WhatsApp e todas as plataformas digitais que têm, a gente sobre usar elas no sentido de que: está conscientizando a nossa população, a importância dessas questões que eu já falei, do distanciamento, uso da máscara [...]” (Entrevistado 04).

Os entrevistados também falaram dos aprendizados com o uso das tecnologias:

“a tecnologia nos ajudou e nos ensinou a usar ela para esse método. Esse método de conversa, para esse método de reivindicação, para esse método de levar demanda para a área, de trazer a demanda de onde estava para dentro da área e de repassar a nossa demanda para o próprio distrito. Então, a tecnologia foi o máximo [...]”. “A tecnologia mais usada, para nós, na Tremembé, foi o próprio telefone.” (Entrevistado 03).

As atividades posteriormente executadas seguiram os planos de ação e contingência. Na impossibilidade de realizar as ações presencialmente, as reuniões passaram a ser realizadas de forma *online*, utilizando as plataformas de comunicação *Google Meet*, *Zoom* e outras disponíveis. Esse não foi um processo fácil. De início, tivemos bastante dificuldade em unir todos os interessados nestes ambientes, pelos fatos já anteriormente descritos, o que explica um baixíssimo engajamento durante o ano de 2020.

Já no ano de 2021 tivemos um aumento da presença nas reuniões virtuais. É importante lembrar que cada conselho local tem um fluxo próprio definido por seus regimentos internos, mas uma máxima observada é de que haja pelo menos duas reuniões anuais. Para o CONDISI há uma recomendação de que ocorram pelo menos 3 reuniões durante o ano.

No DSEI Ceará, podemos evidenciar estes dados no Quadro 10, que demonstra um levantamento das reuniões realizadas durante os anos de 2019, 2020 e 2021:

Quadro 10 - Resumo do relatório de acompanhamento do plano de Ação do Controle Social do DSEI/CE.

REUNIÕES DO CONTROLE SOCIAL NO DSEI/CE	2019		2020		2021	
	Presencial	Virtual	Presencial	Virtual	Presencial	Virtual
Reunião CONDISI	03	0	01	0	02	0
Reunião CLSI	42	0	17	08	66	09
Capacitação de conselheiros CONDISI	01	-	0	-	0	-
Capacitação de conselheiros CLSI	13	-	0	-	13	-

Fonte: DSEI_CE/Siconv., 2022.

Podemos analisar observando o Quadro 10 e nos relatórios de acompanhamento do plano de Ação do Controle Social do DSEI/CE que no ano de 2019, antes da pandemia, como referência na participação das reuniões e nas educações permanentes conforme estabelecido no regimento interno e no plano distrital, na participação como sujeito ativo do processo, as atividades do Controle Social foram realizadas de acordo com o programado e pactuação das metas no PDSI.

E já em 2020, em virtude do contexto pandêmico, é visível uma redução acentuada dos encontros. As reuniões dos CLSI, passaram por uma dinâmica controlada, em locais bem arejados, com todos os participantes testados e portando materiais individuais de prevenção contra eventuais contaminações. Em relação ao CONDISI, houve somente uma reunião durante o ano. O Entrevistado 05, membro da Gestão do DSEI/CE traz uma justificativa para essa questão:

“Então, em setembro/outubro de 2020 nós fizemos uma reunião que tratou justamente dessa questão do controle social e como a gente poderia, eventualmente, amparar uma metodologia de reunião. Uma reunião virtual, no caso. Em votação, com o CONDISI, foi decidido que não, que era melhor esperar e fazer a reunião presencial.”
(Entrevistado 05).

No ano de 2021, com as estratégias bem estabelecidas, todos os participantes devidamente orientados e com o DSEI/CE já ambientado com os protocolos, percebe-se o aumento das reuniões presenciais. No que diz respeito aos CLSI, estas chegaram a superar em número, as reuniões acontecidas no ano de 2019. Isso se deu pelo o retorno dos encontros

presenciais e pela a emergência de discutir as ações em saúde dentro das aldeias e os reflexos da pandemia nos territórios indígenas.

Segundo os pesquisadores do Observatório COVID-19 (103), os impactos positivos da campanha de vacinação contra Covid-19 foram possíveis mediante a efetividade da vacinação, havendo uma redução da transmissão do vírus e, especialmente, da gravidade dos casos de Covid-19, resultando na queda das taxas de ocupação de leitos de UTI COVID-19 para adultos. Sendo possível o retorno das atividades gradativamente.

Ainda de acordo com o Quadro 10, é possível observar que foram realizadas oito reuniões virtuais em 2020, durante o ápice da pandemia e nove durante o ano de 2021. Consideramos que foi um resultado importante considerando as diversas questões pontuadas anteriormente sobre as dificuldades de acesso virtual e a tradição comunitária da oralidade e das vivências grupais nas aldeias. É importante ressaltar que aconteceram várias reuniões online com os presidentes de conselhos locais, mas estas não foram registradas devido a nova modalidade de encontros.

Para alguns entrevistados, as possibilidades de atuação remota facilitaram a realização de várias ações como indica o entrevistado 01:

“dentro desse nosso trabalho do controle social a gente conseguiu, em muitos momentos, fazer reuniões online, fazer várias *lives*, fazer debates [...]”. “A gente, por exemplo, aqui no nosso estado do Ceará, a gente realizou a assembleia estadual dos povos indígenas do Ceará de maneira remota.” (Entrevistado 01).

Frente à situação-limite de promover encontros presenciais, os encontros remotos se constituíram inéditos viáveis para manter vivas as ações de controle social, para o diálogo com a comunidade e também com a gestão, como evidencia o entrevistado 2 embora considere que esse não é o método mais adequado às realidades das aldeias e da cultura indígena:

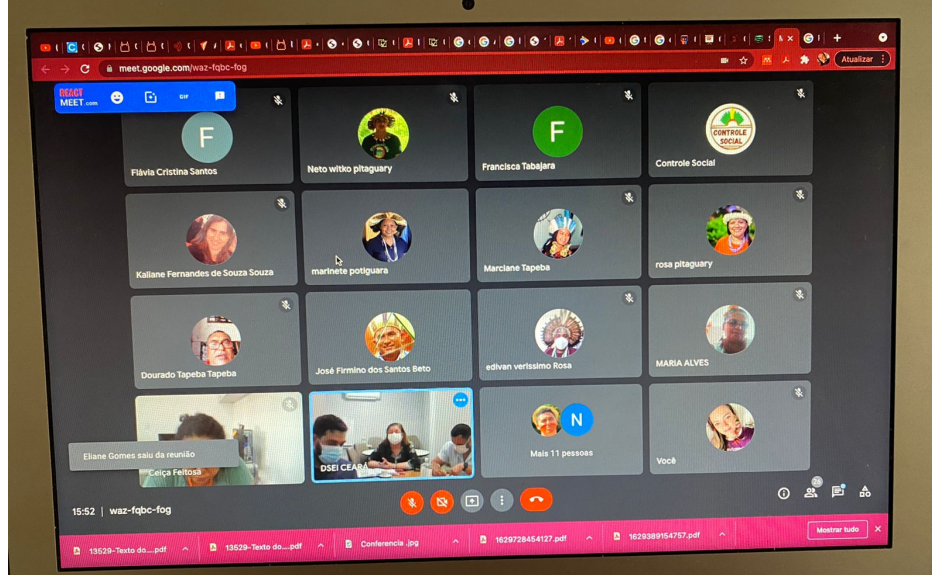
“Já que não podia ter reuniões periódicas, muitas reuniões online, feitas através de celular, de computador e que mesmo sendo ruim a participação e discussão, mas a gente conseguiu levar para a comunidade, levar as demandas para o gestor e a comunidade continuou sendo assistida.” (Entrevistado 02).

O entrevistado 04 faz referência às tecnologias virtuais como modo de manter vivas as políticas públicas e a atuação do controle social:

“graças à tecnologia, fez com que as políticas não parassem, porque através das redes sociais, através da mídia a gente pode estar levando as mensagens para a nossa população nesse período de isolamento”. “[...] a tecnologia, as redes sociais, deram um meio da gente estar próximo, mesmo distante, mas ao mesmo tempo está próximo através desses grupos que tem aí do *WhatsApp* e todas as plataformas digitais que têm

[...]”. “o conselho não parou, a gente se reuniram virtualmente, fazia as coisas acontecer, levantava as demandas mais necessárias para aquele momento,” (Entrevistado 04).

Figura 17 – Reunião online com os presidentes dos CLSIs e a gestão DSEI-CE.



Fonte: Arquivo pessoal, 2022.

Amparada na assertiva de que “*todos nós somos controle social*”, nas atividades planejadas, presenciadas e na vivência enquanto profissional e sujeita ativa desse processo, considero relevante e necessárias as reinvenções produzidas para manutenção das ações de Controle Social no âmbito da Saúde Indígena.

Todavia, compreendendo que, como quase todo processo apresenta contradições, esse período pandêmico foi permeado de conflitos que dificultaram a melhor eficácia do controle social, mas teve como principal conquista a manutenção dos processos participativos na política de saúde voltada aos povos indígenas no âmbito do Ceará.

Outra questão que emergiu das entrevistas foi sobre a importância dos processos de formação de conselheiros do CONDISI e dos CLSI, que no âmbito do DSEI-CE, ainda se denominam capacitações. Logo, para (104), a educação permanente em saúde é uma maneira de proporcionar ao indivíduo momentos de capacitação e possibilidade de construir-se dentro de seu próprio trabalho, como o ser que constrói e desconstrói, em um movimento dinâmico e complexo mediado, por valores políticos, culturais e éticos.

As capacitações de conselheiros foram realizadas uma por conselho, apesar da pandemia da COVID-19. Sempre que havia melhora do cenário epidemiológico, os encontros aconteciam. Essa estratégia de encontro, comunicação e formação potencializa o fortalecimento

do controle social, a repolitização do SUS e o elo entre usuários e profissionais no processo saúde e doença - um efeito positivo sobre a saúde individual e coletiva da população (105).

No que se refere ao controle social no contexto indígena, as capacitações representam um momento para fortalecer o papel dos conselheiros nas aldeias. Além de contribuir para o conhecimento de suas atribuições, também fortalece o vínculo comunitário, como podemos perceber nos trechos das entrevistas a seguir:

“[...] a gente, enquanto representante, tem esse papel de levar para o nosso conselheiro na ponta, informar ele, deixar ele ciente de tudo que está acontecendo, para que ele sempre consiga agir com protagonismo, consiga agir com muito diálogo e ver a necessidade de colocar isso a serviço da sua comunidade [...]”. (Entrevistado 03).

“Acho que a principal dificuldade é a questão da formação. A gente precisa ainda investir muito em um processo de educação continuada. “[...] para que o nosso conselheiro, muita das vezes, entenda qual é o seu papel. (Entrevistado 01).

Dada a importância que assumem no âmbito dos CLSI, embora a grave situação da pandemia não tenha permitido que se efetivassem plenamente durante o ano de 2020, como pode ser observado no Quadro 10, houve um esforço do CONDISI e da Gestão, mesmo com todos os impasses, para que acontecessem durante o ano de 2021. O mesmo quadro evidencia que em 2021 esse processo chegou ao mesmo patamar de 2019 com 13 capacitações realizadas, o que expressa o esforço do Controle Social e DSEI.

Além destas atividades mencionadas, os membros do Controle Social articularam, em diversos momentos, a doação de materiais para proteção individual como máscaras, aventais, protetores faciais, frascos de álcool em gel, cestas básicas, entre outros, para distribuição com a população indígena. As articulações se deram inicialmente entre o DSEI/CE, FUNAI, secretarias municipais de saúde e mesmo de empresas particulares.

Reafirmamos aqui a importância dos conselhos locais na divulgação das atividades e na distribuição destes materiais, priorizando as regiões das aldeias onde viviam as pessoas com maior vulnerabilidade econômica. As EMSI também assumiram seu papel educativo considerando que em diversos cenários tínhamos residências comportando mais de 8 indígenas em uma estrutura de dois cômodos, em situações insalubres que além de favorecerem a propagação do vírus também os colocava em outras situações de vulnerabilização.

“teve uma hora dentro da minha casa que eu estava com COVID, minha esposa com COVID e minha filha com suspeita de COVID” (Entrevistado 04).

Por fim, consideramos fundamental nesse percurso as estratégias do Controle Social para a efetivação da campanha de vacinação dos povos indígenas. Contudo, durante a pandemia o Programa Nacional de Imunização passou por algumas dificuldades, a principal delas foi a desinformação. O principal representante do povo brasileiro discursava em consonância com as tão conhecidas *fake news*. Conforme a citação a seguir apresentada pela imprensa brasileira: “No Brasil, as *fake news* contam com um aliado no mínimo curioso. Trata-se do próprio presidente da República, Jair Bolsonaro, que desde o início da pandemia vem tratando o assunto como apenas uma ‘gripezinha’ (106).

Apesar das evidências dos resultados externos sobre a vacinação da COVID-19 trazerem resultados positivos e de o Plano Nacional de Imunização (PNI) ser considerado um dos mais eficazes do mundo, no cenário brasileiro o chefe de Estado ainda defendia o uso de medicamentos ineficazes no tratamento da doença. Logo, o processo de melhora no quadro epidemiológico ficou comprometido.

De acordo com a reportagem da CNN Brasil, em dezembro de 2020 a vacina da Pfizer tinha 95% de eficácia e vacina desenvolvida pelo Instituto Butantan e pela Sinovac atingia 50,38%. Apenas no dia 17 de janeiro a vacinação deu início no Brasil (107).

Mesmo após a confirmação do primeiro caso de COVID-19 no Brasil, Bolsonaro disse que a pandemia era uma “fantasia” (108) e, ignorando as recomendações dos órgãos de saúde, o presidente cumprimentou apoiadores durante manifestações, quando a orientação era evitar aglomerações (109). O líder do Executivo brasileiro fez diversas aparições sem máscara – mesmo quando o uso já era obrigatório no país – e afirmou, em pronunciamento na TV, no dia 24 de março, que o coronavírus não o afetaria “pelo [seu] histórico de atleta” (110).

Com a reafirmação da importância da ciência, a vacinação tem seguido sendo considerada uma das políticas de saúde pública mais efetivas e de menor custo-benefício, utilizada no controle e na prevenção de doenças. Os povos indígenas, especificamente os do Ceará, não poderiam ficar de fora da atenção especial para o início da campanha de imunização como parte do grupo prioritário.

Como já mencionado, esta é uma população que configura a primeira linha de vacinação, e neste caso, em meio a uma enxurrada de informações e desinformações por todos os lados, os membros do Controle Social se articularam para auxiliar as EMSI e o próprio DSEI na empreitada de esclarecer a população e vacinar o máximo da população possível.

“A dificuldade maior que a gente teve como conselheiro, foi, em vários territórios, a resistência da vacina. As pessoas que não queriam tomar a vacina”. “[...] essas conselheiras estavam todas empenhadas em fazer com que essa vacina chegasse na

área e esse pessoal aceitasse. Então, a nossa dificuldade maior foi essa daí, de fazer a pessoa compreender que essa vacina era importante naquele momento de pandemia.” (Entrevistado 03).

“ [...] campanhas de vacinas que foram feitas, a gente mobilizou a nossa população através das redes sociais, através da mídia para que se conscientizem em tomar as vacinas da COVID, a D1, a D2, a D3 e surgiu um efeito. Tanto que nossa população, a nossa meta em Crateús atingiu 90 e pouco por cento, só não chegamos a 100% porque que ninguém chega a 100%”. (Entrevistado 04).

A participação dos conselheiros, a nível local e estadual, auxiliou bastante as equipes de saúde, visto que era o passo mais importante no combate contra a pandemia e no retorno gradativo às atividades presenciais. A fala de um conselheiro gestor evidencia o esforço empregado nestas ações, a urgência na distribuição e na organização da logística, os desafios surgidos e as parcerias efetivadas com outros setores para que chegasse em todos os territórios:

“teve a vacinação em 2021. Começou em janeiro de 2021. Nós fomos grupo prioritário. Então, as primeiras doses que chegaram, a gente iniciou com a população de indígenas acima de 55 anos e depois, nós fomos passando para a população em geral, acima de 18 anos, com a CORONAVAC.” “[...] a campanha de vacinação, que iniciou lá em janeiro de 2021, recentemente com o complemento da segunda dose e a terceira dose no final do ano.” “A segunda dificuldade, lógico, foi a questão da vacinação. A gente entrava como prioritário e fazer a distribuição. Então, na distribuição das vacinas a gente teve o apoio da Polícia Rodoviária Federal, a gente conseguiu levar as vacinas de helicóptero, conseguiu levar as vacinas também com o Governo do Estado.” (Entrevistado 05). “[...] Então, essa também foi dificuldade grande de conseguir mobilizar as equipes, a gente dar conta da campanha de vacinação em dois meses e estar com cerca de, se eu não me engano, fechando esses dois meses com 85, perto de 90% da população indígena do estado já vacinada com a primeira dose.” (Entrevistado 05).

Pelo exposto, evidencia-se que os conselheiros(as) reconheceram em suas falas, a importância das EMSIs e apontaram o período da pandemia como uma oportunidade de valorização desse trabalho. Ao mesmo tempo, enfatizaram o papel das equipes, não apenas no controle dos casos, na vacinação, mas também como coadjuvantes do fortalecimento do controle social nas ações durante a pandemia:

“a gente conseguiu ter uma aproximação maior dos Conselhos junto às equipes de saúde, ver realmente a importância do trabalho das equipes, valorizar o nosso profissional de saúde indígena, então, isso foi muito bom [...]”. (Entrevistado 01).

“Então, tudo isso foi fundamental, inclusive a participação das equipes de saúde, porque sem as equipes de saúde também, seria impossível fazer esse trabalho de formiguinha. [...] eu parabeno as nossas equipes e o controle social pela atuação dentro da pandemia em relação a questão da vacinação, do monitoramento. E eu acho que foi muito positivo isso.” (Entrevistado 02).

Apontaram, ainda, para o fato dos profissionais, mesmo enfrentando medos e incertezas, terem assumido as ações na atenção aos pacientes e familiares e, também, na gestão – fator que

contribuiu para o alcance de resultados positivos. Os depoimentos a seguir apontam convergência com o argumentado.

“Nós enfrentamos, diferente da outra população que todo mundo podia ficar nas suas casas. Nós não, nós tínhamos que ir à luta. Nós da saúde tínhamos que ir à luta. Então, isso foi uma grandiosidade muito grande mesmo. Nenhuma das nossas equipes parou.” (Entrevistado 03).

“[...] a gente atingiu uma boa meta, graças a, também, ao apoio da nossa da nossa coordenação local, da nossa equipe de saúde que, no caso, era você que estava naquele momento como coordenadora e a gente estava sempre interagindo através da rede social fazer com que as informações chegassem com mais precisão na base, no povo.” (Entrevistado 04).

Pelo exposto, é possível compreender que, apesar dos desafios apresentados durante o período pandêmico, o Controle Social permaneceu atuante através de novas ferramentas e estratégias visando atender da melhor maneira possível as demandas dos territórios. Entretanto, os desafios enfrentados globalmente não foram exceção no cenário brasileiro. Logo, os povos indígenas, infelizmente, sentiram toda a problemática intensamente devido a vários fatores, a exemplo o acesso escasso ou deficiente à comunicação de qualidade, bem como aos demais serviços facilitados pela internet.

Além disso, apesar de o SUS ser um sistema cronicamente subfinanciado, ou seja, não aporte de recursos suficientes e alinhados às garantias constitucionais que preconizam para todos e todas brasileiros (as), o Controle Social no SasiSUS permaneceu ativo. As estratégias desenvolvidas conforme as possibilidades de atuação mencionadas neste estudo foram responsáveis pela existência e reafirmação da participação social na fiscalização e avaliação das ações desenvolvidas pelo DSEI e SESAI.

7 AMANHÃ HÁ DE SER OUTRO DIA: CONSIDERAÇÕES FINAIS

"Você que inventou a tristeza; ora tenha a fineza; de desinventar; você vai pagar é dobrado; cada lágrima rolada; nesse meu penar"

[...]

Amanhã há de ser

Outro dia

(Apesar de você Canção de Chico Buarque)

Estas considerações finais foram embaladas com a música temática da 17ª CNS, que será um grande palco de efetivação da participação social no ano de 2023 com tema “Garantir Direitos e Defender o SUS, a Vida e a Democracia - Amanhã vai ser outro dia”. As conferências de saúde produzem novas manhãs para a democracia e para a vida das pessoas.

A Constituição de 1988 foi um dos grandes marcos para os povos indígenas, representando o reconhecimento de sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições. Os direitos originais e a implantação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, foram grandes conquistas para os povos indígenas, pois garantiram o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura.

A Lei 8.142/90 efetivou que a participação social, uma das ferramentas de acesso à democracia, ocorrem em espaços e mecanismos do Controle Social, como conferências, conselhos, ouvidorias e audiência públicas.

A partir de então, a população indígena passou a lançar mão do controle social como mecanismo que possibilita uma espécie de “democracia direta”, permitindo aos envolvidos a participação direta, ou parcial, nas tomadas de decisão e aumentando a eficiência do fluxo de informações e demandas dos grupos envolvidos.

Dentre estes grupos, destaca-se que a população indígena possui um controle social atuante em todas as esferas de sua organização e que não se limita somente ao significado estatal do termo, visto que, desde a concepção de “indivíduo” até a de “povo” (inerente a esta população), a unicidade é uma de suas maiores virtudes.

Em todas as suas reivindicações, é visível que a população se une, por mais distantes que sejam suas aldeias e fronteiras geográficas, em busca de um bem comum para todos. A população indígena se torna uma só.

Nesta caminhada, a pesquisa se propôs analisar como o Controle Social no âmbito do Distrito Sanitário Especial Indígena do Ceará conseguiu se reorganizar para atender aos desafios impostos diante de um cenário de pandemia de COVID-19. Para isso, a proposta de pesquisa ancorou-se em uma análise qualitativa de natureza exploratória, na forma de estudo de caso, acerca da atuação do Controle Social no território do DSEI-CE.

O território escolhido para estudo contempla um total de 17 municípios cearenses, onde localizam-se 105 aldeias, 14 etnias, todos falantes do português, correspondendo a uma população de aproximadamente 27.277 indígenas, possuindo 13 CLSI e um CONDISI. Foi realizado neste trabalho um estudo de como se deu o controle social no DSEI-CE mediante o período de pandemia de COVID-19 que assolou o mundo.

A pandemia da COVID-19 desnudou uma crise global. O capitalismo mostrou sua fase mais cruel, na qual aqueles que tinham menos foram os que mais morreram, aqueles que historicamente são excluídos, como é o caso da população indígena, foram aqueles que mais tiveram dificuldades para passar pela pandemia, não por conta da doença, mas por conta da exclusão que provocou para essas pessoas. O impacto aprofundou as desigualdades e injustiças sociais, resultou em milhares de vidas perdidas que poderiam ter sido preservadas se o país tivesse adotado ações adequadas e coordenadas em âmbito nacional.

A vulnerabilidade dos indígenas está diretamente relacionada às iniquidades instauradas em suas condições de vida e situações de saúde e não estão apenas expostos ao novo coronavírus, mas também à adversidade do contato interétnico que promove acentuada vulnerabilidade social, dificultando o enfrentamento do processo epidêmico.

Diante das vulnerabilidades dos povos indígenas, o Controle Social no DSEI-CE, não abriu mão de cuidar e discutir sobre suas atribuições junto à gestão e população. Havendo a necessidade de se reorganizar para atender aos desafios impostos pela COVID-19.

Desse modo, medidas sanitárias foram tomadas pelo Controle Social do DSEI-CE no cenário pandêmico, tais como: união de várias organizações da sociedade civil para a constituição da Frente pela Vida, que produziu os mais diferentes materiais, com destaque para o Plano de Enfrentamento a COVID-19, Comitê de Acompanhamento da Pandemia da COVID-19, combate às *fake news* nos seus territórios indígenas, promoção de uma ampla campanha de incentivo à vacinação e, principalmente, isolamento social para que houvesse a redução da

velocidade de disseminação da doença, houve mudanças principalmente no que se refere as reuniões dos conselhos.

A pesquisa mostrou que a atuação do Controle Social foi fundamental para salvar vidas durante a pandemia. O empenho e o compromisso dos conselheiros de saúde aliados a atuação destemida dos trabalhadores e dos trabalhadores, movimentos comunitários, sindicais e serviços essenciais deu sustentação ao SUS e SasiSUS resistiu à pandemia.

A importância deste estudo se deu pelo fato de que, em relação ao contexto indígena, os conselhos locais de saúde podem englobar um conjunto de aldeias, um grupo de mesma ou de diferentes etnias, assemelhando-se aos conselhos municipais, sempre com participação ativa da comunidade, desde o repasse das informações, até a escolha de representantes capazes de carregar todas as demandas necessárias aos órgãos ou entidades responsáveis.

No que diz respeito ao produto do estudo, foi elaborado uma cartilha para ser usada na Educação Permanente do Controle Social do DSEI-CE, com objetivo de contribuir para qualificação e fortalecimento da participação social na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, na perspectiva de instrumentalizar os conselheiros para o acesso e compreensão das informações relacionadas à Saúde Indígena, fortalecendo o protagonismo indígena no âmbito do Controle Social.

Tudo isso buscando fazer com que os conteúdos auxiliem na preparação dos conselheiros para seu efetivo exercício, seja no acompanhamento, nas fiscalização das ações de saúde ou na proposição de programas, projetos e políticas públicas para que ajudem a gestão na busca de soluções para uma saúde de qualidade e diferenciada para os povos indígenas.

Os entrevistados afirmaram que houveram algumas reuniões *online* entre conselhos locais, o que deixa explícito que a população indígena e os conselheiros tiveram que aderir as tecnologias e as mídias sociais para manter a comunicação e não paralisar seus trabalhos de controle social na saúde.

Mediante essas adaptações algumas dificuldades foram encontradas, dentre elas o difícil acesso à internet nas aldeias, visto que algumas delas não possuíam nem mesmo energia elétrica. Além disso, muitos dos conselheiros tiveram que aprender a utilizar as referidas tecnologias. Então, a partir disso, as mídias sociais foram utilizadas para disseminar as medidas prevenção e conscientizar a população durante o período de vacinação.

Por fim, entende-se que, mais uma vez, a população indígena resistiu e se adaptou à uma nova realidade. Infelizmente, houveram algumas perdas humanas com a pandemia, mas

o controle social e a participação popular não se findaram. Pelo contrário, renasceram a partir da comunicação através das plataformas virtuais.

REFERÊNCIAS

1. Bobbio N. *Liberalismo e Democracia*. São Paulo: Brasiliense; 1998.
2. Valla VV, Assis M, Carvalho M. *Participação Popular e os Serviços de Saúde: o controle social como exercício da cidadania*. Rio de Janeiro: Pares/Ensp/Fiocruz; 1993.
3. Travassos R dos S. Participação popular ou participação social: qual é a diferença? In: Bornstein VJ *et al*, organizadores. *Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde: textos de apoio*. Rio de Janeiro: EPSJV; 2016. p. 115-119.
4. Brasil. Ministério da Saúde / Conselho Nacional de Saúde. 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena: relatório final. Brasília, 2015.
5. La Ruche G, Tarantola A, Barboza P, Vaillant L, Gueguen J, Gastellu-Etchegorry M, *et al*. The 2009 pandemic H1N1 influenza and indigenous populations of the Americas and the Pacific. *Euro Surveill* [Internet]. 2009. [Acesso em 20 abr 2022], 14 (42):1-6. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19883543/>.
6. Cardoso AM, Resende PC, Paixao ES, Tavares FG, Farias YN, Barreto CTG, *et al*. Investigation of an outbreak of acute respiratory disease in an indigenous village in Brazil: contribution of Influenza A (H1N1) pdm09 and human respiratory syncytial viruses, 2019, 14 (7). PLoS One, e0218925, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0218925>.
7. Yin RK. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 2.ed. Porto Alegre: Bookman; 2009.
8. Ellram LM. The use of the case study method in logistics research. *Journal of Business Logistics*, 1996, 17, (2): 93-138.
9. GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 5.ed. São Paulo: Atlas; 2010.
10. Deslandes SF. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes; 1994.
11. VÍCTORA CG, Knauth DR, Hassen M de NA. *Pesquisa qualitativa em saúde: introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo; 2000.
12. Barbier R. *Pesquisa-ação: um enfoque metodológico*. Brasília: Plano Editora; 1985.
13. Pereira VP. *Implicação na prática clínica: reflexões sobre a relação profissional-paciente*. [Dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2011.
14. Vinuto J. A amostragem Bola de Neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto; *Temáticas* [Internet]. 2014. [Acesso em: 15 jun. 2022], 22 (44): 203-220. Disponível em: <https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/tematicas/article/view/10977/6250>.
15. Dewes JO. *Amostragem em Bola de Neve e Respondent-Driven Sampling: uma descrição dos métodos* [Monografia] [Internet]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Matemática, Departamento de Estatística; 2013. [Acesso em 10 ago 2022]. Disponível em:

<https://lume.ufrgs.br/handle/10183/93246#:~:text=O%20m%C3%A9todo%20funciona%20a%20partir,se%20tornando%20cada%20vez%20maior.>

16. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1977.
17. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.
18. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-ABRASCO; 1999.
19. Franco MLPB. *Análise de Conteúdo*. 4. ed. Lisboa: Edições 70; 2012.
20. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2007.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria do Ministério da Saúde nº 254, de 31 de janeiro de 2002. Diário Oficial da União [da] República do Brasil. Brasília, 2002.
22. Mendonça SR. *O ruralismo brasileiro (1888-1931)*. São Paulo: HUCITEC; 1997.
23. Brito CAG. Antropologia e medicina: atenção à saúde no Serviço de Proteção aos Índios (1942-1956). In: Teixeira CC; Garnelo L. *Saúde Indígena em perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2011. 115 p.
24. Gov.br. *Serviço de Proteção aos Índios e Localização dos Trabalhadores Nacionais* [Internet]. Brasília, 2019 [Acesso em: 22 jan 2023]. Disponível em: <http://mapa.an.gov.br/index.php/dicionario-primeira-republica/686-servico-de-protecao-aos-indios-e-localizacao-dos-trabalhadores-nacionais>.
25. Fernandes, R. (2008). A política indigenista no Brasil: As bases institucionais e a ideologia oficial. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 23(68), 121-136.
26. Brasil. Lei nº 6.001, de 19 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o Estatuto do Índio. [Internet]. Brasília, 19 dez 1973 [Acesso em: 01 mai. 2023]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6001.htm.
27. Vieira TJ. Os direitos indígenas e a Constituição de 1988: um estudo sobre as políticas de inclusão social no Brasil. *Revista Direito GV* [Internet]. 2015. [Acesso em: 01 mai. 2023], 11, (2): 441-461. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-24322015000200441.
28. Celuppi FC. *et al.* A Reforma Sanitária Brasileira na década de 1970: um movimento social em defesa da saúde pública. *Saúde em Debate* [Internet]. 2019. [Acesso em: 01 mai. 2023], 43 (120): 234-248. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000200234.
29. Silva AM da. *Concepções dos Conselheiros Indígenas sobre o Controle Social da Saúde Indígena do DSEI Manaus: saúde indígena em foco*. [Tese] [Internet]. Manaus: Programa de Pós-Graduação Sociedade e Cultura na Amazônia, Universidade Federal do Amazonas; 2019. [Acesso em 14 mar 2021]. Disponível em: <https://tede.ufam.edu.br/handle/tede/7441>.

30. Gomes M. Saúde indígena no Brasil: políticas comparadas e perspectivas de análise. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [Internet]. 2013. [Acesso em: 01 mai. 2023], 17 (44): 69-83. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000100007.
31. Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção aos Povos Indígenas. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
33. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, 8 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 2019.
34. Gov.br. *Estrutura SESAI* [Internet]. Brasília, 2019. [Acesso em: 15 jul 2019]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sesai/estrutura>.
35. SESAI. *Cartilha do Controle Social* [Internet]. [s.l], 2021. [Acesso em: 20 ago 2021]. Disponível em: https://linktr.ee/sesai.ms?utm_source=qr_code.
36. Gov. br. *Distrito Sanitário Especial Indígena* [Internet]. Brasília, 2021. [Acesso em: 26 mar 2021]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sesai/estrutura/dsei>.
37. Adelco. [Relatório de Pesquisa]. *Diagnóstico e estudo de linha de base: projeto fortalecendo a autonomia político-organizativa dos povos indígenas* [Internet]. Ceará: Adelco/Esplar, 2017.
38. Barreto FH. Invenção ou renascimento: gênese de uma sociedade indígena contemporânea no Nordeste. In: Oliveira, JP, organizador. *A viagem de volta: etnicidade, política e reelaboração cultural no Nordeste indígena*. Rio de Janeiro: Contra Capa, LACED; 2004.
39. Porto Alegre MS. De ignorados a reconhecidos: a ‘virada’ dos povos indígenas no Ceará. In: Pinheiro J, organizadora. *Ceará terra da luz, terra dos índios: história, presença, perspectiva*. Fortaleza: Ministério Público Federal; 2002.
40. Neto JL. *Índios e terras – Ceará: 1850 - 1880*. [Dissertação]. Recife: Programa de Pós-Graduação em História, Universidade Federal de Pernambuco; 2004.
41. Pontes ALM, Machado FRS, Santos RV, editores. *Políticas Antes da Política de Saúde Indígena*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2021.
42. Palitot EM. *Artífices da Alteridade: o movimento indígena na região de Crateús - Ceará*. [Tese] [Internet]. João Pessoa: Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Universidade Federal da Paraíba, 2010. [Acesso em 11 mai 2023]. Disponível em: https://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UFPB_b0b03e49435f383f74ab7f3b0db11804.
43. Brasil. Ministério da Saúde / Funasa. Plano Distrital de Saúde: DSEI/CE. Ceará, 2004. p. 92.

44. Brasil. Ministério da Saúde / Funasa. Plano Distrital de Saúde: DSEI/CE. Ceará, 2002. p. 92.
45. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Coordenação Geral de Monitoramento e Avaliação da Saúde Indígena. Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena SIASI; 2022.
46. Chaves SS. *Assistência à saúde indígena: gestão compartilhada e atuação intercultural*. [Tese]. Minas Gerais: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte; 2017.
47. Ministério da Saúde. *Distribuição geográfica da população indígena no Estado do Ceará* [Internet]. Brasília, 2022. [Acesso em 03 set 2022]. Disponível em: <http://www.saudeindigena.net.br/coronavirus/dsei/>.
48. Ceará. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. População indígena do Ceará tem mais de 90% dos seus povos [Internet]. Ceará, 19 abr. 2021 [Acesso em 03 mar. 2023]. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/2021/04/19/populacao-indigena-do-ceara-tem-mais-de-90-dos-seus-povos-vacinados/>.
49. Leite Neto, João. Índios e Terras - Ceará: 1850-1880. Recife: Universidade Federal de Pernambuco, 2006. Disponível: <http://adelco.org.br/wp-content/uploads/2018/06/%C3%8Dndios-e-Terras-Cear%C3%A1-1850-1880.-LEITE-NETO-Jo%C3%A3o..pdf>. Acesso em: 20 de jan. 2023.
50. Gadotti M. *Gestão Democrática da Educação com Participação Popular no Planejamento e na Organização da Educação Nacional*. São Paulo: Instituto Paulo Freire; 2014.
51. Martins Júnior J. *Teoria da democracia participativa: um aporte conceitual à reforma política*. Belo Horizonte: Del Rey; 2004.
52. Lewanski R. La democrazia deliberativa: Nuovi orizzonti per la politica. *Aggiornamenti sociali* [Internet]. 2007 [Acesso em 11 mar de 2022], 58 (12): 743-754. Disponível em: <https://www.aggiornamentisociali.it/articoli/la-democrazia-deliberativa-nuovi-orizzonti-per-la-politica/>.
53. Demo P. *Cidadania pequena: fragilidades e desafios do associativismo no Brasil*. Campinas, SP: Autores Associados; 2001.
54. Schimidt JP. Exclusão, inclusão e capital social: o capital social nas ações de inclusão. In: Reis JR. dos, Leal RG, editores. *Direitos Sociais e Políticas Públicas: desafios contemporâneos*. 2006, [s.v.] (6). Santa Cruz do Sul/RS: Edunisc. p. 1521-1832
55. GOHN, M. G. Conselhos Gestores e Gestão Pública. *Revista Ciências Sociais Unisinos* 42(1): p. 5-11, jan/abr 2006. Disponível: [file:///C:/Users/User/Downloads/6008-18468-1-SM%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/6008-18468-1-SM%20(1).pdf). Acesso em: 9 de jul. 2023
56. Valla, V.V. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. *Caderno de Saúde Pública*, 1998, 14 (2): 7-18.

57. Yagiu H. Social participation and empowerment in vulnerable communities: scoping review. *Revista Psicologia Política*, 2020, 30 (2): 1-11.
58. Assis M; Kantorski L; Tavares J. Participação social: um espaço em construção para a conquista da cidadania. *Revista Brasileira de Enfermagem* [Internet]. 1995 [Acesso em 07 nov 2022], 48 (4): 329-340. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v48n4/v48n4a03.pdf>>.
59. Munduruku D. *O caráter educativo do movimento indígena brasileiro (1970-1990)*. São Paulo: Paulinas; 2012.
60. Dagnino E. Sociedade civil, participação e cidadania. De que estamos falando? In: Mato D. *Políticas de Ciudadania y Sociedad Civil*. Caracas: Universidad Central de Venezuela; 2004.
61. Nascimento CHR. *Povos Indígenas e Políticas Públicas no Ceará: História, Trajetória e Perspectivas*. [Tese]. Fortaleza: Programa de Pós-Graduação, Universidade Federal do Ceará; 2022.
62. TEIXEIRA ECO. *Local e o global: limites e desafios da participação cidadã*. São Paulo: Cortez; EQUIP; UFBA; 2001.
63. BRASIL. Lei no 8.080 de 19 de setembro de 1990. *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, da organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências* [Internet]. Brasília, 19 set 1990. [Acesso em 11 mai 2023]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%208.080%2C%20DE%2019%20DE%20SETEMBRO%20DE%201990.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20as%20condi%C3%A7%C3%B5es%20para,correspondentes%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%Aancias.
64. Correia MVC. *Saúde: Descentralização e Democratização*. Maceió: Secretaria Estadual de Saúde de Alagoas, 2000 (Textos Técnicos para Debates: III Conferência Estadual de Saúde de Alagoas).
65. Krüger TR. *Projeto de pesquisa Conferência Estadual de Saúde/SC: o perfil dos seus participantes*. Florianópolis: UFSC/CSE/DSS; 2007.
66. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e Perspectivas*. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS; 2009.
67. Oliveira F. *O surgimento do antivalor: capital, força de trabalho e fundo público*. Novos Estudos Cebrap. 1988; (22): p. 8-28.
68. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012* Brasília, Distrito Federal: Ministério da Saúde; 2012.
69. Carvalho AI de. *Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social*. Rio de Janeiro: FASE/IBAM; 1995.

70. Mannheim K. *Sociologia Sistemática: uma introdução ao estudo de sociologia*. 2.ed. São Paulo: Pioneira; 1971.
71. Rousseau JJ. *Do contrato social*. São Paulo: Edipro; 2002.
72. Iamamoto MV, Carvalho R de. *Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica*. 26.ed. São Paulo: Cortez/Celats; 2009.
73. Correia MVC. Que controle social na política de assistência social? *Serviço Social e Sociedade*, 2002, (72): 43-60.
74. Barros MED. O Controle Social e o processo de descentralização dos serviços de Saúde. In: Ministério da Saúde. *Incentivo à Participação Popular e Controle Social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde*. Brasília: IEC; 1998
75. Raichelis R. *Esfera pública e os conselhos de assistência social: caminhos da construção democrática*. São Paulo: Cortez; 2000.
76. Barbosa ML. *Democracia direta e participativa: um diálogo entre a democracia no Brasil e o novo constitucionalismo latino americano*. [Tese]. Recife: Programa de pós-graduação em Direito, Universidade Federal de Pernambuco; 2015.
77. Valla VV. O Controle Social no Contexto da Reforma Sanitária Brasileira. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2000, 5 (2): 319-328.
78. Machado F de A. Participação Social em Saúde. In: Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Revista de Saúde em Debate - ABRASCO, 1986, [s.v.], p. 299-305.
79. Moraes JT. O subsistema de atenção à saúde indígena e sua efetivação no estado de Mato Grosso do Sul: Análise no funcionamento, ações e serviços. *Revista Juris UniToledo* [Internet]. 2018. [Acesso em: 13 jan 2022], 3 (4): 191-203. 2018. Disponível em: http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/bibli_boletim/bibli_bol_2006/Rev-Juris-UNITOLEDO_v.3_n.4.12.pdf.
80. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Saúde indígena: um direito constitucional. Ministério da Saúde, Secretaria Especial de Saúde Indígena. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.
81. Brasil. Ministério da Saúde. [Relatório de Pesquisa] *Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde*. [s.l.], 1986.
82. Mendes A *et al*. Subsistema de Saúde Indígena no âmbito do Sistema Único de Saúde: avaliação e perspectivas. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2018, 23 (5): 1555-1564.
83. Brasil. Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999. *Acrescenta dispositivos à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena* [Internet]. Brasília, 24 set 1999. [Acesso em 11 mai 2023]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19836.htm.

84. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.021, de 4 de novembro de 2020. *Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o controle social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena - SasiSUS e dá outras providências*. Diário Oficial da União. Brasília, 4 nov 2020. [Acesso em 11 mai 2023]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt3021_13_11_2020.html.
85. Ferreira LB. *O controle social no subsistema de atenção à saúde indígena: uma reflexão bioética* [Tese] [Internet]. Brasília: Programa de Pós-Graduação em Bioética, Universidade de Brasília; 2012. [Acesso em 04 de jan 2023]. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/12161>.
86. SESAI/MS (Secretaria Especial de Saúde Indígena/Ministério da Saúde). Boletim Epidemiológico - COVID-19. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/julho/05/boletim_epidemiologico_covid_73.pdf. Acesso em: 01 de maio de 2023.
87. OPAS. *OMS afirma que COVID-19 é agora caracterizada como pandemia* [Internet]. Brasil, 2020. [Acesso em: 01 maio 2023]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/news/11-3-2020-who-characterizes-covid-19-pandemic>.
88. Bentes A, Botelho I. *Indígenas enfrentam uma pandemia, o desmatamento e o governo federal* [Internet]. São Paulo, 2020. [Acesso em 25 fev 2023]. Disponível em: <https://cpisp.org.br/indigenas-enfrentam-uma-pandemia-o-desmatamento-e-o-governo-federal/>.
89. Machado CMM *et al.* Omissões do Estado: a situação da COVID-19 em territórios indígenas no Brasil. In: Giovanella L.; Stegmüller K, organizadores. *Políticas e sistemas de saúde no contexto da COVID-19*. Rio de Janeiro: CEPESC; 2020. p. 5.
90. Mendonça S. *COVID-19 em terras indígenas: o risco de um novo genocídio étnico-racial* [Internet]. São Paulo, 2020. [Acesso em: 01 mai 2023]. Disponível em: <https://diplomatie.org.br/covid-19-em-terras-indigenas-o-risco-de-um-novo-genocidio-etnico-racial/>.
91. Milanez F. *Memórias sertanistas: cem anos de indigenismo no Brasil*. São Paulo: Edições Sesc SP; 2015.
92. → Paula JFC; Rosalen MF. O impacto da COVID-19 em povos indígenas do Brasil: uma revisão narrativa. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 2020, 29 (3): n.p.
93. Neto AS *et al.* A influência das fake news no comportamento do usuário das mídias sociais. *Revista Conexão Eletrônica*, 2020, 1 (1): 68-82.
94. Mattos C *et al.* O combate às fake news pelo governo federal brasileiro: uma análise dos discursos oficiais e das políticas públicas adotadas. *Brazilian Journal of Information Science: Research Trends*, 2021, 15 (2): 33-52.

95. Yanomami DK. *Toda essa destruição não é nossa marca, é a pegada dos brancos, o rastro de vocês na terra* [Internet]. COVID-19 e os Povos Indígenas. [s.l.], 2020. [Acesso em 20 abr 2023]. Disponível em: <https://covid19.socioambiental.org/>.
96. Palitot ER. *Povo Munduruku: presença histórica no estado do Pará* [Internet]. [s.l.], 2008. [Acesso em: 01 mai 2023]. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/cp007698.pdf>.
97. Lima C. Os povos indígenas na história do Ceará. *In: Anais do XV Encontro Regional de História - ANPUH/CE*, 2010. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará.
98. Santos CA. As vulnerabilidades política, social e ambiental dos povos indígenas frente à pandemia da COVID-19. *Práxis Educativa*, 2020, 15 (37): 245-261.
99. Plataforma S.I.L.B. *Sesmarias do Império Luso-Brasileiro* [Internet]. Rio Grande do Norte, [data desconhecida]. [Acesso em 01 fev 2023]. Disponível em: <http://www.silb.cchla.ufrn.br/o-sistema-sesmarial>
100. Gov.br. *SESAI* [Internet]. Brasília, 2019. [Acesso em: 30 jul 2020]. Disponível em: <http://www.saudeindigena.net.br/coronavirus>.
101. Carvalho SR de. *O Controle Social na Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.
102. Bigoni A, et al. Brazil's health system functionality amidst of the COVID-19 pandemic: An analysis of resilience. *The Lancet Regional Health* [Internet]. 2022. [Acesso em 26 mai 2023], 10: 1-14. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2667193X22000394?via%3Dihub>.
103. Fiocruz. *Impactos positivos da campanha de vacinação contra COVID-19* [Internet]. Rio de Janeiro, 2022. [Acesso em: 01 mai 2023]. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/observatorio-covid-19/noticia/impactos-positivos-da-campanha-de-vacinacao-contra-covid-19>.
104. Ricaldoni C. Educação Permanente em Saúde: construindo o SUS com o trabalhador. *In: Pinheiro R; Ceccim R, organizadores. Educação Permanente em Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006
105. Ceccim RB; Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 2005, 15 (1): 41-65.
106. → FOLHAPRESS. *Bolsonaro minimiza coronavírus, questiona medidas de isolamento e contraria especialistas* [Internet]. São Paulo, 2020a. [Acesso em 01 mai 2023]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2020/03/bolsonaro-minimiza-coronavirus-questiona-medidas-de-isolamento-e-contraria-especialistas.html>.
107. Satie A. *Saiba qual é a eficácia das principais vacinas contra a Covid-19* [Internet]. São Paulo, 2020. [Acesso em: 03 mar 23]. Disponível em:

<https://www.cnnbrasil.com.br/saude/qual-a-eficacia-das-principais-vacinas-contr-a-covid-19/>.

108. G1. *Bolsonaro: Coronavírus é 'fantasia' e 'criação da mídia'* [Internet]. Brasília, 2020. [Acesso em 01 mai 2023]. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/02/28/bolsonaro-coronavirus-e-fantasia-e-criacao-da-midia.ghtml>.

109. Otta L. *Bolsonaro cumprimenta apoiadores em manifestação em Brasília mesmo após recomendação do Ministério da Saúde* [Internet]. [s.l.], 2020. [Acesso em 01 mai 2023]. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/03/15/bolsonaro-cumpre-agenda-de-domingo-e-cumprimenta-apoiadores-em-brasilia.html>.

110. REDAÇÃO. *Em pronunciamento, Bolsonaro defende fim do isolamento e diz que coronavírus não o afetará* [Internet]. [s.l.], 2020. [Acesso em 01 mai 2023]. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/03/24/em-pronunciamento-bolsonaro-defende-fim-do-isolamento-e-diz-que-coronavirus-nao-o-afetara.ghtml>.

APÊNDICE A- ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA CONSELHEIROS INDIGENAS

ETNIA: _____ IDADE: _____ ALDEIA: _____ MUNICÍPIO: _____ ESCOLARIDADE: _____ SEGMENTO CONDISI: _____
1. O que você compreende por participação social?
2. Você considera importante participar dos conselhos? Por quê?
3. Fala um pouco da sua caminhada no Controle Social na Saúde Indígena.
4. Na sua opinião, quais foram os impactos sociais causados pela pandemia da Covid-19? Houve alguma mudança referente à vulnerabilidade social nas aldeias?
5. Qual o papel das tecnologias digitais e da informação no trabalho do controle social em tempos de pandemia Covid-19?
6. Quais foram as principais dificuldades e/ou facilidades encontradas ao exercer o papel de conselheiro em contexto de pandemia?
7. Na sua opinião como a Pandemia Covid-19 prejudicou a atenção à saúde e à organização comunitária na Aldeia? E quais estratégias foram criadas para superar essas situações?

APÊNDICES B - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA MEMBROS DA GESTÃO DO DSEI-CE

CARGO: _____ IDADE: _____

ÁREA DE ATUAÇÃO: _____

ESCOLARIDADE: _____

- 1 O que você compreende por participação social? E qual o papel do Controle Social para implementação da PNASPI?
- 2 Quais as medidas tomadas para a minimização dos impactos da pandemia nas aldeias indígenas e os principais desafios para as suas implementações?
- 3 Quais estratégias foram criadas para garantir a continuidade do controle social na gestão em tempo de pandemia Covid-19? Quais desafios você considera como empecilhos para implementação dessas estratégias?
- 4 Qual o papel das tecnologias digitais e da informação no trabalho do controle social em tempos de pandemia da Covid-19?
- 5 Qual o papel da gestão na viabilização do acesso as tecnologias digitais e da informação por partes dos conselheiros no contexto das aldeias indígenas?

APÊNDICE C- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(para maiores de 18 anos ou emancipados)

TÍTULO DA PESQUISA: REFLEXÕES SOBRE AS ESTRATÉGIAS DE REORGANIZAÇÃO DO CONTROLE SOCIAL NO ÂMBITO DO DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA DO CEARÁ (DSEI/CE) NO ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DE COVID-19

Prezado(a) participante,

Convidamos o (a) Sr.(a) para participar como voluntário (a) da pesquisa **“REFLEXÕES SOBRE AS ESTRATÉGIAS DE REORGANIZAÇÃO DO CONTROLE SOCIAL NO ÂMBITO DO DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA DO CEARÁ (DSEI/CE) NO ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DE COVID-19”**, do curso de **Mestrado Profissional com enfoque na Promoção e Vigilância em Saúde, Ambiente e Trabalho**, que está sob a responsabilidade da pesquisadora GIZELE SOARES MARTINS PORTO, residente na Rua João Calunga, nº 151 – Bairro Maratoan, Crateús/CE– CEP 63.700-000. E-mail: gizele_porto@hotmail.com, telefone (88) 99799-6418 (inclusive para ligações a cobrar). A referida pesquisa está sob a orientação de Dra. Vera Dantas, telefone (85) 99617-3686, e-mail: dantas.verinha@gmail.com e coorientação da Me. Bianca Coelho Moura, telefone (61) 99613 8931, e-mail: biancacm2004@gmail.com.

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com o responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde com a realização do estudo, pedimos que rubricue as folhas no espaço indicado e assine ao final deste documento, que está em duas vias. **Uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.**

Você estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

Informações sobre a pesquisa

A pesquisa, intitulada **“Reflexões sobre as estratégias de reorganização do Controle Social no âmbito do Distrito Sanitário Especial Indígena do Ceará (DSEI/CE) no enfrentamento à pandemia de COVID-19”**, tem como principal objetivo analisar como o Controle Social no âmbito do Distrito Sanitário Especial Indígena do Ceará conseguiu se

reorganizar para atender aos desafios impostos pela pandemia de COVID-19, buscando contextualizar o processo histórico da implementação da Política Nacional de Saúde Indígena de abrangência do DSEI-CE, identificando as principais vulnerabilidades dos povos indígenas do estado no contexto da pandemia de COVID-19; além de descrever como o Controle Social no DSEI/CE se reorganizou para atender aos desafios impostos. Pretende ao fim do estudo, contribuir diretamente a partir do compartilhamento e publicização de conhecimentos adquiridos e da experiência que será vivenciada no decorrer do estudo.

A metodologia da pesquisa consistirá na utilização de 3 (três) técnicas básicas para a coleta de dados: análise documental, observação participante e entrevista em profundidade. Ao participar, você concorda em responder algumas perguntas que serão realizadas mediante uma entrevista com tempo aproximado de, no máximo, 1 hora e 30 minutos. As questões serão diretamente relacionadas às ações do Controle Social no âmbito dos Conselhos Locais de Saúde Indígena, Conselho Distrital de Saúde Indígena e em como tem sido suas experiências durante este período.

Em virtude do cenário ainda imposto pela pandemia COVID-19, serão priorizadas as etapas em formato remoto, que primeiramente será feito contato por telefone pela pesquisadora, onde será ofertada a possibilidade da participação na pesquisa, bem como a recusa e/ou desistência em quaisquer etapas do estudo.

Mediante aceite da participação, será marcada uma reunião on-line pela plataforma *Google Meet* para a leitura e aceitação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e esclarecimento de dúvidas sobre a pesquisa. Desta forma será enviado um e-mail específico para cada participante contendo, em anexo, o TCLE já assinado pela pesquisadora em todos os campos pertinentes. Os documentos deverão ser devolvidos digitalizados, via e-mail, devidamente assinados e rubricados. Os possíveis custos com impressões, digitalizações e logísticos serão arcados pela pesquisadora, evitando ônus ao participante conforme Resolução CNS nº 510/2016, Artigo 17 inciso VII.

Estas entrevistas serão agendadas conforme disponibilidade dos entrevistados, sem a participação de outrem na chamada, o aplicativo será o *Google Meet*. No dia e horário acordados, enviarei por e-mail um *link* que dará acesso à sala a realização da entrevista. Para gravação da entrevista que será em formato de áudio e vídeo, para posterior transcrição das informações na íntegra e análise dos dados, você terá a opção de escolha se () sim, autorizo a gravação da minha imagem e voz para fins de análise” e “() não, não autorizo a gravação da minha imagem e voz para fins de análise”, conforme orientação da Funai Portaria nº177/PRES/2006, Artigo 6.

Em todas as ocasiões supracitadas sua identidade será mantida em sigilo absoluto, somente a pesquisadora terá acesso aos dados que você disponibilizará e à sua identidade, com isso, as informações serão analisadas e guardadas de forma sigilosa, desde a captação até a publicação deste documento. Os dados coletados nesta pesquisa, como: as anotações de diário de campo, gravações de entrevistas, registros fotográficos, gravações de reuniões online (se necessário), ficarão armazenados em pastas de arquivo no computador pessoal da pesquisadora, protegido com antivírus, e em HD externo protegido por senha. As informações estarão sob a responsabilidade da pesquisadora e ficarão armazenadas por um período mínimo de cinco anos. Ressalto ainda que a sua participação é voluntária e que não há nenhuma penalização caso você não se sinta confortável em contribuir, em qualquer etapa do estudo.

Caso aceite este convite, nada lhe será cobrado ou pago por isso, sua contribuição é voluntária e valiosa, mas caso sofra algum dano decorrente de sua participação você terá seu direito de solicitar indenização através das vias judiciais, em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial como preconizado nas legislações do Código Civil, Lei nº 10.406/2002, artigos 927 e 954, e Resolução CNS nº 510/2016, artigo 19. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pela pesquisadora responsável o ressarcimento, assim como será oferecida assistência integral, imediata e gratuita, pelo tempo que for necessário em caso de danos decorrentes desta pesquisa.

A realização da pesquisa poderá a qualquer tempo ser suspensa devido às seguintes ocorrências: caso seja solicitada a sua interrupção pela comunidade indígena em estudo; a pesquisa em desenvolvimento venha a gerar conflitos e/ou qualquer tipo de mal estar no ambiente virtual. É possível que esta pesquisa represente alguns riscos, dentre eles o aborrecimento ao responder questionários, constrangimento ao se expor em entrevistas ou dificuldade no acesso às novas tecnologias, além do comprometimento da confidencialidade das informações; ciente disso, a pesquisadora firma comprometimento em auxiliá-lo (a) em todas as etapas da entrevista, com o intuito de reduzir os riscos e proporcioná-lo(a) um ambiente saudável e propício para a atividade. O tempo que será utilizado para a execução da pesquisa pode resultar em algum desconforto, no entanto serão poucas perguntas e se necessário serão realizadas com mais objetividade para evitar este cenário. A pesquisadora obedecerá a todas as tramitações tradicionais referentes a estudos com os Povos Indígenas, bem como o que preconiza as normas vigentes das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde (nº 304/2000; 466/2012; 510/2016 e Circular nº 02/2021) e da Fundação Nacional do Índio (Instrução

Normativa n 001/PRES/1995 e Portaria n° 177/PRES/2006). Ressaltando que a qualquer momento deste processo, você pode desistir da sua participação na atividade.

Enquanto participante você será parte importante deste estudo, mesmo que não haja benefícios imediatos ao fim da entrevista, sua contribuição em conjunto com a dos outros participantes servirá de base para a formulação de um material que auxiliará o Controle Social do Distrito Sanitário Especial Indígena no entendimento e avaliação de como foram suas atividades durante a pandemia de COVID-19, assim como servirá para compartilhar e publicizar conhecimento para membros dos Conselhos Locais de Saúde Indígena e Conselho Distrital de Saúde Indígena a longo prazo.

Em caso de dúvida a respeito da pesquisa e/ou dos métodos que serão utilizados, pode entrar em contato a partir do número e/ou e-mail disponibilizados anteriormente. O horário de atendimento será das 08h00 às 18h00.

Caso esteja de acordo em participar desta pesquisa, como dito anteriormente, por favor rubrique cada folha, preencha e assine nos locais indicados, este documento será elaborado em duas vias, onde uma ficará em sua posse e a outra ficará com a pesquisadora. Tanto o(a) participante quanto a pesquisadora devem assinar nas folhas e ao fim do referido termo.

Em caso de dúvidas ou preocupações quanto aos seus direitos como participante deste estudo, o(a) senhor(a) pode entrar em contato com a pesquisadora no endereço: Rua João Calunga, n° 151, Bairro Maratoan, Crateús/CE, CEP 63.700-530. Telefone: (88) 99799-6418 ou pelo e-mail: gizele_porto@hotmail.com e através do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Governo Fiocruz, Avenida L3 Norte, s/n, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Gleba A, CEP: 70.904-130 - Brasília - DF, telefone (61) 3329-4500. Site <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/cep/>. Horário de funcionamento: de segunda a sexta-feira: de 9h às 12h e de 14h às 17h. Se desejar, consulte ainda a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) que elaborar e atualizar as diretrizes e normas para a proteção dos participantes de pesquisa e coordena a rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) das instituições, localizado no SRTVN - Via W 5 Norte - Edifício PO700 - Quadra 701, Lote D - 3º andar - Asa Norte, CEP 70719-040, Brasília (DF); telefone: (61) 3315-5877; E-mail: conep@saude.gov.br. Horário de atendimento: 09h às 18h.

CONSENTIMENTO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA

Sr.(a), _____,
abaixo assinado, após ter lido o documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com a pesquisadora responsável, concordo em participar do estudo **REFLEXÕES SOBRE AS ESTRATÉGIAS DE REORGANIZAÇÃO DO CONTROLE SOCIAL NO ÂMBITO DO DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA DO CEARÁ (DSEI/CE) NO ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DE COVID-19**”, e de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na entrevista e na coleta de dados sejam utilizados para fins científicos. Estou ciente que receberei uma via deste documento.

Local: _____ Data: ____/____/_____.

Participante de pesquisa/responsável legal

Pesquisadora

APÊNDICE D- PRODUTO TÉCNICO CARTILHA



https://drive.google.com/file/d/1yD_c34z-o3sz5jLgw-OdUYlophtfFkbO/view?usp=sharing